



900ปี
การสาธารณสุขไทย

ISSN 2539-6897

กระบี่เวชสาร

KRABI MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เมษายน - กันยายน 2561 Vol.1 No.2 April - September 2018





วารสารกระบี่เวชสาร

ISSN 2539-6897

เจ้าของ โรงพยาบาลกระบี่

ที่ปรึกษา

นายอภิชัย ลิมานนท์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

คณะกรรมการอำนวยการ

นายชลวิทย์ หลาวทอง

นายเฉลิมพล โอสธพรมมา

นายสุรตน์ ตันติทวีวรกุล

นางประภาพรพรณ สิริเวช

นายวสิน เทียนกิ่งแก้ว

นายสุรศักดิ์ ชัยนการ

นางสาวจารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์

นางสาวผ่องพรรณ อนุอมศรีมงคล

นายสมบุรณ์ บุญกิตติชัยพันธ์

นางสุธาสิณี ธีระพร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิฯ

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบและสนับสนุนบริการสุขภาพ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บรรณาธิการ

นายสมบุรณ์ บุญกิตติชัยพันธ์

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบและสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการ

นางสาวผ่องพรรณ อนุอมศรีมงคล

นายประวิตร แย้มพงษ์

นายไพสิฐ บุญยะกวี

นางศุภมาส พันธุ์ชัย

นายสัญญา สุระ

นางมณฑิรา พรศาลนุวัติ

นายคเชนทร์ บุญรอด

นายศิริวิทย์ อัสวัฒนวงศ์

นายวิฑิต พรสินศิริรักษ์

นางสาวสมฤดี ริมดุสิต

นางกาญจนา แก้วชัย

นางสาวสุอารีย์ ช่วยแก้ว

นางสาวมัทธมา เวชกุล

รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นายแพทย์ชำนาญการ

นายแพทย์ชำนาญการ

ทันตแพทย์ชำนาญการ

เภสัชกรชำนาญการ

เภสัชกรชำนาญการ

เภสัชกรชำนาญการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

กองบรรณาธิการ

นางจิตสุภา กังแฮ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นางสาวโสภา วังบุญคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นางสาวอัจจิมา ชนะกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสุธาสินี ธีระพร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวกัณตินันท์ เพ็ญสุพรรณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

คณะกรรมการจัดทำวารสาร

นางสุธาสินี ธีระพร	หัวหน้ากลุ่มพัฒนาทรัพยากรบุคคล
นางสาวโสภา วังบุญคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
นายคเชนทร์ บุญรอด	ทันตแพทย์ชำนาญการ
นายศิริวิทย์ อัสวดีวงศ์	เภสัชกรชำนาญการ
นายวิฑิต พรสินศิริรักษ์	เภสัชกรชำนาญการ
นางสาวสมฤดี รีมดูลิต	เภสัชกรชำนาญการ
นางกาญจนา แก้วชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางสาวสุอารีย์ ช่วยแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางมัทธมา เวชกุล	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
นางจิตสุภา กังแฮ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
นางปรารภย์ ตัวไธ	เจ้าพนักงานสถิติชำนาญงาน
นางสาวอัจจิมา ชนะกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสุจิตรา แก้วทะไร	เจ้าพนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์
นางฤทธิชา หมวดทอง	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
นายอนันต์ เครือยศ	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
นายณรงค์พจน์ พลเดช	ช่างภาพการแพทย์ปฏิบัติการ
นางสาวกัณตินันท์ เพ็ญสุพรรณ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นางสาวอรพรรณ เดชสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุข
นางสาวศิริสุข วรรณศรี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วารสารกระบี่เวชสาร เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกในเดือน ตุลาคม - มีนาคม และ เมษายน - กันยายน

สำนักงาน

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกระบี่ เลขที่ 325 ถ.อุตรกิจ ต.ปากน้ำ
อ.เมือง จ.กระบี่ 81000 โทรศัพท์ 075-626-700 ต่อ 1043, 1057

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง อรนุช วรรณกุล	1
---	---

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ อังคณา สูงส่งเกียรติ	13
--	----

ความคิดเห็นของผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางจิตต่อวิธีการติดตามรักษาระหว่างอยู่ในเรือนจำ จังหวัดกระบี่ สรินญพร หิมกร	25
--	----

รายงานผู้ป่วย

รายงานกรณีศึกษาฝีเนื้องอกจากยาครีมไพล วรายุทธ อุทัยโค	31
--	----

Encleation residual cyst จารุพร สุริยาชัย	39
--	----

บททวนวรรณกรรม

โรคพิษสุนัขบ้า ศุภมาส พันธุ์ไชย	49
------------------------------------	----

ปกิณกะ

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award; Criteria for performance excellence framework) สุรัตน์ ตันติทวีวรกุล	63
--	----

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน	64
-----------------------	----

บทบรรณาธิการ

กระป๋องวารสารฉบับนี้ ถือเป็นฉบับที่สอง มีกำหนดออกปีละ 2 ฉบับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลการวิจัย R2R รายงานผู้ป่วย และนวัตกรรม ของโรงพยาบาลกระบี่และชาวสาธารณสุข และหวังให้สามารถนำความรู้ในวารสารฉบับนี้ ไปก่อให้เกิดประโยชน์แก่วงการแพทย์และประชาชนต่อไป

วารสารฉบับนี้ มีบทความที่น่าสนใจ และเข้าได้กับสถานการณ์ปัจจุบัน อาทิ โรคพิษสุนัขบ้า รวบรวมโดย แพทย์หญิง ศุภมาส พันธุ์ชัย และ เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award; Criteria for performance excellence framework) โดย นายแพทย์สุรรัตน์ ตันติทวีวรกุล นอกจากนี้ยังมี งานวิจัย การรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ หลากหลายสาขา สามารถนำไปใช้ประโยชน์และอ้างอิง

สุดท้ายนี้ ผมขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะกรรมการบริหาร และพี่น้องชาวโรงพยาบาลกระบี่ ผู้สนับสนุนทุกท่าน คณะผู้จัดทำและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่ทำให้กระป๋องวารสารสำเร็จไปได้ด้วยดีตามวัตถุประสงค์

นายแพทย์สมบูรณ์ บุญกิตติชัยพันธ์
บรรณาธิการกระป๋องวารสาร

การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

อรนุช วรรณกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลพัทลุง การศึกษาประกอบด้วย 3 ระยะคือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะประเมินผลแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างเดือนมกราคม 2560 - กุมภาพันธ์ 2561 ซึ่งมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แบบประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะ แบบบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลและตัวชี้วัดความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลานอนในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ทำให้ได้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ประกอบด้วย ระยะ Pre-weaning phase ประเมินความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้าน Clinical และ Parameter ประสานแพทย์ วางแผน และเลือกวิธีการที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้ข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ฝึกการหายใจ ฝึกการไออย่างถูกวิธี ระยะ Weaning phase ทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามวิธีที่เลือก Monitoring parameter ติดตามและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดให้กำลังใจผู้ป่วย ระยะ Weaning Out come phase ประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ประเมินอาการ และยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว พบว่า การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 29.8 เป็น 44.2 อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่สำเร็จลดลงจากร้อยละ 37.1 เป็นร้อยละ 29.5 จำนวนวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 12 วันเป็น 8.6 วัน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 38,123 บาท เป็น 22,903 บาท

ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะ ของการหย่าเครื่องช่วยหายใจส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดวันนอน และค่าใช้จ่าย ส่งผลให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวปฏิบัติ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

* พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่) e-mail: auranuch_ooi@yahoo.com เบอร์โทรศัพท์ 0917714380

Development of Clinical Practice Guideline for Weaning Protocol from Mechanical Ventilator in SICU Phatthalung Hospital

| Auranuch Wannakul

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to develop Clinical Practice Guideline (CPG) for weaning protocol from mechanical ventilator in Surgical Intensive Care Unit (SICU), Phatthalung Hospital. The research was carried out from January 2017 to February 2018, divided into 3 phases; situation analysis of weaning from mechanical ventilator in SICU, developing the CPG and evaluation. The sample was collected from the critical patients, admitted in SICU, Phatthalung Hospital. The research instruments were CPG weaning from mechanical ventilator, evaluation form of readiness for divorce, weaning ventilator record form, evaluation form of compliance, and key performance Indicators of success in divorce ventilation.

