



# การประเมินตนเองมาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค (Disease Specific Certification)

โครงการพัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร  
โดยทีมสหสาขา รามาธิบดี

Multidisciplinary Team For Diagnostic and Treatment Stomach Cancer  
in Ramathibodi Hospital

ภาควิชาศัลยศาสตร์ สาขาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารส่วนบน  
ร่วมกับ

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

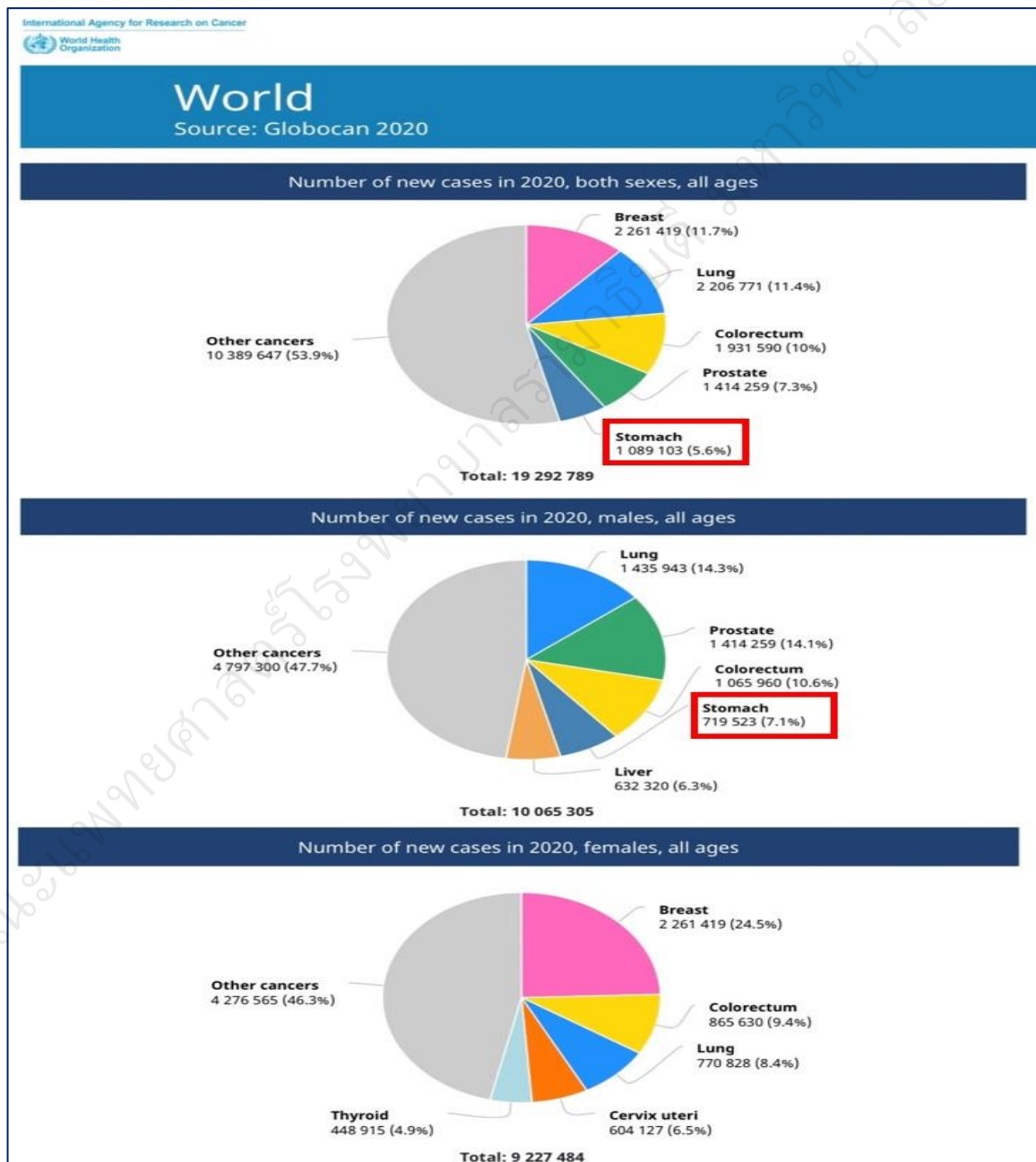
(Ramathibodi Comprehensive Cancer Center)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

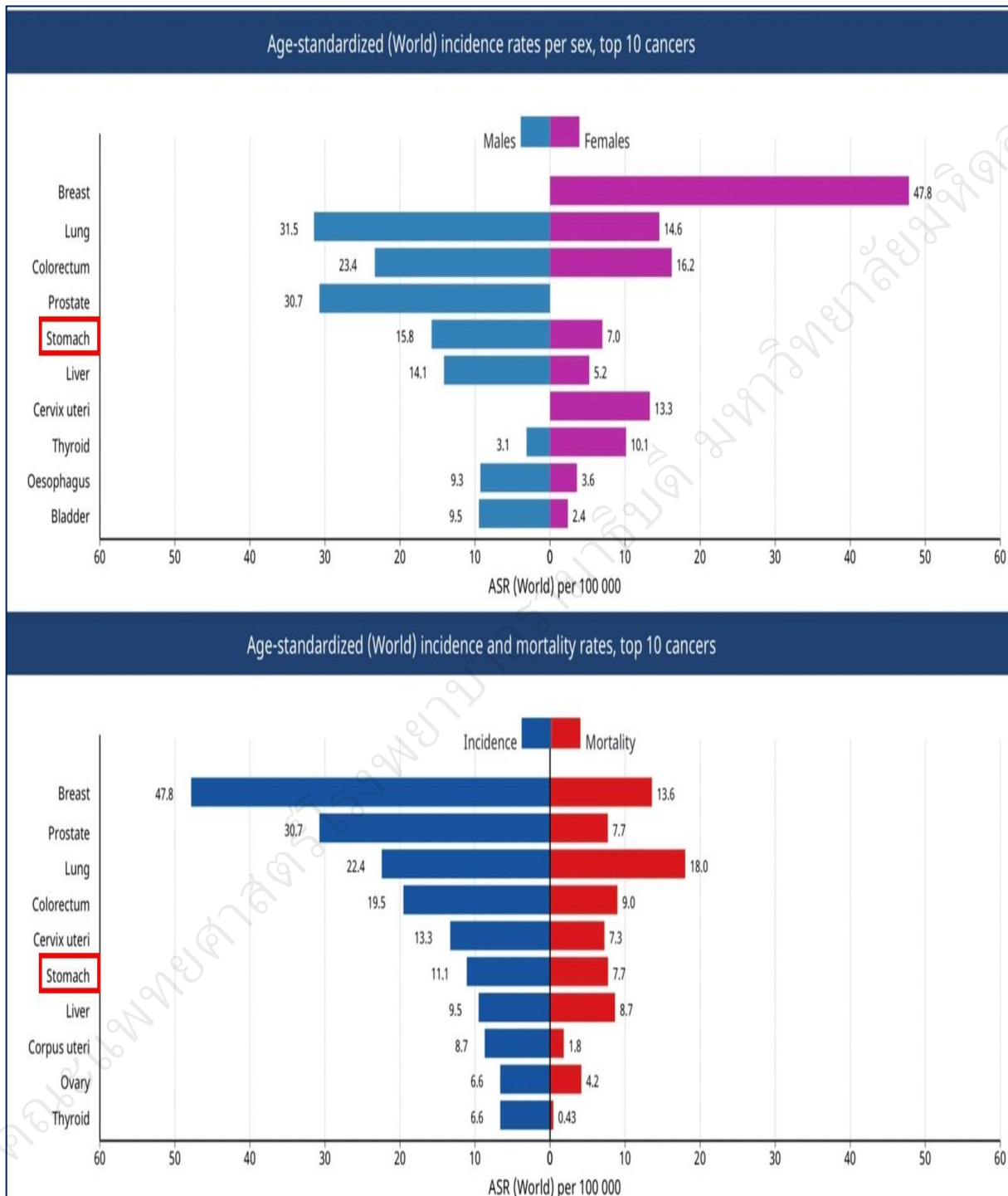
## บทนำ

โรคมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นโรคมะเร็งที่มีความสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคมะเร็งที่มักตรวจพบในระยะท้ายของโรค จึงมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจะไม่มากแต่อุบัติการณ์การเกิดอยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็ง โรคมะเร็งกระเพาะอาหารพบเป็นลำดับที่ 6 โดยพบว่ามีผู้ป่วยใหม่ทั้ง 2 เพศทั่วโลกสูง คิดเป็น 5.6% ของโรคมะเร็งทั้งหมด

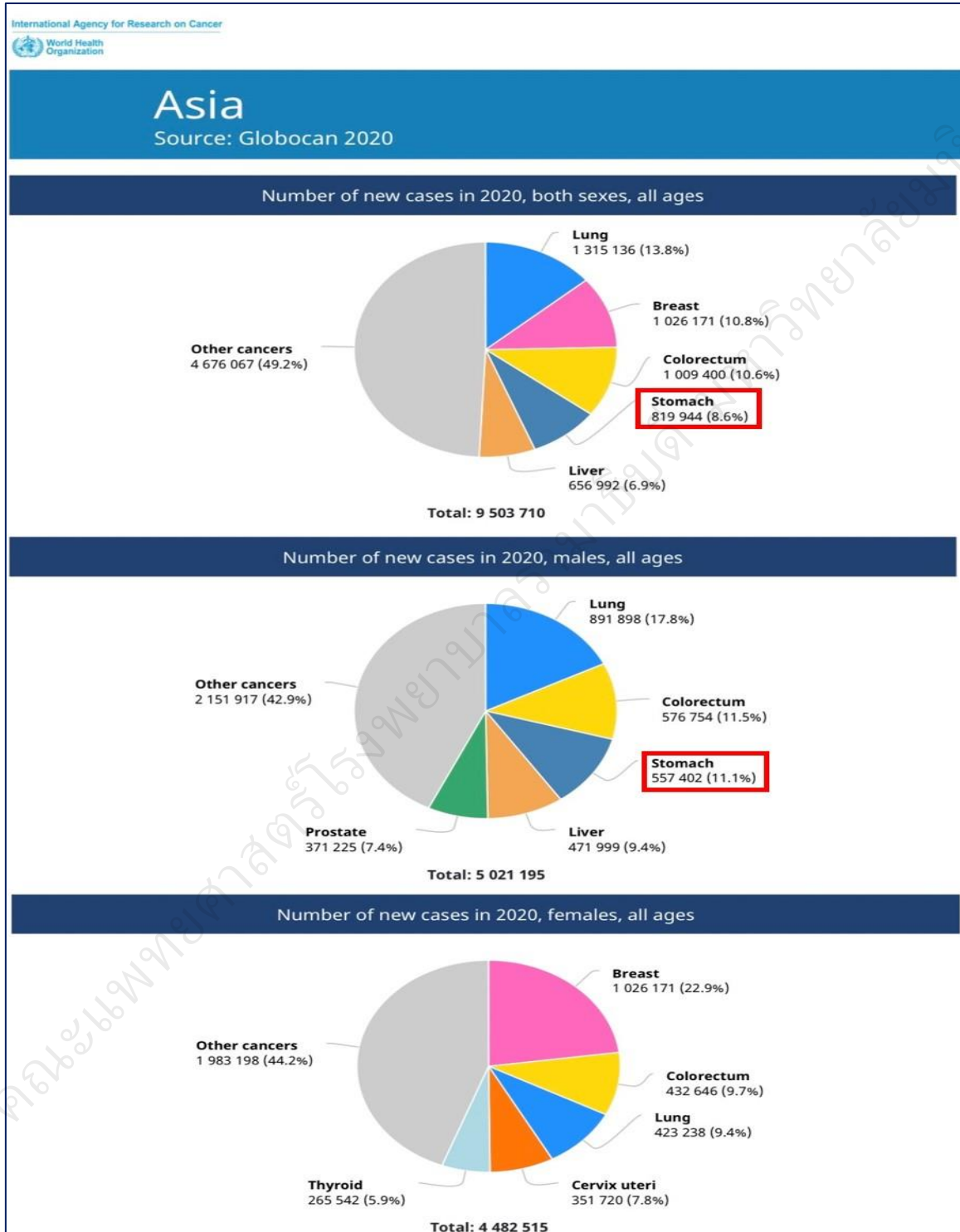
ภาพที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารรายใหม่ทั่วโลก ( 2020 )



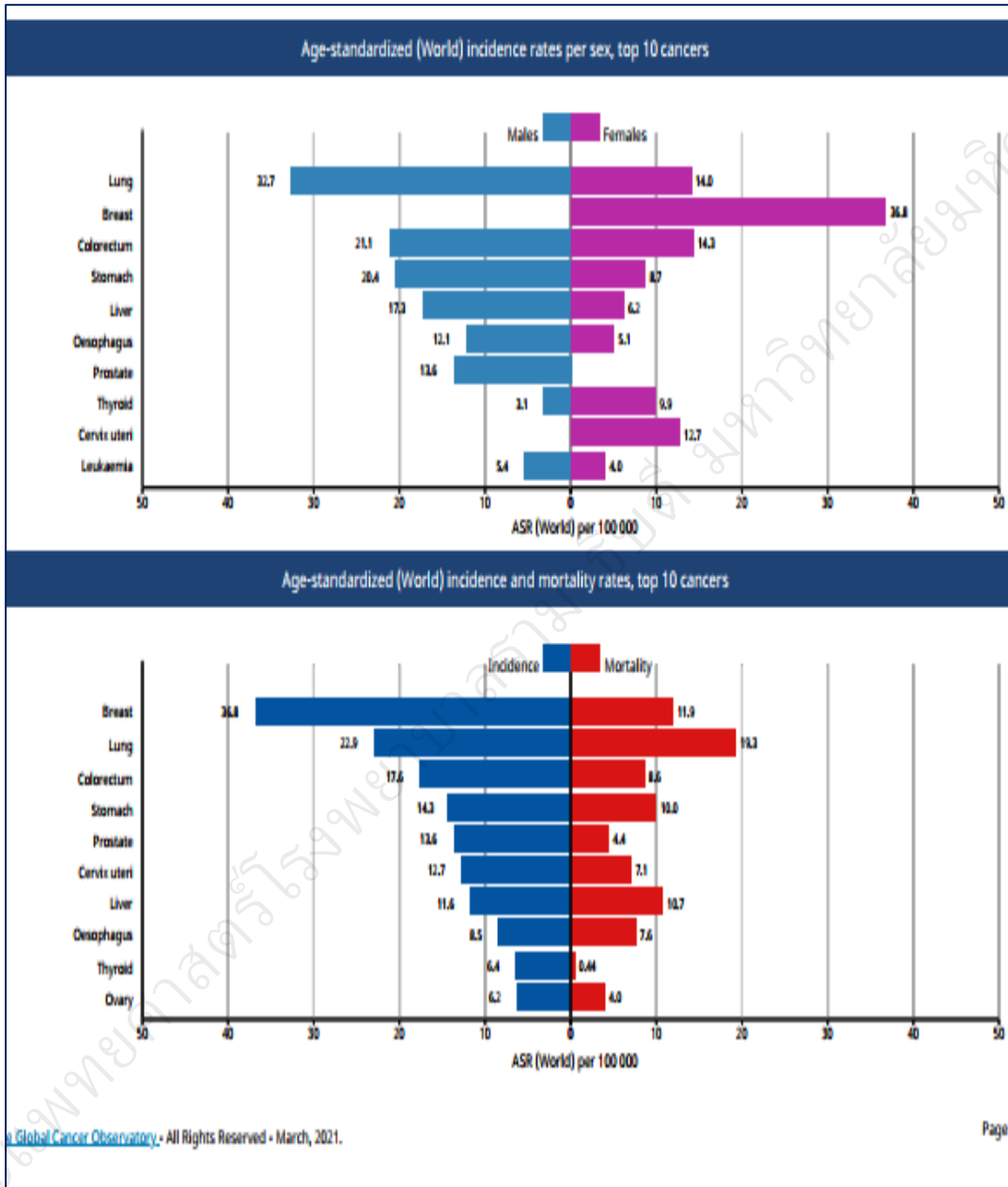
ภาพที่2 แสดงจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารทั่วโลก ( 2020 )



ภาพที่3 แสดงจำนวนผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารรายใหม่ในทวีปเอเชีย( 2020 )

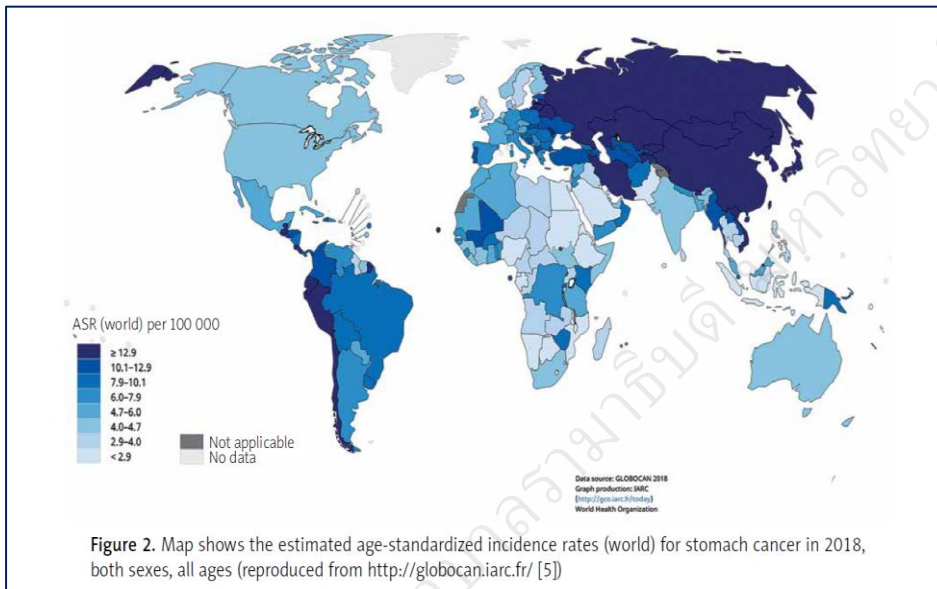


ภาพที่ 4 แสดงจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในทวีปเอเชีย ( 2020 )



ระบาดวิทยาของโรคมะเร็งกระเพาะอาหารทั่วโลก พบว่าในทวีปเอเชียพบมากที่สุด คือร้อยละ 48.4 โดยเฉพาะประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แก่ ประเทศจีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ( Ref. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424)

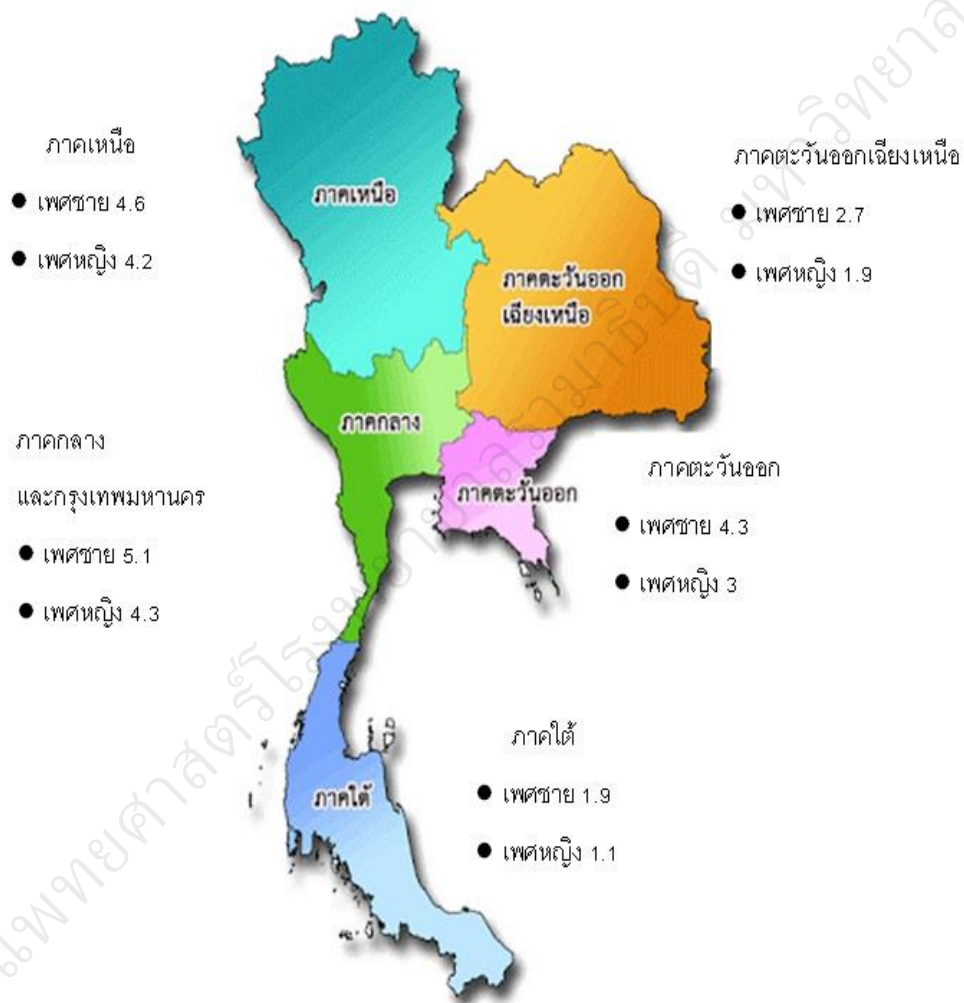
ภาพที่ 5 Map shows the estimated age-standardized incidence rates (world) for stomach cancer in 2018, both sexes, all ages (reproduced from <http://globocan.iarc.fr/> [5])



สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ.2561 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งกระเพาะอาหารพบได้ 3.6รายและ 2.8รายต่อประชากรแสนราย ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ อาจเนื่องจากโรคมะเร็งกระเพาะอาหารอาการและอาการแสดงในระยะแรกๆไม่ชัดเจน โดยมีอัตราส่วนการเกิดโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ต่อประชากร 100000 ราย ตามภูมิภาคต่างๆ ดังนี้

ภาพที่ 6 แสดงจำนวนประชากรโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ต่อ ประชากร 100000 รายในแต่ละภูมิภาค

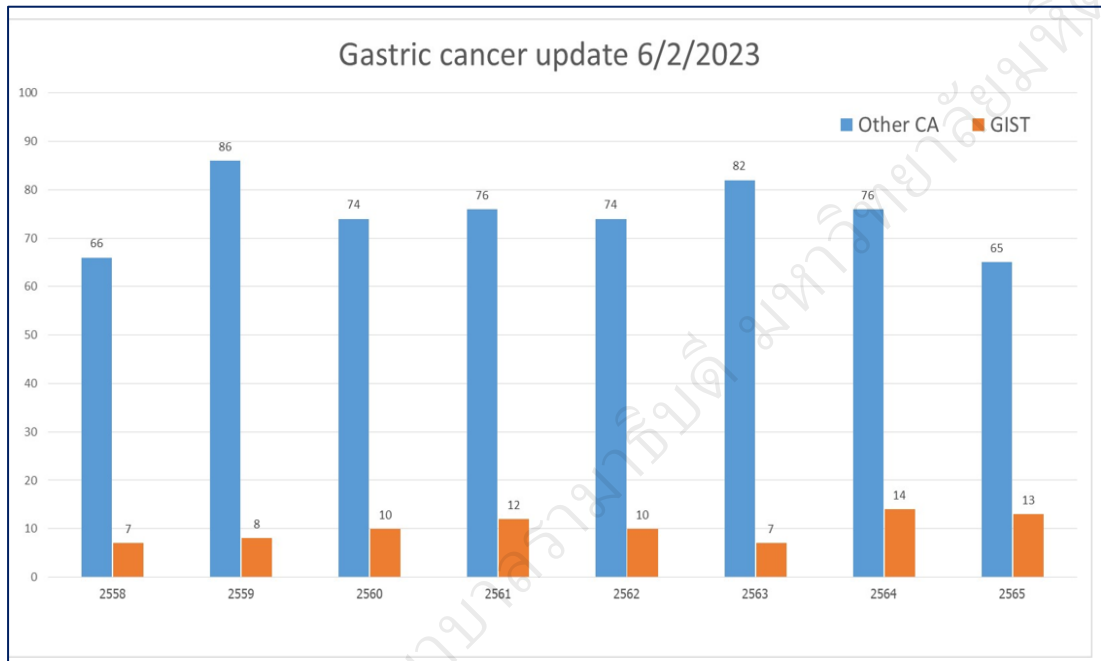
จำนวนประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารต่อประชากร 100,000 ราย ที่พบในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย



ข้อมูลจากศูนย์ความเป็นเลิศด้าน โรคมะเร็ง พบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารรายใหม่ในโรงพยาบาล รามาธิบดี ปี 2558-2564 ดังนี้

ภาพที่ 7 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารทุกชนิดและโรคมะเร็งกระเพาะอาหารชนิด GIST

( ข้อมูลศูนย์มะเร็งรามาธิบดี ปี 2558-2565 )

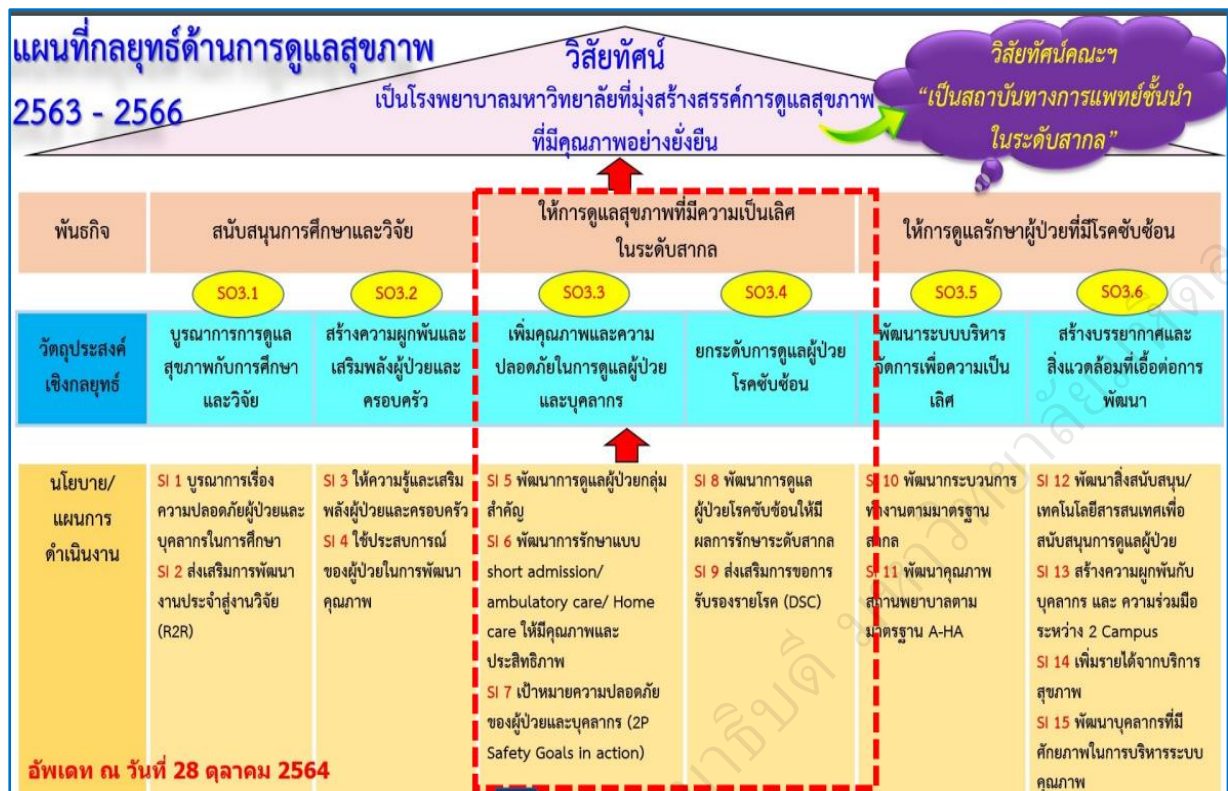


จากสถิติศูนย์ความเป็นเลิศด้าน โรคมะเร็ง จะพบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารรายใหม่ไม่เกิน

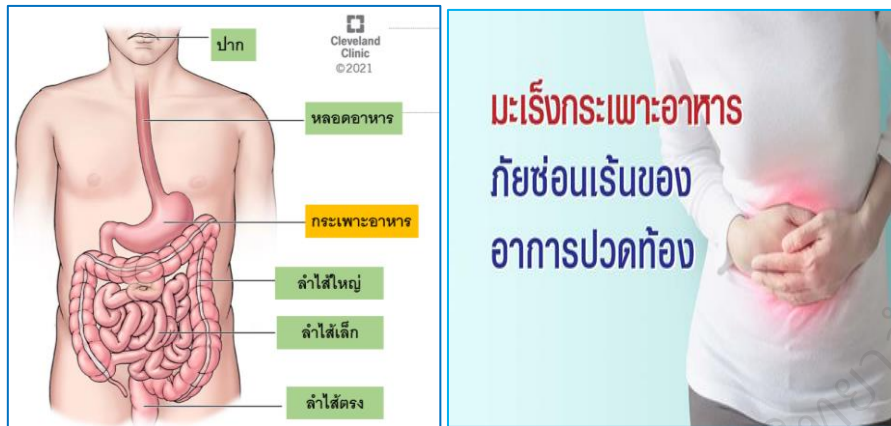
100 ราย ต่อ ปี แม้ไม่ใช่เป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยแต่เป็นโรคมะเร็งที่ตรวจพบเมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลามซึ่งส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับการ รักษาตามแผนการรักษาได้ ทีมสหสาขาได้เห็นความสำคัญเกี่ยวแนวทางการเข้าถึงบริการ การตรวจวินิจฉัยโรค การ รักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ตลอดจน การส่งเสริมให้ประชาชนสนใจ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เพื่อ ประโยชน์ของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ทีมสหสาขาจึงมีความเห็นสอดคล้องกันในการพัฒนาระบบการ รักษาโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคที่มีความซับซ้อนตามแผนยุทธศาสตร์ของคณะปี 2563-2566



ภาพที่ 8 แผนทีกลยุทธ์ด้านดูแลสุขภาพปี 2563-2566



## โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร



เมื่อเรากินอาหารเข้าไปในร่างกายผ่านทางปาก หลอดอาหาร และลงไปสู่ “กระเพาะอาหาร” ซึ่งเป็นอวัยวะแรกที่ทำหน้าที่ย่อยอาหาร เพื่อส่งพลังงานไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนั้นหากกระเพาะอาหารของเราเกิดความผิดปกติ ก็ จะส่งผลให้คน ๆ นั้นขาดอาหารและส่งผลเสียต่อร่างกายตามมา ซึ่งโรคที่เกี่ยวข้องกับกระเพาะอาหารนั้นก็มียาหลายโรคด้วยกัน “โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร” ซึ่งเป็นภัยเงียบอีกโรคที่ทุกคนไม่ควรมองข้าม

“มะเร็งกระเพาะอาหาร” เป็นโรคมะเร็งที่เกิดในกระเพาะอาหาร แบ่งเป็นหลายชนิด เนื่องจากกระเพาะอาหาร ประกอบด้วยหลายส่วน ตั้งแต่ชั้นผิวหนังกระเพาะ ชั้นใต้เยื่อบุกระเพาะ กล้ามเนื้อกระเพาะ และผิวหนังนอกกระเพาะ ซึ่งสามารถเกิดมะเร็งได้ทุกชั้นของกระเพาะอาหาร แต่ที่พบบ่อยคือ มะเร็งผิวหนังกระเพาะอาหาร และ มะเร็งกระเพาะชนิด GIST ที่เกิดได้ชั้นผิวหนังกระเพาะ

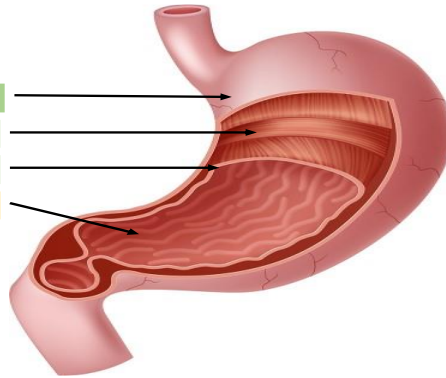
- มะเร็งเยื่อบุกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการอักเสบของกระเพาะอาหารแล้วเรื้อรัง จนเยื่อบุกระเพาะกลายเป็นมะเร็งซึ่งกระบวนการนี้จะมีเชื้อแบคทีเรียตัวหนึ่งที่ชื่อว่า *Helicobacter pylori* (H. Pylori, เอชไพโลไร) เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้กระบวนการอักเสบเรื้อรังไม่หาย และนำไปสู่การเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร

- มะเร็งกระเพาะชนิด GIST (จีส) ซึ่งเป็นมะเร็งชั้นใต้ผิวหนังกระเพาะ เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ชั้นใต้ผิวหนังกระเพาะ ซึ่งเป็นเซลล์ระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกระเพาะจะอยู่ในชั้นใต้ผิวหนังเซลล์ กระเพาะอาหาร

มะเร็งเยื่อบุกระเพาะเป็นโรคที่มีความรุนแรงและอันตรายกว่า GIST (จีส) ซึ่งนับเป็นความโชคดีที่พบในคนไทย น้อย เมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น ส่วนทั่วโลกมะเร็งเยื่อบุกระเพาะพบเป็นอันดับ 5 ของมะเร็งทั้งหมด

กระเพาะอาหารมี 4 ชั้น

- ชั้นเยื่อหุ้มชั้นนอก (serosa)
- ชั้นกล้ามเนื้อ (muscle)
- ชั้นใต้เยื่อเมือก (submucosa)
- ชั้นเยื่อเมือก (mucosa)



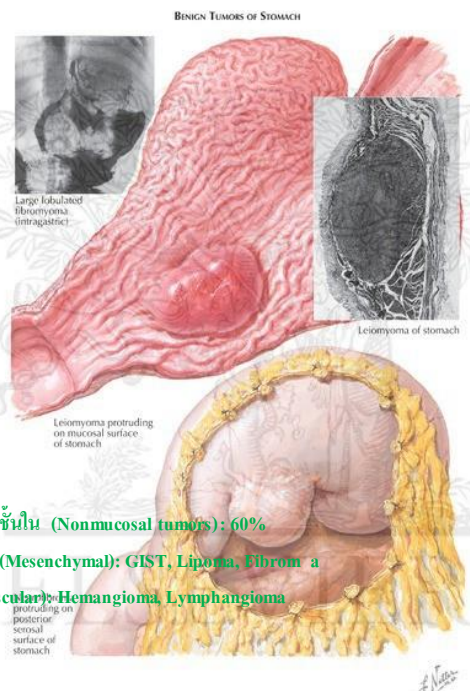
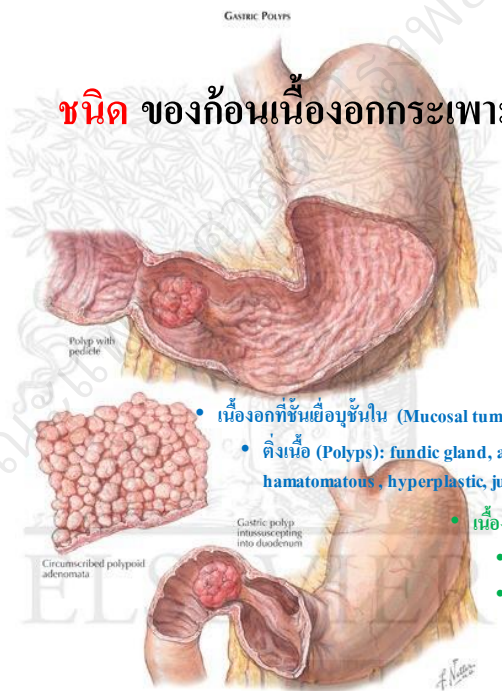
90% ของมะเร็งที่เกิดที่กระเพาะอาหาร อยู่ที่ชั้นเยื่อเมือก

มะเร็งกระเพาะอาหารคืออะไร?

- คือเนื้องอกที่เกิดจากการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์เยื่อบุกระเพาะอาหาร
- โดยมีการลุกลามเพิ่มระยะตามการกินลึก ลงไปตามชั้นต่างๆของกระเพาะอาหาร และการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง 릫รอบกระเพาะและอวัยวะอื่นๆ



ชนิดของก้อนเนื้องอกกระเพาะอาหาร



- เนื้องอกที่ชั้นเยื่อชั้นใน (Mucosal tumors): 40%
  - คีงเนื้อ (Polyps): fundic gland, adenomatous, hamatomatous, hyperplastic, juvenile, polyposis
- เนื้องอกที่ไม่ใช่ชั้นเยื่อชั้นใน (Nonmucosal tumors): 60%
  - เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Mesenchymal): GIST, Lipoma, Fibrom a
  - หลอดเลือด (Vascular): Hemangioma, Lymphangioma

## สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1. พันธุกรรม คนที่มีพ่อแม่หรือญาติเป็นโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร มีโอกาสและความเสี่ยงจะเป็นโรคนี้นี้มากกว่า
2. การอักเสบของกระเพาะอาหารเรื้อรัง การกินอาหารบางอย่างที่กระตุ้นทำให้เกิดการอักเสบ เช่น อาหารปิ้งย่าง อาหารหมักดอง อาหารรสเค็ม ซึ่งกระตุ้นให้เกิดมะเร็งได้
3. การติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรีย (H. Pylori) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งเยื่อบุกระเพาะอาหารหรือมะเร็งต่อมน้ำเหลืองของกระเพาะแบบชนิดที่ไม่รุนแรง

## อาการ

“โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร” เป็นโรคที่มักไม่แสดงอาการในช่วงแรก ๆ เนื่องจากอาการคล้ายกับการเป็นกระเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร หรือ กรดไหลย้อน เช่น ปวด เสียด ต้อ จุก และแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ ปวดท้องท้องอืด ท้องเฟ้อ เรอบ่อย ปวดท้องก่อนและหลังรับประทานอาหาร ปวดท้องตอนท้องว่างหรือปวดท้องกลางดึก อาการปวดเป็น ๆ หาย ๆ

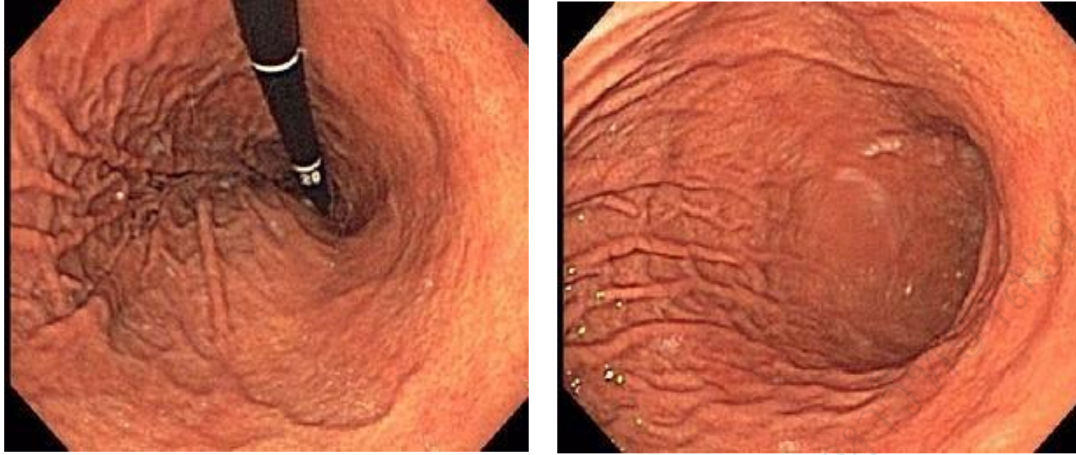
หากเป็นโรคกระเพาะอาหารอักเสบ หรือแผลในกระเพาะอาหาร เมื่อได้กินยารักษาประมาณ 6-8 สัปดาห์ อาการดังกล่าวก็ควรจะดีขึ้น และหายไป ถ้ายังไม่หาย หรือเป็น ๆ หาย ๆ ก็ควรมาพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อหาสาเหตุต่อไป

อาการอื่น ๆ ที่พบได้ถ้าเป็นโรคมะเร็งเป็นมากแล้ว ได้แก่ กินอาหารไม่ได้ อาเจียน เนื่องจากมีก้อนไปอุดตันกระเพาะอาหาร ในบางรายอาจมีอาการแสดงของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน เช่น อาเจียนเป็นเลือด หรือ ถ่ายดำเหนียวคล้ายยางมะตอย หรือ คลำพบก้อนที่ท้อง และ ถ้าหากก้อนมีการแพร่กระจายเยื่ออะอาจจะมีน้ำในช่องท้องท้องโตบวมได้

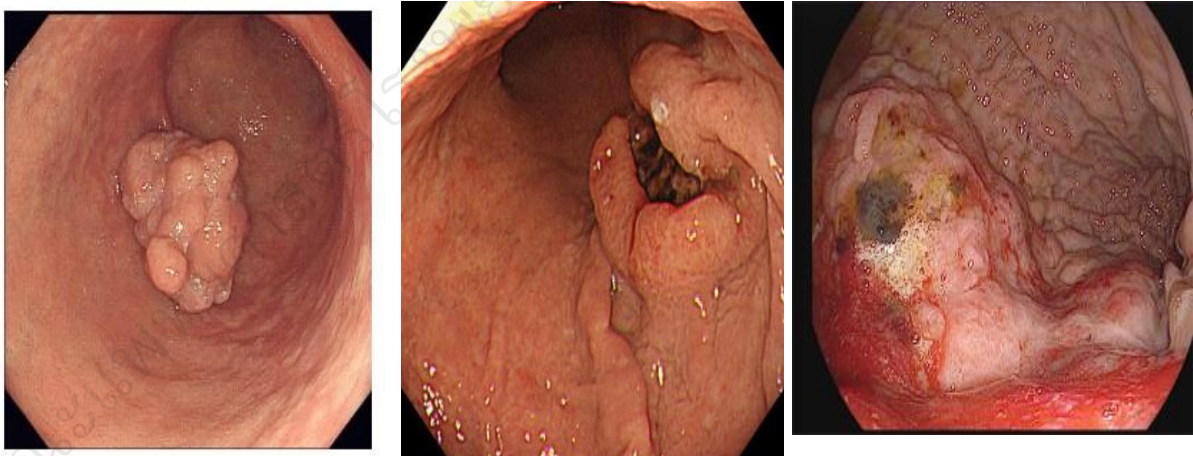
## การตรวจวินิจฉัย

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารโดยการส่องกล้องกระเพาะอาหาร ซึ่งปัจจุบันก็ทำได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว ด้วยเทคโนโลยีของการส่องกล้องที่มีการพัฒนาไปอย่างมาก ประกอบกับประสิทธิภาพที่ดีของกล้องที่มีความคมชัด และแพทย์ที่สามารถทำการส่องกล้องทางเดินอาหารก็มีจำนวนมาก โดยจะใช้เวลาส่องกล้องกระเพาะอาหารไม่นาน เฉลี่ยประมาณ 15 นาที และแทบจะไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก็สามารถประเมินได้แล้วว่าเป็นมะเร็งกระเพาะอาหารหรือไม่ จากนั้นก็จะตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ เพื่อยืนยันผลการวินิจฉัยอีกครั้ง หลังจากนั้น แพทย์ก็จะทำ CT Scan ประเมินระยะของโรค เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรค

กระเพาะอาหารปกติจากการส่องกล้อง



กระเพาะอาหารที่เป็นมะเร็งจากการส่องกล้อง



## ตอนที่ I การบริหารจัดการทั่วไป

### ตอนที่ I-1 การนำ

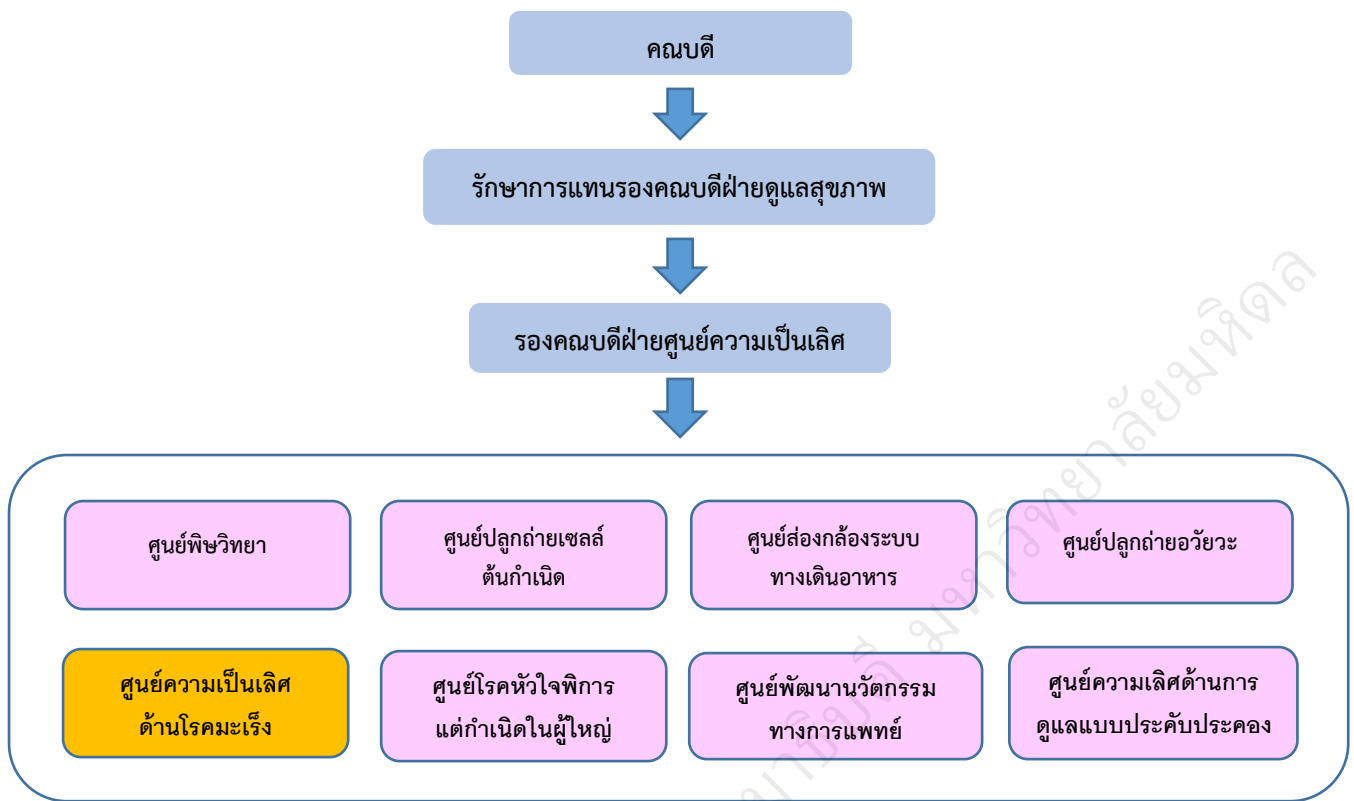
1.1. ทีมนำองค์กร/ผู้นำทีมสหสาขาชี้นำและทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นการปฏิบัติของทีมสหสาขา

โรคเมเร็งกระเพาะอาหารมีอัตราการพบน้อยกว่าโรคเมเร็งชนิดอื่นๆ ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับเมเร็งชนิดอื่นไม่ว่าการรักษาจะเป็นการให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสงหรือการผ่าตัด ผู้ป่วยโรคเมเร็งกระเพาะอาหาร มีอัตราการรอดชีวิตต่ำ ปัจจัยสำคัญจากการที่ไม่ได้มีการตรวจคัดกรองโรคเมเร็งกระเพาะอาหารโดยตรง เนื่องจาก โรคเมเร็งกระเพาะอาหารมักจะไม่มีอาการแสดง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารักษาพบเป็นชนิดลุกลาม ซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่ดี มีอัตราการรอดชีวิตต่ำ แต่ปัจจุบัน ความก้าวหน้าของการดูแลรักษาโรคเมเร็งกระเพาะอาหารพัฒนาไปอย่างมาก ตั้งแต่การวินิจฉัย การประเมินระยะโรค การรักษาโดยการผ่าตัดรูปแบบใหม่ผ่านกล้อง การรักษาเสริมด้วยยาเคมี หรือ ยามุ่งเป้า ทำให้แนวทางการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายมีความซับซ้อนไม่เหมือนที่เคยเป็นในอดีต ผู้ป่วยโรคเมเร็งกระเพาะอาหารจึงต้องมีการวางแผนการรักษาร่วมกันเป็นทีมสหสาขา ตลอดจนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างชัดเจน เนื่องจากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคเมเร็งกระเพาะอาหารมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาวะโภชนาการที่เปลี่ยนไปอย่างมาก การติดต่อประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนการรักษาให้ได้ผลออกมาดีที่สุด และผู้ป่วยเข้าถึงบริการการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว

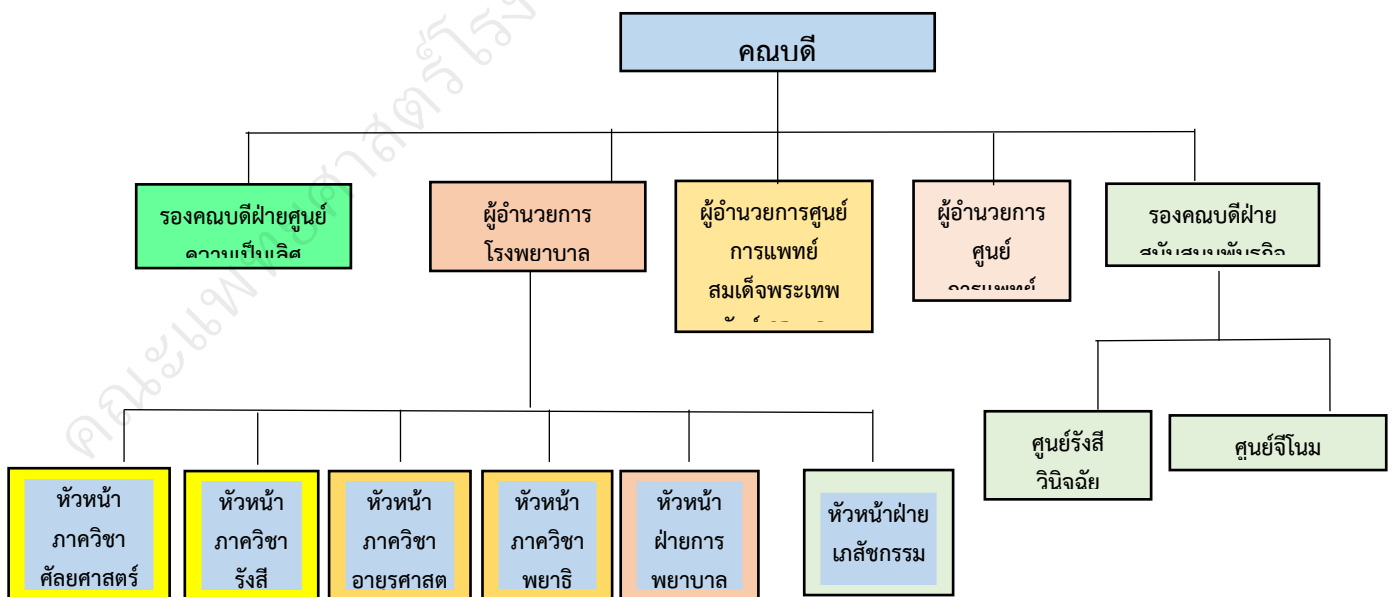
ด้วยความมุ่งมั่นในการยกระดับคุณภาพกระบวนการบริการโรคเมเร็งซึ่งเป็นโรคซับซ้อน ตามค่านิยมขององค์กร ทีมนำทางคลินิกสาขา ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร ได้ร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งจัดตั้งทีมสหสาขา ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเมเร็งกระเพาะอาหาร ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร อายุรแพทย์สาขามะเร็งวิทยา แพทย์รังสีรักษา รังสีวินิจฉัย และ เวชศาสตร์นิวเคลียร์ แพทย์พยาธิวิทยา อายุรแพทย์สาขาโภชนาคลินิก ทีมเภสัชกร ทีมพยาบาล ทีมโภชนาการ ทีมการดูแลแบบประคับประคอง และทีมสนับสนุนต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งกระเพาะอาหาร แบบครบวงจร

ทีมสหสาขามีแนวคิดร่วมกันในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเมเร็งกระเพาะอาหาร ได้เข้าถึงการตรวจวินิจฉัย และการรักษาได้รวดเร็ว ทีมนำมีความรู้สึกท้าทายกับปัญหากระบวนการเข้าถึงบริการตรวจรักษาของผู้ป่วย ในรูปแบบเดิมที่ปฏิบัติกันมา ตลอดจนการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ประชาชนในการตรวจคัดกรองโรค ทั้งนี้เนื่องจากโรคเมเร็งกระเพาะอาหารมักไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนในระยะเริ่มแรก ทีมนำสหสาขาจึงมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการใหม่ในเชิงรุก โดยมีแพทย์ทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเมเร็งกระเพาะอาหาร

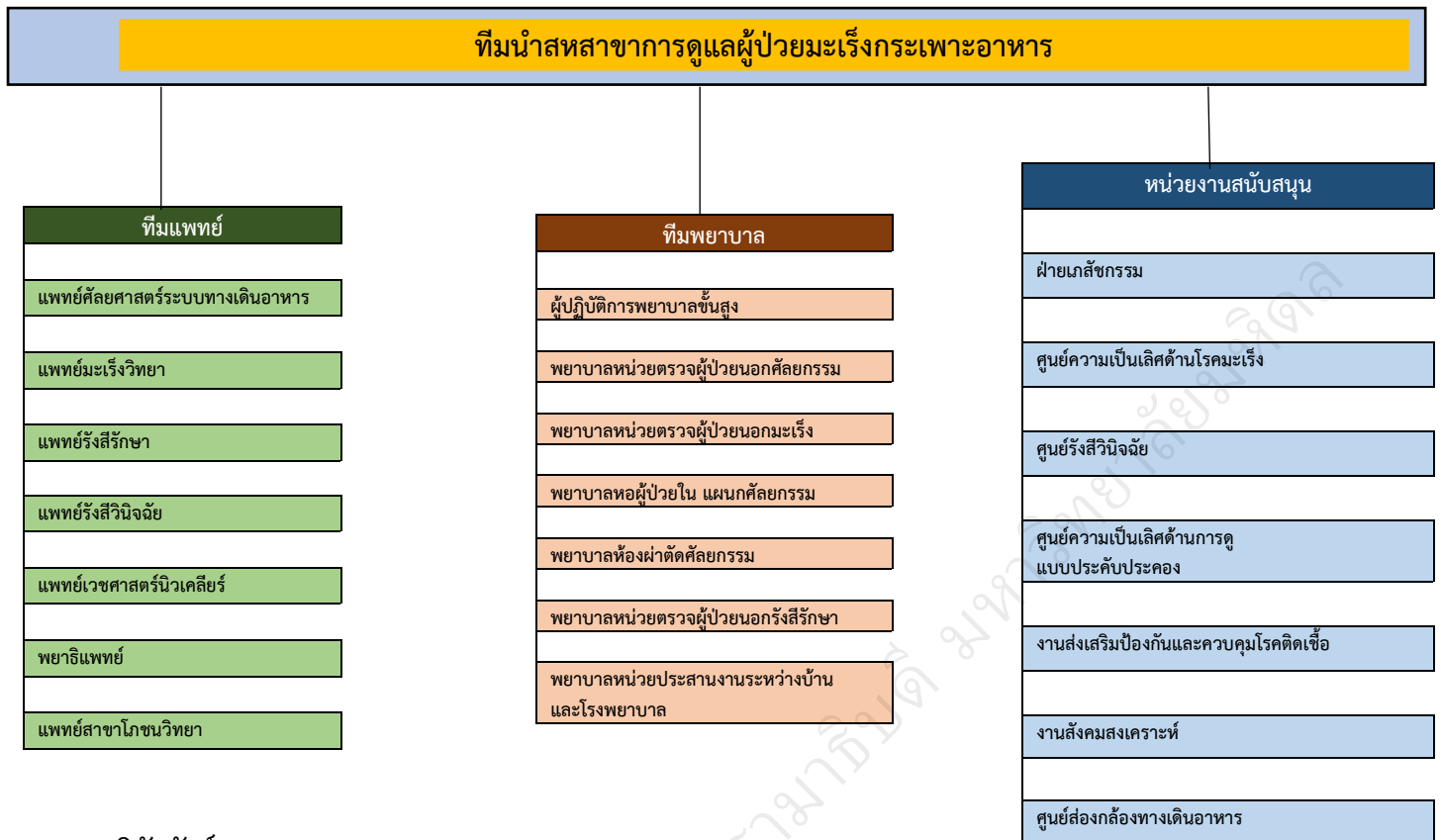
แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง



แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างการบริหารของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



### แผนภูมิที่ 3 คณะทำงานทีมสหสาขาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร



#### วิสัยทัศน์

เป็นทีมต้นแบบชั้นนำในการบริการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ระดับประเทศ

#### พันธกิจ

เพื่อให้บริการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารตามมาตรฐานสากล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และร่วมกันพัฒนาด้านการศึกษา การวิจัย

#### ค่านิยม

มุ่งมั่นในวิสัยทัศน์ขององค์กร ทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นเลิศในด้านคุณภาพและบริการ

ให้การบริการแบบ One Stop Service



ตารางที่ 1 แสดงวิสัยทัศน์ของทีมสหสาขา โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

ปรัชญา	วิสัยทัศน์	พันธกิจ	ค่านิยม
ม.มหิดล	มุ่งมั่นที่จะเป็น มหาวิทยาลัยระดับโลก	สร้างความเป็นเลิศทางด้าน สุขภาพ ศาสตร์ ศิลป์ และ นวัตกรรมบนพื้นฐานของ คุณธรรม เพื่อสังคมไทยและ ประโยชน์สุขแก่มวลมนุษยชาติ	M-Mastery รู้แจ้ง รู้จริง สมเหตุสมผล A- Altruism การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ รับผิดชอบต่อสังคม H-Harmony กกลมกลืนกับสรรพสิ่ง I-Integrity มั่นคงยิ่งในคุณธรรม D-Determination แน่วแน่ กล้าตัดสินใจ O-Originally สร้างสรรค์สิ่งใหม่ L-Leadership ใฝ่ใจเป็นผู้นำ
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	เป็นสถาบันทางการแพทย์ ชั้นนำในระดับสากล	บูรณาการการศึกษา การวิจัย และการบริการสุขภาพเพื่อสุข ภาวะของสังคม	มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบต่อสังคม
ทีมสหสาขาโรคมะเร็ง กระเพาะอาหาร	เป็นทีมนำในการบริการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง กระเพาะอาหาร รูปแบบคลินิกมะเร็ง สหสาขา ระดับประเทศ	เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคมะเร็งกระเพาะอาหารอย่าง มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มี คุณภาพ ได้มาตรฐานระดับ สากล เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พัฒนา ด้านการศึกษาและวิจัย	- PATIENT- CENTER CARE SYSTEM - One Stop Service - พัฒนาระบบการรักษาที่ทันสมัย - ระบบบริการเชิงรุกเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง บริการได้เร็วขึ้น - มุ่งมั่นในวิสัยทัศน์ขององค์กร ทำงาน ร่วมกันเป็นทีม เป็นเลิศในด้านคุณภาพและ บริการ

ตารางที่ 2 แสดงตัวอย่างการนำค่านิยมขององค์กรสู่การปฏิบัติของทีมโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

ค่านิยม	พฤติกรรมที่พึงประสงค์	การปฏิบัติ
<b>มุ่งเรียนรู้</b>	บุคลากรเรียนรู้ องค์ความรู้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- เพิ่มประสิทธิภาพในการบริการและการปฏิบัติงานมากขึ้น</li> <li>- พัฒนาเป็นหน่วยงานแห่งการเรียนรู้ระบบบริหารจัดการคลินิกผู้ป่วยโรคมะเร็ง</li> </ul>	คลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นคลินิกบริการรูปแบบใหม่ของคณะ ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง บุคลากรได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ด้านบริการมีการจัดระบบบริการผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วใน รูปแบบคลินิกสหสาขาเฉพาะทางโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เน้นรูปแบบการบริการแบบ one-stop-service มีทีมสหสาขาวางแผนการรักษาร่วมกัน</li> <li>2. ด้านการศึกษา มีการจัดประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาใหม่ๆ ในแต่ละสหสาขา เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรในการดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร</li> <li>3. บุคลากร ศึกษาหาองค์ความรู้จากวารสารการแพทย์และการพยาบาลและ website ที่เกี่ยวข้อง ในการให้บริการในรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา</li> <li>4. มีการประชุมปรึกษาร่วมกันของทีมสหสาขา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อย่างเป็นระบบ และวางแผนการดำเนินงานต่อไป</li> <li>5. สร้างองค์ความรู้ใหม่ผ่านการทำวิจัย สามารถมีงานวิจัยที่ได้รับการนำเสนอระดับนานาชาติ</li> </ol>
<b>คู่คุณธรรม</b> Morality Customer Focus	โปร่งใส ตรวจสอบได้ มีจริยธรรม <ul style="list-style-type: none"> <li>- โปร่งใส ซื่อสัตย์ สุจริต</li> <li>- มีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่</li> <li>- มีจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ</li> <li>- ยึดผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยทุกรายได้รับบริการเสมอภาคโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกรับการรักษาตามหลักมนุษยธรรม ยึดหลักคุณธรรมและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพและค่านิยมองค์กร</li> <li>- ผู้ป่วยทุกเชื้อชาติ ทุกสิทธิการรักษา เข้าถึงบริการได้เท่าเทียมกัน</li> <li>- ให้บริการรักษาตามมาตรฐานระดับสากล</li> </ul>
<b>ใฝ่คุณภาพ</b> Humanitarian	การบริการตรวจรักษาโรคมะเร็งได้มาตรฐานปลอดภัย รวดเร็ว	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนางานคุณภาพตามวงล้อ PDSA อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน</li> <li>2. คณะทำงาน ได้ปรับปรุงระบบบริการใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก รวดเร็ว ในการเข้าถึงบริการการรักษา ดังนี้                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบนัดหมายผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว</li> <li>- พัฒนาระบบบริการเพื่อ ลดขั้นตอนการเข้ารับบริการตามนัดหมายและ การมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลายครั้ง</li> </ul> </li> </ol>

