

การส่งปรึกษาจากเวชศาสตร์ครอบครัวถึงแพทยอายุรกรรมทางเดินอาหาร: ความสอดคล้องของการวินิจฉัยและความเหมาะสมของการส่งปรึกษา

แสงศุณี ธรรมโณรส¹, พ.บ., ดำรงรัตน์ เลิศรัตนานนท์¹, พ.บ., สายสุณีย์ กัททิมเทศ¹, วท.บ., วท.ม., ปส.ด., ธราธิป พุ่มกำพล¹, วท.บ., ศษ.ม., สาธิตา สมศรี², พย.ม.

¹ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ² ฝ่ายการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ความเหมาะสมของการส่งปรึกษาและการส่งกลับระหว่างเวชศาสตร์ปฐมภูมิถึงแพทย์เฉพาะทางเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญเนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย สำหรับคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการส่งต่อผู้ป่วยถึงแผนกอายุรกรรมเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะแพทยอายุรกรรมทางเดินอาหารนับเป็นหน่วยที่มีสถิติการส่งปรึกษาสูงที่สุด ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงความเหมาะสมและคุณภาพในการส่งปรึกษาผู้ป่วยระหว่างแผนกดังกล่าว

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความเหมาะสมและคุณภาพของการส่งต่อผู้ป่วยจากเวชศาสตร์ครอบครัวถึงแพทยอายุรกรรมทางเดินอาหาร ในด้านเหตุผลและกระบวนการส่งต่อ รวมทั้งการสื่อสารกันระหว่างแพทย์และการดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยได้รับ

วิธีวิจัย: การวิจัยแบบ Cross-sectional descriptive study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกส่งจากแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวไปยังแผนกอายุรกรรม ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553-31 ธันวาคม 2553 โดยทำการสุ่มตัวอย่างจำนวน 483 ราย (ร้อยละ 17.8) จาก 2,714 ราย โดยวิธี simple random sampling โดยสาขาที่ส่งปรึกษาสูงสุดเป็นจำนวน 106 ราย คือ อายุรกรรมทางเดินอาหาร ซึ่งข้อมูลที่เก็บจากการทบทวนเวชระเบียนคือโรคและเหตุผลที่ส่งปรึกษา ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค รวมทั้งความเหมาะสมของการปรึกษา และนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: การส่งปรึกษาแพทยอายุรกรรมสาขาทางเดินอาหารจำนวน 106 รายถือเป็นร้อยละ 21.95 ของการส่งปรึกษาแผนกอายุรกรรมพบว่า โรคที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 30.6) สงสัยมะเร็งทางเดินอาหาร (ร้อยละ 20.4) ภาวะดีสเปปเซีย (ร้อยละ 18.4) ตับแข็ง (ร้อยละ 9.2), กรดไหลย้อน (ร้อยละ 8.2), ปวดท้องเรื้อรังไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 4.1) และอื่นๆ (ร้อยละ 9.2) เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร, ค่าการทำงานของตับผิดปกติ, ท้องผูก เป็นต้น โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร้อยละ 12.3 ไม่ได้ระบุชื่อโรคหรือปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับแผนกที่ส่งต่อ และจุดประสงค์ของการส่งต่อคือ เพื่อการวินิจฉัยโรคและตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ (ร้อยละ 56.6), เพื่อการรักษา (ร้อยละ 40.6), และเป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง (ร้อยละ 2.8) ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาเพียง 90 ราย (ร้อยละ 84.9) ได้ไปพบแพทยอายุรกรรมทางเดินอาหารและได้รับการเพิ่มเติมรายละเอียดของการซักประวัติ ตรวจร่างกายและ



ส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการมากกว่าแพทย์ปฐมภูมิ ร้อยละ 33.3, 16.7, และ 65.6 ตามลำดับ พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไม่สอดคล้องระหว่างสองแผนกจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 20) โดยพบว่าการวินิจฉัยสลับกันระหว่างภาวะดิสเปปเซียและกรดไหลย้อนมากที่สุด รองลงมาคือ สงสัยมะเร็งในทางเดินอาหารแต่พบเป็นเพียงดิสเปปเซีย และมีหนึ่งรายที่เป็นไทโรยด์เป็นพิษ เป็นต้น ในจำนวนผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาด้วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารจำนวน 20 คน พบว่าเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันสอดคล้องกันและผู้ป่วยอีกร้อยละ 25 ไม่ได้ไปตรวจต่อที่แผนกอายุรกรรม เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพการส่งปรึกษาทั้งหมดพบว่าร้อยละ 40 ไม่เหมาะสม เช่น ปรึกษาเร็วเกินไป (28 ราย; ร้อยละ 77.8) โดยเฉพาะอย่างยิ่งไวรัสตับอักเสบบ, ดิสเปปเซีย หรือสงสัยมะเร็งทางเดินอาหาร, ปรึกษาช้าเกินไปมีจำนวนหนึ่งราย (ร้อยละ 2.78), ควรจะมีรายละเอียดของการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสมก่อนการส่งต่อ (7 ราย; ร้อยละ 19.4) นอกจากนี้พบว่าแพทย์ปฐมภูมิที่ไม่ได้ผ่านการอบรมวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวมีแนวโน้มที่จะส่งปรึกษาโดยระบุเพียงอาการที่ผิดปกติแต่ไม่ได้ระบุการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน เช่น ปวดท้อง, ไข้และม้ามโต, เลือดออกในอุจจาระ, กลืนลำบาก, น้ำหนักลด หรือการทำงานของตับผิดปกติ เป็นต้น ในมุมมองของนักวิจัย ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 32.2) สามารถให้การดูแลที่แผนกเวชศาสตร์ครอบครัวได้ และร้อยละ 83.3 ของการส่งปรึกษาไม่พบการสื่อสารกลับจากแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหารถึงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

สรุปผลการศึกษา: การฝึกอบรมด้านโรคระบบทางเดินอาหารเพิ่มเติมแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและเวชศาสตร์ครอบครัวน่าจะเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้การส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหารเหมาะสมมากขึ้น นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบของการสื่อสารระหว่างสองแผนกจะช่วยให้คุณภาพการส่งปรึกษาดีขึ้น

คำสำคัญ การส่งปรึกษา, ความสอดคล้อง, ความเหมาะสม, เวชศาสตร์ครอบครัว/เวชศาสตร์ปฐมภูมิ, แพทย์อายุรกรรมสาขาทางเดินอาหาร

Corresponding author: แสงสุลี ธรรมไกรสร, พ.บ

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

270 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร: 02 201 1486 E-mail: sangsulee.tha@mahidol.ac.th

บทนำ

การส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางจากแพทย์เวชศาสตร์ปฐมภูมินับเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุข การส่งปรึกษาที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งขาดการสื่อสารระหว่างสองแผนกนั้นนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของผู้รับบริการ การวินิจฉัยโรคล่าช้า การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็นซ้ำซ้อน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองงบประมาณของประเทศ จากงานวิจัยต่างๆแสดงให้เห็นว่า ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มารับการตรวจที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิจะถูกส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง^(1,2) ซึ่งปัญหาของการส่งปรึกษาส่วนใหญ่ที่พบคือ การที่แพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิส่งปรึกษาไม่เหมาะสม เช่น ขาดข้อมูลการซักประวัติและตรวจร่างกาย รวมทั้งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง ความไม่เหมาะสมของปัญหาสุขภาพที่ส่งต่อ การส่งปรึกษาผิดแผนก ระยะเวลาที่พิจารณาส่งปรึกษาช้าหรือเร็วเกินไป และขาดประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างแพทย์ปฐมภูมิและแพทย์เฉพาะทาง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพของกระบวนการส่งต่อ ยกตัวอย่างเช่น การส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางช้าหรือน้อยเกินไป อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เพิ่มความผิดพลาดของการทำเวชปฏิบัติและการถูกฟ้องร้องแพทย์ ในทางกลับกันหากแพทย์ส่งปรึกษาเร็วหรือมากเกินไป อาจส่งผลให้การดูแลของผู้ป่วยเป็นแบบขาดตอน (fragmented care) ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งในแง่การถูกตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการซ้ำซ้อน การได้รับยาหลายชนิดที่ไม่เหมาะสม (polypharmacy) ผู้ป่วยอาจเกิดความสับสนต่อปัญหาสุขภาพของตนเองและโดดเดี่ยว หรือเป็นการเพิ่มภาระที่ไม่เหมาะสมให้กับแพทย์เฉพาะทางด้วย นอกจากนี้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ปฐมภูมิเองก็จะขาดทักษะหรือสิ่งจูงใจในการที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเอง หน้าที่สำคัญของแพทย์ปฐมภูมิหรือเวชศาสตร์ครอบครัวคือการเป็นด่านหน้าของระบบสุขภาพมีหน้าที่เป็นนายทวารเฝ้าประตู (gatekeeper) ควบคุมการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่ไม่เหมาะสมโดยแพทย์จะทำหน้าที่นี้ได้ดีเมื่อมีองค์ความรู้ มีความมั่นใจและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเพียงพอ โดยแพทย์ที่ผ่านการอบรมเพื่อวุฒิบัตรจะสามารถดูแลผู้ป่วยและส่งปรึกษาอย่างเหมาะสมมากกว่าแพทย์ทั่วไป (untrained GPs)^(2,3)

สำหรับคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการส่งต่อผู้ป่วยถึงแพทย์เฉพาะทางหลากหลายสาขาเป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ. 2548 ดาริน และคณะได้ศึกษาทัศนคติของแพทย์เฉพาะทางต่อการส่งปรึกษาของแพทย์จากแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าสาขาที่ส่งปรึกษามากสี่อันดับแรกคือ แผนกอายุรกรรม (ร้อยละ 45.27) ศัลยกรรม (ร้อยละ 19.70) ศัลยกรรมกระดูก (ร้อยละ 14.66) และจักษุแพทย์ (ร้อยละ 13.37) โดยแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวมีการส่งปรึกษาเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าแพทย์ทั่วไปตามลำดับคือ ร้อยละ 14.02 และร้อยละ 24.30 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษา ส่วนเป้าหมายของการส่งต่อนั้นพบว่าร้อยละ 80 ส่งต่อเพื่อการรักษาเฉพาะทาง ร้อยละ 50 ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย และร้อยละ 7 เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยที่ขอไปรักษาต่อกับแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยเชิงระบบ และยังขาดมุมมองของความเหมาะสมของการส่งปรึกษาจากแพทย์ปฐมภูมิ รวมทั้งขาดรายละเอียดของปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อยแต่มีปัญหาด้านคุณภาพการส่งปรึกษา ฉะนั้นเพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านการบริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและเชิงวิชาการ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยจากเวชศาสตร์ครอบครัวถึงแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นสาขาที่พบการส่งต่อสูงที่สุดจากหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามาธิบดี ในด้านกระบวนการส่งต่อ การสื่อสารกันระหว่างแพทย์ และรายละเอียดของปัญหาสุขภาพที่ส่งต่อ ผลการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหารหรือแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ให้ถูกต้องและสมบูรณ์มากขึ้น

วิธีวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 - 31 ธันวาคม 2553

- ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วยผู้ป่วยทุกรายที่มา



ตรวจที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัวและได้รับการส่งปรึกษาต่อไปที่แผนกอายุรกรรม จำนวน 2,714 ราย

- **ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** กรณีที่ทราบขนาดของประชากร คำนวณจากสูตร $n = N/1 + Ne^2$ ได้กลุ่มตัวอย่าง 349 ราย ทำการสุ่มโดยวิธี simple random และสุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 30 กรณีข้อมูลในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ (missing data) รวมทั้งสิ้น 483 ราย โดยสาขาที่ได้รับการส่งปรึกษาสูงสุดคือทางเดินอาหารเป็นจำนวน 106 ราย

- **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจโดยแพทย์แผนกเวชศาสตร์ครอบครัวแล้วได้รับการส่งปรึกษาต่อไปยังแผนกอายุรกรรมสาขาทางเดินอาหารจำนวน 106 ราย โดยไม่ได้จำกัดอายุและเพศหรือความผู้ป่วยเก่าและใหม่

- **เกณฑ์คัดออก** ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาแต่ไม่มีประวัติไปรับการรักษาต่อที่แผนกอายุรกรรมทางเดินอาหาร หรือ มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

- **เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนโดยผู้วิจัยที่เป็นแพทย์ 2 คน** แบ่งกันทบทวนเวชระเบียนโดยไม่เกี่ยวข้องกัน ซึ่งในช่วงแรกได้มีการตรวจสอบความสอดคล้องของการประเมินเวชระเบียนของแพทย์ทั้ง 2 คนแล้ว (percent agreement = 79.39%, kappa = 0.618; p-value < 0.001) โดยข้อมูลที่ทำกรเก็บรวบรวมประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและเหตุผลที่ส่งปรึกษา ประเภทของแพทย์ปฐมภูมิที่ส่งปรึกษารวมทั้งผู้วิจัยได้ประเมินความเหมาะสมของการส่งปรึกษาในด้านต่างๆ อาทิ รายละเอียดที่บันทึกในเวชระเบียนเกี่ยวกับการซักประวัติ และตรวจร่างกาย รวมถึงการส่งตรวจเพิ่มเติมก่อนการส่งปรึกษา ระยะเวลาก่อนพิจารณาส่งปรึกษาว่าเร็วหรือช้าไปหรือไม่ โดยอ้างอิงความเหมาะสมตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมอายุรแพทย์และแพทย์ทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลในประเด็นด้าน ความแตกต่างของการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการทำหัตถการ รวมทั้งความสอดคล้องของการวินิจฉัยระหว่างสองแผนก ความจำเป็นที่ต้องส่งปรึกษาแพทย์ทางเดินอาหาร และการสื่อสารระหว่างแพทย์ทั้งสองแผนกในเวชระเบียน

- **เครื่องมือการวิจัย** ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

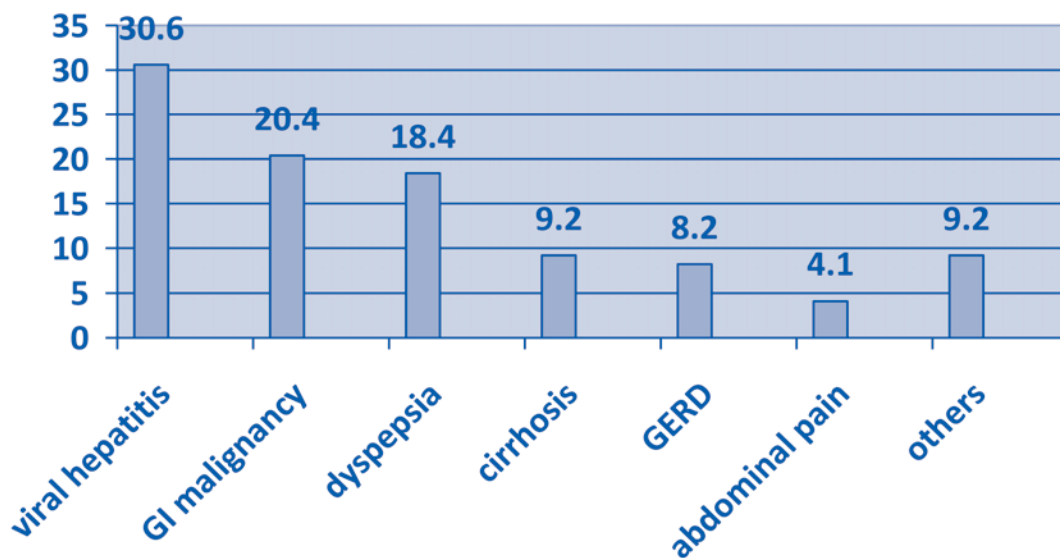
- **ผลการศึกษา** นำเสนอข้อมูลด้วย ความถี่ และ ร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการสุ่มทบทวนเวชระเบียนที่ส่งจากแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อปรึกษาแพทย์อายุรกรรมสาขาทางเดินอาหารในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 - 31 ธันวาคม 2553 จำนวน 106 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 55 ราย (ร้อยละ 51.9) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.2) และอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯและปริมณฑล (ร้อยละ 57.6) ผู้ป่วยเพียง 90 ราย (ร้อยละ 84.9) ได้รับการตรวจที่แผนกอายุรกรรมทางเดินอาหาร ปัญหาสุขภาพที่ส่งปรึกษามากที่สุดสามอันดับแรกคือ ไวรัสตับอักเสบบ (ร้อยละ 30.6), มะเร็งทางเดินอาหาร (ร้อยละ 20.4) และภาวะดิสเปปเซียที่ไม่ตอบสนองต่อยา (ร้อยละ 18.4) ดังมีรายละเอียดในแผนภูมิที่ 1 ซึ่งจุดประสงค์ในการส่งปรึกษาประกอบด้วย เพื่อได้รับการวินิจฉัยและการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (ร้อยละ 56.6), การรักษา (ร้อยละ 40.6) และเป็นความต้องการของผู้ป่วย (ร้อยละ 2.8) โดยมีผู้ป่วย 13 ราย (ร้อยละ 12.3) ที่ส่งปรึกษาโดยไม่ได้ระบุปัญหาสุขภาพที่ต้องการส่งต่อ

ในด้านผลลัพธ์ของการส่งปรึกษา พบว่า แพทย์สาขาอายุรกรรมทางเดินอาหารได้ซักประวัติ และตรวจร่างกายโดยละเอียดเพิ่มเติมจากแพทย์แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว ร้อยละ 33.3 และ 16.7 ตามลำดับ นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมจำนวน 59 ราย (ร้อยละ 12.3) ซึ่งมีความหลากหลาย ตั้งแต่การตรวจหาค่าสารเคมีในเลือด ค่าการแข็งตัวของเลือด สารบ่งชี้มะเร็งในเลือด การตรวจนับจำนวนเชื้อไวรัสตับชนิดบีและซี ภูมิต้านทานต่อเชื้อ *H. pylori* รวมถึงการตรวจอัลตราซาวด์, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รวมถึงได้รับการทำหัตถการเฉพาะทาง 33 ราย (ร้อยละ 36.7) เช่น การส่องกล้องทางเดินอาหาร, การตรวจ fibroscan, และการตัดชิ้นเนื้อตับ เป็นต้น มีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ส่วนประเด็นด้านความสอดคล้องของการวินิจฉัย พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 20) ที่มีความขัดแย้งของการวินิจฉัยโรกระหว่างสองแผนก โดยพบว่ามีกรณีวินิจฉัยสลับกันระหว่างภาวะดิสเปปเซียและกรดไหลย้อนมากที่สุด รองลงมาคือ สงสัยมะเร็งในทางเดินอาหารแต่พบเป็นเพียง



แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของปัญหาสุขภาพที่ได้รับการส่งปรึกษาสาขายุทธกรรมทางเดินอาหาร

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์ของการส่งปรึกษา

	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วยได้ไปพบแพทย์อายุกรรมทางเดินอาหาร	90	84.9
สิ่งที่แพทย์สาขายุทธกรรมทางเดินอาหารได้ปฏิบัติ		
• การซักประวัติละเอียดเพิ่มขึ้น	30	33.3
• ตรวจร่างกายละเอียดเพิ่มขึ้น	15	16.7
• ส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น ตรวจหาค่าสารเคมีในเลือด ตรวจนับจำนวนเชื้อไวรัสตับ รวมถึงตรวจภาพถ่ายทางรังสีวิทยา	59	65.6
• ทำหัตถการเฉพาะทาง เช่น ส่งกล้องทางเดินอาหาร, fibroscan, ตรวจชิ้นเนื้อตับ	33	36.7
• ผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาได้รับการดูแลเช่นเดียวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	37	41.1
ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรกระหว่างสองแผนก	74	82.2
การส่งปรึกษาไม่เหมาะสม		
• ส่งปรึกษาเร็วเกินไป	28	77.8
• ส่งปรึกษาช้าเกินไป	1	2.8
• ขาดรายละเอียดของการซักประวัติ ตรวจร่างกาย หรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เพียงพอก่อนส่งปรึกษา	7	19.4
ผู้ป่วยสามารถดูแลได้ที่แผนกเวชศาสตร์ครอบครัวโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อ	29	32.2
ขาดการสื่อสารจากแพทย์อายุกรรมทางเดินอาหารกลับมาที่แผนกเวชศาสตร์ครอบครัว	75	83.3