The results revealed; The weaning process divided into three distinct phases; Pre-weaning phase; assess the readiness of respirator, coordinate the medical care plan and choose the method for divorce the respirator, patient breathing and cough training properly. Weaning phase; wean, monitor parameters, vital signs and psycho support. Weaning outcome phase; assess the patient condition, the readiness, provide nursing care before removing the airway, monitor the patient's weaning abilities and outcome. The weaning outcome showed; the success rate for weaning from mechanical ventilator increased from 29.8% to 44.2%, reducing ventilator days from 12 to 8.6. Moreover, the health care cost per time was decreased statistically significant.

In conclusion, the CPG for weaning protocol from mechanical ventilator used by the weaning process is divided into three distinct time point increase success rate of weaning from mechanical ventilator, reducing ventilator day, the health care cost per time and improve the quality of care.

Keywords: Development clinical practice guideline, Weaning protocol from mechanical ventilator, SICU Phatthalung Hospital

บทนำ

ในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก เครื่องช่วยหายใจก็เป็นอีกหนึ่งของเทคโนโลยีขั้นสูงที่ใช้สำหรับช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติของระบบทางเดินหายใจ เพื่อช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนที่ปอดอย่างเหมาะสม (เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ, 2553) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ปอด หลอดลมหรือสาเหตุอื่น เช่น หลังผ่าตัด เป็นต้น ถึงแม้ว่าเครื่องช่วยหายใจจะเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ แต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มที่จะหายใจได้บ้างแล้วจะต้องรีบลดความเข้มข้นของออกซิเจนลง เพื่อป้องกันการเกิดพิษจากการได้รับออกซิเจนมากเกินไป (oxygen toxicity) หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ความดันโลหิตต่ำลดลงเนื่องจากการลดลงของ Sympathetic tone หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) เกิดภาวะน้ำเกิน ถุงลมปอดแตก ปอดแฟบ เกิดภาวะกรด - ด่างจากการหายใจ (Respiratory acidosis - Likalosis) ขาดสารอาหาร (Malnutrition) ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Ventilator associated pneumonia, VAP) เลือดออกในระบบทางเดินอาหารจากการหลังกรดที่เกิดจากความเครียดมากเกินไป (สมใจ สายสม, 2557) การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานโดยไม่มีการหย่าเครื่องช่วยหายใจอาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อและเส้นประสาทอ่อนแรง (สมใจ สายสม, 2557) ทำให้หย่าเครื่องช่วยหายใจลำบากมากขึ้น (เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ, 2553) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นจากการดูแลรักษา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลวแล้ว จำเป็นต้องได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยเร็ว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องช่วยหายใจนาน ลดค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษา อัตราตาย ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลานอนโรงพยาบาล (Chen CJ, 2009 & Mary Jo Grap, 2003)

กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายจะมีความยากง่ายในการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่แตกต่างกันออกไป การที่จะตัดสินใจหย่าเครื่องช่วยหายใจนั้น นอกจากอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นแล้ว จะต้องพิจารณาถึงระยะเวลา และวิธีการที่จะเริ่มต้นหย่าเครื่องช่วยหายใจ

วิธีที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยขณะทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และหยุดทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Knebel, 1994) สมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งอเมริกา (The American Association of Critical-Care Nurses, AACN 1994) ได้กำหนดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Pre-weaning phase) 2) ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning phase) และ 3) ระยะหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Weaning Outcome phase) ซึ่งกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจใช้เวลานานถึงร้อยละ 40 - 50 ของระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งหมด (Boles, 2007) การหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ประสบความสำเร็จนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น พยาบาลควรใช้เกณฑ์ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เพื่อเตรียมความพร้อม สำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อหลีกเลี่ยงการตอบสนองเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Chen, 2009)

การหย่าเครื่องช่วยหายใจ จึงเป็นกระบวนการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและเป็นความท้าทายของพยาบาล เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถประเมินและเตรียมความพร้อมสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจประสบความสำเร็จ

หอผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง เป็นหน่วยงานหนึ่งที่รับดูแลผู้ป่วยวิกฤติทางศัลยกรรม มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยวิกฤติและใช้เครื่องช่วยหายใจ 10 เตียง จากข้อมูลสถิติการให้บริการของหอผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรมในปี พ.ศ. 2558 - 2559 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรับไว้ดูแลทั้งสิ้น 344 และ 307 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้พบเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น อัตราการเกิดปอดอักเสบ 8.13 และ 6.7 ต่อ 1000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 29.8 และ 41.6 ตามลำดับ จากการทบทวนติดตามการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม พบว่าจะทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ จึงมีคำสั่งให้หย่าเครื่องช่วยหายใจ

พยาบาลจึงทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และประเมินผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจแก่แพทย์ เมื่อสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ แพทย์จะทำการถอดท่อช่วยหายใจ พยาบาลสังเกตอาการต่อเนื่องหลังถอดท่อช่วยหายใจอย่างน้อย 24 - 72 ชั่วโมง ขึ้นกับอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จพบว่า บุคลากรขาดทักษะในการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การประเมินและการปฏิบัติของพยาบาลขึ้นกับทักษะ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จึงทำให้มีการปฏิบัติไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การปฏิบัติขึ้นกับการตัดสินใจของแพทย์เท่านั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารของหน่วยงานได้เล็งเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ประสบผลสำเร็จ และเกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากที่สุด จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุงขึ้น เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ประสบผลสำเร็จ ลดระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลวิกฤตสหรัฐอเมริกา (1994) 3 ระยะคือ Pre-weaning, Weaning และ Weaning Outcome จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุงระหว่างเดือน มกราคม 2560 – กุมภาพันธ์