ค่านิยม	พฤติกรรมที่พึงประสงค์	การปฏิบัติ
		<p>- ให้บริการตามความเชี่ยวชาญโดยทีมสหสาขา</p> <p>3. ทีมสหสาขาได้รับเชิญเป็นวิทยากรบรรยายทั้งในและนอกองค์กร และนำเสนอผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ</p>
<p><b>ร่วมสานภารกิจ</b></p>	<p>ทำงานร่วมกันเป็นทีม</p> <p>แบบสหสาขาสู่เป้าหมายเดียวกัน</p> <p>- ทำงานเป็นทีมในทุกพันธกิจ</p> <p>เกิดผลลัพธ์ที่ดี</p>	<p>คณะทำงานประกอบด้วยทีมสหสาขา ได้ทำงานร่วมกันในทุกด้าน เพื่อส่งเสริมระบบการทำงานรูปแบบทีมสหสาขา</p> <p>1. ด้านการบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร</p> <p>2. ด้านการศึกษาและวิจัย: ได้ออกแบบวิจัย R2R เผยแพร่ผลงานทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ</p> <p>3. บริการวิชาการ:</p> <p>3.1 เป็นสถาบันฝึกอบรม ศึกษาดูงานให้แก่ แพทย์ต่อยอดเฉพาะทางสาขาต่างๆ เช่น มะเร็งวิทยา รังสีวินิจฉัย รังสีรักษา ศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น</p> <p>3.2 คณะทำงานได้จัดประชุมวิชาการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศมาบรรยายเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร</p>
<p><b>คิดนอกกรอบ</b></p>	<p>นำรูปแบบการบริการและวิทยาการใหม่ๆ มาปรับใช้</p> <p>- คิดอย่างแตกต่าง</p> <p>- มีความคิดสร้างสรรค์</p> <p>- เกิดนวัตกรรม</p>	<p>1. ทีมสหสาขาเปิดบริการคลินิกเฉพาะทางโรคมะเร็งกระเพาะอาหารรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสหสาขา อาคาร 1 ชั้น 1 ทุกวันจันทร์ เวลา 8.00-12.00 น. เน้นการบริการรูปแบบ one-stop-service</p> <p>2. ริเริ่มโครงการคัดกรองโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารเชิงรุก</p>
<p><b>รับผิดชอบสังคม</b></p> <p>Responsibility</p>	<p>ความรับผิดชอบต่อสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน ภายใต้คุณธรรมและการบริหารจัดการที่ดี โดยมุ่งเน้น</p> <p>- การลดค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง</p> <p>- การรับบริการรักษาที่รวดเร็ว ครอบคลุมทุกมิติ</p> <p>- ความเสียสละเพื่อส่วนรวม</p>	<p>คณะทำงานมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p> <p>- คำนึงถึงสิทธิ ความเสมอภาคของผู้ป่วยมะเร็งทุกราย ไม่จำกัดสิทธิค่ารักษา เชื้อชาติ ผู้ป่วยทุกรายสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</p> <p>- ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ลดจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์แต่ละแผนก</p> <p>- ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีการปรับระบบบริการในรูปแบบทีมสหสาขาในการวางแผนรักษา โดยไม่เพิ่มอัตราบุคลากร และ สถานที่ในการบริการ</p>

## 1.2 ทีมนำองค์กร/ผู้นำทีมสหสาขาทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลการปฏิบัติของทีมสหสาขา

อย่างมีความรับผิดชอบ ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และมีความรับผิดชอบต่อสังคม

- การสื่อสารกับผู้นำองค์กร จากวิสัยทัศน์ของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและของศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง ทีมสหสาขา ได้พัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารโดยผ่านระบบบริการในรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขาระบบทางเดินอาหาร เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารแบบครบวงจร และเป็นทีมชั้นนำในระดับประเทศ

- การสื่อสารถึงผู้ปฏิบัติงานในแต่ละสาขาผ่านการประชุมกับผู้บังคับบัญชาตามลำดับสายงาน และการจัดประชุมทีมสหสาขาทุก 4 เดือน เพื่อรายงานความก้าวหน้าของกิจกรรมต่างๆและเพิ่มเติมตามวาระกรณีพิเศษในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินการของโครงการ เปิดโอกาสให้มีการแจ้งข่าวให้สมาชิกในทีมทราบฯ และมีการนำสื่อเทคโนโลยี official line มาปรับใช้เพื่อการสื่อสารภายในทีมให้รวดเร็วและทันต่อสถานการณ์ โดยสมาชิกในทีมทุกคนมีข้อตกลงร่วมกันว่า การสื่อสารช่องทางนี้สร้างขึ้นเป็นกลุ่มปิดสำหรับผู้ปฏิบัติงานในคลินิก เท่านั้นเพื่อให้การปรับปรุงปรับปรุง ติดตามงาน และช่วยให้คำแนะนำเบื้องต้นหรือแก้ไขผลกระทบทางลบที่อาจเกิดจากการดำเนินงานได้เหมาะสม ทันเวลา

จากการโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นโรคมะเร็งที่วินิจฉัยค่อนข้างยากและซ้ำเนื่องจาก ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ต้องมีการตรวจประเมินโรคทางรังสีวินิจฉัยเพื่อการวินิจฉัยเฉพาะระบบ โดยการทำให้ CT SCAN การส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเพื่อตรวจชิ้นเนื้อ ทำให้ใช้เวลานานเนื่องจากการตรวจที่เฉพาะเจาะจง และโรงพยาบาลรามาธิบดีมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก อาจทำให้คิวการตรวจล่าช้าต้องอาศัยการประสานงานร่วมกันตลอดจนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเพื่อตรวจชิ้นเนื้อซึ่งเป็นการวินิจฉัยหลัก ต้องตรวจโดยแพทย์เฉพาะทาง ปัญหาเหล่านี้ ส่งผลให้การรักษาโรคเริ่มได้ช้า ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษาโรคหรือผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักไปก่อนเริ่มการรักษา การพิจารณาวางแผนการรักษา ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จึงทำให้เกิดแนวความคิดการจัดตั้งกลุ่มงานดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีมาตรฐาน และการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วและมีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทีมนำสหสาขาวิชาชีพจึงร่วมกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้บริการการตรวจรักษา ตั้งแต่การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างครบถ้วน โดยคำนึงถึง ข้อกำหนด กฎระเบียบ และเกณฑ์ต่างๆในการรักษา การใช้จ่าย ที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงหรือผลกระทบทางด้านลบที่อาจเกิดได้ โดยทีม สหสาขาได้มีการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพในสังกัดและที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ได้แก่

1.2.1 ข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ปี พ .ศ.2549 (เอกสารแนบ 1)

1.2.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (เอกสารแนบ 1)

1.2.3 ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องมาตรฐานการพยาบาล และจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล (เอกสารแนบ 1)

1.2.4 จรรยาบรรณวิชาชีพเภสัชกรรม 2538 (เอกสารแนบ 1)

## ตอนที่ 1-2. การวางแผนและการบริหารแผน

### 2.1. ทีมสหสาขาวางแผนจัดบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพ ตอบสนองความท้าทาย และสร้างความเข้มแข็งให้กับการดำเนินงานของทีม

ทีมนำสหสาขาประกอบด้วย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร อายุรแพทย์สาขามะเร็งวิทยา แพทย์รังสีรักษา รังสีวินิจฉัย พยาธิแพทย์ อายุรแพทย์สาขาโภชนาคลินิก พยาบาล เกสัชกร ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ของทีมสหสาขา เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายคณะ ในการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อนและเพื่อให้สมาชิกในทีมรับทราบเป้าหมายหลักที่สำคัญของโครงการฯ โดยมีการประชุมทีมนำสหสาขา ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยทุก 4 เดือนและจัดตั้งเป็นคณะทำงานกลุ่มโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบบริการต่างๆในการดำเนินงานร่วมกันด้านบริการ และร่วมกันทำวิจัยเพื่อนำผลงานวิจัยสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง update ความรู้ใหม่ๆ ทางวิชาการในแต่ละแขนงเพื่อร่วมวางแผน กำหนดเป้าหมาย บทบาทหน้าที่ แผนการดำเนินการ แนวปฏิบัติ แลกเปลี่ยน ทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา ติดตามและปรับปรุงแผนการดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพในทุกกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

โดยทีมสหสาขามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารได้รับบริการการรักษาตามมาตรฐาน การตรวจวินิจฉัยละเอียด รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่าย ลดความเครียดและความวิตกกังวล มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีกำลังใจ มีทีมบุคลากรเป็นที่ปรึกษา ขณะรับการรักษาด้วยแผนการรักษาต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษา สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว เป็นธรรมและเท่าเทียม มีความพึงพอใจต่อการเข้ารับบริการในทุกขั้นตอน

### ตารางที่ 3 แสดงจุดแข็ง / ข้อได้เปรียบ , จุดอ่อน/ ความท้าทาย และโอกาสต่างๆ ของทีมนำสหสาขา

Strengths	Weaknesses
<ol style="list-style-type: none"><li>คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง ให้การสนับสนุน ด้านนโยบาย</li><li>ทีมสหสาขาต้นแบบ แห่งแรกในประเทศไทย</li><li>มีเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย และเพียงพอในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว</li><li>มีทีมสนับสนุนเพื่อพัฒนาระบบบริการเฉพาะทางแบบทีมสหสาขา ด้วยวิทยาการที่ทันสมัยมีคุณภาพระดับสากล</li><li>การเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้น ลดขั้นตอนการรับบริการ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น</li><li>นำรูปแบบการผ่าตัดที่ทันสมัยโดยศัลยแพทย์มะเร็งวิทยาสาขา ระบบทางเดินอาหารโดยผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>ศัลยแพทย์เฉพาะทาง มีจำนวนจำกัด</li><li>จำนวนห้องผ่าตัดมีจำกัด</li><li>ความยากในการรวมทีม และหาเวลาให้ตรงกันของทีมนำ</li><li>ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านภาวะโภชนาการทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดค่อนข้างนาน ส่งผลกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วยรายอื่น</li></ol>

Oportunities	Threats
<p>1. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความตระหนักด้านการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคซ้ำซ้อนให้ได้ตามมาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว จึงถือเป็นโอกาสพัฒนาที่ดีของคณะทำงานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารและกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันแบบทีมสหสาขา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>2 จากการทำทบทวนกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่มศัลยแพทย์พบว่ามีกระบวนการที่มีโอกาสพัฒนางานร่วมกับทีมพยาธิแพทย์เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาเรื่องการส่งตรวจ Cytology และ Frozen section กรณีเร่งด่วน ในระหว่างการผ่าตัดซึ่งจะมีผลการต่อการประเมินปรับเปลี่ยนแผนการผ่าตัด และส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการผ่าตัดและได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคล่าช้า ซึ่งอาจเกิดจากอาการของโรคไม่ชัดเจน</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการตรวจที่ไม่ตรงแผนก</p> <p>- ขาดการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทราบถึงการทำงานของกลุ่มและสามารถที่จะส่งมาปรึกษาได้</p> <p>- ยาที่ใช้รักษาบางชนิดเบิกไม่ได้ในบางสิทธิ์การรักษา</p>

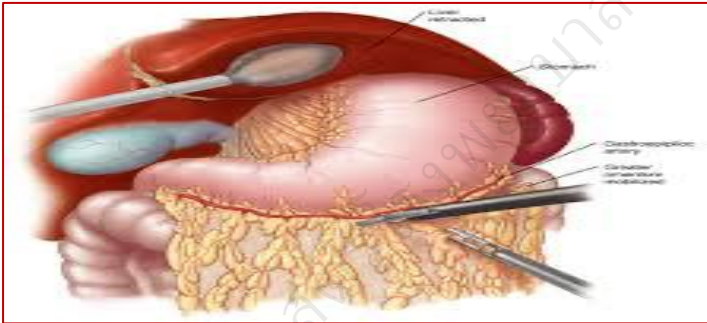
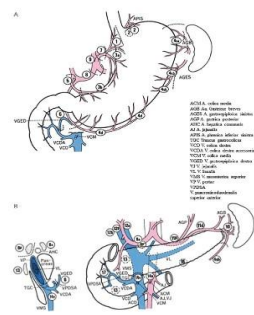


Table 2 Anatomic Relations of D12 lesions

Location	Relation
1	Right pancreatic LN, including those along the first branch of the ascending part of the left gastric artery
2	Left pancreatic LN, including those along the mesogastric branch of the left hepatic artery
3a	Lower common LN along the branches of the left gastric artery
3b	Lower common LN along the 2nd branch and distal part of the right gastric artery
4a	Left gastric common LN along the celiac ganglion area
4b	Left gastric common LN along the left gastroepiploic artery ganglion area
4c	Left gastric common LN along the 2nd branch and distal part of the right gastroepiploic artery
5	Superior LN along the 1st branch and proximal part of the right gastric artery
6	Subgastric LN along the 1st branch and proximal part of the right gastroepiploic artery down to the confluence of the right gastroepiploic vein and the inferior gastroduodenal vein
7	LN along the trunk of left gastric artery between its root and the origin of its ascending branch
8a	Paraesophageal LN along the common hepatic artery
8b	Posterior LN along the common hepatic artery
9	Celiac artery
10	Splenic hilar LN, including those adjacent to the splenic artery distal to the pancreatic tail, and those on the roots of the short gastric arteries and those along the left gastroepiploic artery proximal to the left gastric branch
11a	Proximal splenic artery LN, from its origin to halfway between its origin and the pancreatic tail and those along the artery LN, from halfway between its origin and the pancreatic tail and to the end of the pancreatic tail
11b	Paraesophageal splenic LN along the proper hepatic artery, in the caudal half between the confluence of the right and left hepatic veins and the upper border of the pancreas
12a	Paraesophageal splenic LN along the line duct, in the caudal half between the confluence of the right and left hepatic veins and the upper border of the pancreas
12b	Paraesophageal splenic LN along the porta vein in the caudal half between the confluence of the right and left hepatic veins and the upper border of the pancreas
13	LN on the posterior surface of the pancreatic head cranial to the superior mesenteric artery
14	LN along the superior mesenteric vein
15	LN along the middle colic vessels
16	Paraesophageal LN in the duodenojejunal angle, ileal
16a	Paraesophageal LN between the upper margin of the origin of the celiac artery and the lower border of the left renal vein
16b	Paraesophageal LN between the lower border of the left renal vein and the upper border of the origin of the inferior mesenteric artery
16c	Paraesophageal LN between the upper border of the origin of the inferior mesenteric artery and the aortic bifurcation
17	LN on the anterior surface of the pancreatic head beneath the pancreatic vessels
18	LN along the inferior border of the pancreatic body
19	Intrahepatic LN predominantly along the subhepatic artery
20	Paraesophageal LN in the duodenojejunal mesogastric meso
21	Paraesophageal LN in the lower ileum
111	Paraesophageal LN, located from the mesogastric
112	Posterior mesogastric LN, located from the mesogastric and the mesogastric meso



## ทีมสหสาขาและหน่วยงานที่ร่วมโครงการพัฒนาตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

### 1. ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ศูนย์ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้ดำเนินงานโดยยึดมั่นในปณิธานของมหาวิทยาลัยมหิดลมหาวิทาลัยมหิดล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีให้เป็นศูนย์กลางการดำเนินงานด้านโรคมะเร็งของคณะ สร้างความเป็นเลิศในการวิจัย และ สร้างความเป็นเลิศในการบริการสุขภาพและบริการวิชาการ การดำเนินงานที่ผ่านมาของศูนย์มะเร็ง ได้ดำเนินงานตามพันธกิจหลักอันได้แก่

1. สนับสนุนระบบการบริหารจัดการในการดำเนินการตรวจดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งแบบครบวงจร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทำให้มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างคุ้มค่า โดยมีการดูแลแบบสหสาขา

2. มีระบบการบริหารจัดการที่ส่งเสริมการตรวจรักษาโรคมะเร็งของคณะฯ ให้อยู่ในระดับสากล เพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับนานาชาติ

3. เพิ่มงานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับสากล โดยเฉพาะใช้เป็นที่อ้างอิงได้ และตลอดจนเพิ่มงานวิจัยที่สามารถจดสิทธิบัตรได้

4. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาการตรวจ รักษาโรคมะเร็งของคณะฯ ให้อยู่ในระดับสากล เพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้ ความสามารถทางวิชาชีพที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับในระดับชาติและนานาชาติ

### 2.. ศัลยแพทย์มะเร็งระบบทางเดินอาหาร (Onco surgery) /ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร

- พัฒนาระบบบริการและวางแผนโครงการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง

- ให้ความรู้ให้ความรู้แก่ประชาชน

- Update ความรู้ทางวิชาการแก่ศัลยแพทย์ทั่วไปและทีมบุคลากร

- พัฒนาเทคนิคการผ่าตัดที่ทันสมัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเทียบเท่าสากล

การรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร แม้จะมีการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีร่วมด้วย แต่การผ่าตัดยังคงเป็นการรักษาหลัก เพื่อให้หายขาดจากโรค ที่ผ่านมากการผ่าตัดที่ยอมรับเป็นมาตรฐานการรักษาของประเทศไทย ด้วยการทำ D2 Gastrectomy ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่าตัดของประเทศญี่ปุ่น และ ที่ ร.พ.รามาธิบดี ก็ดำเนินการผ่าตัดมาเป็นเวลายาวนาน โดยการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง แบบแผลมาตรฐาน (แผลใหญ่)

ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดแบบเจาะรูผ่านกล้อง ซึ่งสามารถทำได้ในโรคมะเร็งกระเพาะอาหารระยะเริ่มแรกที่ไม่ติดอวัยวะข้างเคียงซึ่งมีข้อดีคือ

1. แผลเล็กทำให้เกิดความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดน้อยกว่า
2. ผู้ป่วยสามารถขยับลุกจากเตียงได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนาน เช่น DVT, Lung complication
3. ลดภาวะแทรกซ้อนจากแผลผ่าตัดเช่น แผลติดเชื้อ, ใต้เลื้อน แผลผ่าตัดแยกเป็นต้น
4. การฟื้นตัวหลังจากผ่าตัดเร็ว และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น

แต่การผ่าตัดยังมีข้อจำกัดอยู่หลายอย่างเช่น

1. ไม่สามารถผ่าตัดในกรณีที่มีมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง
2. ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่นานขึ้น
3. ค่าใช้จ่ายจากการผ่าตัดเพิ่มขึ้น
4. ต้องใช้แพทย์ที่ชำนาญการผ่าตัดแบบเจาะรูผ่านกล้อง

## Laparoscopic gastrectomy





### 3.อายุรแพทย์สาขามะเร็งวิทยา

- 3.1 ประเมินและวางแผนการให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด (Perioperative chemotherapy)
- 3.2 ประเมินและวางแผนการให้เคมีบำบัดหลังการผ่าตัด (Adjuvant chemotherapy)
- 3.3 ประเมินและวางแผนการรักษาที่ทันสมัยโดยใช้ยามุ่งเป้า (Targeted therapy / Immunotherapy)
- 3.4 ประเมินการให้เคมีบำบัด กรณีผ่าตัดไม่ได้ (Palliative CMT)



### 4..แพทย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา/ แพทย์รังสีวินิจฉัย/ แพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์



- 4.1 ให้การตรวจวินิจฉัยทางรังสีอย่างแม่นยำ รวดเร็ว เช่น การทำ MRI /CT ซึ่งเป็นการวินิจฉัยหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งของโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร
- 4.2 ประเมินการฉายแสงร่วมกับทีมสหสาขาก่อนและภายหลังการผ่าตัด (Peri Operative or Adjuvant treatment)
- 4.3 นำเทคนิคและเครื่องฉายแสงที่ทันสมัย มาประยุกต์ใช้ในการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

## 5. ทีมสหสาขาที่สนับสนุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพด้านคลินิกและการรักษา

### 5.1 อายุรแพทย์สาขาวิชาโภชนวิทยาและชีวเคมีทางการแพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์

- ให้คำปรึกษาและร่วมดูแล ประเมิน ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ก่อน ระหว่าง และภายหลังการรักษา
- ให้คำปรึกษาและร่วมดูแล ประเมิน การเปลี่ยนแปลงด้านภาวะโภชนาการภายหลังการผ่าตัด เกี่ยวกับ ชนิดของอาหารที่ต้องปรับเปลี่ยน การเพิ่มหรือหลีกเลี่ยง อาหารบางชนิดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษา ได้ตามแผนการรักษา ตลอดจนแนะนำวิธีการแบ่งมื้ออาหารในแต่ละวัน
- ติดตามประเมินภาวะโภชนาการ การเสริมวิตามินและแร่ธาตุภายหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

### 5.2 อายุรแพทย์สาขาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์

- ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งทางพันธุกรรมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยหากตรวจพบว่ามีสาเหตุ จากพันธุกรรมจริง ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งชนิด อื่นๆในกลุ่มของยีนส์ที่ตรวจพบทั้งในตัวผู้ป่วยและญาติสายตรง
- การตรวจคัดกรองในญาติสายตรง เป็นการตรวจ genetic test เพื่อ early surveillance

### 5.3 ทีมสหสาขาโรคภูมิแพ้ภูมิโนวิทยาและโรคข้อ (Allergy Immunology & Rheumatology: AIR )

เป็นทีมสหสาขาที่ให้บริการ การวินิจฉัยปัญหาการแพ้ยาเคมีบำบัดโดยการทดสอบทางผิวหนัง เพื่อเพิ่มโอกาส ให้ผู้ป่วย ได้รับเคมีบำบัดอย่างต่อเนื่องด้วย วิธีพิเศษ ตามแผนการรักษา

- การวินิจฉัยการแพ้ยาเคมีบำบัดจากการทดสอบทางผิวหนัง และให้บริการ Desensitization ต่อยาเคมีบำบัด
- กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าแพ้ยาเคมีบำบัด และมีการวางแผนให้ยาด้วยวิธีพิเศษ เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถให้ยาได้ครบตามแผนการรักษา
- ให้การดูแลด้านการแพ้ยาแบบองค์รวมเป็น**แห่งแรกในประเทศไทย**ที่ทำงานแบบสหสาขาวิชา (Multidisciplinary team care)

5.4 ห้องปฏิบัติการเภสัชพันธุศาสตร์ (Laboratory for Pharmacogenomics) ภาควิชาพยาธิวิทยา เป็นหน่วยงานที่  
 บริการตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์ (Pharmacogenomics) ของเอนไซม์ที่ทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงยาเคมี  
 บำบัด ซึ่งเป็นห้องปฏิบัติการเภสัชพันธุศาสตร์ **แห่งแรกในประเทศไทย**

**Pharmacogenomics and Personalized Medicine**  
**หน่วยเภสัชพันธุศาสตร์และการรักษาเฉพาะบุคคล**

**เภสัชพันธุศาสตร์ คืออะไร?**  
 เภสัชพันธุศาสตร์ (Pharmacogenomics) คือ การศึกษาความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมของมนุษย์ ที่เป็นปัจจัยสำคัญส่งผลให้ความแตกต่างในการตอบสนองต่อยาในแต่ละบุคคล ลักษณะทางพันธุกรรมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ความผิดปกติทางพันธุกรรมของเอนไซม์ที่ทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงยา (Drug Metabolizing enzyme) ความผิดปกติทางพันธุกรรมของยีนเอนโดเลอ (Human leukocyte antigen, HLA) มีผลทำให้แต่ละคนมีการตอบสนองต่อยาที่แตกต่างกัน

ปัจจุบันมีการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงผลของความผิดปกติทางพันธุกรรมของยีนกับการตอบสนองต่อยาและสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ทางคลินิกเพื่อการเลือกยาและปรับขนาดยาให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (Individualized Therapy) โดยมุ่งหวังให้ได้รับประสิทธิภาพจากการใช้ยาอย่างสูงสุด และลดโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา**  
 ปัจจุบันการรักษาโดยการใช้อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเกิดเป็นแนวทางหลักที่ใช้ในการบำบัดโรค และความเสี่ยงน้อย แต่ผลการรักษาอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญมากในวงการสาธารณสุขโลก ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความพิการ มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ มีรายงานสถิติพบว่า 30% ของผู้ป่วย มีจำนวนผู้ป่วยบางรายถึงแก่ชีวิต 3-15% ต้องเข้ารับการรักษาคือในโรงพยาบาลเพราะอาการไม่พึงประสงค์จากยา

**เป้าหมายอ้างอิงจากการใช้ยา เภสัชพันธุศาสตร์อย่างได้**  
 เภสัชพันธุศาสตร์ ช่วยให้แพทย์ทราบถึงลักษณะพันธุกรรมที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลก่อนเริ่มการรักษาด้วยยา ซึ่งสามารถคาดการณ์ถึงประสิทธิภาพของยา และวางแผนการจ่ายยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถเลือกให้ยาที่มีความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วยได้ โดยวิเคราะห์จากลักษณะทางพันธุกรรมเภสัชพันธุศาสตร์ซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ช่วยในการใช้ยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่เข้าถึงไปสู่การพัฒนาระบบคือชื่อ "การรักษาเฉพาะบุคคล (Personalized Medicine)" ด้วย

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่  
**หน่วยเภสัชพันธุศาสตร์และการรักษาเฉพาะบุคคล**  
 ชั้น 4 ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพญาไชย 5 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400  
 โทรศัพท์ 0-2209-4331-2, 0-2201-1390 โทรสาร 0-2200-4331

5.6 ทีม Tumour Biobank เป็นหน่วยงานสังกัดศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง สนับสนุน

และสร้างงานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับสากล เช่นโครงการเก็บชิ้นเนื้อผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อการวิจัย

**ธนาคารชีวภาพสำหรับโรคมะเร็งแบบครบวงจร**  
**Ramathibodi tumor biobank**

**ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ**

- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมการพัฒนารักษาผู้ป่วยทางด้านโรคมะเร็งในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จีนเนื้อ เซลล์ หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยมะเร็ง จะทำให้อาการพัฒนารักษาโรคมะเร็งและแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในประเทศไทย ทางด้านตรวจพันธุกรรมระดับเซลล์และโมเลกุลในการรักษา
- ทางโครงการจะนิยมนำให้ความรู้ที่ทันสมัยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยโรคมะเร็งให้แก่มิตรผู้เข้าร่วมโครงการและครอบครัว ปีละ 1 ครั้ง โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

**ความดีของศูนย์ผู้ป่วยมะเร็งร่วมโครงการ**

- ผู้ป่วยจะไม่ได้รับอันตรายที่กีดกันจากการทำโครงการวิจัยนี้
- ผู้ป่วยไม่มีผลกระทบบ่อกระบวนกรรักษาที่จะได้รับที่รบกวนการรักษามะเร็ง
- ผู้ป่วยจะไม่เสียสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆที่จะได้รับที่รบกวนการวินิจฉัยโรคมะเร็ง

**ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่**  
 ศูนย์มะเร็ง  
 ศูนย์ข้อมูลเป็นอิเล็กทรอนิกส์  
 โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 โทรศัพท์ 02-201-2682 / 02-201-0049  
 โทรสาร 02-201-2682

**ขอเชิญชวน**  
**ผู้ป่วยมะเร็ง**  
**เข้าร่วมโครงการ**  
 โครงการจัดตั้งศูนย์โรคมะเร็งครบวงจร  
**Ramathibodi tumor biobank**  
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
 มหาวิทยาลัยมหิดล

- บริหารจัดการและวางแผนควบคุมดูแลและพัฒนากระบวนการทำงานธนาคารชีวภาพ ให้มีประสิทธิภาพเทียบเท่ามาตรฐานสากล

- ประสานความร่วมมือเมื่ออาจารย์แพทย์คลินิกสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง ทั้งในโรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันอื่นๆ

- เพาะเลี้ยงเซลล์มะเร็งในรูปแบบสามมิติ (Organoid) รวมถึงพัฒนา protocol ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
5.7 ทีมสหสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร/ทีมโภชนาการและทีมสนับสนุนอื่นๆ

นอกจากนี้ทีมสหสาขายังตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในมิติต่างๆ ซึ่ง

นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแตกต่างกันออกไป ได้แก่

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความผาสุกของร่างกาย ด้านความผาสุกของจิตใจ ด้านความผาสุกทางสังคม ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิตประกอบด้วยมิติ 6ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระไม่พึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตวิญญาณ

จากกรอบแนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ทีมสหสาขา ได้นำมาเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โดยคำนึงถึงปัจจัยการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับโรคและการรักษา การมีโอกาสพูดคุยซักถาม การมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษา การเข้าถึงระบบการรักษาที่รวดเร็ว และการดูแลที่ต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โดยทีมสหสาขาช่วยกันพัฒนาระบบการต่างๆในการรักษาการดูแล เช่น

-ระบบการเข้าถึงบริการการตรวจรักษาที่รวดเร็ว เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียดผู้ป่วยและครอบครัว  
เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งผู้ป่วยและครอบครัว มักจะเกิดความกลัว ความวิตกกังวล ในการหาสถานพยาบาลที่ทันสมัย และ การเข้าถึงบริการการตรวจรักษาที่รวดเร็ว มีทีมแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ ร่วมดูแล

-การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งกระเพาะอาหารและการรักษาที่ชัดเจน ตลอดจนแนวโน้มของผลการรักษาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

- ความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ในกระบวนการรักษา

- ความเข้าใจ ความสนใจ เอาใจใส่ การความช่วยเหลือของทีมสุขภาพต่อผู้ป่วยและครอบครัว

- การให้คำปรึกษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวัน / การทำงาน / สภาพร่างกาย โดยเฉพาะปัญหาด้านภาวะโภชนาการ อาจต้องเปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารและผลจากการรักษา

## 2.2. ทีมสหสาขาถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์ของทีม

ระบบการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในคลินิกต่างๆ ผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยต้องมีการประเมินโรคเพื่อให้ได้รับการวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน ผู้ป่วยจำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์หลายสาขาหลายครั้ง อาจใช้ระยะเวลานานกว่าที่จะได้รับการประเมินและการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาโรคที่ล่าช้า การรักษาโรคมะเร็งเป็นการรักษาที่ต้องใช้การตัดสินใจ/ปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมแพทย์สหสาขา และ แพทย์แต่ละสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแพทย์จะมีโอกาสพบกันในคลินิกน้อยมาก ข้อมูลการประเมินการวางแผนการรักษา แพทย์แต่ละสาขาจะทบทวนประวัติการตรวจของแพทย์แผนกต่างๆ ที่ส่งปรึกษาได้จากเวชระเบียนหรือข้อมูลในระบบ EMR จากกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในรูปแบบระบบเดิม เวลาการตรวจรักษาของแพทย์แผนกต่าง ๆ ไม่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์สาขาต่างๆ ตามนัดหมายโดยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาของนัดหมายหรือการเริ่มรักษาผู้ป่วยได้แน่นอน จึงเกิดความล่าช้าในการรักษา

โรคมะเร็งกระเพาะอาหารส่วนใหญ่การรักษาหลักจะเป็นการผ่าตัด แต่ในรายที่ศัลยแพทย์ประเมินเบื้องต้นว่าไม่สามารถผ่าตัดได้ จึงต้องมีการปรึกษาดัดสินใจร่วมกันของแพทย์สหสาขา รวมถึงการทบทวน การตรวจทางรังสีวินิจฉัยต่างๆ ตลอดจนสภาพร่างกายและความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความชำนาญของผู้เชี่ยวชาญหลายแขนง

ทีมสหสาขา จึงเกิดแนวคิดในการจัดตั้งกลุ่มดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา (MDT CLINIC) ซึ่งวัตถุประสงค์ก็เพื่อที่จะร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร แบบครบวงจร การบริการแบบ ONE-STOP-SERVICE ซึ่งเน้น PATIENT-CENTER CARE SYSTEM โดยแพทย์ทีมสหสาขาดูแลผู้ป่วยและตัดสินใจการรักษาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ได้เข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็วขึ้น และลดจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล มีการติดตามผู้ป่วยได้รับการนัดหมายต่างๆ อย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาตามที่ทีมได้เข้าประชุมร่วมกันโดยเปิดบริการรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเมื่อ 1 มิถุนายน 2561 ให้บริการทุกวันจันทร์เวลา 8.00น-12.00น ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสหสาขา อาคาร 1 ชั้น 1 โดยมีศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งให้การสนับสนุนด้านนโยบายการบริการและการเรียนการสอนของศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร

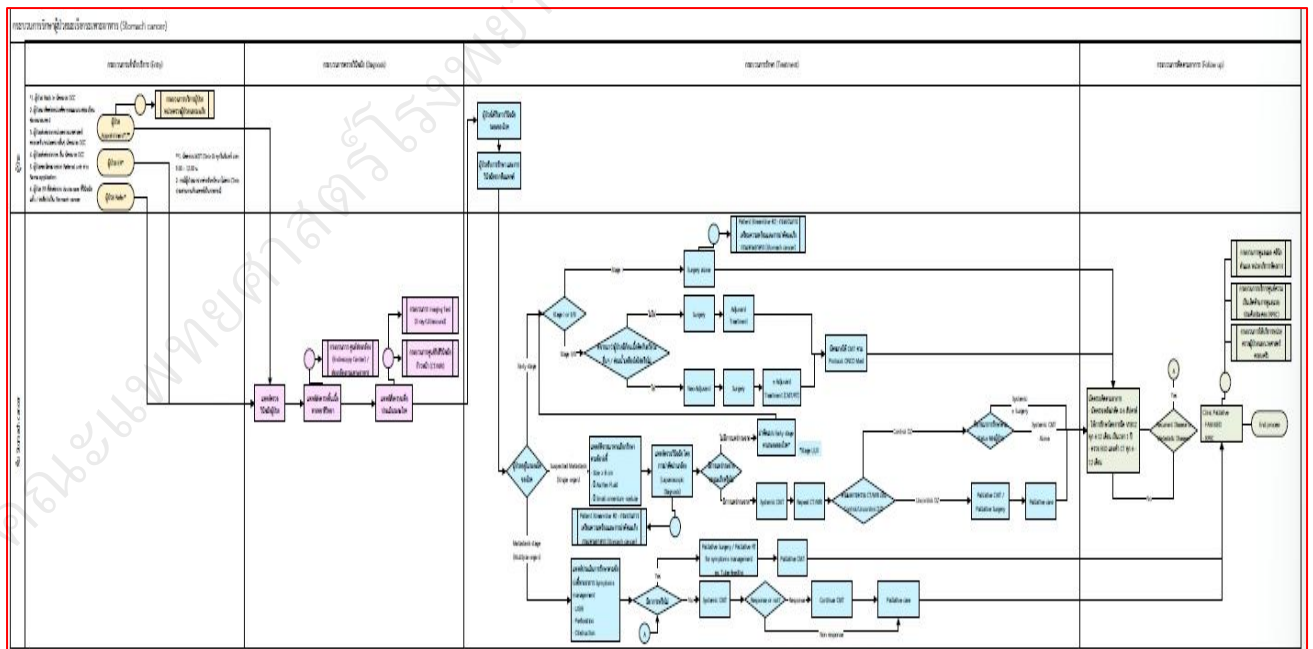
ซึ่งแนวคิดนี้จะเพิ่มความรวดเร็วในเข้าถึงการบริการและการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยทีมร่วมกันวางแผนกระบวนการดูแลเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ จากการทบทวนและเก็บข้อมูลภายหลังการเปิดบริการคลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (1 มิถุนายน 2561 -30 มิถุนายน 2562) พบว่าผลลัพธ์ของโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดโครงการ การเข้าถึงบริการและการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)	
		กลุ่มควบคุม (Control) N=30	กลุ่ม MDT Clinic (N=52)
1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาพยาบาลลดลง	จำนวนวันลดลง	40.60± 34.74วัน (41วัน)	14.92± 19.69 วัน ( 15 วัน)
2.จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการลดลง	จำนวน Visit ลดลง	6.67± 3.68 ครั้ง (7ครั้ง)	1.40± 1.84 ครั้ง ( 2ครั้ง)

ทีมสหสาขาได้ร่วมกันจัดทำกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเพื่อถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และ ปรับปรุงกระบวนการต่างๆตามวัตถุประสงค์ของทีม

ภาพที่ 9 Streamline กระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (เอกสารแนบ2 )





ตารางที่ 5 แสดงกิจกรรมการดำเนินการต่างๆ ของ ทีมนำสหสาขา

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)				ผู้รับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ / ของผู้รับผิดชอบ
	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	
1. จัดตั้งกลุ่ม ทีมสหสาขา เมื่อ มิถุนายน 2561	√				รศ. นพ.ไชยรัตน์ และทีมสหสาขา
2. มีการเริ่มประชุมทีมนำคลินิกมะเร็ง สหสาขา(MDT Clinic )	√	√			ทีมนำสหสาขา
3. มีการประชุมคณะทำงานทุก 4 เดือน	√	√	√	√	ทีมนำสหสาขา
4. มีการจัด lecture เพื่อ update ความรู้ให้แก่บุคลากร	√	√	√	√	ทีมนำสหสาขา
5. มีการทำวิจัยร่วมกัน	√	√	√	√	ทีมนำสหสาขา

คณะทำงานกำหนดวัตถุประสงค์การพัฒนา สนับสนุนและติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา

2.2.1 เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารอย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย รวดเร็วและมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพระดับสากล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ โดยกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญร่วมกันและมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง ด้าน ความพึงพอใจ ความคุ้มค่าและผลลัพธ์ทางคลินิก

2.2.2 เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ความรวดเร็ว ในการเข้าถึงการตรวจและการรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลรามธิบดี โดยผ่านรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษารวดเร็วขึ้นและทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

2.2.3 เพื่อพัฒนาการทำวิจัยในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

2.2.4 เพื่อพัฒนาและ update ความรู้ในสาขาวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งกระเพาะอาหารอย่างต่อเนื่อง และให้ความรู้แก่บุคลากรทุกแขนง รวมทั้งแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อยอด และขยายไปถึงการให้ความรู้ประชาชน ผู้ป่วย และญาติ

2.2.5 เป็นสถาบันการแพทย์ชั้นนำตามวิสัยทัศน์ของคณะในพัฒนาระบบบริการ เพื่อเป็นหน่วยงานต้นแบบการถ่ายทอดรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งโรคมะเร็งกระเพาะอาหารระดับประเทศ



ตอนที่ 1-3. การมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับบริการและสิทธิผู้ป่วย

3.1. ทีมสหสาขาวิชาชีพและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวัง

ที่นำมาสร้างระบบการรับฟังเสียงสะท้อนของผู้รับบริการผ่านทางหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องของแบบประเมินความพึงพอใจและความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของการพยาบาลปีละ 2 ครั้ง แบบประเมินความพึงพอใจของคณะปีละ 1 ครั้ง โดยเมื่อเริ่มเปิดบริการคลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่นำมาได้ทำแบบสอบถามผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการ ในวันนัดหมายพบแพทย์ครั้งที่ 1 และภายหลังได้รับการรักษาประมาณครั้งที่ 4-5 จำนวน 20 ราย ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2561 - 30 มิถุนายน 2562 เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงกระบวนการบริการตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคล (เป็นคำถามปลายเปิดและรวบรวมนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนากระบวนการบริการ )

ตารางที่ 6 แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (เอกสารแนบ 3 )

แบบสอบถาม ผู้ป่วยที่มาบริการที่คลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร					
เพศ.....อายุ.....HN.....					
ความไม่สุขสบาย	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีอาการ	หมายเหตุ
1.ปวดท้อง	16	4			
2.อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	18	2			
3.รับประทานอาหารไม่ได้/น้อยลง	20				
4.คลื่นไส้ อาเจียน	12	8			
5.ท้องผูก,ท้องเสีย,ถ่ายเป็นเลือด	11	9			
6.น้ำหนักลด					
ความวิตกกังวล/ความกลัว	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	
1.กลัวเป็น โรคมะเร็ง	12	8			
2.กลัวรักษาไม่ได้/ก่าคิดไม่ได้	17	3			
3.กังวลเรื่องคนทนาย, มารพ.น้อย	13	7			
4.กังวลเรื่องอาการจะเป็นมากขึ้น	15	5			
5.กังวลต้องให้อาหารทางสายยาง	12	8			
6.กังวลจะดูแลตนเองไม่ได้ต้องพึ่งหาครอบครัวตลอด	16	4			
ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	
1.ต้องการได้ตรวจเร็ว	20				
2.ต้องการพบแพทย์เฉพาะทาง	18	2			
3.ต้องการทราบเรื่องวิธีการรักษาที่ดีที่สุด	20				
4.ต้องการทราบว่าโรคจะดีขึ้นไหม	20				
5.ต้องการคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล ในการนัดตรวจ หรือติดต่อแผนกอื่นๆ	18	2			
6.ต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเอง	17	3			

รายที่	Visit 1				Visit 5			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีอาการ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีอาการ
ความไม่สุขสบาย								
1.ปวดท้อง	/						/	
2.อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	/						/	
3.รับประทานอาหารไม่ได้ น้อยลง	/							/
4.คลื่นไส้ อาเจียน		/						/
5.ท้องผูก, ท้องเสีย, ถ่ายเป็นเลือด			/				/	
6.น้ำหนักลด	/						/	
ความวิตกกังวล/ความกลัว	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.กลัวเป็นโรคมะเร็ง		/					/	
2.กลัวรักษาไม่ได้ ทำดีไม่ได้	/							/
3.กังวลเรื่องคนทรมาร, มารท. บ่อย								
4.กังวลเรื่องอาการจะเป็นมากขึ้น	/						/	
5.กังวลต้องให้อาหารทางสายยาง								
6.กังวลจะดูแลตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาครอบครัวตลอด	/						/	
ความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.ต้องการได้ตรวจเร็ว	/						/	
2.ต้องการพบแพทย์เฉพาะทาง	/						/	
3.ต้องการทราบเรื่องวิธีการรักษาที่ดีที่สุด	/						/	
4.ต้องการทราบว่าโรคนั้นอันตรายไหม	/						/	
5.ต้องการคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ในการนัดตรวจ หรือติดต่อแผนกอื่นๆ	/					/		
6.ต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเอง			/		/			

รายที่	Visit 1				Visit 5			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีอาการ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีอาการ
ความไม่สุขสบาย								
1.ปวดท้อง	/						/	
2.อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	/						/	
3.รับประทานอาหารไม่ได้ น้อยลง	/					/		
4.คลื่นไส้ อาเจียน		/					/	
5.ท้องผูก, ท้องเสีย, ถ่ายเป็นเลือด		/					/	
6.น้ำหนักลด	/					/		
ความวิตกกังวล/ความกลัว	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.กลัวเป็นโรคมะเร็ง							/	
2.กลัวรักษาไม่ได้ ทำดีไม่ได้	/						/	
3.กังวลเรื่อง...มารท. มารท. บ่อย								
4.กังวลเรื่องอาการจะเป็นมากขึ้น	/					/		
5.กังวลต้องให้อาหารทางสายยาง		/						/
6.กังวลจะดูแลตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาครอบครัวตลอด		/					/	
ความต้องการของผู้ป่วย/...	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.ต้องการได้ตรวจเร็ว	/						/	
2.ต้องการพบแพทย์เฉพาะทาง	/						/	
3.ต้องการทราบเรื่องวิธีการรักษาที่ดีที่สุด	/						/	
4.ต้องการทราบว่าโรคนั้นอันตรายไหม	/					/		
5.ต้องการคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล ในการนัดตรวจ หรือติดต่อแผนกอื่นๆ	/					/		
6.ต้องการคำแนะนำในการดูแลตนเอง		/			/			

ตารางที่ 7 แสดงข้อกำหนดของบริการจากการรับฟังและเรียนรู้เสียงของผู้รับบริการ

ความต้องการของผู้รับบริการ	คุณลักษณะของบริการ/ผลิตภัณฑ์	ข้อกำหนดของบริการ/ผลิตภัณฑ์
1. การเข้าถึงบริการการตรวจรักษาที่สะดวกรวดเร็ว	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้การรักษาโดยทีมแพทย์เฉพาะทาง</li> <li>- ให้บริการแบบ One stop service</li> <li>- ความสะดวก รวดเร็ว ในการเข้าถึงบริการ ตั้งแต่การนัดหมาย กระบวนการตรวจวินิจฉัย และการรักษา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การนัดหมายที่รวดเร็วตามความเร่งด่วน</li> <li>- การให้คำแนะนำเรื่องสิทธิการรักษา</li> <li>- ผู้ป่วยใหม่สามารถเข้ารับบริการที่ MDT Clinic ทุกวันจันทร์ เวลา 8.00-12.00น โดยไม่จำกัดจำนวน</li> </ul>
2. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทีมแพทย์เฉพาะทางให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การปรึกษาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>- การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย</li> <li>- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- ให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา รับทราบข้อดี-ข้อเสียของแผนการรักษา</li> </ul>
3. ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษาโดยการผ่าตัด / การรักษาด้วยเคมีบำบัด / ยามุ่งเป้า / รังสีรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทีมแพทย์เฉพาะทางให้ข้อมูลแผนการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร</li> <li>- มีทีมเภสัชกรและพยาบาล APN ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการวางแผนการรักษาหรือปรับเปลี่ยนแผนรักษาตามระยะของการดำเนินโรคตามมาตรฐาน</li> <li>- มีการประเมิน ปรับเปลี่ยนสูตรยาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย</li> <li>- มีการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด / การผ่าตัด / รังสีรักษา และผลข้างเคียงจากการรักษาในแต่ละรูปแบบ</li> </ul>
4. ความปลอดภัยจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด / ยามุ่งเป้า / ยากระตุ้นภูมิคุ้มกัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการทวนสอบคำสั่งการรักษาผู้ป่วยทุกราย โดยอาจารย์แพทย์</li> <li>- คำสั่งการรักษาแบบ online</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการทวนสอบความถูกต้องคำสั่งการรักษาขนาดยา/ วิธีการบริหารยาโดยทีมเภสัชกรและพยาบาล</li> <li>- มีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
5. ความปลอดภัยในการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังผ่าตัด	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ข้อมูลคำแนะนำการเตรียมตัวผ่าตัดอย่างครบถ้วน ถูกต้อง</li> <li>- การนัดหมายผ่าตัดถูกต้อง</li> <li>- Pre - operation reconciliation checklist</li> <li>- Surgical site infection bundles checklist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เตรียมความพร้อมผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</li> <li>- ผู้ป่วยต้องเห็นยินยอมรับการผ่าตัดโดยมีญาติเป็นพยานอย่างน้อย 1 คน</li> <li>- ส่งปรึกษาประเมินความพร้อมผ่าตัด: วิชาญญีแพทย์ Med Block</li> <li>- มีการทำตาม surgical safety check list เพื่อให้มั่นใจว่าการระบุตัวตนผู้ป่วยถูกต้อง การ</li> </ul>

ความต้องการของผู้รับบริการ	คุณลักษณะของบริการ/ผลิตภัณฑ์	ข้อกำหนดของบริการ/ผลิตภัณฑ์
		กำหนดตำแหน่งผ่าตัดถูกต้อง -การเตรียมอุปกรณ์ผ่าตัดที่สำคัญครบถ้วน อุปกรณ์พร้อมใช้ -มีทีมพยาบาลเฉพาะทางให้คำแนะนำการปฏิบัติ ตัวหลังผ่าตัด -ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับช่อง ทางการรับบริการ กรณีเร่งด่วน

### 3.2. ทีมสหสาขาสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ด้วยการตอบสนองความต้องการและสร้างความสัมพันธ์

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งรวมาธิบดียุบรวมกับหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งงานการพยาบาลบริการเฉพาะ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบดี ได้เปิดบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา (Multidisciplinary Team Clinic: MDT Clinic) เพื่อให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ของคณะฯ ปี 2563-2566 ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโรคซับซ้อน การพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มุ่งสร้างผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ เพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างบูรณาการ มีการวางแผนทางการให้บริการแบบ One Stop Service การบริการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การตรวจรักษาจากทีมแพทย์สหสาขาอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว โดยความร่วมมือของแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ ตั้งแต่การวางแผนการรักษา และการปรึกษาในรูปแบบ Conference ของทีมแพทย์เฉพาะทาง ผ่าน Tumour Conference ทุกวันพุธเวลา 13.00-15.00น เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน

ทีมนำกลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ได้ร่วมกันเปิดบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา (Multidisciplinary Team Clinic: MDT Clinic) เมื่อ เดือน พฤษภาคม 2561

ได้นำข้อมูลจากผู้ป่วยมากำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการ ของผู้ป่วยและครอบครัว และสร้างความพึงพอใจในด้านการให้บริการ และมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายดังนี้

#### ด้านผู้ป่วย

- ลดขั้นตอนและจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลตั้งแต่ก่อนเริ่มการรักษา มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการดูแลดูแลตนเองและการยอมรับสภาวะของร่างกายภายหลังการผ่าตัด เนื่องจาก การผ่าตัดโรคมะเร็งกระเพาะอาหารจะมีผลโดยตรงกับภาวะโภชนาการของผู้ป่วย และ รูปแบบการได้รับสารอาหารที่เปลี่ยนไปจากสภาวะของโรค ซึ่งจะมีผลต่อการรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัด
- ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่ค่ายา /ค่าหัตถการ /ค่าผ่าตัด และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (non-medical) เนื่องจากจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลลดลง การวินิจฉัยโดยทีมแพทย์เฉพาะทางร่วมกันทำให้มีการวางแผนการรักษาที่ชัดเจนตามความเหมาะสมของระยะโรค

- การรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลรามาริบดี โดยผ่าน MDT Clinic ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเร็วขึ้น
- ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ผลลัพธ์การรักษาด้านคลินิกเทียบเท่าสากล
- มีระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค จนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง

#### ด้านทีมผู้รักษา องค์กร สถานพยาบาล

- องค์กรได้ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า คุ้มค่า เช่นไม่มีการเพิ่มอัตราบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์การแพทย์ และสถานที่บริการ
- พัฒนาการระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารอย่างเป็นรูปธรรม
- มี update ความรู้ในสาขาวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งกระเพาะอาหารอย่างต่อเนื่อง และการให้ความรู้แก่บุคลากรในทีม เช่นแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด และพยาบาล
- เพิ่มทักษะการทำงานเป็นทีม
- ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบบริการในระดับมาก-มากที่สุด

#### ด้านการพัฒนาบริการสาธารณสุข

- เป็นทีมนำต้นแบบระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา(MDT Clinic )แห่งแรกในประเทศไทย
- พัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ของประเทศให้ดีขึ้น ตลอดจนการสร้างความตระหนักรู้แก่คนในสังคมเกี่ยวกับโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ซึ่งจะทำให้การตรวจพบโรคมะเร็งเร็วขึ้น มีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น

ทีมนี้มีช่องทางให้ผู้รับบริการค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการและความรู้ในการดูแลตนเอง มีระบบในการให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารหลากหลายช่องทาง เช่น

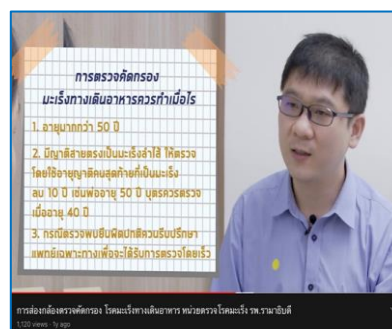
- จัดทำ โปสเตอร์ให้ความรู้เรื่องโรค และระบบการเข้าบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยสหนอกมะเร็งสาขา



## ทางสื่อ Social ที่ประชาชนสามารถหาข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้วยตนเอง

- Website; [https://med.mahidol.ac.th/cancer\\_center/th/about/cancercenter](https://med.mahidol.ac.th/cancer_center/th/about/cancercenter)
- <https://www.prachachat.net/rama-health/news-326898>
- <https://www.posttoday.com/life/healthy/625158>
- รายการรามามาซาแนล ใน youtube ตาม link ต่างๆ <https://youtu.be/MSux3CPaviw>
- มะเร็งกับยาเคมีบำบัด  
<https://m.youtube.com/watch?v=QPMITgm3GK4&feature=youtu.be>
- คลินิกมะเร็งสหสาขา
- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
<https://youtu.be/yLYFm-Xo11A>
- ฉายรังสีรักษากับโรคมะเร็ง  
<https://youtu.be/tlLiWuC7DL0>
- ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

ภาพที่ 9 การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร รายการรามามาซาแนล



### 3.3 ทีมสหสาขาตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร นอกจากการผ่าตัด ซึ่งเป็นแผนการรักษาหลัก แล้วการให้ยาเคมีบำบัด/ ยามุ่งเป้า/ ภูมิคุ้มกันบำบัด เป็นการรักษาเสริมภายหลังการผ่าตัด หรือ ในรายที่โรคลุกลามมากไม่สามารถผ่าตัดได้ ปัจจุบันการรักษาด้วยยาสูตรต่างๆ มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เนื่องจากยาราคาแพง ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาได้อย่างเท่าเทียม สิทธิข้าราชการเบิกจ่ายตรงจะดำเนินการผ่านโครงการ (Oncology prior authorization; OCPA) จะมีพยาบาลหน่วยประสานงานผู้ป่วยมะเร็ง (ศูนยมะเร็ง) ทำหน้าที่ในการประสานงาน ให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษา มีระบบบันทึกข้อมูลที่สำคัญ เพื่อลงทะเบียน ติดตาม แจ้งเตือนแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างรวดเร็วตรงเวลา นอกจากนี้โรงพยาบาลรามาริบัติเข้าร่วมโครงการ cancer anywhere ซึ่งเป็นนโยบายหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข ช่วยให้ผู้พลีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ได้เข้าถึงการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยก้าวหน้า

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติได้มีการตีพิมพ์ประกาศสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วยให้เห็นชัดเจนในจุดบริการต่างๆ เช่น หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก และทุกหอผู้ป่วยใน ทีมนำมีกระบวนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โดยการคุ้มครองสิทธิให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง ตามมาตรฐานสากลในทุกขั้นตอนของการรักษา เช่น

- กระบวนการเข้ารับบริการ และเข้าถึงบริการ การตรวจรักษาโรค ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และมีทีมสหสาขาเข้าร่วมให้การดูแล ทีมบุคลากรทุกระดับจะมีวุฒิการศึกษาตรงตามหน้าที่ และขอบเขตตามสมรรถนะ

- ผู้ป่วยได้รับการบริการตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเท่าเทียมกัน
- ผู้ป่วย ได้รับการประเมินและตอบสนองตามความต้องการอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติคุณภาพการดูแล และได้รับการติดตามดูแลภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำด้านข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการแสดงเจตนาจางปฏิเสธรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12
- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูล และคำแนะนำในการใช้สิทธิต่างที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล
- การดำเนินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย/ครอบครัวกับทีม ไม่ว่าจะโดยทางใด ทีมจะมีเอกสารขอความยินยอมในการนำข้อมูลเพื่อการศึกษา วิจัย หรือเผยแพร่ต่อสาธารณะ และจะมีการปกปิดความลับของผู้ให้ความยินยอม ทีมจะมีการแสดงตนโดยแจ้ง ชื่อ สกุล ตำแหน่ง ในการแนะนำตนเองด้วยความบริสุทธิ์ใจไม่มีเจตนาซ่อนเร้นแอบแฝง จากการดำเนินงานด้านการดูแลตรวจรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่ผ่านมา ทีมไม่เคยได้รับการแจ้งเตือนจากองค์กรในเรื่องการละเมิดสิทธิผู้ป่วย

## ตอนที่ 1-4. การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้

### 4.1. ทีมสหสาขาเลือกรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงผลงานของทีม และส่งเสริมการเรียนรู้

ทีมนำมีการประชุมกำหนดและทบทวนกระบวนการดำเนินงานในทุกขั้นตอน กำหนดตัวชี้วัดในแต่ละกระบวนการให้ครอบคลุมตามมาตรฐานคุณภาพ การตรวจรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เพื่อให้ สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วัดผลสัมฤทธิ์โดยการติดตามและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ได้ ตามเกณฑ์มาตรฐาน ปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ

#### ตารางที่ 8 ตัวชี้วัดที่สำคัญ และผลสัมฤทธิ์ด้านต่างๆ

กระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ	ตัวชี้วัด
1. กระบวนการตรวจรักษาผู้ป่วย โรคมะเร็งตามมาตรฐานและรวดเร็ว	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วยและครอบครัวได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษาอย่างถูกต้องครบถ้วน</li> <li>2. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว นำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพ</li> <li>3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ นำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมและ รวดเร็ว</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการ รักษาอย่างถูกต้อง <math>\geq 90\%</math></li> <li>2. อัตราการได้รับการ ตรวจวินิจฉัยโรคภายใน 14 วัน <math>&gt;90\%</math></li> <li>3. อัตราการได้รับการดูแลโดยทีม สหสาขาวิชาชีพ <math>\geq 90\%</math></li> </ol>
2. กระบวนการบริการอย่างมี ประสิทธิภาพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้บริการผู้ป่วยแบบ One stop service</li> <li>2. ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย <math>\geq 80\%</math></li> <li>2. อัตราความสำเร็จของการประสานงานนัดหมาย <math>&gt;95\%</math></li> <li>3. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่น ถูกต้อง <math>&gt;95\%</math></li> </ol>
3. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ การ บริการ	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 นำ lean process มาใช้ใน กระบวนการพัฒนาบริการ (เอกสารแนบ 4 CQI)</li> <li>3.2 เปิดบริการคลินิกเฉพาะทางโรคมะเร็ง กระเพาะอาหาร</li> <li>3.3 เปิดบริการคลินิกคัดกรองโรคมะเร็งระบบ ทางเดินอาหาร</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนได้รับการ ตรวจในเวลาที่เหมาะสม <math>\geq 90\%</math></li> <li>2. อัตราการเตรียมเอกสารถูกต้อง <math>\geq 95\%</math></li> <li>3. อัตราการ Identify ผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 100</li> <li>4. อัตราความถูกต้องของการจำหน่าย ผู้ป่วย <math>\geq 95\%</math></li> <li>5. ระยะเวลาในการเข้ารับบริการเร็วขึ้น</li> <li>6. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยมากกว่า <math>\geq 80\%</math></li> </ol>



กระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ	ตัวชี้วัด
5.กระบวนการผ่าตัด/ การทำหัตถการ	<p>- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด /การทำหัตถการ /การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย</p> <p>-ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Pre - operation reconciliation checklist/ Surgical site infection bundles checklist)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำการผ่าตัดหรือการทำหัตถการร้อยละ 100</li> <li>2. อัตราการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจร้อยละ 100</li> <li>3. อัตราการเตรียมความพร้อมของเอกสารก่อนผ่าตัดหรือการทำหัตถการร้อยละ 100</li> <li>4. อัตราการทำ Pre - operation reconciliation checklist ร่วมกันของหอผู้ป่วย/ห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญี ร้อยละ 100</li> <li>5. อัตราการประเมินและป้องกันความเสี่ยงภาวะหลอดเลือดดำอุดตันร่วมกันของหอผู้ป่วย/ห้องผ่าตัดและทีมวิสัญญี ร้อยละ 100</li> <li>6. อัตราความคลาดเคลื่อนในการผ่าตัด/หัตถการ น้อยกว่าร้อยละ 0.01</li> </ol>
5 กระบวนการเข้าถึงบริการการตรวจรักษาของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 จัดทำแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย</li> <li>4.2 ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการรักษาได้เร็วขึ้น</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระยะเวลาเข้าถึงบริการการตรวจผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร รายใหม่ภายใน 7 วัน <math>\geq 80\%</math></li> <li>2. ระยะเวลาการรอส่งกล้องกระเพาะอาหารเพื่อการวินิจฉัยโรค ภายใน 14 วัน <math>\geq 80\%</math></li> <li>3. ระยะเวลา การรอผ่าตัดมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายใน 30 วัน <math>\geq 80\%</math></li> </ol>
6.การพัฒนารูปแบบการตรวจรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารรูปแบบคลินิกมะเร็งสาขา (MDT Clinic)	พัฒนาคุณภาพและความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการและการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวน visit ลดลง</li> <li>2. ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการเร็วขึ้น</li> <li>3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว <math>\geq 80\%</math></li> </ol>