ตารางที่ 2 การวินิจฉัยที่ไม่สอดคล้อง (จำนวน 18 ราย)

จำนวนผู้ป่วย	แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	แพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหาร
8	GERD	Dyspepsia
4	Suspected GI malignancy	Gastric ulcer, dyspepsia (n=2), thyrotoxicosis
2	Dyspepsia	GERD, GI cancer
1	IBS	Dyspepsia
1	GERD	IBS
1	Chronic viral hepatitis C	NAFLD
1	Fibromyalgia	Abdominal muscle pain

หมายเหตุ : GERD* = Gastrointestinal reflux, IBS** = Irritable bowel syndrome, NAFLD*** = Non-alcoholic fatty liver disease

ดิสเปปเซีย และมีผู้ป่วยหนึ่งรายที่เป็นไทรอยด์เป็นพิษ ซึ่งมีรายละเอียดในตารางที่ 2 ส่วนผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาเนื่องจากสงสัยมะเร็งในทางเดินอาหารจำนวน 20 รายนั้น พบว่าร้อยละ 50 ได้รับการพิสูจน์ว่าถูกต้อง แต่ผู้ป่วยอีกร้อยละ 25 ที่ส่งปรึกษา ไม่ได้ไปตรวจที่แผนกอายุรกรรม

ในด้านความเหมาะสมของการส่งปรึกษา พบว่าร้อยละ 40 ของการส่งปรึกษาไม่เหมาะสมเนื่องจากการส่งปรึกษาที่เร็วไป (28 ราย; ร้อยละ 77.8) หรือช้าไป (1 ราย; ร้อยละ 2.8) ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ส่งปรึกษาด้วยอาการกลืนลำบากและสุดท้ายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในกระเพาะอาหาร และพบข้อบกพร่องในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการส่งต่อไม่เพียงพอทั้งในแง่ของความละเอียดของประวัติและตรวจร่างกาย รวมทั้งการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ซึ่งมีรายละเอียดในตารางที่ 1

เนื่องจากแพทย์ที่ทำงานสังกัดหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวประกอบด้วยแพทย์ 3 ประเภทคือ อาจารย์แพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ประจำบ้านที่กำลังปฏิบัติงานเพื่อสอบวุฒิบัตร และแพทย์ทั่วไปที่ยังไม่ผ่านการอบรมโดยพบว่าอัตราการส่งปรึกษาเรียงจากน้อยไปมากตามลำดับคือ ร้อยละ 13.2, 42.5 และ 44.3 นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ทั่วไปมีแนวโน้มที่จะส่งปรึกษาโดยระบุเพียงอาการที่ผิดปกติ แต่ไม่ได้รับระบุการวินิจฉัยชื่อโรคหรือวินิจฉัยแยกโรคที่ชัดเจน เช่น ปวดท้อง, ไข้และม้ามโต, เลือดออกในอุจจาระ, กลืนลำบาก, น้ำหนักลด หรือการทำงานของตับผิดปกติ เป็นต้น

ในมุมมองของผู้วิจัย ผู้ป่วยจำนวน 29 ราย หรือคิดเป็น ร้อยละ 32.2 ที่ส่งปรึกษาแผนกอายุรกรรมทางเดินอาหาร

น่าจะสามารถดูแลได้ที่แผนกเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งประกอบด้วย ภาวะดิสเปปเซีย (16 ราย), กรดไหลย้อน (1 ราย), ไขมันเกาะตับ (2 ราย) เป็นต้น

ในด้านการสื่อสารระหว่างสองแผนก พบว่า แพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหารให้ข้อมูลสะท้อนกลับของการส่งปรึกษาเป็นลายลักษณ์อักษรในเวชระเบียนถึงผลการตรวจประเมิน เป้าหมายและแผนการดูแลรักษา เพียง 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.2 โดยที่ผู้ป่วยจำนวน 38 คน (ร้อยละ 57.8) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากความคุ้นเคยโดยแพทย์ทั้งสองแผนก

อภิปรายผล

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งปรึกษาผู้ป่วยไปพบแพทย์อายุรกรรมมากที่สุดโดยเฉพาะอย่างยิ่งสาขาทางเดินอาหารซึ่งมีความสอดคล้องกับการวิจัยของ ดารินและคณะที่ศึกษาการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางของภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดีในปี พ.ศ. 2546² และของ Barbara และคณะ⁽⁴⁾ ที่พบการส่งปรึกษาสาขาทางเดินอาหารสูงสุดในแผนกอายุรกรรมแต่แตกต่างกับผลการศึกษาของ Tabenkin และคณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาการส่งปรึกษาของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ประเทศอิสราเอลพบว่าการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสูงสุดสามแผนกคือ ศัลยกรรมกระดูก จักษุแพทย์ และแพทย์โสตศอนาสิก ส่วนการส่งปรึกษาแผนกอายุรกรรมที่มีจำนวนไม่มากพบเพียงแพทย์โรคหัวใจและระบบประสาทเป็นหลักเท่านั้นโดยปัญหาที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่งปรึกษาสาขาทางเดินอาหารมากที่สุดคือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ภาวะดิสเปปเซีย และกรดไหลย้อน ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Justin และคณะ⁽¹⁾ ที่ศึกษา

การรับปรึกษาของแพทย์ทางเดินอาหารที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยคือ ดิสเปปเซีย, ประวัติตั้งเนื้อในลำไส้หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่, ลำไส้อักเสบ (Crohn disease/ ulcerative colitis), กรดไหลย้อนและเลือดออกในทางเดินอาหารตามลำดับ ซึ่งน่าจะอธิบายได้ว่าโรคไวรัสตับอักเสบเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่และโรคลำไส้อักเสบก็เป็นโรคที่พบบ่อยที่สหรัฐอเมริกาเช่นกัน

จากผู้ป่วย 106 รายที่ส่งปรึกษามีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15 ที่ไม่ได้ไปพบแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหารซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เกิดเป็นปกติในเวชปฏิบัติปฐมภูมิทั่วไป เปรียบเทียบกับงานวิจัยของ Martin และคณะซึ่งมีอุบัติการณ์สูงกว่าถึงร้อยละ 29⁽³⁾ การขาดการไปรับการตรวจกับแพทย์เฉพาะทางอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยทางด้านอาการป่วยของผู้ป่วยเองที่ดีขึ้น หรือแย่งจนต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิตไปแล้วก่อนวันนัด ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการเดินทางซึ่งผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาประมาณร้อยละ 43 มาจากต่างจังหวัด หรือระยะเวลารอคอยเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางอาจจะนานเกินไป เป็นต้น ซึ่งเราจะทราบเหตุผลที่แท้จริงได้หากมีการศึกษาโดยการโทรศัพท์หรือส่งจดหมายติดตามสอบถามเหตุผลกับผู้ป่วยโดยตรง

ในแง่คุณภาพของการส่งปรึกษา พบข้อบกพร่องว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวระบุปัญหาที่ต้องการส่งปรึกษาไม่ชัดเจนและ มีรายละเอียดของการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่เพียงพอ รวมทั้งขาดการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจงก่อนการส่งปรึกษาด้วยซึ่งมีผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารและลดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระหว่างแผนกซึ่งปัญหาดังกล่าวมีมาโดยตลอดตั้งการวิจัยของ ดารินและคณะ⁽²⁾ ในปีพ.ศ. 2546 ที่ศึกษาความเห็นของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ต่อการส่งปรึกษาพบว่า มีความไม่เหมาะสมในการส่งต่อในด้านต่างๆ คือ การวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง ขาดการส่งตรวจเพิ่มเติมหรือการให้การรักษาที่เหมาะสมก่อนการส่งต่อ ระยะเวลาก่อนการส่งต่อเร็วหรือช้าไป เหตุผลที่ส่งปรึกษาไม่เหมาะสม เป็นต้น

ความผิดพลาดของการวินิจฉัยโรคนี้ เป็นความผิดพลาดที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ โดยพบงานวิจัยหลายชิ้นมีความเห็นตรงกันว่าแพทย์ที่ผ่านการอบรมวุฒิบัตรจะพบ

ความผิดพลาดของการวินิจฉัยน้อยกว่าแพทย์ที่ไม่ได้ผ่านการอบรม^(2,3,5) นอกจากปัจจัยด้านองค์ความรู้และประสบการณ์แล้ว ยังเกิดจากปัจจัยในด้านอื่นๆ อีก จากงานวิจัยของ John และคณะ⁽⁶⁾ และ Olga และคณะ⁽⁷⁾ ศึกษาถึงความผิดพลาดของการวินิจฉัยโรคในแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิที่เป็นด่านหน้าของการรักษาโรคและผู้ป่วยมีความหลากหลายของการเจ็บป่วยมากกว่าแพทย์ในสาขาอื่นนั้น พบว่าความผิดพลาดเกิดจากปัจจัยในด้านตัวผู้ป่วยเอง เช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนหรือไม่เฉพาะเจาะจงกับโรค โรคที่เป็นมีอุบัติการณ์น้อย มีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายอย่างหรือมีความวิตกกังวลสูง หรือปัจจัยด้านแพทย์ที่มีอคติ หรือกระทำโดยประมาท อาทิ ซักประวัติและตรวจร่างกายไม่สมบูรณ์ ไม่ได้นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการ ไม่ได้คิดถึงโรคที่ยากจะเจอแต่เป็นอันตรายร้ายแรงถึงแก่ชีวิต ขาดการวินิจฉัยแบบกว้าง คิดถึงเพียงโรคที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน สภาพร่างกายและจิตใจของแพทย์อยู่ในภาวะอ่อนล้าหรือตึงเครียดทำให้การทำงานและตัดสินใจของสมองอาจไม่สมบูรณ์ รวมถึงการเป็นคอนูร์กซ์นิยมที่พยายามไม่ส่งตรวจเพิ่มเติมในสิ่งที่เป็น เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นบทเรียนให้แพทย์เวชปฏิบัติศึกษาเพื่อลดการกระทำที่ผิดพลาดในอนาคต นอกจากนี้จากงานวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยได้เสนอมาตรการเพื่อลดความผิดพลาดและอคติของความเป็นมนุษย์ลง เช่น การนำ check lists หรือโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยในการวางแผนการตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัยแยกโรคต่อไป⁶

ในแง่ความไม่สอดคล้องของการวินิจฉัยโรกระหว่าง 2 แผนก ปัญหาที่พบบ่อยคือ ความไม่สอดคล้องของการวินิจฉัยอาการดิสเปปเซีย (dyspepsia) และกรดไหลย้อน (Gastroesophageal reflux disease: GERD) ในงานวิจัยนี้เป็นปัญหาที่พบบ่อยในปัจจุบัน โดยแพทย์เวชปฏิบัติมีแนวโน้มที่จะวินิจฉัยโรคกรดไหลย้อนเกินกว่าความเป็นจริง (overdiagnosis) ทั้งที่ผู้ป่วยน่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นดิสเปปเซียมากกว่าดังในงานวิจัยของ Pleyer และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งความไม่สอดคล้องนี้อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาการทั้งสองอย่างเป็นการวินิจฉัยโดยใช้เพียงประวัติเท่านั้น ไม่มีการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันแน่นอน อีกทั้งประวัติของทั้งสองภาวะก็มีอาการที่พบร่วมกันได้เช่น อ้างอิง



ตามเกณฑ์การวินิจฉัย Rome III ผู้ป่วยดิสเปปเซีย มีอาการปวดหรือแสบท้องได้ลับปี แน่นหรืออึดอัดท้องหลังมื้ออาหาร อิ่มเร็วกว่าปกติ เป็นหลักแต่บางรายอาจมีอาการเรอเปรี้ยว มีน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารวิ่งขึ้นมาที่ลำคอหรือแสบร้อนหน้าอกได้แต่ไม่ใช่อาการเด่น ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีภาวะกรดไหลย้อนเองก็อาจมีอาการคล้ายคลึงกับ dyspepsia ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งในการวินิจฉัยได้⁽⁹⁻¹¹⁾ นอกจากนี้ผลการวิจัยที่พบการวินิจฉัยไม่สอดคล้องระหว่างโรคลำไส้แปรปรวน กับกรดไหลย้อนหรือดิสเปปเซียก็เป็นสิ่งที่พบได้จากงานวิจัยในต่างประเทศซึ่งรายงานถึงโอกาสที่โรคเหล่านี้จะเกิดร่วมกันได้ในผู้ป่วยคนเดียวค่อนข้างมากบางรายงานอาจสูงถึงร้อยละ 75 เนื่องจากโรคดังกล่าวมีกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน เช่น กรดไขมัน ความไวต่อเส้นประสาทที่เลี้ยงอวัยวะภายใน การเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ผิดปกติ หรือความตึงเครียดทางจิตใจ เป็นต้น⁽¹²⁾

อย่างไรก็ตามความแม่นยำของการวินิจฉัยของทั้ง 3 ภาวะนี้ออกจากกันก็มีความสำคัญเนื่องจากการแนวทางการรักษาที่แตกต่างกัน ดังเช่น dyspepsia ใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยดิสเปปเซีย (dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย พ.ศ. 2553⁽¹³⁾ ส่วนกรดไหลย้อนใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรครดไหลย้อนในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2547⁽¹⁴⁾ ซึ่งการรักษาทั้งสองภาวะมีความแตกต่างกัน เช่น ขนาดของยาลดการหลั่งกรดที่ใช้ในการรักษาโรครดไหลย้อนสามารถให้ในขนาดสองเท่าของขนาดปกติที่ใช้รักษาภาวะดิสเปปเซีย และระยะเวลาการรักษาอาจนานกว่าด้วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็น extraesophageal GERD ซึ่งหากผู้ป่วยที่เป็นดิสเปปเซียแต่ได้รับการวินิจฉัยผิดว่าเป็นกรดไหลย้อนทำให้ต้องได้รับยาลดการหลั่งกรดในปริมาณสูงและระยะเวลานานโดยไม่สมควรนั้น นอกจากจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายแล้วยังมีโอกาสได้รับผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ด้วย เช่น เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อในทางเดินหายใจและทางเดินอาหารเนื่องจากภาวะความเป็นกรดที่ลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของเชื้อจุลินทรีย์ประจำถิ่น (normal flora) ที่อาศัยในทางเดินอาหาร ภาวะกระดูกบางเนื่องจากการดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง รวมทั้งการขาดวิตามิน B12, เหล็ก และแมกนีเซียม การเกิดการอักเสบของไต (interstitial nephritis), อาการปวดท้องหลังหยุดยา (Rebound acid hyper-

secretion)⁽¹⁵⁻²¹⁾ รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด⁽²²⁾ ด้วย นอกจากนี้ปัญหาเรื่องระยะเวลาก่อนส่งปรึกษาของผู้ป่วยดิสเปปเซียไม่เหมาะสม สาเหตุส่วนนี้อาจเกิดจากแนวทางรักษาผู้ป่วยดิสเปปเซียมีข้อจำกัดเรื่องขาดการระบุระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างชัดเจนในการพิจารณาว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาก่อนการส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหารซึ่งอาจทำให้แพทย์มีความเห็นที่แตกต่างกันได้⁽¹³⁾

ความเหมาะสมของการส่งต่อสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีต่างกับในอดีตซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของแพทย์ปฐมภูมิที่เน้นการติดตามค่าการทำงานของตับ นับจำนวนเชื้อไวรัส และติดตามเพียงอัลตราซาวด์ช่องท้องส่วนบน รวมทั้งค่า AFP ในซีรัมเพื่อเฝ้าระวังตับแข็งและมะเร็งตับเป็นสำคัญ เนื่องจากประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสชนิดนี้จำนวนมากและการรักษาในอดีตยังไม่สามารถทำได้ดีเพียงพอ รวมถึงข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย แต่ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางวิทยาการ มียารักษาไวรัสตับอักเสบบีที่ได้รับการรับรองประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นการอ้างอิงตามแนวทางการรักษาโรคตับอักเสบบี พ.ศ. 2555 และล่าสุดแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี เรือธงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558⁽²³⁾ ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดบีสมควรส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเดินอาหารทุกราย เนื่องจากความจำเป็นที่ต้องตรวจติดตามค่าการอักเสบของตับโดยละเอียด รวมทั้งการส่งตรวจ transient elastography หรือการตัดชิ้นเนื้อเพื่อตรวจพยาธิสภาพของตับเพื่อพิจารณาการรักษาด้วยยาที่มีให้เลือกมากขึ้นและมีผลการรักษาที่ดีขึ้นกว่าในอดีตแต่อาจเป็นการเพิ่มภาระที่หนักมากให้กับแพทย์ทางเดินอาหารเนื่องจากโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทย

จากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยที่สามารถให้การดูแลที่แผนกเวชศาสตร์ครอบครัวโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อมีจำนวนประมาณร้อยละ 30 ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Martin และคณะ⁽³⁾ ในฐานะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานเป็นด่านหน้าของการส่งปรึกษา (gatekeeper) การส่งต่อที่มากเกินไปความจำเป็นทำให้เพิ่มภาระงานที่ไม่เหมาะสมให้กับแพทย์เฉพาะทาง เพิ่มค่าใช้จ่ายของระบบบริการสาธารณสุข แต่กลับลดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย การตัดสินใจส่งปรึกษาของแพทย์ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลักๆ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านแพทย์เอง และปัจจัยด้านระบบ

สิทธิการรักษา รวมถึง ความยากง่ายในการเข้าถึงแพทย์ เฉพาะทางและปัญหาการเดินทาง โดยมีงานวิจัยอธิบายถึง สาเหตุจากปัจจัยด้านแพทย์พบว่า นอกจากปัจจัยด้านการผ่าน การอบรมวุฒิบัตรแล้ว บุคลิกลักษณะเฉพาะตัวของแพทย์ ความกลัวผิดพลาดและฟ้องร้องทางกฎหมาย ข้อจำกัดของ การดูแลที่เวชปฏิบัติปฐมภูมิ เป็นต้น ได้มีผู้เสนอมาตรการ เพื่อลดอัตราการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งเพิ่มความถูกต้องและเหมาะสมของการส่งปรึกษา อาทิ การฝึก อบรมการทำหัตถการเฉพาะด้านบางอย่างให้แพทย์ปฐมภูมิ เช่น flexible sigmoidoscope, การเพิ่มช่องทางปรึกษา แพทย์เฉพาะทาง เช่น ทางโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ หรือการ ให้แหล่งหาความรู้ที่เข้าถึงได้ เป็นต้น⁽³⁾ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาลดลง และยังสามารถลดภาระ ค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขของประเทศด้วย

การขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่าง 2 แผน เป็น สิ่งที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติซึ่งอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน และขาดประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วย Ann และคณะ⁽²⁴⁾ เคย ศึกษาความคิดเห็นของความครบถ้วนของการสื่อสารปรึกษา ทั้งไปและกลับระหว่างแพทย์เฉพาะทางกับแพทย์ปฐมภูมิพบว่าทั้ง 2 ฝ่ายมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน ในขณะที่ฝ่ายส่งสาร คิดว่าตนเองสื่อสารครบถ้วน แต่ฝ่ายผู้รับสารกลับมองว่าไม่ ครบถ้วนเพียงพอ วิธีแก้ปัญหามักจำเป็นต้องมีแบบฟอร์ม ส่งปรึกษาเฉพาะซึ่งได้ระบุถึงรายละเอียดของสารทั้งไปและ กลับที่จำเป็น โดยมีตัวอย่างจากงานวิจัยของ Justin และ คณะ⁽³⁾ ที่บังคับหัวข้อการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ทาง เติมนอาหารตอบกลับมายังแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวโดยมี ประเด็นหลักๆ คือ 1. การประเมินทั้งในแง่ของการวินิจฉัย แยกโรค และเหตุผลในการส่งปรึกษา 2. การวางแผนตรวจ เพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยและการรักษา 3. การสื่อสารระหว่าง แผนกทั้งในแง่สิ่งที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในแต่ละแผนกและระยะเวลาที่ชัดเจน เป็นต้น โดยพบว่าหลังจากบังคับใช้สามารถ เพิ่มคุณภาพของการสื่อสารได้ชัดเจนและมีค่าใช้จ่ายน้อย มาก

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้อาจจะมีข้อดีในด้านต่างๆ คือ

1. มีจำนวนผู้ป่วยที่ส่งศึกษาค่อนข้างน้อย หากต้องการ ให้งานวิจัยน่าเชื่อถือได้มากขึ้นอาจจำเป็นต้องเก็บข้อมูล

ผู้ป่วยทุกรายที่ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหาร ตลอดปี

2. อคติที่เกิดขึ้นจากมุมมองของผู้วิจัยที่ประเมินเพียง คนเดียว แม้จะมีช่วงนำร่องที่สุ่มหาความสอดคล้องของ มุมมองผู้วิจัยทั้งสองคนทำให้มั่นใจได้ในระดับหนึ่ง แต่อย่างไร ก็ตามอาจยังมี หากต้องการให้ผลงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ เพิ่มขึ้น ควรวางแผนงานวิจัยในครั้งต่อไปให้ใช้ผู้ประเมินอย่าง น้อย 2 คนตัดสินร่วมกันในผู้ป่วยทุกราย

3. ผู้ที่ประเมินความเหมาะสมของการส่งปรึกษาใน ด้านต่างๆ เป็นแพทย์วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เท่านั้น น่าจะมีมุมมองต่อการส่งปรึกษาในลักษณะประเมิน ย้อนกลับโดยแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหารด้วยเพื่อนำมา พิจารณาความสอดคล้องกัน

4. งานวิจัยนี้ศึกษาในโรงเรียนแพทย์ ในกรุงเทพ มหานคร ดังนั้นอาจจะไม่เหมาะในการนำไปประยุกต์ใช้กับ โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสาธารณสุขอื่นๆ (Generalizability) ทั้งในแง่ของความชุกของโรคต่างๆ รวมจนถึงการ เข้าถึงแพทย์เฉพาะทางเดินอาหาร และความสามารถใน การตรวจพิเศษเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

5. งานวิจัยนี้ขาดความครอบคลุมของการศึกษาความ ไม่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบทางเดิน อาหาร เพราะศึกษาเพียงความไม่เหมาะสมและความผิดพลาด ของการวินิจฉัยโรคที่ถูกส่งปรึกษาจากแผนกเวชศาสตร์ ครอบครัวเท่านั้น แต่ไม่รวมผู้ป่วยที่ไปขอรับการตรวจที่ แผนกทางเดินอาหารด้วยตนเอง (Self referral) ซึ่งอาจมี ความแตกต่างกันทางบริบท

6. ผู้วิจัยยึดเกณฑ์การวินิจฉัยในเวชระเบียนเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่ใช่การวินิจฉัยสุดท้ายที่ถูกต้องเนื่องจากแพทย์ ทางเดินอาหารที่รับการปรึกษาอาจเป็นเพียงแพทย์ที่อยู่ใน ระหว่างการอบรมและมีความผิดพลาดในการวินิจฉัยได้

7. การส่งปรึกษาเร็วเกินไปอาจมีตัวแปรทางด้านความ ต้องการ ความวิตกกังวลหรือความไม่พอใจของผู้ป่วยร่วม ด้วยซึ่งมักไม่พบการบันทึกในเวชระเบียนและทำให้ผู้วิจัย อาจประเมินความเหมาะสมได้ยากขึ้น

ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และแนวทางเวชปฏิบัติที่ ทันสมัยแก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเรื่องโรคทางเดิน อาหารเป็นระยะในรูปแบบต่างๆ อาทิ สนับสนุนการประชุม ทางวิชาการประจำปี, การบรรยายจากแพทย์อายุรกรรมทาง



เดินอาหาร, การศึกษากรณีผู้ป่วยที่น่าสนใจ (chart stimulating review) หรือการนำกรณีผู้ป่วยมาเข้าที่ประชุม (case conference) เป็นต้น นอกจากนี้ สมควรให้มีการพัฒนาแบบฟอร์มการส่งปรึกษาหารือระหว่างแผนกอย่างเป็นระบบเน้นให้มีแนวทางการสื่อสารทั้ง 2 ทางคือไปและกลับอย่างชัดเจน เพื่อเพิ่มคุณภาพของการสื่อสารและการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากวิธีการดังกล่าวมีประสิทธิภาพจริง และมีการนำไปใช้ในสถานบริการสาธารณสุขระดับประเทศย่อมส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการส่งปรึกษาหารือของระบบสาธารณสุขไทย และเสนอแนะให้ศึกษารายละเอียดของปัญหาสุขภาพและความเหมาะสมของการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ บ้างเพื่อ

เพิ่มมุมมองของการส่งปรึกษาของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อปัญหาสุขภาพที่หลากหลายขึ้น นอกจากนี้ ควรจะมีการประชุมร่วมกันระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เฉพาะทางเพื่อทบทวนสิ่งที่ผิดพลาดของการส่งปรึกษาเป็นระยะๆ ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากคณะกรรมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ขอขอบคุณ ผศ.ดร.พญ.ฉัญฉุรรัตน์ อโณทัยสินทวี สำหรับข้อคิดเห็นและการตรวจแก้บทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Sewell JL, Day LW, Tuot DS, Alvarez R, Yu A, Chen AH. A brief, low-cost intervention improves the quality of ambulatory gastroenterology consultation notes. *Am J Med* 2013;126:732-8.
2. Jaturapatporn D, Hathirat S. Specialists' perception of referrals from general doctors and family physicians working as primary care doctors in Thailand. *Qual Prim Care* 2006;14:41-8.
3. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB, Chandra R, Chen A, Humphries N. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J Gen Intern Med* 1999;14:281-6.
4. Starfield B, Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S. Variability in physician referral decisions. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:473-80.
5. Tabenkin H, Oren B, Steinmetz D, Tamir A, Kitai E. Referrals of patients by family physicians to consultants: a survey of the Israeli Family Practice Research Network. *Fam Pract* 1998;15:158-64.
6. Ely JW, Kaldjian LC, D'Alessandro DM. Diagnostic errors in primary care: lessons learned. *J Am Board Fam Med* 2012;25:87-97.
7. Kostopoulou O, Delaney BC, Munro CW. Diagnostic difficulty and error in primary care--a systematic review. *Fam Pract* 2008;25:400-13.
8. Pleyer C, Bittner H, Locke GR, 3rd, Choung RS, Zinsmeister AR, Schleck CD, et al. Overdiagnosis of gastroesophageal reflux disease and underdiagnosis of functional dyspepsia in a USA community. *Neurogastroenterol Motil* 2014;26:1163-71.
9. Vakil N, Halling K, Ohlsson L, Wernersson B. Symptom overlap between postprandial distress and epigastric pain syndromes of the Rome III dyspepsia classification. *Am J Gastroenterol* 2013;108:767-74.
10. Quigley EM, Lacy BE. Overlap of functional dyspepsia and GERD--diagnostic and treatment implications. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013;10:175-86.
11. Xiao YL, Peng S, Tao J, Wang AJ, Lin JK, Hu PJ, et al. Prevalence and symptom pattern of pathologic esophageal acid reflux in patients with functional dyspepsia based on the Rome III criteria. *Am J Gastroenterol* 2010;105:2626-31.

12. Yarandi SS, Christie J. Functional Dyspepsia in Review: Pathophysiology and Challenges in the Diagnosis and Management due to Coexisting Gastroesophageal Reflux Disease and Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterol Res Pract* 2013;2013:351086.
13. สมาคมแพทยระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยดิสเปปเซีย (dyspepsia) และผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) ในประเทศไทย 2553-16 กรกฎาคม 2558. Available from: <http://www.gastrothai.net/files/12.Guideline%20dyspepsia%20and%20Helicobacter%20pylori%202010.pdf>.
14. ชมรมโมอีลิดีแห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคกรดไหลย้อนในประเทศไทย 2004 [16 กรกฎาคม 2558]. Available from: <http://www.gastrothai.net/files/9.guideline%20GERD.pdf>
15. Ali T, Roberts DN, Tierney WM. Long-term safety concerns with proton pump inhibitors. *Am J Med* 2009;122:896-903.
16. Yang YX, Metz DC. Safety of proton pump inhibitor exposure. *Gastroenterology* 2010;139:1115-27.
17. Lodato F, Azzaroli F, Turco L, Mazzella N, Buonfiglioli F, Zoli M, et al. Adverse effects of proton pump inhibitors. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010;24:193-201.
18. Fashner J, Gitu AC. Common gastrointestinal symptoms: risks of long-term proton pump inhibitor therapy. *FP Essent* 2013;413:29-39.
19. Savarino V, Di Mario F, Scarpignato C. Proton pump inhibitors in GORD An overview of their pharmacology, efficacy and safety. *Pharmacol Res* 2009;59:135-53.
20. Abraham NS. Proton pump inhibitors: potential adverse effects. *Curr Opin Gastroenterol* 2012;28:615-20.
21. Sheen E, Triadafilopoulos G. Adverse effects of long-term proton pump inhibitor therapy. *Dig Dis Sci* 2011;56:931-50.
22. Shah NH, LePendu P, Bauer-Mehren A, Ghebremariam YT, Iyer SV, Marcus J, et al. Proton Pump Inhibitor Usage and the Risk of Myocardial Infarction in the General Population. *PLoS ONE* 2015;10:e0124653.
23. สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี เรื้อรังในประเทศไทย 2558. Available from: <http://www.gastrothai.net/files/172.25.Thailand%20guideline%20for%20management%20of%20CHB%20%20and%20CHC%202015.pdf>.
24. O'Malley AS, Reschovsky JD. Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground. *Arch Intern Med* 2011;171:56-65.



Original Articles/นิพนธ์ต้นฉบับ

The Referral from Family Practice to GI Specialty: The Concordance of Diagnosis and Propriety of Consultation

Thamakaison S, M.D.¹, Lertrattananon D, M.D.¹, Tubtimtes S, B.Sc. M.Sc. Ph.D.¹,
Pumkopol T, B.Sc. (Nursing and midwifery), M.Ed. (Environment)¹, Somsri S, M.N.S.²

¹ Department of Family Medicine, ² Department of Nursing Services,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400 Thailand.

Abstract

Background: Appropriateness of the consultation for specialty is necessary in Primary care which resulted in positive or negative consequences for patients. There were lot of consultations from family medicine to medicine department especially gastroenterologists. However, few studies have assessed the quality of referral between primary care physicians and GI specialists.

Objective: To study the appropriateness and quality of referrals between the two departments in the area of referral reasons, processes, and communications.

Methods: Cross-sectional descriptive study. 2,714 medical records of patients who were referred from Department of Family Medicine to Medicine between 1 January 2010 and 31 December 2010, 483 (17.8%) patients were randomly sampled and reviewed for health problems, reasons and appropriateness of referral and concordance of diagnosis. Among these, 106 referrals to GI specialists were collected data by medical reviews and analyzed.

Results: The most consultation to gastroenterologists (n=106; 21.95%) were viral hepatitis (30.6%), GI malignancy suspicion (20.4%), resistant dyspepsia (18.4%), cirrhosis (9.2%), resistant GERD (8.2%), unspecific chronic abdominal pain (4.1%) and others (9.2%; GI bleeding; abnormal liver function test; and constipation). Referral aims were for treatment (40.6%), making diagnosis or investigation (56.6%), and patients' preference 12.26%). However, 12.3% of referred cases had not been recorded the health problems intended to refer. Only 90 referred patients (84.9%) was seen by GI specialists. Moreover, gastroenterologists noted more details regarding history taking (33.3%), physical exam (16.7%) and investigations (65.6%) than primary doctors in outpatient documentation cards. There were disagreements in diagnoses between family physicians and specialists (n=18;20%). The common lessons were: (1) initial diagnoses as GERD but finally dyspepsia and vice versa; (2) initially suspected GI malignancy, finally just functional dyspepsia with one case diagnosed as Graves' disease. For the referral groups that



suspected GI malignancy (n=20), there was only 50% concordance in diagnosis. Forty percent of referrals were inappropriate for reasons such as too early referral (n=28; 77.8%; especially dyspepsia or suspected GI malignancy), delayed consultation (n=1; 2.78%), and requiring more history taking, physical examination, investigations before referrals (7 cases; 19.4%). Most untrained GPs made unspecific diagnosis before consultation e.g. unspecific abdominal pain, fever with splenomegaly, positive stool occulted blood, dysphagia, weight loss and abnormal liver function tests. From the author's view, 32.2% of referred cases could be able to manage in primary care. Astoundingly, 83.3% of referrals were lack of communication between specialists back to primary care.

Conclusions: There should be training programs for family physicians in common gastroenterological topics and implementing intervention for better referral communication to improve quality of referrals and patients' cares.

Keywords: referral, concordance, appropriateness, propriety, family physician, gastroenterologist

Corresponding Author: Thamakaison S, M.D.

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
270 Rama 6 Road, Tung-Phyathai, Ratchathewee, Bangkok 10400, Thailand

Tel: +66 2 201 1486

E-mail: sangsulee.tha@mahidol.ac.th