2561 ซึ่งมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยทุกราย

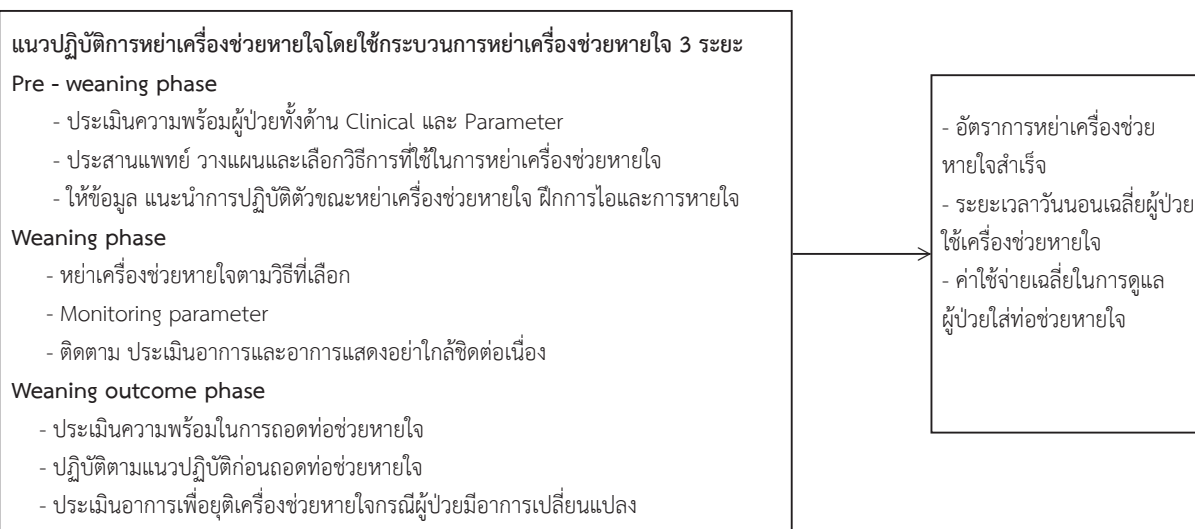
การประเมินผลลัพธ์การพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและไม่กลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ระยะเวลาวันนอนและค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นแนวทางเดียวกัน
2. ผู้ป่วยได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยใช้กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดระยะเวลาที่ใช้หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จอย่างรวดเร็ว ลดวันนอน และลดค่าใช้จ่าย
3. สำหรับผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการนิเทศติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานสากลส่งผลให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลวิกฤตอเมริกา (1994) ซึ่งได้กำหนดรูปแบบของการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกเป็น 3 ระยะคือ Pre-weaning, Weaning, and Weaning Outcome มาประยุกต์ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประสานงานกับแพทย์และร่วมวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เลือกวิธีการและรูปแบบที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ให้การดูแลตามวิธีการและวิธีที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลประเมินความสำเร็จ ระยะเวลาวันนอนและค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์การหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมโรงพยาบาลพัทลุง ดังนี้

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยและสังเกตการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 ทั้งที่หยาเครื่องช่วยหายใจสำเร็จและไม่สำเร็จ จำนวน 36 ฉบับ

2. ประชุมทีมพยาบาลผู้ปฏิบัติหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ชี้แจงปัญหาที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาที่พบจากการหยาเครื่องช่วยหายใจ ทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ

3. วางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ

4. ทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. จัดทำและเสนอโครงการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมแก่ผู้บริหารเพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการ

2. จัดทำแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ฉบับร่าง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. เสนอแนวปฏิบัติ ฉบับร่างและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปยังผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแพทย์ประจำ ศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพัทลุง พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลหาดใหญ่และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการชั้นสูง เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

4. นำข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index=CVI) ได้ค่า .89 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำแนวปฏิบัติ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มาหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติ แบบประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ แบบบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจ และแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เป็น .95, .95, .95 และ .86 ตามลำดับ

6. เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรม ที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการก่อนที่จะทำการเก็บข้อมูล

7. นำแนวปฏิบัติฯ แบบประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ แบบบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจ และแบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประชุมชี้แจงแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรม เกี่ยวกับการนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และเกณฑ์ที่ใช้คัดกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย

8. ให้การดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมวิจัย ที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมทุกราย

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ การหยาเครื่องช่วยหายใจ มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. กำหนดบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เป็นผู้คอยสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นพร้อมจดบันทึกการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะ และเก็บรวบรวมข้อมูลทุกเวร

2. เก็บข้อมูลตัวชี้วัดทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นเป็นรายเดือน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันในทีม

3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด

4. สรุปผลโครงการและนำเสนอผลการดำเนินการแก่ผู้บริหาร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการอนุมัติแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจและประกาศใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 – 28 มีนาคม 2561 จำนวน 323 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 – 31 มีนาคม 2561 ทุกรายที่มีความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจจำนวน 228 ราย โดยประเมินจากลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย คือ อาการของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจดีขึ้น ไม่มี ACS, CHF, Life threatening arrhythmia ตื่นดี, No severe brain edema, No muscle relaxant/sedative drug, No/low dose inotropic drug (dopamine/dobutamine < 5 µg/kg/min), RR < 30/min, BP > 90/60, < 180/110 mmHg, HR 50-120/min, Electrolyte, Mg, Ca, P ปกติ, Hct ≥ 30%, อย่างน้อย Hb > 7g/dl ด้าน Parameter ประเมิน Sat O₂ >90%, PaO₂ > 60 mmHg, FiO₂ ≤ 0.4, PEEP ≤ 5, TV > 5 cc/kg, MV 5-12 LPM และ RSBI (RR/VT) < 105

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจของสมาคมพยาบาลวิกฤตสหรัฐอเมริกา (1994)

1.2 แบบประเมินความพร้อมในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

1.3 แบบบันทึกการหยาเครื่องช่วยหายใจ

1.4 แบบสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 ตัวชี้วัดความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

2.2 ระยะเวลาวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

2.3 ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่หยาเครื่องช่วยหายใจซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้

มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบปฏิบัติฯ แบบประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แบบบันทึกการหย่าเครื่องช่วยหายใจ แบบสังเกตการปฏิบัติตามแบบปฏิบัติฯ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95, .95, .95 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง หลังผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลพัทลุง
2. เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพการปฏิบัติตามแบบปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่พัฒนาขึ้นหลังผ่านความเห็นชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาใช้สถิติจำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และสรุปจากข้อเท็จจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการ

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพัทลุง เลขที่รับรอง 8/2560 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบคำถามและผู้บริหารโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ - นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะเสนอเป็น

ภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุงโดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ระยะพัฒนา และระยะประเมินผลการพัฒนา ผู้วิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ด้านผู้ปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลพัทลุง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุงจำนวน 20 คนทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 45 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 10 ปริญญาตรีร้อยละ 90 ได้รับการอบรมเฉพาะทางวิกฤตศัลยกรรม 30 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 1 – 5 ปี ร้อยละ 85

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ส่วนใหญ่เป็นโรคทางสมอง เกิดจากเส้นเลือดในสมองแตกและมีอาการบาดเจ็บที่สมองร้อยละ 55.6 บาดเจ็บหลายระบบร้อยละ 36.1 มีการผ่าตัด Explore – lap และ cranio/craniectomy ร้อยละ 36.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 77.8 การรักษาใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 77.8 เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจคือ Vap, pneumothorax และบาดเจ็บจากการ suction มี bleeding ร้อยละ 2.8, 8.3 และ 2.8 ตามลำดับ มีอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จร้อยละ 41.7 การหย่าเครื่องช่วยหายใจแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจ โดย order ให้มีการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งระบุวิธีที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจพยาบาลรับและปฏิบัติตาม order แพทย์

2. ผลของการพัฒนาแบบปฏิบัติฯ ได้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลพัทลุงประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะ Pre-weaning phase ประเมินความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้าน clinical และ parameter ประสานแพทย์วางแผนและเลือกวิธีการที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผักการหายใจ ผักการไออย่างถูกวิธี

