

Service Plan
แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เขตบริการสุขภาพที่ 8

โดย..คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

คำนำ

มะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีพบมากใกล้แหล่งน้ำซึ่งอาจมีพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ปนเปื้อนอยู่ หลักฐานทางระบาดวิทยาและสัตว์ทดลองทำให้ทราบว่า สาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีในภูมิภาคนี้มีปัจจัยเสี่ยงจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ และจากการศึกษากระบาดวิทยาของโรคพยาธิใบไม้ตับสถานการณ์โรคล่าสุดในปีพ.ศ. 2556 ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่าอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 22.09 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ

การป้องกันควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องกระทำอย่างครบวงจร ตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ การตรวจคัดกรอง การรักษา และการรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่รักษาไม่หายขาดอย่างไรก็ตามสภาพการณ์ปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมักมาพบแพทย์เมื่อเป็นโรคในระยะลุกลาม เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการและการแสดงในระยะเริ่มต้น ทำให้เกินกว่าที่จะผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้ การพยากรณ์โรคไม่ดี เนื่องจากไม่ตอบสนองต่อยาต้านมะเร็งและรังสีรักษา อัตราการรอดชีพน้อย นอกจากนี้พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยประมาณเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้นที่ได้รับการผ่าตัดแบบหายขาด ส่วนที่เหลือเป็นการผ่าตัดแบบประคับประคอง ทำอย่างไรเราจะเพิ่มโอกาสผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดแบบหายขาดได้มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยหลายด้าน อาทิ การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สมดุลกับประชากรการผ่าตัดต้องใช้แพทย์เฉพาะทางใน รพท./รพศ.ที่มีอยู่อย่างจำกัด ระบบการคัดกรองที่ยังไม่ทั่วถึง การส่งต่อที่ยังไม่มีระบบรองรับชัดเจน เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการบริหารเขตบริการสุขภาพที่ 8 (Service Provider Board) จึงได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ทั้ง 7 จังหวัด ได้แก่ เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม สามารถเข้าถึงบริการ(access) ที่มีคุณภาพ (quality) มีประสิทธิภาพ (efficiency) แบบไร้รอยต่อ (seamless) โดยเชื่อมโยงตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ อย่างเป็นระบบ

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีนี้ จะเป็นคู่มือและแนวทางการดำเนินงานที่สำคัญให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ เข้าใจวัตถุประสงค์ ยุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม และขอขอบคุณ กรมวิชาการ หน่วยงานต่างๆ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน ที่ช่วยกันพัฒนาแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญภาพ	ง
แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตบริการสุขภาพที่ 8 สาขาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2557	1
1. หลักการและเหตุผล	1
2. ข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา	3
3. ความต้องการการใช้บริการสุขภาพ ด้านพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี(Health needs)	8
4. กลยุทธ์การดำเนินงาน	9
5. กระบวนการทำงาน (Process)	14
6. ตัวชี้วัดระดับเขต	16
7. สิ่งท้าทาย	23
8. สรุป	23
9. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	23
10. ภาคผนวก	24
-สรุปผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 8 สาขาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2557	25
-รายชื่อคณะทำงาน	38
-เอกสารอ้างอิง	40

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. พฤติกรรมการบริโภคปลาของประชาชนจำแนกตามชนิดของอาหาร เขตบริการสุขภาพที่ 8	4
2. ระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรค	4
3. อัตราการตายต่อประชากรแสนคนของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ จำแนกตามอันดับ ปี 2552	5
4. ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะเริ่มแรกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในปี พ.ศ.2553	7
5. Average hospital mortality rate of the three primary cancers of the liver, Thailand, 2553	7
6. กระบวนการดำเนินงาน 7 building blocks สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	14
7. สรุปตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตบริการสุขภาพที่ 8	17

สารบัญภาพ

แผนภาพ	หน้า
1. อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกรายพื้นที่ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2556	3
2. อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกรายกลุ่มอายุเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2556	3
3. แนวโน้มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาใน รพ. ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 – 2555	5
4. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รับไว้รักษาใน รพ. ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553	5
5. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รับไว้รักษาใน รพ. ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 จำแนกตามระดับสถานบริการ	6
6. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รับไว้ในโรงพยาบาลประเทศไทย จำแนกรายกลุ่มอายุ ปี 2533	6
7. ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ประเทศไทยปี พ.ศ. 2553จำแนกตามการรักษา	6
8. โค้งการปลดลดเหตุการณ์ แสดงระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่รพ.ศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2552	7
9. การกระจายของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เสียชีวิตประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552	9
10. ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหามะเร็งพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	10
11. กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหามะเร็งพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	10
12. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย VERBAL SCREENING	11
13. กรอบการพัฒนาฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	12
14. การไหลเวียนข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	12
15. การคัดกรองด้วย ULTRASOUND	13

แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Service Plan) เขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2558

1. หลักการและเหตุผล

พยาธิใบไม้ตับ, *Opisthorchis viverrini* (Ov), ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย, มีประชาชนไทยประมาณหกล้านคนที่คาดว่าจะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมีอัตราการติดเชื้อสูงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Sripa B et al, 2011) จากข้อมูลการสำรวจความชุกพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2534, 2539, 2544 และ 2552 มีร้อยละ 15.2, 11.8, 9.6, 18.6 ตามลำดับ (ฐิติมา วงศาโรจน์ และคณะ, 2552) เนื่องจากประชาชนยังคงกินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดแบบดิบๆสุกๆเป็นประจำ อย่างไรก็ตามความชุกในพื้นที่ที่มีความแตกต่างตั้งแต่ร้อยละ 19.40-41.90 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่น (Sithitha-worn et al., 2012) จากการลงพื้นที่สำรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ใน 210 หมู่บ้านในปี พ.ศ. 2556 พบว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังคงอยู่ในระดับสูงโดยมีอัตราความชุกเฉลี่ยร้อยละ 22.09 โดยหมู่บ้านที่มีอัตราความชุกสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 80 และมีอัตราการติดเชื้อในทุกกลุ่มอายุสูงกว่าร้อยละ 20 ความชุกพบมากในเขตชนบทและที่ราบลุ่ม (Wattanayingcharoenchai et al., 2011) โดยเฉพาะบริเวณที่มีห้วยหนองคลองบึงเพราะวัฒนธรรมการดำรงชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่ชอบบริโภคก้อยปลา ปลาสดดิบและปลาร้าดิบ ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Rangsin et al., 2009) โดยเฉพาะการกินปลาดิบเป็นภาพลักษณ์ของความเป็น “ผู้ชาย” ดังจะเห็นจากอัตราการติดเชื้อพบในเพศชาย (ร้อยละ 40.05) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 37.47) กลุ่มอายุที่พบสูงสุดคือกลุ่มอายุ 50 – 69 ปี (Saengsawang et al., 2012) จากข้อมูลล่าสุดนี้แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงก็ยังไม่ลดน้อยลงจากในอดีต แม้ในภาพรวมของประเทศจะลดลง ซึ่งก็สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยใหม่มะเร็งตับและท่อน้ำดีที่ไม่ลดลง ในโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพที่ 8 จากข้อมูลนี้บ่งชี้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องปรับกระบวนการดำเนินงานเพื่อนำสู่การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ร่วมกัน การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี จากรายงานการศึกษาพบว่า สาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาวแบบดิบๆหรือสุกๆดิบๆซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดีโดยมีรายงานการค้นพบพยาธิใบไม้ตับในคนครึ่งแรกของโลกในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ. 2458 และมีรายงานการตรวจพบพยาธิชนิดนี้อีกครั้งในผู้ป่วยจากจังหวัดร้อยเอ็ดเมื่อ พ.ศ. 2470 (Prommas C., 1927) จากการศึกษาด้านระบาดวิทยาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีมีความสอดคล้องกับการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีจะเพิ่มขึ้นตามความหนาแน่นของไข่พยาธิที่ตรวจพบ โดยผู้ที่ตรวจพบความหนาแน่นของไข่พยาธิมากกว่า 6,000 egg /gram feces หรือคำนวณเป็นพยาธิในตับประมาณ 120 ตัวจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 14 เท่า (Odd Ratio = 14, 95% confidence interval = 1.67-118.6) (Haswell-Elkinset al, 1994) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่น (Viranuvatti et al, 1955; Watana & Watana, 2002; Poomphakwaen et al, 2009; Songserm et al, 2012) ที่พบว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี

ประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศที่มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลกและมีอัตราการตายสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยในเพศชายพบอัตราอุบัติการณ์ 84.6 ต่อแสนประชากร และ เพศ

หญิงพบอัตราอุบัติการณ์ 36.8 ต่อแสนประชากร (Vatanasapt et al., 2002) ใน ปี พ.ศ. 2550 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 28,000 ราย เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 76 ราย จังหวัดที่พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุด คือ จังหวัดสกลนครมีอัตราการตาย 61.4 ต่อแสนประชากร รองลงมาแพร่ ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู กาฬสินธุ์ อ่างทอง และ มหาสารคาม อัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 55.8 , 54.8 , 54.1, 50.9 , 47.8, 44.9 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จากข้อมูลหน่วยมะเร็ง โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 8 พบว่ามีอุบัติการณ์ของมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีสูงมาก โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ที่มาับการรักษาในปี 2552 ถึง 2556 สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่น(Cancer unit Khon Kaen University, 2009)

การวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกทำได้โดยการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจอุจจาระ และการตรวจอัลตราซาวด์ มะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรกสามารถรักษาหายขาดได้โดยการผ่าตัด ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีที่มีอาการตาเหลืองตัวเหลืองจากการอุดตันท่อน้ำดีหรือมีตับโตจากก้อนในตับสามารถรักษายืดชีวิตได้ด้วยการผ่าตัดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีตาเหลืองตัวเหลืองและมีอาการคันมากสามารถบรรเทาอาการได้โดยการระบายท่อน้ำดีด้วยวิธีใส่ท่อน้ำผ่านทางผิวหนังระบายลงถุงหรือการส่องกล้องใส่ท่อระบายน้ำดีลงสู่ลำไส้เล็กการรักษาแบบประคับประคอง สามารถช่วยบรรเทาอาการผู้ป่วยได้และเพิ่มคุณภาพชีวิตนำพาผู้ป่วยไปถึงระยะสุดท้ายด้วยความทุกข์ทรมานน้อย

การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพเพื่อขยายโอกาสให้ผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 8 สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จึงจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขานี้ขึ้น โดยวัตถุประสงค์เพื่อลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และลดการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชน โดยการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยง การจัดทำฐานข้อมูล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในชุมชน และโรงเรียน การสร้างกระบวนการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยอัลตราซาวด์ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เข้าถึงการดูแลรักษาที่เหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตลอดจนการให้การดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านมีการร่วมมือด้านวิชาการและด้านบริการเพื่อให้บริการในเชิงรุก บูรณาการและเชื่อมโยงตั้งแต่ รพ.สต. รพช. และ รพท./รพศ. อย่างไร้รอยต่อ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1.มีการวางแผนและปฏิบัติการเพื่อลดปัญหาความเสี่ยงท่อน้ำดีในระยะยาว โดยทำต่อเนื่องระยะยาวโดยอาศัยการวัดอัตราติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชากรทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายให้ลดลงได้รายปี, รายจังหวัด
- 2.โรงพยาบาลในระดับต่างๆ สามารถให้การบริการรักษาผู้ป่วยได้ครบวงจรและลดการส่งต่อออกนอกเขตให้มากที่สุด โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์รายจังหวัด, รายเขต

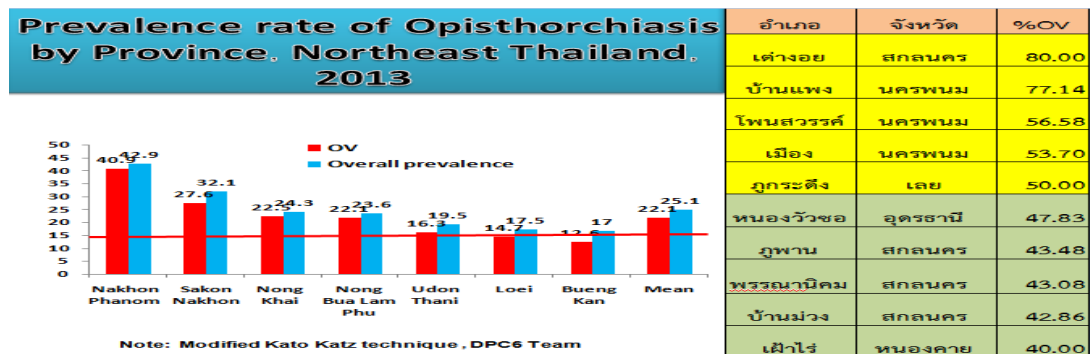
2. ข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหา

ข้อมูลพื้นฐานและสภาพปัญหาในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีประกอบด้วย ความชุกของพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค อุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย การให้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ผ่านมา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

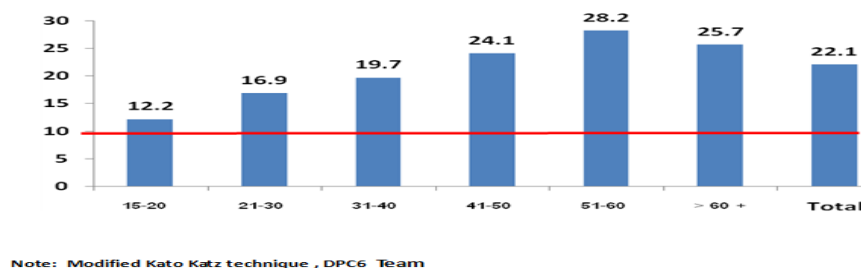
2.1 ความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในปี พ.ศ.2556 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่นได้ดำเนินการสำรวจความชุกและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตบริการสุขภาพที่ 8 เก็บตรวจอูจจาระได้ทั้งหมด 3,916 คน พบความชุกหนอนพยาธิทุกชนิด ร้อยละ 25.1 และความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 22.1 (ภาพที่ 1, 2)

