การประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ความเห็นต่อข้อเสนอโครงการวิจัย

“การตรวจคัดกรองโรค และตรวจเลือดโรคไต ฟรีปีละ 1 ครั้ง กลุ่มอายุ 60 ปี”

วันที่ 17 และ 20 กุมภาพันธ์ 2564 ผ่านระบบ ZOOM

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ: โครงการนี้จะเสนอขอทุนจาก สวรส. โดยใช้ชื่อว่า **“การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุ”**

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2564

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วรางคณา วิชัยวงศ์ (โรงพยาบาลราชวิถี)

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ (คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี)
2. เทคนิคการแพทย์หญิง สมพิศ ปินะเก (สมพิศคลินิกแลบ)
3. ทันตแพทย์ จเร วิชาไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
4. คุณบุศราภรณ์ เพชรรุ่ง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)
5. คุณนริศา มันฑางกูร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
6. คุณกุมารี พัชนี (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ)
7. คุณชลทิชา จันทร์แจ่ม (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ)

รายชื่อนักวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กฤษณี สระมุณี
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรัชดา ชนโสภณ
3. ดร. พรชนก ศรีมงคล
4. ดร. ภาณุมาศ ภูมาศ
5. ดร. อารีรัตน์ ลีละธนาฤกษ์
6. รองศาสตราจารย์ วิระพล ภิมาลย์

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ผศ.ดร.กฤษณี สระมุณี กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และกำหนดการประชุม จากนั้นนำเสนอโครงร่างงานวิจัย เรื่อง การตรวจคัดกรองโรค และตรวจเลือดโรคไต ฟรีปีละ 1 ครั้ง

กลุ่มอายุ 60 ปี โดยมีรายละเอียดดังเอกสารประกอบการประชุมซึ่งได้ส่งให้ผู้เข้าร่วมประชุมทางอีเมลก่อนเริ่มการประชุม ภายหลังสิ้นสุดการนำเสนอที่ประชุมได้อภิปรายและให้ข้อคิดเห็นต่อโครงร่างงานวิจัย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ความเหมาะสมของทางเลือกของการคัดกรอง

ประเด็นหารือ: เนื่องจากวิธีการตรวจและคัดกรอง CKD ทำได้หลายวิธี ท่านคิดว่าควรเพิ่มทางเลือกอื่นเข้ามาในการศึกษาอีกหรือไม่ ทางเลือกการคัดกรองที่ทีมวิจัยเสนอมีดังตาราง 1

ข้อเสนอจากผู้เชี่ยวชาญสรุปได้ว่าการคัดกรองมี 2 กลุ่ม คือ การตรวจเลือดหา serum creatinine และการใช้ dipstick ตรวจปัสสาวะ ซึ่งมี 3 แบบ คือ การตรวจ albumin to creatinine ratio (ACR) การตรวจ proteinuria และ การตรวจ microalbuminuria การตรวจที่แม่นยำคือ ACR ส่วน proteinuria นั้นทำได้ง่ายและราคาถูก microalbuminuria ทำได้ง่ายแต่ราคาสูงขึ้นมาอีกเล็กน้อย

ข้อสรุป ปรับทางเลือกในการศึกษาเป็น 6 ทางเลือกดังนี้

1. Serum creatinine (คำนวรณ eGFR ตามสูตร CKD-EPI)
2. ACR dipstick
3. Proteinuria dipstick (macroalbuminuria)
4. microalbuminuria dipstick
5. Proteinuria dipstick (macroalbuminuria) + Serum creatinine
6. microalbuminuria dipstick + Serum creatinine

ประเด็นที่ 2 ความเหมาะสม Decision tree (ภาพประกอบ 2)

ประเด็นหารือ: Decision tree ที่แสดงถึงผลของการคัดกรอง ได้คำนึงถึงปัจจัย 3 อย่าง ได้แก่ อัตราการยอมรับบริการ positive predictive value ของวิธีการคัดกรอง และความชุก CKD ท่านคิดว่าควรคำนึงถึงปัจจัยอื่นอีกหรือไม่

ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอว่าอัตราการยอมรับของการคัดกรองอาจให้พิจารณาใช้ค่าอัตราการยอมรับของการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุได้