- 2.2 ระยะ Weaning phase ทำการหย่าเครื่อง

ช่วยหายใจตามวิธีที่เลือก Monitoring parameter ติดตาม และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจผู้ป่วย

2.3 ระยะ Weaning Outcome phase ประเมินความพร้อมก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ประเมินอาการ อย่างใกล้ชิด และยุติการหย่าเครื่องช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วย

มีอาการเปลี่ยนแปลง

3. ระยะประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ การหย่า เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาล พัทลุง พบว่าผลลัพธ์ด้านคุณภาพการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่า เครื่องช่วยหายใจได้ผลลัพธ์ดีขึ้นทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพการหย่าเครื่องช่วยหายใจก่อนและหลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ	29.8	44.2
อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ	37.1	29.5
ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ (ชั่วโมง)	28	16
จำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ (วัน)	12.9	8.6
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (บาท)	38,123	22,903

จากตารางที่ 1 พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการหย่า เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ทำให้ผู้ปฏิบัติ มีแนวทางในการปฏิบัติสำหรับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วย หายใจได้เร็วขึ้นจาก 28 ชั่วโมงเป็น 16 ชั่วโมง อัตราการหย่า เครื่องช่วยหายใจสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.8 เป็น ร้อยละ 44.2 ส่งผลให้วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก 12.9 วันเป็น 8.6 วัน ค่าใช้จ่ายลดลงจาก 38,123 บาท เหลือ 22,903 บาท

อภิปรายผล

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลพัทลุงโดยใช้ กรอบแนวคิดของแนวคิดกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ของสมาคมพยาบาลวิกฤตอเมริกา (1994) ซึ่งได้กำหนด รูปแบบของการหย่าเครื่องช่วยหายใจออกเป็น 3 ระยะ คือ Pre-weaning phase, Weaning phase, and Weaning outcome phase มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะ ประกอบด้วยระยะก่อน หย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย

ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวางแผนการหย่าเครื่อง ช่วยหายใจ และการเลือกวิธีที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การให้คำแนะนำ และทดลองฝึกการหายใจ รวมถึงการโอ อย่างถูกวิธี ระยะหย่าเครื่องช่วยหายใจ ติดตามประเมินอาการ อย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจผู้ป่วยและประเมินความพร้อม ผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดเครื่องช่วยหายใจ อธิบายได้ว่า การหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ประสบความสำเร็จได้นั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จะต้องเป็นผู้ที่มี ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งใน ด้านเครื่องช่วยหายใจ พยาธิสภาพของโรค การประเมินความ พร้อมของผู้ป่วยในทุกะยะของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสาวรีย์ ปัญเศษ และคณะ (2555) ศึกษาความรู้ และการปฏิบัติของพยาบาล เกี่ยวกับ กระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งพบว่า การที่พยาบาลได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ มีความสัมพันธ์กับความรู้ของ พยาบาลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และการมีแนวปฏิบัติใน การหย่าเครื่องช่วยหายใจจะทำให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่อง ช่วยหายใจได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ สายสม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการ

หยาเครื่องช่วยหายใจต่อความสำเร็จและระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการหยาเครื่องช่วยหายใจ มีอัตราความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม และใช้ระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรศิริ ต้นติชาติกุลและวนิดา เคนทองดี (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติทำให้อัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจลดลงอธิบายได้ว่าการนำกระบวนการหยาเครื่องช่วยหายใจทั้ง 3 ระยะมาพัฒนาแนวปฏิบัติและนำแนวปฏิบัตินั้นไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการหยาเครื่องช่วยหายใจ นอกจากจะให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันแล้ว ยังเป็นการสร้างเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้เกิดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทั้งในด้านของผู้ปฏิบัติและผู้ป่วยได้ในที่สุด

2. ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นพบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทุกด้านทั้งด้านอัตราความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ ที่พบว่าเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 29.8 เป็นร้อยละ 44.2 อัตราการหยาเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จลดลงจากร้อยละ 37.1 เป็นร้อยละ 29.5 ระยะเวลาที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจลดลงจาก 28 ชั่วโมงเหลือ 16 ชั่วโมง จำนวนวันนอนเฉลี่ยและค่าใช้จ่ายลดลง อธิบายได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อใช้เป็นเครื่องมือให้พยาบาลใช้ในการดูแลผู้ป่วยจะลดปัญหาการปฏิบัติที่หลากหลาย ทำให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีและชัดเจนขึ้น (ณฐนนท์ศิริมาศ และคณะ 2557) ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรศิริ ต้นติชาติกุล และวนิดา เคนทองดี (2556) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ พบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติทำให้อัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ระยะเวลาที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจลดลง จึงสรุปได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการหยาเครื่องช่วยหายใจนอกจากจะใช้เป็นเครื่องมือสำหรับให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการหยาเครื่องช่วยหายใจ

แล้ว แนวปฏิบัติยังเป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลใช้ประกอบการตัดสินใจในการหยาเครื่องช่วยหายใจที่จะต้องใช้ ทั้งองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีของการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของอรอุมา ชัยวัฒน์และคณะ (2553) ที่ศึกษาการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องโดยเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่ม Protocol based nurse directed กับ Physical directed โดยกลุ่ม Protocol directed ได้รับการทำ Daily screening และ Spontaneous breathing trail ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม Protocol directed มีระยะเวลาในการหยาเครื่องช่วยหายใจสั้นกว่ากลุ่ม Physical directed จึงสรุปได้ว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติ นอกจากจะเป็นการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมใหม่ ๆ สำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแล้วยังเป็นการพัฒนาคุณภาพของการดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่ง ๆ ขึ้น

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ประเมินและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานจะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน
2. การหยาเครื่องช่วยหายใจผู้ปฏิบัติควรทำความเข้าใจถึงกระบวนการและให้ความสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้มีความพร้อมสำหรับการหยาเครื่องช่วยหายใจจะทำให้ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ระยะวันนอนผู้ป่วยลดลง ค่าใช้จ่ายลดลง ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ของหน่วยงาน เป็นการเฉพาะเช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องอกหรือช่องท้อง ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บที่รุนแรง เป็นต้น
2. ควรศึกษาการหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยในแต่ละช่วงอายุ เช่น ในกลุ่มเด็ก วัยรุ่น และสูงอายุ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์นิรันดร์ จันทร์ตระกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง ที่ให้การสนับสนุนและเป็นที่กำลังใจในการดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงด้วยดีและทำให้เกิดกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้จนสำเร็จ ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพพลดา พรหมพิทักษ์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลที่ให้การสนับสนุน ชี้แนะแนวทางและให้คำปรึกษาจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลประจำการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณคุณแม่ คุณสามีและลูก ๆ ที่ให้กำลังใจและอยู่เคียงข้างเสมอมา ขอขอบคุณผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

จิตรศิริ ดันติชาติกุลและวนิดา เคนทองดี. (2556). การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารกองการพยาบาล. 40(3):56-69.

ณฐนนท์ ศิริมาศ, ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพงศ์พรรณ พาดกลาง และ จีรพร จักขุจินดา. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 32(2):37-46.

ปนัดดา เสือหุ้ม, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุขภูมิ และอรอุมา ชัยวัฒน์. (2558). ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจนานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องระยะวิกฤติ. วารสารสภาการพยาบาล. 30(4):107-120.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

ศุภลักษณ์ คุณศรี, ทวีศักดิ์ กสิผล, ดวงกมล วัฒราตุล และรัชณี นามจันทร์. (2558). ผลของรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวต่อความสำเร็จและระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 26(1):73-88.