ตารางที่ 9 ตัวชี้วัดที่สำคัญ และผลสัมฤทธิ์ด้านต่างๆ

KPI	ค่าเป้าหมาย	Appropriate	Effectiveness	Safety	Patient center
Outcome					
1. อัตราการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาอย่างถูกต้อง	95%	✓	✓	✓	✓
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วย	>80%	✓	✓		✓
3. ระยะเวลาเข้าถึงบริการผู้ป่วยรายใหม่ภายใน 7 วัน	>80%	✓	✓		✓
4. ระยะเวลาการรอส่งกล้องกระเพาะอาหารเพื่อการวินิจฉัยโรค ภายใน 14 วัน	>80%	✓	✓		✓
5. ระยะเวลา การรอผ่าตัดมะเร็งกระเพาะอาหารภายใน 30 วัน	>80%	✓	✓		✓
6. ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดเลือดออกหลังผ่าตัดจนต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำ	< 0.1%	✓	✓	✓	✓
Process Evaluation and Care in Preparation for enrollment in patients and family					
1. อัตราการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด/เคมีบำบัด/รังสีรักษา/ยามุ่งเป้า	95%	✓	✓	✓	✓
Process Chemotherapy administration					
1. อัตราการได้รับเคมีบำบัดถูกต้อง	100%	✓	✓	✓	

Process Evaluation the adverse events post treatment					
1. อัตราการติดตามผลข้างเคียงการรักษา	95%		✓		✓
2. อัตราการสื่อสารเรื่องอุบัติการณ์ผลข้างเคียงของการรักษา กับแพทย์ผู้รักษา	95%		✓	✓	✓
Process การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง					
1. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลต่อเนื่อง มี Discharge plan ตามแผนการรักษา	95%	✓	✓	✓	✓
2. ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	>80%	✓	✓		✓
Process Long-term care					
1. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตรงตามแผนการรักษา	>90%	✓	✓	✓	✓
2. การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง	รวดเร็ว	✓	✓	✓	✓
Ethic					
1. อุบัติการณ์การร้องเรียนด้านจริยธรรมหรือละเมิดผู้ป่วย	0 ครั้ง/ปี	✓		✓	
เป้าหมายด้านวิชาการและการศึกษา					
1. เป็นสถาบันฝึกอบรมบุคลากรด้านการบริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร			✓		
2. การนำเสนอผลงานผลงานในการประชุมระดับประเทศ			✓		
เป้าหมายด้านการวิจัย					
1. มีงานวิจัยด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร	ปีละ 1-2 เรื่อง		✓		

#### 4.2. ทีมสหสาขาที่มีข้อมูลสารสนเทศ สิทธิพรััยความรู้ ที่จำเป็นที่มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน และมีการจัดการความรู้ที่ดี มีการปลูกฝังการเรียนรู้เข้าไปในงานประจำ

4.2.1 มีระบบและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ได้แก่

- ระบบการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ เป็นระบบ Log in ด้วย Password ของบุคลากร ทีมสหสาขาสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยได้ในทุกที่ทุกเวลา แพทย์จะสามารถเปิดโปรแกรมสืบค้น หรือดูประวัติผู้ป่วยได้ในระบบ EMR ของคณะฯ เพื่อให้คำแนะนำในประเด็นปัญหาต่างๆแก่ทีมสหสาขา

- ระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลผู้ป่วยภายในหน่วยงาน ซึ่งอนุญาตเข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

4.2.2 ทีมนำมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการการประชุมทีมสหสาขา นำปัญหาที่พบจากการให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร มาวิเคราะห์ประเด็นเพื่อหาแนวทางการแก้ไข รวมถึงพัฒนาระบบเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนมีการจัดประชุมร่วมกันที่นำสหสาขาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการเตรียมความพร้อมเพื่อขอการรับรอง DSC

4.2.3 มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยขณะรอรับบริการ



ภาพที่ 10 การให้ความรู้ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2 เรื่องการประเมินความปวด

4.2.4 การจัดการเรียนการสอนที่คลินิกมะเร็งสหสาขา



ภาพที่ 11 การเรียนการสอนที่คลินิกมะเร็งสหสาขา

1-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรมนุษย์

5.1 ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานของทีมบรรลุผลสำเร็จ ทีมจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย

ตารางที่ 9 ทรัพยากรบุคคลทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร

ลักษณะงาน	จำนวน (คน)	วุฒิการศึกษา	บทบาทและความรับผิดชอบ
ศัลยแพทย์มะเร็งระบบทางเดินอาหาร(Onco surgery )	1	แพทยศาสตรบัณฑิต - วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญสาขา ศัลยศาสตร์-มะเร็งวิทยา	- ตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร - ผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร - ติดตามผลการรักษาในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
ศัลยแพทย์สาขาทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป	3	- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ สาขา ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร	- วางแผนระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเชิงรุก
อายุรแพทย์สาขามะเร็งวิทยา	2	แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ สาขามะเร็งวิทยา	ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร ด้วยการรักษา รูปแบบMedical treatment
แพทย์รังสีรักษา	1	แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ สาขารังสีร่วมรักษา	ดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร รูปแบบรังสีรักษา
แพทย์รังสีวิทยา (หน่วยรังสีวินิจฉัย และหน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์)	5	-แพทยศาสตรบัณฑิต ว.รังสีวินิจฉัย, รังสีร่วมรักษา -แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ สาขาเวชศาสตร์นิวเคลียร์	การตรวจวินิจฉัยด้วย Imaging studyต่างๆ/ การตรวจวินิจฉัยทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์
แพทย์อายุรศาสตร์ สาขาโภชนวิทยาและชีวเคมีทางการแพทย์	1	แพทยศาสตรบัณฑิต วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ สาขา โภชนวิทยาและชีวเคมีทางการแพทย์	-- ดูแลและให้คำปรึกษาด้านภาวะโภชนาการก่อน ระหว่าง และภายหลังการรักษา -ดูแลให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่มีปัญหา ก่อน -ระหว่าง-หลังการรักษา

อายุรแพทย์ศาสตร์ โรคภูมิแพ้ภูมิโนวิทยาและโรค ข้อ (Allergy Immunology & Rheumatology; AIR)	4	แพทยศาสตร์บัณฑิต วุฒิปัตรแสดงความรู้ความ ชำนาญ อนุสาขาโรคภูมิแพ้ และภูมิคุ้มกันทางคลินิก	ดูแลและประเมินผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดปฏิกิริยาการแพ้จากเคมี บำบัด เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการทดสอบก่อนให้ยา เคมีบำบัดรอบต่อไป และวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ เจ้าของไข้เพื่อให้ยาเข้าในกรณีที่ใช้แพ้ยาด้วยวิธี desensitization
ทีมเภสัชพันธุศาสตร์	2	วุฒิปัตรแสดงความรู้ความ ชำนาญ เภสัชศาสตร์ และ ปริญญาดุษฎีบัณฑิต	ตรวจวินิจฉัยทางเภสัชพันธุศาสตร์ (Pharmacogenomics) ของเอนไซม์ที่ทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงยาเคมีบำบัดเพื่อเพิ่ม โอกาสให้แก่ผู้ป่วยในการใช้ยาเคมีบำบัด เป็นหน่วยงานแห่ง แรกในประเทศไทย
อายุรแพทย์ สาขาเวชพันธุ ศาสตร์	2	แพทยศาสตร์บัณฑิต วุฒิปัตรสาขาอายุรศาสตร์ ประกาศนียบัตรอายุรเวชพันธุ ศาสตร์	ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการตรวจหาความผิดปกติทาง พันธุกรรมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
พยาธิแพทย์	1	แพทยศาสตร์บัณฑิต	วินิจฉัยการตรวจต่างๆทางพยาธิวิทยา
ธนาการชีวภาพ	1	- แพทยศาสตร์บัณฑิต วุฒิปัตรแสดงความรู้ความ ชำนาญ สาขา Diplomate, American Board of Medical Genetics and Genomics -เจ้าหน้าที่วิจัย 5 คน	-บริหารจัดการและวางแผนควบคุมดูแลและพัฒนา กระบวนการทำงานธนาการชีวภาพ ให้มีประสิทธิภาพ เทียบเท่ามาตรฐานสากล - ประสานความร่วมมือมีอาจารย์แพทย์คลินิกสาขาต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็ง ทั้งในโรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันอื่นๆ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)	2	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต - อนุมัติบัตรผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูง 1 คน	ให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง กระเพาะอาหารอย่างต่อเนื่อง เช่น -การให้อาหารทาง NG-TUBE -การให้อาหารทางสาย PEG -การดูแลแผลหน้าท้อง
เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในแผนก ศัลยกรรมชาย-หญิง	4	ปริญญาตรี/ ปริญญาโท	ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ
เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน อายุร กรรม ชาย-หญิง	2	ปริญญาตรี/ ปริญญาโท	ให้การพยาบาลด้านการให้เคมีบำบัดตามมาตรฐาน
พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วย นอกมะเร็ง	4	ปริญญาตรี/ ปริญญาโท	- ประเมิน/ คัดกรองผู้ป่วย/ นัดหมายให้ข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วย - ประสานงานนัดหมายการตรวจต่างๆ - นัดหมายโครงการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะ อาหาร -ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเตรียมตัวส่งกล้อง

ผู้ช่วยพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	2	ประกาศนียบัตรหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล	- รวบรวมสถิติ - ประสานงานนัดหมายการตรวจ
พยาบาลหน่วยประสานงานโรคมะเร็ง	1	ปริญญาตรี	ตรวจสอบสิทธิและประสานงานการใช้ยารักษาโรคมะเร็งตามสิทธิการรักษา
พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน	2	ปริญญาตรี/ ปริญญาโท	ประสานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในรายที่มีปัญหาในการดูแลตนเองที่บ้าน
พยาบาลศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง	2	ป. ตรี 2 คน	- ให้คำแนะนำการดูแลแบบประคับประคอง - การวางแผน ACP - การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน - ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์ และ Line application ตามปัญหาขณะอยู่บ้าน ตลอด 24 ชม.
เภสัชกร	2	ป. โท 2 คน	- ทวนสอบความถูกต้องคำสั่งการรักษา และประเมินอาการข้างเคียงของผู้ป่วย - ประเมินภาวะแพ้ยา - ให้คำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย
พยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว	1	ปริญญาตรี	- ประสานงานการส่งนัดหมายผู้ป่วยรายที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษา
พยาบาลหน่วยบริการหัตถการ	2	ปริญญาตรี	- ให้คำแนะนำ / สอนผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลแผล เช่น แผลหน้าท้อง แผลกดทับ - บริการทำหัตถการต่างๆตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การเจาะน้ำในท้อง การให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก
พยาบาลหน่วยประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย	1	ปริญญาตรี	- ประสานงานการนัดหมายผู้ป่วยที่มีผลการวินิจฉัยทาง Application กับคลินิกมะเร็งสหสาขา
นักโภชนาการ	1	ปริญญาตรี	- สอนการทำ Blenderized diet - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสารอาหาร
นักสังคมสงเคราะห์	1	ปริญญาตรี	ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านผู้ดูแลและด้านการเงิน

## 5.2 ทีมสหสาขาสร้างความผูกพันกับกำลังคน มีระบบจัดการผลการปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผลการดำเนินงานที่ดี

ทีมนำสหสาขาพัฒนาสมรรถนะของทีมสหสาขา เช่น การส่งบุคลากรเข้าอบรม ดูงาน หรือเข้าร่วมประชุมระดับนานาชาติทั้งในและต่างประเทศ

มีการนำเสนอประเด็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมของทีม เพื่อนำผลการดำเนินงานมาพัฒนาระบบการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

มีการส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการทางด้านโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นประจำต่อเนื่องทุกปีเพื่อให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์ในทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร

### ตารางที่ 10 การพัฒนาทรัพยากรบุคคลทีมสหสาขา

ด้านการพัฒนา	กิจกรรมการพัฒนา	การประเมินผล
ด้านศักยภาพเพื่อพัฒนาการให้บริการ	1. การสัมมนาประจำปี 2. On the job training	บุคลากรในทีมผ่านการประเมินความรู้ความสามารถ ตามระบบและตามเกณฑ์ของหน่วยงานสังกัด
พัฒนาองค์ความรู้วิชาการ	1. การศึกษาดูงานต่างประเทศของแพทย์สาขาต่างๆ 2. การเข้าร่วมประชุมนอกสถาบันและนานาชาติ	บุคลากรในทีมได้รับการส่งเสริมตามเกณฑ์ของหน่วยงานสังกัดและคณะ
วิจัย	1. R2R 2. Research Promote	มีงานวิจัยตามเป้าหมาย



ภาพที่ 10 เข้าร่วมประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานโรคมะเร็งกระเพาะอาหารประเทศญี่ปุ่น

## Poster Presentation ระหว่างการประชุม Japanese Gastric Cancer 2561

Annals of Medicine and Surgery 54 (2020) 57–61

Contents lists available at ScienceDirect

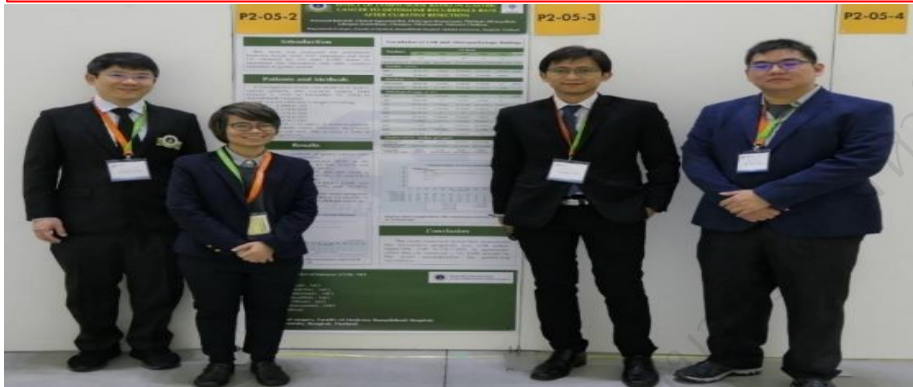

**Annals of Medicine and Surgery**

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/amsu](http://www.elsevier.com/locate/amsu)

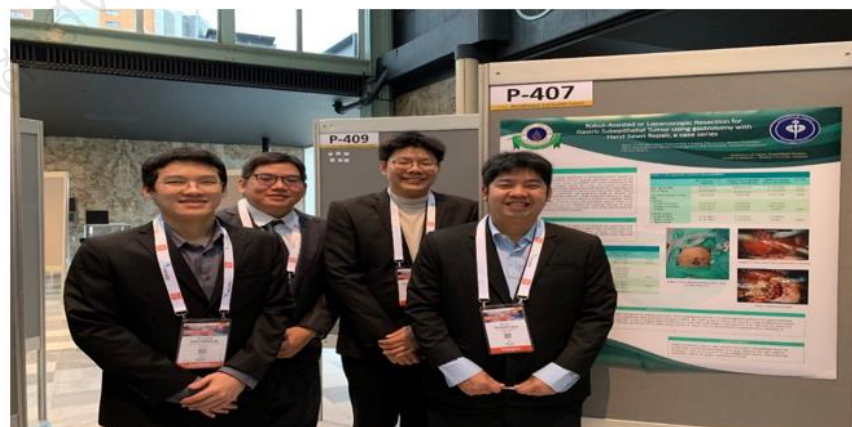
Recurrence outcome of lymph node ratio in gastric cancer after underwent curative resection: A retrospective cohort study

Chairat Supsamutchai, Chumpon Wilasrusmee, Jakrapan Jirasiritham, Teerawut Rakchob, Songpol Phosuwan, Tanet Chatmongkonwat, Pattawia Choikrua, Tharin Thampongsa\*

Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathobdi Hospital, Mahidol University, Thailand



## Poster Presentation การประชุม European Society of surgical oncology 2562



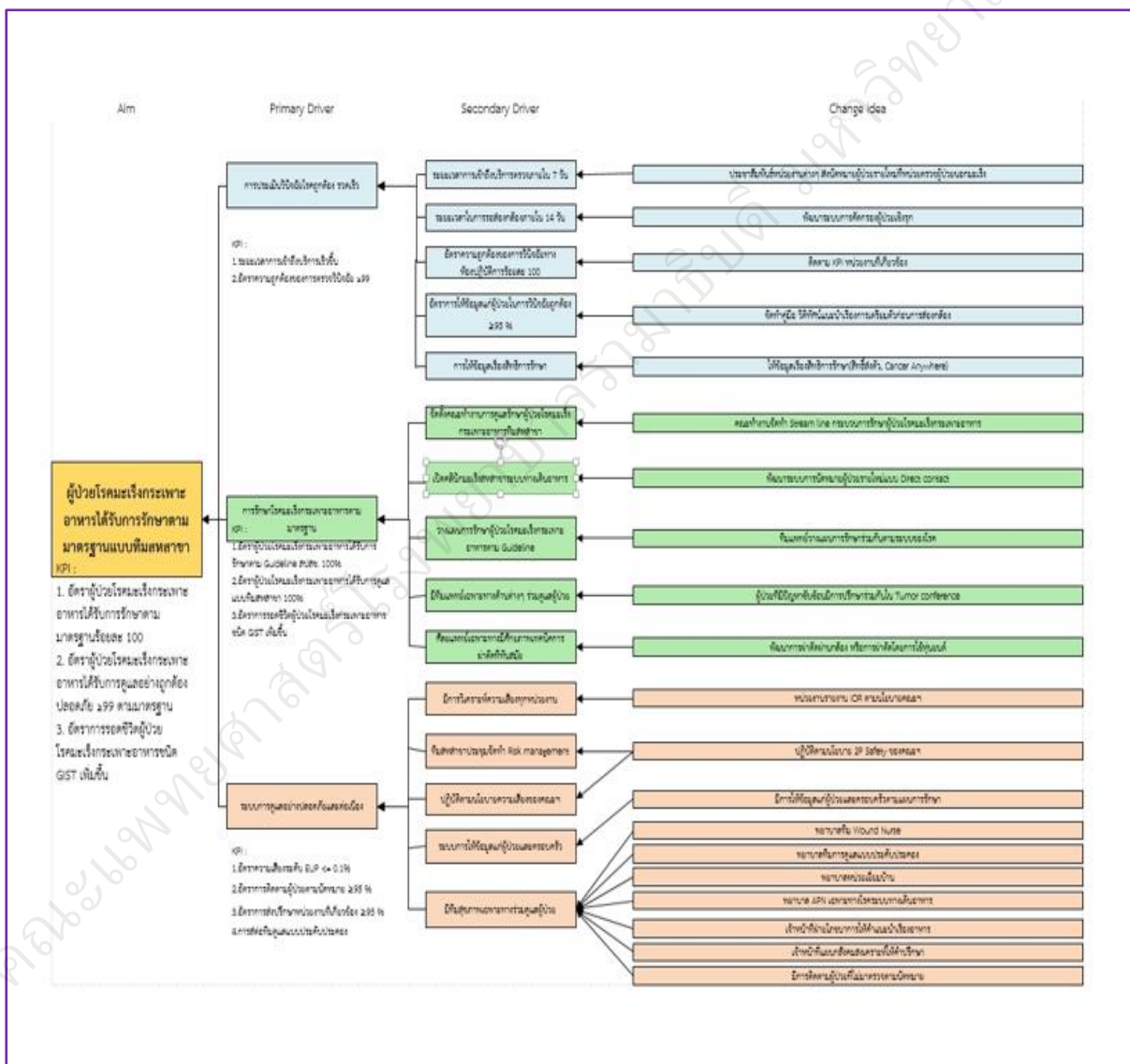
ตอนที่ 1-6 การจัดการกระบวนการ

6.1 ทีมสหสาขาออกแบบระบบงาน โดยระบุบทบาทหน้าที่และสมรรถนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ทั้งหมด รวมถึงการใช้ทรัพยากรจากภายนอก

ทีมนี้ได้มีการดำเนินการปฏิบัติงานตามแผนการทำงาน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรและสมรรถนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมถึงการใช้ทรัพยากรจากภายนอก( อ้างอิง ข้อ 5.1 ตารางที่ 9 ทรัพยากรบุคคลทีม ) รวมถึงร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยตาม DRIVER DIAGRAM ( เอกสารแนบ 2 )

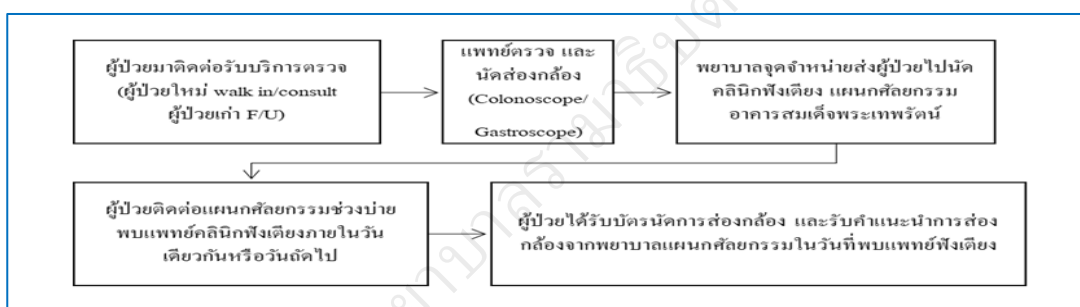
DRIVER DIAGRAM



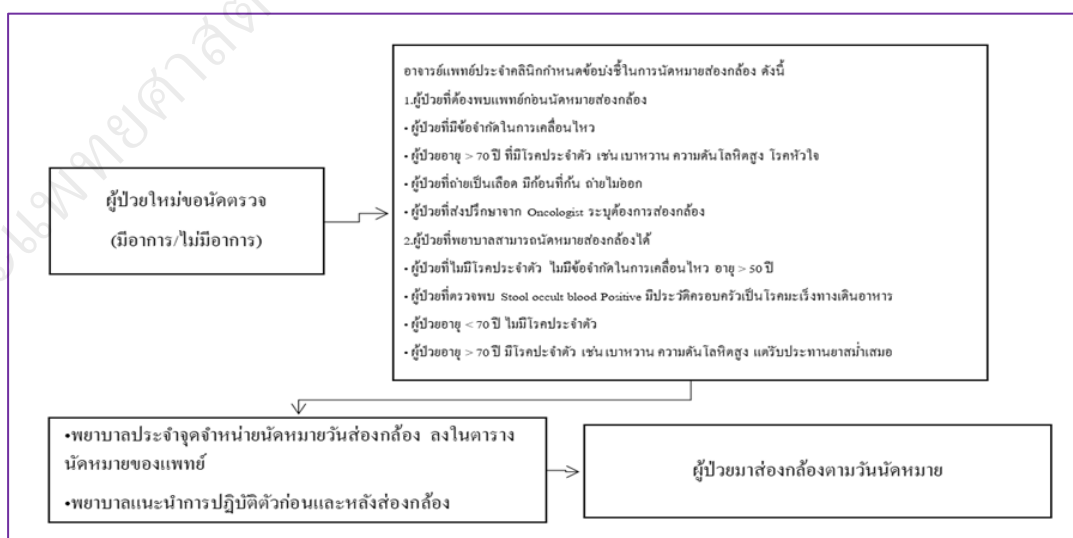
6.2 ทีมสหสาขา กำหนดกระบวนการทำงานที่สำคัญ และจัดทำ ข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการเหล่านั้น  
ครอบคลุมทุกชั้น ตอนของการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการรักษา รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่จำเป็น

ทีมสหสาขา มีการออกแบบกระบวนการงานในที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการของคลินิกมะเร็งสหสาขาเพื่อ กำหนดแนวทางการปฏิบัติ ขั้นตอนของการบริการตั้งแต่การนัดหมาย การวินิจฉัยเฉพาะทางระบบทางเดินอาหาร (การ ส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร ) ซึ่งต้องมีการให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างถูกต้องเพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค การรักษา ตลอดจนการวางแผนการบริการอย่างต่อเนื่อง จนถึงการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน ทีมนำได้ร่วมกันจัดทำ ในรูปแบบ Streamline และติดตามตัวชี้วัดต่างๆตามบริบทของหน่วยงาน ตลอดจนพัฒนา กระบวนการต่างๆตั้งแต่กระบวนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง และร่วมกันพัฒนากระบวนการที่ สำคัญและเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย เช่น

6.2.1 การพัฒนากระบวนการคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารเชิงรุก เพื่อตอบสนองนโยบายด้าน การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบบูรณาการของศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง(เริ่ม 1 มค.62-ปัจจุบัน)



จากกระบวนการบริการระบบเดิมพบว่า ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายล่าช้า และต้องเดินไปมาระหว่างหน่วยตรวจซึ่งอยู่ 2 อาคาร จึงมี การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาสาเหตุและนำมาปรับปรุงแก้ไขระบบบริการร่วมกับศัลยแพทย์ประจำคลินิกมะเร็งสหสาขา กำหนดกระบวนการนัด หมายใหม่

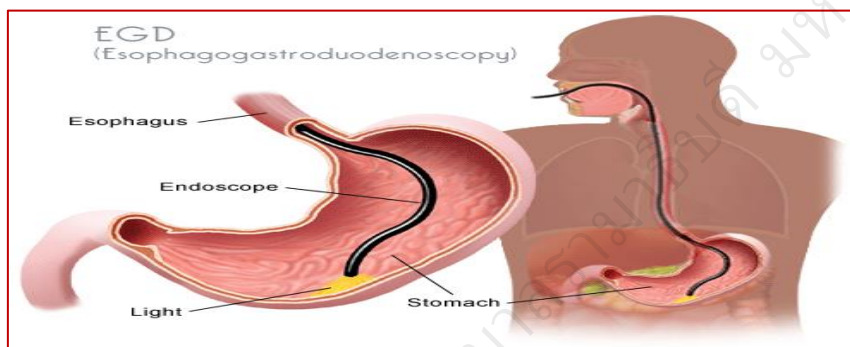


การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารในเชิงรุกใน โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองตามความประสงค์ ( 1มค.62-31ธค.64)ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการและไม่มีอาการ หรือมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร มาติดต่อตรวจหรือขอนัดหมายคัดกรองด้วยการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร Colonoscopy และ Esophagogastroduodenoscopy (EGD) พบว่าผู้ป่วยที่มาขอรับบริการจำนวน 112 ราย ตรวจพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหาร 2ราย คลินิกมะเร็งสหสาขาจึงได้ดำเนินโครงการนี้อย่างต่อเนื่อง

#### 6.2.2 พัฒนาระบบการ ให้คำแนะนำเรื่องการเตรียมตัวในการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

การส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร เป็นการตรวจวินิจฉัยหลักของโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ทีมสหสาขาจึงมีแนวคิดในการพัฒนาระบบการนัดหมายและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในวันนัดตรวจ

#### ภาพที่ 11 การส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร



#### การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง

1.ผู้ป่วยต้องงดน้ำ และอาหารทุกชนิด อย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยอาหารมื้อสุดท้ายก่อนงดต้องเป็นอาหารอ่อน กากน้อย เนื่องจากการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำเป็นต้องให้ภายในกระเพาะอาหารปราศจากเศษอาหารใดๆ จึงจะมองเห็นได้ชัดเจน เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการสำลักอาหารและน้ำเข้าไปในหลอดลม ขณะที่กลืนกล้องลงสู่ลำคอ

2.หากมีฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมก่อนเข้าทำการส่องกล้อง

3.ควรมีญาติมาด้วยขณะส่องกล้อง

4.ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ควรแจ้ง แพทย์ ยาที่รับประทานเป็นประจำ (รับประทานยาละลายลิ่มเลือด เช่น ASA หรือไม่) ประวัติการแพ้ยา และโรคประจำตัว

### ขั้นตอนการส่องกล้อง

1. ผู้ป่วยจะได้รับยาชาเฉพาะที่บริเวณลำคอทำให้หมดความรู้สึกเจ็บชั่วคราวประมาณครึ่งชั่วโมง ถึงหนึ่งชั่วโมง ผู้ป่วยบางรายอาจแสบคอในช่วงแรกที่พินยา
2. ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการกระสับกระส่ายหวาดกลัวจนควบคุมสติไม่ได้ และอาจไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ขณะส่องกล้องแพทย์อาจต้องให้ยากล่อมประสาทหรือยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำ
3. ผู้ป่วยอาจต้องนอนตะแคง
4. ผู้ป่วยควรทำตามตัวตามสบาย ไม่เกร็ง
5. ผู้ป่วยหายใจช้าๆ สูดลมหายใจเข้า - ออก ลึกๆ ยาวๆ
6. แพทย์จะใส่กล้องเข้าทางปากโดยให้ผู้ป่วยช่วยกลืนซึ่งจะทำให้การส่องกล้องง่ายขึ้น

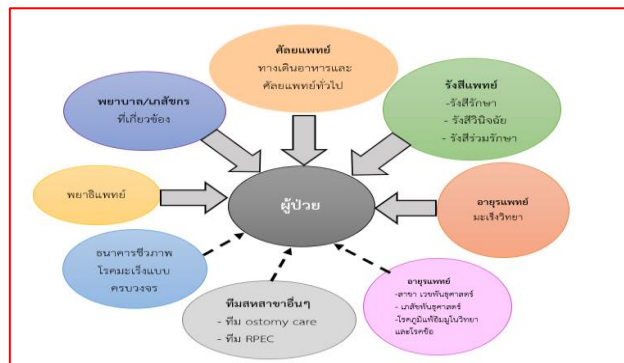
### การปฏิบัติตัวหลังการส่องกล้อง

1. นอนพัก เพื่อดูอาการความผิดปกติ 1-2 ชั่วโมง
2. ห้ามดื่มน้ำและรับประทานอาหารจนกว่าคอจะหายชา
3. เมื่อคอหายชาแล้ว ให้ลองจิบน้ำก่อน ถ้าไม่สำลักให้ทานได้
4. น้ำลายที่บ้วนออกมาอาจมีเลือดปนเล็กน้อย แต่ถ้ามีมากผิดปกติให้แจ้งทางแพทย์ทันที
5. หลังจากการส่องกล้อง อาจมีอาการเจ็บคอ
6. ควรรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน รสไม่จัดประมาณ 2-3 วัน

6.2.3 พัฒนาระบบบริการรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขาาระบบทางเดินอาหารส่วนบน ทีมสหสาขาได้มีการพัฒนาเปิดบริการ แบบ ONE-STOP-SERVICE ในรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขาาระบบทางเดินอาหารส่วนบน ที่หน่วยตรวจมะเร็งสหสาขา ทุกวันจันทร์เวลา 8.00น-12.00น

ผลการดำเนินงานของบริการคลินิกมะเร็งสหสาขา (MDT Clinic) ตั้งแต่เปิดบริการ ปี 2561 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า รูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา (MDT Clinic) นับว่าเป็นการบริการแบบ One stop service โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการ มีทีมแพทย์เฉพาะทางสหสาขา ร่วมกันประเมิน ตรวจวินิจฉัย วางแผนการรักษา และผู้ป่วย/ญาติร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษา และมีระบบติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพภายในโรงพยาบาล โดยทีมพยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอกมะเร็งเพื่อให้แผนการรักษาดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการการตรวจรักษาพยาบาลได้รวดเร็ว

ภาพที่ 12 รูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา



### 6.3 ทีมสหสาขาออกแบบกระบวนการและสร้างสรรค์นวัตกรรม เพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนดของกระบวนการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย หลักฐานทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติของวิชาชีพ กฎหมาย เทคโนโลยีใหม่ๆ ความรู้ขององค์กร ผลลัพธ์สุขภาพ ประสิทธิภาพและการลดความสูญเปล่า การส่งมอบ (hand-over) และการดูแลนอกเวลาทำการปกติ

จากการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร การตรวจวินิจฉัยโรคก่อนข้างข้างเนื่องจาก อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในระยะแรกไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและรักษาตามอาการ หรือตรวจวินิจฉัยหลายขั้นตอน เพื่อให้ได้มาซึ่งการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง ประกอบกับเมื่อได้รับการวินิจฉัยพบว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร จะต้องมีการประเมินระยะของโรค รวมทั้งการประเมินขั้นตอนและวิธีการรักษา ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งจะเริ่มการรักษาด้วยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย รวมถึงสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องพบแพทย์หลายแผนก และต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้งก่อนเริ่มการรักษา และการทำการประเมินตัวโรคต่างๆ รวมถึงการตัดสินใจในการรักษาของผู้ป่วยและครอบครัว

จากปัญหาทั้งหมดดังกล่าวทำให้เกิดแนวความคิดการจัดตั้งกลุ่มงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ถือเป็นนวัตกรรมการพัฒนากระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารแบบทีมสหสาขาแห่งแรกในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งโรคมะเร็งกระเพาะอาหารแบบครบวงจร มีการตรวจวินิจฉัยและรักษาแบบ ONE-STOP-SERVICE แพทย์สาขาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ประเมินและวางแผนการรักษาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ได้เข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็วขึ้น และลดจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล โดยพัฒนา รูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (MDT Clinic) เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบบูรณาการ ดำเนินการให้บริการแบบ One Stop Service เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การตรวจรักษาจากทีมแพทย์สหสาขาอย่างเป็นระบบและรวดเร็วในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง โดยความร่วมมือของแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ การปรึกษาวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกันระหว่างทีมแพทย์สหสาขาภายในคลินิกในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการ ผู้ป่วย/ญาติสามารถตัดสินใจเลือกแผนการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยรับบริการตามแผนการรักษา

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19 ทีมได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการตรวจผู้ป่วยที่ติดตามอาการในรูปแบบ Tele-med เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการประชุมวิชาการ และประชุมคณะกรรมการรูปแบบ online ตอบสนองนโยบาย Social distancing ในสถานการณ์ Covid-19 และเป็นการเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยไม่ได้ลดคุณภาพการบริการผู้ป่วย

ตารางที่ 11 คุณภาพสำคัญในเป้าหมายและตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมาย กระบวนการดูแลผู้ป่วย

มิติคุณภาพ/ประเด็นคุณภาพ สำคัญในเป้าหมาย	ตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมาย
People-centered	1. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ 80 2. อัตราการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ร้อยละ 100
Appropriateness	1. จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ที่ได้รับการรักษาที่คลินิกมะเร็งสหสาขาเพิ่มขึ้น 2. อัตราผู้ป่วยนัดหมายส่งกล้องกระเพาะอาหารปฏิบัติถูกต้อง $\geq 90\%$ 3. การตรวจประเมินวินิจฉัยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ถูกต้อง แม่นยำ 100% 4. การวางแผนการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร โดยทีมสหสาขา เหมาะสมกับผู้ป่วยตามมาตรฐาน 5. อัตราความสามารถในการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ร้อยละ 95 6. อัตราการติดตามผู้ป่วย LOSS Follow up $\geq 80\%$
Effectiveness:	1. ระยะเวลาเข้าถึงบริการการตรวจผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร รายใหม่ภายใน 7 วัน $\geq 80\%$ 2. ระยะเวลาการรอส่งกล้องกระเพาะอาหารเพื่อการวินิจฉัยโรค ภายใน 14 วัน $\geq 80\%$ 3. ระยะเวลา การรอผ่าตัดมะเร็งกระเพาะอาหาร ภายใน 30 วัน $\geq 80\%$
Safety	1. อัตราการระบุตัวตนผู้ป่วยถูกต้อง 100% 2. อัตราการผ่าตัดผิดตำแหน่ง ร้อยละ 0 3. อัตราการเกิดภาวะเลือดออกในช่องท้องหลังผ่าตัดต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชม. $< 0.01\%$ 4. อัตราการเกิดภาวะแผลติดเชื้อหลังผ่าตัดขณะนอนโรงพยาบาล $< 0.01\%$ 4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ต้องกลับโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน $< 5\%$ 5. อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้องหลังผ่าตัดภายใน 30 วัน $< 4\%$ 6. อัตราการลื่นเครื่องมือ หรือผ้าซับเลือด ค้างในบริเวณผ่าตัด ร้อยละ 0 7. อัตราการเสียชีวิตขณะผ่าตัด ร้อยละ 0 8. อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนหรือภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ $< 0.01\%$ 9. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง-หลัง ดมยาสลบ $< 0.01\%$ 10. อัตราการบริหารยาถูกต้อง ร้อยละ 100 11. อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการสั่งยาระดับ Eup ร้อยละ 0 12. การประเมินและรายงานอาการผู้ป่วยที่มีภาวะ ADR $\geq 95\%$ 13. อัตราการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนได้รับการตรวจ/ รักษาในเวลาที่เหมาะสม $\geq 90\%$
Efficiency	1. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เทียบเท่าสากล 2. อัตราผู้ป่วยมะเร็งโรคกระเพาะอาหาร ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ร้อยละ 100

6.4 ทีมสหสาขาจัดทำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เพื่อใช้สื่อสารให้มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่ออกแบบไว้ โดยมีระบบควบคุมเอกสารที่ดีและมีการปรับปรุงให้ทันสมัย

ทีมนำสหสาขาและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติต่างๆให้ทันสมัยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย และความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในทุกกระบวนการรักษา

ตารางที่ 12 เอกสารแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย (เอกสารแนบ 5 )

แนวปฏิบัติ	วันที่ปรับปรุงล่าสุด
1. กระบวนการ เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีแพทย์	หน่วยพัฒนาระบบงาน
2. กระบวนการ ประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด (Med Block)	หน่วยพัฒนาระบบงาน
3. กระบวนการจองเตียง (Admission-Main)	หน่วยพัฒนาระบบงาน
4. กระบวนการรับผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยใน	หน่วยพัฒนาระบบงาน
5. กระบวนการ เตรียมห้องผ่าตัด	หน่วยพัฒนาระบบงาน
6. กระบวนการหน่วยห้องผ่าตัดศัลยกรรม	หน่วยพัฒนาระบบงาน
7. กระบวนการห้องผ่าตัด	หน่วยพัฒนาระบบงาน
8. กระบวนการ Imaging Test (X-ray)	หน่วยพัฒนาระบบงาน
9. กระบวนการบริการศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า (ศูนย์ไอแมค)	หน่วยพัฒนาระบบงาน
10. บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน	24 กุมภาพันธ์ 2564
11. การล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ	หน่วยโรคติดเชื้อ
12. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา	หน่วยโรคติดเชื้อ
13. หลักการใช้น้ำยาทำลายเชื้อและการทำความสะอาดหอผู้ป่วย	หน่วยโรคติดเชื้อ
14. การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด	ภาควิชาศัลยศาสตร์
15. การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น	หน่วยโรคติดเชื้อ
16. การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	หน่วยโรคติดเชื้อ



แนวปฏิบัติ	วันที่ปรับปรุงล่าสุด
17. การป้องกันภาวะปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	หน่วยโรคติดเชื้อ
18. การบริหารจัดการเกี่ยวกับขยะในโรงพยาบาล	หน่วยโรคติดเชื้อ
19. การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรที่มีสุขภาพ	หน่วยโรคติดเชื้อ
19. แนวทางปฏิบัติการประเมินความเสี่ยงและการให้การป้องกันในการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำในผู้ป่วยศัลยกรรม	28 พฤษภาคม 2564
20. การประเมินและป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ สำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย	26 พฤศจิกายน 2563
21. บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน	24 กุมภาพันธ์ 2564
22. Surgical Safety Checklist	24 กุมภาพันธ์ 2564
23. Ramathibodi Clinical Warning Signs: Deep Vein Thrombosis (DVT)	พฤศจิกายน 2562
24. แนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีค่า REWs score ผิดปกติ ของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	1 กรกฎาคม 2562
25. แนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	กรกฎาคม 2564
26. แนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤตของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	กรกฎาคม 2564
27. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	กรกฎาคม 2564
28. แนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีอาการปวดของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	เมษายน 2564
29. แนวปฏิบัติการเขียนคำสั่งแพทย์กลุ่มผู้ป่วยที่มีนัดหมายทำ CT Hydration	31 กรกฎาคม 2561
30. แนวปฏิบัติการจัดการกับภาวะการเกิด Hypersensitivity / infusion reaction	หน่วยบำบัดระยะสั้น
31. แนวปฏิบัติลดการเกิดยารั่วออกนอกเส้นเลือด	หน่วยบำบัดระยะสั้น
32. แนวปฏิบัติการพลัดตกหกล้ม	หน่วยบำบัดระยะสั้น หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

## 6.5 ทีมสหสาขานำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ ทำให้มั่นใจว่าจะเป็นไปตามข้อกำหนดสำคัญของ

### กระบวนการ

มีการกำหนดขั้นตอนการบริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร และมีตัวชี้วัดที่สำคัญในแต่ละขั้นตอน ซึ่งทีมสหสาขาที่มีการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ( อ้างอิงตารางที่10-11 )

นอกจากนี้ที่มนำสหสาขาได้นำระบบต่างๆ เช่น ระบบการบริการผู้ป่วยรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา / ระบบการสั่งยาแบบ CPOE มาใช้ เพื่อลดขั้นตอน ลดระยะเวลาในการติดต่อประสานงานระหว่างทีม และห้องยา ตลอดจนลดความผิดพลาดในการสั่งยา ที่มนำสหสาขา มีการประชุมร่วมกันเพื่อวางนโยบาย และสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานสามารถนำปัญหามาปรึกษา ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย

### ตารางที่ 13 แผนกลยุทธ์และการตอบสนอง

แผนกลยุทธ์	การตอบสนองและผล
ระบบการดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการดูแลโดยทีมสหสาขาผ่านการบริการรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา</li> <li>- ระบบการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาเร็วขึ้น ลดจำนวนครั้งของการมารพ.</li> <li>- ระบบการคัดกรองผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดข้อร้องเรียน</li> <li>- ระบบการบริหารจัดการนัดหมายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเชิงรุก</li> <li>- กระบวนการทำหัตถการ อย่างถูกต้อง</li> <li>- การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ตามแผนการรักษา</li> </ul>
บูรณาการการดูแลสุขภาพกับการศึกษาและงานวิจัย (R2R)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โครงการMDT CLINIC รูปแบบใหม่การบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง</li> <li>- โครงการการเก็บชิ้นเนื้อผู้ป่วยโรคมะเร็งเพื่อการวิจัยร่วมกับ Tumour Biobank</li> <li>- การตรวจวินิจฉัยทางพันธุกรรมร่วมกับทีมแพทย์สาขาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์</li> <li>- มีการประสานงานร่วมกับห้องปฏิบัติการเภสัชพันธุศาสตร์ ภาควิชาพยาธิ (Pharmacogenomics )</li> <li>- นำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ระดับประเทศ และนานาชาติ</li> </ul>
สร้างความผูกพันและเสริมพลังผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ</li> <li>- การให้คำแนะนำ/ คำปรึกษา /ข้อมูลตามแผนการรักษาจากทีมบุคลากร</li> <li>- มีกิจกรรมรับฟังเสียงของผู้รับบริการ/ การปรับปรุงกระบวนการตามข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ</li> <li>- พัฒนาระบบบริการ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเชิงรุก เน้นการเข้าถึงบริการที่</li> </ul>

แผนกลยุทธ์	การตอบสนองและผล
	<p>สะดวก และรวดเร็ว การลดขั้นตอนการเข้าถึงบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการที่คลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งเฉพาะอาหาร</li> <li>- การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ขณะรอตรวจ (วิดีโอเรื่อง..6 เรื่อง)</li> <li>- การให้คำปรึกษาและสอนผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับดูแลแผลหน้าท้อง/ การให้อาหารผ่านสายทางหน้าท้อง</li> <li>- การประเมินและให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ</li> <li>- ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโดยทีม palliative care</li> </ul>
<p>คุณภาพและความปลอดภัย. (ลดการใช้เตียง, Fast track, Palliative, REWS, SIMPLE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะจำเป็นเร่งด่วน ได้รับการตรวจในเวลาที่เหมาะสม</li> <li>- กระบวนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ ความคลาดเคลื่อนจากการผ่าตัดและการทำหัตถการ</li> <li>- การประเมินและรายงานอาการผู้ป่วยที่มีภาวะ ADR</li> </ul>
<p>ยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน (ได้มาตรฐานสากล, DSC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินการขอ DSC เรื่อง โครงการพัฒนาการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งเฉพาะอาหารแบบทีมสหสาขา</li> </ul>
<p>ระบบบริหารจัดการเพื่อความเป็นเลิศ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งเฉพาะอาหาร รูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา (MDT clinic)</li> <li>- การผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งเฉพาะอาหาร ผ่านกล้อง (laparo, Robotic)</li> </ul>
<p>บรรยากาศและสิ่งแวดล้อม (สิ่งสนับสนุน, IT, ความผูกพันบุคลากร)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีสถานที่บริการผู้ป่วยรอนอน</li> <li>- ภายในหน่วยตรวจอากาศเย็นสบาย พื้นที่ภายในหน่วยงานมีความสะอาด</li> <li>- ความผูกพันบุคลากร : มีการส่งเสริม ยกย่องชื่นชมการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน ด้านความเสียสละ ทุ่มเท การได้รับรางวัลต่างๆในไลน์กลุ่ม/ ในการประชุมหน่วยงาน และการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> </ul>
<p>ประสิทธิภาพและผลงานของบุคลากรสายสนับสนุน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงานมีการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับชั้น พัฒนางานประจำสู่งานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้เกิดในหน่วยงาน</li> </ul>

**6.6 ทีมสหสาขาจัดการห่วงโซ่อุปทานที่ได้ผล เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในทุกกระบวนการที่กำหนดไว้ มีการประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการผ่านพันธสัญญา**

ทีมนี้ได้มีการประสานงานกับฝ่ายเภสัชกรรมและงานเวชภัณฑ์การแพทย์ได้ดำเนินการในการพิจารณา และขึ้นทะเบียนเวชภัณฑ์ โดยคำนึงถึงคุณภาพ และราคาที่เหมาะสม มีระบบการทำสัญญาจะซื้อจะขายล่วงหน้า และกำหนดการส่งมอบตามความต้องการใช้งานจริงในแต่ละช่วง รวมทั้งความรับผิดชอบ หากไม่สามารถดำเนินการได้ตามข้อตกลง รวมทั้งการขออนุมัติจากผู้บริหารกรณีที่มีข้อกำหนดตามสิทธิการรักษาประเภทต่างๆ ผลการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า ไม่มีอุปสรรคต่อการได้รับเวชภัณฑ์ที่จำเป็นเพื่อการรักษา ตลอดจนเวชภัณฑ์ที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องนำกลับไปใช้ที่บ้านโดยเวชภัณฑ์และอุปกรณ์จำเป็นสำหรับ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เช่น ชุดให้อาหารทางหน้าท้อง ชุดทำแผล อุปกรณ์ป้องกันและดูแลแผลกดทับ เป็นต้น โดยทั้งสองหน่วยงานมีมาตรฐานกระบวนการจัดหา เก็บ และจัดส่งที่ได้รับรองมาตรฐาน ISO 9008-2015 มากกว่า 3 ปี ( เอกสารแนบ 12 มาตรฐานระบบยาเคมีบำบัด)

**ตารางที่ 14 แสดงรายการเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์**

รายการเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์	การตรวจสอบคุณภาพ	ผู้รับผิดชอบ
ตู้ผสมยา	ทุกเวร	ทีมเภสัชกร
ยาเคมีบำบัด	ตารางระบบการจัดการด้านยา	ทีมเภสัชกร

**ตารางที่ 15 ระบบการจัดการด้านยา**

ห่วงโซ่อุปทาน	การประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ
1. การจัดหาและจัดซื้อยา สำหรับใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยคณะกรรมการพิจารณารายการยาและผู้เชี่ยวชาญตามกลุ่มยา 1.1 รายการยาเคมีบำบัด 1.2 ยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ	- คัดเลือกยาเคมีบำบัดที่เป็นยาต้นแบบ ส่วนยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับเป็นยาต้นแบบหรือเป็นยาที่ได้มาตรฐานตามเภสัชตำรับ - มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี - มีแนวทางปฏิบัติกรณียาขาดครว ยกเลิกจำหน่าย การป้องกันยาขาดครวเชิงรุก โดยทำสัญญากับบริษัทฯ
2. การเก็บ/สำรองยา เพื่อบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยหน่วยคลังยาฝ่ายเภสัชกรรม	มีการจัดเก็บยาในสภาวะที่เหมาะสมตามประเภทของยา - ตามมาตรฐานของISO 9001: 2015 - ไม่พบยาขาดครวจากการบริหารจัดการยาของโรงพยาบาล
3. การเก็บ/สำรองยากรณีต้องการใช้เร่งด่วน เพื่อบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่	มีการตรวจสอบรายการยาหมดอายุ

ห้องใช้อุปทาน	การประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ
รายการยาจำเป็นและยาฉุกเฉิน	- โดยเภสัชกร ได้แก่ รายการยาเคมีบำบัดและยาอื่น ๆ ทุก 1 เดือน รายการยาจำเป็นและยาฉุกเฉิน กำหนด ทุก 3 เดือน
4. ระบบการกระจายยา เพื่อกระจายยาจากคลังยาสู่ห้องยา โดยการประสานงานระหว่างคลังยาและห้องยาต่างๆ	- มีการกระจายยาในสภาวะที่เหมาะสมตามประเภทของยา ตามมาตรฐานของISO 9001: 20_15 - มีการตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาและจำนวนที่ห้องยาต้องการ
5. ระบบการจ่ายยา - จ่ายยาผู้ป่วยใน เพื่อจ่ายยาจากห้องยาสู่หอผู้ป่วย - จ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อจ่ายยาจากห้องยาสู่ผู้ป่วย	งานบริการผู้ป่วยใน - independent cross check (โดยเภสัชกรประจำห้องยาผู้ป่วยใน เภสัชกรประจำหน่วยบริการเภสัชกรรมด้านยาเคมีบำบัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย) - กรณียาด่วน ยาช่วยชีวิต มีการประกันเวลาในการส่งยาไม่เกิน 30 นาที งานบริการผู้ป่วยนอก - independent double check (โดยเภสัชกรประจำห้องยาผู้ป่วยนอก และเภสัชกรประจำหน่วยบริการเภสัชกรรมด้านยาเคมีบำบัด)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

### 6.7. ทีมสหสาขาใช้ตัวชี้วัดสำคัญเพื่อควบคุมและบ่งชี้โอกาสปรับปรุงกระบวนการทำงาน

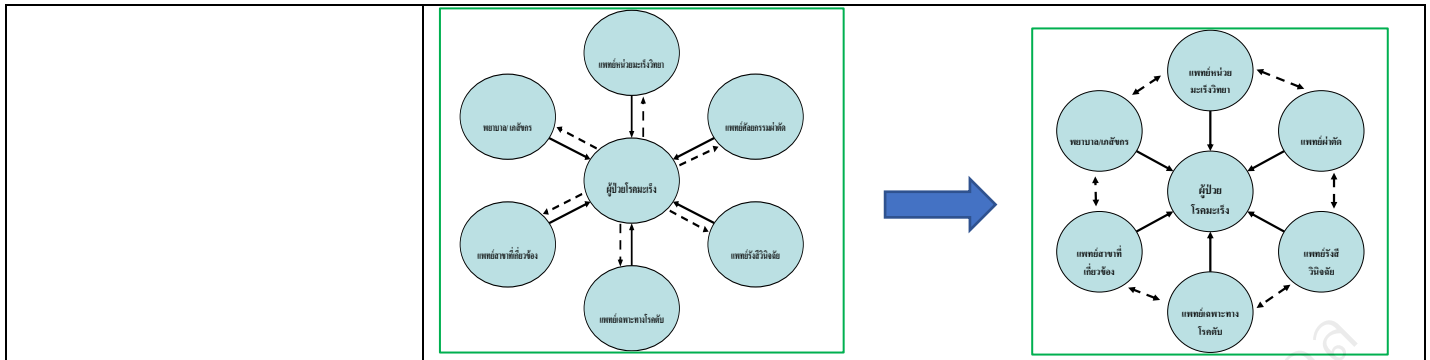
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการจัดงาน “มหกรรมคุณภาพ” ในทุกปี เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีโอกาสนำเสนอผลงาน นวัตกรรม งานวิจัย โดยมีการประกวดให้รางวัลประกาศนียบัตร เพื่อยกย่องชมเชย เสริมสร้างคุณค่าและกำลังใจในการทำงาน มีการคัดเลือกผลงานที่โดดเด่นไปนำเสนอเวทีระดับมหาวิทยาลัย / ระดับประเทศ รวมทั้งคณะ ให้ทุนเพื่อไปเสนอผลงานในการประชุมระดับนานาชาติ

#### ตารางที่ 16 แสดงผลงานคุณภาพของทีม (เอกสารแนบ 6 CQI)

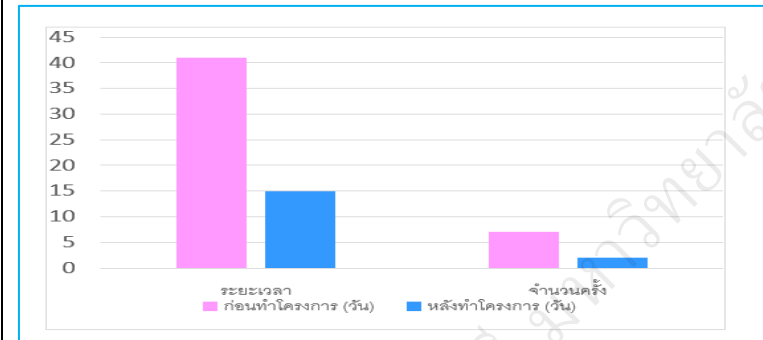
ปี	ประเภทผลงาน	ชื่อผลงาน
2561	CQI	MDT Clinic รูปแบบใหม่การบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง - นำเสนอโปสเตอร์ Presentation งานมหกรรมคุณภาพ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2561
2562	CQI	โครงการ Rapid response for 2P Safety in OCC - นำเสนอโปสเตอร์ Presentation งานมหกรรมคุณภาพ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2562
		โครงการพัฒนาระบบการนัดหมายผู้ป่วยทำ CT Hydration -รางวัลดีเด่น งานมหกรรมคุณภาพ ของคณะปี 2562 -นำเสนอโปสเตอร์ Presentation งานมหกรรมคุณภาพ ของมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2562 - นำเสนอโปสเตอร์ในงาน National Forum ปี 2562
2563	CQI	โครงการพัฒนาระบบการนัดหมายและการให้คำแนะนำผู้ป่วยส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร
		กระบวนการประเมินและจัดการความปลอดภัยรูปแบบผู้ป่วยนอก ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก มะเร็ง
2564	CQI	โครงการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่บ้าน
		Integrating Social Media in Oncology outpatient service during the COVID-19 pandemic นำเสนอ Poster Presentation 14 <sup>th</sup> Asia Pacific Hospital Conference ที่ประเทศ ญี่ปุ่น

ผลงาน CQI/Good practice/ผลงานวิจัย

ชื่อผลงาน CQI	<b>โครงการ MDT Clinic รูปแบบใหม่ของการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง</b>
หลักการและเหตุผล	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งรามาริบัติร่วมกับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้เปิดบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งในรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขา (Multidisciplinary Team Clinic) มีแนวคิดในการบริหารจัดการการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม โดยมีการวางแผนทางให้การบริการแบบ One Stop Service การบริการดูแลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ที่มสหสาขาอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว จากความร่วมมือของแพทย์เฉพาะทางด้านต่างๆ
คำสำคัญ	MDT Clinic คลินิกมะเร็งสหสาขา
สรุปผลงานโดยย่อ	1. จำนวนครั้ง (Visit) ของการมารับบริการลดลง 2. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาพยาบาลลดลง
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ	กระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในคลินิกต่างๆ ในบริบทของโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งแล้ว ผู้ป่วยต้องมีการประเมินโรคเพื่อการวินิจฉัย ผู้ป่วยต้องเดินทางมาโรงพยาบาลพบแพทย์หลายสาขา เป็นจำนวนหลายครั้ง รวมทั้งต้องมีการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ทำให้ใช้ระยะเวลานานกว่าที่จะได้รับการประเมิน และการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง ทำให้การรักษาโรคเริ่มได้ช้า
เป้าหมาย (purpose)	-เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งแบบทีมสหสาขา และ One stop service --เพื่อพัฒนาระบบการตรวจรักษาผู้ป่วยมะเร็งให้เข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว - เพื่อลดจำนวนครั้งของการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็ง
กิจกรรมการพัฒนา (process)	-คลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารได้นำนโยบายของศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งและแผนยุทธศาสตร์ของคณะฯ ในการรักษาโรคมะเร็งแบบบูรณาการมาพัฒนาระบบโดยบริหารจัดการให้ทีมสุขภาพประสานงานกันเองภายในคลินิกผู้ป่วยไม่ต้องไปนัดหมายตามคลินิกต่างๆ โดยเปิดบริการทุกวันจันทร์ เวลา 8.00-12.00น - แพทย์ทีมสหสาขาให้บริการตรวจ /วางแผนการรักษาร่วมกันและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยตามมาตรฐานหลักการรักษาโรคมะเร็ง เช่น การผ่าตัด ฉายแสง เคมีบำบัด



การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (performance)



ตัวชี้วัดของโครงการ	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (ปี/เดือน)	
		กลุ่มควบคุม (Control) N=30	กลุ่ม MDT Clinic (N=52)
1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษาพยาบาลลดลง(วัน)*	ลดเวลา	40.60± 34.74วัน (41วัน)	14.92± 19.69 วัน (15 วัน)
2. จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการลดลง(ครั้ง)**	ลดจำนวน Visit	6.67± 3.68 ครั้ง (7ครั้ง)	1.40± 1.84 ครั้ง (2ครั้ง)

บทเรียนที่ได้รับ

- การพัฒนาระบบรูปแบบทีมสหสาขา และการทำงานด้วยการบูรณาการทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่สามารถบริหารจัดการคลินิกที่ก่อให้เกิดประโยชน์และความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการการรักษาของผู้ป่วยโรคมะเร็งได้
- การติดตามผู้ป่วยทุกราย จะทำให้รับรู้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาได้ต่อเนื่องตามแผนการรักษาที่วางไว้

ชื่อและที่อยู่ขององค์กร/ภาควิชา

งานบริการเฉพาะ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี / ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง รามาธิบดี