ภาพที่ 1 : อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกรายพื้นที่ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี 2556
เมื่อพิจารณารายกลุ่มอายุพบว่า ทุกกลุ่มอายุมีอัตราความชุกมากกว่าร้อยละ 10 (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 : อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำแนกรายกลุ่มอายุเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปีพ.ศ.2556



2.2 การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน พบว่า ประชาชนที่ไม่กินก้อย ปลาดิบและลาบปลาดิบมีร้อยละ 46.8และ47.8 ตามลำดับ และมีเพียงร้อยละ 20 ที่ไม่รับประทาน ปลาร้าดิบ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 : พฤติกรรมการบริโภคปลาของประชาชนจำแนกตามชนิดของอาหาร เขตบริการสุขภาพที่ 8

ชนิด/ลักษณะของอาหาร	กินประจำ		กินบางครั้ง		กินนานๆครั้ง		ไม่กิน	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ก้อยปลาดิบ	162	4.1	756	19.3	1,166	29.8	1,832	46.8
ลาบปลาดิบ	181	4.6	746	19.1	1,125	28.7	1,864	47.6
ปลาจ่อม	137	3.5	719	18.4	1,376	35.1	1,684	43.0
แจ่วบอง ปลาร้าดิบ	760	19.4	1,301	33.2	1,112	28.4	743	19.0
ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ	1,319	33.7	1,282	32.7	795	20.3	520	13.3
ปลาร้าดิบ	1,169	29.9	1,176	30.0	785	20.0	786	20.1
ปลาต้มดิบ ปลาเจ้าดิบ	240	6.1	793	20.3	1,166	29.8	1,717	43.8
หมี่ปลาดิบ	254	6.5	569	14.5	923	23.6	2,170	55.4

ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพบว่า ประชาชนที่ไม่เคยคิดเลิกบริโภคก้อยปลาดิบ และลาบปลาดิบเลย มีร้อยละ 10.3 และ 10.5 ตามลำดับและประชาชนที่ไม่กินก้อยปลาดิบ และลาบปลาดิบเลย ร้อยละ 8.1 และ 8.8 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า ประชาชนไม่บริโภคส้มตำใส่ปลาร้าดิบ และ ปลาร้าดิบ เพียงร้อยละ 2.4 และ 3.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 : ระยะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรค

ชนิด/ลักษณะของอาหาร	ไม่กิน		ไม่เคยคิดเลิกเลย		เคยคิดแต่ยังไม่เคยลงมือทำ		ตั้งใจจะเลิกแต่ยังไม่ได้เริ่มทำ		กำลังเลิกอยู่หรือเลิกได้ไม่เกิน 1 ปี		เลิกได้เกิน 1 ปี		เคยเลิกแต่กลับไปกินใหม่	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- ก้อยปลาดิบ	317	8.1	403	10.3	893	22.8	465	11.9	236	6.0	1,441	36.8	161	4.1
- ลาบปลาดิบ	346	8.8	410	10.5	850	21.7	472	12.1	259	6.6	1,424	36.4	155	4.0
- ปลาจ่อม	317	8.1	375	9.6	870	22.2	531	13.6	334	8.5	1,365	34.9	124	3.2
- แจ่วบอง	136	3.5	870	22.2	1,115	28.5	640	16.3	352	9.0	698	17.8	105	2.7
- ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ	94	2.4	1,167	29.8	1,139	29.1	621	15.9	293	7.5	523	13.4	79	2.0
- ปลาร้าดิบ	130	3.3	1,005	25.7	1,042	26.6	651	16.6	269	6.9	725	18.5	94	2.4
ชนิด/ลักษณะของอาหาร	ไม่กิน		ไม่เคยคิดเลิกเลย		เคยคิดแต่ยังไม่เคยลงมือทำ		ตั้งใจจะเลิกแต่ยังไม่ได้เริ่มทำ		กำลังเลิกอยู่หรือเลิกได้ไม่เกิน 1 ปี		เลิกได้เกิน 1 ปี		เคยเลิกแต่กลับไปกินใหม่	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
- ปลาต้มดิบ	298	7.6	397	10.1	825	21.1	603	15.4	313	8.0	1,355	34.6	125	3.2
- หมี่ปลาดิบ	503	12.8	323	8.2	643	16.4	483	12.3	269	6.9	1,553	39.7	142	3.6

2.3 สาเหตุการเสียชีวิตของประชาชน ในพื้นที่

อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 ใน ปี พ.ศ. 2552 อันดับหนึ่ง คือ มะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับคิดเป็นอัตราตาย 52.26ต่อประชากรแสนคน และพบสูงเป็นอันดับสามของประเทศ (ตารางที่ 3)

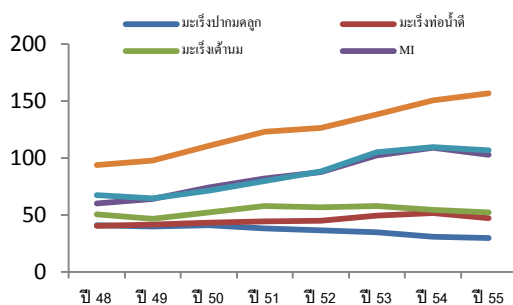
ตาราง 3 : อัตราการตายต่อประชากรแสนคนของโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ จำแนกตามอันดับ ปี พ.ศ. 2552

อันดับ	โรค	จังหวัด	อัตราการตาย ต่อแสน ปชก.	อันดับประเทศ
1	มะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ	สกลนคร	52.26	3
2	ภาวะไตวาย	หนองบัวลำภู	29.39	10
3	เบาหวาน	หนองบัวลำภู	25.37	4
4	อุบัติเหตุจราจร	เลย	19.89	27
5	มะเร็งปอด	หนองบัวลำภู	14.9	18
6	หลอดเลือดสมอง	เลย	13.86	60
7	เอดส์	หนองคาย	11.56	23
8	หัวใจขาดเลือด	นครพนม	10.64	63
9	ฆ่าตัวตาย	เลย	7.83	20
10	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	เลย	5.87	55
11	มะเร็งปากมดลูก	เลย	6.61	20
12	มะเร็งเต้านม	เลย	4.30	52
13	มะเร็งลำไส้ใหญ่	สกลนคร	1.35	56

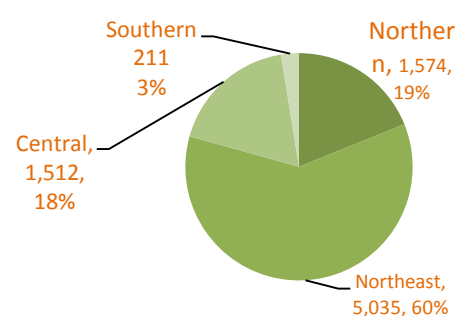
2.4 ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2548 - 2555 พบว่า แนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำแนกรายภาคในปี พ.ศ. 2553 พบว่า พบมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 3, 4)

ภาพที่ 3 : ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในรพ.ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548 - 2555

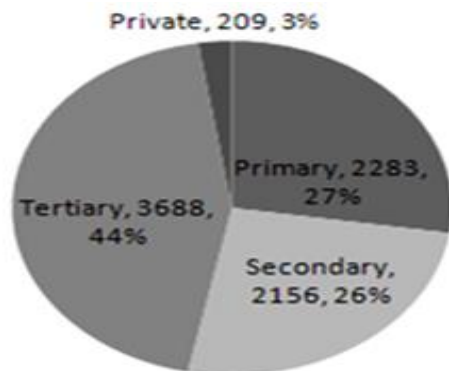


ภาพที่ 4 : ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รับไว้รักษาใน รพ. ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553

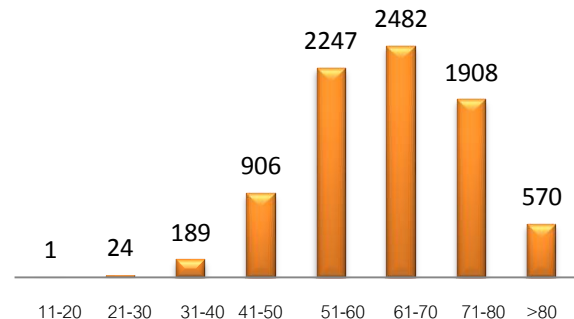


ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิคิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ร้อยละ 26 และมีไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 3 เมื่อพิจารณาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำแนกรายกลุ่มอายุ พบว่า ส่วนใหญ่พบสูงสุดในช่วงอายุ 61-70 ปี และเริ่มตรวจพบตั้งแต่อายุ 31-40 ปี (ภาพที่ 5, 6)

ภาพที่ 5 : ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รับไว้ในรักษาใน รพ. ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 จำแนกตามระดับสถานบริการ

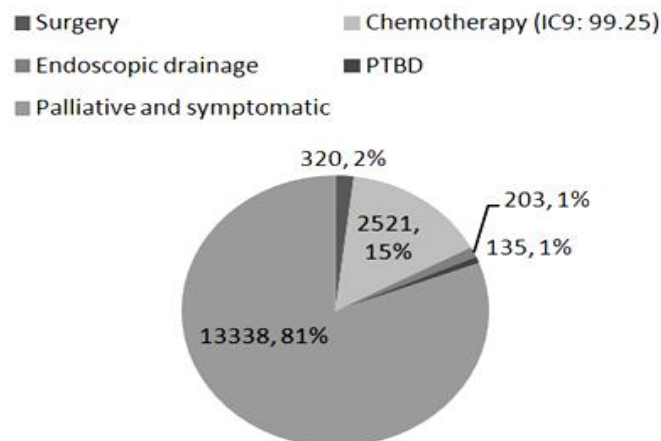


ภาพที่ 6 : ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่รับไว้ในโรงพยาบาล ประเทศไทย จำแนกรายกลุ่มอายุ ปี 2553



การให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทย ปี พ.ศ.2553 พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาแบบ palliative and symptomatic treatment ร้อยละ 81 รองลงมาคือ chemotherapy ร้อยละ15 surgery ร้อยละ 2 PTBD และ ERCP and drainage มีเพียงร้อยละ1 (ภาพที่ 7)

ภาพที่ 7 : ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศไทยปี พ.ศ. 2553 จำแนกตามการรักษา



จากการเก็บรวบรวมข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ชนิด extrahepatic CCA ที่รับไว้ในโรงพยาบาลใน ปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 75,998.72 บาท ต่อคน (Max =1,030,970, Min = 34,541 บาท) และประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งหมด 133,225,756.16 บาท (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 : ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับในระยะเริ่มแรกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2553

Type of liver cancer	Number of visits	Hospital charges (baht)				Estimated total expenses/year(baht)
		mean	SD	median	maximum	
Intrahepatic CCA	14,765	23,350.45	42,517.75	11,134	966,659	344,769,394.25
Extrahepatic CCA	1,753	75,998.72	120,745.65	34,541	1,030,970	133,225,756.16
HCC	15,257	29,058.88	48,626.30	15,456	1,228,943	443,351,332.16
Total	31,775					921,346,482.57

ค่าเฉลี่ยของmortality rate ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับร้อยละ 13.05 สำหรับผู้ป่วย Extrahepatic CCA นั้น มีค่าเฉลี่ยของ mortality rate เท่ากับร้อยละ 8.90 (ตารางที่ 5)

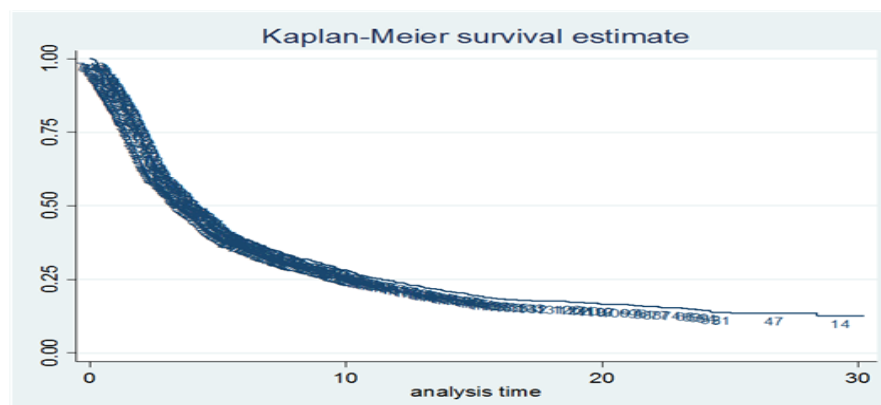
ตารางที่ 5 : Average hospital mortality rate of the three primary cancers of the liver, Thailand, 2553

Type of liver cancer	Number of visits	Number of patients	Number of deaths	Average hospital mortality (%)
Intrahepatic CCA	14,765	7732	651	8.43
Extrahepatic CCA	1753	604	54	8.94
HCC	15,257	7639	1,380	18.08
Total	31,775	15,975	2,085	13.05

2.5 อัตราการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีค่อนข้างต่ำ

ผลการวิเคราะห์การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มารับการรักษานที่ รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปีพ.ศ. 2552 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษานแบบประคับประคอง 746 คน ในระยะติดตาม 5,878 คน-เดือน เสียชีวิต 637 คน คิดเป็นอัตรารตายเท่ากับ 10.8 ต่อ 100 คน-ปี (95% CI = 10.1 ถึง 11.7) อัตราการรอดชีพ ในระยะเวลา 3, 6, 9, 12 และ 24 เดือน เท่ากับ ร้อยละ 59.1, 38.6, 30.7, 23.9 และ 14.4 ตามลำดับ และค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับ 4 เดือน (95% CI = 3.6 ถึง 4.6) (ณัฐ ธิญญาหาร. 2556) (ภาพที่ 8)

ภาพที่ 8 : โค้งการรอดชีพแสดงระยะเวลาการรอดชีพของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษานแบบประคับประคองที่รพ.ศรีนครินทร์ ปี พ.ศ. 2552



3. ความต้องการการใช้บริการสุขภาพด้านพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (Health needs)

3.1 เพิ่มการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย verbal screening เนื่องจากธรรมชาติของโรคนี้เป็นโรคที่สามารถมีอันตรายถึงตายได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเกือบทุกคนที่มาพบแพทย์มักจะมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองหรือมีเรงอยู่ในระยะสุดท้ายและมีการแพร่กระจายไปมากแล้ว ทำอย่างไรจะทำให้กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ได้รับการคัดกรอง เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยได้ตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อนำไปสู่การ early detect , early treatment เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

3.2 การจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย/กลุ่มเสียชีวิตในพื้นที่ เพราะที่ผ่านมาข้อมูลพื้นฐานที่จะนำมาใช้ในการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ยังเป็นในลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการใช้ประโยชน์ร่วมกัน ดังนั้น การมีข้อมูลที่สามารถชี้เป้า กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มตายในพื้นที่จึงมีความจำเป็นเร่งด่วน

3.3 เพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยระยะเริ่มแรกมะเร็งท่อน้ำดีด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ เนื่องจากมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชาชนทั่วประเทศ จากรายงานการศึกษาของ Supanee et al (2005) ได้ศึกษา 10 year cohort study ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีผู้เข้าร่วมโครงการ 24,723 ราย และมี 18,393 รายที่อายุระหว่าง 35-65 ปี จาก 20 อำเภอได้มีการตรวจไข่พยาธิใบไม้ตับ พบการติดเชื้อ O.v. ร้อยละ 24.5 โดยมีช่วงตั้งแต่วัย 2-71 แตกต่างกันไปตาม อำเภอต่างๆ และพบอุบัติการณ์มะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มคนอายุ มากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ตั้งแต่ 94-318 ต่อประชากร 100,000 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 188 ต่อ 100,000 ประชากรในกลุ่ม cohort นี้ ได้มีการสุ่มตรวจอัลตราซาวด์ 4,154 ราย และพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี 21 ราย (ร้อยละ 0.5) จากข้อมูลนี้อาจจะอนุมานได้ว่ามีประชากรที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีที่ยังไม่มีอาการ แฝงอยู่ประมาณ 100,000 คน จากประชากร 20 ล้านคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็ได้ (หรือประมาณ 26,500 คนในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 นอกจากนี้ Zhang BH และคณะ (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดมะเร็งตับปฐมภูมิชนิด HCC เพื่อให้เกิดประโยชน์จึงควรทำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เพื่อให้สามารถเพิ่มระยะเวลาการรอดชีวิตประมาณ 100 วัน (ประมาณ 3 เดือน) และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 2 ล้านบาท/ปี ซึ่งจะทำให้การตรวจคัดกรองนั้นมี cost-effectiveness

ดังนั้นการคัดกรองแต่เนิ่นๆ จะช่วยลดต้นทุน และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต สำหรับผู้ที่ควรได้รับการตรวจช่องท้องด้วยเครื่องอัลตราซาวด์เพื่อหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะแรกคือผู้ที่มี คุณสมบัติดังนี้

1. เป็นคนอีสานโดยกำเนิด หรืออยู่ในอีสาน ≥ 40 ปี
2. อายุ ≥ 40 ปี
3. เป็นหรือเคยมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
4. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

โดยที่ ข้อ 1+2+3 หรือ ข้อ 1+2+4 ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง(Ultrasound)

3.4 เพิ่ม node ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี จากข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 28,000 ราย และมีผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 10,000 ราย และอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 จำนวน 2,500 ราย และจากรายงานการศึกษาของ ณรงค์ ขันตีแก้วและพวงรัตน์ ยงวณิชย์(2555) ประมาณการว่ามีผู้ป่วยใหม่จำนวน 10,000 – 20,000 รายต่อปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และจากรายงานการศึกษาของวัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ และคณะ (2555) พบว่า การรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเอามะเร็งออกได้หมดเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระยะรอดชีพยาว ดังนั้นศัลยแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคนี้ แต่มีจำนวนผู้ป่วยประมาณเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้นที่ได้รับการผ่าตัดแบบหายขาด ส่วนที่เหลือเป็นการ

ผ่าตัดแบบประคับประคอง จะทำอย่างไรเราจะเพิ่มโอกาสผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ให้ได้รับการผ่าตัดแบบหายขาด และรอดชีวิตจากโรคร้ายนี้ได้มากขึ้น

ภาพที่ 9 : การกระจายของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เสียชีวิตประเทศไทย ในปี พ.ศ.2552

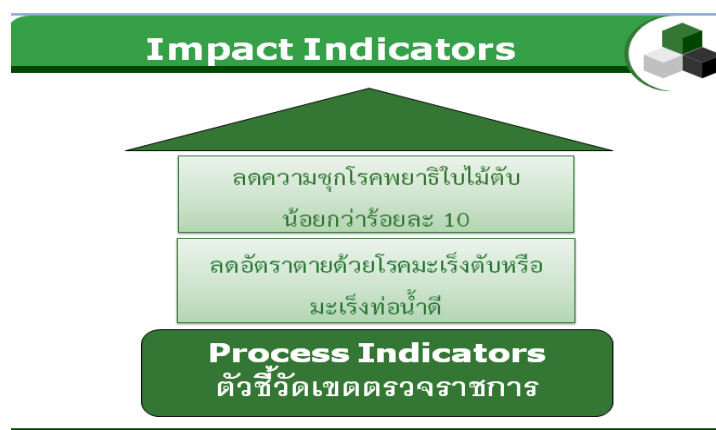


3.5 เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ในปัจจุบันการรักษาด้วยการผ่าตัดถือว่าการรักษาที่หายขาด แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 60-70 มักได้รับการบรรเทาอาการเหลืองด้วยการระบายน้ำดีด้วยวิธีต่างๆ ซึ่งเป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) หรือได้รับยาเกินตามอาการต่างๆ เท่านั้น ดังนั้นจะทำอย่างไรถึงจะเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการ(access) ที่มีคุณภาพ (quality) มีประสิทธิภาพ (efficiency) แบบไร้รอยต่อ (seamless) โดยเชื่อมโยงตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ อย่างเป็นระบบ

3.6 Change culture โดยปลูกฝังนิสัยให้คนรุ่นใหม่ไม่มีไข้พยาธิใบไม้ในตับ โดยการสร้าง ปลูกฝังค่านิยม พฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องในเยาวชน นักเรียน เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยการผลักดันเรื่องโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี เข้าไปในการเรียนการสอนในโรงเรียน เพื่อที่จะทำให้เด็กเยาวชนคนรุ่นใหม่มีพฤติกรรมการบริโภคปลาที่ถูกต้อง *“Reduction in total mortality, especially in younger generation”*

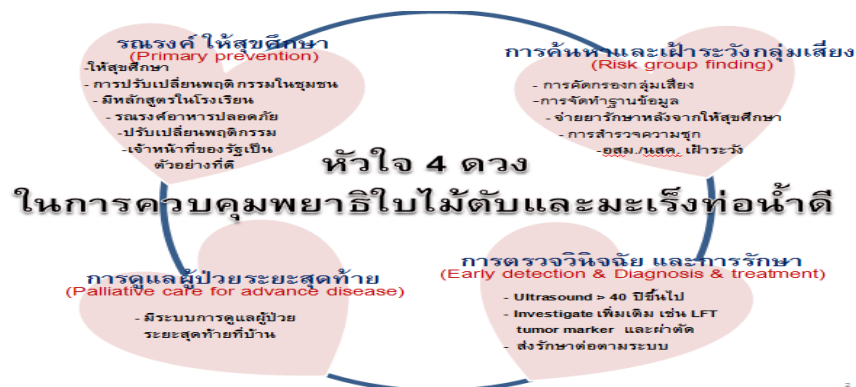
4. กลยุทธ์การดำเนินงาน

เป้าหมายการดำเนินงาน : คนอีสานแท้ ไม่กินปลาดิบ

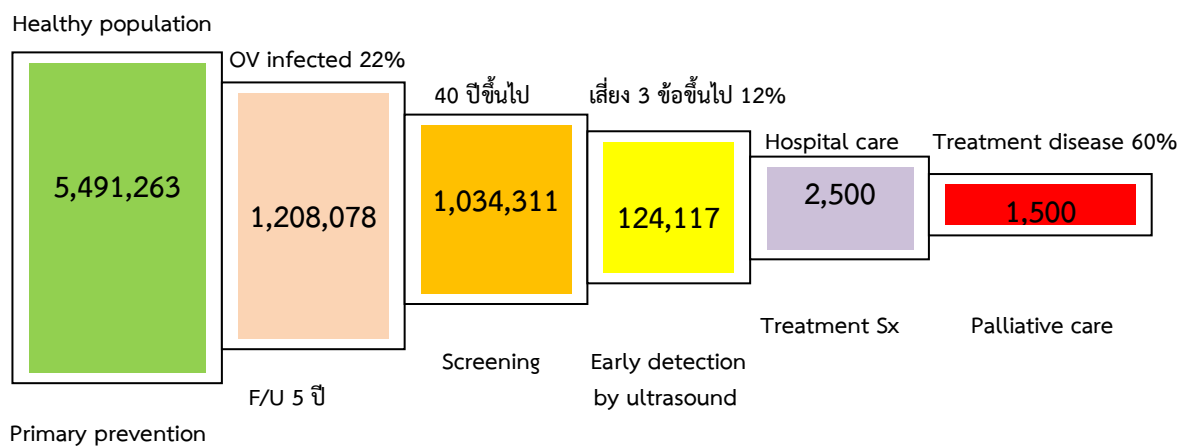


ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ใช้“หัวใจ 4 ดวง”

ภาพที่ 10 : ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี



ภาพที่ 11 : กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี



“หัวใจดวงที่ 1” Primary prevention

1.1 การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในพื้นที่ทุรูปแบบ ทั้งในเชิงลึก และเชิงกว้าง

1.2 การพัฒนาประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ดำเนินการภายใต้กิจกรรม “ตำบลต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ดำเนินการพัฒนาศักยภาพภายใต้แนวคิด Learning by doing โดยตำบลที่เข้าร่วมการพัฒนาจะต้องมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- ❖ การวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรม
- ❖ การคืนข้อมูลสู่ชุมชน เป็นระยะๆ
- ❖ จัดทำแผนร่วมกับชุมชน การออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญหา ที่สอดคล้องกับปัญหา
- ❖ ดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
- ❖ ประเมินผล

1.3 การขับเคลื่อนให้โรงเรียนมีการเรียนการสอนเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
ดำเนินการภายใต้กิจกรรม “การพัฒนาารูปแบบสร้างเสริมบทบาท อย.น้อย” โดย

❖ สร้างและพัฒนาหลักสูตรคู่มือ ออ. น้อย ได้ดำเนินการประเมินผลการวัดผลด้านความรู้ การรับรู้ ความรุนแรง ความเสี่ยง และผลที่จะได้รับจากการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่ากลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

❖ พัฒนาศักยภาพและสนับสนุนให้โรงเรียนนำหลักสูตรไปใช้ใน โรงเรียนต้นแบบ ได้แก่โรงเรียน ชุมชนบ้านชนบท โรงเรียนบ้านไผ่ประถมศึกษา โรงเรียนบ้านมูลนาค และโรงเรียนบ้านโนนขามมีการติดตาม ประเมินผล และขยายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

1.4 การรณรงค์อาหารปลอดภัย เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โครงการ “ร้านน้ำปลาร้าต้ม ส้มตำแซบ” สิ่งแวดล้อมปลอดภัย เช่น การดูแลรถสุขส้วมไม่ให้ไปปล่อยสิ่งปฏิกูล ไหลลงแหล่งน้ำสาธารณะ เป็นต้น

“หัวใจดวงที่ 2” Risk group finding

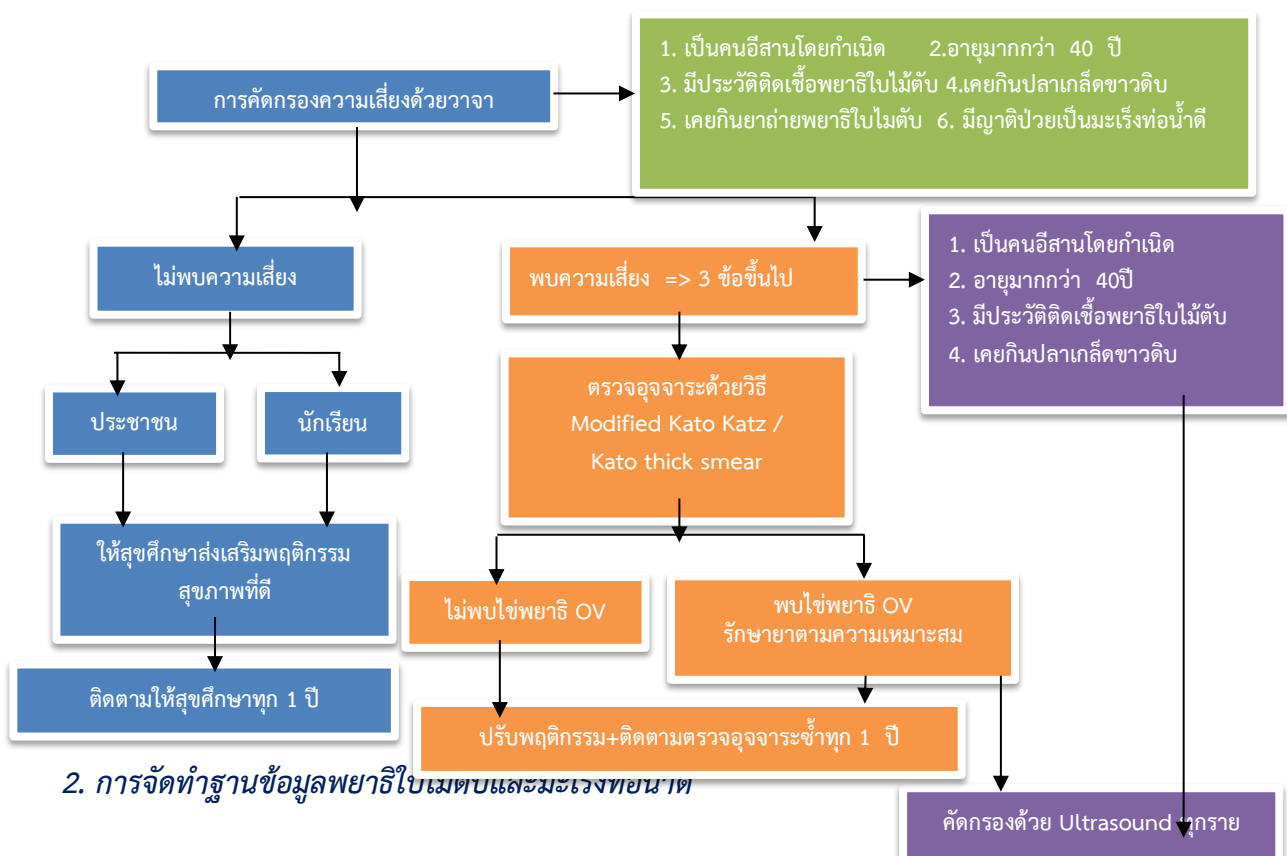
1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย verbal screening

กระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย verbal screening เพื่อค้นหาความเสี่ยงในพื้นที่ โดยใช้ อสม.และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้คัดกรอง มีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้

- 1). เป็นคนอีสานโดยกำเนิด
- 2). อายุมากกว่า 40 ปี
- 3). มีประวัติติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
- 4). เคยกินปลาเกล็ดขาวดิบ
- 5). เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ
- 6). มีญาติป่วยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ถ้าพบความเสี่ยง 3 ข้อขึ้นไป ก็เข้าสู่กระบวนการคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ ในหัวใจดวงที่สาม อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่ ถ้าพบความเสี่ยง => 3 ข้อขึ้นไป ต้องมีการตรวจอุจจาระก่อนถ้าผลการตรวจอุจจาระพบไข่ พยาธิถึงจะส่งตรวจอัลตราซาวด์ และมีกระบวนการปรับพฤติกรรมและติดตามการตรวจอุจจาระซ้ำทุก 1 ปี (ภาพที่ 9)

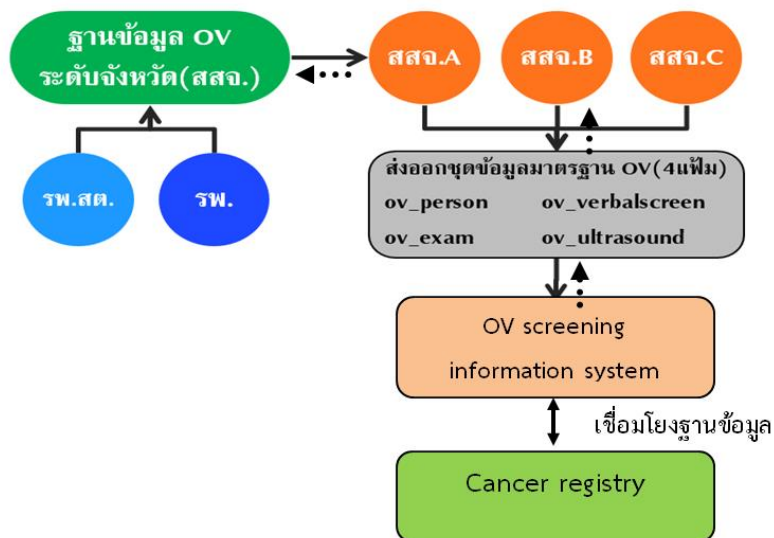
ภาพที่ 12 : การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย verbal screening



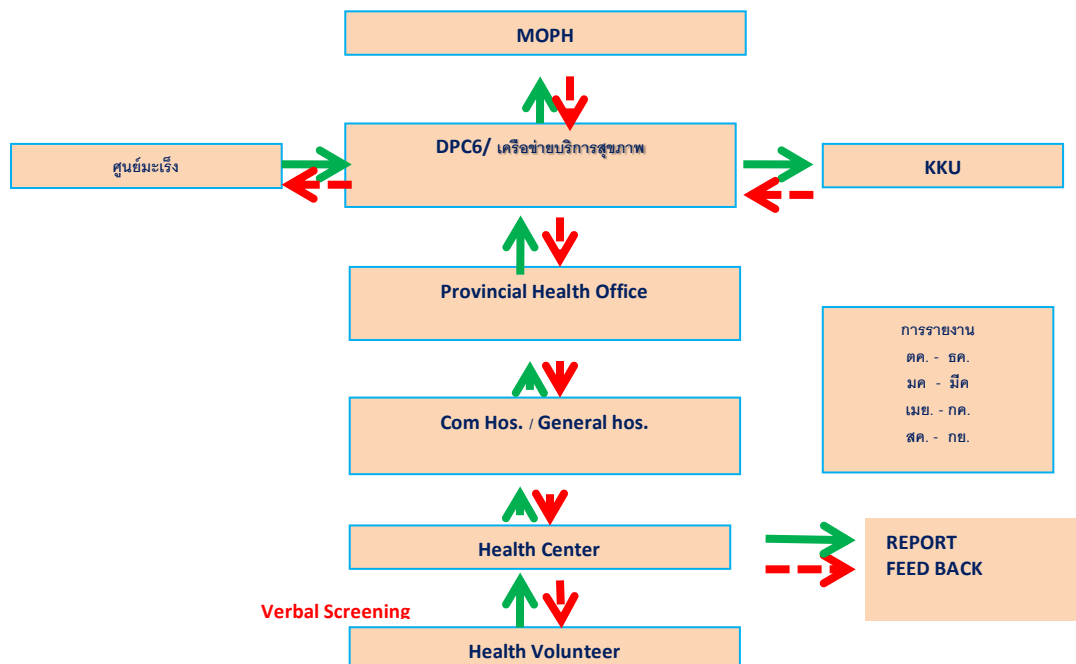
2. การจัดทำฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ภายใต้บริบทของข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งท่อน้ำดีของแต่ละจังหวัดมีความหลากหลาย เพราะแต่ละจังหวัดได้พัฒนาโปรแกรมหรือมีวิธีการจัดการข้อมูลที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการจัดการข้อมูลในระดับเขต จึงใช้วิธีกำหนดรูปแบบชุดข้อมูลมาตรฐานเพื่อให้แต่ละจังหวัดส่งออกข้อมูลเป็นรูปแบบเดียวกัน และพัฒนาโปรแกรมระดับเขตขึ้นมาใหม่เพื่อนำเข้าข้อมูลที่ได้จากจังหวัดรวมเป็นฐานข้อมูลกลางอยู่ที่ระดับเขตขึ้นต่อไปคือ การเชื่อมโยงฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มเสียชีวิตระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน

ภาพที่ 13 : กรอบการพัฒนาฐานข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี



ภาพที่ 14 : การไหลเวียนข้อมูลพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคตกำลังดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งท่อน้ำดี



3. การสำรวจความชุกและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ทีมสำรวจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ร่วมกับจังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้ดำเนินการสำรวจความชุกพยาธิใบไม้ตับในประชาชนที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปที่ย้ายในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัด อุดรธานี เลย หนองคาย หนองบัวลำภู บึงกาฬ สกลนคร และ นครพนม อย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการตรวจ Modified Kato katz เพื่อสะท้อนข้อมูลพื้นฐาน สำหรับผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ได้นำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการควบคุมมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยการตรวจไขหอนพยาธิ อย่างต่อเนื่อง (quality control) โดยการสุ่มสำรวจร้อยละ 30 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

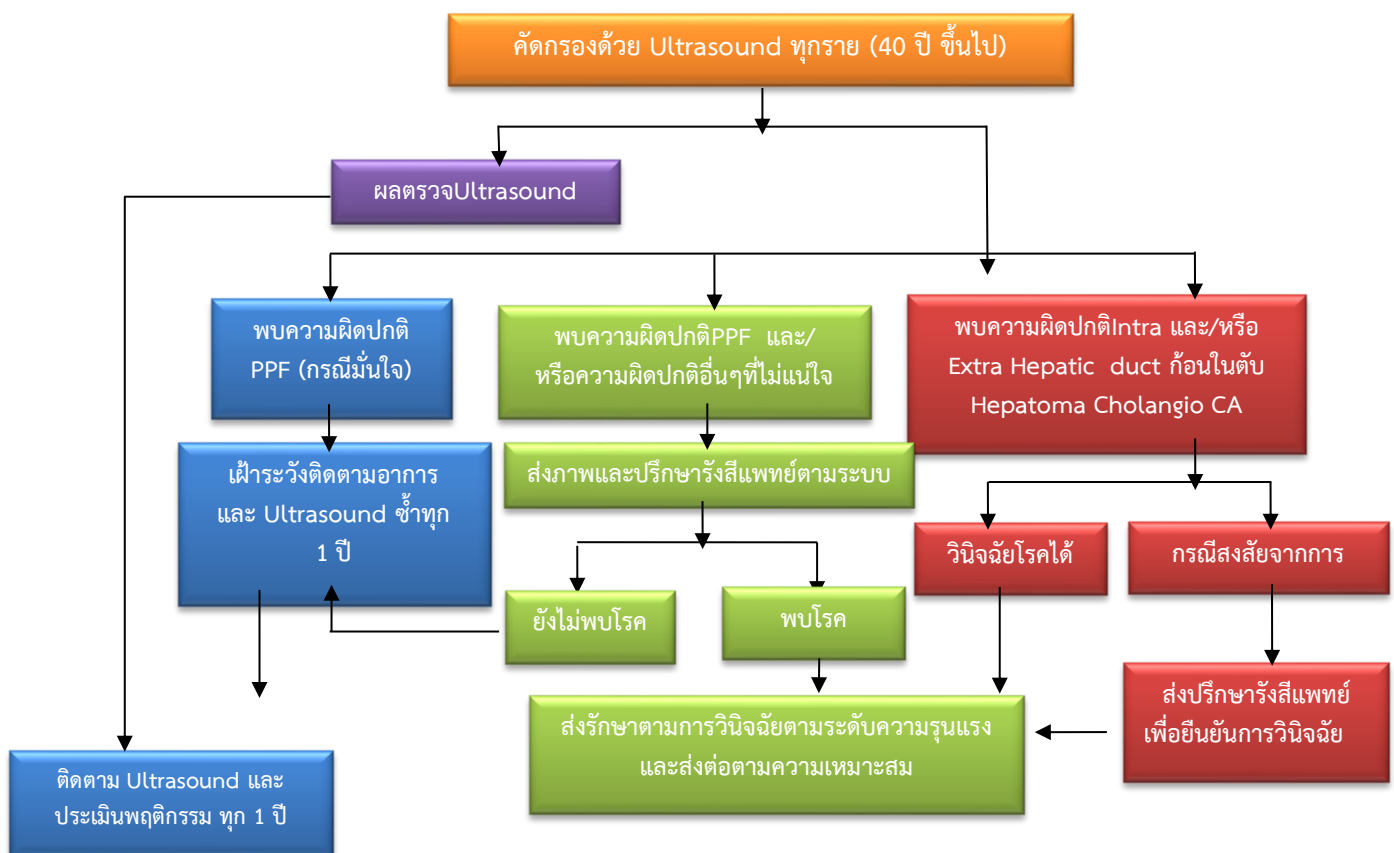
“หัวใจดวงที่ 3” Early detection & Diagnosis & treatment

1. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย ultrasound

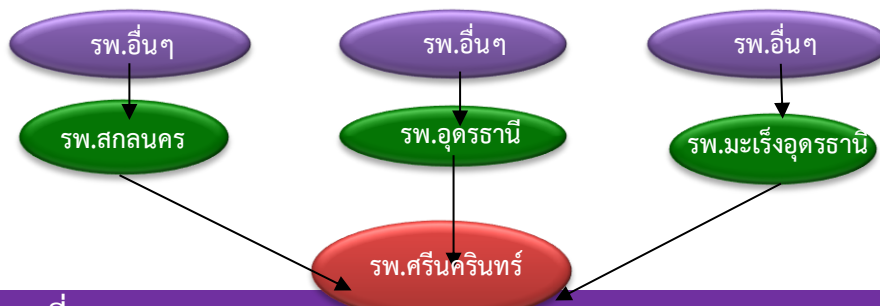
กระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยใช้คลื่นความถี่สูง (Ultrasound) เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกให้รวดเร็วเพื่อจะส่งไปรักษาได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งกระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) และต้องมีปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้

- 1).เป็นคนอีสานโดยกำเนิด หรืออยู่ในอีสาน ≥ 40 ปี
 - 2). อายุ ≥ 40 ปี
 - 3).เป็นหรือเคยมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
 - 4).มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี
- โดยที่ ข้อ 1+2+3 หรือ ข้อ 1+2+4 ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)

ภาพที่ 15 : การคัดกรองด้วย Ultrasound



การพัฒนาศักยภาพการผ่าตัดในโรงพยาบาลจังหวัด โดยร่วมกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้ได้ทุกแห่งแผนในการพัฒนา คือ จัดตั้ง Node ด้านการรักษายาบาลโรคมะเร็งท่อน้ำดีในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งมี 3 แห่งด้วยกัน



“หัวใจดวงที่ 4” Palliative care for advance disease

โดยการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งระบบ จัดระบบยาแก้ปวด ออกซิเจน น้ำเกลือ และมีสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับผู้นำจิตวิญญาณ เช่น พระสงฆ์ ออกดูแลร่วมด้วย ซึ่งนอกจากจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดียังจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นๆด้วย

5. กระบวนการทำงาน

กระบวนการทำงานนั้น คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ออกแบบกระบวนการทำงาน (process) ตามแนวทางของเขตบริการสุขภาพที่ 8 โดยแบ่งเป็นองค์ประกอบ 7 building blocks ตามรูปแบบขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2007) เพื่อจะให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที คือ