สมใจ สายสม และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ผลของการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่องต่อความสำเร็จและระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 25(1):54-68.

สาวรีย์ ปัญเศษ, อำภาพร นามวงศ์พรหมและน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2555). ความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการหย่าเครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 30(2):131-139.

เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2553). Critical care: at difficult time. กรุงเทพมหานคร : สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.

อรอุมา ชัยวัฒน์และคณะ. (2553). การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ผ่าตัดในช่องท้อง. Journal med associate thai. 93(8):930-6.

American Association of Critical-Care Nurse's: AACN's. (1994). AACN Protocols for Practice: Care of Mechanically Ventilated Patients. แหล่งที่มา : <https://books.google.co.th/books>. สืบค้นเมื่อ มกราคม 2560.

Boles JM, Bion J, Connors A, Herridge H, Marsh B, Melote C, Pearl R, Silverman H, Stanchina M, Vieillard-Baron A, Welte T. (2007). Weaning from mechanical ventilation. European Respiratory Journal; 29(5):1033-56.

Brochard L., Thille AW., (2009). What is the proper approach to liberating the weak from mechanical ventilation?. Crit Care Med; 37(10); 410-5.

Chen CJ, Lin CJ, Tzeng YL, Hsu LN. (2009). Successful mechanical ventilation weaning experiences at respiratory care centers. J Nurs Res. 17(2):93-101.

Doenges ME, Moorhouse MF and Murr AC (2002). Nursing Care Plans. 6th ed. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.

Knebel AR, Shekleton ME, Burns S, Clochesy JM, Hanneman SK and Ingersoll GL. (1994). Weaning From mechanical ventilation: concept development. American Journal of Critical Care. 3(6):416-20.

Knebel AR, Shekleton M, Burns S, Clochesy J, Hanneman S. (1998). Weaning From Mechanical Ventilator Support : refinement of a model. American Journal of Critical Care. 7(2):149-52.

Mary Jo Grap, Dale Strickland, Laura Tormey, Kim Keane, Shannon Lubin, Joanne Emerson, et al. (2003). Collaborative Practice: Development, Implementation, and Evaluation of a Weaning Protocol for Patients Receiving Mechanical Ventilation. American Journal of Critical Care. 12(5):454-460.

Ventilator หอผู้ป่วยพิเศษ 6 โรงพยาบาลสุโขทัย. ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. My Ready Web. Recieve from : Engine by myreadyweb.com จาก <http://ventilator6.myreadyweb.com/article/topic-27767.html>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่

อังคณา สูงส่งเกียรติ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไปทุกรายที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 31 กรกฎาคม 2559 จำนวนทั้งสิ้น 108 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์จำนวน 1 ชุดประกอบด้วย 6 ส่วน คือปัจจัยด้านประชากร พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีตและเหตุผลการฝากครรภ์ล่าช้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-Square และ Pearson's Product Moment Correlation coefficients

ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุ 21 - 30 ปีนับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ที่ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.กระบี่ การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ทราบว่าต้องฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และผลเสียของการฝากครรภ์ล่าช้า ไปรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ รายได้ครัวเรือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท/เดือน มีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล 3-4 คน มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ส่วนสาเหตุของการฝากครรภ์ล่าช้าเกิดจากไม่ว่างและไม่ทราบว่าตั้งครรภ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ดังนี้ อายุ ศาสนา ที่อยู่ ระดับการศึกษา ความพร้อมในการตั้งครรภ์ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ช่องทางการรับรู้ข้อมูล อาชีพของหญิงตั้งครรภ์และสามี สิทธิการรักษาผู้สนับสนุนหลักสำหรับค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r=1, .718, .829, .667, .644, .645, .423, .422, .799, .666$ และ $.846$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า หญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลกระบี่

* แพทยศาสตรบัณฑิต กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wangawelan@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0815422820)

Factor related to late Attendance for Antenatal Care in Pregnant Women Receiving Service at Community medical Unit of Krabi hospital

| *Angkana Sungsongkiate*

Abstract

The purpose of this research was to examine factor related to late attendance for antenatal care in pregnant women receiving service at community medical unit of krabi hospital. The sample was 108 pregnant women who received first antenatal care and late attendance more than 12 weeks of pregnancy, service at community medical unit of krabi hospital among 1 October 2015 to 31 July 2016. Research instrument were questionnaires for pregnant women interview: consisting of demographic, behavioral, environmental, socio-economic, history of pregnancy factors and the reasons of late attendance for antenatal care in pregnant women. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, Chi-Square and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results showed that the main pregnant women were 21-30 years old, Buddhist, live in pak-nam district, undergraduated degree, have a general job, use health insurance, known that prenatal care is required before 12 weeks and effects of late antenatal care, has a tendency to conceive, household income is between 10,001 to 20,000 baht per month, there are cost issues. The reason of late attendance for antenatal care were busy from work and did not know that they pregnanted.

Factors related to late attendance for antenatal care in pregnant women receiving service at community medical unit of krabi hospital consisted of demographic, behavioral, environmental, socio-economic factors such as : age, religion, live in district, gravidarum, ready to pregnant, curative when illness, channel of perception data, occupation of pregnant women and husband, cost issues and main sponsor for cost of antenatal care. These were positive significantly relate to late attendance for antenatal care in pregnant women receiving service at community medical unit of krabi hospital at 0.01 level ($r=1, .718, .829, .667, .644, .645, .423, .422$ and $.799, .666$ and $.846$)

Keywords: Factor related to late attendance for antenatal care, Pregnant women, krabi hospital

บทนำ

การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพประชาชนเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นไปด้วยความราบรื่น มารดาและทารกมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรง รวมทั้งป้องกันการเกิดความพิการแต่กำเนิด การคลอดก่อนกำหนด โรคแทรกซ้อนและการตายของมารดา (บุหลัน สุขเกษม, 2554) การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ ควรฝากครรภ์ทันทีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์หรือฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ เพราะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ นอกจากจะเป็นการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เพื่อแยกหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงและมีภาวะเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ การฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดต่อทารกในครรภ์ ถ้ามีภาวะเสี่ยงจะได้รับการส่งต่อ เพื่อรับการดูแลเฉพาะต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นต่อทารกในครรภ์ในมารดาที่มีภาวะขาดสารอาหาร เช่น ไอโอดีน โฟเลต ในระหว่างตั้งครรภ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 28 วันแรกหลังจากปฏิสนธิจนถึง 3 เดือนจะทำให้ทารกที่คลอดมาเสี่ยงพิการและเสี่ยงปัญญาอ่อนได้ถ้าขาดรุนแรง (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย) การฝากครรภ์ตั้งแต่เนิ่น ๆ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์จะช่วยทำให้ทีมแพทย์สามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่ทารกยังอยู่ในครรภ์ ได้อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะพิการแต่กำเนิดได้อย่างดีที่สุด การป้องกันความพิการแต่กำเนิดจึงควรทำโดยเร็วที่สุดคือเมื่อตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงดังกล่าว แต่จากการสำรวจการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 – 2557 พบว่ามีอัตราการฝากครรภ์คิดเป็นร้อยละ 52.4, 53.7 และ 55.8 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 60) และจากข้อมูลศูนย์อนามัยที่ 11 พบว่าการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 37.3 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2559) เมื่อดูรายจังหวัดพบว่า จังหวัดกระบี่มีอัตราการฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 47.1 โดยเฉพาะเขตอำเภอเมืองมีอัตราการฝากครรภ์