สมาชิกทีม

หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสหสาขา



## ผลงาน CQI/Good practice/ผลงานวิจัย

ชื่อผลงาน CQI	โครงการเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการนัดหมายและให้สารน้ำผู้ป่วยก่อนทำ CT scan																								
หลักการและเหตุผล	การทำ CT Scan ในกรณีผู้ป่วยที่มีผลการตรวจการทำงานของไตผิดปกติ (serum creatinine, eGFR )ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินโดยการให้สารน้ำก่อนทำ CT Scan เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงจากการทำงานที่ผิดปกติของไต จากการให้สารทึบแสงในการทำ CT Scan (contrast-induced nephrotoxicity : CIN)																								
คำสำคัญ	กระบวนการนัดหมายและให้สารน้ำผู้ป่วยก่อนทำ CT scan																								
สรุปผลงานโดยย่อ	1. ระยะเวลาในการรอคอยบัตรนัดลดลงจาก 115 นาที เหลือ 55 นาที 2. ขั้นตอนในการทำนัดหมายของผู้ป่วยลดลงจาก 5 ครั้ง เหลือ 1 ครั้ง																								
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ	กระบวนการนัดหมายในการให้สารน้ำและยา ก่อนทำ CT Scan (Pre-Post medication for CT Scan) ต้องประสานงานนัดหมายกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก, ศูนย์รังสีวินิจฉัยก้าวหน้า (AIMAC), หน่วยบริการหัตถการ (HTU), และหน่วยบำบัดระยะสั้น (SSS2) ทำให้เกิดความล่าช้าในการบริการ																								
เป้าหมาย (purpose)	1. ระยะเวลาในการรอคอยบัตรนัดลดลง 2. ขั้นตอนในการทำนัดหมายของผู้ป่วยลดลง																								
กิจกรรมการพัฒนา (process)	1. นำกระบวนการนัดหมาย Pre-Post medication for CT Hydration มาวิเคราะห์กิจกรรมหลัก/กิจกรรมย่อย ในการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. เก็บข้อมูลระยะเวลา/ กระบวนการเดินไปมา ของผู้ป่วย/ญาติ ในการนัดหมาย 3. นำข้อมูลมาวิเคราะห์																								
การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (performance)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>กระบวนการ(Process)</th> <th>การสูญเสีย (Waste)</th> <th>ตัวชี้วัด (KPI)</th> <th>เป้าหมาย (Target)</th> <th>ก่อนดำเนินการ</th> <th>หลังดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้ป่วยและผู้ปกครองเดินทางกลับบ้านก่อนทำนัดหมายหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง (OCC) และหน่วยตรวจ CT scan (AIMC)</td> <td>Motion</td> <td>การเคลื่อนที่ (ครั้ง) ระยะเวลา (นาที)</td> <td>ลดลง</td> <td>4-5 120</td> <td>2 55</td> </tr> <tr> <td>มีการอัปเดตข้อมูลหลายขั้นตอน</td> <td>Excess Processing</td> <td>จำนวนขั้นตอน</td> <td>ลดลง</td> <td>3-5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ภาพรวมของทั้งกระบวนการ</td> <td>Motion Excess Processing</td> <td>การเคลื่อนที่ (ครั้ง) ระยะเวลา (นาที) จำนวนขั้นตอน</td> <td>ลดลง</td> <td>4-5 120 12-15</td> <td>2 55 12-13</td> </tr> </tbody> </table>	กระบวนการ(Process)	การสูญเสีย (Waste)	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	ผู้ป่วยและผู้ปกครองเดินทางกลับบ้านก่อนทำนัดหมายหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง (OCC) และหน่วยตรวจ CT scan (AIMC)	Motion	การเคลื่อนที่ (ครั้ง) ระยะเวลา (นาที)	ลดลง	4-5 120	2 55	มีการอัปเดตข้อมูลหลายขั้นตอน	Excess Processing	จำนวนขั้นตอน	ลดลง	3-5	3	ภาพรวมของทั้งกระบวนการ	Motion Excess Processing	การเคลื่อนที่ (ครั้ง) ระยะเวลา (นาที) จำนวนขั้นตอน	ลดลง	4-5 120 12-15	2 55 12-13
กระบวนการ(Process)	การสูญเสีย (Waste)	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ																				
ผู้ป่วยและผู้ปกครองเดินทางกลับบ้านก่อนทำนัดหมายหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง (OCC) และหน่วยตรวจ CT scan (AIMC)	Motion	การเคลื่อนที่ (ครั้ง) ระยะเวลา (นาที)	ลดลง	4-5 120	2 55																				
มีการอัปเดตข้อมูลหลายขั้นตอน	Excess Processing	จำนวนขั้นตอน	ลดลง	3-5	3																				
ภาพรวมของทั้งกระบวนการ	Motion Excess Processing	การเคลื่อนที่ (ครั้ง) ระยะเวลา (นาที) จำนวนขั้นตอน	ลดลง	4-5 120 12-15	2 55 12-13																				
บทเรียนที่ได้รับ	1 สามารถนำกระบวนการนัดหมายผู้ป่วยกลุ่มที่ทำ CT Scan ที่ต้องมีการ Pre-Post Hydration ไปใช้กับหน่วยงานอื่นๆ ภายในโรงพยาบาลได้ 2 แนวทางปฏิบัติภายในโรงพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน																								
ชื่อและที่อยู่ขององค์กร/ภาควิชา	งานบริการเฉพาะ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ																								
สมาชิกทีม	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2																								


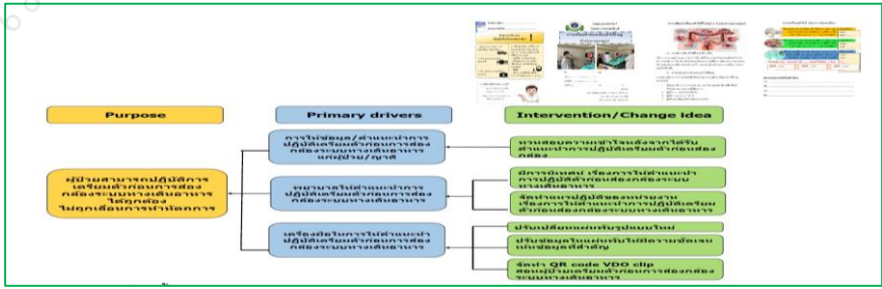
## ผลงาน CQI/Good practice/ผลงานวิจัย

ชื่อผลงาน CQI	การบริหารจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม																									
หลักการและเหตุผล	ความปวดเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากบางครั้งสาเหตุสำคัญเกิดจากการลุกลามของโรคไปยังอวัยวะต่าง ๆ สร้างความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล ความเครียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การได้รับการจัดการดูแล ช่วยเหลือเรื่องความปวด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง																									
คำสำคัญ	ความปวด																									
สรุปผลงานโดยย่อ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราสามารถในการประเมินความปวดด้วยตนเองได้ของผู้ป่วย &gt; 95 %</li> <li>2. อัตราผู้ป่วยที่มีระดับความปวด มาก ได้รับการดูแลที่เหมาะสม &gt; 80 %</li> </ol>																									
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอาการปวดทุกราย</li> <li>- ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องการประเมินอาการปวด ให้คะแนนความปวดไม่สัมพันธ์กับอาการ</li> <li>- ผู้ป่วยทนปวด ไม่รับประทานยาเดิมเกรงว่าเมื่อพบแพทย์ อาการปวดลดลง จะไม่ได้รับยาแก้ปวดที่แรงขึ้น</li> <li>- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ/REWS score ผิดปกติ เนื่องจากอาการปวด</li> </ul>																									
เป้าหมาย (purpose)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถประเมินความปวดได้ด้วยตนเอง</li> <li>2 หน่วยงานมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความปวดปานกลาง - มาก</li> <li>3 ผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความปวดมาก (Pain score <math>\geq</math> 7 คะแนน) ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม</li> </ol>																									
กิจกรรมการพัฒนา (process)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ความรู้เรื่องการประเมินความปวดกับบุคลากรทุกคนภายในหน่วยงาน</li> <li>2. ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการให้คะแนนความปวดด้วยตนเองกับผู้ป่วยมะเร็งและญาติโดยพยาบาล</li> <li>3. เจ้าหน้าที่จุดวัดสัญญาณชีพบันทึกคะแนนความปวด (Pain Score) กรณีผู้ป่วยให้คะแนนปวดไม่ได้ให้บันทึกเป็นไม่ปวด/ ปวดเล็กน้อย/ ปวดปานกลาง/ ปวดมาก ลงในบัตรนัดส่วนที่ 1 ตามคำบอกของผู้ป่วย</li> <li>4. เจ้าหน้าที่จุดเตรียมเวชระเบียนบันทึกคะแนนความปวดในใบ Progress note</li> </ol>																									
การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (performance)	<table border="1"> <caption>ผลการประเมินการจัดการความปวด</caption> <thead> <tr> <th>ประเภทการประเมิน</th> <th>(พ.ย.-ธ.ค.63-ก.พ.64)</th> <th>(ก.ค.-ธ.ค.63)</th> <th>(ม.ย.-ก.ค.63)</th> <th>เบื้องต้น</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ทราบเงื่อนไขในการจัดการในระดับปานกลางขึ้นไป</td> <td>7</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยที่มีระดับความปวด ที่ได้รับการดูแลเหมาะสม</td> <td>95.33</td> <td>91.59</td> <td>91.59</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>ผู้ป่วยที่มีปริมาณยาให้คะแนนความปวดลดลง</td> <td>98</td> <td>98.1</td> <td>98.14</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>การคัดกรอง cancer pain screening</td> <td>100</td> <td>98.2</td> <td>95.12</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภทการประเมิน	(พ.ย.-ธ.ค.63-ก.พ.64)	(ก.ค.-ธ.ค.63)	(ม.ย.-ก.ค.63)	เบื้องต้น	ทราบเงื่อนไขในการจัดการในระดับปานกลางขึ้นไป	7	10	8	30	ผู้ป่วยที่มีระดับความปวด ที่ได้รับการดูแลเหมาะสม	95.33	91.59	91.59	90	ผู้ป่วยที่มีปริมาณยาให้คะแนนความปวดลดลง	98	98.1	98.14	90	การคัดกรอง cancer pain screening	100	98.2	95.12	90
ประเภทการประเมิน	(พ.ย.-ธ.ค.63-ก.พ.64)	(ก.ค.-ธ.ค.63)	(ม.ย.-ก.ค.63)	เบื้องต้น																						
ทราบเงื่อนไขในการจัดการในระดับปานกลางขึ้นไป	7	10	8	30																						
ผู้ป่วยที่มีระดับความปวด ที่ได้รับการดูแลเหมาะสม	95.33	91.59	91.59	90																						
ผู้ป่วยที่มีปริมาณยาให้คะแนนความปวดลดลง	98	98.1	98.14	90																						
การคัดกรอง cancer pain screening	100	98.2	95.12	90																						
บทเรียนที่ได้รับ	ผู้ป่วยที่มีความปวดระดับปานกลาง - มาก หากได้รับการประเมินความปวด การรักษาย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดอย่างปลอดภัย บรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างดีที่บ้าน ช่วยลดความแออัดในการที่ผู้ป่วยต้องมารับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหรือหน่วยตรวจฉุกเฉิน																									
ชื่อและที่อยู่ขององค์กร/ภาควิชา	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง2 /งานบริการเฉพาะ/ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามารามธิบดี																									

## ผลงาน CQI/Good practice/ผลงานวิจัย

ชื่อผลงาน CQI	<b>Rapid response for 2P Safety in OCC</b>																				
หลักการและเหตุผล	ผู้ป่วยที่อยู่ในกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน ยาพุ่งเป้า เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบเลือด สารเกลือแร่ และสารชีวเคมีต่างๆ ในร่างกาย เนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษา ถ้าได้รับการประเมินตรวจรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น																				
คำสำคัญ	ค่า Lab วิกฤติ																				
สรุปผลงานโดยย่อ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผล lab วิกฤติได้รับการประเมินอย่างถูกต้อง ร้อยละ 99</li> <li>2 ผู้ป่วยมะเร็งที่มีผล lab วิกฤติได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง เฉลี่ยร้อยละ 87.67</li> <li>3 เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผล lab วิกฤติ (ผู้ป่วยที่มีผล lab วิกฤติสามารถให้บริการทันการภายในหน่วยงานได้ร้อยละ 41.21 / ส่ง ER ร้อยละ 12.12 )</li> <li>4 ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ลดข้อร้องเรียนการบริการที่ล่าช้า</li> <li>5 บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะในการประเมิน/ คัดกรอง ความรีบด่วนของผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤติ</li> </ol>																				
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ	กระบวนการเดิมของหน่วยงาน เมื่อได้รับแจ้งค่า lab วิกฤติยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และผู้ช่วยแพทย์ปฏิบัติงานไม่เหมือนกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤติ ได้รับการตรวจที่ล่าช้า																				
เป้าหมาย (purpose)	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผล lab วิกฤติได้รับการประเมินอย่างถูกต้อง ปลอดภัย																				
กิจกรรมการพัฒนา (process)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พยาบาลจุดคัดกรองเป็นผู้รับเรื่องแจ้งค่า lab วิกฤติ</li> <li>2. ตามผู้ป่วยซักประวัติเพื่อประเมินอาการและประเมินสัญญาณชีพ</li> <li>3. ผู้ช่วยพยาบาลจุดช่วยแพทย์หลังห้องตรวจรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ</li> </ol>																				
การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (performance)	<table border="1"> <caption>ผลดำเนินงานโครงการ</caption> <thead> <tr> <th>Category</th> <th>(1 พ.ย. - 31 ม.ค. 62)</th> <th>(1 เม.ย. - 31 ธ.ค. 61)</th> <th>(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 61)</th> <th>ก่อนดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมีค่า lab วิกฤติได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว</td> <td>31.3</td> <td>52.48</td> <td>85.54</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>การประเมินผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤติถูกต้อง</td> <td>99</td> <td>97</td> <td>95.5</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ</td> <td>100</td> <td>95</td> <td>89</td> <td>85</td> </tr> </tbody> </table>	Category	(1 พ.ย. - 31 ม.ค. 62)	(1 เม.ย. - 31 ธ.ค. 61)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 61)	ก่อนดำเนินการ	ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมีค่า lab วิกฤติได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว	31.3	52.48	85.54	90	การประเมินผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤติถูกต้อง	99	97	95.5	90	ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	100	95	89	85
Category	(1 พ.ย. - 31 ม.ค. 62)	(1 เม.ย. - 31 ธ.ค. 61)	(1 ก.ค. - 30 ก.ย. 61)	ก่อนดำเนินการ																	
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยมีค่า lab วิกฤติได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว	31.3	52.48	85.54	90																	
การประเมินผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤติถูกต้อง	99	97	95.5	90																	
ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	100	95	89	85																	
บทเรียนที่ได้รับ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 ผู้ป่วยที่มีค่า lab ผิดปกติ ถ้าได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็วช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา สามารถรับบริการการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ และลดความแออัดในการที่ผู้ป่วยต้องมาหน่วยตรวจฉุกเฉิน</li> <li>2 การพัฒนาระบบกระบวนการ ต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและบุคลากรปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน จะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย</li> </ol>																				

## ผลงาน CQI/Good practice/ผลงานวิจัย

ชื่อผลงาน CQI	โครงการ: พัฒนาระบบการนัดหมายและการให้คำแนะนำผู้ป่วยส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร
หลักการและเหตุผล	การวินิจฉัยโรคกระเพาะอาหารไม่สามารถวินิจฉัยได้จากอาการ หรือการตรวจร่างกายทั่วไปของแพทย์เพียงอย่างเดียว ต้องมีการวินิจฉัยทางรังสีวินิจฉัย และการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Esophagogastroduodenoscopy: EGD) เพื่อตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นหลัก
คำสำคัญ	ผู้ป่วยเตรียมตัวส่องกล้องระบบทางเดินอาหารถูกต้อง
สรุปผลงานโดยย่อ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องก่อนการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 90%</li> <li>2. อัตราการได้รับทำหัตถการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร 90%(ไม่ถูกเลื่อนนัดหมายส่องกล้อง)</li> </ol>
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ	
เป้าหมาย (purpose)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการได้รับคำแนะนำถูกต้อง (ผู้ป่วยไม่ถูกเลื่อนนัด )</li> <li>2. อัตราการได้รับการนัดหมายส่องกล้องภายในวันตรวจของผู้ป่วย (One Stop Service )</li> </ol>
กิจกรรมการพัฒนา (process)	
การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (performance)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวส่องกล้องระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยบรรลุตามเป้าหมาย</li> <li>2. อัตราการนัดหมายส่องกล้องระบบทางเดินอาหารภายในวันตรวจของผู้ป่วยสามารถดำเนินการแบบ One Stop Service ได้ร้อยละ 100 ลดจำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาลเพื่อรับบริการตรวจวินิจฉัย</li> <li>3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกกระเพาะอาหารระบบทางเดินอาหาร อยู่ในระดับมาก-มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.80%</li> </ol>
บทเรียนที่ได้รับ	การทำงานเป็นทีมและมีแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง สามารถพัฒนาได้ทั้งระบบบริการและศักยภาพของบุคลากร
ชื่อและที่อยู่ขององค์กร/ภาควิชา	งานบริการเฉพาะ/ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี

สมาชิกทีม	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสหสาขา
-----------	---------------------------------

## ผลงาน CQI/Good practice/ผลงานวิจัย

ชื่อผลงาน CQI	<b>Integrating Social Media in Oncology outpatient service during the COVID-19 pandemic</b>																																				
หลักการและเหตุผล	ในปี 2563 เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ระลอกใหม่และรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยมะเร็งที่มาใช้บริการมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 คณะฯ มีนโยบายลดบริการผู้ป่วยนอก เพิ่มการตรวจแบบทางไกล (telemedicine) และจัดการ social distancing หน่วยตรวจฯ จึงประสานความร่วมมือกับทีมแพทย์มะเร็งวิทยาปรับการใช้งาน Line official (@ramacancercenter) มาใช้ในการสนับสนุนบริการตรวจรักษาพยาบาล																																				
คำสำคัญ	Line official (@ramacancercenter)																																				
สรุปผลงานโดยย่อ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="3">เป้าหมาย</th> <th rowspan="3">ครั้งที่ 1 (ก.ย. - พ.ย. 63)</th> <th colspan="3">ผลดำเนินการ</th> </tr> <tr> <th colspan="3">หลังดำเนินการ/ติดตามผล</th> </tr> <tr> <th>ครั้งที่ 2 (ม.ค. - เม.ย. 64)</th> <th>ครั้งที่ 3 (พ.ค. - ส.ค. 64)</th> <th>ครั้งที่ 4 (ก.ย. - ธ.ค. 64)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเข้าใช้ line official รายใหม่</td> <td>&gt; 100 ราย/เดือน</td> <td>68</td> <td>82</td> <td>185</td> <td>134</td> </tr> <tr> <td>อัตราความสามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้</td> <td>&gt; 70% (ผู้ป่วยทั้งหมด)</td> <td>95.5%</td> <td>78.94</td> <td>80.91</td> <td>82.25</td> </tr> <tr> <td>อัตราการใช้งานส่งผลทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ สำหรับการตรวจทางไกล</td> <td>&gt; 50% (ผู้ป่วย Telemedicine)</td> <td>ไม่ได้เก็บข้อมูล</td> <td>41.7% (N=509)</td> <td>68% (N=1,959)</td> <td>48.7% (N=3,497)</td> </tr> <tr> <td>อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้บริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง</td> <td>&gt; 80%</td> <td>93.40</td> <td>97.46</td> <td>93.34</td> <td>96.10</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ครั้งที่ 1 (ก.ย. - พ.ย. 63)	ผลดำเนินการ			หลังดำเนินการ/ติดตามผล			ครั้งที่ 2 (ม.ค. - เม.ย. 64)	ครั้งที่ 3 (พ.ค. - ส.ค. 64)	ครั้งที่ 4 (ก.ย. - ธ.ค. 64)	จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเข้าใช้ line official รายใหม่	> 100 ราย/เดือน	68	82	185	134	อัตราความสามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้	> 70% (ผู้ป่วยทั้งหมด)	95.5%	78.94	80.91	82.25	อัตราการใช้งานส่งผลทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ สำหรับการตรวจทางไกล	> 50% (ผู้ป่วย Telemedicine)	ไม่ได้เก็บข้อมูล	41.7% (N=509)	68% (N=1,959)	48.7% (N=3,497)	อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้บริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	> 80%	93.40	97.46	93.34	96.10
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย				ครั้งที่ 1 (ก.ย. - พ.ย. 63)	ผลดำเนินการ																															
						หลังดำเนินการ/ติดตามผล																															
		ครั้งที่ 2 (ม.ค. - เม.ย. 64)	ครั้งที่ 3 (พ.ค. - ส.ค. 64)	ครั้งที่ 4 (ก.ย. - ธ.ค. 64)																																	
จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเข้าใช้ line official รายใหม่	> 100 ราย/เดือน	68	82	185	134																																
อัตราความสามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้	> 70% (ผู้ป่วยทั้งหมด)	95.5%	78.94	80.91	82.25																																
อัตราการใช้งานส่งผลทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ สำหรับการตรวจทางไกล	> 50% (ผู้ป่วย Telemedicine)	ไม่ได้เก็บข้อมูล	41.7% (N=509)	68% (N=1,959)	48.7% (N=3,497)																																
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้บริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	> 80%	93.40	97.46	93.34	96.10																																
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ	การนำ Line official (@ramacancercenter) มาใช้ในการสนับสนุนบริการตรวจรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อสื่อสารกับทางทีมแพทย์และพยาบาลหน่วยตรวจฯ ลดปริมาณผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน ลดความแออัดของผู้มาใช้บริการ โดยผู้ป่วยที่ตรวจสามารถติดตามอาการ ส่งข้อมูลด้านสุขภาพ และผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้โดยตรง แพทย์ใช้ข้อมูลสนับสนุนการตรวจแบบทางไกล กรณีกลุ่มผู้ป่วยเร่งด่วนสามารถติดต่อสอบถามวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้ รวมทั้งสามารถติดต่อสื่อสารผ่านทาง line official ในวันหยุดราชการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างทั่วถึง																																				
เป้าหมาย (purpose)	1.ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้ 2.เพิ่มความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้บริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง																																				
กิจกรรมการพัฒนา (process)	<p style="text-align: center;"> <b>ขั้นตอนที่ 1</b> กระบวนการลงทะเบียนใช้งาน Line official  <b>ขั้นตอนที่ 2</b> กระบวนการรับ Line official  <b>ขั้นตอนที่ 3</b> กระบวนการจัดการข้อมูลผู้ป่วย  <b>ขั้นตอนที่ 4</b> กระบวนการส่งผลตรวจทาง  <b>ขั้นตอนที่ 5</b> กระบวนการรับผลการตรวจทาง </p> <p style="text-align: center;">         ผู้ป่วยสื่อสารกับทีมแพทย์ผ่านไลน์ หรือระบบสนทนาเกี่ยวกับผู้ป่วยได้เอง          - ลงทะเบียนใช้บัตร (CCPA)          - การบริการจัดการเตียง          - สถานะข้อมูล          - ผู้ป่วยระบุตนเอง          - ส่งผลทางห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจแบบ Telemedicine          แพทย์พยาบาลตอบคำถามแก่ผู้ป่วย       </p>																																				
การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (performance)	ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับอาการผิดปกติ/ผลข้างเคียงจากการรักษาที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการส่งผลทางห้องปฏิบัติการให้แพทย์เจ้าของไข้ผ่าน line official รับบริการตรวจทางไกลได้ ลดค่าใช้จ่ายและการเดินทางมารพ.																																				
บทเรียนที่ได้รับ	การติดต่อสื่อสาร การทำงานบูรณาการทรัพยากรบุคคลและระบบสารสนเทศที่มีอยู่พัฒนาระบบบริการในคลินิก ด้วยการคิดนอกกรอบนำเทคโนโลยี line official มาประยุกต์ใช้กับระบบบริการสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงการบริการให้ผู้ป่วยมะเร็ง																																				
ชื่อและที่อยู่ขององค์กร/ภาควิชา	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง2 /ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง																																				
สมาชิกทีม	ทีมแพทย์มะเร็งวิทยา /ทีมพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง2																																				

LINE ID      หมายเลขโทรศัพท์

@ramacancercenter

**Rama Cancer Center**  
เป็นเพื่อนกับคุณแล้ว

แชท

ทีม OCC2 ONCO Rama

REGISTRATION OPEN

[APHC2021] Notification of Acceptance (a-0038) | MMS

Abstract submission link of APHC2021: [www.apahc2021.com/abstract](https://www.apahc2021.com/abstract)

Dear Mr. Ms. Subhasi Suda,

We are happy to inform you that the following abstract has been accepted for the digital poster presentation:  
Registration Number: a0038  
The registration of your abstract and management for correspondence is available on-line.  
Presentation Style: Digital Poster Presentation

Abstract submission link of APHC2021: [www.apahc2021.com/abstract](https://www.apahc2021.com/abstract)

Dear Mr. Ms. Katsani Pisanet,

We are happy to inform you that the following abstract has been accepted for the digital poster presentation:  
Registration Number: a0032  
The registration of your abstract and management for correspondence is available on-line.  
Presentation Style: Digital Poster Presentation

7 ส.ค. (อา.)      phichai

อ่านแล้ว 20.35 น.

ค่าเลือดอยู่ในเกณฑ์ครับ กินยาต่อได้ครับ / นพ พิชัย

15 ส.ค. (จ.)

เรียน อาจารย์ พิชัย จันทร์ศรีวงศ์ ผลเลือดของนางสมศรี นิลขันธ์ HN5717887

18.30 น.

16 ส.ค. (อ.)      phichai

อ่านแล้ว 8.41 น.

ผลเลือดดีครับค่าจำนวนเม็ดเลือด ตับไต มีแค่โปรตีนยังต่ำอยู่ครับ/ นพ พิชัย

สวัสดีคะ คนไข้ ชื่อ อภิชาติ วงศ์สง่า กิจ HN.5897931 รบกวนสอบถามคุณหมอนพระคะ / คุณพ้อมมีผื่นขึ้นคัน แดงคะ ทายา 0.1% TA cream ไปแล้วคะ แต่ผื่นก็ยังมียู่คะ ต้องใช้ยาตัวไหนเพิ่มไหมคะ ขอขอบคุณคะ

9.09 น.

9.09 น.

ดาวโหลด

9.50 น.

ดาวโหลด

ที่ใบหน้าถ้าไม่ทาครีมจะแสบมากครับ

9.50 น.

ของจริงผื่นจะแดงกว่านี้ครับ

9.51 น.

ทาครีมไปด้วยได้เลยนะคะ แล้วก็ทิงเจอร์ผื่นแดงคันทายาที่หมอบอกคะ เป็นจากยาฆ่าเชื้อค่ะ / พญ.ธีรดา

อ่านแล้ว 10.49 น.

ขอบคุณครับ

11.07 น.



### **Integrative pain management for patients with cancer in outpatient clinic.**

Pain is a common symptom in cancer patients, 55% of pts undergoing anti-cancer treatment by 66% of pts advanced, metastatic or terminal disease. Cancer pain often is underestimated and undertreated in patients. Integrated pain management at outpatient clinic (OPD) helping in early adequate pain assessment and management consequence in improve patient's quality of life. This study aimed to explore efficacy the integration pain management in by improve pain management, reduce time in management moderate to severe pain, improve patient satisfaction and capacity in self-pain assessment.

**Patients and Methods;** Observational cohort study was done in an outpatient cancer clinic at Ramathibodi hospital, multicenter, 28-day, open-label randomized controlled study, Participant: 14,004 visit of cancer patients at Oncology OPD at Ramathibodi Hospital between Apr 2020 to Feb 2021, adults with moderate cancer pain were assigned to receive either a weak opioid or low-dose morphine. OPD nurses developed workflow for pain management that adjust processes of pain assessment, pain management and pain education

**Result;** The primary outcome was the number of responder patients, defined as patients with a 20% reduction in pain intensity on the numerical rating scale. The time for initial pain management in patient who had moderate and severe pain was about 7-10 minutes. Time collection from the time point that nurse assessed pain score to the time that start pain management. Overall patient's satisfaction in pain management was more than 95 %. With a lower cost, calmer atmosphere and shorter recovery time, your doctor can evaluate and treat different types of pain at an outpatient center using treatments like steroid shots, nerve blocks and more.

**Conclusion;** In this review we provide a framework for safely and effectively managing cancer-related pain by summarizing the evidence for the importance of controlling pain, the barriers to adequate pain management, strategies to assess and manage cancer-related pain, how to manage pain in patients at risk of substance use disorder and considerations when managing pain in a survivorship population.

**Keywords:** Pain management, cancer pain, opioid

ผลงาน CQI/Good practice/ ผลงานวิจัย

ชื่อผลงาน CQI	โครงการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่บ้าน
หลักการและเหตุผล	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลแบบประคับประคอง (RPEC) เป็นหน่วยงานที่สร้างขึ้น โดยมีเป้าหมายหลัก คือ พัฒนากระบวนการ และให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่โรครุนแรงหรือเป็นมาก หรือมีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทั้งกลุ่มผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกของคณะฯ บริการให้คำปรึกษา และดูแลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะและคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ ดูแลในทุกมิติแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษา จนกระทั่งการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต
คำสำคัญ	การดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่บ้าน
สรุปผลงานโดยย่อ	การพัฒนาโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่บ้าน พบว่า การพัฒนาระบบหรือ แนวทางปฏิบัติในการดูแล หรือให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้าย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ป่วยและครอบครัว มีพยาบาลเป็นที่ปรึกษา เกิดผลดีทั้งผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพ ตลอดจนสร้างชื่อเสียงให้กับองค์กร ในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ	ผู้ป่วยในระยะท้าย จะมารับบริการบ่อยครั้งที่แผนกฉุกเฉิน ด้วยปัญหาต่างๆ จากการลุกลามของโรค เช่น เหนื่อยหอบ ปวด ซึม รับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะติดเชื้อ ตลอดจนอาการอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย หรือญาติเกิดความวิตกกังวล เครียด จึงเป็นสาเหตุ ให้แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล เกิดความแออัด และในส่วนของผู้ป่วย แพทย์ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้ จึงเกิดปัญหาเรื่องการบริหารจัดการเตียง ในการรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล
เป้าหมาย (purpose)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้ใช้ชีวิตที่เหลือหรือเสียชีวิต ที่บ้านตามความประสงค์</li> <li>2 เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่ครอบครัว</li> <li>3 เพื่อลดการมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะท้าย</li> </ol>
กิจกรรมการพัฒนา (process)	<p>การวิเคราะห์สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง</p>
การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (performance)	ผลจากการพัฒนาโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่บ้าน พบว่า การพัฒนาระบบหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแล หรือให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้าย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ป่วยและครอบครัว มีพยาบาลเป็นที่ปรึกษา เกิดผลดี ดังนี้



	<p>1 ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและครอบครัว)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ป่วยไม่ถูกยื้อชีวิตโดยไร้เป้าหมาย</li> <li>• ลดความทุกข์ทรมานจากการกู้ชีพที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ ( อาทิเช่น CPR, การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น)</li> <li>• ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์</li> <li>• ผู้ป่วยมีโอกาส ได้ใช้ชีวิตกับครอบครัวในวาระสุดท้าย</li> <li>• ผู้ป่วยได้รับการเยียวยา ช่วยเหลือทางด้านจิตใจ</li> <li>• ครอบครัวมีความสุข ที่ได้มีโอกาส ดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย</li> <li>• สามารถลดความแออัดที่แผนกฉุกเฉิน /ลดการครองเตียงของหอผู้ป่วยใน</li> </ul> <p>2 ด้านผู้ให้บริการ (บุคลากรในทีมสุขภาพ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ลดปัญหาความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ</li> <li>• ลดความขัดแย้งของผู้ป่วย และบุคลากรในทีมสุขภาพ ด้านการรักษา/การให้ข้อมูล</li> <li>• เพิ่มความพึงพอใจของทีมสุขภาพในการช่วยเหลือ /พัฒนาคุณภาพในการบริการผู้ป่วย</li> </ul> <p>3 ด้านองค์กร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ลดความแออัดที่แผนกฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอกของหน่วยงานต่าง ๆ เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยระยะท้าย มักมานอนนัดหมายเนื่องจากปัญหาเดิมๆ หรือปัญหาที่สามารถจัดการได้ที่บ้าน ถ้ามีพยาบาลให้คำปรึกษา</li> <li>• ลดอัตราการครองเตียงของหอผู้ป่วยใน เนื่องจากมีความเข้าใจโรคและแผนการรักษาผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และมีทีมให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
บทเรียนที่ได้รับ	<p>การพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานของทีม RPEC ใน โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคับประคองที่บ้าน พบว่า แนวปฏิบัติบรรลุวัตถุประสงค์ ของโครงการตามเป้าหมายกล่าวคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 ผู้ป่วยระยะท้ายได้ใช้ชีวิตที่เหลือหรือเสียชีวิต ที่บ้านตามความประสงค์</li> <li>2 ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่ครอบครัวเพิ่มขึ้น</li> <li>3 ลดการมาโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยหรือครอบครัว ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้</li> </ol>
ชื่อและที่อยู่ขององค์กร/ภาควิชา	ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลแบบประคับประคอง (RPEC)
สมาชิกทีม	พยาบาลศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลแบบประคับประคอง (RPEC)


6.8 ทีมสหสาขาเตรียมการรองรับภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน โดยพิจารณาการป้องกัน การบริหารจัดการความต่อเนื่องของการให้บริการ การเคลื่อนย้าย และการฟื้นฟู

คณะ ฯ และทีมนำสหสาขามีนโยบาย และมีเป้าหมายด้านคุณภาพ ความปลอดภัยที่ชัดเจน โดยมีที่มวางแผนด้าน Safety ขององค์กรที่มีแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ เช่น Incident Management & Emergency Plan, Crisis Communication Plan, Business Continuity Plan, Business Recovery plan เป็นต้น นโยบายด้านความปลอดภัย สำหรับทีมและผู้รับบริการดังแสดงในตารางนโยบายคุณภาพและความปลอดภัย (ภาคผนวก 3 แผนรับภาวะฉุกเฉินหมู่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561)

ตารางที่ 17 นโยบายคุณภาพและความปลอดภัย

นโยบายคุณภาพและความปลอดภัย	แนวปฏิบัติ
1. นโยบายความปลอดภัยภาพรวมของคณะฯ	การประชุมและจัดทำแผน รวมทั้งการนำสู่การปฏิบัติ เช่น Incident Management & Emergency Plan Crisis Communication Plan, Business Continuity Plan, Business Recovery plan ฯฯ ในระดับคณะ
2. นโยบายคุณภาพและความปลอดภัย	1. มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐานและนำผลการทบทวนปัญหามาปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2. การนำข้อปฏิบัติ ข้อกำหนดตามมาตรฐานวิชาชีพสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการติดตาม ควบคุม กำกับ

ภาพที่ 13 CODE และแผนรับสถานการณ์ต่างๆ



**CODE และแผนรับสถานการณ์ต่าง ๆ**  
ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

<p>1. CODE คุณหม้ออัคคี</p> <p>2. CODE PINK</p> <p>3. CODE เดมี</p> <p>4. CODE W</p> <p>5. แผน Mass Casualty</p>	<p>คือ เกิดเหตุเพลิงไหม้</p> <p>คือ เด็กทารกแรกเกิดถูกลักพาตัว</p> <p>คือ เกิดเหตุสารเคมีรั่วไหล</p> <p>คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพลัดหลงกับญาติ</p> <p>คือ แผนรับภาวะฉุกเฉินหมู่ มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รหัส 000 ผู้บาดเจ็บสีเหลือง/สีเขียว 3-15 คน หรือสีแดงไม่เกิน 3 คน ห้องฉุกเฉินยังรับได้</li> <li>- รหัส 111 ผู้บาดเจ็บสีเหลือง/สีเขียว 15 คนขึ้นไป หรือสีแดงเกิน 4 คน ต้องการกำลังเสริม</li> <li>- รหัส 333 ผู้บาดเจ็บจำนวนมาก ต้องอพยพเคลื่อนย้าย เช่น ดึกกลุ่ม เป็นต้น</li> </ul> <p>หมายเหตุ ทีม ER จะเป็นผู้แจ้งว่าจะใช้แผนรหัสใด</p>
<p>6. แผนปฏิบัติการวารี 000</p> <p>แผนปฏิบัติการวารี 002</p> <p>แผนปฏิบัติการวารี 111</p> <p>7. ทีม CPR OB</p> <p>8. ทีม CPR</p> <p>9. ทีม CPR เด็ก</p> <p>10. ทีม CPR New Born</p> <p>11. ระบบคอมพิวเตอร์จัดซื้อ</p>	<p>คือ อุกกภัย น้ำท่วม 30 ชม.</p> <p>คือ อุกกภัย น้ำท่วม 40 ชม.</p> <p>คือ อุกกภัย น้ำท่วม 80 ชม.</p> <p>คือ ตามทีมช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น</p> <p>คือ ตามทีมช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (เคสผู้ใหญ่)</p> <p>คือ ตามทีมช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (เคสเด็ก)</p> <p>คือ ตามทีมช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กทารกแรกเกิด ถึง 1 เดือนที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น</p> <p>คือ ระบบคอมพิวเตอร์ใช้งานไม่ได้เป็นระยะเวลานาน ซึ่งทีม IT จะเป็นผู้แจ้งว่าจะใช้แผนเมื่อใด</p>

Rama Network(1:20)  
เผยแพร่โดย งานสื่อสารองค์กร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



**วิธีปฏิบัติเมื่ออพยพหนีไฟ**

- ตั้งสติ ไม่ตื่นตระหนก
- อพยพหนีไฟตามเส้นทางที่กำหนด
- ปิดประตู-หน้าต่าง ปิดเครื่องใช้ไฟฟ้า
- ใช้บันไดหนีไฟ
- ขณะหนีไฟอย่าใช้ลิฟต์
- ห้ามเปิดประตูห้องก่อนตรวจสอบอุณหภูมิห้องก่อน
- ห้ามใช้บันไดเลื่อน
- ห้ามใช้บันไดเลื่อนหนีไฟ

**สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ**

- ห้ามใช้ลิฟต์
- ห้ามใช้บันไดเลื่อน
- ห้ามใช้บันไดเลื่อนหนีไฟ
- ห้ามใช้บันไดเลื่อนหนีไฟ
- ห้ามใช้บันไดเลื่อนหนีไฟ

งานสื่อสารองค์กร  
ศูนย์สื่อสารองค์กร โทร. 2774



**วิธีการใช้ถังดับเพลิง**

- ดึง: ดึงและโยกคันโยกออกจากรูขี้น
- ปลด: ปลดสายฉีดตรงไปที่
- กด: กดคันโยกของถังดับเพลิงพร้อมจับปลายสาย
- ส่าย: ส่ายปลายสายให้หัวฉีด

หากพบเห็นเหตุเพลิงไหม้  
กดเบอร์ 555 หรือ 0-2201-2001  
แจ้งสถานที่เกิดเหตุ ชื่อผู้แจ้ง และเบอร์ติดต่อกลับ

## ตอนที่ II ระบบงานสำคัญ

### ตอนที่ II-1. การพัฒนาคุณภาพและบริหารความเสี่ยง

#### 1.1. ทีมสหสาขากำหนดนโยบายและเป้าหมายด้านคุณภาพและความปลอดภัยที่ชัดเจน

ทีมนำสหสาขามีการประสานและบริหารความเสี่ยงความปลอดภัย กำหนดนโยบายและเป้าหมายด้านคุณภาพตามนโยบายคณะฯ เช่น การรายงานอุบัติการณ์ความผิดปกติต่างๆ ระบบป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การทบทวนอุบัติการณ์ต่างๆ ร่วมกันผ่านการประชุมในทีมนำสหสาขา ทีมนำทางคลินิกศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ และทีมผู้บริหารคณะฯ

**2P Safety in Action for Ramathibodi Hospital 2018-2019**  
**2P Safety Goals**

### Thailand Patient Safety Goals

- S - Safe Surgery**
  - S1 : Safe Surgery and Invasive Procedure
  - S2 : Safe Anesthesia
  - S3 : Safe Operating Theater
- I - Infection Control**
  - I1 : Hand Hygiene
  - I2 : Prevention of Healthcare Associated Infection
  - I3 : Isolation Precautions
  - I4 : Prevention and Control Spread of Multidrug - Resistant Organisms (MDRO)
- M - Medication & Blood Safety**
  - M1 : Safe from Adverse Drug Events (ADE)
  - M2 : Safe from Medication Error
  - M3 : Medication Reconciliation
  - M4 : Rational Drug Use (RDU)
  - M5 : Blood Transfusion Safety
- P - Patient Care Process**
  - P1 : Patients Identification
  - P2 : Communication
  - P3 : Reduction of Diagnostic Errors
  - P4 : Prevention of Common Complications
  - P5 : Pain Management
  - P6 : Refer and Transfer Safety
- L - Line, Tube & Catheter and Laboratory**
  - L1 : Catheter and Tubing Connection, and Infusion Pump
  - L2 : Right and Accurate Laboratory Results
- E - Emergency Response**
  - E1 : Response to the Deteriorating Patient
  - E2 : Medical Emergency
  - E3 : Maternal & Neonatal Morbidity
  - E4 : ER Safety

**Thailand Personnel Safety Goals**

- S - Social Media and Communication**
  - S1 : Security and Privacy of Information
  - S2 : Social Media and Communication Professionalism
- I - Infection and Exposure**
  - I1 : Fundamental of Infection Prevention and Control for Workforce
  - I2 : Transmission-based Infection Prevention and Control for Workforce
- M - Mental Health and Mediation**
  - M1 : Mental Health
  - M2 : Mediation
- P - Process of Work**
  - P1 : Fundamental Guideline for Prevention of Work-Related Disorder
  - P2 : Specific Guideline for Prevention of Work-Related Disorder
  - P3 : Fitness for Duty Health Assessment
- L - Lane (Traffic) and Legal Issues**
  - L1 : Ambulance and Referral Safety
  - L2 : Legal Issues
- E - Environment and Working Conditions**
  - E1 : Safe Physical Environment
  - E2 : Working Conditions
  - E3 : Workplace Violence

ผ่านช่องทางนี้ได้เลย



## 1.2 ทีมสหสาขาจัดโครงสร้างคุณภาพที่เหมาะสม มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพให้เป็น

### ของสมาชิกทุกคนในทีมสหสาขา

ทีมนำสหสาขาได้นำนโยบาย 2P Safety ของคณะมาใช้ในการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร การพัฒนากระบวนการให้บริการต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน นำลงสู่การปฏิบัติและวัดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นระบบ โดยใช้เครื่องมือคุณภาพที่สำคัญคือ 3C-PDSA และ Lean process จนทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงานได้ผลลัพธ์ที่ดี เพื่อผลักดันให้บุคลากรริเริ่มและพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องและเป็นแกนหลักสำคัญนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านบริการ หลังจากนั้นจะนำเสนอในที่ประชุมของแต่ละสาขาวิชาชีพตามลำดับสายบังคับบัญชา เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในทีมทุกคน ( อ้างอิงตารางที่ 11 แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และตารางที่ 15 แสดงผลงานคุณภาพของทีม )

## 1.3 ทีมสหสาขาบูรณาการและประสานระบบบริหารคุณภาพ ระบบบริหารความเสี่ยง ระบบบริหารความปลอดภัยเข้าด้วยกัน และประสานกับระบบขององค์กร

คณะมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (risk management team) โดยมีการทบทวนความเสี่ยงทางด้านการรักษาพยาบาลที่มีจัดระดับความรุนแรง ตั้งแต่ A – I ตลอดจนมีคณะกรรมการฝ่ายต่างๆร่วมกันประสานกับระบบขององค์กร ซึ่งทีมนำสหสาขาได้นำนโยบายของคณะ มาปฏิบัติ

### ตารางที่ 18 แสดงระดับความรุนแรงและความเสี่ยงทางคลินิก (Clinic risk)

ระดับ	ลักษณะการเกิดอุบัติการณ์	ผลกระทบ	ความหมาย
A	Near Miss	เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด	เสี่ยงแต่ยังไม่เกิด
B	Near Miss	ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยและ/หรือบุคลากร	เกิดแต่ยังไม่ถึง
C	Miss	ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่ถึงอันตราย	ถึงแต่ไม่เป็นไร
D	Miss	ความผิดพลาดถึงตัวผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ	ต้องเฝ้าระวังไว้
E	Miss	ต้องให้การรักษา	
F	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา และทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น	ต้องเสียเวลานานอนาน
G	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการถาวร	ต้องพิการถาวร
H	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยชีวิต	ต้องช่วยชีวิต
I	Miss	ความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต	เสียชีวิต

นอกจากนี้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและคณะกรรมการเวชระเบียนได้กำหนด trigger tool จากผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลให้ทีมนำทางคลินิกของภาควิชาต่างๆเพื่อนำมาค้นหา adverse event / ทำ RCA

เพื่อทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยและหาแนวทางป้องกัน นอกจากนี้งานเวชระเบียนได้ดำเนินการตรวจสอบความไม่สมบูรณ์ของเอกสารแสดงเจตนาด้านการรักษา ส่งให้ทุกภาควิชา ทีมนำสหสาขามีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกโดยการประชุมทีมสหสาขา กรณีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล / เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ข้อร้องเรียน ในกระบวนการรักษาและการบริการ ทีมนำแพทย์สาขาต่างๆจะนำเข้าการประชุมของภาควิชาที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อทำ RCA

จากการปฏิบัติงานและการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่คลินิกมะเร็งสหสาขา ปี 2563-2565 พบว่า

- 1.3.1 การบันทึกเวชระเบียนครบถ้วน สามารถสื่อสารภายในทีมสหสาขาเข้าใจถูกต้อง ตรงกัน
- 1.3.2 ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยรายใหม่ลดลง บรรลุตามวัตถุประสงค์
- 1.3.3 ระยะเวลาการได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน บรรลุตามวัตถุประสงค์
- 1.3.4 ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่เข้ารับบริการที่คลินิกมะเร็งสหสาขาไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ระดับ E up
- 1.3.5 ไม่มีการร้องเรียนของผู้รับบริการ

**1.4 ทีมสหสาขาประเมินผลการดำเนินการด้วยวิธีการที่หลากหลาย เทียบกับข้อกำหนดและความต้องการต่างๆ รอบด้าน เช่น ความต้องการของผู้ป่วย มาตรฐานวิชาชีพ เป้าหมายขององค์กร**

มีการประเมินความต้องการและประเมินผลความพึงพอใจของผู้ป่วย ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น แบบสอบถาม การสื่อสารโดยตรงกับทีมผู้ให้บริการ สำหรับการประเมินผลการดำเนินการต่างๆ คณะทำงานฯได้กำหนดผลลัพธ์เป็นการกำหนดเป้าหมายในการบริการของทีม (อ้างอิงข้อ 3.1 ตารางที่ 7 แสดงข้อกำหนดของบริการจากการรับฟังและเรียนรู้เสียงของผู้รับบริการ) และมีการติดตามตัวชี้วัดตามมาตรฐานวิชาชีพตามบริบทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(ตารางที่ 11 คุณภาพสำคัญในเป้าหมายและตัวชี้วัดการบรรลุเป้าหมาย กระบวนการดูแลผู้ป่วย)

**1.5 ทีมสหสาขาวางระบบบริหารความเสี่ยงครอบคลุมการวิเคราะห์ความเสี่ยง การกำหนดแนวทางป้องกันการรายงานอุบัติการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุเฉพาะรายการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวม การปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกัน และมีการเชื่อมโยงและประสานงานเพื่อครอบคลุมความเสี่ยงด้านการติดเชื้อในสถานพยาบาล และการใช้ยา**

ทีมสหสาขามีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกโดยการประชุมคณะทำงานร่วมกันในทุกกระบวนการของการให้บริการผู้ป่วย เพื่อประเมินและกำหนดความเสี่ยงด้านต่างๆอย่างครอบคลุม ระบบบริหารความเสี่ยงมีการเชื่อมโยงและประสานงานกับคณะทำงานของคณะฯ

ตารางที่ 19 การระบุความเสี่ยง (Risk Identification )

พิจารณาจาก	ความเสี่ยงสำคัญ
กระบวนการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะ Anaphylactic shock จากการรับการรักษาด้วย Chemotherapy, Targeted therapy</li> <li>- ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะHypersensitivityจากการรับการรักษาด้วย Chemotherapy, Targeted therapy</li> <li>- ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะ shock จากการเสียเลือดจากการผ่าตัด</li> <li>- ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด/ฉายรังสี</li> </ul>
กระบวนการการทำหัตถการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในวันนัดส่องกล้อง (EGD)</li> <li>- การนัดหมายการตรวจวินิจฉัยล่าช้า</li> </ul>
กระบวนการดูแลผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คำสั่งการรักษาคลาดเคลื่อน</li> <li>- การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะจำเป็น / ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ได้รับการตรวจล่าช้า</li> <li>- การนัดหมายผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> <li>- การ Identify ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> <li>- การเตรียมเอกสารผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> <li>- การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการหน่วยงานอื่นไม่ถูกต้อง</li> </ul>
PSG: SIMPLE	<p>รายละเอียดอยู่ใน การตอบสนองต่อ Patient Safety Goals HA II-1.2n(5)</p> <p>S1.2 : SSI prevention</p> <p>M1 : Safe from ADE</p>



ตารางที่ 18 การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis)

ระดับความเสี่ยง	ความเสี่ยง
<div style="background-color: red; width: 100%; height: 100%;"></div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Anaphylactic shock จาก Chemotherapy</li> <li>- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ shock จากการเสียเลือดในการผ่าตัด</li> <li>- การ Identify ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> </ul>
<div style="background-color: orange; width: 100%; height: 100%;"></div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเกิดภาวะ Hypersensitivity จากยาเคมีบำบัด/ Targeted therapy</li> <li>- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและ/หรือการรักษาล่าช้า</li> <li>- คำสั่งการรักษาคลาดเคลื่อน</li> <li>- ผู้ป่วยที่มีภาวะ Febrile neutropenia ได้รับการประเมิน/รักษาล่าช้า</li> <li>- ผู้ป่วย Progressive disease ที่ไม่ได้รับการดูแลแบบ palliative care</li> <li>- การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะจำเป็นเร่งด่วนหรือผล lab ผิดปกติล่าช้า</li> <li>- ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในวันนัดส่องกล้อง ( EGD )</li> <li>- การเลื่อนผ่าตัด</li> <li>- ผลช่องท้อง แยก/ ติดเชื้อหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล</li> <li>- ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน จากการทำ EGD</li> </ul>
<div style="background-color: yellow; width: 100%; height: 100%;"></div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การนัดหมายผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> <li>- การเตรียมเอกสารผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> <li>- การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการหน่วยงานอื่นไม่ถูกต้อง</li> <li>- สลายให้อาหารทางหน้าท้องหลุดหรืออุดตันที่บ้าน</li> </ul>

การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) ในรูปแบบ Risk Matrix

Catastrophic	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเกิดภาวะ Anaphylactic shock จาก Chemotherapy</li> <li>- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ shock จากการเสียเลือดในการผ่าตัด</li> <li>- การ Identify ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> </ul>				
Major		- คำสั่งการรักษาคลาดเคลื่อน			
Moderate		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลช่องท้องแยก/ ติดเชื้อ</li> <li>หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการวินิจฉัยและ/หรือการรักษาล่าช้า</li> <li>- การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะจำเป็นเร่งด่วนหรือผล lab ผิดปกติล่าช้า</li> <li>- ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ</li> <li>- ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีภาวะ Hypersensitivity</li> <li>- ผู้ป่วยที่มีภาวะ febrile neutropenia ได้รับการประเมิน/รักษาล่าช้า</li> <li>- ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในวันนัดส่องกล้อง ( EGD )</li> <li>- การเลื่อนหรือการงดผ่าตัด</li> </ul>	
Minor		ผู้ป่วยมีภาวะแทรก จากการทำ EGD		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วย Progressive disease ที่ไม่ได้รับการดูแลแบบ palliative care</li> </ul>	
Negligible				<ul style="list-style-type: none"> <li>- การนัดหมายผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> <li>- การเตรียมเอกสารผู้ป่วยไม่ถูกต้อง</li> <li>- การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการหน่วยงานอื่นไม่ถูกต้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สายให้อาหารทางหน้าท้องหลุดหรืออุดตันที่บ้าน</li> </ul>
	Remote อาจเกิดได้ในรอบ 5-30 ปี	Uncommon อาจเกิดได้เป็นครั้ง คราวใน รอบ 2-5 ปี	Occasional น่าจะเกิดหลายครั้ง ใน 1-2 ปี	Probable เกิดหลายครั้งในรอบ ปี	Frequent เกิดบ่อยครั้งใน รอบปี

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์ความเสี่ยงและมาตรการป้องกันความเสี่ยง

ความเสี่ยง (Identification)	ระดับ (Analysis)	สถานการณ์ในรอบเวลาที่ผ่านมา (Risk Monitor & Review)	มาตรการป้องกันที่เป็นปัจจุบัน (Risk Treatment)
1. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ shock จากการเสียเลือดในการผ่าตัด	Catastrophic	0 ครั้ง/ 3 ปี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด</li> <li>- มีการประสานงานกับ blood bank เพื่อเตรียมเลือดสำรองในการผ่าตัด</li> </ul>
2. มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Anaphylactic shock จากเคมีบำบัด	Catastrophic	0 ครั้ง/ 3 ปี	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้หลักการบริหารยาตามมาตรฐาน</li> <li>- ความพร้อมในการ CPR</li> <li>- Monitor สัญญาณชีพและอาการผู้ป่วยทุกราย</li> <li>- จัดเตรียมอุปกรณ์ในรถ emergency พร้อมใช้งาน</li> </ul>
3. การ Identify ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	Catastrophic	0 ครั้ง/ 3 ปี	-ปฏิบัติตาม QP เรื่องการระบุตัวตนผู้ป่วย (เอกสารแนบ10)
3. Infusion-reaction/ Hypersensitivity	Moderate	ภาวะ Hypersensitivity หรือ Infusion reaction เป็นภาวะที่มีโอกาสเกิดได้สำหรับยาเคมีบำบัดทุกชนิดซึ่ง ป้องกัน และสามารถเฝ้าระวังตลอดจนจัดการต่อภาวะดังกล่าวไม่ให้เกิดความรุนแรงแก่ชีวิตได้ (ข้อมูลปี 2562-2564 ร้อยละ 0 เฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร MDT CLINIC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่วางไว้</li> <li>- บริหารยาในกลุ่มนี้ด้วย Smart pump</li> <li>-Anaphylaxis Kit</li> <li>-Guideline การจัดการภาวะ Hypersensitivity</li> <li>-มีการปรับสูตรการให้ Pre-Medication กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะhypersensitivity</li> <li>-มีการติดตามอัตราการเกิดภาวะแพ้ยาซ้ำ</li> </ul>
4. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการทำ EGD	Minor/ Probable	0 ครั้ง/ 3 ปี	- ปฏิบัติตาม กระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการ และหลังทำหัตถการ
5. การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะ	Moderate/ Occasional	เกิด 2 ครั้ง/ 1 ปี ผู้ป่วย Lab วิกฤติ ได้รับการตรวจค่าซ้ำเนื่องจากเจ้าหน้าที่ขาด	- ทบทวน12 กิจกรรรม/ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

จำเป็นเร่งด่วน ล่าช้า		การประสานงานในการส่งต่อและการ บันทึกข้อมูล	- จัดทำ WI เรื่อง Lab วิกฤติ / REWs score ผิดปกติ
6. ภาวะแทรกซ้อน จากการทำหัตถการ	Major/ Uncommon	- จำนวนหัตถการ EGD /เจาะท้อง/เจาะ ปอด - เกิดภาวะแทรกซ้อน 1 ราย/ปี 2562 (หัตถการเจาะท้อง ผู้ป่วยมีภาวะความ ดันโลหิตต่ำ )	- จัดทำ WI เรื่องการทำหัตถการที่สำคัญ - ให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ - ให้การรักษาตามปัญหาอย่างรวดเร็ว
7 แผลช่องท้อง แยก/ ติดเชื้อ หลังจากจำหน่าย จากโรงพยาบาล	Major/ Uncommon	- แผลช่องท้อง ติดเชื้อหลังจากจำหน่าย จากโรงพยาบาล 1 ราย/ปี2563	- ประเมินหาสาเหตุของการติดเชื้อ - ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - ให้การรักษาอย่างรวดเร็ว -นัดหมายติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
8. การเลื่อนหรือ งดผ่าตัด	Major/ Uncommon	การเลื่อนผ่าตัด1.ราย. /2564 ( ผู้ป่วยติด Covid -19 )	-แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ - กำหนดวันนัดหมายผ่าตัดใหม่
9.สายให้อาหาร ทางหน้าท้องหลุด หรืออุดตันที่บ้าน	Minor/ Occasional	5-10 ครั้ง/ปี	- ให้ข้อมูลเบื้องต้นในการดูแลสายให้อาหาร ทางหน้าท้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อเกิดปัญหา -ให้ช่องทางติดต่อทีมบุคลากรเมื่อมี -ตรวจดูสภาพสายทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมา ตรวจ
9. การนัดหมาย ผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	Negligible / Probable	1-2 ครั้ง/ ปี (OPD )	- จัดทำ WI เรื่อง การนัดหมายผู้ป่วย -ทบทวน 12 กิจกรรรม
10.การเตรียม เอกสารผู้ป่วยไม่ ถูกต้อง	Negligible/ Probable	1-3 ครั้ง/ ปี(OPD )	- ปฏิบัติตาม WI ของแต่ละหน่วยงาน -ทบทวน 12 กิจกรรรม
11. การส่งต่อ ผู้ป่วยไปรับบริการ หน่วยงานอื่นไม่ ถูกต้อง	Negligible/ Probable	1-2ครั้ง/ ปี(OPD )	- จัดทำ WI เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปรับ บริการหน่วยงานอื่น -ทบทวน 12 กิจกรรรม

1.6 ทีมสหสาขา มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย กำหนดพิมพ์เขียวของการพัฒนา ใช้วิธีการที่หลากหลายในการพัฒนา เช่น evidence-based, RCA, visual management & creativity, LEAN, benchmarking ฯ เพื่อนำไปสู่การลดความแปรปรวน ลดความสูญเปล่า เพิ่มประสิทธิภาพ ป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในทุกๆ มิติ

ทีมนำสหสาขา มีการบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพงานด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร การพัฒนากระบวนการให้บริการต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน นำลงสู่การปฏิบัติและวัดผลลัพธ์อย่างเป็นระบบโดยใช้เครื่องมือคุณภาพที่สำคัญคือ 3C-PDSA, Lean process เป็นต้น จนทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงานที่มีผลลัพธ์ที่ดี ( เอกสารแนบ2 Driver Diagram/ เอกสารแนบ16 CQI) ตลอดจนนำกระบวนการต่างๆในงานประจำมาออกแบบการปฏิบัติงานเพื่อทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น เช่น

- 1.6.1 โครงการ MDT Clinic รูปแบบใหม่ของการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 1.6.2 โครงการ เพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการนัดหมายและให้สารถนำผู้ป่วยก่อนทำ CT Scan
- 1.6.3 โครงการ Rapid response for 2P Safety in OCC
- 1.6.4 โครงการ: พัฒนาระบบการนัดหมายและการให้คำแนะนำผู้ป่วยส่งกล้องระบบทางเดิน
- 1.6.5 โครงการ การบริหารจัดการความปลอดภัยในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม
- 1.6.6 โครงการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่บ้าน
- 1.6.7 การทบทวน 12 กิจกรรมของฝ่ายการพยาบาล

เป้าหมาย - เพื่อให้หน่วยงาน มีการทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพพื้นฐานอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม  
- เพื่อปรับปรุงออกแบบกระบวนการทำงานใหม่เชื่อมโยงกับระบบงานโรงพยาบาลให้มั่นใจว่า  
จะไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นอีก  
- เพื่อให้สามารถระบุขั้นตอนที่ผิดพลาด ที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน

1.6.8 การทำ RCA ความเสี่ยงเพื่อหาแนวทางป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในทุกๆ มิติ ตลอดจนการพัฒนาปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติงานที่เหมาะสม

ภาพที่ 18 แบบฟอร์มการทบทวน 12 กิจกรรมของฝ่ายการพยาบาล

แบบฟอร์มการทบทวน 12 กิจกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี

หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2 งานการพยาบาลบริการเฉพาะ ประจำเดือนพฤศจิกายน 2563

กิจกรรมที่ 3 การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

ผู้ป่วยชื่อ-สกุล ร.ต.ท.ณรงค์ ผลาหาร อายุ 58 ปี 4 เดือน HN 5695015 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 ส่งต่อไปรักษาเคมีบำบัดที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัด SDSSS5

ส่งต่อ     ขอย้าย     ปฏิเสธการรักษา /ไม่สมัครใจอยู่     พ้นกลับ     อื่น ๆ.....