ข้อสรุป ผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลอัตราการยอมรับตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ นอกจากนี้ทีมวิจัยสรุปกันว่าค่าพารามิเตอร์ PPV จะรวบรวมจาก meta-analysis ที่มีอยู่แล้วในต่างประเทศ ส่วนค่าความชุก CKD ในผู้สูงอายุให้ทบทวนวรรณกรรมของไทยและทำการวิเคราะห์แบบ proportional meta-analysis

ประเด็นที่ 3 ความเหมาะสมของสถานะสุขภาพของ CKD ใน Markov model (ภาพประกอบ 3)

ประเด็นหารือ: ท่านคิดว่าในกลุ่ม ESRD ที่ทำ dialysis ควรแยก hemodialysis กับ peritoneal dialysis ออกจากกันหรือไม่ จากข้อมูลงานวิจัยของ Sugrue และคณะไม่ได้แยกสอง state นี้ออกจากกัน

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าการฟอกไตด้วยวิธี peritoneal dialysis กับ haemodialysis มีจำนวนผู้ป่วยและให้ผลการรักษาพอ ๆ กัน จึงให้สามารถรวมเป็นสถานะเดียวกันได้

ประเด็นหารือ: ควรรวมการทำ transplant เข้ามาเป็นหนึ่ง state หรือไม่เนื่องจากไม่แน่ใจว่าการทำ transplant ในผู้สูงอายุมีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าการทำ transplant ในผู้สูงอายุนั้นทำได้แต่มีจำนวนน้อย จึงไม่ต้องรวมในสถานะทางสุขภาพก็ได้

ในกลุ่ม CKD5/ESRD ที่ระบุว่าเป็น do nothing ให้เปลี่ยนเป็น palliative

การ progression ของ CKD นั้นมีโอกาสที่จะย้อนกลับมาเป็น Stage ที่ต่ำกว่าได้ ที่ย้อนกลับมามีโอกาสเกิดขึ้นได้แต่น้อย ส่วนมากจะอยู่ที่เดิมหรือแย่ลง ดังนั้นเงื่อนไขที่กำหนดว่าไม่ให้มีการย้อนกลับของ stage จึงเหมาะสมแล้ว

ข้อสรุป ผู้วิจัยจะกำหนดสถานะสุขภาพ dialysis โดยรวม peritoneal dialysis กับ haemodialysis เข้าไว้ด้วยกัน ปรับ do nothing เป็น palliative ตัดสถานะ transplant ออก และกำหนดการ progression ของ CKD แบบไม่ย้อนกลับ

ประเด็นที่ 4 ค่าการเปลี่ยนสถานะสุขภาพ transitional probability ใช้ค่าของ Sugrue et al. จะเหมาะสมหรือไม่ (ตาราง 3) หรือควรใช้ข้อมูลจากแหล่งอื่น (transitional probability คือ ค่าความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะของโรคเมื่อเวลาเปลี่ยนแปลงไป)

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าค่า probability ของ Sugrue พอใช้ได้ แต่อาจสอบถามข้อมูลจาก service plan หรือสอบถาม อ.วรางคณาเพื่อขอข้อมูลจาก SEEK2 หรือสอบถาม อ.ศิริรัตน์ ที่ ม. ขอนแก่น ในไทยมีการทำข้อมูล CKD registry หลายการศึกษาอยากให้ใช้ข้อมูลของไทยมากกว่า

ตัวเลขการเปลี่ยนสถานะจาก ESRD to dialysis จาก SEEK2 ประมาณ 17%

ข้อสรุป ผู้วิจัยวางแผน 2 แบบ คือ แบบที่ 1 จะปรึกษา อ.วรางคณา เพื่อขอข้อมูลโอกาสของการเปลี่ยน health state จากโครงการวิจัย SEEK แบบที่ 2 จะใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยเน้นรวบรวมการศึกษาในประเทศไทยก่อน หากไม่ได้อาจจำเป็นต้องใช้การทบทวนวรรณกรรมจากงานต่างประเทศ ซึ่งในกรณีนี้จะทำการวิเคราะห์ sensitivity ในประเด็นนี้ให้ครอบคลุม

ประเด็นที่ 5 ค่าอรรถประโยชน์ใช้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเหมาะสมหรือไม่ (ตาราง 4) (อรรถประโยชน์ คือ ค่าที่แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง)