- 1) กิจกรรมที่จะให้บริการ (Service Delivery) เช่น การคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง การผ่าตัด เป็นต้น
 - 2) การพัฒนาบุคลากร (Health Workforce) เช่น การอบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ระดับตำบล ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน การจัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย การอบรมแพทย์ ในการคัดกรองด้วย ultrasound เป็นต้น
 - 3) ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information Technology) เช่น การลงข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ที่ผ่านการคัดกรอง เพื่อที่จะใช้ในการติดตามและประเมินผล เป็นต้น
 - 4) ยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ ต่างๆ (Medical Products Vaccines and Technologies) เช่น เครื่องมือในการคัดกรอง เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดใน Node ต่างๆ เป็นต้น
 - 5) การเงินการคลัง (Health Financing) ได้แก่ งบประมาณ ที่ใช้ในการดำเนินงาน การผ่าตัดผู้ป่วยและการรักษาอื่นๆ ใช้จากกองทุนที่ผู้ป่วยมีสิทธิอยู่ เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม ส่วนการคัดกรองก็ใช้จากงบประมาณที่หน่วยบริการได้รับอยู่แล้ว เป็นต้น
 - 6) นโยบายและการบริหาร (Leadership and Governance) โดยเป็นนโยบายจากเขตบริการสุขภาพที่ 8 ที่มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของเขตบริการสุขภาพ เป็นผู้ดำเนินการ ส่วนทางจังหวัด หรือทางอำเภอ ก็อาจจะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของจังหวัด หรือของอำเภอเป็นผู้ดำเนินการ เป็นต้น
 - 7) การมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ (Stakeholder Participation) โดยการสร้างการมีส่วนร่วม จากชุมชน จากผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อบต. ในการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
- โดยแบ่งตามศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ มีรายละเอียดในแต่ละประเด็นต่างๆ ดังนี้ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 : กระบวนการดำเนินงาน 7 building blocks สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ระดับหน่วยบริการ	A	S	M	F	P
1. Service Delivery	-จัดตั้ง node ผ่าตัด 3 แห่ง -พัฒนา nodenการ ผ่าตัด Hepatectomy มะเร็งท่อน้ำดี 3 แห่ง -พัฒนาหัตถการ ระบายน้ำดีให้ผู้ป่วย ระยะสุดท้ายทุกแห่ง -พัฒนาระบบการ รับส่งต่ออย่างมี คุณภาพทุกแห่ง	-เพิ่ม Chemotherapy Unit 5 แห่ง -พัฒนาระบบการ รับส่งต่ออย่างมี คุณภาพ 5 แห่ง -พัฒนา Node Ultrasound 2 แห่ง -พัฒนา Palliative Care ทุกแห่ง	-พัฒนา /ขยาย Chemotherapy Unit 2 แห่ง -พัฒนาระบบการ รับส่งต่ออย่างมี คุณภาพทุกแห่ง -พัฒนา Node Ultrasound 18 แห่ง -พัฒนา Palliative Care ทุกแห่ง	-พัฒนา Palliative Care ทุกแห่ง	-คัดกรองกลุ่ม เสี่ยงด้วย verbal screening ใน ชุมชน โดย อสม.และ เจ้าหน้าที่ รพ. สต.
2. Health Workforce	-อบรมแพทย์เฉพาะ ทางโรคมะเร็ง -อบรมพยาบาลเฉพาะ ทางโรคมะเร็ง -อบรมทีมให้เคมีบำบัด 50 คน	-อบรมแพทย์ ultrasound -อบรมทีม palliative care 50 คน -อบรม Case manager 50 คน -อบรมผู้รับผิดชอบ การจัดทำทะเบียน มะเร็ง 40 คน -อบรมการใช้ โปรแกรม CASCAP 50 คน	-อบรมแพทย์ ultrasound -อบรมทีม palliative care 50 คน -อบรม Case manager 50 คน -อบรมผู้รับผิดชอบ การจัดทำทะเบียน มะเร็ง 40 คน -อบรมการใช้ โปรแกรม CASCAP 50 คน	-อบรมพยาบาล BCCPN 50 คน	-อบรม จนท. เพื่อคัดกรอง
3. IT	-รายงานผลการผ่าตัด ทางcancer registry -รายงานผลการผ่าตัด ทางrefer link	-รายงานผลการผ่าตัด ทางcancer registry -รายงานผลการผ่าตัด ทางrefer link	-รายงานผลการผ่าตัด ทางcancer registry -รายงานผลการผ่าตัด ทางrefer link	-รายงานผลการ ดำเนินงานใน โปรแกรม OV information screening	-รายงานผลการ ดำเนินงานใน โปรแกรม OV information screening
4. Drug & Equipment	-เพิ่มอุปกรณ์ผ่าตัด เช่น endothelium cell count comeal topography	-เพิ่มอุปกรณ์ผ่าตัด ใน รพ. บางแห่ง	-จัดระบบ ยืมยารักษา โรคมะเร็งท่อน้ำดี -จัดเครื่องมือผ่าตัดที่ จำเป็น	-จัดระบบ ยืมยารักษา โรคมะเร็งท่อน้ำดี -จัดเครื่องมือผ่าตัดที่ จำเป็น	
5. Financing	-การผ่าตัด จาก กองทุนของผู้ป่วย -อุปกรณ์จากงบค่า เสื่อมและเงินบำรุง	-การผ่าตัด จาก กองทุนของผู้ป่วย -อุปกรณ์จากงบค่า เสื่อมและเงินบำรุง	-การผ่าตัด จาก กองทุนของผู้ป่วย -อุปกรณ์จากงบค่า เสื่อมและเงินบำรุง	-การผ่าตัด จาก กองทุนของผู้ป่วย -อุปกรณ์จากงบค่า เสื่อมและเงินบำรุง	-
6. Governance	คณะกรรมการโรค พยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดีระดับ จังหวัด ดำเนินงาน และติดตาม ความก้าวหน้า	คณะกรรมการฯระดับ จังหวัด ดำเนินงาน และติดตาม ความก้าวหน้า	คณะกรรมการฯระดับ จังหวัด ดำเนินงาน และติดตาม ความก้าวหน้า	คณะกรรมการฯระดับ จังหวัด ดำเนินงาน และติดตาม ความก้าวหน้า	คณะ กรรมการฯ ระดับจังหวัด ดำเนินงานและ ติดตาม ความก้าวหน้า
7. Participation	ร่วมกับอปท. มูลนิธิ ต่างๆ หน่วยราชการ ภาคเอกชนในการ ประชาสัมพันธ์	ร่วมกับอปท. มูลนิธิ ต่างๆ หน่วยราชการ ภาคเอกชนในการ ประชาสัมพันธ์	ร่วมกับอปท. มูลนิธิ ต่างๆ หน่วยราชการ ภาคเอกชนในการ ประชาสัมพันธ์	ร่วมกับอปท. มูลนิธิ ต่างๆ หน่วยราชการ ภาคเอกชนในการ ประชาสัมพันธ์	ผู้นำชุมชนมี ส่วนร่วมในการ ประชาสัมพันธ์

6. ตัวชี้วัดระดับเขต

คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้กำหนด ตัวชี้วัดสำหรับเรื่องนี้ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

Impact Indicators

- ลดความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ น้อยกว่าร้อยละ 5 ในปี 2559
- ลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดีให้น้อยกว่า 24 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2559

Process Indicators วัดจากระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- มีฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- ระดับความสำเร็จของตำบลที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่
- ร้อยละของโรงเรียนที่มีการนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย
- สัดส่วนของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound ในพื้นที่
- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ
- ระดับความสำเร็จในขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วย CHCA แบบประคับประคอง

ตารางที่ 7 : สรุปตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตบริการสุขภาพที่ 8

ลำดับ	ตัวชี้วัด	การรายงานข้อมูล	แหล่งที่มาของข้อมูล
1	ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ทุก 6 เดือน	ฐานข้อมูล 12 แฟ้ม รพศ. รพท. รพช./ สสจ.

รายละเอียดคำอธิบายตัวชี้วัดที่ 1 (KPI Template)

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของจังหวัดในเครือข่ายบริการที่ 8 ปีงบประมาณ 2558	
มิติที่ 1 : มิติด้านประสิทธิภาพ	
1. ตัวชี้วัดที่ 1.3.2 : ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	
2. หน่วยวัด : ชิ้นตอน	
3. น้ำหนัก : 5	
4. คำอธิบาย :	
<p>4.1 จังหวัด หมายถึง จังหวัดในเครือข่ายบริการที่ 8 ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ เลย หนองบัวลำภู สกลนคร และ นครพนม</p> <p>4.2. การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง จังหวัดเป้าหมายมีการดำเนินงานตามกระบวนการเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้</p> <p>4.2.1 มอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (รูปของคณะกรรมการหรือตัวบุคคล) ในการประสานและดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>4.2.2 สื่อสาร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้กับหน่วยงานภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (อย่างน้อยระดับ รพท. รพช. สสอ. รพสต.)</p> <p>4.2.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมข้อเสนอแนะ</p> <p>4.3 การสนับสนุน หมายถึง เครือข่ายบริการที่ 8 มีกิจกรรมที่สนับสนุนให้จังหวัดในพื้นที่รับผิดชอบมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่</p> <p>4.3.1 การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน</p> <p>4.3.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>4.3.3 ควบคุมมาตรฐานการดำเนินงานห้องปฏิบัติการ (Quality Control)</p> <p>4.3.4 นิเทศติดตาม</p> <p>4.3.5 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>	
4.4 ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ท่อน้ำดี
<p>หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานตามกระบวนการดังนี้</p> <p>4.4.1 การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี คะแนนเต็ม 5</p> <p>โดย 1.) ความสำเร็จของการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย วัดจากร้อยละของการคัดกรองประชาชนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา (Verbal screening) ซึ่งจะต้องมีปัจจัยเสี่ยงดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นคนอีสานโดยกำเนิด หรืออยู่ในอีสาน ≥ 40 ปี 2. อายุ ≥ 40 ปี 3. เป็นหรือเคยมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 4. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี หรือตับ <p>ถ้ามีประวัติความเสี่ยง 3 ข้อขึ้นไป ให้มีการเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ และถ้าพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ให้ส่งตรวจอัลตราซาวด์ต่อไป</p> <p>2.) พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่จังหวัด หรือ อำเภอ กำหนดเพื่อดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยพิจารณาจากคุณลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งตับหรือท่อน้ำดีสูงเมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่น - มีการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่มากกว่าร้อยละ 20 - ใกล้แหล่งน้ำ <p>3.) สูตรการคำนวณ :</p> <p>$\frac{\text{จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง}}{\text{จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมายทั้งหมด}} \times 100$</p>	

หมายเหตุ : 1. จำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมายได้แก่ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ 8

2. การประเมินความสำเร็จจะทำในช่วงปีงบประมาณ 2557

4.) เป้าหมายความสำเร็จ : ร้อยละ 60

5). น้าหนัก: 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมาย (เปอร์เซ็นต์)				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย	ร้อยละ	<50	55	60	65	>70

4.4.2 มีฐานข้อมูลโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งท่อน้ำดี คะแนนเต็ม 5 วัดจาก

- จำนวนฐานข้อมูลโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับจังหวัด

- เป้าหมายความสำเร็จ : ขั้นตอนที่ 1

- น้ำหนัก: 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด
ขั้นตอนที่ 1. ในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	1 คะแนน
ขั้นตอนที่ 2. รพ.ระดับ A/ S มีฐานข้อมูลผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตด้วย CCA (Cancer registry)	2 คะแนน
ขั้นตอนที่ 3. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในข้อ 1 และ 2	2 คะแนน

4.4.3 การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับตำบล คะแนนเต็ม 5 วัดจาก

- ร้อยละของตำบลพื้นที่เป้าหมายที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

- เป้าหมายความสำเร็จ : ร้อยละ 10

- น้ำหนัก: 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของตำบลพื้นที่เป้าหมายที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่	ร้อยละ	6	8	10	12	14

โดยที่ กระบวนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง หน่วยงานในระดับพื้นที่ที่ดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ขั้นตอนที่ 2 การคืนข้อมูลให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่อง(ก่อน-ระหว่างและหลังการดำเนินงาน)

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยยึดหลักการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 5 มีตำบลต้นแบบการแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน

4.4.4 การนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียน: วัดจาก

- ร้อยละของโรงเรียนที่มีการบรรจุเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในการเรียนการสอน
- เป้าหมายความสำเร็จ : ร้อยละ 21
- น้ำหนัก: 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมาย (เปอร์เซ็นต์)				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของโรงเรียนที่มีการนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย	ร้อยละ	17	19	21	23	25

4.4.5 กระบวนการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound

- สัดส่วนของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasoundในพื้นที่เป้าหมาย
- เป้าหมายความสำเร็จ : สัดส่วน
- น้ำหนัก: 2

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมาย (คน /จังหวัด)				
		1	2	3	4	5
สัดส่วนของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound ในพื้นที่ (2000 คน /ประชากร1,000,000 คน) ในพื้นที่เป้าหมาย	สัดส่วน	<1500	1500-1999	2000-2499	2500-2999	3000+

โดยที่ กระบวนการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound หมายถึง หน่วยงานในระดับพื้นที่ที่มีกระบวนการคัดกรอง โดยใช้คลื่นความถี่สูง (Ultrasound) ในพื้นที่เป้าหมาย ซึ่งจะต้องมีปัจจัยเสี่ยงดังนี้

5. เป็นคนอีสานโดยกำเนิด หรืออยู่ในอีสาน ≥ 40 ปี
6. อายุ ≥ 40 ปี
7. เป็นหรือเคยมีประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
8. มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

โดยที่

ข้อ 1+2+3 ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)
 หรือ ข้อ 1+2+4 ต้องคัดกรองด้วยคลื่นความถี่สูง (Ultrasound)

4.4.6 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

4.4.6.1 โรงพยาบาลระดับ A : รพ.ศูนย์อุดรธานี รพ.มะเร็งอุดรธานี และ รพ.สกลนคร_คะแนนเต็ม 5 วัดจาก

1.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ

- เป้าหมายความสำเร็จ : ขั้นตอน 1
- น้ำหนัก: 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ	ขั้นตอน	1	1+2	1+2+3	1+2+3+4	1+2+3+4+5

โดยที่การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 มีการให้บริการการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่าตัดเพิ่มขึ้นจาก base line data ของแต่ละแห่ง

- ขั้นตอนที่ 3 อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดลดลง
- ขั้นตอนที่ 4 มีการทบทวนและประเมินผลการรักษาเพื่อหาแนวทางแก้ไข และนำเสนอในเวทีเขต เพื่อพัฒนาต่อไป
- ขั้นตอนที่ 5 มีการประเมินผลรักษา Survival outcome