(การทบทวนการส่งต่อ : ทบทวนในประเด็นความพร้อมก่อนและขณะส่งต่อ : สำหรับกรณีปฏิเสธ / ขอย้าย รพ. ทบทวนในรายที่ไม่สมควรหรือไม่พึงพอใจ)

เหตุการณ์	1. กระบวนการดูแลความพร้อมกรณีส่งต่อ	เหตุผล	ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย (ดูจากใบ refer ที่ตอบกลับ)	การดำเนินการแก้ไขข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง
	2. ประเด็นที่น่าจะเป็นเหตุให้ปฏิเสธ/ขอย้าย			
ผู้ป่วย on stretcherเข้ารับบริการที่โสตฯ เวลา 7.38น. ไม่มีไข้ PR 151/min BP 132/95 mmHg, RR 20/min O2 sat 96% มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย oxygen canular 2 LPM. ผล EKG มี sinus tachycardia 8.30น. ประเมิน V/S ซ้ำ PR 132/min BP 128/80 mmHg, RR 20/min O2 sat 97% ( room air) good conscious แพทย์ตรวจประเมินอาการแล้ว ให้ออกยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษา ที่SDSSS5ได้ พยาบาลได้โทรศัพท์ประสานงานกับพยาบาล SDSSS5 และ Transfer by ambulance โดยไม่ได้แจ้งหน่วยรับผู้ป่วยของ SDSSS5 ให้ทราบ	<p>1. การดูแลความพร้อมผู้ป่วยนอน/มีภาวะ REWs ผิดปกติ</p> <p>1.1 หลังจากแพทย์ประเมินแล้วผู้ป่วยสามารถให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาได้</p> <p>ประสานงานแจ้งหน่วยรับผู้ป่วยของ Short Stay Service เพื่อทราบช่วงเวลาในการเข้ารับบริการ</p> <p>1.2 เมื่อถึงคิวให้โทรประสานงานพยาบาลประจำ Short Stay Service เพื่อส่งต่อข้อมูลอาการผู้ป่วย รวมถึงอาการที่ต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง</p> <p>1.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการโดยรถ Ambulance</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. ระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาล</p> <p><input type="checkbox"/> 1.1 เครื่องมือ</p> <p><input type="checkbox"/> - เครื่องมือเสีย (ระบุ).....</p> <p><input type="checkbox"/> - เครื่องมือไม่พอ (ระบุ).....</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2 เตียงเต็ม</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3 บุคลากร</p> <p><input type="checkbox"/> - แพทย์ลา</p> <p><input type="checkbox"/> - แพทย์ไม่พอ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ระบบการสื่อสารส่งต่อระหว่างหน่วยงานเกิดความคลาดเคลื่อน</p>	<p>1. เกิดความคลาดเคลื่อนในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยรักษาเคมีบำบัด SDSSS5 กับหน่วยตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยมีโอกาสาการเปลี่ยนแปลงขณะรอคิวรับบริการรักษาเคมีบำบัด</p> <p>ผลการรักษา</p> <p><input type="checkbox"/> ดีขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> เสียชีวิต</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ ขณะผู้ป่วยเข้ารับบริการ CMT ตาม Protocol ที่ SDSSS5 เกิดภาวะ Hypersensitivity แพทย์ประเมินแล้วพิจารณาส่งต่อ ER</p>	<p>1.ทบทวนข้อตกลงเรื่องกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยรักษาเคมีบำบัด/ เลือด / สารน้ำ ที่SDSSS5 ภายในหน่วยงาน</p> <p>2.ปรับปรุงจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติการส่งผู้ป่วยเพื่อรับบริการดังกล่าว ที่ SDSSS5</p>

## ตอนที่ II-2. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

### 2.1 ทีมสหสาขาจัดให้มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้อาคารสถานที่ทุกคน

มีการตรวจสอบอาคารสถานที่ ประเมินความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและการรักษาความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการแก้ไขวางมาตรการป้องกันที่เหมาะสมและนำไปปฏิบัติ

อาคารของคณะฯ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนบริการด้านรักษาพยาบาลและส่วนงานสนับสนุนซึ่งมีการตรวจสอบตัวอาคารถูกต้องตามเกณฑ์ของอาคารสถานที่ มีระบบการตรวจเยี่ยม ตรวจสอบ บำรุงรักษาและมีการปรับปรุงแก้ไขเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และมีระบบรองรับสำหรับกรณีฉุกเฉิน เพื่อรักษาความปลอดภัยในภาพรวม ป้องกันหรือลดความเสี่ยงที่อาจเกิดและส่งผลต่อระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งแก่ตัวผู้ป่วยและผู้ให้บริการ มีระบบการสำรวจ ตรวจสอบสิ่งคุกคาม ประเมินความเสี่ยงจากการทำงานและดำเนินการแก้ไข วางมาตรการป้องกันที่เหมาะสมโดยทีมอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลปีละ ครั้ง 1 มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ระบบกล้องวงจรปิด มีการกำหนดเวลาในการเข้าเยี่ยม ที่หอผู้ป่วยต่างๆ เพื่อการป้องกันการโจรกรรมและความปลอดภัยอื่นๆ

ด้านการรักษาพยาบาลมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยแก่บุคลากรและผู้รับบริการ ดังนี้

#### 2.1.1 การรักษาด้วยเคมีบำบัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ ห้องเตรียมยาเคมีบำบัด (Isolator) และหอผู้ป่วย

- ห้องเตรียมยาเคมีบำบัด ใช้ความดันเป็น Negative pressure เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของยาเคมีบำบัด และต้องมีระบบการดูแลตรวจสอบคุณภาพ ระบบความดันอากาศภายในตู้อย่างเข้มงวด เพื่อให้มีสภาพพร้อมใช้งาน ทุก 6 เดือนและห้องเก็บยาเคมีบำบัด มีการตรวจสอบอุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์ และ โดยเภสัชกรทุกวัน
- พื้นที่บริการผู้ป่วยใน และห้องผสมยาเคมีบำบัด มีความเข้มงวดในเรื่องความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อ มีแนวปฏิบัติการป้องกันการกระจายของยาเคมีบำบัด การจัดการผ้าสะอาด ผ้าปนเปื้อนทั่วไปและผ้าปนเปื้อนสารเคมี มีแนวปฏิบัติการกำจัดขยะทั่วไป และขยะสารเคมี แนวปฏิบัติเมื่อยาเคมีบำบัดรั่ว หก ตก แดก การจำกัดการเข้าออกพื้นที่สำหรับบุคลากรประจำหน่วยงานและบุคคลากรภายนอกที่เข้าใช้งาน มีมาตรการในการป้องกันการสิ้นลัม พื้นเปียก และจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งกีดขวาง มีอุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีตามมาตรฐาน

#### 2.1.2 การรักษาด้วยการผ่าตัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นห้องผ่าตัด ปฏิบัติตามนโยบายคณะ

#### 2.1.3 การรักษาด้วยรังสีรักษาและการตรวจที่เกี่ยวข้องกับสารกัมมันตรังสี ห้องตรวจรังสีวินิจฉัย CT/ MRI/ PET Scan/ ห้องฉายแสง ได้มาตรฐานตามพระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติภาพ

- มีใบอนุญาตในการใช้วัสดุกัมมันตรังสี
- มีการตรวจสอบเครื่องเอกซเรย์ โดย สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- มีการตรวจสอบสถานปฏิบัติการทางรังสี โดยสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ



## ใบอนุญาต

## มีไว้ในครอบครองหรือใช้วัสดุกัมมันตรังสี

วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๙ แห่งพระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติ พ.ศ. ๒๕๕๙

เลขที่การสำเนียงปริมาณเพื่อสันติ อนุญาตให้ มหาวิทยาลัยมหิดล (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์)

โดย -อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล - อายุ - ปี สัญชาติ -

ที่อยู่ เลขที่ 2 ถนน พชรานก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

สถานที่ทำการ มหาวิทยาลัยมหิดล (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์)

เลขที่ 270 ถนน พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

มีไว้ในครอบครองหรือใช้วัสดุกัมมันตรังสี ทางด้าน การแพทย์

ตามคำขออนุญาต เลขที่ 003-16/07/60 ลงวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

จำนวน 54 รายการ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายเลขที่ 4M041/60R14 จำนวน 3 หน้า

เก็บรักษาวัสดุกัมมันตรังสีเพื่อความปลอดภัยที่

หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่ 270 ถนน พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

อนุญาตตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2565



## ใบอนุญาต

## มีไว้ในครอบครองหรือใช้วัสดุกัมมันตรังสี

วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2561

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๙ แห่งพระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติ พ.ศ. ๒๕๕๙

เลขที่การสำเนียงปริมาณเพื่อสันติ อนุญาตให้ มหาวิทยาลัยมหิดล (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์)

โดย -อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล - อายุ - ปี สัญชาติ -

ที่อยู่ เลขที่ 2 ถนน พชรานก แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

สถานที่ทำการ มหาวิทยาลัยมหิดล (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์)

เลขที่ 270 ถนน พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

มีไว้ในครอบครองหรือใช้วัสดุกัมมันตรังสี ทางด้าน การแพทย์

ตามคำขออนุญาต เลขที่ 002-15/08/61 ลงวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2561

จำนวน 3 รายการ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้ายเลขที่ 4M041/61RF1 จำนวน 1 หน้า

เก็บรักษาวัสดุกัมมันตรังสีเพื่อความปลอดภัยที่

หน่วยเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่ 270 ถนน พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

อนุญาตตั้งแต่วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2566



ตารางที่ 20 แสดงมาตรฐานการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

พื้นที่บริการ	มาตรฐาน	มาตรการเสริม
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก	ตามแผนผังหน่วยงาน	-ปรับพื้นที่การบริการตามสถานการณ์ COVID-19
หอผู้ป่วยใน	Standard room การใช้ PPE การแยกและกักจัดขยะเคมีบำบัด	การจัดพื้นที่บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ห้องแรงดันลบสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือโควิด
ห้องผสมยาเคมีบำบัด	Separate room 1 ห้อง จำกัดเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง BSC Class III Isolator (4 เครื่อง)	-
ห้องผ่าตัด	แสง ฝุ่น อุณหภูมิ ความชื้น ตามมาตรฐานคณะ	- ห้องผ่าตัดแรงดันลบสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือโควิด
ห้องตรวจสอบกล้อง	ตามมาตรฐานคณะ	-
ห้องตรวจรังสีวินิจฉัย CT MRI PET Scan /ห้องฉายแสง	มาตรฐานตามพระพระราชบัญญัติพลังงานนิวเคลียร์เพื่อสันติภาพ	-
ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ	ตามมาตรฐานคณะ	-

2.2 ทีมสหสาขาสร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่อาคารสถานที่จะปลอดภัยจากอัคคีภัย ไฟฟ้า แก๊ส วัสดุและของเสียอันตราย หรือภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ

คณะกำหนดให้หน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางการดูแลระบบสาธารณูปโภค (ไฟฟ้า น้ำประปาที่สะอาด ระบบกำจัดของเสีย น้ำเสียและขยะ) ให้มีมาตรฐานและให้มีการบำรุงรักษาตามวงรอบอย่างต่อเนื่อง

-จัดทำแผนผังอัคคีภัยประจำหน่วยงาน มีระบบไฟสำรอง มีการซ้อมแผนอัคคีภัยปีละ 1 ครั้ง ตรวจสอบไฟฉุกเฉิน อุปกรณ์ดับเพลิงทุก 1 เดือน

-มีคู่มือคัดแยกและกำจัดขยะรวมถึงวัสดุของเสียอันตราย ตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการกำจัดขยะ

-การดูแลบุคลากรกรณีเข็มตำ /แนวปฏิบัติเมื่อสัมผัสยาเคมีบำบัด (เอกสารแนบ 6)

-มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติมีการตรวจสอบสภาพแวดล้อมของหน่วยงานต่างๆ เช่น หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หน่วยตรวจวินิจฉัย การตรวจสอบความเหมาะสมด้านสิ่งแวดล้อมในเรื่องของปริมาณฝุ่น อนุภาคความชื้นสัมพัทธ์ และห้องผสมยาเคมีบำบัด ความดันอากาศในตู้ให้เป็น Negative ตลอดเวลา เพื่อควบคุมการปนเปื้อนยาเคมีบำบัดในอากาศ โดยเภสัชกรเพื่อควบคุมการปนเปื้อนยาเคมีบำบัดในอากาศ โดยเภสัชกร

- มีการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการสัมผัสสารกัมมันตภาพรังสี ของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน(เอกสารแนบ 14 แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการสัมผัสสารกัมมันตภาพรังสี)

### 2.3 ทีมสหสาขาดำเนินการให้บุคลากรได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับบทบาทในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

- ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในแต่ละหน่วยงาน ปฏิบัติตามนโยบายของ คณะ ฯ ด้าน 2P Safety goals เพื่อดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร โดยฝึกให้บุคลากรใช้เครื่องมือคุณภาพในการประเมินความเสี่ยงและดักจับอันตรายที่จะอาจเกิดขึ้นและมีกระบวนการที่จะป้องกันอย่างมีระบบในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำงาน เช่น กิจกรรม 5 ส. , Risk analysis, Risk matrix, การรายงาน IOR, RCA เป็นต้น และมีการติดตามเยี่ยมหน่วยงานโดยผู้บริหารของคณะ ฯ เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กร ให้บุคลากรคำนึงถึงความปลอดภัยในการทำงาน ให้บริการผู้ป่วยด้วยความไม่ประมาท

- มีการจัดอบรมด้านชีวอนามัยให้แก่บุคลากรในด้านต่างๆ เช่น การป้องกันยาเคมีรั่วไหล การปฏิบัติเมื่อสัมผัสยาเคมีบำบัด การปฏิบัติในพื้นที่รังสีวินิจฉัย ความปลอดภัยใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์สำหรับตรวจวินิจฉัย มาตรฐานการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เวชภัณฑ์ปลอดภัย การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล

- มีการอบรมข้อปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัย ฝึกซ้อมแผนระงับเหตุอัคคีภัยแต่ละหน่วยงาน

- การอบรมการใช้สื่อสังคม Online (Social network) ตามนโยบายของมหาวิทยาลัยมหิดล ส่งผลให้หน่วยงานมีมาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกหน่วยงาน

- ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ Covid-19 ทุกหน่วยงานได้ปฏิบัติตามนโยบายคณะ อย่างเคร่งครัดในการให้บริการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

### 2.4 ทีมสหสาขามีแผนจัดการเครื่องมือแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่ามีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นพร้อมใช้อย่างปลอดภัย และมีระบบสาธารณสุขที่จำเป็นตลอดเวลา

คณะ ฯ ได้มีสนับสนุนในการจัดหาเครื่องมือและครุภัณฑ์การแพทย์สำหรับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีบริษัท RFS งานอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งได้ผ่านการรับรองมาตรฐาน ISO 9000-2015 ดูแลระบบตรวจเช็ค สอบเทียบ ตรวจสอบคุณภาพบำรุงรักษาเครื่องมือและครุภัณฑ์การแพทย์สำหรับการดูแลผู้ป่วยให้พร้อมใช้ของทุกหน่วยงาน

## ตอนที่ II-3. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

### 3.1 ทีมสหสาขาวิเคราะห์ความเสี่ยง/โอกาสเกิดการติดเชื้อที่ครอบคลุม ที่มีผลต่อผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาเยือนโดยคำนึงถึงลักษณะของงาน ลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยและเหตุการณ์

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการพื้นที่พิเศษและมาตรการการดูแลแก่ผู้ป่วยตามลักษณะผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น ตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เช่น

- กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างรับการรักษาพยาบาลด้วยเคมีบำบัดอาจมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจาก มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ดังนั้นผู้ป่วยที่มาใช้บริการจะต้องได้รับการประเมินซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อคัดกรองความเร่งด่วนและการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว

- ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อ ต่อผู้ป่วยอื่น / เจ้าหน้าที่ หอผู้ป่วยจะมีห้องแยก

เฉพาะตามนโยบายการแยกผู้ป่วย

- ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ Covid-19 ต้องมี การซักประวัติ คัดกรองผู้ป่วยและญาติกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการแสดง เช่น มีไข้ เจ็บคอ และยังไม่มีการตรวจ Covid-19 ตามบริบทของหน่วยงาน

- ทีมสหสาขาได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่างๆ ตามกระบวนการรักษา (อ้างอิงตารางที่ 18-19 RISK Management )

### 3.2 ทีมสหสาขานำนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาใช้ครอบคลุม

ประเด็นสำคัญในบริบทของการรักษาเฉพาะโรคหรือเฉพาะระบบ

ทีมนำสหสาขาได้นำนโยบายคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดังนี้ (เอกสารแนบ 7 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล )

3.2.1 การแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้อ

3.2.2 การดูแลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจและการทำความสะอาดอุปกรณ์ช่วยหายใจ

3.2.3 การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ทำหัตถการทางแผนกรังสี ( Radiology Intervention )

3.2.4 การบริหารจัดการเกี่ยวกับขยะในโรงพยาบาล



### 3.3 ทีมสหสาขาให้ความร่วมมือและประสานงานที่ดีในการป้องกัน การเฝ้าระวัง และควบคุมการติดเชื้อ

#### เชื่อกับทีมงานระดับสถานพยาบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย และครอบครัว

- 3.3.1 โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล
- 3.3.2 หลักการใช้น้ำยาทำลายเชื้อและการทำความสะอาดหอผู้ป่วย
- 3.3.3 การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
- 3.3.4 การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น
- 3.3.5 การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
- 3.3.6 การป้องกันการภาวะปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

### 3.4 ทีมสหสาขาดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทของการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค

#### หรือเฉพาะระบบ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อสู่บุคลากร

- 3.4.1 การล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ
- 3.4.2 การป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรที่มีสุขภาพ

#### ตอนที่ II-4. ระบบเวชระเบียน

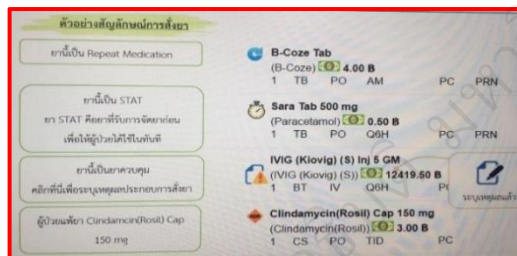
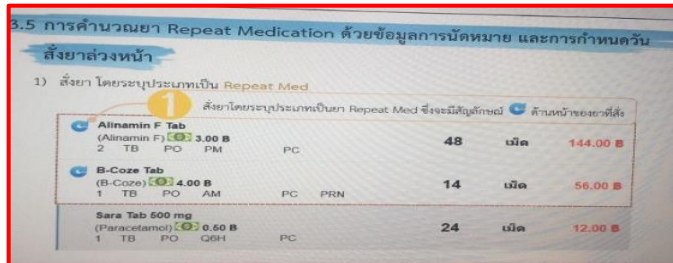
### 4.1 ทีมสหสาขาดำเนินการให้เวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยทุกรายซึ่งมีข้อมูลเพียงพอสำหรับการบ่งชี้ผู้ป่วย

#### สนับสนุนการวินิจฉัย พิจารณาความเหมาะสมของการดูแล ติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และผลลัพธ์ สนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง

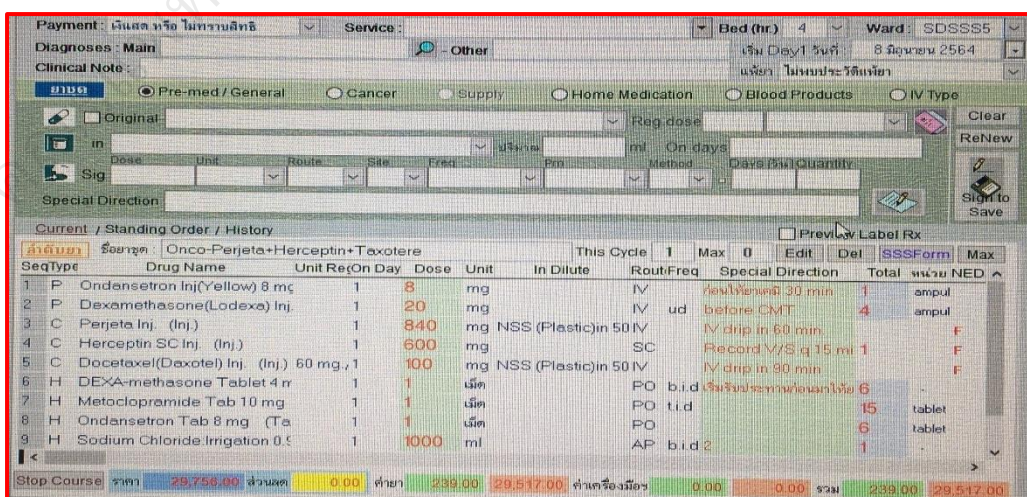
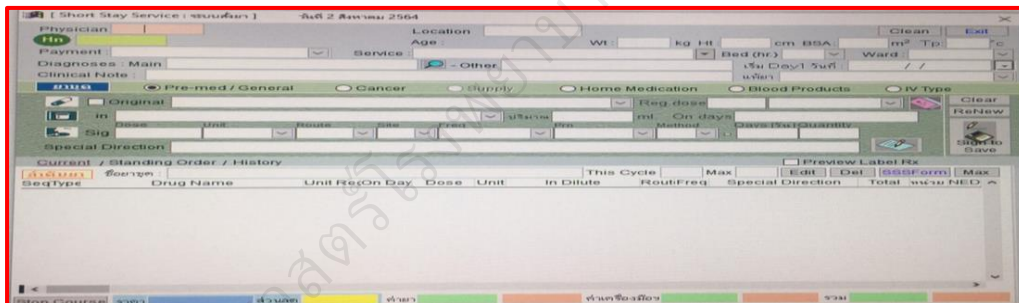
คณะฯ ให้ความสำคัญกับระบบเวชระเบียน และระบบสารสนเทศที่สนับสนุนทุกงานบริการของคณะฯ รวมถึงการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จึงสนับสนุนให้ทั้ง 2 ระบบ ได้รับการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทำให้มีการเข้าถึงข้อมูลอย่างรวดเร็วผ่านระบบสารสนเทศที่ปลอดภัย และช่วยลดการใช้ทรัพยากรของคณะฯ มีการประกันคุณภาพ โดยระบบเวชระเบียนผ่านการรับรองคุณภาพ ISO 9001-2015 และระบบสารสนเทศผ่านการรับรองคุณภาพ ISO 20000-1:2011

คณะฯ มอบหมายให้คณะกรรมการระบบสารสนเทศเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับระบบเวชระเบียนของคณะฯ ให้มีความพร้อมใช้ปลอดภัยและถูกต้องเชื่อถือได้ เช่น มีการพัฒนาระบบการสั่งยาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Computerized Physician Ordering Entry system, CPOE) สำหรับกระบวนการรักษาด้วยยาทั่วไป และโปรแกรมการสั่งยาเคมีบำบัดเป็นโปรแกรม การสั่งยาแบบออนไลน์ เพื่อลดข้อผิดพลาดจากการสั่งยาและการส่งต่อข้อมูลยาแบบไร้รอยต่อ

ภาพที่ 19 โปรแกรมการสั่งยาผู้ป่วยนอก



ภาพที่ 20 โปรแกรมการสั่งยาผู้ป่วยแบบ Short stay service



ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ที่บูรณาการข้อมูลประวัติผู้ป่วย ข้อมูลยา ที่ผู้ป่วยได้รับ และข้อมูลแพ้ยา เอกสารในระบบเวชระเบียน ผลทางห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาทุกชนิด (Laboratory Information System: LIS) & Point of care testing: POCT ผลทางรังสีวิทยาทุกชนิด (PACS & X-ray Request Online) ที่ช่วยให้สะดวกพร้อมใช้แก่ทีมบุคลากร ทุกจุดบริการ และมีระบบรองรับการใช้เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์เมื่อเกิดปัญหา คณะกรรมการเวชระเบียนได้กำหนดผู้มีสิทธิเข้าถึงข้อมูลเพื่อความปลอดภัยของข้อมูล ฝ่ายสารสนเทศของคณะฯ ทำหน้าที่ดูแลความปลอดภัยของฐานข้อมูล

นโยบายคณะด้านระบบสารสนเทศได้ร่วมกับระบบเวชระเบียน ให้มี Website Rama Application ในการทำงานประจำ เช่นการ ลงทะเบียนเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ออนไลน์เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยในการทำเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่ และเชื่อมต่อการเข้าถึงบริการกับระบบการนัดหมาย ขอนัดตรวจ หรือ เลื่อนนัดหมายผ่าน Rama Application ได้เกือบทุกแผนกในปี 2565

นอกจากนี้สถานการณ์การแพร่ระบาด Covid-19 ทีมสหสาขาได้นำนโยบายการตรวจทางไกล(Telemedicine ) ตามนโยบายคณะมาปฏิบัติ โดยงานสารสนเทศได้ปรับปรุงระบบ Rama Application ให้ มีช่องทางสนับสนุนด้านบริการผู้ป่วยและแพทย์ โดยผู้ป่วยสามารถส่งรูปอาการผิดปกติของร่างกาย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ที่สามารถ SCAN เข้าไปProgress ของแพทย์ในเวชระเบียนได้เพื่ออำนวยความสะดวกและความถูกต้องต่างๆ (ดังภาพที่ 21 )

ภาพที่ 21 Rama Application



แจ้งเตือนก่อน 1 วัน

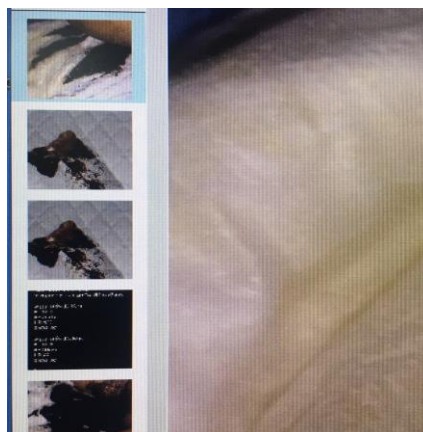
ประเภทการรักษา/เข้ารับบริการ

ตรวจ

เพิ่มรูปหรือเอกสารเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย โดยสามารถแนบรูป/ไฟล์ PDF ได้สูงสุด 10 ไฟล์ คำนวณนาม และขนาดไฟล์ละไม่เกิน 5 MB

เอกสารการรักษา

ไม่สามารถเปลี่ยนนัดหมายเป็นตรวจทางไกลได้



## 4.2 ทีมสหสาขาทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินความสมบูรณ์ถูกต้องของการบันทึกและคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

งานเวชระเบียนมีหน้าที่เก็บรักษาเอกสารเวชระเบียน Scan เอกสารเวชระเบียนลงสู่ระบบ EMR และติดตามความสมบูรณ์ของการ Scan เอกสารเวชระเบียนลงสู่ระบบ EMR ทุกเดือนพร้อมรายงานต่อคณะกรรมการเวชระเบียนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ปัจจุบันผลความสมบูรณ์ของการ Scan เอกสารเวชระเบียนลงสู่ระบบ EMR เท่ากับ 99.99%

คณะกรรมการเวชระเบียนจัดให้มีการตรวจประเมินความสมบูรณ์ถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนโดยจัดให้มีการสุ่มตรวจเอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกอย่างเป็นระบบ และคณะกรรมการเวชระเบียนยังใช้เครื่องมือ Trigger tool เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในที่เสียชีวิตระหว่างอยู่โรงพยาบาล และกำกับความสมบูรณ์ของเอกสาร Consent form แสดงเจตนาเข้ารับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อสะท้อนกลับให้ทีมนำของภาควิชาต่างๆ ได้นำมาวิเคราะห์และหามาตรการป้องกันต่อไป เช่นเดียวกันทีมนำสหสาขาก็เป็นหนึ่งในระบบการตรวจประเมินความสมบูรณ์ถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียนของคณะฯ

ทีมนำสหสาขาได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน ตามระบบการปฏิบัติงานและเกณฑ์ของหน่วยงานต่างๆ เช่น

- หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ความสมบูรณ์ถูกต้องของเอกสารการเข้ารับบริการการ ต้องมีบันทึก สัมภาษณ์ชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจร่างกาย คำสั่งการรักษา คำสั่งยา ตลอดจนการบันทึกการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว กรณีต้องเลือกแผนการรักษาตามข้อมูลแพทย์
- หอผู้ป่วยใน ตรวจสอบการบันทึกเวชระเบียนตามเกณฑ์ของฝ่ายการพยาบาล และ คณะกรรมการเวชระเบียนมีการพัฒนาการตรวจประเมินความสมบูรณ์ถูกต้องของการบันทึกเวชระเบียน เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2563

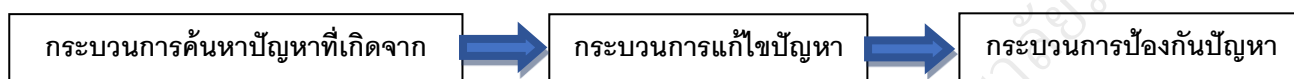
ชื่อเอกสาร	ลำดับ หน้า	ชื่อเอกสาร	ลำดับ หน้า
<b>1. Discharge Summary</b>	<b>2</b>	<b>๒. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการวินิจฉัยพิเศษ</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 1.1 Discharge Summary (MRI) *		<input type="checkbox"/> ๒.1 ผลเอกซเรย์ทรวงอก	
<input checked="" type="checkbox"/> 1.2 Discharge Summary Clinical (สลิค) *		<input type="checkbox"/> ๒.2 ผลเอกซเรย์ทรวงอก	
<input type="checkbox"/> 1.3 Clinical Summary Note		<input type="checkbox"/> ๒.3 Radiology Report เช่น CT-Scan, MRI	
<b>2. Admission note/history/Physical</b>	<b>5</b>	<input type="checkbox"/> ๒.4 Pathological Summary lab (การตรวจ)	
<input checked="" type="checkbox"/> 2.1 Admission Note		<input type="checkbox"/> ๒.5 ECG, EFG, ENG	
<b>3. Progress Note</b>	<b>12</b>	<b>๓. Rehabilitation record</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 3.1 Doctor & Team Progress Note (Ward) *		<input type="checkbox"/> ๓.1 Rehabilitation record	
<input type="checkbox"/> 3.2 Physician and nurse progress (Ortnol) *		<input type="checkbox"/> ๓.2 Rehabilitation Treatment	
<input type="checkbox"/> 3.3 Integrate Problem list (ทีมร่วมดูแลรักษา)		<input type="checkbox"/> ๓.3 กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟู (1 ชุด)	
<input type="checkbox"/> 3.4 บันทึกหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ไฟไหม้ (กรณี Consult ฉุกเฉิน)		<b>10. Graphic sheet</b>	<b>22</b>
<input type="checkbox"/> 3.5 Progress Note OPD (รับเข้า Admission)		<input checked="" type="checkbox"/> 10.1 Graphic sheet *	
<input type="checkbox"/> 3.6 Progress Note อื่นๆ ที่แพทย์เป็นผู้บันทึก		<input type="checkbox"/> 10.2 BEW Score Record Form IPD	
<b>4. Consult</b>	<b>14</b>	<input type="checkbox"/> 10.3 Neurological Observation sheet	
<input checked="" type="checkbox"/> 4.1 Consult (ในรูปการปรึกษาแพทย์)		<input checked="" type="checkbox"/> 10.4 Medication sheet	<b>23</b>
<b>๕. Doctor's order</b>	<b>18</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 11.1 แผนการรักษาพยาบาล	
<input checked="" type="checkbox"/> ๕.1 Doctor's order Sheet *		<input checked="" type="checkbox"/> 11.2 Medication for continue PRN	
<input type="checkbox"/> ๕.2 Order Sheet Factorial Nutrition		<input checked="" type="checkbox"/> 11.3 Medication for one day PRN dose	
<input type="checkbox"/> ๕.3 Multidisciplinary Discharge Planning		<input checked="" type="checkbox"/> 11.4 Medication record for continue	
<b>6. Operative/Anesthetic record</b>		<b>12. Nurse's note</b>	<b>29</b>
คำอธิบาย: ๖.๑ เป็นเอกสารรวมการผ่าตัด		<input checked="" type="checkbox"/> 12.1 แผนบันทึกการพยาบาล	
<input type="checkbox"/> 6.1 Operative note : ปรากฏทั้งหมด		- แผนบันทึกการพยาบาลผู้ป่วย	
<input type="checkbox"/> 6.2 Pre Anesthetic Assessment Record		- Discharge Planning Information	
<input type="checkbox"/> 6.3 Anesthesia Record		- แผนประเมินสภาพผู้ป่วย	
<input type="checkbox"/> 6.4 Post Anesthetic Care Unit (PACU) Record		- Nutrition Alert Form	
<input type="checkbox"/> 6.5 Pre-Operative Nurse record (แบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด)		- Interventional neurology	
<input type="checkbox"/> 6.6 Preoperative Reconciliation Checklist		- 12.2 แผนบันทึกการพยาบาลทางจิต เช่น	
<input type="checkbox"/> 6.7 Surgical Procedure Booking Form		- IPD, ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เช่น	
<input type="checkbox"/> 6.8 Surgical Safety Checklist		- Central venous access devices	
<input type="checkbox"/> 6.9 Cardiac Catheterization (VAD), Cardiology		- Home health care	
<b>7. Labour record</b>		- Nurse Problem List	
<input type="checkbox"/> 7.1 แบบบันทึกคลอด (สลิค) *		- Post Cardiac Intervention Nursing Record (VAD)	
<input type="checkbox"/> 7.2 Prenat Recrd (ในสหเวช)		<input checked="" type="checkbox"/> 12.3 Nurse note *	
<input type="checkbox"/> 7.3 Labor Observation Record		<b>13. Informed Consent</b>	<b>40</b>
<input type="checkbox"/> 7.4 Problem List record in labour room		<input checked="" type="checkbox"/> 13.1 ฉบับใน ร. หรือ Consent form university *	
<input type="checkbox"/> 7.5 Labor Graphic Record		<input checked="" type="checkbox"/> 13.2 ฉบับ ร. หรือ Consent for surgical Operation	
<input type="checkbox"/> 7.6 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลังคลอด		<input type="checkbox"/> 13.3 ฉบับในหอผู้ป่วย (หนังสือ ก. และ ข.)	
<input type="checkbox"/> 7.7 แบบบันทึกการคลอดรกในวิน		<b>14.อื่นๆ</b>	
หมายเหตุ: รายการชื่อเอกสารตั้งแต่ 1- 14 จัดเรียงตามลำดับ		<input type="checkbox"/> 14.1 Transfer Record Form	
ฉบับวันที่: ชื่อ 1๔.๑ เป็นเอกสารอื่นๆ ที่นอกเหนือจากชื่อ 1-14.3		<input type="checkbox"/> 14.2 Precedural Safety checklist	
การเขียนชื่อผู้บันทึกเอกสารเป็นนามสกุลตั้งอยู่ หน้า 1๑ ชื่อ ในแบบพิมพ์		<input type="checkbox"/> 14.3 Nu Refer (ในรูปคำปรึกษา/รับทราบแพทย์)	
-ชื่อเอกสารที่มีสัญลักษณ์ * เป็นเอกสารที่รับเข้าเป็นข้อมูลมีบันทึก		<input type="checkbox"/> 14.4 เอกสารอื่นๆ	

ตอนที่ II-5. ระบบการจัดการด้านยา (เอกสารแนบ 12 แบบประเมินตนเองระดับหน่วยงานฝ่ายเภสัชกรรม)

5.1 ทีมสหสาขานำระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพและมีรายการยาที่จำเป็น สอดคล้องกับการดำเนินการของระบบยาขององค์กร

ระบบบริหารคลังยา ระบบบริการเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ได้รับรองมาตรฐาน ISO 9001 (พ.ศ.2558)

Core Process ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยทีมเภสัชกรรมคลินิก คือ



5.1.1 การดูแลวางแผนการรักษาผู้ป่วยและติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย ป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจาก ยา ให้สอดคล้องกับแนวทางการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary DRP Care and Pharmacotherapy management) และ การให้ความรู้และคำแนะนำด้านยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล (Education service for patient and caregiver)

5.1.2 ให้ความรู้และคำแนะนำด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (Education service for staff) ให้การฝึกอบรมความรู้ด้านยาแก่ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาจากการขาดองค์ความรู้และเสริมประสิทธิภาพงานบริการผู้ป่วย

- ฝึกอบรมความรู้ทางด้าน Pharmacotherapy
- ฝึกอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction, ADR) ประเมินและติดตาม ADR

รวมทั้งให้การฝึกอบรมทางด้านเภสัชกรรมคลินิกแก่นักศึกษาเภสัชศาสตร์ และนักศึกษาในหลักสูตร Pharm. D. จากมหาวิทยาลัยต่างๆทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ



5.2 ทีมสหสาขานโยบายและระเบียบปฏิบัติของระบบยาขององค์กร เพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง การเก็บสำรองยา สู่การปฏิบัติของทีมสหสาขา (การระบุความเสี่ยง (Risk Identification /อ้างอิงตอนที่1 ข้อ 6.6 ระบบการจัดการด้านยา)

## ระบบการจัดการด้านยา

ห่วงโซ่อุปทาน	การประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ
<p>1. การจัดหาและจัดซื้อยา สำหรับใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาการยาและผู้เชี่ยวชาญตามกลุ่มยา</p> <p>1.1 รายการยาเคมีบำบัด</p> <p>1.2 ยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คัดเลือกยาเคมีบำบัดที่เป็นยาต้นแบบ ส่วนยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับเป็นยาต้นแบบหรือเป็นยาที่ได้มาตรฐานตามเภสัชตำรับ</li> <li>- มีการทบทวนบัญชียาล้างอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี</li> <li>- มีแนวทางปฏิบัติกรณียาขาดคราว ยกเลิกจำหน่าย การป้องกันยาขาดคราวเชิงรุก โดยทำสัญญาฉบับบริษัทยา</li> </ul>
<p>2. การเก็บ/สำรองยา เพื่อบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยหน่วยคลังยาฝ่ายเภสัชกรรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดเก็บยาในสภาวะที่เหมาะสมตามประเภทของยา</li> <li>- ตามมาตรฐานของ ISO 9001: 20</li> <li>- ไม่พบยาขาดคราวจากการบริหารจัดการยาของ โรงพยาบาล</li> </ul>

ห่วงโซ่อุปทาน	การประเมินคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ
<p>3. การเก็บ/สำรองยากรณีต้องการใช้เร่งด่วน เพื่อบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ รายการยาจำเป็นและยาฉุกเฉิน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการตรวจสอบรายการยาหมดอายุ</li> <li>- โดยเภสัชกร ได้แก่ รายการยาเคมีบำบัดและยาอื่น ๆ ทุก 1 เดือน</li> <li>- รายการยาจำเป็นและยาฉุกเฉิน กำหนดทุก 3 เดือน</li> </ul>
<p>4. ระบบการกระจายยา เพื่อกระจายจากคลังยาสู่อังยา โดยการประสานงานระหว่างคลังยาและห้องยาต่างๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการกระจายยาในสภาวะที่เหมาะสมตามประเภทของยาตาม</li> <li>- 15 มาตรฐานของ ISO 9001: 20</li> <li>- มีการตรวจสอบความถูกต้องของรายการยาและจำนวนที่ห้องยาต้องการ</li> </ul>
<p>5. ระบบการจ่ายยา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จ่ายยาผู้ป่วยใน เพื่อจ่ายยาจากห้องยาสู่อังยาผู้ป่วย</li> <li>- จ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อจ่ายยาจากห้องยาสู่อังยาผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งานบริการผู้ป่วยใน</li> <li>- independent cross check (โดยเภสัชกรประจำห้องยาผู้ป่วยใน เภสัชกรประจำหน่วยบริการเภสัชกรรมด้านยาเคมีบำบัด และพยาบาลประจำห้องยาผู้ป่วย)</li> <li>- กรณียาค่อนข้างช่วยชีวิต มีการประกันเวลาในการส่งยาไม่เกิน 30 นาทีงานบริการผู้ป่วยนอก</li> <li>- independent double check (โดยเภสัชกรประจำห้องยาผู้ป่วยนอก และเภสัชกรประจำหน่วยบริการเภสัชกรรมด้านยาเคมีบำบัด)</li> </ul>

5.3 ทีมสหสาขานำกระบวนการปฏิบัติในการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยาและถ่ายถอดคำสั่ง จนถึงการบริหารยา โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความถูกต้อง ความเหมาะสม และประสิทธิผล รวมถึงกระบวนการทำงานที่ประกัน ความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อ

ตารางที่ 21 แสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยทีมเภสัชกรรมคลินิก

กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง	กิจกรรม	ตัวชี้วัด
1. กระบวนการแรกเริ่ม	<p>ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug related problems; DRPs)</p> <p>1. ด้าน Indication</p> <p>a. Unnecessary drug therapy</p> <p>b. Need for additional drug therapy</p> <p>2. ด้าน Efficacy</p> <p>a. Improper drug selection</p> <p>b. Dosage too low</p> <p>c. Drug interaction</p>	<p>1.1 Medication Reconciliation (MR) เพื่อค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาทางยาก่อนได้รับการรักษา</p> <p>1.2 Adverse drug reaction monitoring (verify ADR/แพ้ยาเดิม) เพื่อป้องกันการเกิดแพ้ยาซ้ำและป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากยา</p>	<p>1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการทำ MR โดยเภสัชกร</p> <p>2. จำนวนความคลาดเคลื่อนทางยาที่ได้รับการแก้ไข</p> <p>1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการซักประวัติแพ้ยา</p> <p>2. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในระบบของโรงพยาบาล</p> <p>3. อุบัติการณ์การเกิดแพ้ยาซ้ำเป็นศูนย์</p>
กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง	กิจกรรม	ตัวชี้วัด
2. กระบวนการระหว่างรับการรักษา	<p>3. ด้าน Safety</p> <p>a. ADR</p> <p>b. Dosage too high</p> <p>c. Drug interaction</p> <p>4. ด้าน Adherence</p>	<p>2.1 Medication Reconciliation (MR) post operation phase เพื่อค้นหา แก้ไข และป้องกันปัญหาทางยาระหว่างนอนในโรงพยาบาล</p> <p>2.2 Therapeutic drug monitoring (TDM) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ</p>	<p>- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการทำ MR โดยเภสัชกร</p> <p>- จำนวนความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาที่ได้รับการแก้ไข</p> <p>- อุบัติการณ์การเกิดแพ้ยาซ้ำเป็นศูนย์</p>

	<p>a. Non-adherence</p> <p>5. ด้าน Cost</p> <p>a. Financial problems</p>	<p>ประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีพิษร้ายแรง</p> <p>2.3 Adverse drug reaction monitoring เพื่อติดตามผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเคมีบำบัดและยาอื่นที่ใช้ร่วม</p> <p>2.4 Education: เพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาเคมีบำบัดและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>- ผู้ป่วยทุกรายที่เกิดผลข้างเคียงจากยาได้รับการแก้ไขและป้องกันการเกิดผลข้างเคียงซ้ำ</p> <p>- ผู้ป่วยทุกรายผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัด</p>
<p>กระบวนการหลักในการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>ความเสี่ยง</p>	<p>กิจกรรม</p>	<p>ตัวชี้วัด</p>
<p>3. Discharge</p>		<p>3.1 Medication Reconciliation (MR) discharge phase เพื่อค้นหาแก้ไข และป้องกันปัญหาทางยาก่อนผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย</p> <p>3.2 Re-education: เพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง</p> <p>3.3 Discharge counseling เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน</p>	<p>- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการทำ MR โดยเภสัชกร</p> <p>- จำนวนความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยาที่ได้รับการแก้ไข</p> <p>- ผู้ป่วยทุกรายผู้ดูแลได้รับการทวน/ สอบความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา</p> <p>- ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาได้รับการแก้ไขก่อนถึงมือผู้ป่วย</p>

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

### ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

#### ตอนที่ III-1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

1.1 มีความชัดเจนว่าผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจะเข้าถึงบริการอย่างไร (เหมาะสมกับลักษณะการเจ็บป่วย เช่น จุกเงินเฉียบพลัน เรื้อรัง มีการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ( เช่น การเดินทาง ภาวะทางกายภาพ ช่วงเวลา การสื่อสาร วัฒนธรรม และแสดงถึงความพยายามที่จะลดปัญหาอุปสรรคดังกล่าว)

ที่มโนสาสสาให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียมกันตามมาตรฐานทุกสิทธิการรักษา โดยมีการจัดบริการทั้งคลินิก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การปรึกษาทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระหว่างรับการรักษาในรูปแบบต่างๆ ของโรค มะเร็งกระเพาะอาหารและมีความต้องการช่วยเหลือขณะอยู่บ้าน ตลอดจนผู้ป่วยระยะประคับประคอง

การเข้าถึงและเข้ารับบริการที่คลินิกมะเร็งสาสสา ที่มโนสาสสาได้พัฒนาระบบการบริการดังนี้

##### 1.1.1 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ มีข้อบ่งชี้ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรค มะเร็งกระเพาะอาหารจากสถานพยาบาลอื่น
- ผู้ป่วยส่งปรึกษาจากแผนกอื่นในโรงพยาบาล /การส่งต่อของที่มโนสาสสา
- ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงทางระบบทางเดินอาหารได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดง ตลอดจนผู้ป่วยที่มีญาติสายตรงเป็นโรค มะเร็งระบบทางเดินอาหารและมีความประสงค์ต้องการตรวจคัดกรองวินิจฉัยโรค มะเร็งกระเพาะอาหารโดยการส่องกล้องสามารถเข้าถึงบริการโดยการ ติดต่อด้วยตนเอง เพื่อนัดหมายเข้ารับบริการทุกวันราชการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสาสสา โทร 02-2010461

1.1.2 ผู้ป่วยเก่าสามารถเข้าถึงบริการตามนัดหมาย/ นอกนัดหมาย ทุกวันจันทร์ เวลา 8.00-12.00น ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสาสสา หรือ โทร 02-2010461 ในเวลาราชการ

1.1.3 นอกเวลาราชการหรือกรณีฉุกเฉิน สามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยตรวจฉุกเฉินตลอด 24 ชม. หรือ คลินิกดาวเหลืองวันราชการเวลา 17.00-24.00น วันหยุดราชการเวลา 9.00-24.00น

#### 1.2 มีแนวทางในการประเมินเบื้องต้นเพื่อพิจารณาปรับไข้อย่างเหมาะสมกับความเร่งด่วนที่จะต้องได้รับบริการของผู้ป่วย

ในกรณีผู้ป่วยโรค มะเร็งกระเพาะอาหาร ที่มีภาวะเร่งด่วนเมื่อเข้ารับบริการ มีแนวทางประเมินดังนี้ ดังนี้

1.2.1 ผู้ป่วยนัดหมายตรวจที่มีภาวะ REWs score ผิดปกติใช้เครื่องมือประเมิน เฝาระวัง และจัดการต่ออาการ และอาการแสดงเตือนของผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต สำหรับกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และบริหารจัดการตามแนวทางปฏิบัติการจัดการแก้ไขอาการเบื้องต้นAdult REWs score OPD Version IV: Nov 2017 (เอกสารแนบ 8)

1.2.2 ผู้ป่วยนัดหมายตรวจที่ ผู้ป่วยที่มีภาวะ Neutropenia ปฏิบัติตาม WI เรื่องแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสาสสา หรือ แพทย์ประเมินความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษาตามอาการ (เอกสารแนบ 8)

1.2.3 ผู้ป่วยนัดหมายตรวจที่มีภาวะ Lab วิกฤต ปฏิบัติตาม WI เรื่องแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีค่า Lab วิกฤต ของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสหสาขา (เอกสารแนบ 8)

1.2.4 ผู้ป่วยปัญหาเกี่ยวกับการดูแลแผลหน้าท้องหรือ สายให้อาหารทางหน้าท้อง สามารถโทรศัพท์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ประสานงานนัดตรวจหรือให้คำปรึกษา ที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสหสาขาทุกวัน เวลาราชการ

1.2.5 กรณีเร่งด่วน ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่มีปัญหาเร่งด่วน เช่น มีภาวะ Gastric outlet obstruction Upper GI bleeding / Peptic ulcer or Perforation ผู้ป่วยสามารถมาก่อนนัดหมายที่คลินิกมะเร็งสหสาขา ทุกวันจันทร์ในเวลาราชการ ถ้าไม่ตรงวันที่มีคลินิก หรือนอกเวลาราชการสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยตรวจฉุกเฉิน จะมีแพทย์ร่วมดูแล

- แพทย์ประจำหน่วยตรวจฉุกเฉิน

- แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 แผนกศัลยศาสตร์

- กรณีผู้ป่วยมีอาการเร่งด่วนตามปัญหา เช่นมีภาวะ shock ทีมสามารถส่งแพทย์เวรไปประเมินอาการและร่วมดูแลทันที กรณีไม่เร่งด่วนถ้าได้รับการส่งปรึกษาจากหน่วยตรวจฉุกเฉิน แพทย์ศัลยศาสตร์เฉพาะทางจะไปร่วมประเมินวินิจฉัยภายใน 2-3 ชั่วโมง

1.2.6 ผู้ป่วยที่มีปัญหาจำเป็นเร่งด่วนต้องทำการผ่าตัด ทีมนำจะมีการประสานงานร่วมมือกันในการประเมินวินิจฉัยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ทีมนำสหสาขา ได้กำหนดให้หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งสหสาขาเป็นจุดประสานงานด้านบริการต่างๆของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาบริหารจัดการกระบวนการให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย เป็นการลดอุบัติเหตุจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของผู้มารับบริการ ตลอดจนลดความขัดแย้ง ข้อร้องเรียน ที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการรักษา

**1.3. การเตรียมผู้ป่วยก่อนรับไว้รักษาเป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งการให้ข้อมูล การขอความยินยอม การเตรียมตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษต่างๆ**

ทีมนำสหสาขา มีการให้ข้อมูล การประเมิน การเตรียมความพร้อม การให้ผู้ป่วยเห็นตียินยอม และ ญาติเห็นต์เป็นพยานรับทราบ ก่อนการทำหัตถการต่างๆตามกระบวนการรักษาทุกขั้นตอน ตามแผนการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ตลอดจนมีการพัฒนาระบบการบริการตามกระบวนการรักษาในแต่ละหน่วยงาน เช่น

1.3.1 ระบบการเตรียมผู้ป่วยในกระบวนการตรวจวินิจฉัยต่างๆ เช่น การส่องกล้อง การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา การให้ข้อมูล การประเมิน การเตรียมความพร้อม และ การทวนสอบข้อมูลตามบริบทของหน่วยงาน

1.3.2 ระบบการเตรียม ผู้ป่วยในกระบวนการรักษา เช่น การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด จะมีแนวปฏิบัติตามบริบทของหน่วยงานอย่างถูกต้องเหมาะสม

#### 1.4 Patient placement เป็นไปอย่างเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

มีการให้ข้อมูลและสอบถามความต้องการของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมตัดสินใจเลือกเหตุการณ์ที่จำเป็นและรูปแบบในการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารตามระยะของโรคที่อาจเลือกแผนการรักษาแบบใดก่อน-หลัง ตามแผนการรักษาที่เหมาะสม จากการประเมินและวางแผนร่วมกันของทีมสหสาขา เช่น

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาโดยการผ่าตัด ยาเคมีบำบัด รังสีรักษา ทีมนำสหสาขาจะร่วมปรึกษาพิจารณาใช้แผนการรักษาแบบใดก่อน-หลัง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนร่วมกันประเมินความต้องการ ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากผลของการรักษา

- การส่งปรึกษาอายุรแพทย์สาขาโภชนาวิทยาเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา-ระหว่างการรักษา-หลังการรักษาและดูแลต่อเนื่องด้านภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

- การดูแลแบบประคับประคอง กรณีโรคลุกลาม หรือ สภาวะผู้ป่วยที่ไม่อาจรับการรักษาต่อเนื่อง แพทย์จะให้ข้อมูลการดูแลแบบประคับประคอง และส่งปรึกษาทีมการดูแลแบบประคับประคอง ร่วมดูแลและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างต่อเนื่อง

#### 1.5 มีความร่วมมือและประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพกรณีที่มีระบบ fast track และมีการ monitor การบรรลุเป้าหมายของของระบบอย่างต่อเนื่อง

ทีมนำสหสาขา ได้ปฏิบัติตามนโยบายคณะ ในการการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การบริการอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การส่งยาผ่านระบบ CPOE ตามแผนพัฒนาของ ฝ่ายเภสัชกรรมมา เพื่อลดขั้นตอน ระยะเวลาในการติดต่อประสานงาน และลดความผิดพลาดในการสั่งยา ห้องยาสามารถประกันเวลาในการกรณียาเร่งด่วนไม่เกิน 30 นาที ภายหลังได้รับคำสั่งสั่งการสั่งยา

นอกจากนี้ทีมสหสาขาได้มีการปรึกษาร่วมกันในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยการประสานงานนัดหมาย ผู้ป่วยตามความเร่งด่วนของปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารได้รับการรักษาที่เหมาะสมและรวดเร็วโดย มีการประสานงานแบบ Direct contact ของทีมนำสหสาขา ตลอดจนการจัดระบบหน่วยงานที่เป็นศูนย์กลางให้บริการผู้ป่วยที่คลินิกมะเร็ง สหสาขา โดยมีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำคลินิกมะเร็งสหสาขา เป็นผู้ประสานงานและติดตาม การนัดหมายของผู้ป่วย จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาถึงแม้จะมีปัญหาด้านบริการตรวจผู้ป่วยของแพทย์ในแต่ละคลินิกไม่ตรงกัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาเร่งด่วนทีมสหสาขา สามารถติดต่อสื่อสารกันได้ มากกว่า ร้อยละ 80 ( จำนวนครั้งของการประสานงานกรณีการปรึกษาเร่งด่วน )

ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่มีปัญหาเร่งด่วน ทีมนำจะมีระบบ Fast track ประสานงานกันตามปัญหาของผู้ป่วย เช่น กรณีปัญหาจำเป็นเร่งด่วนต้องทำการผ่าตัด แพทย์ศัลยศาสตร์เฉพาะทางจะไปร่วมประเมินวินิจฉัยภายใน 1-2 ชม. หลังได้รับการปรึกษา หรือ ในรายที่ทางศัลยแพทย์ประเมินว่าไม่สามารถผ่าตัดได้ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินแผนการรักษาจากทีมอายุรแพทย์มะเร็งวิทยาภายในวันเดียวกัน ซึ่งระบบ Fast track ของทีมสหสาขาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

### ตอนที่ III-2. การประเมินผู้ป่วย

#### 2.1. มีการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

ทีมนำมีทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางอย่างครบถ้วน ร่วมกันประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนการเริ่มการรักษา โดยมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับทุกหน่วยบริการทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนโรคประจำตัวต่างๆของผู้ป่วย ที่อาจจะส่งผลต่อแผนการรักษา ตลอดจนการให้คำแนะนำเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว ก่อนเริ่มการรักษา รวมทั้งการประเมินขั้นตอนและวิธีการรักษาของทีมสหสาขา ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายแสง การให้ยาเคมีบำบัด และการให้ยาต้านเฉพาะจุด ซึ่งจะเริ่มการรักษาด้วยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรค รวมถึงสภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนเริ่มการรักษา โดย ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา แพทย์รังสีรักษาและรังสีวินิจฉัย ทีมเภสัชกร ทีมพยาบาล ที่จะประเมินและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ตลอดจนการให้โอกาสผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

#### 2.2. มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกบนพื้นฐานวิชาการซึ่งนำการประเมินผู้ป่วย

ทีมนำสหสาขา มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกบนพื้นฐานวิชาการและจากประสบการณ์ของทีมมาเป็นบรรทัดฐานประยุกต์ในการประเมินและการดูแลผู้ป่วย โดยอ้างอิงจาก “คู่มือแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561 เพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” (เอกสารแนบ9)และอ้างอิงการรักษาจาก “The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)”

#### 2.3. มีบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ บริการตรวจภาพรังสี และบริการ Investigation อื่นๆ ที่จำเป็นพร้อมให้บริการในเวลาที่ต้องการมีระบบประกันคุณภาพหรือการประเมินความ น่าเชื่อถือของผลการตรวจตามความเหมาะสม และมีการประสานงานกับทีมสหสาขาที่ดี

ห้องปฏิบัติการหรือการทดสอบต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยมีระบบการรับรองคุณภาพที่ได้มาตรฐาน เช่น

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา ได้การรับรอง ISO 15189 และ Wesgard Sigma Verification of Performance Program

- การตรวจทางนิติเวชวิทยา ได้การรับรอง ISO/ IEC 17025: 2005 Forensic Science การตรวจทดสอบ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (POCT) ได้การรับรอง ISO 22870

- การตรวจทางรังสีวินิจฉัย ภาควิชารังสีวิทยาประเมินความปลอดภัยทางรังสีจากสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติทุกปี สำหรับเครื่องมือตรวจอื่นๆจะผ่านการรับรองของสำนักงานอาหารและยาหรือมาตรฐานทางการแพทย์ระดับสากล

#### 2.4. ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมมือและประสานงานกันในการประเมินผู้ป่วย มีการใช้ผลการประเมินร่วมกัน

ทีมนำสหสาขาวิชาร่วมกันจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารระยะต่างๆตามมาตรฐานสากล และมีการประชุมร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ในผู้ป่วยกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน ที่ต้องการ การพิจารณาตัดสินใจ เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายบุคคล ซึ่งการประสานงานอาจเป็นทั้งด้านการประเมินวินิจฉัยโรค หรือการรักษาที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ( อ้างอิง Streamline/ Tumour conference )

#### 2.5. มีการระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การจำแนกความรุนแรงหรือ staging ของการเป็นโรค (ในกรณีที่จำเป็นสำหรับการวางแผนการรักษา) รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดูแล

ทีมนำสหสาขา ใช้เกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารตามมาตรฐานสากล เพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกันทั้งคณะ (อ้างอิงตาม ข้อ2.1-2.2-2.3-2.4 / การวิเคราะห์ความเสี่ยงและมาตรการป้องกันความเสี่ยง และ Driver Diagram) การวางแผนการรักษา ในบางรายจะเป็น การตัดสินใจร่วมกันของแพทย์แผนกต่างๆ เช่น ศัลยแพทย์ ระบบทางเดินอาหาร แพทย์อายุรแพทย์มะเร็งวิทยา แพทย์รังสีรักษาและรังสีวินิจฉัย แพทย์นิวเคลียร์ แพทย์พยาธิวิทยา ที่จะต้องประเมินระยะของโรคและวางแผนการรักษา ผู้ป่วยร่วมกัน แต่นอกเหนือจากการประเมินวางแผนการรักษาของทีมสหสาขา ทีมยังต้องประเมินค้นหาของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ภายหลังการให้ข้อมูลต่างๆอย่างถูกต้องครบถ้วนและมีการบันทึกในระบบเวชระเบียน ในกรณีที่อาจเกิดปัญหาด้านความเสี่ยงอาจต้องให้ผู้ป่วยและญาติที่ร่วมตัดสินใจ เช่นได้รับทราบข้อมูล

ทีมสหสาขา ใช้เกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารตามมาตรฐานของ สปสช ปี 2561 และ Guideline ซึ่งเป็นเกณฑ์การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารตามมาตรฐานสากลต่างๆดังนี้

1. American Cancer Society (ACS)
2. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)
3. Japanese guideline for gastric cancer 5<sup>th</sup> edition ( 2018 )
4. Japanese guideline for gastric cancer 6<sup>th</sup> edition ( 2021 )
5. Chinese guideline for gastric cancer 2021

#### 2.6. มีการบันทึกผลการประเมินในเวชระเบียนในเวลาที่กำหนด และพร้อมให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์

คณะหมอบหมายให้คณะกรรมการเวชระเบียนเป็นผู้กำหนดนโยบายและกำกับระบบเวชระเบียนของคณะฯ ให้มีความพร้อมใช้ปลอดภัยและถูกต้องเชื่อถือได้ เช่น มีระบบการสั่งยาผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Computerized Physician Ordering Entry system, CPOE) สำหรับกระบวนการรักษาด้วยยาทั่วไป และโปรแกรมการสั่งยาเคมีบำบัดเป็นโปรแกรมการสั่งยาแบบออนไลน์ เพื่อลดข้อผิดพลาดจากการสั่งยาและการส่งต่อข้อมูลยาแบบไร้รอยต่อ



ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ที่บูรณาการข้อมูลประวัติผู้ป่วย ข้อมูลยา ที่ผู้ป่วยได้รับ และข้อมูลแพ้ยา เอกสารในระบบเวชระเบียน ผลทางห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาทุกชนิด (Laboratory Information System: LIS) & Point of care testing: POCT ผลทางรังสีวิทยาทุกชนิด (PACS & X-ray Request Online) ที่ช่วยให้สะดวกพร้อมใช้แก่ทีมบุคลากร ทุกจุดบริการ

ผลการตรวจประเมินผู้ป่วยทุกรายของแพทย์ทีมสหสาขา และทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของคณะฯ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา อาจ SCAN ทันทีในกรณีเร่งด่วน หรือ ภายในเวลา 24 ชม.หลัง ผู้ป่วยเข้ารับบริการ

## 2.7. มีการอธิบายผลการประเมินให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจอย่างเหมาะสม


ทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมกันประเมินผู้ป่วยก่อนรับการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังการรักษา มีการ แจ้งผลตรวจที่สำคัญแก่ผู้ป่วยและญาติทุกขั้นตอนของการรักษา และมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทุกครั้งที่ทีมมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ตลอดจนการเตรียมผู้ป่วยและญาติเมื่อเริ่มการรักษา จนถึงการรักษาเมื่อโรคแพร่กระจายมากขึ้นหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาการดูแลแบบประคับประคอง ทีมสหสาขาจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคอง (Team RPEC) อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทางดูแลแบบประคับประคอง เช่น

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลแบบประคับประคอง อาการไม่สบายต่างๆจากภาวะของโรค
- การดูแล และการจัดการอาการไม่สบายต่างๆ เช่น หายใจลำบาก เหนื่อย ปวด
- การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์ทีมสหสาขา ผู้ป่วย และครอบครัว
- อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับต้องใช้เมื่ออยู่บ้าน
- ให้ข้อมูลการประสานงานกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- สนับสนุนครอบครัวในการตอบสนองความปรารถนาด้านจิตวิญญาณ วัฒนธรรม ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม
- ระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอด 24 ชั่วโมง ของพยาบาลทีมประคับประคอง (Team RPEC)

## 2.8. มีการประเมินคุณภาพของการวินิจฉัยโรค (เช่น ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความทันกาล และความเป็นเหตุเป็นผลในการวินิจฉัย)

ทีมสหสาขามีระบบการประเมินผู้ป่วยและวางแผนการรักษาร่วมกัน ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง กระเพาะอาหารเพื่อเลือกการรักษาที่เหมาะสมได้มาตรฐาน ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาคับข้องจะมีการทบทวนการตรวจวินิจฉัยและการรักษา โดยผ่านการประชุมวิชาการรูปแบบ TUMOUR CONFERENCE ทุกวันพุธ เวลา 13.00-15.00น TUMOUR CONFERENCE เป็นระบบการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทีมสหสาขาเพื่อประเมินความรุนแรงของ

โรคมะเร็งตามลำดับความสำคัญและความรุนแรงของโรคก่อนการรักษา เช่น ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่ผ่าตัดได้ยาก ทีมสหสาขาจะพิจารณาให้ยาเคมีบำบัด / รังสีรักษา หรือทั้ง 2 แผนการรักษาพร้อมก่อนการผ่าตัด หรือเมื่อโรคแพร่กระจายมากขึ้นต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา หรือ ในรายที่ต้องมีการทบทวนขอความเห็นผลการวินิจฉัยของทีมรังสีวินิจฉัย ทีมสหสาขา จะร่วมวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม และตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว

 <p>คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University</p> <p>รหัสแผนก OCC หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง (OPD Cancer) คลินิก Tumor conference</p>	<p style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">MCCS</p>
---	---

Tumor Conference

History: Case CA stomach & peritoneal metastasis  
 presented with epigastric pain 2 ปี  
 2 ปี epigastric pain, weight loss 56-69.5 kg in 1 year  
 ไข้ ไอ มีเสมหะ / มีเลือดจาง  
 ญาติเห็น อ่อนแรง ท้องบวมมาก มีภาวะอัมพาต  
 b EGD (14/10/19) : thickening mucosa with abnormal rugae  
 site biopsy → patho: poorly cohesive gastric carcinoma  
 (including signet-ring cell carcinoma)  
 b CTWA (19/10/19) : focal enhancing wall thickening at posterior wall  
 of gastric antrum, closed to pylorus, about 1.7 cm in wall thickness  
 Question: - small ascites & thin peritoneal enhancement in peritoneal cavity, subhepatic  
 peritoneal & umbilical hernias & small nodules (2-3 mm.)  
 - few small nodes of paracolic perigastric & gastrohepatic  
 - 3 mm. pulmonary nodule at Rt. lung base  
 b EGD (3/11/19) - infiltrative mass at proximal 1/3 of stomach  
 ขอ Review imaging dr

### ตอนที่ III-3. การวางแผนดูแลผู้ป่วย

#### 3.1. มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขา ตั้งแต่การประเมิน การตรวจวินิจฉัย การวางแผนการรักษา โดยการผ่าตัด เคมีบำบัด ยาฆ่าเชื้อ รังสีรักษา การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงสิ้นสุดการรักษา พร้อมทั้งมีการทบทวนความรุนแรงของโรคเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมและตามความประสงค์ของผู้ป่วย และการแบบ ประคับประคอง ตลอดจนการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาตามมาตรฐานการรักษาที่ทีมสหสาขาได้วางแผนและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

##### 3.1.1 การจัดการแผนการปฏิบัติงานระบบผู้ป่วยนอกที่มารับบริการคลินิกมะเร็งสหสาขา

- การวัดสัญญาณชีพ/ น้ำหนัก/ ส่วนสูง
- การประเมินสัญญาณชีพและอาการของผู้ป่วยที่มี REWs score
- การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วน หรือมาก่อนนัดหมาย
- การเตรียมเอกสาร /ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- มีระบบทวนสอบคำสั่งการรักษาของแพทย์ โดยเภสัชกรและพยาบาลและเอกสารหลังการตรวจ
- การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ สอบถาม

##### 3.1.2 การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในกระบวนการรักษาโดยการผ่าตัด

- ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
- ประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจก่อนผ่าตัด
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ก่อนและหลังผ่าตัด
- มีการจัดทำ Problem list เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด
- มีการนัดหมายติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ประเมินปัญหาและความสามารถในการดูแลตนเอง
- เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารบางรายต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้สารอาหารหรือได้รับการดูแลจากทีมแพทย์เฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง

##### 3.1.3 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด/ ยาฆ่าเชื้อ

- การเตรียมความพร้อมของร่างกาย จิตใจของ ผู้ป่วยและครอบครัว
- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิดของยา สูตรยา ระยะเวลาและวิธีการให้ยา
- อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด / ยาฆ่าเชื้อ และการดูแลตนเอง
- การดูแลตนเองก่อน และ หลังการให้เคมีบำบัด
- วิธีและ การรับประทานยาตามกำหนดเวลา (ยาชนิดรับประทาน )

- การนัดหมายถูกต้องตามสูตรยา
- การให้ข้อมูลข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และ สิทธิการรักษา
- การประเมินอาการข้างเคียงด้วยตนเองและอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด

#### 3.1.4 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา

- การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว
- อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบขั้นตอนการฉายรังสี ระยะเวลาในการฉายรังสี
- ให้ข้อมูลการดูแลตนเองขณะฉายรังสีและภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสี

#### 3.1.5 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในระยะประคับประคอง

- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการไม่สุขสบายต่างๆจากภาวะของโรค
- การดูแล และการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น หายใจลำบาก เหนื่อยมากขึ้น ปวด
- การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์ทีมสหสาขา ผู้ป่วย และครอบครัว
- อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้
- ให้ข้อมูลการประสานงานกับเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง
- สนับสนุนครอบครัวในการตอบสนองความปรารถนาด้านจิตวิญญาณ วัฒนธรรม ความเชื่อและความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม
- ระบบการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตลอด 24 ชั่วโมง ของทีมประคับประคอง

#### 3.1.6 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในรายที่ต้องให้อาหารทางหน้าท้อง

- การให้คำแนะนำเกี่ยวกับชนิดของอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างพอเพียง
- การประเมินความพร้อมของครอบครัวในการเลือกชนิดของอาหาร เช่น อาหารสำเร็จรูปทางการแพทย์ อาหารปั่น (Blenderize diet) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาไม่เหมือนกันทั้งด้านผู้ดูแล และฐานะทางเศรษฐกิจ
- การฝึกสอนผู้ป่วยและญาติในการให้อาหาร ผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแลต้องให้อาหารทางหน้าท้องด้วยตนเอง ทีมต้องฝึกสอนและประเมินความสามารถตลอดจนติดตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- การติดต่อกับทีมสุขภาพกรณีมีปัญหาก่อนนัดหมาย

### 3.2. มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกบนพื้นฐานวิชาการซึ่งนำการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

มีแผนการดูแลที่มีมาตรฐานเดียวกันโดยใช้ แนวทางปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารตามเกณฑ์ สปสข และตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ( เอกสารแนบ9 แนวทางการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารตามมาตรฐาน สปสข ปี2561 / เอกสารแนบ 5 แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย)

### 3.3. การวางแผนดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างวิชาชีพ แผนก และหน่วยบริการต่างๆ

ทีมนำ มีแผนการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการดูแลต่อเนื่อง แต่ละสาขาวิชาชีพมี บทบาทในการดูแลแม้ไม่เท่ากันตามแผนการรักษา แต่ทีมสหสาขาปรับให้กลมกลืนกัน ทำงานประสานร่วมมือกันได้ตาม ความเหมาะสมเพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็ว และประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก มีการสื่อสารและประสานงานโดยตรง ระหว่างบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยร่วมกัน วางแผนการรักษาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา

### 3.4. ผู้ป่วย/ครอบครัวมีโอกาสมีส่วนร่วมในการวางแผนหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด ยามุ่งเป้า รังสีรักษา อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา โดยทีมแพทย์ได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการ เลือกแผนการรักษาที่เหมาะสมกับระยะของโรคและสภาวะของผู้ป่วย ตามสิทธิการรักษาและตามเศรษฐกิจของผู้ป่วย และครอบครัว โดยเน้นประโยชน์และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก พร้อมทั้งมีการทบทวนความรุนแรงของโรคเป็นระยะ จากแพทย์ทีมสหสาขา

### 3.5 แผนการดูแลมีความชัดเจนเพียงพอสำหรับการประสานงานและติดตามประเมินผล

ทีมนำสหสาขาได้ร่วมกันเปิดบริการ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารแบบบูรณาการ เน้นการ บริการรูปแบบใหม่แบบ One Stop Service ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาจากทีมแพทย์เฉพาะทางอย่างเป็นระบบและ รวดเร็ว โดยความร่วมมือของแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ การปรึกษาวางแผนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งร่วมกันระหว่าง ทีมแพทย์สหสาขา ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในตัดสินใจเลือกแผนการรักษา และการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยรับบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแผนการรักษา ทีมนำมีการพัฒนาระบบการตรวจรักษาในเชิงรุกและการมีทีมติดตามดูแลให้ คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันจัดทำแผนการดูแลตั้งแต่กระบวนการเข้ารับบริการ จนถึงกระบวนการติดตามดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในรูปแบบ Streamline / Driver diagram และมีการพัฒนาระบบบริการรูปแบบ CQI เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาแนวปฏิบัติงานของทีมสหสาขาร่วมกัน

### 3.6. มีการประเมินซ้ำและปรับแผนตามความเหมาะสม

ทุกขั้นตอนของการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร จะมีการประเมินการดำเนินของโรคเป็นระยะๆ โดยแพทย์ เจ้าของไข้และทีมสหสาขาในรายที่มีปัญหาซับซ้อน มีการพิจารณาร่วมกันในที่ประชุม TUMOUR CONFERENCE เพื่อ หาสาเหตุและ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ร่วมกันและเพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม

### ตอนที่ III-4. การดูแลผู้ป่วย

#### 4.1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนโดยผู้มีความรู้คุณสมบัติเหมาะสม คำนึงถึงความปลอดภัยและการบรรลุเป้าหมายตามแผน

ทีมสหสาขาที่มีการวางแผน การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ร่วมกับ บุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะทางทุกจุดบริการ ได้แก่ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหาร อายุรแพทย์สาขามะเร็งวิทยา อายุรแพทย์สาขาโภชนาการคลินิก แพทย์รังสีวิทยา Interventionist และ Nuclear Medicine แพทย์รังสีรักษา พยาธิแพทย์ พยาบาล เกสัชกร โดยใช้กระบวนการตามรอย clinical tracer และตัวชี้วัด ในมิติต่างๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพที่ดีแก่ผู้ป่วยในทุกมิติ ตามแผนการรักษา (อ้างอิง I-4 ข้อ 4.1 ตาราง ที่ 10 ตัวชี้วัดที่สำคัญ)

#### 4.2. การดูแลรวมถึงความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง การบำบัดอาการปวดและอาการอื่นๆ การใช้ยา

อาหาร/โภชนาการ การฟื้นฟูสภาพ/บำบัด/ออกกำลัง การป้องกันความเสี่ยงอื่นๆ การระงับความรู้สึก และการทำหัตถการ

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาด้วยกัน เพื่อให้มีการวางแผนการดูแลรักษาที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากที่สุดไม่ว่าจะเป็น แพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักโภชนาการ เป็นต้น บุคลากรทุกสาขาจะมีการประเมินผู้ป่วย ด้านการดูแลตนเอง และการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว ทุกขั้นตอนของการรักษา หรือ เมื่อมีปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

4.2.1 การประเมินและการให้คำแนะนำด้านภาวะโภชนาการทั้งก่อน-ระหว่างและหลังการรักษา เนื่องจากภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นปัจจัยสำคัญอย่างมาก ในการวางแผนการรักษา ทีมจะมีการส่งต่อให้อายุรแพทย์สาขาโภชนาการคลินิก ประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

อายุรแพทย์สาขาโภชนาการคลินิกมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารดังนี้

- Nutrition screening and assessment in all patients
- Preoperation support / oral diet / enteral nutrition / parenteral nutrition
- Routine postoperative nutrition support / oral diet / enteral nutrition / parenteral nutrition
- Long term follow up / vitamin and mineral supplementation

ฝ่ายการพยาบาลได้นำแบบประเมินภาวะโภชนาการและแนวทางปฏิบัติ มาประเมิน ผู้ป่วยทุกรายที่นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารมักจะมีบกพร่องทางโภชนาการ เนื่องจากน้ำหนักตัวลดลง รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมีแนวโน้มที่จะทนต่อการผ่าตัด, การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสงได้ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา

ฝ่ายโภชนาการของคณะ เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ด้านการผลิต / ให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วย และบุคลากรในคณะฯ มีการผลิตและบริการอาหารให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัด ตรง

ตามคำสั่งแพทย์ และอาหารที่บริการสะอาด ปลอดภัยตามแนวทางสุขาภิบาลอาหารได้มาตรฐานตามระบบคุณภาพ GMP HACCP และ ISO22000 เป็นหน่วยงานที่มีคุณภาพในระดับแนวหน้าของประเทศ

4.2.2 ทีมคัลยแพทย์ได้ร่วมกันทำวิจัยเรื่อง **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัดกับผลการผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร** การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาระหว่างภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัดกับผลการผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร หากสามารถประเมินภาวะทุพโภชนาการได้ก่อนผ่าตัดจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

4.2.3. การให้คำแนะนำเรื่องการให้อาหาร การดูแล และวิธีการให้อาหาร ผ่านสายยางทางหน้าท้อง (Gastrostomy) ซึ่งเป็นรูปแบบการให้สารอาหารที่ผู้ป่วยอาจต้องปรับเปลี่ยนวิธีและชนิดของอาหาร จากสภาวะของโรค ปัญหาเหล่านี้ถ้าผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับทราบล่วงหน้าและมีการฝึกสอนให้คำแนะนำจะช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มศักยภาพ ความมั่นใจในการดูแลตนเองร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง

- ปัญหาเกี่ยวกับสาย เช่น การระคายเคืองผิวหนังหน้าท้อง ที่ใส่สาย / สายหลุด /สายเลื่อน/สายตัน
- ปัญหาระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สำลักอาหาร ท้องอืด ท้องผูก ท้องเสีย

4.2.4 การบำบัดอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็ง อาการปวดเป็นอาการที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง และ เป็นความทุกข์ใจของครอบครัวร่วมด้วยที่ต้องทนเห็นความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลทุกรายจะมีการประเมินความปวดตามบริบทของหน่วยงานตามนโยบายของคณะกรรมการฝ่ายการพยาบาล นอกจากนี้ ทีมแพทย์อายุศาสตร์ สาขา มะเร็งวิทยาและ ทีมพยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความปวดในรูปแบบ CQI เรื่อง กระบวนการประเมินและจัดการความปวดรูปแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง

#### โครงการ The implementation of pain assessment and managements for cancer patients in OCC

หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งได้ตระหนักในปัญหานี้และพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีความปวด ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อจัดการความปวดคือ บุคลากรขาดการประเมินเรื่องความปวดของผู้ป่วย, ผู้ป่วยไม่แจ้งอาการปวดในระยะแรก ๆ แก่แพทย์, ผู้ป่วยที่มาตรวจในระบบผู้ป่วยนอกมีจำนวนมาก แพทย์ไม่มีเวลาในการประเมินผู้ป่วยทุกราย หน่วยงานจึงได้พัฒนาระบบการประเมินความปวดในผู้ป่วย รูปแบบผู้ป่วยนอก โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการได้รับการประเมินอาการปวด ซึ่งเป็น Fifth Vital Signs โดยประเมินพร้อม Vital Signs แรกรับการปรับปรุงกระบวนการเรื่องการประเมินอาการ (เริ่ม 1ก.ค. 2562) ดำเนินการดังนี้

1. ให้ความรู้เรื่องการประเมินความปวดกับบุคลากรทุกคนภายในหน่วยงาน
2. ให้คำแนะนำ/สอนวิธีการให้คะแนนความปวดด้วยตนเองกับผู้ป่วยมะเร็งและญาติโดยพยาบาล
3. เจ้าหน้าที่จุดวัดสัญญาณชีพบันทึกคะแนนความปวด (Pain Score) กรณีผู้ป่วยให้คะแนนปวดไม่ได้ให้

บันทึกเป็นไม่ปวด/ ปวดเล็กน้อย/ ปวดปานกลาง/ ปวดมาก ลงในบัตรนัดส่วนที่ 1 ตามคำบอกของผู้ป่วย  
ซึ่งต่อมาผู้ป่วยสามารถประเมินความปวดด้วยตนเองลงในบัตรนัด

4. เจ้าหน้าที่จุดเตรียมเวชระเบียนบันทึกคะแนนความปวดในใบ Progress note

**บัตรนัดตรวจ** <ผู้ป่วยเก่า>  
 วันนัด พุธที่ 8 ก.ย. 2565 เวลา : 10.00 น.  
 คลินิก มะเร็งวิทยา-เข้า (ตรวจ)  
 ตรวจกับแพทย์  
 สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพนอกเขต(ส่งต่อ)  
 ส่งตรวจ LAB+CXRV1  
 นัดตรวจที่ : หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2  
 อาคาร 1 ชั้น 1  
 คะแนนความปวด 0 1 2 4 5 6 7 8 9 10  
 ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ O ความเสียหาย O ความเสี่ยงสูง  
 1.เลื่อนนัดทางRama AppointmentโดยDownloadผ่านโทรศัพท์มือถือ  
 2.เลื่อนนัดโทรศัพท์:02-201-0484 (เวลา 07.00-15.00 น เว้นวันหยุด)  
 3.ID Line : @ramacancercenter เลื่อนนัดก่อนตรวจอย่างน้อย 7 วัน  
 \*\*เจาะเลือด เอกซเรย์ ก่อนตรวจ 2 ชม.\*\*  
 นามสกุล.....ศัลยกรรม ส่วนสูง.....เซนติเมตร  
 หมายชื่อ.....ครั้ง/นาที ชีพจร.....ครั้ง/นาที  
 BP.....mmHg T.....°C  
 รอด  รอดจน  ไม่รอดจนแพทย์  
 นัดตรวจ:.....  
 คัดลอกจาก หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 2  
 คัดลอกโดย นศวดี มีคู่ Pn: 02/09/2565 13:24

**SCAN!** วันที่เข้ารับบริการ 13 ก.ย. 2564 07:48  
 Patient Ident. A2  
 49.60 กก. BMI 21.32 สูบบุหรี่  สูบ  ไม่สูบ ดื่มสุรา  ดื่ม   
 90 ครั้ง/นาที LMP ...../...../..... (เฉพาะสตรี)  
 1 20 ครั้ง/นาที O,Sat,97  ผู้ป่วยใหม่  ผู้ป่วยเก่า  
 รอดจน  Refer จากกรณีอื่น  Consult จากหน่วยอื่น  
 ปาน้ำหนักมาก !!! ADR ALERT !!!  
 Follow up sheet :.....  
 ECOG 0 1 2 3 4 Pain Score 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 CC:.....  
 ปวด ปวดท้อง 6/10 นอนไม่หลับ  
 @ อาเจียน ปวด ปวดท้อง ปวด N. ท้องส่วนล่าง  
 PE : LN Not palpable / Palpable Rt / Lt axillary  
 Other decrease by 4  
 TOXICITY :  Not access  No toxicity  Febrile neutropenia

ตารางที่ 21 ผลลัพธ์กระบวนการประเมินและจัดการความปวดรูปแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก  
มะเร็ง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)						
		ก่อน ดำเนินการ	หลัง					
			ครั้งที่1 ก.ค.62	ครั้งที่2 ส.ค.62	ครั้งที่3 ก.ย.62	ครั้งที่4 ต.ค.62	ครั้งที่5 พ.ย.62	ครั้งที่6 ธ.ค.62
1. อัตราสามารถในการประเมิน ความปวดด้วยตนเองได้ของผู้ป่วย	มากขึ้น (> 95 %)	ไม่มีข้อมูล	93.52 n=833	94.93 n=2,01 0	95.19 n=1,87 0	96.00 n=2,34 0	96.52 n=920	97.10 n=1550
2. อัตราผู้ป่วยที่มีระดับความปวด มากได้รับการดูแลที่เหมาะสม	มากขึ้น (> 80%)	ไม่มีข้อมูล	97.14	80.68	96.91	96.46	85.71	85.00



#### 4.3. มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม ตามแนวทางและเป้าหมายการรักษา

ทีมแพทย์เฉพาะทางสหสาขาาร่วมกันประเมิน ตรวจวินิจฉัย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ผลการตรวจวินิจฉัยครบถ้วน ประเมินผลของการรักษาตามแผนการรักษาและ สภาวะร่างกายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนการรักษาอย่างเหมาะสมเมื่อมีการลุกลามของโรค ตลอดจนการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเมื่อต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

#### 4.4. มีการตอบสนองอย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

ทีมนำสหสาขามีการตรวจประเมินให้การรักษามาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในผู้ป่วยบางราย ไม่สามารถรับการรักษาได้ อย่างเต็มที่ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการดูแลแบบบรรเทาอาการ ทีมนำจะมีการประสานงานส่งต่อศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (RPEC) ซึ่งเป็นหน่วยงานเฉพาะของคณะ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง หรือประสานงานส่งต่อผู้ป่วย ไปรับการดูแลต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว มีการให้ข้อมูลอย่างชัดเจนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวส่งเสริมและ สนับสนุนให้มีการวางแผนการดูแลในระยะท้ายไว้ร่วมกัน เช่น การระบุความต้องการของผู้ป่วยในระยะท้าย เมื่อ อาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ทีมนำ และทีมดูแลแบบประคับประคอง จะให้ข้อมูลในการพูดคุยแผนการดูแลระยะท้ายและแนะนำให้มีการระบุเจตนาของผู้ป่วยลงในเอกสารทำ Living Will และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาได้ด้วยตนเองอันเนื่องจากตัวโรค ลุกลาม สถิตสัมพัทธ์ไม่สมบูรณ์ ทีมจะพูดคุยกับสมาชิกครอบครัว ให้ทราบถึงแนวทางการช่วยเหลือดูแลประเด็น

การใส่ท่อช่วยหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพ การให้ยากระตุ้นความดัน การล้างไต โดยอธิบายผลดีและผลเสียแต่ละทางเลือก ในกรณีที่มิภาวะฉุกเฉินจากอาการระยะท้ายผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและดูแลติดตามอาการอย่างเหมาะสม โดยทีมแพทย์เจ้าของไข้ หรือทีมดูแลแบบประคับประคอง

รวมถึงประเมินสถานที่ในการดูแลระยะท้ายตามความปรารถนาของผู้ป่วย และความสะดวกในการดูแลของครอบครัว เพื่อวางแผนการดูแลและส่งต่อการดูแลระยะท้ายอย่างต่อเนื่องให้เกิดประสิทธิภาพ อันนำไปสู่การตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวมอย่างสมศักดิ์ศรี รวมถึงทางเลือกที่จะอยู่กับครอบครัวในวาระสุดท้าย ( HOME DEAD ) โดยมีพยาบาลทีมดูแลแบบประคับประคอง ( RPEC ) ติดตามการดูแลให้คำปรึกษา จนวาระสุดท้ายของชีวิต

#### 4.5. มีการประสานงาน/ขอคำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยร่วมอย่างเหมาะสม

มีระบบปรึกษาอย่างรวดเร็วภายในทีมสหสาขา ที่ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ มาร่วมดูแลผู้ป่วยกรณีมีโรคร่วมเพื่อป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาหรือกรณีมีภาวะฉุกเฉินเพื่อประสานงานให้การรักษามาตามความเหมาะสม

#### 4.6. มีการประเมินคุณภาพของการดูแลรักษา (เช่น ความเหมาะสม/การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ความทันเวลาในการตอบสนอง ฯลฯ)

มีการประเมินคุณภาพของแผนการรักษาทุกรายขณะรับการรักษาและนำปัญหาข้อมูลของผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนเข้าพิจารณาในที่ประชุม TUMOUR CONFERENCE เพื่อหาสาเหตุร่วมกันและเพื่อปรับแผนการรักษาให้

เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งปัญหาด้านคลินิก ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย อีกทั้งยังเน้นการบริการอย่างรวดเร็ว ลดขั้นตอนการมารับบริการตามหน่วยบริการนัดหมายของแผนกต่างๆ

นอกจากนี้ที่มนัสahasaxaมีการทบทวนเวชระเบียนในรายที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับ E ขึ้นไปมาร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุและวางแผนหาแนวทางป้องกัน ตลอดจนการทบทวนและประชุมที่มนัสahasaxaในกรณีผู้ป่วยร้องเรียน จาก การทบทวนและประเมินกระบวนการบริการผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร จากการปฏิบัติงาน เป็นเวลา 4ปี 6 เดือน ( 1มิถุนายน2561-31ธันวาคม 2565 ) ที่มนัสahasaxaยังไม่ถูกร้องเรียนเรื่องกระบวนการบริการ

ที่มนัสahasaxaมีการติดตามผลลัพธ์และพัฒนากระบวนการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะให้ดีขึ้นตลอดจนการร่วมกันหาโอกาสพัฒนาระบบการดูแลให้ดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### ตอนที่ III-5. การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย

#### 5.1 มีการประเมินความจำเป็นในการได้รับความรู้ในแต่ละช่วงเวลา

หน่วยงานต่างๆ มีการวางแผนกระบวนการและตัวชี้วัดตามบริบทของหน่วยงานตั้งแต่การระบุตัวตนของผู้ป่วย เมื่อเริ่มเข้ารับบริการจนถึงกระบวนการจำหน่าย ( เอกสารแนบ10 QP ฝ่ายการพยาบาลเรื่อง การระบุตัวตนของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องครบถ้วน

ตารางที่ 22 Process Management กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

กระบวนการ	ข้อกำหนด	การออกแบบ	ตัวชี้วัด
1.การนัดหมายผู้ป่วยรายใหม่	- ข้อมูลที่ผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นต้องนำมาวันนัดหมาย - การตรวจสอบสิทธิการรักษา	1. ข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ถูกคน ครบถ้วน 2. พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งให้คำแนะนำเรื่องการนัดหมาย เอกสารที่ต้องนำมาวันพบแพทย์ เช่น ผลตรวจชิ้นเนื้อพร้อมSlide Block/ ผลตรวจทางรังสีวิทยาพร้อมแผ่นCD / ใบสรุปประวัติการรักษา (กรณี ผู้ป่วยส่งต่อ )	1. อัตรา ข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ครบถ้วน $\geq$ 95 % 2. อัตราการเตรียมเอกสารถูกต้อง ครบถ้วน $\geq$ 99 %
2.การนัดหมายผู้ป่วยที่มีความประสงค์ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ((Esophagogastroduodenoscopy: EGD) )	- ความถูกต้องการซักประวัติโรคเดิมของผู้ป่วย - การประสานงานนัดหมายผู้ป่วยให้บริการแบบOne stop service	1.พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง ซักประวัติ และประเมินผู้ป่วยที่มาขอนัดหมายตรวจคัดกรอง - มีข้อบ่งชี้ที่ต้องพบแพทย์ นัดพบแพทย์เพื่อประเมินอาการ - ไม่มีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์ นัดหมายทำ EGD ตามระบบคิว	1. อัตราการประสานงานนัดหมายผู้ป่วยถูกต้อง $\geq$ 95 % 2.อัตราการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ทำEGD

กระบวนการ	ข้อกำหนด	การออกแบบ	ตัวชี้วัด
		2.พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ทำEGD 3.พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งให้ คำแนะนำเรื่องสถานที่ตรวจ และค่าใช้จ่าย 4.ผู้ช่วยพยาบาลประจำคลินิกโรคมะเร็ง กระเพาะอาหารส่งรายชื่อให้แพทย์และ เจ้าหน้าที่ห้องส่องกล้อง 5. พยาบาล/ ผู้ช่วยพยาบาลหน่วยตรวจ ผู้ป่วยนอกมะเร็ง จัดเก็บสถิติ ส่งให้แพทย์ วิเคราะห์ ข้อมูลทุก 3 เดือน	ถูกต้อง $\geq 95\%$
3.การจัดการก่อนการตรวจ	- ความถูกต้องของการ ระบุผู้ป่วย - ความถูกต้องเอกสาร ครบถ้วน	1. การวัดสัญญาณชีพ/ น้ำหนัก/ ส่วนสูง ครบถ้วน ถูกต้อง 2. การประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยที่มี REWs score 4. การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะ เร่งด่วน 5. จัดการเตรียมเอกสาร 6. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการรายงาน ครบถ้วน	1.การบันทึกสัญญาณ ชีพ ครบถ้วน ถูกต้อง $\geq 99\%$ 2. อัตราการคัดกรอง ผู้ป่วยที่มีจำเป็น เร่งด่วนได้รับการตรวจ ในเวลาที่เหมาะสม $\geq 90\%$ 3. อัตราการเตรียม เอกสารถูกต้อง ครบถ้วน $\geq 99\%$
4.การจัดการหลังการตรวจ	- ความถูกต้องของการ จำหน่าย	1. เจ้าหน้าที่ธุรการ/ ผู้ช่วยพยาบาลคีย์คำสั่ง การนัดหมายพร้อมคำสั่งการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ/ ค่าบริการ 2. พยาบาลทวนสอบคำสั่งการรักษาของ แพทย์ และเอกสารหลังการตรวจ 3. พยาบาลแนะนำผู้ป่วยและญาติ	1. อัตราความถูกต้อง ของการจำหน่ายผู้ป่วย $\geq 99\%$ 2. อัตราการส่งต่อ ผู้ป่วยไปหน่วยบริการ อื่นถูกต้อง $\geq 95\%$ 3. อัตราการให้ คำแนะนำผู้ป่วยและ ญาติถูกต้อง $\geq 95\%$

กระบวนการ	ข้อกำหนด	การออกแบบ	ตัวชี้วัด
5.การจัดการทำหัตถการ เช่น ทำแผล เปลี่ยนสายให้อาหาร หัตถการส่องกล้อง (EGD )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความถูกต้องของการระบุผู้ป่วย</li> <li>- การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์</li> <li>- ทำหัตถการตามมาตรฐาน</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทำหัตถการตามหลัก aseptic technique</li> <li>2. ประเมินผู้ป่วยขณะทำหัตถการ</li> <li>3. ประเมินสัญญาณชีพตามหัตถการเฉพาะ</li> <li>4. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยเหลือกรณีมีเหตุฉุกเฉินขณะทำหัตถการ</li> <li>5. การจัดการสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการถูกต้อง</li> <li>6. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังทำหัตถการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราความคลาดเคลื่อนในการทำหัตถการ น้อยกว่าร้อยละ 0.01</li> <li>2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ น้อยกว่าร้อยละ 0.01</li> </ol>
6.การผ่าตัดทางหน้าท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การระบุตัวตนผู้ป่วยถูกต้อง</li> <li>-คำสั่งการเตรียมผ่าตัดของแพทย์ถูกต้อง</li> <li>- ความถูกต้องครบถ้วนเอกสารผู้ป่วย</li> <li>-แพทย์ให้ข้อมูลทางหน้าท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนะนำ การฝึกการหายใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอดภายหลังการผ่าตัด</li> <li>2. แนะนำเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>3. แนะนำการใช้อุปกรณ์ขยายปอดเมื่อมีภาวะถุงลมปอดแฟบ</li> <li>4. แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดทางหน้าท้องและการผ่าตัดผ่านกล้อง</li> <li>5. การระบุตัวตนผู้ป่วยถูกต้อง</li> <li>6. คำสั่งการเตรียมผ่าตัดของแพทย์ถูกต้อง</li> <li>7. เอกสารผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ถูกต้องครบถ้วน</li> <li>8. ผู้ป่วยได้รับการประเมินจากวิสัญญีแพทย์ร่วมกับทีมแพทย์ผ่าตัด</li> <li>9. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลการผ่าตัดและได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย/จิตใจ</li> <li>10. การผ่าตัดถูกต้อง ปลอดภัย ตามมาตรฐานระดับสากล</li> <li>11. การดูแลหลังการผ่าตัดทางปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ</li> <li>12. การให้คำแนะนำการดูแลหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราความถูกต้องในการเตรียมผ่าตัด ร้อยละ 100</li> <li>2. อัตราความถูกต้องในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว <math>\geq</math> 95 %</li> <li>3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดน้อยกว่าร้อยละ 0.01</li> <li>4. อัตราการเลื่อนผ่าตัด</li> <li>5. อัตราการให้คำแนะนำการดูแลหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ร้อยละ 100</li> </ol>
6.กระบวนการประเมินและดูแลก่อนและระหว่างผ่าตัดของทีมสหสาขา	1.การผ่าตัดถูกคน ถูกตำแหน่ง	<b>ก่อนผ่าตัด</b> ทีมวิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัดมีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินสภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย ความพร้อมในการผ่าตัด และ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการทำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดในส่วน preoperative nursing record 100%</li> </ol>

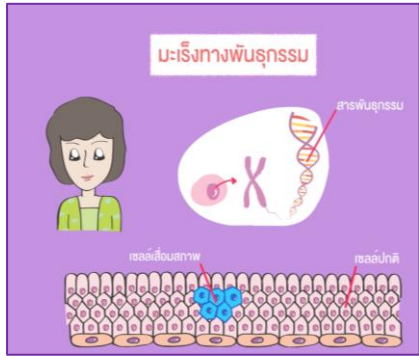
กระบวนการ	ข้อกำหนด	การออกแบบ	ตัวชี้วัด
	<p>2. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการให้ยา ระวังความรู้สึกและภาวะฉุกเฉินในระบบทางเดินหายใจ</p> <p>3.เตรียมความพร้อมสำหรับการตกเลือดหรือสูญเสียเลือดจำนวนมาก</p> <p>4.หลีกเลี่ยงการแพ้ยา</p> <p>5. ลดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด</p> <p>6.ป้องกันวัสดุแปลกปลอม เครื่องมือหรือผ้าซับเลือด ค้างในบริเวณผ่าตัด</p> <p>7.ยืนยัน ความถูกต้องของเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาเพื่อตรวจ</p> <p>8.มีการถ่ายทอดข้อมูลในภาวะวิกฤติของผู้ป่วยกับผู้ร่วมรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>9.การประสานงานในการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์ผู้ทำหัตถการ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลในห้องผ่าตัดอย่างเป็นระบบ</p>	<p>ประเมินการให้ป้องกันการเกิดภาวะ VTE ในระหว่างผ่าตัดรวมทั้งการหยุดให้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด</p> <p><b>ระหว่างผ่าตัด</b> มีการทำกระบวนการ surgical safety checklist ร่วมกัน ระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด</p> <p>แบ่งเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patient identification มีการระบุตัวผู้ป่วย โรค การผ่าตัด อย่างถูกต้องครบถ้วน</li> <li>2. Sign in ก่อนให้การระงับความรู้สึก</li> <li>3. Time out ก่อนเริ่มลงมีดผ่าตัด</li> <li>4. Sign out ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด</li> </ol> <p>โดยในกระบวนการการทำ Surgical safety checklist มีความเสี่ยงของการเกิดภาวะ VTE และการให้การป้องกันโดยการใส่ IPC ในระหว่างผ่าตัด</p>	<p>2. มีการทำแบบบันทึกการดูแล Preanesthetic Assessment Record 100%</p> <p>1.มีการทำกระบวนการ surgical safety checklist ในห้องผ่าตัดร่วมกัน ระหว่างศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัด 100%</p> <p>2.มีการทำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดใน ส่วน Intraoperative nursing record 100%</p> <p>3.มีการทำแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัดใน ส่วน Postoperative nursing record 100%</p>
การรักษาด้วยเคมีบำบัด	<p>- คำสั่งการรักษา ถูกต้อง</p> <p>- ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูลถูกต้อง</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิดของยา สูตรยา ระยะเวลาและวิธีการให้ยา</li> <li>2. อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและการดูแลตนเอง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คำสั่งการรักษาของแพทย์ถูกต้อง <math>\geq 95\%</math></li> <li>2. การตรวจประเมินความพร้อมก่อนให้ยาถูกต้อง <math>\geq 95\%</math></li> </ol>

กระบวนการ	ข้อกำหนด	การออกแบบ	ตัวชี้วัด
		3. คำแนะนำเกี่ยว การดูแลตนเองก่อน และ หลังการให้เคมีบำบัด 4. การตรวจประเมินความพร้อมทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยก่อนให้เคมีบำบัด 5. มีการทวนสอบคำสั่งการรักษาโดย เภสัชกรคลินิกและ APN 6. การนัดหมายถูกต้องตามสูตรยา 7. มีการติดตามและป้องกันผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypersensitivity	3. ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูลถูกต้อง $\geq$ 99 %

## 5.2 มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะที่เข้าใจง่าย มีสื่อประกอบตามความเหมาะสม มีการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ทีมมีการสอนและฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ การเตรียมตัวเพื่อการตรวจวินิจฉัย การรักษาโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด ยาพุ่งเป้า รังสีรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการรักษาโรคมะเร็ง ภาวะอาหาร อย่อย ต่อเนื่องจนถึงสิ้นสุดการรักษา มีเอกสารคำแนะนำการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้ (เอกสารแนบ 11 )

- 5.2.1 คู่มือความรู้ผู้ป่วยมะเร็งกับความปวด
- 5.2.2 คู่มือความรู้การดูแลตนเองขณะได้รับยาเคมีบำบัด
- 5.2.3 คู่มือความรู้ การให้อาหารทางหน้าท้อง
- 5.2.4 คู่มือความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร
- 5.2.5 วิดีทัศน์เรื่องผู้ป่วยมะเร็งกับยาภูมิคุ้มกันบำบัด
- 5.2.6 วิดีทัศน์เรื่องผู้ป่วยมะเร็งกับยาพุ่งเป้า
- 5.2.7 วิดีทัศน์เรื่อง Basic CA Nutrition
- 5.2.8 วิดีทัศน์เรื่อง การส่องกล้องตรวจคัดกรอง
- 5.2.9 วิดีทัศน์เรื่อง RAMA APP
- 5.2.10 วิดีทัศน์เรื่อง ผู้ป่วยมะเร็ง รักษาได้ทุกที่ผ่านโครงการ CANCER ANYWHERE



### 5.3. มีการประเมินความต้องการการดูแล (healthcare need) ที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย

ทีมสหสาขา มีการประเมินและติดตามอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา ตามรูปแบบแผนการรักษา ที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อกลับบ้าน และประเมินความต้องการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของผู้ป่วยและครอบครัว ทุกครั้งที่เข้ารับบริการ ตามคลินิกต่างๆ ตลอดจนการติดตามปัญหาที่พบว่าผู้ป่วยมารับบริการก่อนนัดหมาย

#### 5.3.1 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านกระบวนการผ่าตัด

- การพักผ่อน / การออกกำลังกาย / อาหาร
- ชนิดของยา ขนาดยา เวลาและวิธีการใช้
- การให้อาหารทางสายยางผ่านจมูก หรือ การให้อาหารผ่านสายยางทางหน้าท้อง
- การดูแลแผลผ่าตัด / การมาตรวจตามนัด และการรักษาต่อเนื่อง

#### 5.3.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด / ยามุ่งเป้า (Targeted therapy) / การรักษาด้วยยาที่ออกฤทธิ์เพิ่มการ

ทำงานของภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Immunotherapy)

- อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและการดูแลตนเอง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน / เบื่ออาหาร การลดการทำงานของไขกระดูก เช่น มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ ภาวะซีด ปากเจ็บ / ปากเป็นแผล / เยื่อช่องปากอักเสบ / อาการทางผิวหนัง เช่น ผื่นแดง ผื่นคล้ายสิ่ว
- อาหารที่มีประโยชน์ ปรุงสุกสะอาด และ อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น อาหารรสจัด ของดอง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ / ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร
- ทำงาน / อยู่ร่วมกับผู้อื่น / เข้าสังคม ได้ตามปกติ
- การมาตรวจตามนัด และการรักษาต่อเนื่อง
- อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด
- การตัดสินใจหยุดยา ใช้ยาสมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกควรปรึกษาแพทย์ก่อน
- วิธีและ การรับประทานยาตามกำหนดเวลา ในรายที่ใช้ยาชนิดรับประทาน
- การแนะนำการงดใช้ยาสมุนไพร กล้วยชา ยาสมุนไพรที่มีผลลดประสิทธิภาพของยา
- การติดต่อโรงพยาบาลเมื่อสงสัยการเกิดผลข้างเคียงจากยา



### 5.3.5 การรักษาด้วยการฉายรังสี

- การดูแลตนเองระหว่างรักษาด้วยการฉายรังสี
- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- พักผ่อน ให้พอเพียง
- การดูแลผิวหนัง ไม่ควรทาโลชั่นบริเวณฉายรังสี
- ระวังการลื่นล้มบนเครื่องหมายที่แพทย์ขีดไว้ สามารถอาบน้ำได้ ผิวบริเวณฉายรังสีควรดูแลให้แห้ง
- ทำงาน / อยู่ร่วมกับผู้อื่น / เข้าสังคม ได้ตามปกติ
- การมาตรวจตามนัด และการรักษาต่อเนื่อง

### 5.4. มีการประเมินความพร้อม ความเต็มใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

ทีมสหสาขา มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทุกขั้นตอนของกระบวนการรักษาโดยทีมแพทย์เฉพาะทาง พยาบาล เภสัชกร ตลอดจนการประเมินความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลตนเองระหว่างรับการรักษา

### 5.5. ผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการร่วมกันจัดทำ self-management plan ตามความต้องการการดูแลครอบคลุม การดูแลต่อเนื่อง ทักษะที่ต้องทำด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

ทีมสหสาขา มีการจัดทำหนังสือคู่มือต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเอง และปฏิบัติตนได้ถูกต้องตลอดจน การนำผลงานจากการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยมาปฏิบัติเป็นงานประจำ (ตามเอกสารแนบ CQI และอ้างอิง ตอนที่ III-3. การวางแผนดูแลผู้ป่วย และการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวขณะรอรับบริการ )

นอกจากนี้ทีมสหสาขายังร่วมกันจัดทำวิดีโอทัศน์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวขณะรอรับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วย นอกมะเร็ง2 ( เอกสารแนบ 11 วิดิทัศน์)

### วิดีโอทัศน์ ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวขณะรอรับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง



## 5.6. มีการฝึกฝนทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประเมินความสามารถในการปฏิบัติ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาต่างๆ เช่น ผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด ยามุ่งเป้า ทีมผู้ดูแลในแต่ละหน่วยที่ผู้ป่วยรับบริการจะมีการให้คำแนะนำฝึกทักษะต่างๆที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนมีการติดตามประเมินความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

### ตอนที่ III-6. การดูแลต่อเนื่อง

#### 6.1. ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากสถานพยาบาล ได้รับการส่งต่อ ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าและปรับแผนการดูแลเป็นระยะอย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยในจะมีการนัดหมายติดตามอาการ/ นัดหมายรับการรักษาต่อเนื่อง ตลอดจนมีการปรับแผนการดูแลตามการดำเนินของโรคที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างเหมาะสม โดยผ่านการประชุมวิชาการรูปแบบ TUMOUR CONFERENCE ทุกวันพฤหัสบดี 13.00-15.00น

##### 6.1.1 การติดตามผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะอาหารของทีมศัลยแพทย์

การติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะ อาจมีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขึ้นกับความเสี่ยงของการเกิดโรคกลับเป็นซ้ำและ ระยะของโรค ปัจจัยเรื่องภูมิลำเนา การเดินทาง ดังนี้

- นัดตรวจเพื่อซีดีวิตามินบี12 (1 amp ) ทุก 6-12เดือนตลอดไป เนื่องจากการตัดกระเพาะอาหารจะทำให้การดูดซึมวิตามินบี12 เสียไป เนื่องจากกระเพาะอาหารจะผลิตสาร Intrinsic factor ที่เป็นตัวจับพาวิตามินไปดูดซึมที่ลำไส้เล็กส่วนปลาย ( Terminal ileum )

- ชักประวัติและตรวจร่างกาย ทุก 3 -4เดือน เป็นเวลา 1 ปี ทุก 6 เดือน ในปีที่ 2 และทุก 6 เดือน จนครบ 5 ปี

- ตรวจค่า CEA และ CA-19-9ทุก 3-4 เดือน เป็นเวลา 2-3 ปี และทุก 6 เดือน จนครบ 5 ปี

- ตรวจส่องกล้อง Gastroscope หลังผ่าตัด 1 ปี จนครบ5 ปี หลังจากนั้นตรวจทุก 3 ปี

- การตรวจ CT CHEST และ ABDOMEN ทุก 6-12 เดือน เป็นเวลา 2-3 ปี หลังจากนั้นตรวจทุก 1ปี จนครบ 5 ปี

หลังจาก 5ปี จะทำเมื่อมีอาการหรือ สงสัยการกลับเป็นซ้ำ เช่น ค่ามะเร็งสูงขึ้น

##### 6.1.2 การติดตามอาการและการเฝ้าระวังผู้ป่วยของทีมมะเร็งวิทยา

- ชักประวัติและตรวจร่างกาย

- แพทย์พิจารณานัดผู้ป่วยมา ติดตาม ประเมิน อาการจากโรค ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดก่อน

การรักษาในรอบการรักษาถัดไป ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

- การตรวจ CT CHEST / ABDOMEN ตามรอบให้ยา และ สอดคล้องกับการนัดหมายทางศัลยกรรม

### 6.1.3 การติดตามอาการและเฝ้าระวังผู้ป่วยของทีมนักสัตววิทยา

- ระหว่างฉายรังสี นัดตรวจสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินผลข้างเคียงเฉียบพลันระหว่างการฉายรังสี
- หลังการรักษาเสร็จสิ้น ดูแลร่วมกับทีมสหสาขา /ติดตามการตอบสนอง การกลับเป็นซ้ำ

และผลข้างเคียงระยะยาวหลังการฉายรังสี

### 6.2. มีการส่งต่อข้อมูลให้แก่สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลต่อเนื่อง

กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่บริการใกล้บ้าน จะมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านเอกสารและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น

6.2.1 ผู้ป่วยที่รับการรักษาครบตามแผนการรักษาสามารถติดตามอาการได้จากสถานพยาบาลใกล้บ้าน

6.2.2 ผู้ป่วยที่สถานพยาบาลใกล้บ้านสามารถให้บริการรักษาโรคมะเร็งกระเพาะอาหารได้ตามมาตรฐานและผู้ป่วย/ครอบครัวมีความประสงค์จะขอรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากมีปัญหาด้านผู้ดูแล การเดินทาง หรือ ด้านเศรษฐกิจ

6.2.3 ผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีความประสงค์จะไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านหรือดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทีมจะมีการประสานงานศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลแบบประคับประคองเพื่อติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ทีมประคับประคองจะทำการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว มีแผนการจำหน่ายชัดเจน หากพบว่าต้องมีการส่งต่อการดูแลไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือชุมชนตามความเหมาะสม จะทำการสรุปแผนการรักษา เป้าหมายการดูแลของทีม และเป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งประเด็นปัญหาที่ต้องติดตามให้การช่วยเหลือไปยังเครือข่ายที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลแบบประคับประคอง ส่งต่อข้อมูลโดยการเอกสารร่วมกับการติดต่อทีมประคับประคองที่สถานพยาบาลใกล้บ้านในรายละเอียดของประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และมีการติดตามผู้ป่วย เรื่องการส่งต่อจนผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน

## ตอนที่ IV ผลลัพธ์

ตอนที่ IV-1. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านผลลัพธ์และกระบวนการ และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่แข่งที่เหมาะสม ปรับแผนการดูแลเป็นระยะอย่างเหมาะสม

### 4.1. ผลลัพธ์ตัวชี้วัดสำคัญด้านกระบวนการบริการ

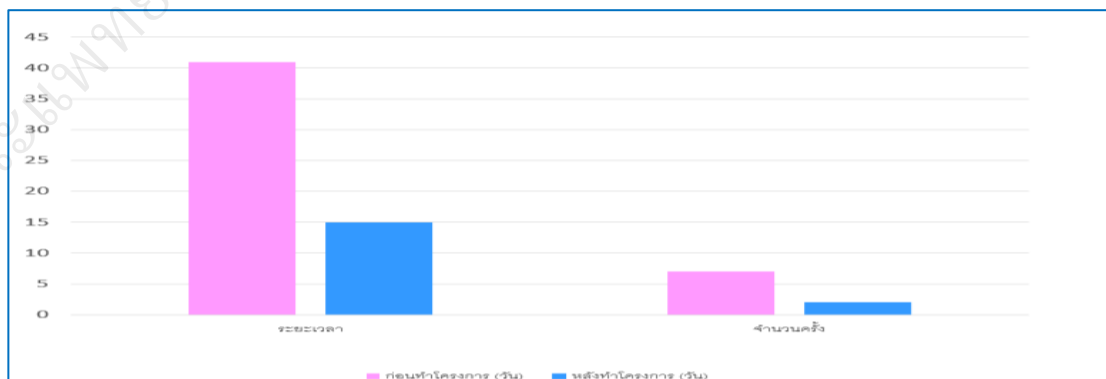
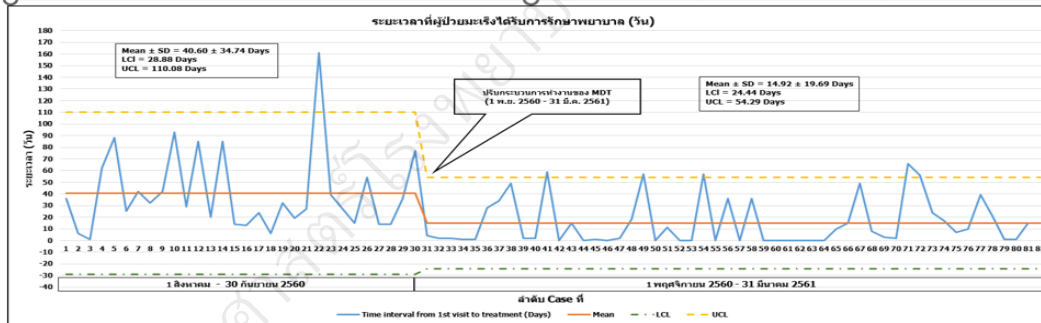
#### 4.1.1 MDT Clinic รูปแบบใหม่ของการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง

วัตถุประสงค์ของการพัฒนา - ลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการการรักษา

- ลดจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ของโครงการ

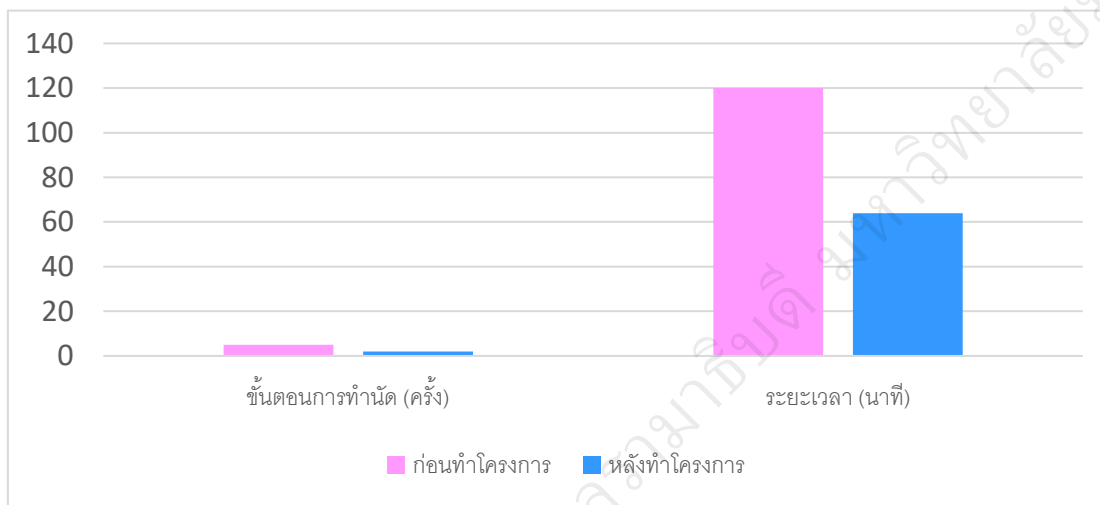
ตัวชี้วัดของโครงการ	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ปี)	
		กลุ่มควบคุม (Control) N=30	กลุ่ม MDT Clinic (N=52)
1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการรักษา* (จำนวนวัน)	ลดเวลา	(41 วัน) 40.60 ± 34.74 วัน	(15 วัน) 14.92 ± 19.69 วัน
2. จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการ** (ครั้ง)	ลดจำนวน Visit	(7 ครั้ง) 6.67 ± 3.68 ครั้ง	(2 ครั้ง) 1.40 ± 1.84 ครั้ง



#### 4.1.2 โครงการ เพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการนัดหมายและให้สำรน้ำผู้ป่วยก่อนทำ CT Scan

- วัตถุประสงค์
- เพื่อลดขั้นตอนในกระบวนการทำนัดหมาย
  - เพื่อลดการเคลื่อนที่/การเดินทางไปมาของผู้ป่วย (Unnecessary motion)


##### ผลลัพธ์ของโครงการ



กระบวนการ(Process)	การสูญเปล่า (Waste)	ตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (Target)	ก่อน ดำเนินการ	หลัง ดำเนินการ
ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยต้องเดินกลับ ไปมา เพื่อทำนัดระหว่างหน่วยตรวจผู้ป่วย นอกกะเรีง (OCC2)และหน่วยตรวจ CT scan (AIMC)	Motion	การเคลื่อนที่ (ครั้ง)	ลดลง	4-5	2
		ระยะเวลา (นาที)	ลดลง	120	55
มีการส่งต่อข้อมูลหลายขั้นตอน	Excess Processing	จำนวนขั้นตอน	ลดลง	3-5	3
ภาพรวมของทั้งกระบวนการ	Motion	การเคลื่อนที่ (ครั้ง)	ลดลง	4-5	2
		ระยะเวลา (นาที)	ลดลง	120	55
	Excess Processing	จำนวนขั้นตอน	ลดลง	12-15	12-13

ผลลัพธ์ของโครงการ เพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการนัดหมายและให้สารน้ำผู้ป่วยก่อนทำ CT Scan (ต่อยอด )

- มีการพัฒนาคำสั่งการรักษา Pre-Post Standing Order ภายใต้การตรวจสอบของอายุรแพทย์โรคไต
- แพทย์เจ้าของไข้สามารถส่งคำรักษาโดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต
- ลดภาระงานบางส่วนของอายุรแพทย์โรคไต ทำให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
รพ.รามาธิบดี OCC2  
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกตึก 2  
คลินิก ๓ เวชศาสตร์

HN \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_

ตรวจหาความเสี่ยงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด ไตวายเฉียบพลัน จากการทำ CT Hydration

Cr \_\_\_\_\_ mg/dL , eGFR \_\_\_\_\_ mL/min/1.73m<sup>2</sup> (date \_\_\_\_\_ )

eGFR > 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup> หากไม่มีดื้อยา เช่น metformin, ACEI, ARB, Diuretics, NSAIDs

eGFR 30-60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>

ให้สารน้ำก่อนและหลังทำ CT with contrast sac ให้ iso-osmolar contrast ปริมาณ 1 ลิตร  
 เป็นจุดดูแลที่มีเฉพาะกึ่งกลาง nephrologist เช่น การนำน้ำในกรณีไม่มี

eGFR ≤ 30 mL/min/1.73m<sup>2</sup> ปรึกษา nephrologist

สรุปในการให้สารน้ำก่อนทำ CT with contrast

7.5 % NaHCO<sub>3</sub> 150 ml + 5% D W 850 ml 3r drip rate (3 cc/kg) \_\_\_\_\_ mL/hr เริ่มทำ CT 1 ชั่วโมง  
sac ให้ rate. (1 cc/kg) \_\_\_\_\_ mL/hr หลังทำ CT 6 ชั่วโมง

0.9 % NaCl 1,000 ml rate (1cc/kg) \_\_\_\_\_ mL/hr เริ่มทำ CT 6 ชั่วโมง sac หลังทำ CT 6 ชั่วโมง

ยาอื่นๆ  Acetylcysteine ( 600 ) \_\_\_\_\_ tabs PO \_\_\_\_\_

Prednisolone ( 5 mg ) \_\_\_\_\_ tabs PO \_\_\_\_\_

Investigation หลังทำ CT  ตรวจ Cr , lab ขึ้น ระบุ \_\_\_\_\_ หลังทำ CT \_\_\_\_\_ วัน

Follow Up Date  ไม่มี  นัด ระบุ \_\_\_\_\_  ขึ้นแพทย์เจ้าของไข้

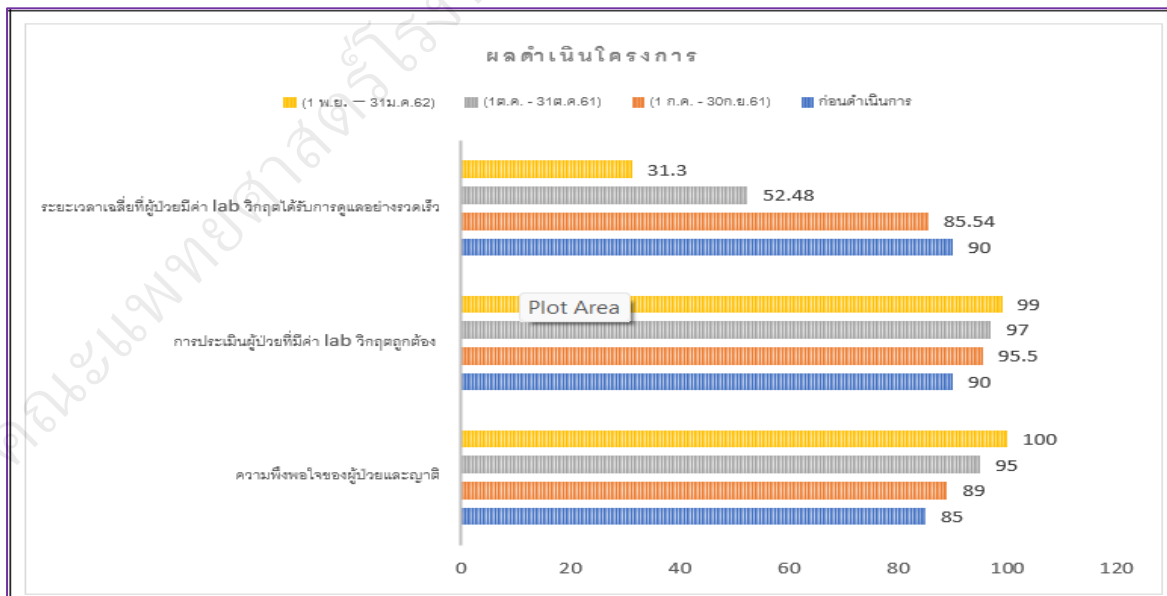
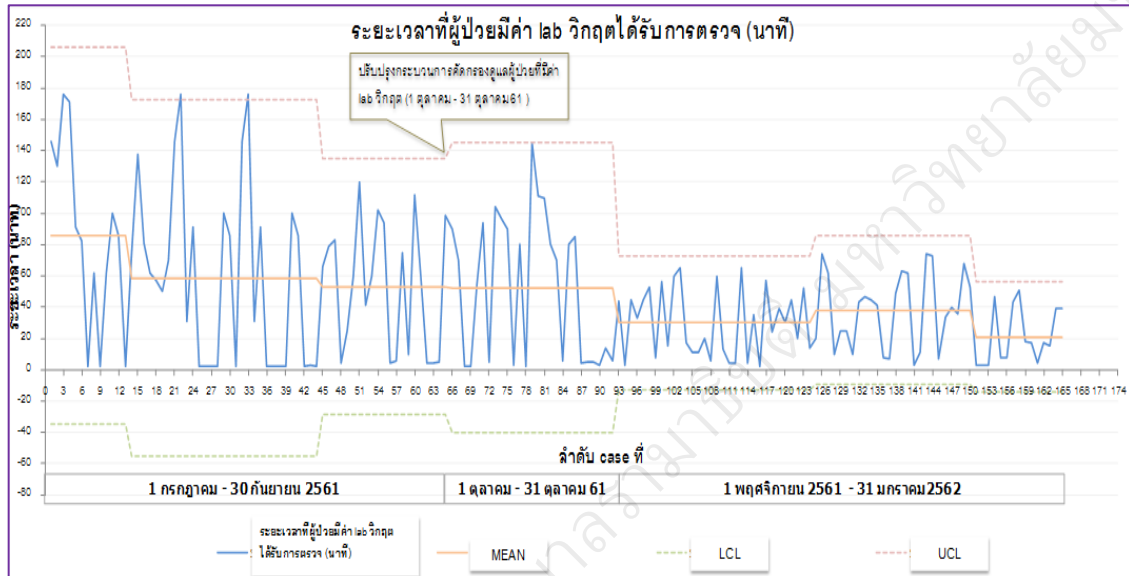
ยาที่ใช้ปัจจุบัน และควรหยุดก่อนทำ CT

1. Metformin	<input type="checkbox"/> ใช้น	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้น	<input type="checkbox"/> หยุดยา _____ วัน
2. ACEI/ARB	<input type="checkbox"/> ใช้น	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้น	<input type="checkbox"/> หยุดยา _____ วัน
3. Diuretics	<input type="checkbox"/> ใช้น	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้น	<input type="checkbox"/> หยุดยา _____ วัน
4. NSAIDs	<input type="checkbox"/> ใช้น	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้น	<input type="checkbox"/> หยุดยา _____ วัน

#### 4.1.3 โครงการ Rapid response for 2P Safety in OCC

- วัตถุประสงค์**
- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผล lab วิกฤตได้รับการประเมินอย่างถูกต้อง ปลอดภัย
  - เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีผล lab วิกฤตได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว
  - เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการของผู้ป่วยและญาติ

#### ผลลัพธ์ของโครงการ



4.1.4 โครงการ: พัฒนาระบบการนัดหมายและการให้คำแนะนำผู้ป่วยส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร

วัตถุประสงค์

- อัตราการได้รับคำแนะนำถูกต้อง(ผู้ป่วยไม่ถูกเลื่อนนัด)
- อัตราการได้รับการนัดหมายส่งกล้องภายในวันตรวจของผู้ป่วย
- ความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับมาก/ มากที่สุด

ผลลัพธ์ของโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ		
		ก่อนการดำเนินการ มิ.ย. 60 - ธ.ค. 61	ปรับปรุงรอบที่ 1 1 ม.ค. 62 – 31 ก.ค. 62 N=45	ปรับปรุงรอบที่ 2 1ส.ค. 62 – 31 ม.ค. 63 N=66
1. อัตราการได้รับคำแนะนำถูกต้อง(ผู้ป่วยไม่ถูกเลื่อนนัด)	เพิ่มขึ้น	ไม่ได้เก็บข้อมูล	95.56%	100%
2. อัตราการได้รับการนัดหมายส่งกล้องภายในวันตรวจของผู้ป่วย (มาพบแพทย์ครั้งเดียวก่อนการส่งกล้อง)	เพิ่มขึ้น	ไม่ได้เก็บข้อมูล	26.67%	100%
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการระดับมาก/ มากที่สุด	> 80%	88.7%	92.86%	93.80%



#### 4.1.5 โครงการ การบริหารจัดการความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างเหมาะสม

- วัตถุประสงค์**
- เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถประเมินความปวดได้ด้วยตนเอง > 95%
  - มีระบบการคัดกรอง cancer pain screening ในผู้ป่วยทุกราย (อัตราการคัดกรอง cancer pain > 90%)
  - เพื่อพัฒนาการดูแลจัดการความปวด (effective pain management) ในผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม  $\geq 90\%$
  - ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อบริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งต่อการจัดการความปวด  $\geq 95\%$

#### ผลลัพธ์ของโครงการ



#### 4.1.6 โครงการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่บ้าน

- วัตถุประสงค์**
- เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้ใช้ชีวิตที่เหลือหรือเสียชีวิต ที่บ้านตามความประสงค์
  - เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแก่ครอบครัว
  - เพื่อลดการมาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินในผู้ป่วยระยะท้าย

#### ผลลัพธ์ของโครงการ

ตารางที่ 1 แสดงตัวชี้วัดตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ปี)		
		ก่อนดำเนินการ	หลัง	
			1 พ.ค. - 31 ธ.ค. 2562	1 ม.ค. - 30 เม.ย. 2563
1. อัตราผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้เสียชีวิตที่บ้านตามความประสงค์ (ร้อยละ)	100	ไม่ได้เก็บข้อมูล (N = 28 ราย)	100 (N = 10 ราย)	
2. อัตราความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านของครอบครัว (ร้อยละ) (คำนวณจากข้อมูลตัวชี้วัดที่ 4)	100	ไม่ได้เก็บข้อมูล (N = 142 ครั้ง)	98.88 (N = 89 ครั้ง)	
3. อัตราการลดการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ร้อยละ) * คำนวณจากข้อมูลผู้ป่วยมารับบริการแผนกฉุกเฉินตามตารางที่ 2	90	ไม่ได้เก็บข้อมูล	80.77	86.96
4. ** จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวติดต่อพยาบาลเจ้าของไข้เพื่อขอคำปรึกษาและคำแนะนำ (ครั้ง)	-	ไม่ได้เก็บข้อมูล	142	89

\*\* วัดจาก การติดตามทางโทรศัพท์ /Application Line จำนวนครั้งที่ผู้ป่วย/ครอบครัวสอบถามความโรงพยาบาลหรือไม่

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน

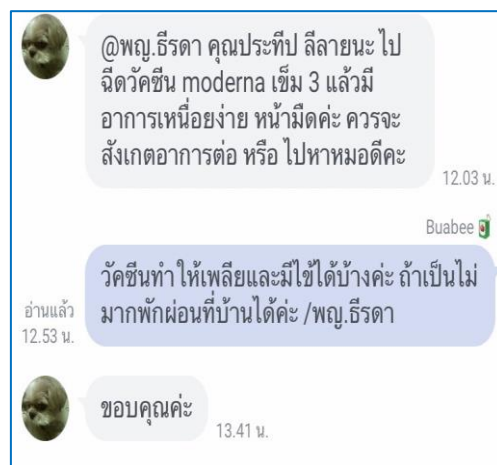
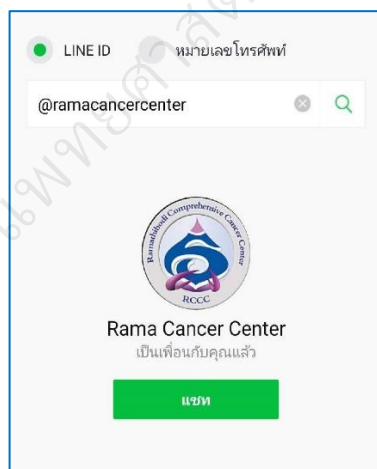
ระยะเวลา	ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ครั้ง)		อัตราการลดการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (ร้อยละ)
	ก่อนส่งปรึกษา RPEC	หลังส่งปรึกษา RPEC	
1 พ.ค. - 31 ธ.ค. 2562	52	10	80.77
1 ม.ค. - 30 เม.ย. 2563	23	3	86.96

1.1.7 โครงการ Integrating Social Media in Oncology outpatient service during the COVID-19 pandemic

- วัตถุประสงค์**
- เพิ่มจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเข้าใช้ line official
  - เพิ่มการใช้งานการส่งผลทางห้องปฏิบัติการ สำหรับการตรวจทางไกล (Telemedicine)
  - ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้
  - เพิ่มความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้บริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง

**ผลลัพธ์ของโครงการ**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ครั้งที่ 1 (ก.ย. - พ.ย. 63)	ผลดำเนินการ		
			หลังดำเนินการ/ติดตามผล		
			ครั้งที่ 2 (ม.ค. - เม.ย. 64)	ครั้งที่ 3 (พ.ค. - ส.ค. 64)	ครั้งที่ 4 (ก.ย. - ธ.ค. 64)
จำนวนผู้ป่วยมะเร็งเข้าใช้ line official รายใหม่	> 100 ราย/เดือน	68	82	185	134
อัตราความสามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเบื้องต้นได้	> 70% (ผู้ป่วยทั้งหมด)	95.5%	78.94	80.91	82.25
อัตราการใช้งานส่งผลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ สำหรับการตรวจทางไกล	> 50% (ผู้ป่วย Telemedicine)	ไม่ได้เก็บข้อมูล	41.7% (N=509)	68% (N=1,959)	48.7% (N=3,497)
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้บริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	> 80%	93.40	97.46	93.34	96.10



4.1.8 ตัวชี้วัดและผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

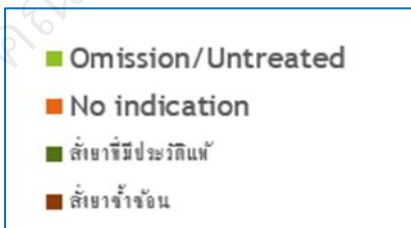
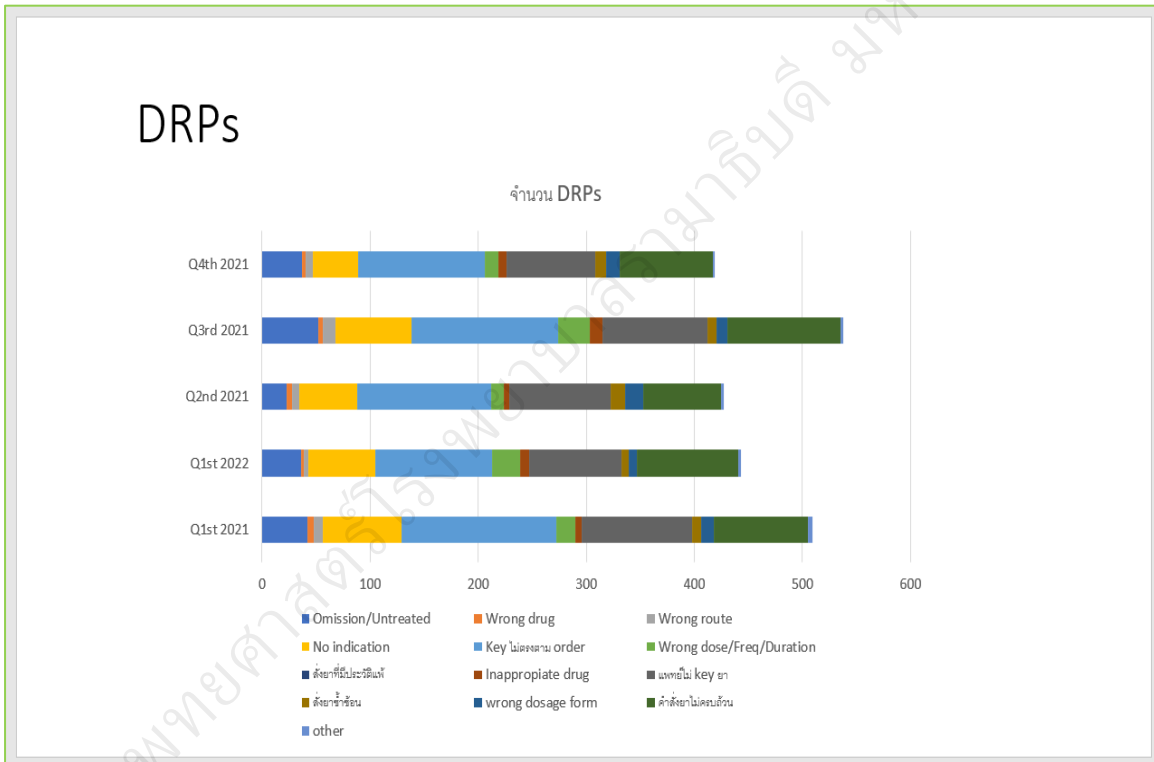
ตัวชี้วัดและผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร				
KPI	ค่าเป้าหมาย	ผลลัพธ์		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
<b>1.ด้านบริการ</b>		ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1.1 อัตราผู้ป่วยได้รับข้อมูล เรื่องโรคและแผนการรักษา	100	100	100	100
1.2 อัตราผู้ป่วยได้รับการสอนการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด	100	100	100	100
1.3 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเข้าถึงบริการ	≥ 80	88	95	99
<b>2.ด้านความถูกต้องเหมาะสม</b>				
2.1 อัตราการให้ข้อมูลการเตรียมตัวส่งกลัองระบบทางเดินอาหารถูกต้อง	≥ 80	84	91	96
2.2 อัตราการสอนผู้ป่วยและญาติดูแลแผลผ่าตัดและสายให้อาหารทางหน้าท้อง	100	100	100	100
2.3 อัตราการความสามารถของญาติในการให้อาหารทางสายหน้าท้องอย่างถูกต้อง	≥ 80	82	88	96
2.4 อัตราผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับยาเคมีบำบัด	100	100	100	100
<b>3.ด้านความปลอดภัย</b>				
3.1 อัตราความถูกต้องของคำสั่งการรักษาการผ่าตัด	≥ 99	100	100	100
3.2 อัตราความถูกต้องของคำสั่งการรักษาด้านเคมีบำบัด	≥ 99	100	100	100
3.3 อัตราความถูกต้องการบริหารยาเคมีบำบัด	≥ 99	100	100	100
3.4 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อน/ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หรือการทำหัตถการ	<0.01	0	0	0
3.5 อัตราการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนได้รับการตรวจในเวลาที่เหมาะสม	≥ 90	96	98	99
<b>4 ด้านการดูแลต่อเนื่อง</b>				
4.1 อัตราการติดตามผู้ป่วย Loss FU	≥ 80	88	90	94
4.2 ผู้ป่วยได้รับการนัดหมายดูแลต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาถูกต้อง	≥ 95	96	100	100

4.1.9 ผลลัพธ์ด้านบริการของเภสัชกรคลินิก (Oncology ambulatory care clinic \*\* ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยทั้งหมดของคลินิกมะเร็งวิทยา )

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง เหมาะสม
- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา
- ส่งเสริมการใช้ยาให้สมเหตุสมผลตรงตามแนวทางการรักษา
- ผู้ป่วยมีความรู้เบื้องต้นในการปฏิบัติตัวระหว่างการรักษา
- เพื่อให้ผู้ป่วยมี nutritional status ที่ดีในระหว่างการรักษา

สถิติ MED ERROR ระดับ NEAR MISS (ได้รับการแก้ไขก่อนถึงผู้ป่วย )



## 4.2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดสำคัญด้านคลินิก

### 4.2.1 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยกระบวนการผ่าตัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1.อัตราการระบุตัวตนผู้ป่วยถูกต้อง	100%	100%	100%	100%
2.อัตราการผ่าตัดผิดตำแหน่ง	0%	0%	0%	0%
3.อัตราการเกิดภาวะเลือดออกในช่องท้องหลังผ่าตัด ต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำภายใน 24 ชม.	<0.01% *ตามนโยบายคณะ	0%	0%	0%
4.อัตราการเกิดภาวะแผลติดเชื้อหลังผ่าตัดขณะ นอนโรงพยาบาล	<0.01% *ตามนโยบายคณะ	0%	0%	0%
5.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่ต้องกลับ โรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน	< 5% *ตามguide line ของสมาคม ศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย	0%	0%	0%
6.อัตราการเกิดภาวะติดเชื้อในช่องท้องหลังผ่าตัด ภายใน 30 วัน < 4%	< 4% *ตามguide line ของสมาคม ศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย	0%	0%	0%
7.อัตราการล้มเครื่องมือ หรือผ้าซับบเลือด ค้างในบริเวณ ผ่าตัด	0%	0%	0%	0%
8.อัตราการเสียชีวิตขณะผ่าตัด	0%	0%	0%	0%
9.อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนหรือภาวะแทรกซ้อน จากการทำหัตถการ	<0.01% *ตามนโยบายคณะ	0%	0%	0%
10.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่าง-หลังดม ยาสลบ	<0.01% *ตามนโยบายคณะ	0%	0%	0%

### 4.2.2 ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยกระบวนการให้ยาเคมีบำบัด /ยามุ่งเป้า/ ยาภูมิคุ้มกันบำบัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1.อัตราการระบุตัวตนผู้ป่วยถูกต้อง	100%	100%	100%	100%
2.อัตราการสั่งยาเคมีบำบัดถูกสูตร, ถูกชนิด, ถูกชื่อ	100%	100%	100%	100%
3.อัตราการสั่งยาเคมีบำบัดถูกขนาด	95%	100%	100%	100%
4.อัตราการสั่งวิธีการบริหารยาเคมีบำบัดถูกต้อง	100%	100%	100%	100%
5.อัตราการสั่งขนาดยาและวิธีบริหารยามุ่งเป้า/ ยาภูมิคุ้มกันบำบัด ถูกต้อง	95%	100%	100%	100%

#### 4.2.3 ระยะเวลาเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่คลินิกมะเร็งวิทยา

##### 4.2.3.1 ระยะเวลาการเข้าถึงบริการ ( นับจากวันที่ผู้ป่วยขออนัดหมาย-วันได้รับการตรวจ )

ปี2563 จำนวน 26 ราย /ปี2564 จำนวน 16 ราย /ปี2565 จำนวน 17ราย

ภาพที่22 แสดงระยะเวลาการเข้าถึงบริการ ( นับจากวันที่ผู้ป่วยขออนัดหมาย-วันได้รับการตรวจ )



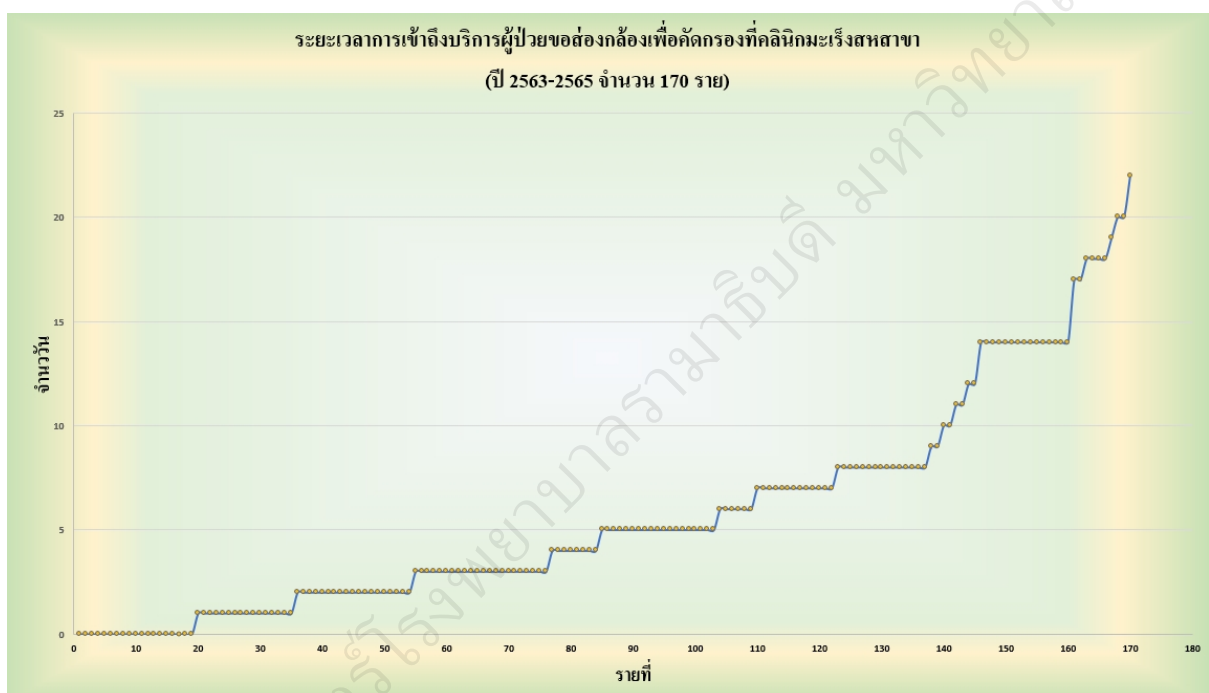
จากการทบทวนเวชระเบียนเพื่อติดตามตัวชี้วัดกระบวนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่คลินิกมะเร็งวิทยาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งรายใหม่ จำนวน 59 ราย ระยะเวลาการเข้าถึงบริการภายใน 7 วัน คิดเป็น ร้อยละ 100 บรรลุตามวัตถุประสงค์

#### 4.2.3.2 ระยะเวลาการเข้าถึงบริการ ( นับจากวันที่ผู้ป่วยขออนัดหมาย-วันได้รับการตรวจ)

ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีความประสงค์ขอส่งกล้องเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งระบบ

ทางเดินอาหาร ปี 2563 จำนวน 71 ราย /ปี 2564 จำนวน 53 ราย /ปี 2565 จำนวน 46 ราย

ภาพที่ 23 แสดงระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีความประสงค์ขอส่งกล้องเพื่อคัดกรองโรคมะเร็ง



จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มมีความประสงค์ขอส่งกล้องเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร

จำนวน 170 ราย พบว่า

1 ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารเช่น ท้องผูก / ท้องเสีย น้ำหนักลด ปวดเสียดท้องอายุมาก

จำนวน 142 ราย ระยะเวลาการเข้าถึงบริการนัดหมายเพื่อส่งกล้อง ภายใน 14 วัน

คิดเป็นร้อยละ 83.5

2 ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารจำนวน 28 ราย ระยะเวลาการเข้าถึงบริการ

มากกว่า 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 16.5 (ปัจจัยด้านผู้ป่วยเช่น ระบุวันนัดหมาย )

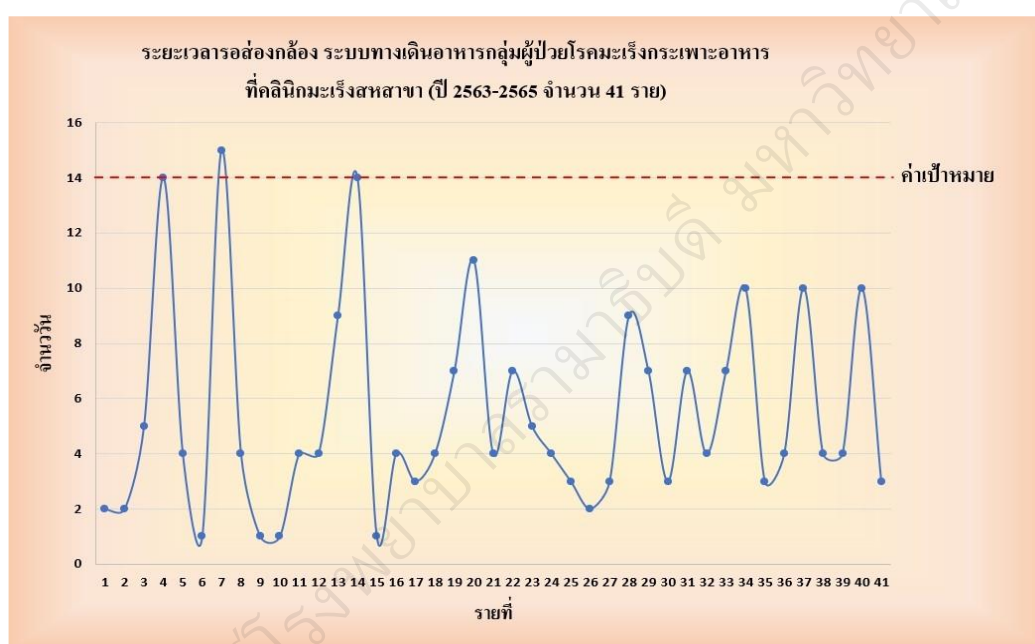


#### 4.2.4 ระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร ( นับจากวันที่มีคำสั่งตรวจ – วันส่งกล้อง )

4.2.4.1 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มาใช้บริการที่คลินิกมะเร็งสหสาขาปี 2563-2565 แบ่งเป็น

1. ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่แพทย์มีคำสั่งส่งกล้อง จำนวน 23 ราย
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาเพื่อขอส่งกล้องประเมินการลุกลามของโรคจำนวน 18 ราย

ภาพที่ 24 แสดงระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหารกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง



จากการทบทวนเวชระเบียนเพื่อติดตามระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร ที่คลินิกมะเร็งสหสาขาพบว่า

ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็ง จำนวน 41 ราย ระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหารเพื่อการวินิจฉัยโรค ภายใน 14 วัน

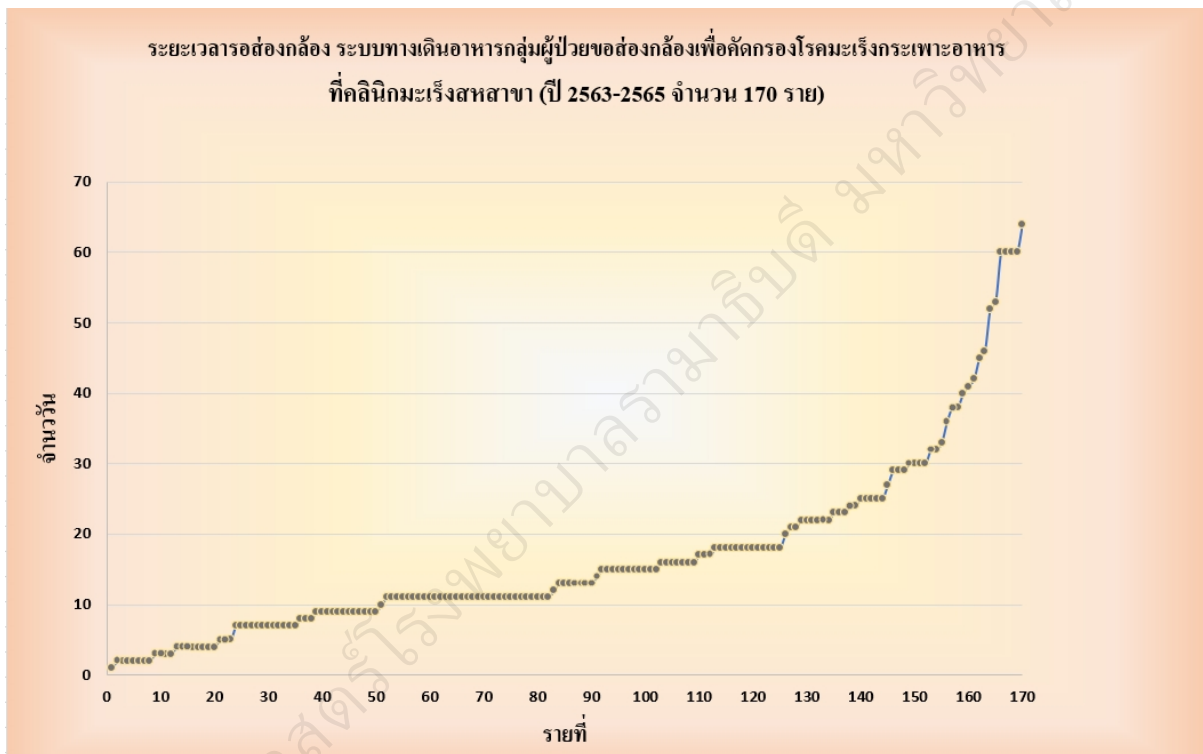
1. ระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหารภายใน 14 วันจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.1

1.2 ระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหารเกิน 14 วัน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.9 (ผู้ป่วยรอสิทธิส่งตัว )

#### 4.2.4.2ระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหารกลุ่มที่มีความประสงค์ขอส่งกล้องเพื่อคัดกรอง

( นับจากวันที่มีคำสั่งตรวจ – วันส่งกล้อง ) ปี 2563-2565 จำนวน 170 ราย

ภาพที่ 25 แสดงระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหารกลุ่มผู้ป่วยที่มีความประสงค์ขอส่งกล้องเพื่อคัดกรอง



ผู้ป่วยกลุ่มมีความประสงค์ขอส่งกล้องเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารจำนวน 170 ราย

1 ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร(กลุ่มเสี่ยงต่ำ)จำนวน 86 ราย ระยะเวลารอส่งกล้องระบบทางเดินอาหารภายใน 20 วัน คิดเป็นร้อยละ 76

2 ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่มีอาการทางระบบทางเดินอาหารจำนวน 27 ราย ระยะเวลารอส่งกล้องระบบ

ทางเดินตามคิวนัดหมายและตามความประสงค์ของผู้ป่วยมากกว่า 20 วัน คิดเป็นร้อยละ 24

#### 4.2.5 ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัย (นับจากวันที่หน่วยพยาธิได้รับชิ้นเนื้อ - วันรายงานผลเนื้อ)

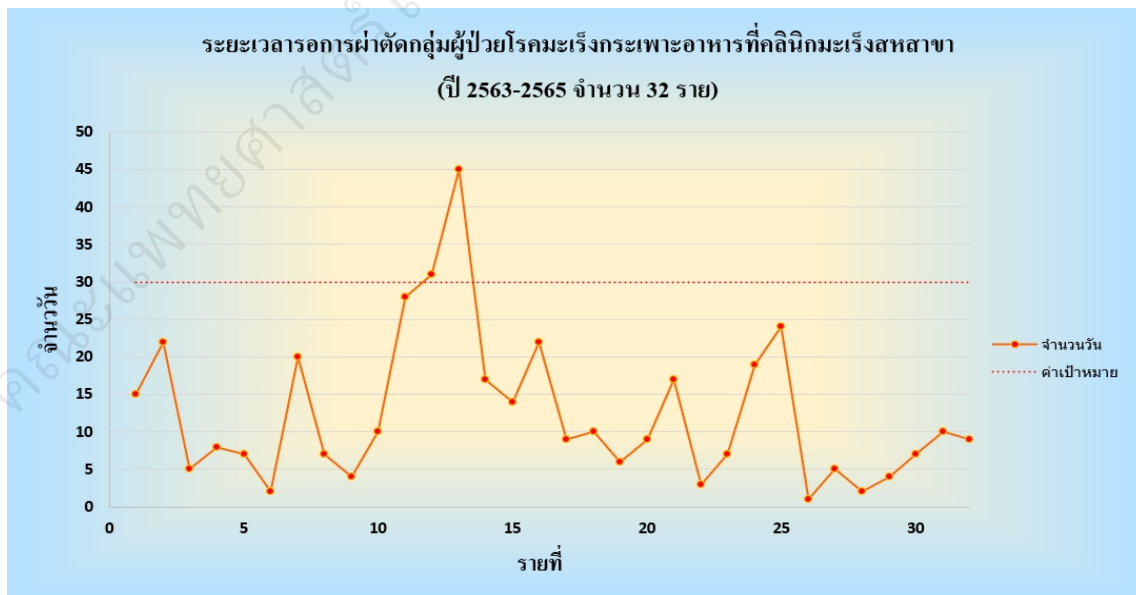
ภาพที่26 แสดงระยะเวลาในการรายงานผลชิ้นเนื้อ



#### 4.2.6 ระยะเวลาการรอการผ่าตัด ( นับจากวันรายงานผลเนื้อ - วันผ่าตัด )

ภาพที่27 แสดงระยะเวลาการผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารที่คลินิกมะเร็งสหสาขา

ปี2563-2565 จำนวน 32 ราย



- รายที่รอผ่าตัด 45 วัน เนื่องจากผู้ป่วยเป็น Covid-19

ทีมสหสาขาได้มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินกระบวนการบริการของคลินิกมะเร็งสหสาขา  
โรคมะเร็งกระเพาะอาหารปี 2563-2565 ดังนี้

1.ผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารรายใหม่ที่มาใช้บริการจำนวน 59 ราย

- 1.1 โรคมะเร็งกระเพาะอาหาร 39 ราย ผ่าตัดได้ 32 ราย /ผ่าตัดไม่ได้ให้ยาเคมีบำบัด 7 ราย
- 1.2โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 15 ราย ผ่าตัดได้ 15 ราย รักษาต่อตามแผนการรักษา 15 ราย
- 1.3โรคมะเร็งหลอดอาหาร 5 ราย ผ่าตัดไม่ได้รักษาโดยให้เคมีบำบัด/ฉายแสง 5 ราย

2.การทบทวนเวชระเบียนเพื่อติดตามตัวชี้วัดระบบความรวดเร็วด้านการบริการของทีมสหสาขา  
กรณีศึกษาผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยหญิงอายุ 62 ปี มาขอนัดคลินิกมะเร็งสหสาขา ผู้ป่วยมีอาการถ่ายดำ 2 เดือน น้ำหนักลด 2กก

ไปตรวจที่ รพ.เอกชนเมื่อต้น สค.63 แพทย์ทำ CT Whole abdomen R/O Malignancy

**22 กย. 63** มารับบริการที่คลินิกมะเร็งสหสาขาพร้อมผล CT Whole abdomen นัดหมายตรวจ25/9/63

ให้ ผู้ป่วยนำผล CT Whole abdomen ลงระบบPACS

**25 กย.63** พบแพทย์ที่คลินิกมะเร็งสหสาขา แพทย์ Review CT และนัดทำ EGD

**30 กย.63** ส่งกล้อง EGD

**5 ตค.63** ผลเนื้อร้ายงาน Adeno ca poorly diff.

**8 ตค.63** ทำผ่าตัด Partial gastrectomy

**9 พย 63** เริ่มให้ยาเคมีบำบัด ครั้งที่1 สูตร FOLFOX

พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาขอนัดหมาย - ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 16 วัน

ระยะเวลาหลังผ่าตัด - เคมีบำบัด 30 วัน

กลุ่มมีความประสงค์ขอส่งกล้องเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารปี2563-2565

จำนวน 170 ราย

1 เพศ ชาย 67 ราย เพศหญิง 103 ราย

2.อายุ มากกว่า 50 ปี จำนวน 124 ราย /น้อยกว่า 50 ปี จำนวน 46 ราย

3.กลุ่มมีอาการระดับความเสี่ยงต่ำ จำนวน 142ราย /กลุ่มไม่มีอาการ จำนวน 28 ราย

4.ผลส่งกล้องปกติ ไม่ต้องส่งตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 86 ราย

ผลส่งกล้องปกติ ส่งตรวจชิ้นเนื้อจำนวน 82 ราย ( นัดติดตามอาการ 22 ราย )

**ผลส่งกล้องผิดปกติ ส่งตรวจชิ้นเนื้อ 2 ราย พบเป็นโรคมะเร็ง**

5.มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็ง 22 ราย

กรณีศึกษาการติดตามตัวชี้วัดตามกระบวนการรักษาผู้ป่วย 2 รายที่มีความประสงค์ขอส่งกล้องเพื่อคัดกรองโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็ง

#### ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายอายุ 68 ปี รักษาโรคประจำตัว DM,HT,DLP มาประมาณ 5 ปี

**3กุมภาพันธ์ 2563** ผู้ป่วยมาขอนัดส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร ด้วยโรคน้ำหนัก 3 กก./เดือน

**19 กุมภาพันธ์ 2563** ทำ EGD + colonoscopy ผล EGD พบ mass at colon 15 cm.

Patho high grade adenoma , Stomach presence of H.pylori no malignancy

**28 กุมภาพันธ์ 2563** CTWhole abdomen DDx CA sigmoid colon

**11มีนาคม 2563** ผ่าตัด anterior resection of rectum with colectomy ผล Patho adeno CA

**17 เมษายน 2563** รักษาคลินิกมะเร็งวิทยาโดยเคมีบำบัด ต่อเนื่อง

จากการทบทวนเวชระเบียน ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยตั้งแต่วันที่มาขอนัดเข้า

รับบริการ-วันได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด รวม 35 วัน

## ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยชายอายุ 55 ปี มีประวัติแน่นท้อง ท้องอืด น้ำหนักลด 6 กิโลกรัม อาการเป็นๆหายๆรักษาที่โรงพยาบาลอื่นมา ตั้งแต่ มกราคม 2563 อาการไม่ดีขึ้น

14 ตุลาคม 2563 มาตรวจที่ รพ รามาด้วยอาการเดิม 3 ครั้ง

9 พฤศจิกายน 2563 แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษาคลินิกมะเร็งสหสาขา ปัญหา Bowel habit change

9 พฤศจิกายน 2563 พบศัลยแพทย์ที่คลินิกมะเร็งสหสาขา นัดส่องกล้อง 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยขอเลื่อน 3 สัปดาห์

23 พฤศจิกายน 2563 ผู้ป่วยมา คลินิกมะเร็งสหสาขา ด้วยอาการแน่นท้องมาก ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องโตขึ้น

แน่นท้อง น้ำหนักลด 3 กิโลกรัม มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้

แพทย์ ddx. Gut Obstruction Admit เพื่อตรวจวินิจฉัย ผล CT r/o Malignancy

แพทย์จึงส่องกล้อง ระบบทางเดินอาหาร ในวันเดียวกัน

24 พฤศจิกายน 2563 จากผลส่องกล้องและ CT Whole abd. ..Dx CA Sigmoid colon ศัลยแพทย์ทำผ่าตัด

อุกฉนิ Colectomy patho Adeno CA

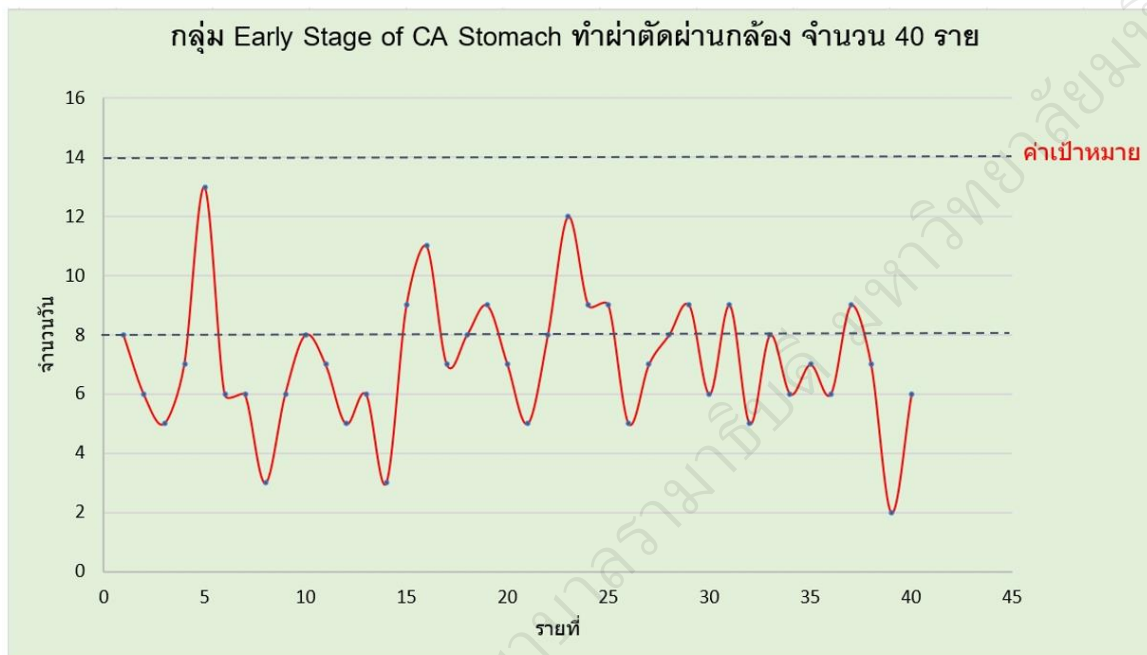
จากการทบทวนเวชระเบียน ระยะเวลาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยตั้งแต่วันที่แพทย์เจ้าของไข้เดิม

ส่งปรึกษา -วันได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด รวม 15 วัน

#### 4.2.7 ระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดผ่านกล้อง ( Length of hospital stay post surgery )

ภาพที่ 28 แสดงระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดผ่านกล้องผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

( สุ่มตัวอย่างจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2563-2565 จำนวน 40 ราย )



( ระยะเวลาพักโรงพยาบาลหลังผ่าตัดแบบผ่าตัดผ่านกล้อง ประมาณ 8-14วัน อ้างอิง Japan guideline gastric cancerปี2021 )

Gastric Cancer (2023) 26:1–25  
<https://doi.org/10.1007/s10120-022-01331-8>

SPECIAL ARTICLE

**Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition)**  
Japanese Gastric Cancer Association<sup>1</sup>

Received: 13 July 2022 / Accepted: 3 August 2022 / Published online: 7 November 2022  
© The Author(s) 2022

**Table 5** A common clinical pathway for distal, total, and proximal gastrectomy

Clinical items	Day of the clinical pathway
Removal of nasogastric tube	Before or on postoperative day 1
Initiation of oral fluid intake	On or after postoperative day 1
Initiation of solid food intake	Postoperative days 2–4
Prophylactic administration of antibiotics	Only on the day of operation
Removal of epidural tube	Before or on postoperative day 3
Removal of urinary catheter	Before or on postoperative day 3
Intravenous fluid administration	Until postoperative days 5–7
Removal of intra-abdominal drains	Before or on postoperative day 5
Discharge from the hospital	Postoperative days 8–14

การพัฒนารูปแบบการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดแบบเจาะรูผ่านกล้อง ซึ่งสามารถทำได้ในโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ระยะเริ่มแรกที่ไม่ติดอวัยวะข้างเคียงซึ่งมีข้อดีคือ

- 1.แผลเล็กทำให้เกิดความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดน้อยกว่า
- 2.ผู้ป่วยสามารถขยับลุกจากเตียงได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนาน เช่น DVT, Lung complication
- 3.การฟื้นตัวหลังจากผ่าตัดเร็ว และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล
- 4.ลดภาวะแทรกซ้อนจากแผลผ่าตัดเช่น แผลติดเชื้อ, ไส้เลื่อน แผลผ่าตัดแยกเป็นต้น
- 5.ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น

แต่การผ่าตัดยังมีข้อจำกัดอยู่หลายอย่างเช่น

- 1.ไม่สามารถผ่าตัดในกรณีที่มีมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง4kp.o 14 ;yo
- 2.ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดที่นาน
- 3.ค่าใช้จ่ายจากการผ่าตัดเพิ่มขึ้น
4. ต้องใช้แพทย์ที่ชำนาญการผ่าตัดแบบเจาะรูผ่านกล้อง

จากการทบทวนเวชระเบียนข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ที่ได้รับการผ่าตัด แบบเจาะรูผ่านกล้อง

ปี2563-2565 จำนวน 40 ราย ( ICD-10..169 รหัส ICD-9 .437/4389/ 4382/4391//4397/4399/ 5421 )

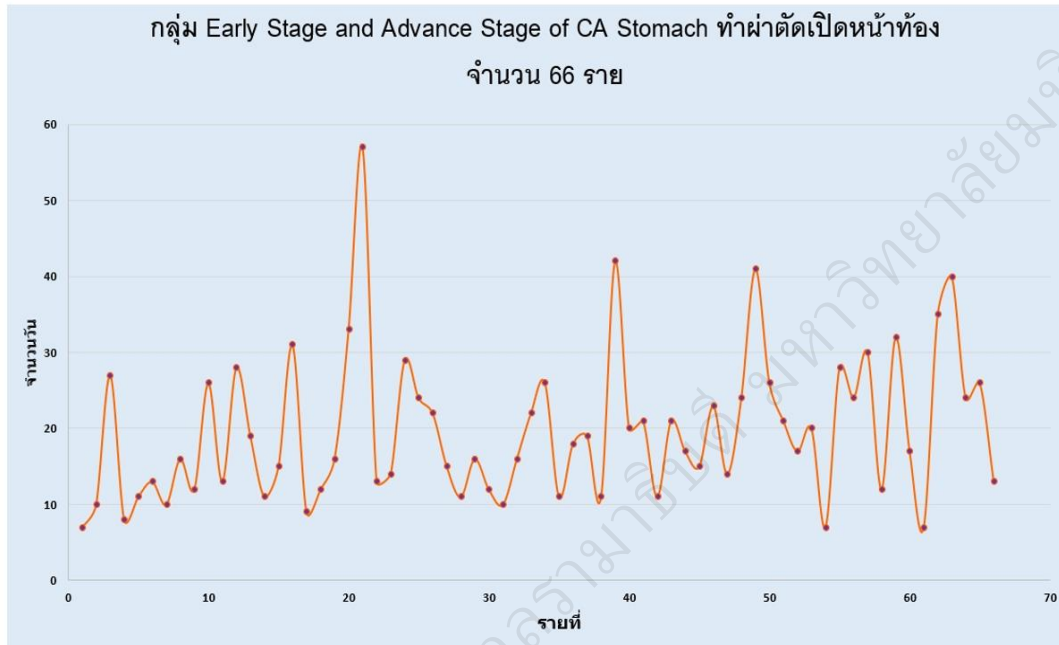
- ระยะเวลาพักโรงพยาบาลหลังผ่าตัดภายใน 14 วัน มีจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 100



#### 4.2.8 ระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง ( Length of hospital stay post surgery )

ภาพที่ 29 แสดงระยะเวลาอนพักในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

( สุ่มตัวอย่างจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2563-2565 จำนวน 66 ราย )



การผ่าตัดที่ยอมรับเป็นมาตรฐานการรักษาของประเทศไทย ด้วยการทำให้ D2 Gastrectomy ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่าตัดของประเทศญี่ปุ่น และที่ ร.พ.รามาริบัติ ก็ดำเนินการผ่าตัดมาเป็นเวลายาวนาน โดยการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง แบบแผลมาตรฐาน (แผลใหญ่) ปี 2562-2564 มีจำนวน 66 ราย ในกลุ่ม Early stage และ Advance stage ที่สามารถผ่าตัดได้

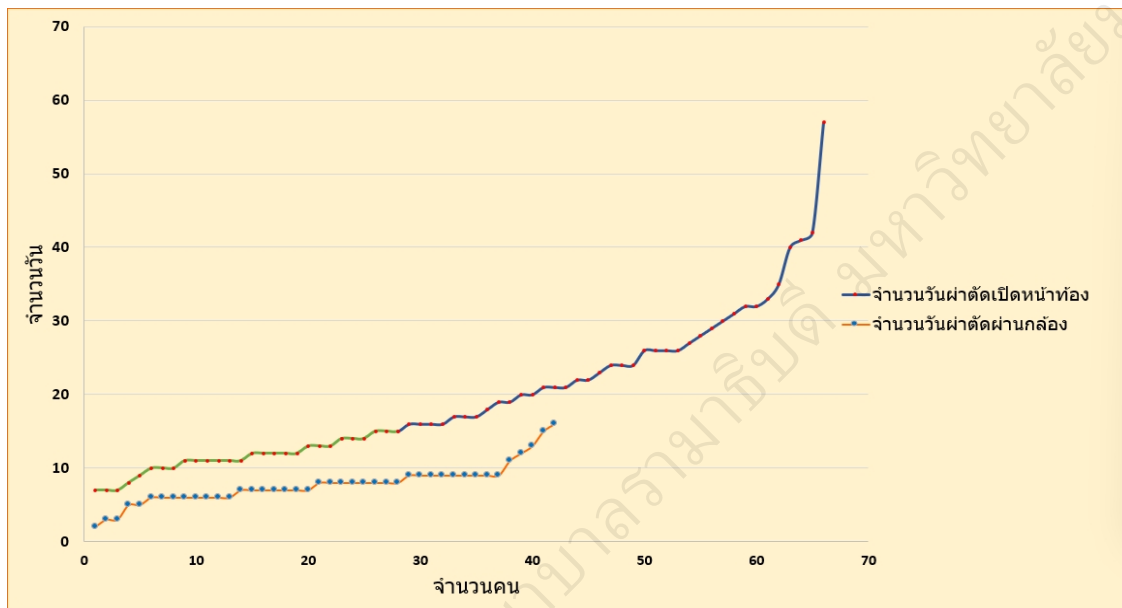
จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องมีระยะเวลาพักในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด

- ภายใน 14 วัน จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4
- มากกว่า 14 วัน มีจำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.6

จากกาทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านโภชนาการทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ตลอดจนการมีโรคประจำตัวหลายโรค โดยคิดจากรหัส ICD-9 ที่มีกรบันทึก ปัญหาด้านโภชนาการ

E440 moderate protein-energy malnutrition / E43 unspecified severe protein-energy malnutrition

ภาพที่ 30 เปรียบเทียบระยะเวลาพักในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องและ  
 กลุ่มผ่าตัดเปิดหน้าท้องในผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ปี2563-2565 จำนวน 108 ราย



- 4311                      Gastrostomy
- 4468                      Lap gastroplasty -> Laparoscope + Total gastrectomy
- 4391                      Total gastrectomy
- 4413                      Gastroscopy
- 4319                      Total gastrectomy with Intestinal anastomosis
- 4574                      Resect with Transverse colon
- 9915                      Parenteral infusion
- 5421                      Laparoscopy
- 4381                      Partial gastrectomy
- 4382                      Lap gastrostomy
- 4399                      Total gastrostomy
- 4591                      Small to small intestinal anastomosis
- 5459                      Lysis adhesion
- 430                        gastrostomy
- 4342                      Local excision of stomach
- 4495                      Lap gastric restrictive
- E441                      mild protein-energy malnutrition
- E440                      moderate protein-energy malnutrition
- E43                        unspecified severe protein-energy malnutrition
- 435                        Partial gastrectomy with anastomosis esophagus
- 437                        Partial gastrectomy with anastomosis to jejunum

ผู้ป่วยมะเร็งพบว่าอาจเกิดภาวะบกพร่องทางโภชนาการประมาณร้อยละ 40-80 ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการมีแนวโน้มที่จะทนต่อการผ่าตัด, การให้ยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสงได้ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ และส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา ทีมศัลยแพทย์ระบบทางเดินอาหารได้ร่วมกันทำวิจัยเรื่อง **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัดกับผลการผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร(เอกสารแนบ13 )** การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการศึกษาระหว่างภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัดกับผลการผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร หากสามารถประเมินภาวะทุพโภชนาการได้ก่อนผ่าตัดจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

**ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร 126 คนในการศึกษานี้ ถูกแบ่งเป็น NAF A (ภาวะโภชนาการปกติหรือทุพโภชนาการน้อย) 68 คน, NAF B (ภาวะทุพโภชนาการปานกลาง) 45 คนและ NAF C (ภาวะทุพโภชนาการรุนแรง) 13 คน พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดประเมินตามระบบ Clavien-Dindo ได้แก่

grade I จำนวน 6 คน (NAF A =4, NAF B=0, NAF C=2)

grade II จำนวน 26 คน (NAF A=10, NAF B=13, NAF C=3)

grade IIIa จำนวน 4 คน (NAF A=2, NAF B=2, NAF C=0)

grade IIIb จำนวน 5 คน (NAF A=2, NAF B=3, NAF C=0)

grade IVa 0 คน (NAF A=0, NAF B=0, NAF C=0)

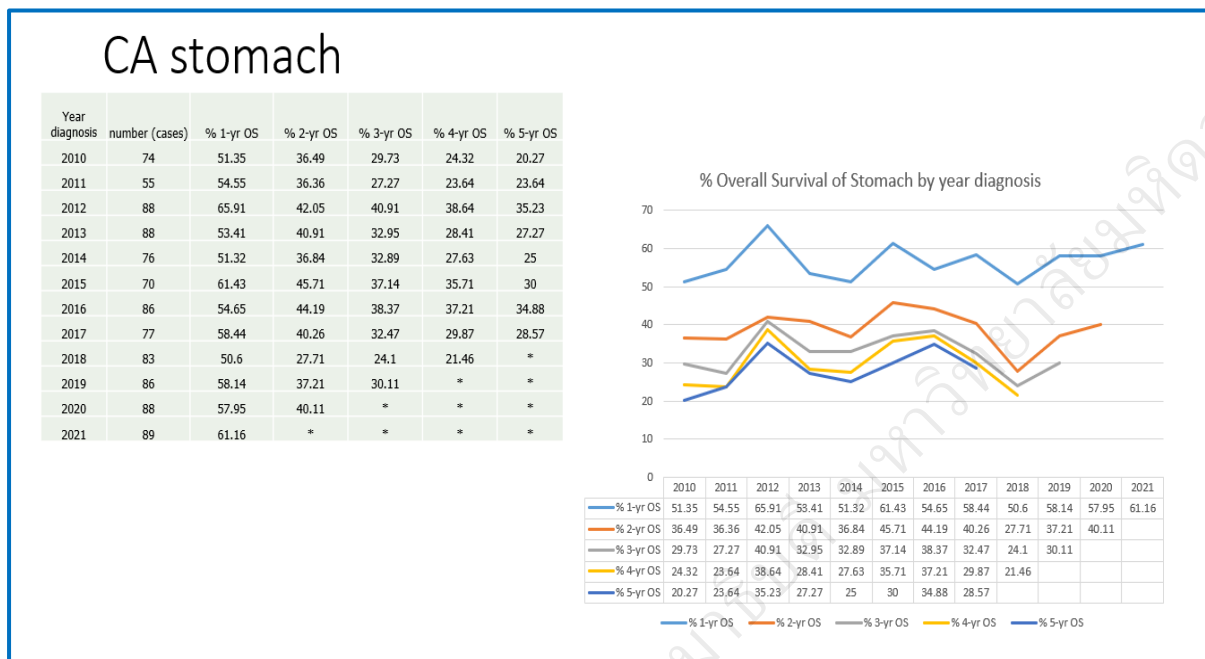
grade IVb จำนวน 1 คน (NAF A=1, NAF B=0, NAF C=0)

grade V จำนวน 1 คน (NAF A=0, NAF B=0, NAF C=1)

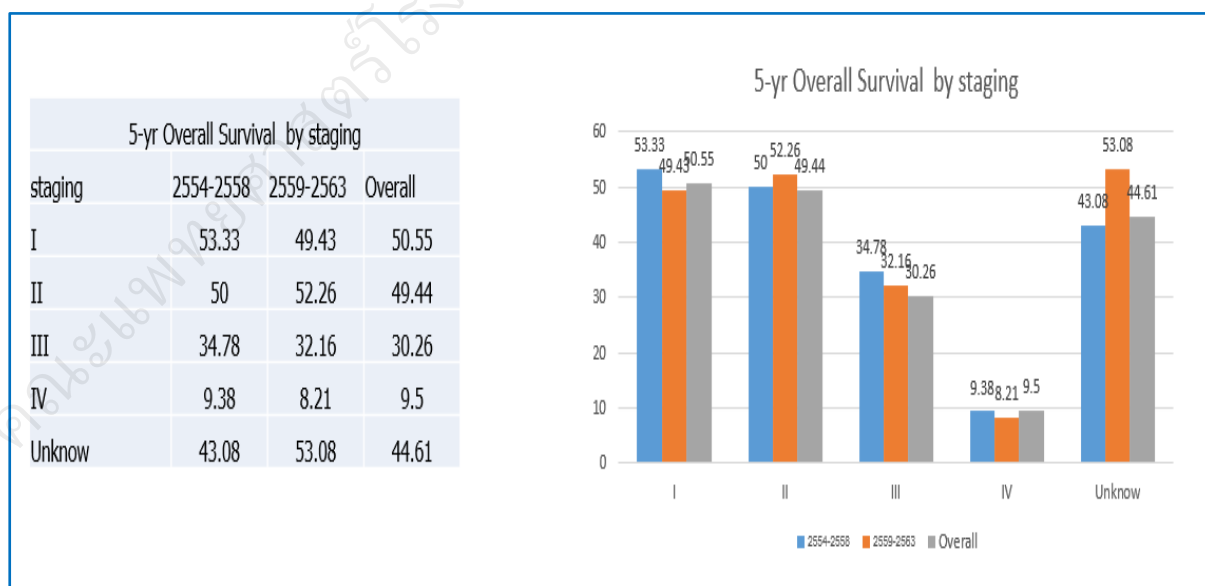
จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวพบว่าไม่มีความสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญเรื่องอัตราการรับซ้ำ ภายหลังการจำหน่ายและอัตราการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างไรก็ตามพบว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่ม NAF C นานกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (NAF A =8 วัน , NAF B=8 วัน , NAF C=13 วัน)

**สรุป:** ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัดกับผลการผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารไม่มีความสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อทำการวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่ากลุ่มที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง (NAF C) ที่เข้ารับการผ่าตัดรักษามะเร็งระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น

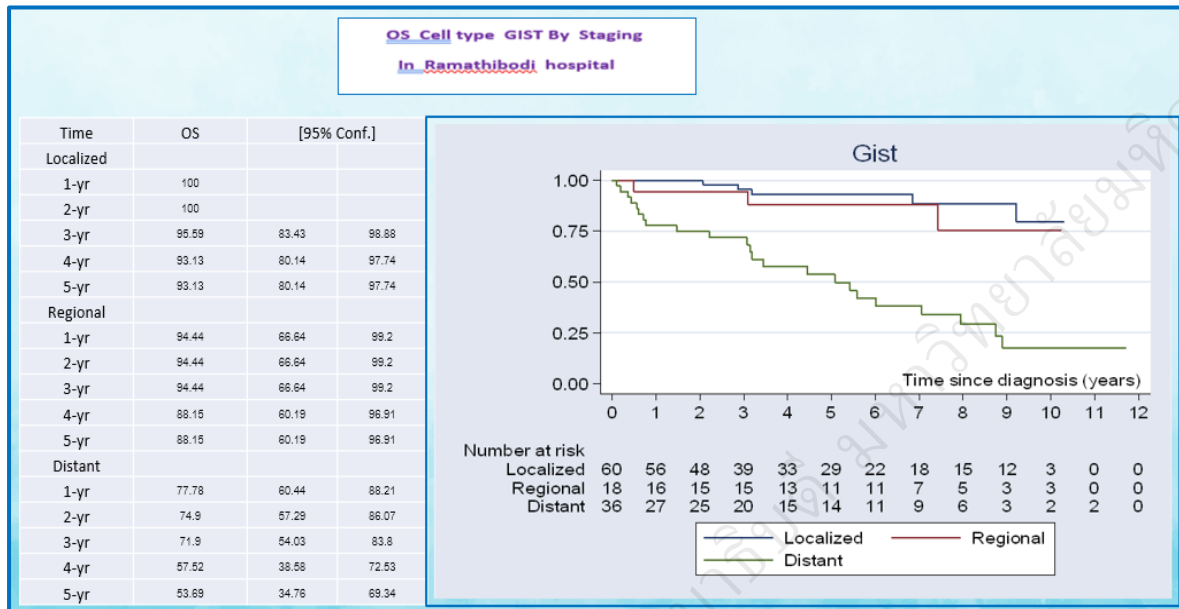
#### 4.2.9 อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารโรงพยาบาลรามธิบดีปี2010-2021



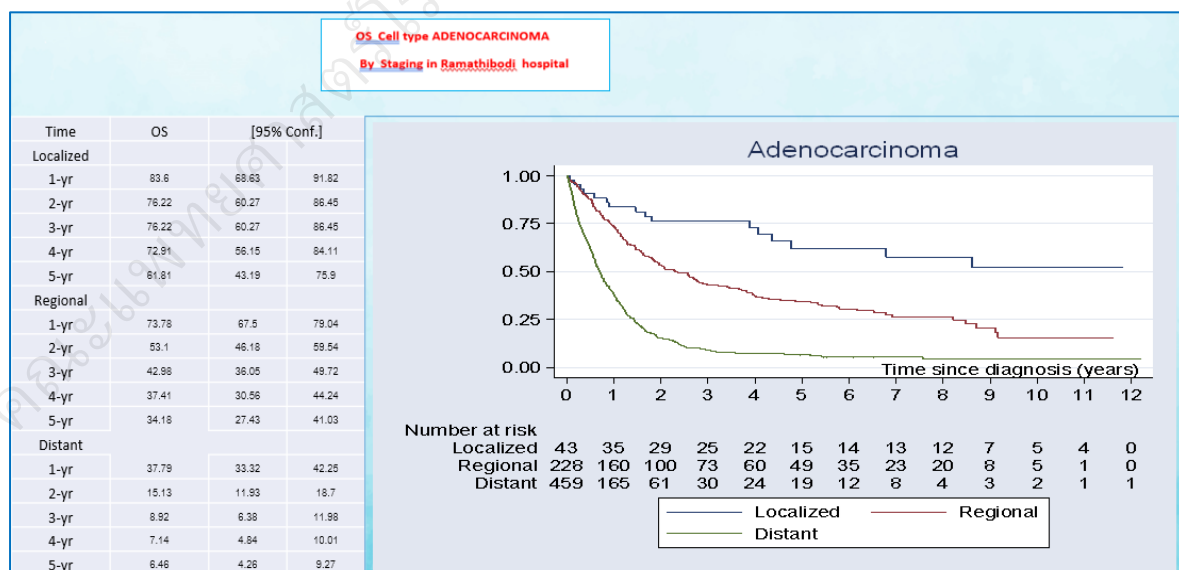
#### 4.2.9.1 อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารโรงพยาบาลรามธิบดี แบ่งตามระยะโรคปี2554-2563



#### 4.2.9.2 อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารโรงพยาบาลรามธิบดี ชนิด GIST

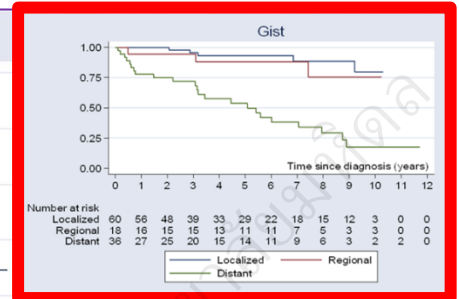
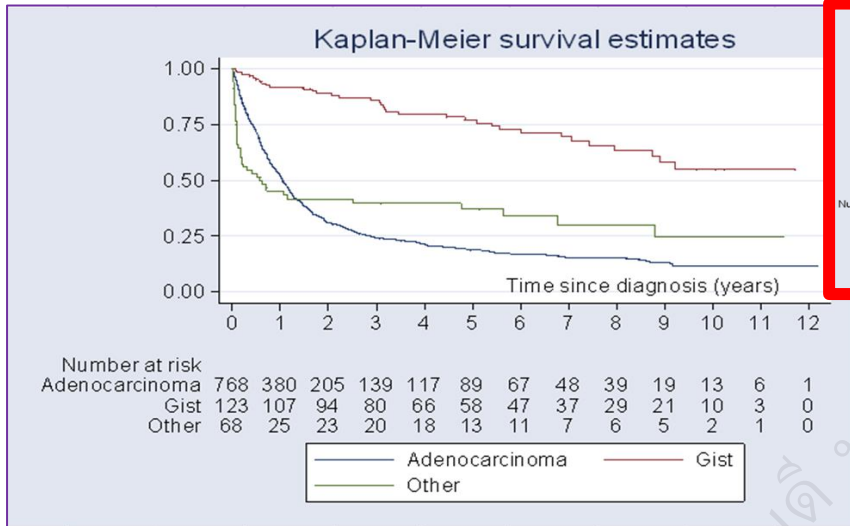


#### 4.2.9.3 อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารโรงพยาบาลรามธิบดี ชนิด Adenocarcinoma

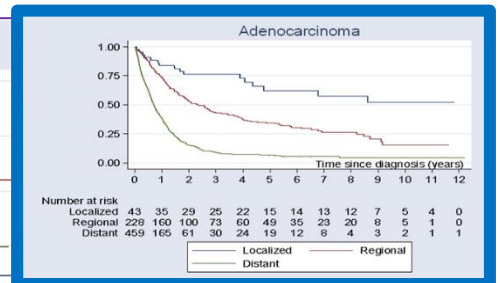
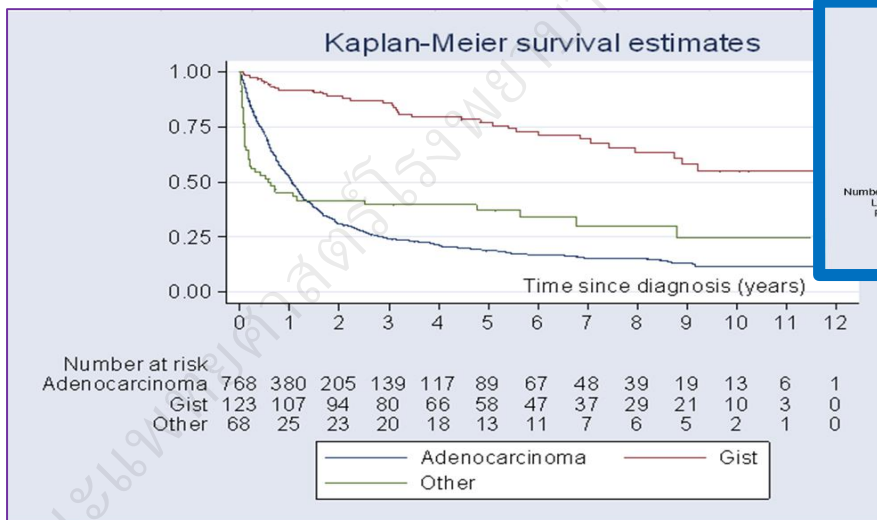


#### 4.2.9.4 อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารโรงพยาบาลรามธิบดีแบ่งตามระยะโรค

และชนิดของCELL เปรียบเทียบกับ ACS



GIST in Ramathibodi hospital



Adenocarcinoma in Ramathibodi hospital

#### 4.3 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดสำคัญด้านการศึกษา

4.3.1 หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

4.3.2 หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง

ภาควิชา/หลักสูตร	สาขาวิชา
1. ศัลยศาสตร์ - อนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญสาขา ศัลยศาสตร์-มะเร็งวิทยา	1.1. ศัลยศาสตร์มะเร็งระบบทางเดินอาหาร (Onco surgery ) 1.2. ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินอาหาร
2. อายุรศาสตร์ - อนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ สาขา อายุรศาสตร์โรคมะเร็ง	2.1. อายุรแพทย์สาขามะเร็งวิทยา
3. ภาควิชารังสีวิทยา - อนุมัติบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ รังสีรักษา และมะเร็งวิทยา	3.1. รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา
4. ฝ่ายการพยาบาล - ประกาศนียบัตร	4.1. การพยาบาลเฉพาะทางเคมีบำบัด 10 วัน
	4.2. พยาบาลเฉพาะทาง Advance Wound Ostomy and Continence care

4.3.3 คณะกรรมการธนาคารชีวภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง สนับสนุนการบริการด้านการศึกษาและวิจัย

### ธนาคารชีวภาพสำหรับโรคมะเร็งแบบครบวงจร Ramathibodi tumor biobank

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

- ผู้ป่วยมีส่วนร่วมการพัฒนาการวิจัยผู้ป่วยทางด้านโรคมะเร็งในประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น **จึงเหนือ เหนือ หรือสาละ** องค์กรของศูนย์มะเร็งจะช่วยให้สามารถพัฒนาการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในประเทศไทย ทางด้านตรวจพบโรคก่อนจะลุกลามและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
- ทางโครงการจะมีชุดตรวจหาไวรัส HIV, ฟิล์มเอ็กซเรย์การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการและครอบครัว ปีละ 1 ครั้ง **ใจที่ไม่สิ้นหวังให้ชีวิต**

ความดีของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

- ผู้ป่วยจะไม่ได้รับอันตรายที่คิดเงินจากการทำโครงการครั้งนี้
- ผู้ป่วยไม่มีผลกระทบบ่อการรักษามะเร็งที่ได้รับที่โรงพยาบาลรามธิบดี
- ผู้ป่วยจะไม่เสียสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆที่ได้รับที่โรงพยาบาลรามธิบดีในระยะยาว



ขอเชิญชวน

ผู้ป่วยมะเร็ง  
เข้าร่วมโครงการ

โครงการจัดกับศูนย์มะเร็ง สมทบบูรณาการ  
**Ramathibodi tumor biobank**  
คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

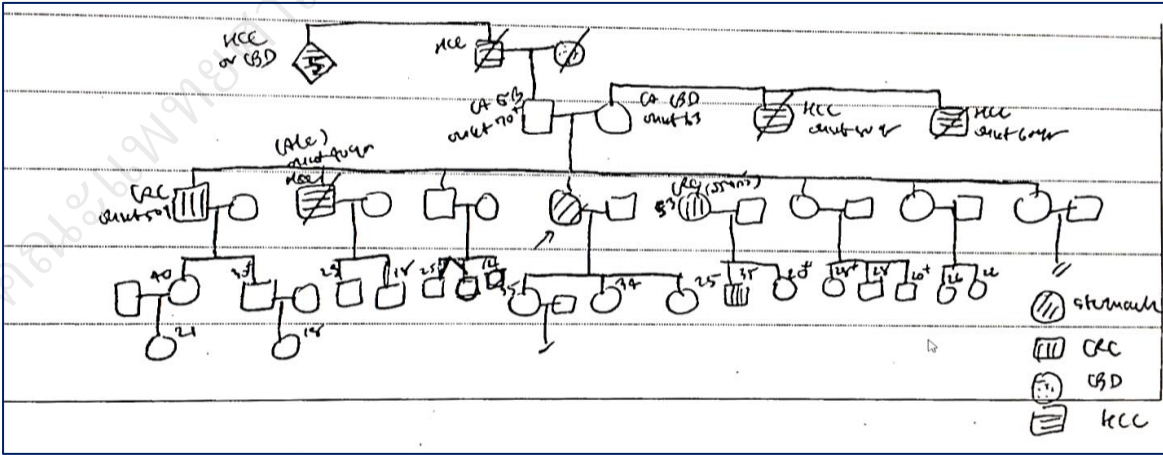
ติดต่อสอบถามข้อมูลทั้งหมดได้ที่  
ศูนย์มะเร็ง  
ศูนย์เพื่อความเป็นเลิศเฉพาะทางศาสตร์  
โรงพยาบาลรามธิบดี  
โทรศัพท์ 02-201-2682 / 02-201-0049  
โทรสาร 02-201-2682

4.3.7 ประสานงานด้านบริการและการศึกษาร่วมกับทีมอายุรแพทย์สาขาเวชพันธุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์

- เพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งทางพันธุกรรมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยหากตรวจพบว่ามีสาเหตุจากพันธุกรรมจริง ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งชนิดอื่นๆในกลุ่มของยีนส์ที่ตรวจพบทั้งในตัวผู้ป่วยและญาติสายตรง
- การตรวจคัดกรองในญาติสายตรง เป็นการตรวจ genetic test เพื่อ early surveillance

**PROGRESS NOTE**

CE -  $\beta$  gastrin  
 CT - 2018 CA chromo dysplasia, low volume mucin  
 พบในผู้ป่วย ชนิดไม่รุนแรง มีอาการ พบในผู้ที่มีประวัติ มีประวัติมะเร็ง, 60 kg  $\rightarrow$  57 kg / 6 ปีที่ผ่านมา  
 14.6.5 2018 SIP total gastrectomy patho: Malpighat mucosa  
 IHC for MMR  $\rightarrow$  loss of mmm expression MMR1, PMS2  
 Jump CA stomach IHC  $\rightarrow$  family of cancer, dMMR (MMR1, PMS2)  
 ROMA Hsive for Lynch syndrome  
 In  $\rightarrow$  DNA study for Lynch 15 gene panel test (mitos)  
 Eruber





#### 4.4 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดสำคัญด้านการวิจัย (เอกสารแนบ 7 )

##### 4.4.1 A cohort study of prognostic factors associated with recurrence or metastasis of gastrointestinal stromal tumor (GIST) of stomach

Annals of Medicine and Surgery 25 (2018) 1–5

Contents lists available at ScienceDirect

**Annals of Medicine and Surgery**

Journal homepage: [www.elsevier.com/locate/amsu](http://www.elsevier.com/locate/amsu)

**A cohort study of prognostic factors associated with recurrence or metastasis of gastrointestinal stromal tumor (GIST) of stomach**

Chairat Supsamutchai<sup>a</sup>, Chumpon Wilasrusmee<sup>a,\*</sup>, Pitichote Hiranyatheb<sup>b</sup>, Jakrapan Jirasiritham<sup>a</sup>, Teerawat Rakchob<sup>a</sup>, Pattawia Choikrua<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathabodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand  
<sup>b</sup> Section for Surgical Research Unit, Faculty of Medicine Ramathabodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

**ARTICLE INFO**

**Keywords:**  
Gastric GIST  
Mitotic index  
Survival  
Prognosis  
Recurrence

**ABSTRACT**

**Background:** Gastrointestinal stromal tumor (GIST) is the most common mesenchymal neoplasm of the gastrointestinal tract. The major risk factors of recurrence and metastasis are mitotic index and tumor size. This study investigates the risk of recurrence and metastasis in solely gastric GIST. The primary outcome is to evaluate risk of recurrence and metastasis. The secondary outcome is to analyze survival rates of patients who have recurrence and metastasis after curative resection.

**Method:** A cohort of patients who underwent curative resection of gastric GIST between January 2006 to December 2016 was reviewed. The diagnosis was confirmed with positive CD34, DOG1 or KIT (CD117) immunohistochemistry. Risk factors of recurrence and metastasis were analyzed.

**Results:** Sixty-eight patients who received curative resection and diagnosed as gastric GIST were included in this study. Twenty (29.41%) had recurrence or metastasis. The median follow up time was 31.95 months. The most common type of surgery was partial gastric resection. There were statistically-significant differences between mitotic index  $\leq$  5 HPF or  $>$  5 HPF in tumor size 0–5 cm, 5–10 cm and 10 cm and the risk of recurrence or metastasis ( $p$ -value 0.036). In tumors sized 6–10 cm, patients with mitotic index  $\leq$  5 HPF had longer survival than patients with mitotic index  $>$  5 HPF ( $p$ -value 0.0147).

**Conclusion:** The factor that determines the outcome of recurrence or metastasis in solely gastric GIST is high mitotic index count. Patients who have abdominal pain may be suspected as advanced disease. The type of operation and tumor size are not associated with recurrence or metastasis.

**1. Introduction**

Gastrointestinal stromal tumor (GIST) is a relatively rare tumor [1]. GISTs are the most common mesenchymal tumors of the digestive tract. They account for the majority of intramural tumors and can vary widely in appearance, from small intraluminal lesions to exophytic masses that protrude into the peritoneal cavity, commonly with areas of hemorrhage or necrosis. GISTs originate within the smooth muscle layer in the wall of the tubular gastrointestinal tract and grow mostly toward the serosa, far less often toward the mucosa.

The cell origin of GIST arises from interstitial cell of Cajal and is characterized by mutation of KIT and platelet derived growth factor receptor (PDGFR) [2]. The standard curative treatment of GIST is complete surgical resection with negative margin from the tumor. The evaluation risk of recurrence and metastasis depend on various factors including tumor location, mitotic rate, tumor size, and tumor rupture. Fletcher et al. classified the risk of recurrence or metastasis of surgically resected primary GIST as very low, low, intermediate, and high risk by using the tumor size and mitotic count [3]. Miettinen and Lasota developed a method to predict the risk of recurrence and metastasis which included the tumor location i.e. stomach, jejunum and ileum, duodenum, and rectum together with the tumor size and mitotic rate [4]. The other characteristics for high-risk of recurrence are high cellularity, invasion of adjacent organs, and tumor rupture.

Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are rare life threatening forms of cancer representing 0.1–3% of all the GI malignancies. When one compares between gastric GIST and GIST from other locations, i.e. esophagus, small intestine, colon, rectum or extra-gastrointestinal GIST (EGIST), gastric GIST have a better prognosis. The recurrence free survival of gastric GIST is longer than that of GIST from other organs

\* Corresponding author. Department of Surgery, Faculty of Medicine, Ramathabodi Hospital, Mahidol University, 270 Rama VI road, Ratchatewi, Bangkok, 10400, Thailand.  
E-mail address: [chumpon.wil@mahidol.ac.th](mailto:chumpon.wil@mahidol.ac.th) (C. Wilasrusmee).

<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2018.08.010>  
Received 5 April 2018; Received in revised form 9 July 2018; Accepted 13 August 2018  
2049-0801 / © 2018 The Authors. Published by Elsevier Ltd on behalf of IJS Publishing Group Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### 4.4.2 Is Splenectomy Necessary or Beneficial in Curative Surgery of Gastric Cancer?

## Is Splenectomy Necessary or Beneficial in Curative Surgery of Gastric Cancer?

Chairat Supsamutchai MD\*, Teerawat Rakchob MD\*, Pitichote Hiranyatheb MD\*,  
Chuleeporn Jiarpinitnun MD\*\*, Nuttapong Ngamphaiboon MD\*\*\*, Pattawia Choikrua BSc

\* Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

\*\* Department of Diagnostic and Therapeutic Radiology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

\*\*\* Department of Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

**Background:** Gastrectomy with D2 lymphadenectomy is a standard treatment of gastric cancer in Japan and Korea. Splenectomy in gastric cancer surgery has no clear benefits for removing lymph nodes unless it is removing the metastasis of the lymph nodes at the splenic hilum (Group 10).

**Objective:** Report the outcome of post gastrectomy with or without splenectomy, together with the effects on lymph node metastasis, including lymph nodes at the splenic hilum and examined lymph nodes.

**Material and Method:** A retrospective chart review was made of all patients who presented with gastric cancer after curative surgery resection between January 1, 2006 and December 31, 2016 at Ramathibodi Hospital, Bangkok, Thailand. Comparisons were made between the non-splenectomy group and the splenectomy group.

**Results:** Seventy patients were included in the non-splenectomy group and 35 patients were included in the splenectomy group. The data including age, gender, histologic type, location of cancer, and TNM staging showed no statistical difference between the groups. For the lymph node Group 10 metastasis, the number of lymph nodes dissected and lymph node metastasis showed no statistical significance in both groups ( $p$ -value = 0.524 and 0.160 respectively). The rate of lymph node Group 10 metastasis was 6.25%, which was found in the splenectomy group. The data showed that the patients in the splenectomy group had more dissected lymph nodes than the non-splenectomy group ( $p$ -value = 0.0004). Conversely, the lymph node metastasis in both groups showed no statistical difference ( $p$ -value = 0.925). The median follow-up time was 59.51 months. The recurrence rate, metastasis rate, and overall survival showed no statistical difference in both groups. The five years' survival in the non-splenectomy group was 44.88 months and the splenectomy group was 53.75 months ( $p$ -value = 0.9368).

**Conclusion:** In most cases, curative gastric resection with D2 lymphadenectomy is an adequate treatment for gastric cancer. Unnecessary splenectomy does not benefit overall survival.

**Keywords:** Splenectomy, Non-splenectomy, Curative resection, Total gastrectomy, Subtotal gastrectomy

*J Med Assoc Thai 2017; 100 (Suppl. 9): S136-S142*

**Full text. e-Journal:** <http://www.jmatonline.com>

#### 4.4.3 Recurrence outcome of lymph node ratio in gastric cancer after underwent curative resection: A retrospective cohort study

Annals of Medicine and Surgery 54 (2020) 57–61

Contents lists available at ScienceDirect

**Annals of Medicine and Surgery**

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/amsu](http://www.elsevier.com/locate/amsu)

**Recurrence outcome of lymph node ratio in gastric cancer after underwent curative resection: A retrospective cohort study**

Chairat Supsamutchai, Chumpon Wilasrusmee, Jakrapan Jirasiritham, Teerawut Rakchob, Songpol Phosuwan, Tanet Chatmongkonwat, Pattawia Choikrua, Tharin Thampongsa<sup>1</sup>

Department of Surgery, Faculty of Medicine Ramathlobol Hospital, Mahidol University, Thailand

**ARTICLE INFO**

**Keywords:**  
Gastric cancer  
Lymph nodes ratio  
D2 gastrectomy  
Curative  
Lymphadenectomy

**ABSTRACT**

**Introduction:** D2 dissection has been regarded as the standard procedure for locally advanced gastric cancer (GC). Number of lymph nodes (LN) harvested is an important factor for accurate staging. The number of LN retrieved and the metastasis LN status are also important factors to determine the prognosis. This study aims to evaluate whether lymph node ratio (LNR) could be a prognostic indicator of GC patients following curative resection.

**Patients and methods:** Single center retrospective cohort study of GC patients underwent curative resection from January 1995 to December 2016 was conducted. The patients were categorized into 3 groups based on LNR (0.00–0.35, > 0.35–0.75, and > 0.75–1.06) and 2 groups based on number of LN retrieved (< 15 and ≥ 15). Kaplan-Meier method was used to estimate recurrence-free survival. Cox-regression were used to determine the association between LNR/other factors and the disease recurrence.

**Results:** One-hundred fifty-three patients were included in analysis. Univariate analysis showed that LNR > 0.35, pathologic LN stages (pN) 2–3, higher number of LN metastasis, and TNM stage III were significantly recurrence risk factors. After adjusting for several covariates, LNR > 0.35 still was significant predictor (adjusted HR, [95%CI], 0.53 [1.97, 36.86];  $p = 0.004$ ) while number of LN retrieved or number of metastasis LN were not.

**Conclusion:** LNR could be a strong indicator for the recurrence of GC after curative resection while the number of LN retrieved or metastasis did not predict the recurrence. Future studies, such as prospective studies, are needed to confirm and identify the optimum LNR cut-off.

**1. Introduction**

Gastric cancer was the fifth most common cancer related death in the world [1]. There are several factors associated with the prognosis of disease. One of them was the presence of lymph node metastasis after curative surgery [2–5]. The lymph node ratio between lymph node metastasis and total lymph node retrieval has been proposed as a new prognosis factor from recent studies.

There are two major worldwide guidelines for classifying the status of lymph node metastasis in gastric cancer, i.e. the Union for International Cancer Control and American Joint Commission for Cancer (UICC/AJCC) and Japanese Gastric Carcinoma Association (JGCA). The Japanese gastric cancer guidelines used anatomical location and the type of lymphadenectomy [6,7]. The D2 gastrectomy is a standard procedure and has been recommended as optimal treatment for early gastric cancer in Japan [7]. While UICC/AJCC staging system considered only the number of lymph node metastasis which the total lymph node dissection should be more than 15 lymph nodes [8]. Hence, the number of lymph nodes harvested during the gastric resection is an important factor to determine the accuracy for cancer staging.

Regardless of the guidelines, the lymph node ratio (LNR) that uses information of the number and pathological results of lymph node after surgery to determine cancer survival, could be applied in clinical. Therefore, this study aims to evaluate the association between the number of LN that retrieved from the curative resection, number of metastatic lymph nodes, and the lymph node ratio (LNR) and the recurrence rate after curative resection of gastric cancer.

<sup>1</sup> Corresponding author.  
E-mail address: [Tharin.tha@mahidol.ac.th](mailto:Tharin.tha@mahidol.ac.th) (T. Thampongsa).

<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.04.002>

Received 1 November 2019; Received in revised form 18 March 2020; Accepted 1 April 2020

2049-0801/ © 2020 The Authors. Published by Elsevier Ltd on behalf of JIS Publishing Group Ltd. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

#### 4.4.4 Wedge gastrectomy: Robot-assisted with a hand-sewn repair versus a laparoscopic linear stapler technique for gastric subepithelial tumors

Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery 3 (2020) 17–21

Contents lists available at ScienceDirect

**KeAi**  
CHINESE ROOTS  
GLOBAL IMPACT

**Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery**  
journal homepage: [www.keaipublishing.com/en/journals/laparoscopic-endoscopic-and-robotic-surgery](http://www.keaipublishing.com/en/journals/laparoscopic-endoscopic-and-robotic-surgery)



**Wedge gastrectomy: Robot-assisted with a hand-sewn repair versus a laparoscopic linear stapler technique for gastric subepithelial tumors**



Chairat Supsamutchai<sup>a</sup>, Thitipong Setthalikhit<sup>a</sup>, Chumpon Wilasrusmee<sup>a,\*</sup>, Pornraksa Ovarthaiyapong<sup>a</sup>, Jakrapan Jirasiritham<sup>a</sup>, Pattawia Choikrua<sup>a,b</sup>, Pitichote Hiranyatheb<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Surgery, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand  
<sup>b</sup> Section for Surgical Research Unit, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

---

**ARTICLE INFO**

**Article history:**  
Received 27 November 2019  
Received in revised form 5 December 2019  
Accepted 30 December 2019  
Available online 11 January 2020

**Keywords:**  
Gastric subepithelial tumor  
Gastrointestinal stromal tumor  
Gastrotomy with a hand-sewn repair  
Robot-assisted surgery  
Laparoscopic surgery

**ABSTRACT**

**Objective:** Minimally invasive surgery has become common in surgical resections of gastric subepithelial tumors. An endostapler technique is simple and easy to perform when cutting the stomach. Gastrotomy using a hand-sewn repair is a new approach for identifying and removing gastric subepithelial tumors, but few studies have evaluated its efficacy. In this study, we demonstrated the safety and effectiveness of this novel technique using a robot-assisted approach.

**Materials and methods:** A retrospective cohorts of all patients who presented with gastric subepithelial tumors and underwent robotic or laparoscopic resection at Ramathibodi Hospital from 2012 to 2018 was reviewed. Surgical outcomes and complications of the robot-assisted approach with a hand-sewn repair were analyzed and compared to those of the laparoscopic linear stapler technique.

**Results:** In total, 25 patients were included in this study. Most of the subepithelial tumors were gastrointestinal stromal tumors (17 patients, 68%). Ten patients (40%) underwent a robot-assisted procedure with a hand-sewing technique, and 15 patients underwent a laparoscopic linear stapler procedure. Mean tumor size was  $3.79 \pm 1.35$  cm in the robot-assisted procedure with a hand-sewing technique group and  $3.52 \pm 1.88$  cm in the laparoscopic linear stapler procedure group. The former experienced a longer operative time ( $261 \pm 54$  vs  $144 \pm 64$  minutes,  $p < 0.001$ ) and a longer time to return to a normal diet ( $5.7 \pm 2.0$  vs  $4.0 \pm 1.4$  days,  $p = 0.028$ ). Neither group experienced perioperative complications or mortality.

**Conclusion:** Although the time to return to a normal diet and operative time were significantly longer compared to a laparoscopic procedure using a linear stapler, the robot-assisted approach using a hand-sewn repair for gastric subepithelial tumors is feasible, effective, and safe. This can be an alternative for the surgical treatment of gastric subepithelial lesions.

© 2020 Sir Run Run Shaw Hospital affiliated to Zhejiang University School of Medicine. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

---

**1. Introduction**

Gastric subepithelial tumors have been reported in 0.76% of patients who undergo upper gastrointestinal endoscopy.<sup>1</sup> Most are benign and asymptomatic, but some are malignant or have the potential to become malignant, thus requiring surgical resection. In this era of minimally invasive surgery, many surgical techniques, such as laparoscopic resection, endoscopic resection, hybrid laparoscopic, and robot-assisted resection, have been reported.<sup>2–5</sup> Laparoscopic techniques offer many advantages and have become mainstream treatments; however, robot-assisted surgery has recently gained acceptance for visceral surgery. Nevertheless, data for robot-assisted resection of a gastric subepithelial tumor is limited.

Most surgeons use automatic linear stapling devices to transect the tumor in an attempt to limit contamination.<sup>6</sup> This technique is simple and easily performed, but can result in a more extensive resection of the gastric wall, possibly causing stenosis. When the tumor is located at the lesser curvature or is of a large size, use of an

---

\* Corresponding author: Department of Surgery, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10400, Thailand  
E-mail address: [chumpon.wil@mahidol.ac.th](mailto:chumpon.wil@mahidol.ac.th) (C. Wilasrusmee).

<https://doi.org/10.1016/j.lers.2019.12.003>  
2468-9009/© 2020 Sir Run Run Shaw Hospital affiliated to Zhejiang University School of Medicine. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

automatic linear stapling device can be limited. Gastrectomy using a hand-sewn repair, used to identify and remove a gastric subepithelial tumor, is simple and easily applied. Evidence for the outcome of a robotic approach to gastrectomy for removal of a stomach tumor is limited. This study was conducted to demonstrate the safety and effectiveness of this technique compared to a laparoscopic approach aided by a stapler.

## 2. Materials and methods

The medical records of all patients presenting with gastric subepithelial tumors and undergoing wedge gastrectomy using either robot-assisted or laparoscopic resection in the Department of Surgery, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University from January 2012 to December 2018 were reviewed and analyzed. This study was approved by the Ethics and Research Committee, and it is registered at [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov) (NCT03890354). Baseline patient data consisted of gender, age, tumor size, tumor location, type of operation, and surgical technique.

### 2.1. Operative technique

The type of surgical approach depended on surgeon preference. Patients were divided based on surgical technique into two groups: One group in which the robot-assisted approach was used with a hand-sewn repair (RHS) and the other group in which the laparoscopic approach was used with a linear stapler technique (LLS).

#### 2.1.1. Robot-assisted approach with a hand-sewn repair

Each patient was placed in the supine position, and the pneumoperitoneum was established using the "closed" technique (using

a Veress needle). A camera trocar was inserted left of the umbilicus. Three 8-mm working ports were placed on each side of the camera port at a distance of at least 10 cm. A 12-mm working port was placed left of the camera port for assistance (Fig. 1). The robot-assisted system (da Vinci® SE™ Surgical System) was docked over the patient's head, and after the lesion was identified, a gastrectomy was performed using monopolar electrocautery and a bipolar vessel sealing device. The subepithelial lesion was dissected, aiming for an adequate free margin (Fig. 2). The gastric defect was closed using V-Loc™ absorbable sutures (3–0) using a hand-sewing technique (Fig. 3). The specimen was removed in a specimen bag.

#### 2.1.2. Laparoscopic approach with a linear stapler technique

Each patient was placed in the supine position. A 12-mm skin incision was placed at the infra-umbilical region. A camera trocar was inserted, and the pneumoperitoneum was established using the "open" technique. One 12-mm and two 5-mm working ports were placed on the upper abdomen. The lesion was identified and dissected. A standard laparoscopic resection technique was applied, and a linear endostapler was used in all cases.

### 2.2. Outcome variables

Intraoperative and postoperative surgical outcomes such as operative time, time to return to a normal diet, and pathological diagnosis were evaluated. Complications were compared between the RHS and LLS groups.

### 2.3. Statistical analysis

All statistical analyses were performed using STATA version 14.2. Continuous variables were described using the mean and standard deviation (SD) and were compared using the Student *t* test. Categorical variables were described using frequencies and percentages and were analyzed using the chi-square test. When  $p < 0.05$ , statistical significance was recognized.

## 3. Results

From January 2012 to December 2018, 25 patients underwent robot-assisted or laparoscopic wedge gastrectomies for subepithelial tumors of the stomach. Mean age was  $61.7 \pm 10.5$  years. Ten patients were in the RHS group while 15 patients were in the LLS group. Tumors were located at the lesser curvature in 12 patients (48%) and at the greater curvature in the remainder. Mean tumor size was  $3.62 \pm 1.66$  cm.

Patient characteristics are shown in Table 1. Statistically significant differences between the two groups were not found in age, gender, tumor size, or tumor location.

Operative outcomes are summarized in Table 2. The operative time and time to return to a normal diet were significantly longer in the RHS group than the LLS group, but pathological diagnoses and margin statuses did not differ. Neither perioperative complications nor mortality occurred in either group.

## 4. Discussion

Gastric subepithelial tumors are smooth prominentias in the inner cavity without changes in the mucosal surface on endoscopy. They can be non-neoplastic lesions (i.e., cysts or an aberrant pancreas) or neoplastic lesions (i.e., gastrointestinal stromal tumors, carcinoid tumors, leiomyomas, lymphomas, schwannomas, glomus tumors, or lymphangiomas).<sup>7</sup> Wedge gastrectomy (R0) resection without lymph node dissection is the optimal surgery for



**Fig. 1** Installation of the robotic system. Placement of the trocars for robot-assisted gastrectomy with a hand-sewn repair (the patient's head is toward the top).



# Robot-Assisted or Laparoscopic Resection for Gastric Subepithelial Tumor using gastrotomy with Hand-Sewn Repair, a case series



Tharin Tharpongsi, Chairat Supasamchai, Chantpon Wilaaroonce, Jakrapan Jiravitham,  
Tanet Chaitrongkornwat, Theerin Chetsuangprasert, Jant Teerapradith, Thanadol Leksuphamong,  
Pattawia Chokkrua

Department of surgery, Ramathubodi Hospital,  
Faculty of Medicine, Mahidol University, Thailand

## BACKGROUND

There are a lot of surgical techniques in minimally-invasive surgery to remove gastric subepithelial tumors. Surgical approaches depend on the location and size of each tumor. A common and useful instrument is the Endostapler to cut stomach include the lesion. For tumors in difficult locations some surgeons prefer laparoscopic and endoscopic cooperation or use the intragastric port technique to identify and remove the mass. But in complex procedures, gastrotomy and hand-sewn repair to identify and remove gastric subepithelial tumor is a simple technique and easy to apply. The risk factor of recurrence and metastasis depend on complete tumor removal, the number of mitotic, tumor size and tumor rupture. There is no evidence of gastrotomy into the stomach for complete removal of tumor increasing the risk of recurrence or metastasis. This study demonstrates the safety and effectiveness of this technique.

## METHODS

A retrospective chart review was made of all patients who presented with gastric subepithelial tumor and underwent laparoscopic or robotic resection at Ramathubodi Hospital during 2012-2018. Surgical outcomes and complications of gastrotomy and hand-sewn repair (GHS) were analyzed and compared to the stapler technique (ST).

Table 2 Post-operative outcomes

	Gastrotomy technique (N=12)	Stapler technique (N=15)	p-value
Operative time(minutes)	248 (20.57.88)	144 (94.29)	<0.001
Time to return of normal diet(days)	5.6 (1.87)	4.8 (1.44)	0.019
Pathological diagnosis			
- Gastrointestinal stromal tumor	7 (58.33%)	11 (73.33%)	
- Leiomyoma	2 (16.67%)	1 (6.67%)	
- Ectopic pancreas	2 (16.67%)	2 (13.33%)	
- Schwannoma	1 (8.33%)	1 (6.67%)	0.842
Margin status			
- R0	11 (91.67%)	11 (100%)	
- R1	1 (8.33%)	0 (0.00%)	0.444
Surgical site infection	0 (0.00%)	0 (0.00%)	-
Anastomosis leakage	0 (0.00%)	0 (0.00%)	-

Table 1. Pre-operative patient characteristics

	All technique = 27 (100.0%)	Gastrotomy technique (GHS) = 12 (44.4%)	Stapler technique (ST) = 15 (55.6%)	p-value
Age, mean (SD)	61.29 (11.1)	58.00 (12.17)	63.93 (9.84)	0.173
Sex = female	22 (81.48%)	11 (91.67%)	11 (73.33%)	0.342
Size of tumor(cm), mean (SD)	3.48 (1.89)	3.43 (1.40)	3.52 (1.88)	0.898
Location				
- Lesser curvature	12 (44.44%)	9 (41.67%)	7 (46.67%)	
- Greater curvature	14 (51.85%)	6 (50.00%)	8 (53.33%)	
- Cardia	1 (3.70%)	1 (8.33%)	0 (0%)	0.684
Type of surgery				
- Laparoscopic	17 (62.96%)	2 (16.67%)	15 (100%)	
- Robot-assisted laparoscopic	10 (37.04%)	10 (83.33%)	0 (0%)	<0.001



Figure 1 Ports placement (the patient's head is at the upper part)

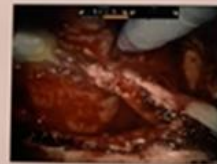


Figure 2 Tumor resection by gastrotomy technique



Figure 3 Hand-sewn repair

## RESULTS

The total number of patients was 27 patients (17 for laparoscopic approach and 10 for robotic approach). Most subepithelial tumors were pathologically proven to be gastrointestinal stromal tumors, 18 patients (66.67%), 12 patients (44.44%) underwent gastrotomy and hand-sewn technique (GHS). The GHS group increased the operative time compared to stapler technique group (ST) (mean = 249 minutes vs 144 minutes). The mean size of tumor in gastrotomy technique was 3.43 and in the stapler technique was 3.52. The time to return to a normal diet was longer in the GHS group than ST group (5.6 in gastrotomy group and 4.8 in stapler group, p=0.019). There were no perioperative complications or mortality in gastrotomy and hand-sewn repair.

## CONCLUSION

Robot-assisted or laparoscopic resection for gastric subepithelial tumor by gastrotomy with hand-sewn repair is an easy, effective and safe surgical technique. There is no need for more complex instruments. This is also an alternative option for gastric subepithelial lesion.

#### 4.4.5 การวิเคราะห์ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร (ปี2563)

แบบบูรณาการที่ศูนย์มะเร็งครบวงจรโรงพยาบาลรามธิบดี: ประสิทธิภาพจากสถาบันเดียว (COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF INTEGRATED CARE MODEL FOR GASTRIC CANCER AT RAMATHIBODI HOSPITAL COMPREHENSIVE CANCER CENTER:A SINGLE INSTITUTE:EXPERIENCE) ศรัณย์พร เปรมโยธิน (ที่ปรึกษาหลัก: ศ.ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ)

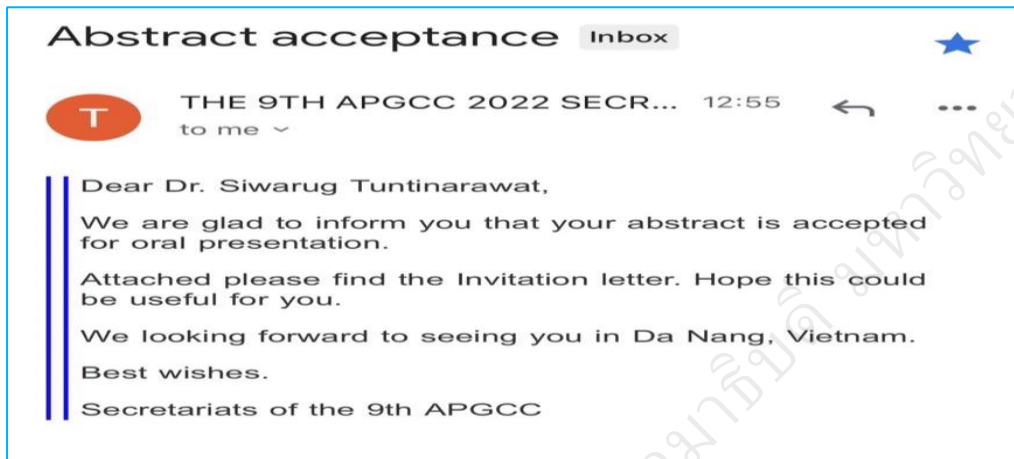


มะเร็งกระเพาะอาหารเป็นหนึ่งในมะเร็งที่นำสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่ง ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพอย่างมหาศาล เนื่องมาจากการพยากรณ์โรคที่แย่และกระบวนการรักษาที่ซับซ้อน "การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ" ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้บริการแบบครบวงจรและการดูแลที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อาจมีบทบาทอย่างมากในการปรับปรุงผลลัพธ์การรักษาพร้อมทั้งยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในขณะเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ในทางกลับกันการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมเฉพาะบุคคลอาจทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลสนับสนุนว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารแบบบูรณาการมีความคุ้มค่าหรือไม่ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแรกที่พยายามทำการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เกี่ยวกับการดูแลรักษามะเร็งกระเพาะอาหารแบบบูรณาการที่ศูนย์มะเร็งครบวงจรของโรงพยาบาลรามธิบดี ที่ซึ่งรูปแบบการดูแลนี้ได้รับเริ่มขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ ข้อมูลต้นทุนจากมุมมองของผู้ให้บริการและผลลัพธ์ทางคลินิกถูกนำมาเปรียบเทียบกับกรดูแลแบบปกติ แม้ว่าอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้นประกอบกับต้นทุนที่ต่ำลงจะส่งผลให้อัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลลดลงในกลุ่มการดูแลแบบบูรณาการเมื่อเทียบกับกลุ่มการดูแลตามปกติแต่ปัจจัยรบกวนอื่นเช่น ระยะและความรุนแรงของโรคมะเร็ง- อายุและโรคร่วม ทำให้ไม่สามารถสรุปได้จากผลการศึกษา ณ ขณะนี้ว่า ผลลัพธ์ที่ดีกว่านั้นเป็นผลมาจากการดูแลแบบบูรณาการรูปแบบใหม่นี้เพียงอย่างเดียวหรือไม่ หากแต่การตีความรายละเอียดของผลการศึกษายังมีระดับที่อาจช่วยปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารในอนาคต

#### 4.4.6 Oral Presentation 24-25 มีนาคม 2566 ณ. ประเทศเวียดนาม

โครงการวิจัยเรื่อง MIS มีผลต่อการพยากรณ์โรคมะเร็งกระเพาะอาหารในคนไทยอย่างไร

( ทูสนับสนุนโครงการวิจัย ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง )





# ความผิดปกติในการสังเคราะห์สายโปรตีนที่มีบทบาทเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องของการสร้างสายรหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวชี้วัดในการพยากรณ์โรคที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร

ไชยรัตน์ ทรัพย์สมุทรชัย<sup>1</sup>, M.D., ธราดล เล็กสุพรรณโรจน์<sup>1</sup>, M.D., ณภัทร อังคัญญกุล<sup>2,3</sup>, M.D., ศิวรักษ์ ตันตินราววัฒน์<sup>1</sup>, M.D., ภัทรา ทาสี<sup>1</sup>, M.D.

<sup>1</sup>Department of Surgery, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

<sup>2</sup>Department of Pathology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand

<sup>3</sup>Department of Pathology, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand

## บทคัดย่อ

**ความเป็นมา :** การสังเคราะห์สายโปรตีนที่มีบทบาทเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องในการสร้างสายรหัสพันธุกรรม (microsatellite instability) มีผลต่อการพยากรณ์โรคมะเร็งกระเพาะอาหารในหลายงานวิจัย แต่ในการศึกษาในกลุ่มมะเร็งกระเพาะอาหารที่สามารถผ่าตัดได้ยังไม่มีข้อมูลสรุปของผลลัพธ์

**วัตถุประสงค์ :** ศึกษาประโยชน์ของการสังเคราะห์สายโปรตีนที่มีบทบาทเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องในการสร้างสายรหัสพันธุกรรม มีผลต่อการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารที่สามารถผ่าตัดได้

**วิธีวิจัยและแบบแผนการวิจัย :** เป็นการศึกษาเก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารจำนวน 100 คน ที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกระเพาะอาหารในโรงพยาบาลรามธิบดีตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2553 – พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยศึกษาการสังเคราะห์สายโปรตีนที่มีบทบาทเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องในการสร้างสายรหัสพันธุกรรม (microsatellite instability) ด้วยวิธีตรวจทางอิมมูโนฮิสโตเคมี (immunohistochemistry) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยประกอบด้วย t-test, Wilcoxon-Mann-Whitney test, chi-square test and Fisher's exact test สำหรับผลลัพธ์การศึกษาใช้เครื่องมือ Logistic regression ในการหาความสัมพันธ์ของการศึกษาระหว่างความผิดปกติในการสังเคราะห์สายโปรตีนที่มีบทบาทเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องในการสร้างสายรหัสพันธุกรรมอยู่ในระดับสูง (high microsatellite instability) กับระดับปกติ (microsatellite stability) และผลลัพธ์การศึกษาที่ต้องการศึกษาได้แก่ การรอดชีวิตและการเป็นซ้ำของมะเร็งกระเพาะอาหาร

**ผลลัพธ์ :** ในผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร 91 คน พบผู้ป่วยความผิดปกติในการสังเคราะห์สายโปรตีนที่มีบทบาทเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องในการสร้างสายรหัสพันธุกรรมอยู่ในระดับสูง (high microsatellite instability) 8 คน (87%) โดยที่ข้อมูลเรื่องอายุ เพศ จุดพยาธิวิทยา การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง และระยะเวลาที่ได้รับการตรวจพบการแพร่กระจายนั้น ไม่มีความแตกต่างในระหว่างสองกลุ่ม สำหรับผลลัพธ์การศึกษาพบว่าอัตราการอยู่รอดโดยรวมในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในการสังเคราะห์สายโปรตีนที่มีบทบาทเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องในการสร้างสายรหัสพันธุกรรมอยู่ในระดับสูงกับระดับปกติไม่มีความแตกต่างกัน (36.3 เดือน vs. 24.8 เดือน,  $p=0.527$ )

ส่วนระยะอยู่รอดโดยโรคสงบก็ไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่มเช่นกัน ( $p = 0.527$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะปลอดโรคจากการแพร่กระจาย ภาวะปลอดการเป็นซ้ำเฉพาะที่ และการได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่ม **folfox, capecox** และ การได้เคมีบำบัดรวมกับการฉายแสง สามารถเพิ่มอัตราการอยู่รอดได้เช่นกัน

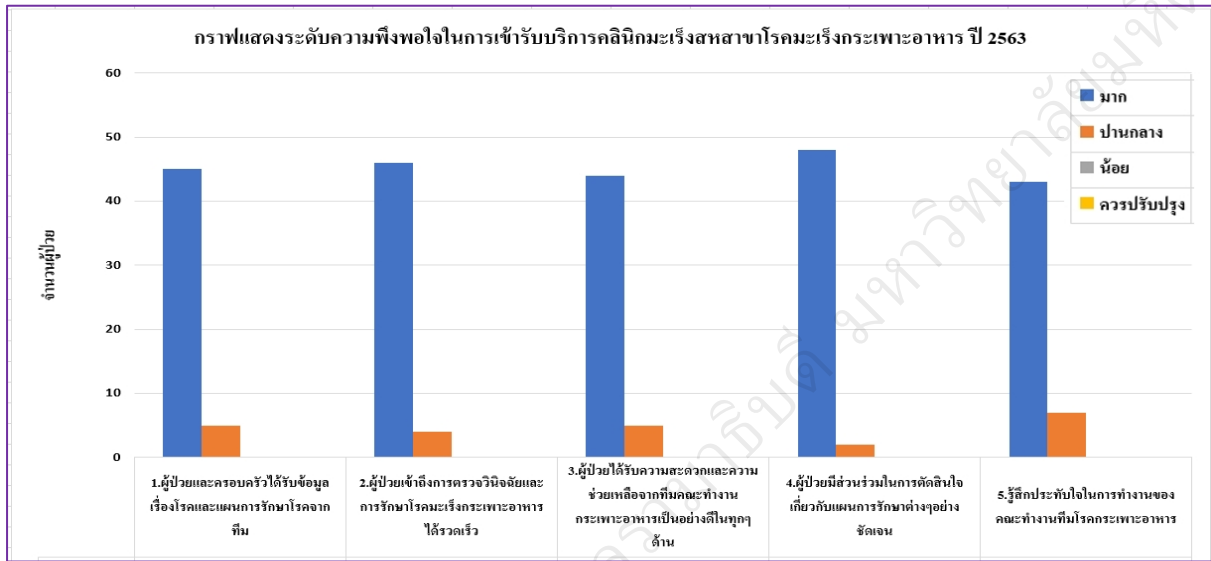
**บทสรุป :** จากผลการศึกษาความผิดปกติในการสังเคราะห์สายโปรตีนที่มีบทบาทเกี่ยวกับตรวจสอบความถูกต้องในการสร้างสายรหัสพันธุกรรมไม่สามารถใช้เป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การรอดชีวิตในมะเร็งกระเพาะอาหาร

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

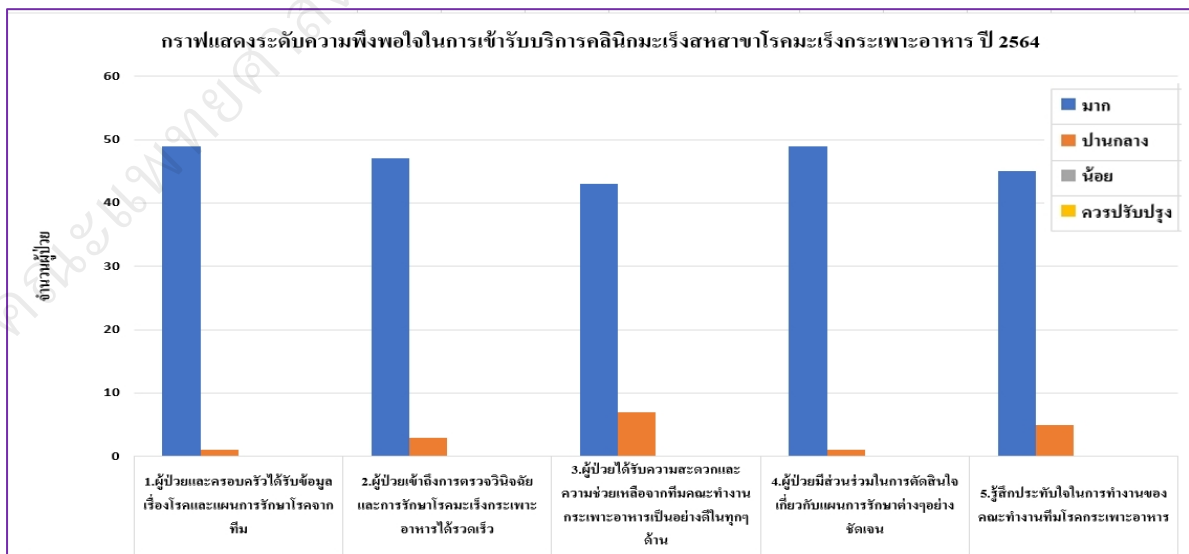
ตอนที่ IV-2. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ  
 คุณค่าจากมุมมองของผู้รับบริการ และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม

ทีมสหสาขาได้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับบริการคลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็ง  
 กระเพาะอาหารในรูปแบบ QR Code

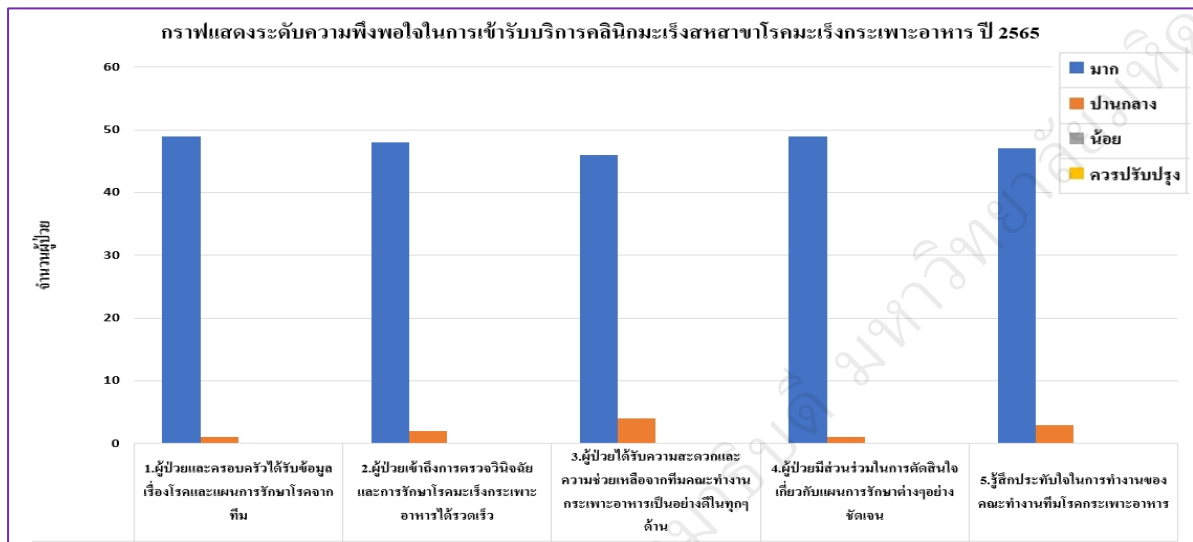
ภาพที่ 30 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับบริการคลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งปี 2563



ภาพที่ 31 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับบริการคลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งปี 2564



ภาพที่ 32 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่เข้ารับบริการคลินิกมะเร็งสหสาขาโรคมะเร็งปี 2565



ตัวอย่างความคิดเห็นความรู้สึกของผู้ป่วย ต่อการเข้ารับบริการที่คลินิกมะเร็งสหสาขา

-ไม่คิดว่าโรงพยาบาลรัฐบาลจะมีการบริการที่รวดเร็ว

- เมื่อรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งรู้สึกกลัวมากเพราะตนไม่มีอาการที่คิดว่าจะเป็นโรคนี กังวลว่าจะรอการรักษา นานคิดว่าอาจจะไป รพ. เอกชนเพราะโรงพยาบาลรามธิบดีคนไข้มาก เมื่อได้ข้อมูลการรักษาจาก แพทย์รู้สึกคลายความกังวลและมีกำลังใจ

-ประทับใจที่แพทย์และเจ้าหน้าที่เข้าใจความวิตกกังวลของคนที่ได้รับทราบว่าเป็นโรคมะเร็ง ให้ความช่วยเหลือได้รับการนัดหมายตรวจต่างๆที่รวดเร็ว

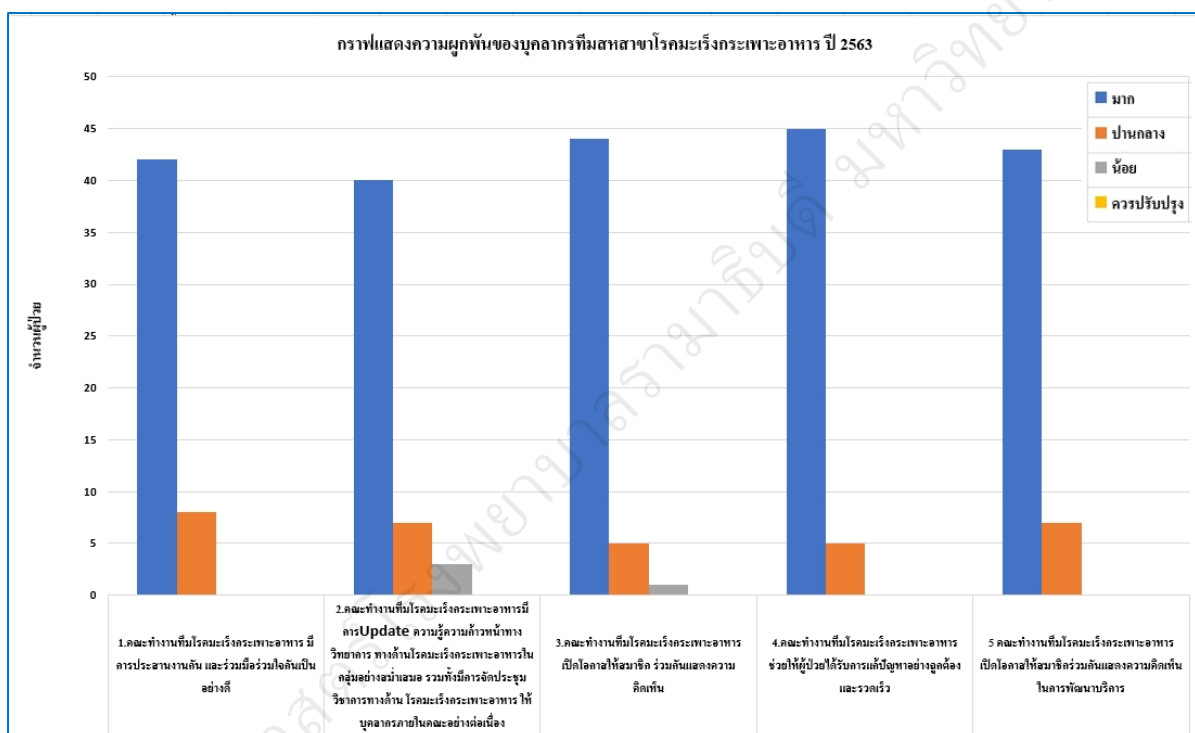
-เจ้าหน้าที่ ที่หน่วยตรวจช่วยประสานงานให้เกือบทุกอย่าง

### ตอนที่ IV-3. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความผูกพัน ความพึงพอใจ

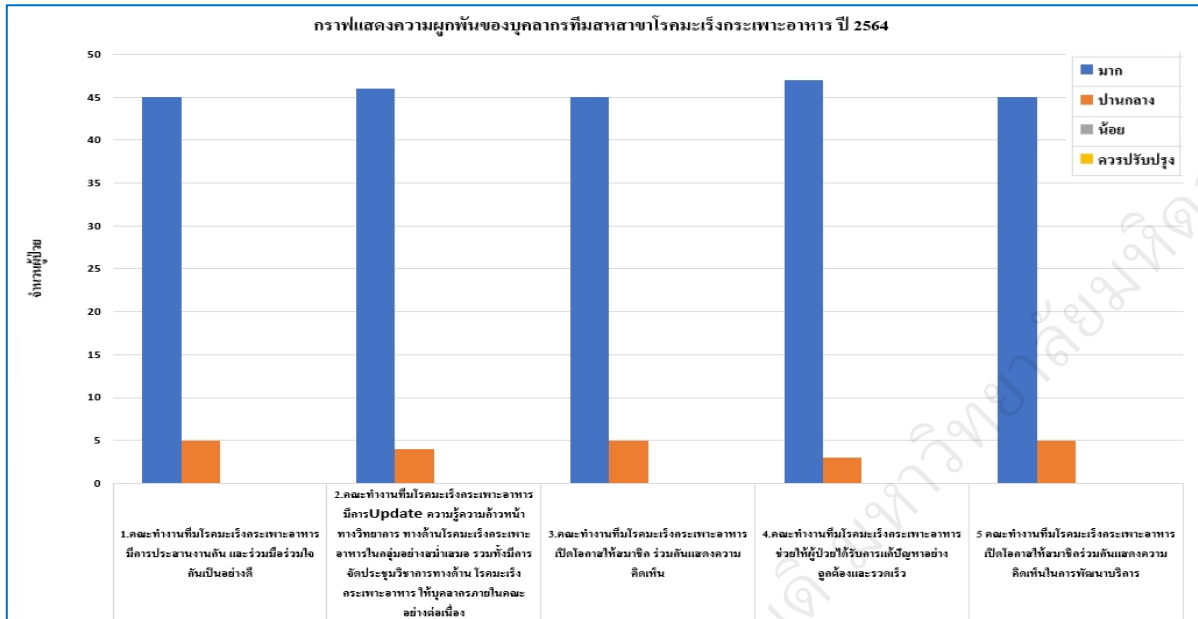
#### ขีดความสามารถและทักษะของบุคลากร และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่แข่งที่เหมาะสม

ทีมนำสหสาขาฯ ร่วมกันจัดกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร ในรูปแบบคลินิกมะเร็งสหสาขาฯ ได้ประเมินความพึงพอใจ และความผูกพัน ของทีมสหสาขาฯ ในรูปแบบ QR Code

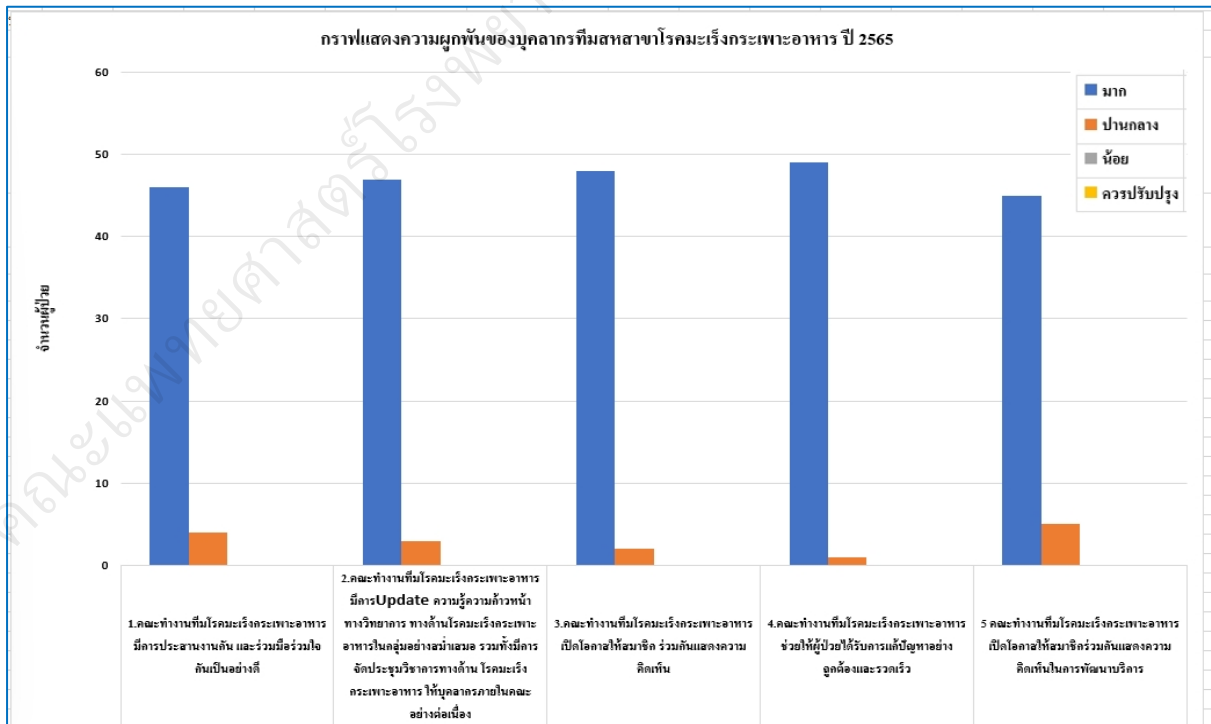
ภาพที่33 ความพึงพอใจ และความผูกพัน ของทีมสหสาขาฯ ปี2563



ภาพที่34 ความพึงพอใจ และความผูกพัน ของทีมสหสาขา ปี2564



ภาพที่35 ความพึงพอใจ และความผูกพัน ของทีมสหสาขา ปี2565



ตอนที่ IV-4. นำเสนอรระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของระบบ  
 สนับสนุนที่เกี่ยวข้อง และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่เทียบที่เหมาะสม

ตารางที่ 25 แสดงตัวชี้วัดผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของระบบการบริการผู้ป่วย

หน่วยงาน	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. ห้องปฏิบัติการ	- คำสั่งตรวจ Lab ถูกต้อง - การรายงานผลถูกต้อง	100%	100%	100%	100%
2. ฝ่ายเภสัชกรรม	- ใบสั่งยาถูกต้อง - คำสั่งการรักษาเคมีบำบัดถูกต้อง - การผสมยาถูกต้อง	100%	100%	100%	100%
3. แผนกเอ็กซเรย์	- คำสั่ง X-Ray ถูกต้อง - การรายงานผลถูกต้อง	100%	100%	100%	100%
4. การเงิน	- ใบแจ้งค่ารักษาพยาบาลถูกต้อง	100%	100%	100%	100%
5. หน่วยงานเวช ระเบียน	- Scan เวชระเบียนครบถ้วน	100%	100%	100%	100%

ตอนที่ IV-5. นำเสนอระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามแผนพฤติกรรมที่มีจริยธรรม การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ และเปรียบเทียบกับคู่แข่งหรือคู่แข่งที่เหมาะสม

ตารางที่ 26 แสดงตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับการบรรลุผลตามแผนพฤติกรรม จริยธรรม การปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ

หัวข้อประเมิน	เป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเมเร็งกระเพาะอาหารตามมาตรฐาน (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%
2. การรักษาผู้ป่วยโรคเมเร็งกระเพาะตามมาตรฐานของ สปสช (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%
3. การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแผนการรักษา (จากการทบทวนเวชระเบียน)	100%	100%	100%	100%
4. การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยของศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคเมเร็งกรณผู้ป่วยที่มีประวัติโรคเมเร็งในครอบครัว	100%	100%	100%	100%
5. ผู้ป่วยระยะประคับประคอง ทีมนำปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (Living Will) (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%
6. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (ร้อยละ)	100%	100%	100%	100%



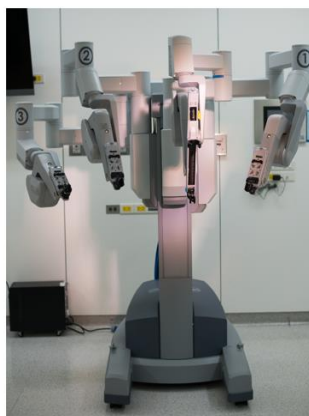
## ผลงานที่ภาคภูมิใจ

ด้านคลินิก พัฒนาการผ่าตัดที่ทันสมัยเทียบเท่าสากล

### Laparoscopic Surgery



### Robotic Surgery



## ทีมนำต้นแบบแห่งแรกในประเทศ

พัฒนากระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหารรูปแบบทีมสหสาขา

พัฒนากระบวนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร

พัฒนาโครงการคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหารเชิงรุก



ทีมสหสาขาโรคมะเร็งกระเพาะอาหาร รามาธิบดี

ภาควิชาศัลยศาสตร์ร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

**ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหาร**

**ตรวจวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว**

**รักษาทันสมัยครบวงจร**

**ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดี  
เราได้รับความน่าไว้วางใจ**