ภายใน 12 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 22.22 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายคือร้อยละ 60 จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข เพราะการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์นอกจากจะเป็นคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เพื่อแยกหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงหรือมีภาวะเสี่ยงที่มีผลต่อทารกในครรภ์ การฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดต่อทารกในครรภ์ ถ้ามีภาวะเสี่ยงจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลเฉพาะต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการแก้ปัญหาการมาฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ เครือข่ายบริการสุขภาพทั้งในระดับจังหวัดกระบี่ ระดับเขตและประเทศในลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่

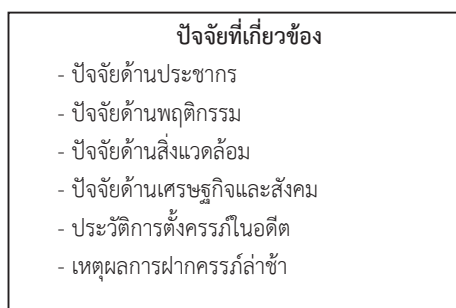
ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical cross-sectional study) ประชากรที่ในการศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 31 กรกฎาคม 2559 จำนวนทั้งสิ้น 180 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไปทุกรายที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 31 กรกฎาคม 2559 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 108 รายโดยการสัมภาษณ์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นประกอบด้วยปัจจัย 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านประชากร 2) ด้านพฤติกรรม 3) ด้านสิ่งแวดล้อม 4) ด้านเศรษฐกิจและสังคม 5) ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต และ 6) เหตุผลของการมาฝากครรภ์ล่าช้า

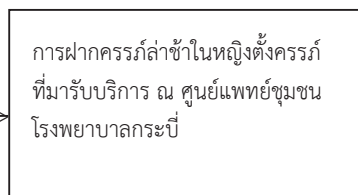
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการแก้ปัญหาการมาฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่
2. หน่วยงานใช้ข้อมูลในการจัดกิจกรรมรณรงค์/ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาการมาฝากครรภ์ช้าและฝากครรภ์ไม่ครบ
3. ผู้บริหารใช้ข้อมูลสำหรับวางแผนนโยบายและกำหนดแนวทางในการกระตุ้นและเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ของสตรีกลุ่มเป้าหมายในชุมชน
4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์ครบ มีสุขภาพแข็งแรงทั้งมารดาและทารก

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ที่มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาสถานการณ์การฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาร้อยละของการฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์น้อยกว่าและมากกว่า 12 สัปดาห์

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ กำหนดตัวแปรต้นประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต และเหตุผลการฝากครรภ์ล่าช้า ตัวแปรตามคือ การฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ล่าช้าและผลกระทบที่เกิดจากการฝากครรภ์ล่าช้านำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสอบถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำข้อมูลที่ได้มาหาความตรงตามเนื้อหา และหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนนำเครื่องมือไปใช้ในการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่าง

4. นำเสนอโครงร่างการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเอกสารขอจริยธรรมการวิจัยในคน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของจังหวัดกระบี่

5. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหลังผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ของจังหวัดกระบี่

6. ประสานแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่เรื่องขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ที่มีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์

7. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา คัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีเนื้อหาในแบบสอบถามครบทุกข้อมาวิเคราะห์ข้อมูล

8. สรุปผลการวิจัยและรายงานผลประชากรกลุ่มตัวอย่าง และประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกทุกรายและเข้ารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558–31 กรกฎาคม 2559 มีจำนวนทั้งสิ้น 180 ราย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไปทุกรายที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 31 กรกฎาคม 2559 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 108 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์จำนวน 1 ชุดประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต และเหตุผลในการฝากครรภ์ล่าช้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของข้อคำถามและการจัดอันดับของข้อคำถาม หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 (ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนารกุล, 2547) นำข้อมูลที่ได้จากการทดลอง

มาหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดกระบี่ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งแนบโครงร่างวิจัย หนังสือรับรองโครงการวิจัยและแบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้วผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ในคลินิกฝากครรภ์ของศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่เพื่อชี้แจงโครงการวิจัยและขอความร่วมมือในการคัดกรองและสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการสัมภาษณ์หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการและติดสติ๊กเกอร์สีชมพูที่มุมบนซ้ายของสมุดฝากครรภ์เพื่อเป็นสัญลักษณ์ว่ากลุ่มตัวอย่างนี้เก็บข้อมูลแล้ว

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่กำหนดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่าแบบสัมภาษณ์ทุกชุดมีความครบถ้วนสมบูรณ์ทุกหน้าสามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้ง 108 ชุดคิดเป็นร้อยละ 100 ของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 108 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและสังคม ประวัติการตั้งครรภ์ และเหตุผลของการมาฝากครรภ์ช้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ ใช้สถิติ Chi-Square และ Pearson's Product Moment Correlation

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจังหวัดกระบี่เลขที่รับรอง COA No. KB-IRB 2017/13.2604 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบคำถามและผู้บริหารโรงพยาบาลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่ฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์มีอายุอยู่ในช่วง 21 – 30 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาคือมีอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.9 ส่วนอายุที่มาฝากครรภ์ช้ามีอายุมากกว่า 40 ปีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 56.5 มีที่พักอาศัยอยู่ที่ตำบลปากน้ำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.1 รองลงมาคือตำบลกระบี่ใหญ่ อ่าวนาง และกระป๋นน้อย คิดเป็นร้อยละ 11.1, 10.2 และ 9.3 ตามลำดับ ส่วนตำบลที่พบว่ามีการฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์น้อยที่สุดคือตำบลบ้านทุ่งและเขาทอง คิดเป็นร้อยละ 4.6 ส่วนใหญ่มีการตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 57.4 สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่โสดอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสคิดเป็นร้อยละ 51.9 ที่พบน้อยสุดคือสถานภาพสมรสอยู่แต่อยู่บ้านคนเดียวคิดเป็นร้อยละ .9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 89.8 ที่เหลือจบปริญญาตรีทั้งหมด ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 86.1 ส่วนผู้ที่มิประวัติมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีประวัติเป็นโรคไทรอยด์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.4 ส่วนเบาหวานและความดันโลหิตสูงพบได้เพียงร้อยละ 0.9 มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 16.7 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 75 ประกันสังคม ร้อยละ 20.4 จ่ายเงินเอง ร้อยละ 3.7 ส่วนเบิกจากหน่วยงานราชการพบเพียงร้อยละ .9 มีความพร้อมในการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 62.0

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ

99.1 สูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่หลังทราบว่าตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 0.9 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์คิดเป็นร้อยละ 82.4 ดื่มแต่เลิกดื่มหลังทราบว่าตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 16.7 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทราบว่าต้องมาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 64.8 และทราบว่าถ้ามาฝากครรภ์ล่าช้าจะส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์คิดเป็นร้อยละ 50 มีความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 38.9 เมื่อเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เลือกที่จะไปสถานีนามัยหรือโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 56.5 แต่ยังมีหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งเลือกที่จะซื้อยามารับประทานเองคิดเป็นร้อยละ 23.1 และรักษาแบบพื้นบ้านคิดเป็นร้อยละ 2.8

