



## บทที่ 5

### ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

#### ข้อสรุป

ในปีพ.ศ. 2529-2531 มีผู้ป่วยถูกส่งมาทำ UGE จากห้องตรวจผู้ป่วยนอก อายุรกรรม รพ.จุฬาลงกรณ์ จำนวน 1140 คน แต่ตรวจพบ serious disease จาก UGE เพียง 18% ดังนั้นถ้ามีวิธีการใดที่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องตรวจ UGE (ได้แก่ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม non-serious disease หรือพบ normal finding จาก UGE) จะทำให้ลดค่าใช้จ่ายการตรวจ UGE รายที่ไม่จำเป็นได้มาก

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อหาาระบบคะแนน (GSCORE) ที่สามารถคัดเลือกผู้ป่วยก่อนส่ง UGE (โดยแยกเป็นกลุ่ม S และ NS) เพื่อ improve cost effectiveness ในการตรวจ UGE และวัตถุประสงค์รองเพื่อเปรียบเทียบว่า GSCORE กับ MSCORE มีความสามารถในการคัดเลือกผู้ป่วย ได้แตกต่างกันหรือไม่ และยังสามารถศึกษาลักษณะทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยด้วย

การออกแบบการวิจัยเป็นแบบ cross-sectional descriptive study โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของระบบทางเดินอาหารส่วนบน ซึ่งแพทย์ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกทางอายุรกรรม (OPD) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่งมาตรวจ UGE และศึกษาข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย รวมทั้งผลการตรวจ UGE

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า

1. ผู้ป่วยกลุ่ม A 200 คนที่ส่งมารับการตรวจ UGE และหาาระบบคะแนน GSCORE นั้นเป็นกลุ่ม NS:S = 152:48 หรือ 3.2:1 เป็นผู้ป่วยที่มี UGIB 46 คน, non-UGIB 154 คน พบ serious disease ในกลุ่ม UGIB และ non-UGIB = 22 คน และ 26 คน ตามลำดับ ในกลุ่ม A นี้มี cancer 6 คน เป็น esophageal cancer 2 คน เป็น gastric cancer 4 คน

ในกลุ่ม B 80 คนที่ใช้เป็นกลุ่มทดสอบระบบคะแนน GSCORE พบว่าเป็นกลุ่ม NS:S = 56:24 หรือ 2.3:1 ไม่พบผู้ป่วยที่มี UGIB เลย, cancer ที่พบในกลุ่มนี้เป็น gastric cancer 3 ราย

2. จากการนำข้อมูลที่เป็นลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย (ตัวแปร) ไปวิเคราะห์หาตัวแปรที่ดีที่สุด (โดยวิธี stepwise discriminant analysis) ซึ่งสามารถคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่ม A 200 คน เป็น 2 กลุ่มได้ (กลุ่ม S และ NS) พบว่ามี 22 ตัวแปรที่ดีที่สุด (จาก 67 ตัวแปร) โดย 21 ตัวแปรได้จากการซักประวัติ และ 1 ตัวแปรได้จากการตรวจร่างกาย

3. การใช้ GSCORE สามารถลดผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องทำ UGE (กลุ่ม NS) ได้ เมื่อเทียบกับไม่ใช้ระบบคะแนน ( $p < 0.005$ )

4. เมื่อเปรียบเทียบ GSCORE กับระบบคะแนนของ Mann (MSCORE) ที่ใช้คัดเลือกผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มนี้ พบว่า GSCORE สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องทำ UGE ได้ต่างจาก MSCORE (60% และ 30% ตามลำดับ) ที่  $p < 0.005$  เมื่อได้ทดสอบการใช้ GSCORE และ MSCORE ในผู้ป่วยใหม่อีก 80 คน (กลุ่ม B) พบว่า GSCORE และ MSCORE สามารถลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องทำ UGE ได้ต่างกัน (50% และ 30% ตามลำดับ) ที่  $p < 0.005$ , ทั้ง GSCORE และ MSCORE สามารถทำนายผู้ป่วยมะเร็งทุกคนในกลุ่ม A และ B ว่ามีพยาธิสภาพสำคัญสมควรทำ UGE

5. จาก cost effectiveness analysis พบว่าการใช้ระบบคะแนนให้ cost effectiveness (CE) ดีกว่าไม่ใช้, และ GSCORE ให้ CE ดีกว่า MSCORE

6. จาก incremental cost effectiveness analysis เพื่อหา decision-making ในการส่งผู้ป่วยที่มีอาการหรืออาการแสดงของระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่ OPD มาทำ UGE พบว่าถ้าส่งผู้ป่วยทุกราย ที่มีเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและผู้ป่วยที่ไม่มีเลือดออกแต่ GSCORE ทำนายว่ามีพยาธิสภาพสำคัญแล้วจะให้ CE ดีที่สุด

### ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ ระบบคะแนน GSCORE และวิธีการคัดเลือกผู้ป่วยก่อนส่งตรวจ UGE นี้ สามารถนำไปใช้ได้ทันทีเพราะแบบฟอร์มการกรอกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อหา GSCORE สะดวกต่อการใช้ สามารถลดค่าใช้จ่ายการตรวจผู้ป่วยรายที่ไม่จำเป็นลงได้มาก โดยจะส่งตรวจในรายที่น่าจะพบ serious disease จาก UGE เท่านั้น

2. ข้อจำกัดของการใช้ระบบคะแนน GSCORE นี้สามารถใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของระบบทางเดินอาหารส่วนบนและมาพบแพทย์เท่านั้น สำหรับผู้ป่วยที่มี serious disease แต่ไม่มีอาการและไม่มาพบแพทย์ GSCORE ไม่สามารถใช้ประโยชน์ในผู้ป่วยประเภทหลังนี้ได้

3. การทำวิจัยต่อไป ถ้าได้ตัดตัวแปรบางตัวใน GSCORE ออกไปแล้ว เช่น ตัวแปรแพทย์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์ แล้ววิเคราะห์ใหม่ก็จะได้ระบบคะแนนใหม่ที่อาจจะนำไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ ถ้าลักษณะทางคลินิกของโรกระบบทางเดินอาหารส่วนบนในโรงพยาบาลอื่น ๆ คล้ายคลึงกันผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สำหรับผู้ป่วย dyspepsia หรือ abdominal pain ที่ไม่พบ serious pathology แต่ผู้ป่วยยังมีอาการไม่ทุเลาลงหลังได้ antipeptic และหรือ antidysmotility drugs 3-4 วัน ควรได้รับการตรวจเพื่อสืบค้นหาสาเหตุของอาการนี้ด้วยวิธีอื่น ๆ ต่อไปนอกจาก UGE (Barbara, et al., 1989; Hui and Lam, 1989)