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าเมื่อพิจารณาจากตัวเลข stage 3-4 ใช้ค่า utility นี้ได้ แต่ stage 5 น่าจะต้องต่ำกว่านี้ (ต่ำกว่า 0.81) ให้ลองสอบถาม อ.ศิริรัตน์ ที่ ม.ขอนแก่น ว่ามีข้อมูลชุดนี้หรือไม่จาก CKD network หรือทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยเพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำให้ไปดูเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยของการศึกษานั้นว่าเป็นอย่างไร เหมาะสมหรือไม่

ข้อสรุป ผู้วิจัยวางแผน 2 แบบ คือ แบบที่ 1 จะปรึกษา อ.ศิริรัตน์ เพื่อขอข้อมูล utility ของผู้ป่วยในแต่ละระยะ จากโครงการวิจัย CKD network แบบที่ 2 จะใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย

เน้นรวบรวมการศึกษาในประเทศไทยก่อน หากไม่ได้อาจจำเป็นต้องใช้การทบทวนวรรณกรรมจากงานต่างประเทศ ซึ่งในกรณีนี้จะทำการวิเคราะห์ sensitivity ในประเด็นนี้ให้ครอบคลุม

ประเด็นที่ 6 พื้นที่ที่จะไปสัมภาษณ์เชิงลึกควรเป็นที่ใด ควรเลือกเป็นจังหวัดที่สามารถคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามเกณฑ์ TCEN ที่สูงและต่ำหรือไม่

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าการคัดเลือกพื้นที่สัมภาษณ์ควรเป็นแบบสุ่มแต่ให้คำนึงถึงคะแนน TCEN ด้วย คือ ให้ครอบคลุมทั้งกลุ่มที่ performance ดีและไม่ดีด้วยเลย และควรศึกษาให้ครบทุกเขต เหนือ กลาง ใต้

นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอให้รวมศึกษามุมมองจากหน่วยบริการเอกชน เช่น ร้านยา คลินิกเอกชน คลินิกเทคนิคการแพทย์ และคุณนริศา (สปสช) เห็นด้วยว่าให้เก็บข้อมูลให้ครบทุกหน่วยบริการของ สปสช ถ้าเป็นไปได้ให้รวมคลินิกเอกชนด้วย ให้เป็นทุกหน่วยบริการในสังกัดบัตรทอง (อาจมีโรงพยาบาลเอกชนด้วย)

ข้อสรุป ผู้วิจัยจะคัดเลือกตัวแทนที่จะเข้าร่วมการศึกษาเชิงลึกโดยคำนึงถึงคะแนน TCEN ด้วย และคัดเลือกตัวแทนให้ครบจากทุกภาค รวมถึงให้มีตัวแทนจากหน่วยบริการเอกชนที่อยู่ภายใต้ สปสช ด้วย

ประเด็นที่ 7 ระเบียบวิธีวิจัยในภาพรวมเหมาะสมหรือไม่

ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าอยากให้เพิ่มผลลัพธ์ของการป้องกันการ progress ของไตด้วย คนที่ได้รับการรักษาเพราะได้คัดกรองและคนที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอัตราการเสื่อมของไตไม่เท่ากัน คนที่ได้รับการรักษาจะมีการชะลอไตเสื่อมได้ดีกว่า เช่น ถ้าไม่ได้รับการรักษาเลยอาจจะไตเสื่อม (อัตราการลดของ eGFR) ประมาณปีละ 5 cc/min/1.73m^2 แต่ถ้าได้รับการรักษาจะเหลือปีละ 2 cc/min/1.73 m^2 ถ้าแสดงผลลัพธ์ในลักษณะนี้ด้วยได้จะสื่อสารผลการศึกษาได้ง่ายกว่า

ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าให้เพิ่มผลลัพธ์ที่ตอบคำถามว่าการคัดกรอง CKD จะช่วยลดจำนวนคนไข้ที่มีการดำเนินของโรคไปจนถึง dialysis ได้ร้อยละเท่าไร การรายงานต้นทุนการรักษาให้รวมค่าแล็บด้วย เพราะว่ามีตรวจแล็บหลายรายการ

ข้อสรุป ผู้วิจัยจะเพิ่มวัตถุประสงค์การศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิกในประเด็นที่ว่าการคัดกรองจะช่วยลดโอกาสในการ progress ไปสู่ CKD stage 5 ได้เท่าใด ในส่วนต้นทุนจะมีการรวมค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการไว้ด้วยอยู่แล้ว

ปิดประชุมเวลา 15.30 น.

ดร.พรชนก ศรีมงคล	ผศ.ดร.กฤษณี สระมุณี
ผู้บันทึกการประชุม	ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม