

# สรุปการประชุม ทบทวนแนวทางและพัฒนาระบบการจัดการรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

วันที่ ๒๙ มกราคม ๒๕๖๗ เวลา ๙.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมชิต ชัยวงศ์ กรมอนามัย และผ่านระบบการประชุมทางไกล

## รายชื่อผู้เข้าประชุม

- |  |  |
|--|--|
| ๑. ทพญ.นพวรรณ โพชนุกูล                       | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักทันตสาธารณสุข  |
| ๒. ศ.(เชี่ยวชาญพิเศษ) ทพ.ดร.อะนัษ เอี่ยมอรุณ | คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่<br>ผู้แทน ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย                 |
| ๓. รศ.ทพ.ดร.เอกรัฐ ภัทรธรรณี                 | คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  |
| ๔. รศ.นพ.ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์                  | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น   |
| ๕. พญ.สมจิน จินดาวงษ์                        | คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาหู คอ จมูก<br>ผู้แทน ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย |
| ๖. ทพญ.ดร.ศรียุททิพย์ ซาลีเครือ              | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น  |
| ๗. ทพญ.พัชรวรรณ สุขุมาลินท์                  | โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์  |
| ๘. ทพญ.ดร.จรัสศรี ศรีนฤพัฒน์                 | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข  |
| ๙. ทพญ.นันทมนัส แยมบุตร                      | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข  |
| ๑๐. ทพญ.วาสนี เกียรติดิศร                    | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข  |
| ๑๑. ทพญ.ธัญชนก บุรีศรี                       | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข  |
| ๑๒. ทพญ.พิมพ์พิสุทธิ์ สะตะ                   | ทันตแพทย์ปฏิบัติการ สำนักทันตสาธารณสุข   |
| ๑๓. นางสาวมนัญญา เรือจิตร                    | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักทันตสาธารณสุข   |
| ๑๔. นางสาวเนริศา เอกปัสชา                    | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักทันตสาธารณสุข   |

เริ่มประชุม เวลา ๐๙.๐๐ น.

## วาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

ทพญ.นพวรรณ ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุมว่า มีประเด็นที่ต้องการขอความเห็นและพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ๒ ประเด็นหลัก ประกอบด้วย ๑) การทบทวนแนวทางและปรับคู่มือดำเนินงานการจัดการรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ๒) แผนพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน การจัดการรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

## วาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุม

## วาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ

๓.๑ สถานการณ์การดำเนินงานคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

โดย ทพญ.พัชรวรรณ สุขุมาลินท์ นำเสนอสถานการณ์การดำเนินงานว่า จากที่ได้มีการพัฒนาแนวทางการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก (๒๕๖๒) ร่วมกับราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย สถาบันวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และหลังจากนั้นได้ขับเคลื่อนและเกิดเป็นชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี ๒๕๖๖ : คัดกรองรอยโรค

เสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนอายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ซึ่ง สปสช. จะจ่ายเพิ่มให้กับสถานบริการ เมื่อมีการตรวจคัดกรองรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก การตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) และการตรวจทางพยาธิวิทยา (๖๐๐ บาท)

นอกจากนี้ยังเป็น ๑ ใน ๖ ประเด็น ๓๙ ตัวชี้วัด ของการตรวจราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ซึ่งกำหนดอยู่ในประเด็นที่ ๕ ลดป่วย ลดตาย และสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง ซึ่งตัวชี้วัดที่กรมอนามัยเป็นหน่วยรับผิดชอบหลักร่วมกับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข คือ

- ร้อยละประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทันตกรรมได้รับการประเมินสุขภาพช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก (เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐)
- ร้อยละผู้ที่มีรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม (ร้อยละ ๙๐)

และจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๖ พบว่า ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทันตกรรมได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ร้อยละ ๒๖.๙๘ (จำนวน ๑,๙๕๐,๒๖๖ ราย) แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายในภาพประเทศที่ตั้งไว้ (Health Data Center ๒๕๖๖)

ในจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองพบรอยโรค OPMD ทั้งหมดประมาณร้อยละ ๐.๑ เป็นผู้ที่มีรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ซึ่งถูกส่งต่อไปตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ร้อยละ ๙๔.๗๐ โดยจากตัวชี้วัดรายเขตสุขภาพมีการดำเนินงานเกิดเป้าหมายที่ตั้งไว้คือน้อยร้อยละ ๙๐ ขึ้นไปทุกเขต

จากผลการดำเนินงานเชิงระบบพบว่า จากการตรวจราชการ มีข้อสังเกตที่พบดังนี้

(๑) การตรวจคัดกรอง: ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานการคัดกรองรอยโรคเสียงมะเร็งและมะเร็งช่องปากในคลินิกทันตกรรม และมีการดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น จัดการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและรอยโรคในช่องปากในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD clinics) หรือ คลินิกเล็กเหล่า/บุหรี การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ในการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและรอยโรคมะเร็งช่องปากเบื้องต้น

(๒) การจัดบริการตัดชิ้นเนื้อ(Biopsy): มีทั้งการตัดชิ้นเนื้อที่หน่วยบริการที่ทำการคัดกรองโดยการตรวจทางคลินิก และมีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับสูงขึ้นไปเพื่อรับการตัดชิ้นเนื้อและยืนยันการวินิจฉัย ในกรณีที่ไม่มียุทธศาสตร์สาขาเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในหน่วยบริการ มีการดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ ENT ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ช่องปาก (Oral Medicine Specialists) ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ในหน่วยบริการระดับสูงขึ้นไป

(๓) การรักษา และติดตามอาการ: ยังมีข้อจำกัดในการติดตามการส่งต่อ-รับกลับ เนื่องจากการใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการส่งต่อยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยบางจังหวัดมีการนำ Google sheet มาใช้เพิ่มเติม เพื่อรวบรวมรายงานข้อมูล สรุปลักษณะการ และกำกับติดตามในภาพรวม

ด้านระบบสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การสนับสนุนเจลลี่โภชนาและวุ้นชุ่มปาก จากมูลนิธิทันตนวัตกรรมฯ ให้ผู้ป่วยในรายที่มีความจำเป็น แต่ยังไม่พบอุปสรรค เรื่องการขนส่ง และรอการเบิกจ่ายนาน ทำให้ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับสิ่งสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

(๔) การบันทึกข้อมูลและการออกรายงาน: เกิดการปรับการบันทึกข้อมูล และการออกรายงานบนระบบ Health Data Center (HDC) ยังมีข้อจำกัดเรื่องรหัสหัตถการ ICD-10 TM ในการบันทึกข้อมูลมีระบบรายงาน

เครื่องมือการคัดกรอง (Screening tool) ที่ได้มีการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Risk-OCA โดยศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ Bluebook application โดยกรมอนามัย Smart อสม. โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และได้มีการเชื่อมข้อความกับ Bluebook application ในมิติทันตสุขภาพจากการคัดกรองสุขภาพ ๙ ด้านในผู้สูงอายุ

และในปี ๒๕๖๗ เรื่องมะเร็ง ถูกกำหนดเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ผ่านกลไกการตรวจราชการ ประเด็นนโยบายครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อการแก้ปัญหามะเร็งครบวงจร และนอกจากนี้ยังเป็นประเด็นที่ถูกเลือกให้เป็นของขวัญปีใหม่ ภายใต้โครงการของขวัญปีใหม่ ๒๕๖๗ “พาหมอไปหาประชาชน กระทรวงสาธารณสุข” ซึ่งมีเรื่องทันตกรรม ที่จัดให้เป็น Minimum Service Package ให้กับประชาชน โดยแต่ละเขตสุขภาพ (อาทิ เขตสุขภาพที่ ๘ กำหนดบริการภายใต้ประเด็น ชูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน คัดกรองมะเร็งช่องปาก )

### ข้อคิดเห็นจากที่ประชุม

๑. ศ.ดร. ทพ.อะนัฆ มีข้อสังเกตว่า จากผลการคัดกรองและพบรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง ๗ OPMD ร้อยละ ๐.๑ ยังถือว่าต่ำมาก (ของ HDC) ถ้าเทียบกับผลการศึกษา ผลการทบทวนวรรณกรรมของหลาย ๆ ประเทศ ที่เป็นวิจัยตีพิมพ์และได้ข้อสรุปเพิ่มเติมว่า มีความชุก ๓.๔ % (ซึ่งเป็น Global Prevalence เป็นข้อมูลที่ consistent กันทั่วโลก) โดยเมื่อเทียบกับผลดำเนินงานของประเทศไทยอาจจะสะท้อนและเป็นข้อสังเกตได้ว่า ยังคัดกรองไม่เพียงพอต่อการ Include ที่ครอบคลุมได้ทั้งหมด (General population) จึงขอเสนอให้เพิ่มการอบรมทันตแพทย์ ทันตบุคลากร และผู้เกี่ยวข้องในการคัดกรองช่องปาก เพื่อให้ได้ความแม่นยำในการคัดกรอง และครอบคลุมในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง

๒. พญ.สมจิน เสนอให้มีการสื่อสาร/ชี้แจงเรื่องรหัสโรคที่จะเชื่อมกับฐานข้อมูลการรายงานใน HDC กับบุคลากรสาขาวิชาซีพอื่น เช่น แพทย์ ENT หรือ แพทย์สาขาอื่นๆ ซึ่งต้องขยายผลให้เพิ่มการคัดกรองมากขึ้น

ทพญ.พัชรวรรณ ให้ข้อมูลเรื่องระบบข้อมูลและระบบรายงานเพิ่มเติมว่า ในปี ๒๕๖๖ จากประเด็นไม่สามารถรายงานจากการรายงานของแพทย์ได้ เนื่องจาก รหัสหัตถการ ที่เป็นเฉพาะคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก เพิ่งออกมา vender ที่รับผิดชอบไปแรมแกรมบันทึกข้อมูลของแต่ละหน่วยบริการอาจจะยังไม่อัปเดตข้อมูลกัน ดังนั้นจึงได้มีการประชาสัมพันธ์ให้สถานบริการ อัปเดตข้อมูลกัน รหัสวินิจฉัยมี ๒ version เดิม มีรหัสการ screening ที่เป็นมะเร็งอื่น ๆ z๑๒.๘ และในปัจจุบันมีรหัส z๑๒.๘๑ ที่เป็น Oral cavity โดยเฉพาะ ซึ่งสามารถเข้ารหัสโดยแพทย์หรือทันตแพทย์ก็ได้ แต่การนับยังต้องให้เงื่อนไขเป็นหรือ เพราะรหัสยังไม่ได้ผูก จึงต้องมีการเพิ่มเงื่อนไขของ Provider ๐๒ (ทันตแพทย์) ๐๖ (ทันตภิบาล/จพ.ทันตสาธารณสุข) ร่วมด้วย

ศ.ทพ.ดร.อะนัฆ ให้ข้อสังเกตว่า เนื่องจากรายการรหัสโรคมียหลายรหัส ซึ่งยังไม่คุ้นชินกับการให้รหัส รวมถึงในการวินิจฉัยนี้ เป็นทางคลินิกอย่างเดียว หรือ ต้องผ่านการ biopsy เพื่อยืนยันด้วย เชิงปฏิบัติควรเป็นอย่างไร และการส่งต่อมีเงื่อนไขอย่างไร

ทพญ.พัชรวรรณ ให้ข้อมูลว่า ที่เข้ามาเป็นขั้นตอนการตรวจในคลินิกเท่านั้น ซึ่งเป็นการคัดกรองรอยโรคที่เข้าข่ายพบรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง ส่วนประเด็น diagnosis จะมีในประเด็นการพิจารณาต่อไป และสำนักทันตสาธารณสุข ขอรับการทบทวน ICD๑๐ ส่งข้อมูลให้ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย สาขาวิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก Oral Med เพื่อพิจารณาอีกครั้ง

๓. รศ.นพ. ภัทรวุฒิ ให้ข้อคิดเห็นว่า

- ๑) ในอนาคตน่าจะมี list ประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อประเมินกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ว่ามีกี่ % ที่ได้รับการคัดกรองแล้ว
- ๒) ในการตรวจเยี่ยม มะเร็งช่องปากอยู่ในกลุ่มลดป่วย - ลดตาย ดังนั้นคงต้องมีข้อมูลว่าจะติดตามตัวเลขตรงไหน ที่จะเทียบผลจากเป้าหมายลดป่วย - ลดตายได้ หากสามารถทำฐานประชากรกลุ่มเสี่ยงได้จริง ก็จะสามารถสะท้อนข้อเท็จจริง จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้จริง
- ๓) เรื่องรหัสโรค ICD ๑๐ - TM คงต้องยกให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ (ทันตแพทย์) กลับรณรงค์ว่ามีอะไรบ้าง

ความเห็นในมุมมอง registry เชิงระบบมอง ๒ ด้าน คือ ๑) Completeness ๒) Validity คือความถูกต้อง ข้อมูลทางคลินิกเป็นตัวสำคัญ เพราะลักษณะที่พบจะเป็น criteria ที่บอกได้ลำดับแรก อีกส่วนหนึ่ง ๐.๑% การ detect จากการลง code และการเริ่มระบบของการลงรายงานข้อมูล รวมถึงในช่วงการระบาดของโรคโควิด ที่จะมีเรื่องความชุก (Prevalence) อยู่ด้วย

**มติที่ประชุม รับทราบ**

๓.๒ แนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ ๗

ทพญ.ศรียุทธิพิศ ซาสีเครือ นำเสนอการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ ๗ ได้เริ่มเคลื่อนงานการคัดกรองรอยโรคมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในจังหวัดร้อยเอ็ด ๕ อำเภอ (เป็นพื้นที่ที่สนใจ) ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ มีการอบรม อสม. ให้มีความรู้ ทักษะ สามารถค้นหา รอยโรคและส่งต่อได้ โดยจากผลการดำเนินงาน ๔ จังหวัดในเขต พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ด มีผลการคัดกรองและเจอรอยโรคได้มากที่สุด และขณะนี้อยู่ระหว่างขยายพื้นที่ในการอบรม ให้ครอบคลุมเขต ๗ ทั้งจังหวัดขอนแก่น มหาสารคามและกาฬสินธุ์ ในปีที่ผ่านมาจากตัวชี้วัดการคัดกรอง ที่พบว่าตัวเลขเป็นศูนย์ เนื่องจาก พื้นที่ไม่ได้รับการสื่อสารในการบันทึกรหัสการคัดกรอง (z๑๒.๘) ซึ่งได้มีการทำความเข้าใจร่วมกันเมื่อต้นปีที่ผ่านมา ทั้งการอบรม ประชาสัมพันธ์ เพื่อให้มีการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงปัญหาการบันทึกรหัสโรคจาก provider ๐๑ (แพทย์) ที่ไม่แสดงข้อมูล นอกจากนี้ นอกเหนือจากการตั้งรับที่คลินิกทันตกรรม ยังมีการเชิงรุกในคลินิกเบาหวาน และ NCD ออกหน่วยทันตกรรม ชมรม/โรงเรียนผู้สูงอายุร่วมด้วย

ข้อจำกัดที่พบจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนี้

- การวินิจฉัยรอยโรคของทันตบุคลากรยังไม่มี ความชำนาญในการวินิจฉัยรอยโรคโดยเฉพาะ PMDs
- ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ซึ่งในที่ผ่านมา พบปัญหาจากการโอนย้ายสังกัด และจากการพบในฐานระบบรายงาน พื้นที่ที่ยังอยู่กระทรวงสาธารณสุข มีผลการดำเนินงานที่สูงกว่าพื้นที่นอกสังกัด
- การทำงานร่วมกับ รพ.สต. ที่อยู่กับ อบจ.

การขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงานระดับเขตสุขภาพ ผ่านกิจกรรมสำคัญ ดังนี้

- ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๗ ได้จัดอบรมพัฒนาเรื่องการคัดกรองรอยโรคในช่องปากระดับเขต ๒๘-๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลสุขภาพช่องปากและคัดกรองรอยโรคในวัยทำงานและผู้สูงอายุ
- จัดทำระบบการส่งต่อภายในเขตให้เป็นแนวทางเดียวกัน
- ชี้แจงแนวทางการลงข้อมูลการตรวจคัดกรองรอยโรคและบันทึกข้อมูลลงในระบบ HDC online มิถุนายน ๒๕๖๖ (ทำโปสเตอร์สื่อสารภายในเขตด้วย)





กรอบเนื้อหาของแนวทาง ฯ มีดังนี้

ส่วนที่ ๑ บทนำ มีรายละเอียดประกอบด้วย หลักการและเหตุผล คำนียาม วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ขอบเขต กระบวนการจัดทำแนวทางการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก คุณภาพหลักฐาน แหล่งทุนและผลประโยชน์ทับซ้อน

ส่วนที่ ๒ การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก มีรายละเอียดประกอบด้วย การคัดกรองโดยการซักประวัติปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโดยการตรวจช่องปาก การแจ้งผลการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

และส่วนที่ ๓ ภาคผนวก

### ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

ขอบเขตและเนื้อหา

๑. กลุ่มเป้าหมาย
๒. ความถี่ในการคัดกรอง
๓. ปัจจัยเสี่ยง
๔. ตำแหน่งของการตรวจคัดกรอง
๕. ลักษณะรอยโรคที่มีความเสี่ยง
๖. การจัดการเมื่อพบรอยโรคเสี่ยง

### ข้อคิดเห็นจากที่ประชุม

๑. นิยามปัจจัยเสี่ยงหลัก เสนอปรับดังนี้

- ประเด็นฟันเทียมหลวม/ไม่พอดี ปรับเป็นปัจจัยเสี่ยงรอง (ควรพิจารณา ว่าควรอยู่ในแบบคัดกรองหลักหรือไม่ เนื่องจากผลไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ)

- ประเด็นเชื้อก่อโรค /HPV ควรมีการทบทวน review 9%การก่อโรค

- ประเด็นเรื่องอายุ ข้อมูลจากประเทศอื่น ใช้เกณฑ์อายุกลุ่มเสี่ยง ๓๐ – ๓๕ ปี ขึ้นไป ซึ่งอาจจะต้องพิจารณาร่วมกับบริบทของประเทศไทย แต่ทั้งนี้แนวโน้มน่าจะพิจารณาช่วงอายุที่น้อยลง

เสนอให้คงอายุที่ ๔๐ ปี แต่เน้นการจัดการระบบคัดกรอง และระบบการส่งต่อให้สมบูรณ์ แล้วหลังจากนั้นอาจจะขยายกลุ่มอายุ มาที่กลุ่มอายุน้อยลงมาได้

๒. ขอบเขตและเนื้อหา เสนอพิจารณาปรับดังนี้

- ความถี่ในการติดตาม: ควรมีการกำหนดปัจจัยเสี่ยง และการติดตาม F/U ทุก ๓ – ๖ เดือน (ติดตามรอยโรคเดิม และเฝ้าระวังการเกิดรอยโรคใหม่ )