4.4.6.2) โรงพยาบาลระดับ S และ M2

- 1.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งร่งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ คะแนนเต็ม 5 วัดจาก
- เป้าหมายความสำเร็จ : ขั้นตอน 1
 - น้ำหนัก: 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งร่งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ	ขั้นตอน	1	1+2	1+2+3	1+2+3+4	1+2+3+4+5

โดยที่การพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งร่งท่อน้ำดี หมายถึง มีการดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งร่งท่อน้ำดี ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนที่ 1 มีแผนในการพัฒนาการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยในการจัดทำ chemotherapy unit ใน สถานพยาบาล /การพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ขั้นตอนที่ 2 มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ฯลฯ) จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ เครื่องมือต่างๆในการจัดทำ chemotherapy unit ใน
- ขั้นตอนที่ 3 มีการให้บริการผู้ป่วยในด้านเคมีบำบัดได้
- ขั้นตอนที่ 4 มี chemotherapy unit ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกรมการแพทย์
- ขั้นตอนที่ 5 มีการประเมินผล และนำผลการประเมินเข้าที่ประชุมเขตเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลการพัฒนา งานระดับเขตต่อไป

4.4.7 การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งร่งท่อน้ำดี คะแนนเต็ม 5 วัดจาก

- ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (PTBD, เคมีบำบัด และอื่นๆ) ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
- เป้าหมายความสำเร็จ : ระดับ 3
 - น้ำหนัก: 1

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เป้าหมาย (เปอร์เซ็นต์)				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (PTBD, เคมีบำบัด และอื่นๆ) ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน	ขั้นตอน	1	2	3	4	5

โดยที่การพัฒนาระบบการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (PTBD, เคมีบำบัด และอื่นๆ) ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนที่ 1 มีหน่วย/ผู้รับผิดชอบ ให้บริการแบบประคับประคองและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ขั้นตอนที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามเกณฑ์ PPS Adult Suandok
- ขั้นตอนที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองตาม Guide line (Suandok's Palliative Care Model) และมีการประเมินผลลัพธ์การดูแล Palliative Care Outcome (POS)
- ขั้นตอนที่ 4 มีระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คืนโรงพยาบาลต้นสังกัด
- ขั้นตอนที่ 5 มีการประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) ผู้ป่วย CHCA ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

หมายเหตุ : ทั้งนี้จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึงจังหวัดต้องดำเนินการทั้ง 7 กระบวนการและต้องได้คะแนนรวม ไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน (ใช้ผลการประเมินจากการนิเทศติดตามของ คณะทำงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 8 เป็นผู้ประเมิน)จึงถือว่าเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

5. สูตรการคำนวณ : -

6. เป้าหมายความสำเร็จ : คะแนนเต็ม 35 คะแนน
ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนน ถือว่าผ่าน

7. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ		
		2554	2555	2556
ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	จังหวัด	เป็นตัวชี้วัดใหม่ปีงบประมาณ 2557		

8. แหล่งข้อมูล : - เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพ 8

9. วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- 10.1 จากแบบรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของหน่วยงานในระบบ Estimates
10.2 รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแบบฟอร์ม SAR รอบ 6 เดือน 9 เดือนและ 12 เดือน

10. ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล : รอบ 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน

11. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8

12. ผู้จัดเก็บข้อมูล : คณะทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

13. ผลการประเมินจังหวัดที่มีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

กระ บวน การ	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน เต็ม	อุดรธานี	หนองคาย	บึงกาฬ	เลย	หนอง บัวลำภู	นครพนม	สกลนคร
	การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี								
1	การคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดี	5							
2	มีฐานข้อมูลโรคมะเร็งท่อน้ำดี	5							
3	การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในชุมชนและสถานศึกษาในระดับตำบล	5							
4	การนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียน:	5							
5	การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย Ultrasound	5							
6	การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี	5							
	6.1 โรงพยาบาลระดับ A								
	6.2 โรงพยาบาลระดับ S, M2								
7	การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน	5							
	รวมคะแนนทั้งสิ้น	35							

หมายเหตุ : ทั้งนี้จังหวัดต้องได้คะแนนรวม **ไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน** (ใช้ผลการประเมินจาก คณะทำงานของเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 ด้านโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นผู้ประเมิน) จึงถือว่าเป็นจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

7. สิ่งท้าทายในอนาคต

สิ่งที่ท้าทายในอนาคตสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ด้านพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของเขตบริการสุขภาพที่ 8 นั้น มีดังนี้

- 1) การพัฒนาการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
- 2) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
- 3) การพัฒนาการแก้ไขปัญหาด้วยการสร้างเครือข่ายในการทำงาน
- 4) การพัฒนาการแก้ไขปัญหาด้วยการใช้วิจัยเป็นฐาน
- 5) Behavior change ในคนรุ่นใหม่ ไม่กินดิบ

8. สรุป

โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นๆ ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 คณะกรรมการบริหาร เขตบริการสุขภาพที่ 8 จึงได้จัดให้โรคดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ในปี 2557 โดยมอบให้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ 8 สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นผู้ดำเนินการ

เป้าหมายในการดำเนินงาน คือคนอีสานแท้ ไม่กินปลาดิบ วาระคนอีสาน โดยใช้กลยุทธ์ หัวใจ 4 ดวง ในการขับเคลื่อน เพื่อแก้ปัญหาโรคนี้อย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมาย 1) รมรณรงค์ให้ประชาชนเลิกกินปลาดิบ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง พัฒนาระบบข้อมูล ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเยาวชนให้ ลด ละ เลิก ปลาดิบ 2) เพิ่มการค้นหาผู้ป่วยระยะแรก โดย ultrasound ให้มากขึ้น ในโรงพยาบาลชุมชน 3) เพิ่มศักยภาพการผ่าตัดในโรงพยาบาลจังหวัดทุกแห่ง 4) เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ เป็นต้น โดยหวังว่าจะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มีระบบบริหารจัดการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยไม่มีรอยต่อภายในหรือระหว่างจังหวัด ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในหน่วยบริการที่สูงขึ้น โดย อีกทั้งยังออกแบบตัวชี้วัด ระบบรายงาน ระบบควบคุมกำกับ ให้มีประสิทธิภาพขึ้นพร้อม ๆ กันไปด้วย โดยหวังว่าจะทำให้ผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีระยะการรอดชีพเพิ่มมากกว่าที่เป็นอยู่

สุดท้ายนี้ต้องขอขอบคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ในทุกระดับ ที่ช่วยกันในการระดมสมอง ออกแบบวางแผน และร่วมมือกันในการดำเนินงาน เพื่อให้การดำเนินงานในกลยุทธ์นี้ ประสบความสำเร็จ ลุล่วง เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อพี่น้องประชาชนในเขตบริการสุขภาพที่ 8 ต่อไป

ภาคผนวก

สรุปผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)เขตบริการสุขภาพที่ 8 สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2557

โดย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีพบมากใกล้แหล่งน้ำซึ่งอาจมีพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อนอยู่ หลักฐานทางระบาดวิทยาและสัตว์ทดลองพบว่า สาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีในภูมิภาคนี้มีปัจจัยเสี่ยงจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ และจากการศึกษาระบาดของพยาธิใบไม้ตับพบว่า ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีอัตราความชุกเฉลี่ยร้อยละ 22 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และมีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ยังไม่มีแสดงอาการประมาณ 26,500 คนต่อปี และมีรายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 76 ราย ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้มีหลายภาคส่วนได้พยายามแก้ไขมาเป็นเวลานานเกือบ 30 ปี แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ เท่าที่ควรด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค และเขตบริการสุขภาพที่ 8 โดยท่านผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ท่านนายแพทย์สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ท่านสาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ เห็นว่าถึงเวลาแล้วที่ต้องแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง จึงได้กำหนดเป็นนโยบายในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้ยุทธศาสตร์หัวใจสี่ดวงในการขับเคลื่อนงาน เพื่อจัดบริการสุขภาพให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ แบบไร้รอยต่อโดยเชื่อมโยงตั้งแต่ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ อย่างเป็นระบบ

Impact Indicator

1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของประชาชนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับให้ได้อ้อยละ 50 ใน 3 ปี
2. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับให้น้อยกว่าร้อยละ 5 ในปี 2559

Process Indicators

วัดจากระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- มีฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
- ระดับความสำเร็จของตำบลที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่
- ร้อยละของโรงเรียนที่มีการนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย
- สัดส่วนของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound ในพื้นที่
- ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ
- ระดับความสำเร็จในขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วย CHCA แบบประคับประคอง

ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ใช้ หัวใจ สี่ดวง



วิธีการดำเนินงาน

การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ เขตบริการสุขภาพที่ 8 ทั้ง 7 จังหวัด ขับเคลื่อนด้วยยุทธศาสตร์ หัวใจสี่ดวง เพื่อให้บรรลุ Ultimate goal คือ ลดการเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีและลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ในระดับเขตได้ดำเนินการดังนี้

1. การกำหนดเป็นนโยบายในระดับเขต

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้พัฒนาหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีขึ้นมาเพื่อใช้ในการเรียนการสอน และได้เผยแพร่ให้จังหวัดต่าง ๆ ำไปใช้ในการเรียนการสอนในพื้นที่ และได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ การขับเคลื่อนหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสถานศึกษา ระหว่างสถานศึกษากับเขตบริการสุขภาพที่ 7 และ 8 ระหว่างวันที่ 3 – 4 มีนาคม 2557



2.การถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ภายใต้ 15 ยุทธศาสตร์หลักอันประกอบด้วย 5 รุก (โรคเรื้อรัง โรคไต เบาหวาน/ความดัน,โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง การแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุ,งานอนามัยแม่และเด็กและมะเร็งท่อน้ำดี) 5 รับ (จักษุ,สุขภาพจิต,ทันตกรรม,ระบบส่งต่อและระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Long term care) 5 สนับสนุน (รพ.สต./คปสอ.ติดตาม,รับรองคุณภาพโรงพยาบาล,การเงินการคลัง,การจัดซื้อร่วมและระบบข้อมูลสารสนเทศ) ภายใต้ค่านิยมร่วม เข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ(AQES: Access Quality Efficiency Seamless)การดำเนินงานในปีงบประมาณ 255 นั้น เรืองพยธิปไตยไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็น 5 รุกของเขต และเพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเข้าใจที่ตรงกัน จึงมีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อนำสู่การปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน



3. การกำหนดแผนในการประสานงานในพื้นที่

เขตบริการสุขภาพที่ 8 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับเขตขึ้นมา ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลจังหวัด ศูนย์วิชาการต่างๆ คณะกรรมการมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ในระดับจังหวัด มีการแต่งตั้ง Program manager และแผนงานโครงการที่จะขับเคลื่อนงานในพื้นที่ชัดเจน โดยใช้กระบวนการดำเนินงาน 7 building blocks สาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในระดับเขต และปรับให้สอดคล้องในพื้นที่ตนเอง และมีงบประมาณสำหรับการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งที่ได้รับสนับสนุนจาก สสข.เขต 8 และงบประมาณที่ระดมทุนในพื้นที่เอง ในทุกจังหวัด

ตารางที่ 1 Program manager และแผนในการประสานการดำเนินงานในพื้นที่

จังหวัด	Program Manager	คณะกรรมการ	คณะกรรมการ	คณะกรรมการ	Focal point
อุดรธานี	นพ.สัมพันธ์ ธรรมฤทธิ์	นางจิราพร ศรีบุรพา	นพ.สันติสุข พึ่งสา	นางสุวิญญา ธนสีลังกุล	นางงามพิศ ศิริเวชธารง
สกลนคร	นพ.กิตตินารถ ดิยะพิบูลย์ไชยา		นางวิภา แก้วเคน	นส.เทวี ไชยะเสน	นายธีระพงษ์ พุ่มพวง
หนองคาย	นพ.ศราวุธ ศิริวิชัย	นางลำยอง เลขนอก			นส.นิตยา ชุตไธสง
นครพนม	นพ.สุภาวุฒิ ภูมิ	นางชนิษฐา สิ้นลาน	นายวรรณ สิงห์คำ		นางจกมล อิกานนท์
เลย	นพ.วุฒิกิจ จำปาศิรี	นส.ศกุนี จันสุทธิธรากร	นางนวันันท์ เย็นวัฒนา	นางกิริมา ภักดีบุริกุล	นส.อังศนา ยศปัญญา
หนองบัวลำภู	นพ.ไพฑูรย์ ใบประเสริฐ	นายภราดา บุราณสาร			นายสมยุมพร พรหมจารี
บึงกาฬ	นพ.วิสุทธิพงษ์ พรหมโคตร	นายชำนาญ ไวแสง	นางนิตยา ขอนบุรี		นายประดอม ไพลิน

4.การนิเทศติดตามการดำเนินงานในพื้นที่

การนิเทศติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกับการตรวจราชการในกรณีปกติ ปีละ 2 ครั้ง โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลให้การดำเนินงานขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี



ผลการดำเนินงาน

“หัวใจดวงที่ 1” Primary prevention

1.1 การนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียนเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของโรงเรียนที่มีการบรรจุหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในการเรียนการสอนในโรงเรียนเป้าหมาย	ร้อยละ	≤17	18-19	20-21	22-23	24 ขึ้นไป

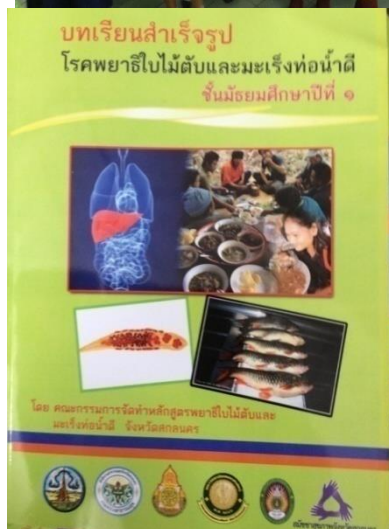
สคร 6 จ.ขอนแก่นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ได้พัฒนาหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีขึ้นมา ในระดับเขตเพื่อเผยแพร่ให้จังหวัดต่าง ๆ นำไปใช้ในการเรียนการสอนในพื้นที่ และได้มีการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ การขับเคลื่อนหลักสูตรโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสถานศึกษาระหว่างสถานศึกษากับเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ระหว่างวันที่ 3 - 4 มีนาคม 2557 ส่งผลให้จังหวัดต่างๆในพื้นที่ ได้มีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องเรียบร้อยแล้ว จากการสุมนิเทศติดตามการจัดการเรียนการสอนเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในสถานศึกษา พบว่า มีหลายพื้นที่ที่สามารถดำเนินการในเรื่องนี้ได้ เช่น จังหวัด หนองบัวลำภู อุดรธานี นครพนม และ สกลนคร มีการออกแบบการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับเด็ก