- ข้อบ่งชี้ในการทำ biopsy: เสนอสร้างแนวทางที่ชัดเจน ทั้งมิติเชิงชุมชน ระดับพื้นที่ แล้วเสนอราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย พิจารณา grouping แต่ละระดับ เพื่อการนำไปใช้งานได้จริง สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และทันเวลามากขึ้น

- การส่งต่อ biopsy และรักษา: ระยะเวลาในการส่งต่อ เสนอให้มีการศึกษาปัจจัยเสริมอื่นเพิ่มเติม และตามความเหมาะสมไม่ควรเกิน ๕ – ๖ สัปดาห์ ควรได้การวินิจฉัย ซึ่งควรต้องกำหนดในแนวทางให้ชัดเจน (Oral med, ENT, maxillofacial sur.) ระบุเป็นแนวปฏิบัติและขึ้นกับบริบทของหน่วยบริการ

๓. ผลិតภัณฑ์ดูแลกลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ: วุ้นชุ่มปาก โดยมูลนิธิทันตนวัตกรรม ฯ มีข้อจำกัดเรื่องระบบการขนส่ง ซึ่งอยู่ระหว่างการจัดการระบบและกระบวนการผลิต ที่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ตารางที่ ๑ แสดงเนื้อหาที่จะมีการทบทวนใหม่และปรับปรุงในหนังสือคู่มือการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

ขอบเขตและเนื้อหา	ฉบับ ปี ๒๕๖๒	ข้อเสนอพิจารณาทบทวน
๑. กลุ่มเป้าหมาย	๔๐ ปีขึ้นไป	- คงอายุที่ ๔๐ ปี แต่เน้นการจัดการระบบคัดกรองและระบบการส่งต่อให้สมบูรณ์ แล้วหลังจากนั้นอาจจะขยายกลุ่มอายุ มาที่กลุ่มอายุน้อยลงมาได้
๒. ความถี่ในการคัดกรอง	ปีละ ๑ ครั้ง	- คงความถี่ในการคัดกรอง ปีละ ๑ ครั้ง
๓. ปัจจัยเสี่ยง	๑. การสูบบุหรี่/ยาเส้น ๒. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๓. การเคี้ยวหมาก/ยาเส้น ๔. ฟันเทียมหลวม/ไม่พอดี	- ฟันเทียมหลวม/ไม่พอดี ปรับเป็นปัจจัยเสี่ยงรอง - review เชื้อก่อโรค /HPV เพิ่มเติม
๔. ตำแหน่งของการตรวจคัดกรอง	๙ ตำแหน่ง ได้แก่ Lip, Buccal mucosa, Gingiva, Retromolar area, Hard palate, Soft palate, Dorsal and lateral tongue, Ventral tongue, Floor of mouth	- คงเดิม
๕. ลักษณะรอยโรคที่มีความเสี่ยง	๕ ลักษณะ ได้แก่ รอยโรคสีแดง รอยโรคสีขาว รอยโรคขาวปนแดง แผลก้อน	-
๖. การจัดการเมื่อพบรอยโรคเสี่ยง		เสนอเพิ่มเติม ๓ ประเด็น - ความถี่ในการติดตาม : ควรมีการกำหนดปัจจัยเสี่ยงและการติดตาม F/U ทุก ๓ - ๖ เดือน (ติดตามรอยโรคเดิม และเฝ้าระวังรอยโรคใหม่) - ข้อบ่งชี้ในการทำ biopsy : เสนอสร้างแนวทางที่ชัดเจน ทั้งมิติเชิงชุมชน ระดับพื้นที่ แล้วเสนอราชวิทยาลัยฯ พิจารณา grouping แต่ละระดับ เพื่อการนำไปใช้งานได้จริง สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น และทันเวลามากขึ้น - ระยะเวลาในการส่งต่อ biopsy และรักษา : ระยะเวลาในการส่งต่อ เสนอให้มีการศึกษาปัจจัยเสริมอื่นเพิ่มเติม และตามความเหมาะสมไม่ควรเกิน ๕ - ๖

ขอบเขตและเนื้อหา	ฉบับ ปี ๒๕๖๒	ข้อเสนอพิจารณาทบทวน
		สัปดาห์ ควรได้การวินิจฉัย ซึ่งควรต้องกำหนดในแนวทางให้ชัดเจน (oral med, ENT, maxillofacial sur.) ระบุเป็นแนวปฏิบัติและขึ้นกับบริบทของหน่วยบริการ

มติที่ประชุม เห็นชอบ และทีมเลขฯ ๖ รับประเด็นเสนอแนะดำเนินการ เสนอร่างแนวทางการคัดกรอง ฯ รหัสการวินิจฉัยโรค ต่อราชวิทยาลัยพิจารณาและกำหนดข้อบ่งชี้การ biopsy แล้วส่งข้อมูลให้ที่ประชุมพิจารณาอีกครั้ง ก่อนการประชุมขอความเห็นในช่วงเดือน มิ.ย. ๖๗ ต่อไป

#### ๔.๒ แผนพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานการจัดการรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก

ทพญ.พัชรวรรณ นำเสนอการดำเนินงานปี ๒๕๖๖ ที่ผ่านมา มี GAP ที่มีโอกาสในการพัฒนาในปี ๒๕๖๗ ดังนี้ ๑) ระบบคัดกรอง ๒) ระบบข้อมูลและระบบรายงาน ๓) ระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งที่ผ่านมาเป็นรูปแบบบริการเชิงรับในสถานบริการ มีการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ผู้ป่วยอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกทันตกรรมร่วมกับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยง

หากพบปัจจัยเสี่ยง จะให้คำแนะนำหรือส่งต่อไปรับบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น คลินิกเล็กบุหรี คลินิกเล็กสุรา ในปี ๒๕๖๗ มีแผนการดำเนินเชิงรุกเพิ่มเติม ทั้งในระดับชุมชน ผ่านกระบวนการ

๑. ส่งเสริมให้ประชาชนใช้เครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง เช่น HeU, Bluebook, Risk-OCA, Smart อสม

๒. แนะนำ / ส่งเสริม / จัดช่องทางให้ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก

๓. ส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือดิจิทัล เช่น intraoral camera, AI ให้แก่เครือข่าย ส่วนในสถานบริการ

๓. ประสานงานกับกลุ่มงานที่ดำเนินงานเกี่ยวกับ บุหรีและแอลกอฮอล์ เช่น กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน คลินิกเล็กบุหรี/เล็กเหล่า คลินิก ยาเสพติด เป็นต้น

๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง ที่ได้จากเครื่องมือคัดกรองต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อทราบกลุ่มเสี่ยง และวางแผนจัดบริการ

Gap การดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนี้

- ประเด็นข้อมูลและระบบรายงาน

Gap	แนวทางการพัฒนา
<b>การบันทึกข้อมูล</b>	
การใช้รหัสวินิจฉัย ที่จำเป็นต้องกำหนด provider 02 06 ทำให้การคัดกรองโดยแพทย์ ENT ยังไม่ถูกนับในระบบรายงาน	พิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้ "รหัสคัดกรอง : การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก" ตามรหัส ICD10-TM ฉบับใหม่ (รอประกาศจาก ศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ)
ในกิจกรรมคัดกรอง การลงรหัสวินิจฉัย Cancer (C,D) ในปีนี้ไม่ถูกนับรวมกับรอยโรค PMD -critical สามารถระบุได้	ปรับร่าง template ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ก่อนเสนอปรับระบบรายงานต่อไป
<b>การส่งต่อรักษา</b>	
การใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการส่งต่อ ยังไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด ทำให้เกิดข้อจำกัดในการติดตามการส่งต่อ	ร่วมพัฒนาเครื่องมือสำหรับบุคลากร ในการติดตามกลุ่มเสี่ยง ให้ได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก => DMS care tool (กรมการแพทย์)
<b>การออกรายงาน</b>	
ระบบรายงาน ยังไม่ครอบคลุมขั้นตอนการดำเนินงาน	- ปรับ template การออกรายงาน ให้ครอบคลุมกิจกรรม biopsy และการวินิจฉัย oral cancer - ส่งต่อศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อปรับระบบรายงาน - ประสานสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลการวินิจฉัย oral cancer

- ประเด็นการติดตามดูแลต่อเนื่อง



## ข้อเสนอเพื่อพิจารณา

การนำบริการทันตกรรมทางไกล ซึ่งกลุ่มพัฒนาทันตสาธารณสุขที่มีการพัฒนาไกลผ่านหมอพร้อม Station อยู่แล้ว ซึ่งสามารถใช้เป็นเครื่องมือและอีกช่องทางเพื่อช่วยในการคัดกรองผู้ป่วย ปรีกษารอยโรคเสี่ยง เพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วย รวมถึงติดตามรักษาของผู้ป่วยต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมบ้าน กรณีรับกลับหน่วยปฐมภูมิได้

### ข้อคิดเห็นจากที่ประชุม

๑) นพ.ภัทรวุฒิ ให้ข้อคิดเห็นว่า เป็นระบบที่ดีมาก ที่จะเติมในประเด็นที่เห็นว่าเป็นปัญหา จะทำให้บริการครบถ้วนมากขึ้น เสนอให้สามารถระบุวินิจฉัยจากคลินิกงรหัสได้ ทั้ง C และ D (ซึ่ง Thai Cancer based ก็สามารถงรหัส C ได้จาก Clinical diagnosis) ส่วนหนึ่งคือเพื่อการติดตามคนไข้มะเร็งด้วย ซึ่งหากไม่มีการเก็บข้อมูลไว้ จะทำให้เกิดการ miss out สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือ Incidence ต่ำกว่าความเป็นจริง โดยสรุปคิดว่าหากสามารถงรหัสวินิจฉัย C, D ได้เลย และจะมากถูก modified ด้วยผลของ biopsy หรือติดตามใดก็ตามเพื่อมาสรุปการวินิจฉัย และส่วนที่สำคัญคือการเชื่อมต่อกันทั้งระบบ และประเมินผล case ทั้งหมด ที่เข้าสู่การคัดกรอง มีกลุ่มเสี่ยงและได้รับการคัดกรองสู่การรักษาเท่าไร

๒) ศ.อนันต์ เสนอให้การประชุมครั้งต่อไป เชิญทางทีม Oral medicine เพื่อได้รับความเห็นข้อเสนอแนะ อย่างครอบคลุมกระบวนการงาน

ทพญ.นพวรรณให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นวางแผนการดำเนินงานระยะถัดไป ในลักษณะของทีมมะเร็งอย่างชัดเจน จะเสนอเป็นคลังนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๘ โดยต้องเสนอแบบครบวงจร บริการทั้งการคัดกรอง และวางแผน ส่งต่อรักษา อีกหนึ่งปัจจัยคือการลดปัจจัยเสี่ยง ทั้งด้านคลินิกเลิกบุหรี ซึ่งจะฝากประเด็นในทีมปัจจัยเสี่ยงของสำนักทันตสาธารณสุขในประเด็นดังกล่าว เพื่อเคลื่อนงานอย่างเป็นแนวขนาน

ศ.อนันต์ เสนอเพิ่มเติมให้มีการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบหากมีการตีพิมพ์ในระดับนานาชาติได้ จะเป็นแหล่งอ้างอิงระดับประเทศ

**มติที่ประชุม** เห็นชอบ และทีมเลขา ฯ โดยสำนักทันตสาธารณสุขรับประเด็นเสนอแนะดำเนินการส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ปิดประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.