แต่ละระดับชั้น เช่น นักเรียนระดับปฐมวัยมีการผลิตสื่อการสอนทำเป็น POP-UP ให้ความรู้เกี่ยวกับปลา ระดับชั้นประถมศึกษา ทำเป็นบทเรียนสำเร็จรูป ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สร้างบทเรียนสำเร็จรูปชั้นสูง และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ทำเป็น E-BOOK ผลที่เกิดขึ้นคือ ครูตระหนักรู้ในพิษภัยของโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ส่งผลให้ไม่กินอาหารที่ทำจากปลาดิบโดยเด็ดขาด หรือ จังหวัด เป็นต้น มีการดำเนินการในส่วนนี้ได้

ตารางที่ 2 ผลการนำหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมาใช้ในการเรียนการสอนในโรงเรียน

จังหวัด	โรงเรียนสังกัดสพฐ.ทั้งหมด	รร.ที่ดำเนินการอบรมครูเพื่อบรรจุหลักสูตร	การบรรจุหลักสูตรเข้าในการเรียนการสอนจากการสุ่มในพื้นที่
อุดรธานี	๘๐๘	776	การเตรียมความพร้อม
สกลนคร	๖๑๗	201	สามารถบรรจุหลักสูตรได้ในบางโรงเรียน
หนองคาย	๒๖๐	208	การเตรียมความพร้อม
นครพนม	๔๔๓	14	การเตรียมความพร้อม
เลย	๔๔๖		กำลังดำเนินการ
หนองบัวลำภู	๓๑๗	91	สามารถบรรจุหลักสูตรได้ในบางโรงเรียน
บึงกาฬ	๒๑๕	50	การเตรียมความพร้อม
รวม	๓,๑๑๐	1,340	





1.2 ร้อยละของตำบลพื้นที่เป้าหมายที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่
เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของตำบลเป้าหมายที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่	ร้อยละ	≤6	7-8	9-10	11-12	13 ขึ้นไป

กิจกรรม “ตำบลต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ภายใต้แนวคิด Learning by doing จะต้องมีการดำเนินการดังนี้

- การวิเคราะห์ปัญหาพฤติกรรม
- การคืนข้อมูลสู่ชุมชน เป็นระยะๆ
- จัดทำแผนร่วมกับชุมชนชุมชน การออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญา ที่สอดคล้องกับปัญหา
- ดำเนินการแก้ไขปัญา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม
- ประเมินผล

จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 8 ได้พัฒนาตำบลต้นแบบในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนได้ครอบคลุมทุกจังหวัด ทุกจังหวัดมีการขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตามพื้นที่ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ครบ 5 ขั้นตอน

ตารางที่ 3 ตำบลพื้นที่เป้าหมายที่มีการนำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาดำเนินการแก้ไขปัญหา

จังหวัด	ตำบลทั้งหมด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละของตำบลพื้นที่เป้าหมายที่มีการนำกระบวนการ
อุดรธานี	156	20	20	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 2
สกลนคร	125	18	18	ตำบลเป้าหมายที่ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 2-4
หนองคาย	62	20	20	3 ตำบลเป้าหมายที่ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 5 (15%)
นครพนม	97	14	14	2 ตำบลเป้าหมายที่ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 5 (14.3%)
เลย	90	6	1	ตำบลเป้าหมายที่ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 2
หนองบัวลำภู	59	11	11	ตำบลเป้าหมายที่ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 2-4
บึงกาฬ	53	10	10	7 ตำบล ถึงขั้นตอนที่ 4 และ 3 ตำบล ถึงขั้นตอนที่ 3
รวม	642	99	94	

นอกจากนี้เขต จังหวัดร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้มีการร่วมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชนในการ ลด ละ เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี





หัวใจดวงที่ 2” Risk group finding

2.1 ผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งไบริบและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ร้อยละของการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งไบริบและท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย	ร้อยละ	≤50	51-55	56-60	61-65	66 ขึ้นไป

ผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งไบริบและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย
ดำเนินการได้มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด > 60 %

ตารางที่ 4 ผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งไบริบและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เป้าหมาย

จังหวัด	ประชากรทั้งหมด	ประชากรอายุ 40 ปี	ประชากรเป้าหมาย	ผลงาน	%
อุดรธานี	1,587,988	694,430	540,158	469,567	86.9
สกลนคร	1,157,624	415,321	415,321	391,084	92.6
หนองคาย	686,000	182,367	182,367	155,890	85.4
นครพนม	654,725	285,323	285,323	166,997	80.6
เลย	630,731	263,861	263,861	258,525	97.9
หนองบัวลำภู	518,662	272,746	272,747	214,012	78.7
บึงกาฬ	418,606	181,239	181,239	108,743	60.0
รวม	5,235,730	1,841,302	1,868,269	1,764,818	93.59

2.2. มีฐานข้อมูลโรคมะเร็งไบริบและมะเร็งตับและท่อน้ำดีและนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด
1. ในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งไบริบและมะเร็งตับและท่อน้ำดี	1 คะแนน
2. ประเมินตามระดับของ รพ. 2.1 รพ.ระดับ A มีการดำเนินการจัดทำทะเบียนมะเร็ง(Tumor Registry) 2.2 รพ.ระดับ S มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย/ผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี	2 คะแนน
3. มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในข้อที่ 1 และ 2 เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่	2 คะแนน

ในส่วนของการพัฒนาฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ พบว่า ทั้ง 7 จังหวัดที่มีฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ สำหรับข้อมูลกลุ่มป่วยและกลุ่มตายในโรงพยาบาลจังหวัด ใช้วิธีการดึงข้อมูลจาก ICD-10, ICD-O มาใช้เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตนเอง

ตารางที่ 5 ผลการพัฒนาฐานข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

จังหวัด	ฐานข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	Cancer registry	การใช้ประโยชน์จากข้อมูล
อุดรธานี	1	1	/
สกลนคร	1	ใช้ข้อมูลจาก ICD-10	/
หนองคาย	1	ใช้ข้อมูลจาก ICD-10	/
นครพนม	1	1	/
เลย	1	ใช้ข้อมูลจาก ICD-10	/
หนองบัวลำภู	1	ใช้ข้อมูลจาก ICD-10	/
บึงกาฬ	1	ใช้ข้อมูลจาก ICD-10	/

“หัวใจดวงที่ 3” Early detection & Diagnosis & treatment

3.1 การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound ในพื้นที่เป้าหมาย

เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
สัดส่วนของการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยultrasound ในพื้นที่เป้าหมาย (สัดส่วนการคัดกรอง 2000 /ประชากร 1,000,000 คน)	สัดส่วน	≤1500	1501-2000	2001-2500	2501-3000	3001 ขึ้นไป

ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยใช้คลื่นความถี่สูง(Ultrasound) เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มแรกให้รวดเร็วเพื่อจะส่งไปรักษาได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งกระบวนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่เชื่อมต่อจากการคัดกรองด้วยวาจาและต้องมีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย ๓ ข้อขึ้นไปและนำผู้ป่วยไปคัดกรองด้วย Ultrasound ซึ่งก็สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงดำเนินการได้ในระดับหนึ่ง ในบางพื้นที่ มีการจัดระบบ fast tract ให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองด้วยอัลตราซาวด์ เพื่อนำสู่กระบวนการยืนยันการวินิจฉัย การรักษาพยาบาลที่รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงกระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่จะลดการแออัดของการรอคอยการวินิจฉัย เพื่อนำสู่กระบวนการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้น เกือบทุกจังหวัดพยายามยกระดับ รพ.M2 ขึ้นมาเป็น Node ultrasound เพื่อให้สามารถ early detect ได้ไว แต่ก็ยังพบปัญหาในเรื่อง การขาดแคลนวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน

ตารางที่ 6 ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีด้วยultrasound

จังหวัด	อายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งหมด	อายุ 40 ปีในพื้นที่ เป้าหมาย	พบความเสี่ยง 3 ข้อ ตาม เงื่อนไข	ผลงาน	R/O CCA	สัดส่วน
อุดรธานี	๖๙๔,๔๓๐	๕๔๐,๑๕๘	*	๔,๑๘๘	๔๐	๑๕๒,๑๗๔
สกลนคร	๔๑๕,๓๒๑	๔๑๕,๓๒๑	๒๒,๑๖๓	๕,๖๔๔	๗	๑๓,๕๘๙
หนองคาย	๑๘๒,๓๖๗	๑๘๒,๓๖๗	๗๐,๘๙๐	๑,๒๓๒	๒	๖,๗๕๕
นครพนม	๒๘๕,๓๒๓	๒๘๕,๓๒๓	๑๓๕,๔๘๑	๒,๖๓๗	๑๖	๙,๒๔๒
เลย	๒๖๓,๘๖๑	๒๖๓,๘๖๑	๑๐,๙๓๘	กำลังดำเนินการ		
หนองบัวลำภู	๒๗๒,๗๔๖	๗,๐๒๒	*	๓๐๔	๓	๔๓,๒๙๒
บึงกาฬ	๑๘๑,๒๓๙	๑๘๑,๒๓๙	๑๐๘,๗๔๓	กำลังดำเนินการ		
รวม	๑,๕๗๗,๔๔๑	๑,๔๒๓,๑๖๙	๑๖๒,๒๙๕	๑๔,๐๐๕	๖๘	

หมายถึง * ไม่ได้ใช้ verbal screening

3.2 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในโรงพยาบาลระดับ A

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในปี 2557 ในเขต 8 ได้กำหนดnode ในด้านการรักษาพยาบาลไว้ 3 แห่ง คือ รพ.ศ.อุดรธานี รพ.มะเร็งอุดรธานี และ รพ.สกลนคร เพื่อพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ ซึ่งปัจจุบัน โรงพยาบาลทั้งสามแห่ง กำลังเร่งดำเนินการเพื่อพัฒนาในส่วนนี้ ตั้งแต่ในขั้นตอนแรกการพัฒนาระบบการส่งต่อในเขตรับผิดชอบ ภายในจังหวัดมีการดำเนินการค่อนข้างดี แต่อาจต้องพัฒนาในส่วนของผู้ป่วยถึงแม่ข่าย ทั้งในส่วนของการระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัด และข้อมูลการส่งต่อ

เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอย่างมีคุณภาพ	ขั้นตอน	1	1+2	1+2+3	1+2+3+4	1+2+3+4+5

ตารางที่ 7 ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรงพยาบาลระดับ A

จังหวัด	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษา
อุดรธานี (A2 แห่ง)	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 3 และ 5
สกลนคร (A)	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 4

3.3 การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรงพยาบาลระดับ S

เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีอย่างมี	ขั้นตอน	ผ่าน 1.1	ผ่าน 1.2	ผ่าน 2.1	ผ่าน 2.2	ผ่าน 3

ตารางที่ 8 ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โรงพยาบาลระดับ S

จังหวัด	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลรักษา
หนองคาย (S)	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 2.2*
นครพนม (S)	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 2.2*
เลย (S)	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 2.2
หนองบัวลำภู (S)	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 1.2
บึงกาฬ (S)	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 1.1
รวม	รพ.ระดับ A สามารถดำเนินการได้ในระดับ 3,4,5
	รพ.ระดับ S สามารถดำเนินการได้ในระดับ 1.1, 1.2, 2.2

หมายเหตุ: * การเชื่อมประสานระหว่างปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ยังมีน้อย

ตารางที่ 9 ผลการเตรียมความพร้อม วัสดุ อุปกรณ์ และบุคลากรในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย digital ultrasound

จังหวัด	รพ. M2	รพ. M2	รพ. M2	รพ. M2	การอบรมบุคลากร
อุดรธานี	บ้านดือ (0)	หนองหาน (0)	เพ็ญ (0)	บ้านดุง (0)	แพทย์ผ่านอบรมultrasound ทั้ง 4 แห่ง
สกลนคร	พังโคน (1)	วานร (1)			รอตอบรมแพทย์
หนองคาย	ท่าบ่อ (1)	โพนพิสัย (1)			รอตอบรมแพทย์
นครพนม	ธาตุพนม (1)	ศรีสงคราม (1)			แพทย์ผ่านอบรมultrasound ทั้ง 2 แห่ง
เลย	ด่านซ้าย (1)	วังสะพุง (1)	เชียงคาน (1)		รอตอบรมแพทย์
หนองบัวลำภู	ศรีบุญเรือง (0)	นาแก (0)			รอตอบรมแพทย์
บึงกาฬ	เซกา (1)				รอตอบรมแพทย์

หมายเหตุ (1 = มี digital ultrasound , 0 = ไม่มี)

ตารางที่ 10 ผลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีจำแนกตามวิธีการรักษา

การรักษาผู้ป่วย	รพ.สกลนคร			รพ.มะเร็งอุดรธานี			รพ.อุดรธานี			รพ.ร้อยเอ็ด				
	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2552	2553	2554	2555	2556
	case	case	case	case	case	case	case	case	case	case	case	case	case	case
1.Hepatectomy	2	2	0	NA	7	14	25	86	30	1	6	38	46	90
2.ERCP	NA	NA	NA	NA	NA	NA	79	118	182	9	67	93	78	200
3. Whipple operation	NA	NA	NA	NA	1	2	13	11	15	0	3	6	6	6
4.Biliary by pass	NA	NA	NA	NA	NA	NA	72	75	87	NA	NA	NA	NA	NA
5.PTDB	NA	NA	NA	NA	1	5	0	19	10	0	39	69	97	157
รวม	2	2	0	NA	9	21	189	309	324	10	115	206	227	453

ปี 2557 ข้อมูล ณ วันที่ 15 สิงหาคม 57

“หัวใจดวงที่ 4” Palliative care for advance disease

การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ปัจจุบันทั้งโรงพยาบาลระดับ A และ S สามารถดำเนินการได้โดยเชื่อมประสานกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งจังหวัดนครพนม เป็นFocal point ในเรื่องนี้ ส่งผลให้การดำเนินงานในเรื่องนี้ ขับเคลื่อนไปได้ด้วยดี อย่างไรก็ตามในส่วน รพ.ระดับ S สภาพปัจจุบันมีความพยายามที่จะมีการออกไปเยี่ยมผู้ป่วย และส่งไปยังบ้านเดิม แต่การประสานส่งต่อข้อมูลยังมี

ปัญหาในเรื่อง โปรแกรมและการประสานระหว่างลูกข่ายและแม่ข่ายอยู่บ้าง อย่างไรก็ตามคาดว่าจะสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดได้ทุกจังหวัด

4.1. ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี จำแนกตามขั้นตอนเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	คะแนน				
		1	2	3	4	5
การดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (PTBD, เคมีบำบัด และอื่นๆ) ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน	ขั้นตอน	1	1+2	1+2+3	1+2+3+4	1+2+3+4+5

ตารางที่ 11 ผลการพัฒนาระบบการดูแลรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

จังหวัด	ระดับความสำเร็จในการดูแลpt.CCA
อุดรธานี	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 4
สกลนคร	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 4
หนองบัวลำภู	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 4
เลย	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 3
หนองคาย	ดำเนินการได้ขั้นตอนที่ 3
นครพนม	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 3
บึงกาฬ	ดำเนินการได้ในขั้นตอนที่ 2
รวม	รพ.ระดับ A สามารถดำเนินการได้ในระดับ 3, 4, 5
	รพ.ระดับ S สามารถดำเนินการได้ในระดับ 1.1, 1.2, 2.1, 2.2

กล่าวโดยสรุป

ในปีงบประมาณ 2557 ผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้บรรลุ impact indicators คือ ลดอัตราการเสียชีวิตของประชาชนจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและตับให้ได้อ้อยละ 50 ใน ปี 2560 และลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับให้น้อยกว่าร้อยละ 5 ในปี 2559 ยังไม่สามารถประเมินผลได้ แต่สามารถวัด ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีใน 7 ขั้นตอน ได้ ดังนี้

ตารางที่ 5 สรุปผลระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 รอบที่ 2 ปี 2557

จังหวัด	ข้อมูลเชิงปริมาณ								ข้อมูลเชิงคุณภาพ				ระดับ ความ สำเร็จ
	KPI_1	KPI_2	KPI_3	KPI_4	KPI_5	KPI_6	KPI_7	รวม คะแนน	PM	lan	นวัตกรรม	การ เชื่อม ส่วน ต่างๆ	
สกลนคร	5	5	1	4	5	4	4	28	/	/	/	/	4
หนองคาย	5	5	5	2	5	3	3	28	/	/			4
นครพนม	5	5	5	2	5	3	3	28	/	/			4
อุดรธานี	5	5	1	2	5	5	4	27	/	/		/	4
หนองบัวลำภู	5	5	1	4	5	2	4	26	/	/		/	4
เลย	5	5	1	0	1	4	4	20	/	/		/	2
บึงกาฬ	2	5	1	2	1	1	2	14	/	/	/		1

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ

1. ผู้บริหารมีนโยบายในการพัฒนางานด้านนี้ที่ชัดเจน ให้ความสำคัญในการดำเนินงานอย่างจริงจัง บุคลากรผู้รับผิดชอบงานและเครือข่ายเข้มแข็ง มีความกระตือรือร้นในการทำงาน
2. ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งเปิดกว้างในการพัฒนาระบบบริการ
3. เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน/ บุคลากรที่รับผิดชอบงานในพื้นที่ มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการเข้ากันงานประจำ
4. ความรู้ ความเข้าใจของทีมงานในระดับพื้นที่ที่มีต่อการดำเนินงานรวมถึงการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท
5. มีแรงจูงใจจากงบประมาณสนับสนุนตามผลงาน จาก สปสช.

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1. การเชื่อมประสานการดำเนินงานการให้บริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ยังมีน้อย	<ul style="list-style-type: none"> ■ ควรมีการเชื่อมประสานภายในจังหวัดให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะต่อจังหวัด

1. การพัฒนาศักยภาพและเพิ่มพูนความรู้สำหรับทีมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ให้มีความรู้ความสามารถในการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. สนับสนุนให้มีมาตรการทางสังคม เพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในพื้นที่ ไม่ให้มีการติดเชื้อซ้ำโดยการยกย่อง เชิดชู มอบเกียรติบัตร กับบุคคลตัวอย่าง อันจะนำไปสู่ ชุมชนต้นแบบปลอดพยาธิใบไม้ตับ และขยายตำบลต้นแบบให้ครอบคลุมมากขึ้น
3. การขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ ควรผสมผสานงานพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเข้าไปใน District Health System เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เข้มแข็งและต่อเนื่องโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน
4. ควรมีการติดตามการดำเนินงานการจัดการเรียนการสอนเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการปลูกฝังค่านิยมไม่กินปลาดิบให้กับเยาวชนคนรุ่นใหม่
5. ควรมีการเชื่อมประสานการดำเนินงานระหว่างการให้บริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้สอดคล้องประสานระหว่างผู้ปฏิบัติงานและมีความเข้าใจในแนวทางเดียวกันให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะต่อเขต

1. การพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับและท่อน้ำดีให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. การควบคุมคุณภาพการตรวจวินิจฉัยหอนพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่
3. การพัฒนาฐานข้อมูลด้านการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร่วมกัน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบาย เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

1. การสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนการสอนเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในสถานศึกษา เพื่อที่จะเชื่อมโยงความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากโรงเรียนสู่ชุมชน
2. การศึกษาวิจัยร่วมกันระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรคในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดการความรู้ให้เป็นระบบเพื่อนำสู่การจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิเช่น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี รูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารากินปลาดิบ การประเมินประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอน ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ เป็นต้น

9. คณะทำงาน

1.	นพ.อิสระ	เจียวิริยบุญญา	รพ.มะเร็งอุดรธานี	ประธาน
2.	นพ.ณรงค์	ขันตีแก้ว	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ที่ปรึกษา
3.	รศ.ดร.บัณฑิต	ถิ่นคำพร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ที่ปรึกษา
4.	พญ.ศศิธร	ตั้งสวัสดิ์	สคร.6 จ.ขอนแก่น	รองประธาน
5.	นพ.รวินท์	อิงศิริรัตน์	รพ.มะเร็งอุดรธานี	รองประธาน
6.	นพ.วิสุทธิพงษ์	พรหมโคตร	รพศ.อุดรธานี	คณะทำงาน
7.	นางจิราพร	ศรีบุรพา	รพศ.อุดรธานี	คณะทำงาน
8.	นางสาวมณีรัตน์	ปัจจะวงษ์	รพศ.อุดรธานี	คณะทำงาน
9.	นพ.สันตุสิต	เพ็งสา	รพ.มะเร็งอุดรธานี	คณะทำงาน
10.	นางสาวสุวิญญา	ธนสีลังกุล	รพ.มะเร็งอุดรธานี	คณะทำงาน
11.	นพ.สุรพล	ฉากครบุรี	รพ.สกลนคร	คณะทำงาน
12.	นพ.กิตตินาถ	ดิยะพิบูลย์ไชยา	รพ.อากาศอำนวย	คณะทำงาน
13.	นางสาวเทวี	ไชยะเสน	รพ.สกลนคร	คณะทำงาน
14.	นายวัชรพล	วงศ์สูง	สสจ.สกลนคร	คณะทำงาน
15.	นพ.สุภาวุฒิ	ภูมิ	รพ.นครพนม	คณะทำงาน
16.	นางจกกล	ธมิกานนท์	สสจ.นครพนม	คณะทำงาน
17.	นางชนิษฐา	ลิ้นนลาน	รพ.นครพนม	คณะทำงาน
18.	นพ.ศราวุฒิ	ศิริวัย	รพ.หนองคาย	คณะทำงาน
19.	นายธวัชชัย	เหลือศิริ	สสจ.หนองคาย	คณะทำงาน
20.	นางลำยอง	เลขนอก	รพ.หนองคาย	คณะทำงาน
21.	นพ.วุฒิกกร	จำปาศิริ	รพ.เลย	คณะทำงาน
22.	นางกิริณา	ภักดีบุรีกุล	รพ.เลย	คณะทำงาน
23.	นางนวันันท์	เย็นวัฒนา	รพ.เลย	คณะทำงาน
24.	นายภราดา	บุราณสาร	รพ.หนองบัวลำภู	คณะทำงาน
25.	นพ.มงคล	แดงเอียด	รพ.บึงกาฬ	คณะทำงาน
26.	นายชำนาญ	ไวแสน	สสจ.บึงกาฬ	คณะทำงาน
27.	นางระวีวรรณ	วันศรี	สปสข.เขต 8	คณะทำงาน
28.	นางวรารักษ์	ภูริวุฒิ	รพ.มะเร็งอุดรธานี	เลขานุการ
29.	ดร.เกษร	แถวโนนจั่ว	สคร.6 จ.ขอนแก่น	ผู้ช่วยเลขานุการ

30.	นางงามพิศ	ศิริเวชธำรง	สสจ.อุดรธานี	ผู้ช่วยเลขานุการ
31.	นายสยมพร	พรหมจารีต	สสจ.หนองบัวลำภู	ผู้ช่วยเลขานุการ
32.	นางสาวอังษณา	ยศปัญญา	สสจ.เลย	ผู้ช่วยเลขานุการ

10. เอกสารอ้างอิง

- [1] Sripa B, Bethony JM, Sithithaworn P et al. Opisthorchiasis and Opisthorchis- associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos. *Acta Trop* 2011; 120: 158-68.
- [2] ฐิติมา วงศาโรจน์, ดวงเดือน ไกรลาศ, พงศ์ราม รามสูต และคณะ (2552). รายงานผลการศึกษาศาสนาการณโรค หนองพยาธิและโปรโตซัวของประเทศไทย พศ. 2552. (เอกสารอัดสำเนา)
- [3] Sithithaworn P, Andrews RH, Van De N, et al. The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong Basin. *Parasitology Int* 2012; 61: 10-6.
- [4] Wattanaying charoenchai S, Nithikathkul C, Wongsaroj T, Royal L, Reungsang P. Geographic information system of opisthorchis viverrini in northeast Thailand. *Asian Biomedicine* 2011; 5: 687-91.
- [5] Ram Rangsin, Mathirut Mungthin, Paanjit Taamasri, Somporn Mongklon, Pote Aimpun, Tawee Naaglor, and Saovaanee Leelayoova. Incidence and Risk Factors of *Opisthorchis viverrini* Infections in a Rural Community in Thailand. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 81(1), 2009, pp. 152–155.
- [6] Saengsawang P, Promthet S, Bradshaw P. Prevalence of OV infection in Yasothorn Province, Northeast Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012; 13 (7): 3399-402.
- [7] Prommas C. Report of a case of Opisthorchis felinus in Siam. *Ann Trop Med Parasitol* 1927; 21: 9-10.
- [8] Haswell-Elkins MR, Mairiang E, Mairiang P, Chaiyakum J, Chamadol N, Loapaiboon V, et al. Cross-sectional study of *Opisthorchis viverrini* infection and cholangiocarcinoma in communities within a high-risk area in northeast Thailand. *Int J Cancer* 1994; 59: 505-9.
- [9] Viranuvatti V, Kasamsant, D. & Bhamarapavati, N. Retention cyst of liver caused by opisthorchiasis associated with cholangiocarcinoma. *Am J Gastroenterol* 1955; 23: 442-446.
- [10] Watana P, Watana WB. Liver fluke-associated cholangiocarcinoma. *Br J Surg* 2002; 89: 962-70.
- [11] Poomphakwaen K, Promthet S, Kamsa-ard S, et al. Risk factors for cholangiocarcinoma in KhonKaen, Thailand: a nested case-control study. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2009; 10: 251-7.
- [12] Songserm N, Promthet S, Sithithaworn P, et al. Risk factors for cholangiocarcinoma in high risk area of Thailand: Role of lifestyle, diet and methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms. *Cancer Epidemiology* (2012); 36: 89-94.
- [13] Vanchai Vatanasapt, Supanee Sriamporn and Patravoot Vatanasapt 2002. Cancer Control in Thailand. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. Volume 32, Issue suppl 1 Pp. S82-S91.
- [14] สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.. สถิติสาธารณสุขสาธารณสุข ปี พ.ศ.2551. ค้นเมื่อวันที่ 12 เดือน สิงหาคม 2556 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/statistic53.html>
- [15] Cancer unit, Srinagarind hospital, faculty of medicine, Khon Kaen university, Khon Kaen. Hospital- based tumor registry, Statistic report, 2010.
- [16] ธีร ฐิติมาหาร. 2556. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ได้รับการรักษาแบบ ประคับประคอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [17] Supanee Sriamporn, DM Parkin, P Pisani, V Vatanasapt, K Suwanrungruang, S Kamsa-ard, P Pengsaa, O Kritpetcharat, V Pipitgool, P Vatanasapt A Prospective Study of Diet, Lifestyle, and

Genetic Factors and the Risk of Cancer in Khon Kaen Province, Northeast Thailand: Description of the Cohort. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 2005 6, 295-303.

[18] Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. 2004. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol*. Jul;130 (7):417-22.

[19] ณรงค์ ชันดีแก้วและพวงรัตน์ ยงวณิชย์. 2555. แนวคิดด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ. *ศรินครินทร์เวชสาร* 27, 3 ฉบับพิเศษ: 422-428

[20] วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, ณรงค์ ชันดีแก้ว, ศิริ เชื้ออินทร์, เอก ปักเข็ม, ชูติมา ตลับนิล, โสพิศ วงศ์คำ. มะเร็งท่อน้ำดี: ประสบการณ์โรงพยาบาลศรินครินทร์. 2555. *ศรินครินทร์เวชสาร*; 27 ฉบับพิเศษ 331-9.