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้า ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์เองคิดเป็นร้อยละ 31.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำให้มาฝากครรภ์คิดเป็นร้อยละ 22.2 สามีและคนในครอบครัวแนะนำให้มาฝากครรภ์คิดเป็นร้อยละ 19.4 ผู้สนับสนุนหลักสำหรับค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นสามีคิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมาคือรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองคิดเป็นร้อยละ 25.0 ผู้ให้คำปรึกษาหลักในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 80.6 รองลงมาเป็นคนในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 9.3 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลการมาฝากครรภ์ส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 71.3 มีความสะดวกในการเดินทางคิดเป็นร้อยละ 98.1 ระยะทางไม่เป็นอุปสรรคต่อการเดินทางมาฝากครรภ์คิดเป็นร้อยละ 96.3 วิธีที่ใช้ในการเดินทางมาฝากครรภ์มากที่สุดคือคนในครอบครัวขับรถมาส่งคิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือสามีขับรถมาส่งคิดเป็นร้อยละ 31.5 ส่วนน้อยที่ใช้วิธีในการเดินทางด้วยรถโดยสารประจำทางมีเพียงร้อยละ 5.4

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่าอาชีพของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 17.6 เป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 8.3 สามีประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 67.6 มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 48.1 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.7 มีสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแล 3-4 คนต่อครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 60.2

5. ปัจจัยเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ในอดีตของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยคิดเป็นร้อยละ

80.6 การเจ็บป่วยครั้งก่อนเป็นสาเหตุของการมาฝากครรภ์
ครั้งนี้คิดเป็นร้อยละ 35.2 สาเหตุของความเจ็บป่วยส่วนใหญ่
พบความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 6.5

คิดเป็นร้อยละ 65.7 ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ร้อยละ 25.9
โรงพยาบาลอยู่ไกลจากที่อยู่อาศัยคิดเป็นร้อยละ 4.6 และมี
อาการแพ้ท้องมากคิดเป็นร้อยละ 3.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

6. ปัจจัยด้านเหตุผลของการฝากครรภ์ล่าช้าพบว่า

สาเหตุที่หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ล่าช้าส่วนใหญ่เกิดจากไม่ว่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยเกี่ยวกับเหตุผลที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์
ที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ (n = 108)

สาเหตุของการมาฝากครรภ์ล่าช้า	จำนวน	ร้อยละ	X	SD
เหตุผลการฝากครรภ์ล่าช้า			1.54	.943
ไม่ว่าง	71	65.7		
ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์	28	25.9		
รพ.อยู่ไกลจากที่อยู่อาศัย	5	4.6		
แพ้ท้องมาก	4	3.7		

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าประกอบด้วย
ปัจจัยด้านประชากร พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและ
สังคมดังนี้ อายุ ศาสนา ที่อยู่ ระดับการศึกษา ความพร้อมใน
การตั้งครรภ์ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ช่องทางการรับรู้ข้อมูล
อาชีพของหญิงตั้งครรภ์และสามี สิทธิการรักษาผู้สนับสนุน
หลักสำหรับค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับมากกับการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับ
บริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r=1, .718, .829, .667, .644, .645,$
.423, .422, .799, .666 และ .846 ตามลำดับ) ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาเข้ารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์
ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)	P-VALUE	การแปลผล
อายุ	1		
ศาสนา	.716**	.000	มาก
ที่อยู่	.829**	.000	มาก
ลำดับของการตั้งครรภ์	.667**	.000	มาก
สถานภาพการสมรส	.190	.123	
ระดับการศึกษา	.016	.895	
โรคประจำตัว	.455**	.000	ปานกลาง
ประวัติการผ่าตัด	.342**	.005	ปานกลาง
สิทธิการรักษา	.291*	.017	ปานกลาง
ความพร้อมในการตั้งครรภ์	.644**	.000	มาก
รายได้ของครอบครัว	.245*	.045	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)	P-VALUE	การแปลผล
การสูบบุหรี่	.217	.078	
การดื่มแอลกอฮอล์	.267*	.029	ปานกลาง
ความไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์	.306*	.012	ปานกลาง
ทราบว่าจะฝากท้องก่อน 12 สัปดาห์	.118	.343	
ทราบผลเสียของการฝากครรภ์ล่าช้า	.122	.324	
การดูแลเมื่อเจ็บป่วย	.645**	.000	มาก
ผู้ให้คำปรึกษา	.319**	.009	ปานกลาง
ช่องทางการรับรู้ข้อมูล	.423**	.000	ปานกลาง
ผู้แนะนำให้มาฝากครรภ์	.001	.991	
ความสะดวกในการเดินทาง	.267*	.029	ปานกลาง
ระยะทางเป็นอุปสรรคต่อการฝากครรภ์	.267*	.029	ปานกลาง
การเดินทาง	.169	.172	
อาชีพของหญิงตั้งครรภ์	.422**	.000	ปานกลาง
อาชีพของสามี	.799**	.000	มาก
ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย	.666**	.000	มาก
ผู้สนับสนุนค่าใช้จ่าย	.846**	.000	มาก
สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล	.304	.053	
ประวัติการเจ็บป่วยขณะตั้งครรภ์	.666**	.000	มาก
ป่วยครั้งก่อนเป็นสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งนี้	.353*	.024	ปานกลาง
สาเหตุของความเจ็บป่วย	.561**	.000	มาก
เหตุผลของการฝากครรภ์ล่าช้า	.558**	.000	มาก

** correlation is significant at 0.01 level (2-tailed)

* correlation is significant at 0.05 level (2-tailed)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ 5 ปัจจัยประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนประวัติการตั้งครรภ์ในอดีตไม่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ

เศรษฐกิจและสังคม และด้านประวัติการตั้งครรภ์ในอดีตพบว่า มีเพียง 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าคือปัจจัยด้านประชากร ด้านพฤติกรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนประวัติการตั้งครรภ์ในอดีตไม่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ

ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ เมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัยพบว่า

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ ผลจากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุดรองลงมาคืออายุต่ำกว่า 20 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีอายุครรภ์น้อยที่สุด 13 สัปดาห์มากที่สุด 31 สัปดาห์เฉลี่ย 18.1 สัปดาห์ ซึ่งช้ากว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ จากการศึกษาของดลฤดี เพชรขำและคณะ (2554). อธิบายได้ว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์ในท้องแรกส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 26.9 เนื่องจากไม่ทราบว่าตั้งครรภ์หรือไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ร้อยละ 38.0 เป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ จึงยังไม่ได้ฝากครรภ์แต่เมื่อเกิดการยอมรับสภาพการตั้งครรภ์และได้รับการแนะนำให้มาฝากครรภ์จากคนในครอบครัว จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้ารับการฝากครรภ์ล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของนภพร ชัยมาโยและคณะ (2559) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่พบว่าการศึกษาที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ล่าช้าเนื่องจากไม่ทราบว่าตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 42.3 จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมาฝากครรภ์ช้ากว่า 18 สัปดาห์เนื่องจากไม่วาง อธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์และสามีของหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 50 และ 67.6 ตามลำดับด้วยอาชีพและปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอร้อยละ 48.1 และต้องรับภาระเลี้ยงดูคนในครอบครัวอย่างน้อย 3-4 คน ร้อยละ 60.2 การตัดสินใจมาฝากครรภ์จึงต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย การเดินทาง และคนที่จะมาฝากครรภ์ การประกอบอาชีพของหญิงตั้งครรภ์ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การมาฝากครรภ์ล่าช้าเนื่องจากภาระงาน การขอลาหยุดที่มีปัญหา รวมถึงการหาคนมาปฏิบัติงานแทนไม่ได้ จึงทำให้ไม่มีเวลาที่จะมาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์ร้อยละ 65.7 สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์ (2557) ที่พบว่าอุปสรรคของการฝากครรภ์ล่าช้า ได้แก่ ระบบบริการ การคมนาคม การย้ายถิ่นที่อยู่ ค่าใช้จ่าย และภาระงานซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลปัจจัย

ด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและว่างงานระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ไม่จดทะเบียนสมรส ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเหตุผลของการฝากครรภ์ล่าช้าเนื่องจากไม่วาง ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ บุญนุกุล เยาวเรศ ดวงดี และรุ่งนภา สุขเกษม (2557) ที่ศึกษาเหตุผลของการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์อำเภอบางปะหัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี การศึกษาระดับมัธยมต้น มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีที่พักเป็นของตนเอง ไม่จดทะเบียนสมรส ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลที่มาฝากครรภ์ล่าช้าเนื่องจากการทำงาน ไม่มีเวลาฝากครรภ์ ตั้งครรภ์แบบปิดบังซ่อนเร้น ไม่ทราบว่ามีการตั้งครรภ์ ไม่มีเงิน ไม่มีคนนำพาและส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมจึงมีผลต่อระยะเวลาที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายยกได้ว่าจะมีเงินสำรองไม่พอกับค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์ จากการศึกษาของเดือนเพ็ญ ศิลปะอนันต์ พบว่าปัจจุบันนี้ถึงแม้ว่าการฝากครรภ์ไม่มีค่าใช้จ่ายจากระบบบริการ แต่ยังมีค่าใช้จ่ายแฝงที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถมารับบริการฝากครรภ์ได้เร็ว เช่น ค่าเดินทาง รวมถึงการขาดรายได้ของสามีเมื่อหยุดงานเพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษา กนกวรรณ ใจพิงค์ (2554) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า ได้แก่ ปัญหาด้านการเงินและความยากจน รวมถึงภาระงานไม่มีเวลาว่างที่จะมาฝากครรภ์เนื่องจากไม่สามารถลางานได้ หรือหาคนมาปฏิบัติงานแทนไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมพร ราชภูติและคณะ (2554) ที่ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลระนองพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ภาระงานและความสะดวกในการเดินทางทำให้มาฝากครรภ์ช้าหรือไม่มาฝากครรภ์

การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การฝากครรภ์ล่าช้าเนื่องจากการตั้งครรภ์แบบไม่ตั้งใจ ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์หรือไม่ทราบว่าต้องฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์รวมถึงผลเสียของการฝากครรภ์ล่าช้าจึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์

ล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ MC Alderliesern, et al (2007) ที่พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยเรียน และการตั้งครรภ์โดยไม่ไดวางแผน เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่ทำให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าและสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมพร ราชภูติ และคณะ (2554) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณสมบัติ และสามารถทำงานได้อย่างปกติ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับฝากครรภ์ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์และไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์เนื่องจากรอบเดือนมาไม่สม่ำเสมอจึงไม่มาฝากครรภ์

เมื่อศึกษาตำบลที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้าพบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในตำบลปากน้ำซึ่งเป็นตัวเมืองของจังหวัดกระบี่ ซึ่งเป็นที่อยู่ของสถานที่ราชการต่าง ๆ ห้างร้าน และแหล่งบันเทิง ความหลากหลายของการประกอบอาชีพ และการเป็นเมืองท่องเที่ยว จึงเป็นแหล่งรวมของความ ต้องการจ้างงานที่ต้องใช้แรงงาน การรับจ้างทั่วไปจึงตอบสนองความต้องการของตลาดแรงงาน การหมุนเวียนแรงงาน การย้ายถิ่นที่อยู่ในตลาดแรงงานจึงปฏิเสธไม่ได้ที่จะต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอาชีพของหญิงตั้งครรภ์และสามีส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 50 และ 67.6 ตามลำดับ ภาระงาน การไม่มีเวลาว่างที่จะมาฝากครรภ์เนื่องจากต้องลาจากนายจ้าง การไม่สามารถหาคนมาทำงานแทนรวมถึงการถูกหักค่าใช้จ่ายจากการลางานทั้งของหญิงตั้งครรภ์และผู้เป็นสามีจึงเป็นปัจจัยหลักของการฝากครรภ์ล่าช้าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพรรณ บุญกุล เยาวเรศ ดวงดี และรุ่งนภา สุขเกษม (2557) ที่ศึกษาเหตุผลการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอ บางปะหันพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี การศึกษาระดับมัธยมต้น มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีที่พักเป็นของตนเอง ไม่จดทะเบียนสมรส ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลที่มาฝากครรภ์ล่าช้าเนื่องจากการทำงาน ไม่มีเวลาฝากครรภ์ ตั้งครรภ์แบบปิดบังซ่อนเร้น ไม่ทราบว่ามีการตั้งครรภ์ ไม่มีเงิน ไม่มีคนนำพา และส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าจะต้องมาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์

สรุป

ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุ 21 - 30 ปีนับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ที่ ต.ปากน้ำ การศึกษา

ต่ำกว่าปริญญาตรี มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ทราบว่าต้องฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และผลเสียของการฝากครรภ์ล่าช้าไปรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ รายได้ครัวเรือนอยู่ในช่วง 10,001 - 20,000 บาท/เดือน มีสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแล 3-4 คนมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ส่วนสาเหตุของการฝากครรภ์ล่าช้าเกิดจากไม่วางแผน และไม่ทราบว่าตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาในสถานศึกษา เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
2. จัดบริการฝากครรภ์เคลื่อนที่ในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก
3. จัดกิจกรรมรณรงค์/ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาการมาฝากครรภ์ล่าช้า และการฝากครรภ์ไม่ครบ
4. ค้นหาคู่สมรสใหม่เพื่อการรณรงค์การเตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ในชุมชน
5. วางระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออื่น ๆ ในชุมชน
6. เปิดบริการคลินิกนอกเวลา เพื่อรองรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาชีพรับจ้างที่ประสบปัญหาไม่สามารถมารับบริการในวันและเวลาราชการได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์วัยใสในสถานศึกษา
2. ศึกษาทัศนคติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์
3. ศึกษาผลกระทบของมารดาและทารกที่เกิดจากการฝากครรภ์ล่าช้า
4. ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์
5. เพิ่มงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายในเชิงลึก

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากผู้บริหารโรงพยาบาลกระบี่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ และศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลกระบี่ ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือและให้กำลังใจจนสำเร็จไปด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณและความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ ผู้วิจัยขอขอบขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ นายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลกระบี่ แพทย์หญิงผ่องพรรณ ถนอมศรีมงคล ที่ให้การสนับสนุนนโยบาย ให้สามารถดำเนินการไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณคุณไพสิฐ บุญยะกวี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ที่ให้คำปรึกษางานวิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณหญิงตั้งครรภ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ใจพิงค์. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือรายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพตามคำรับรองการปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. แหล่งที่มา : [http:// www.mhso.moph.go.th](http://www.mhso.moph.go.th).

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือการดำเนินงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.พ.). มาตรฐานงานอนามัยแม่เด็ก. กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

จำนวนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ : ระบบรายงานเฉพาะกิจ โรงพยาบาลสายใยรัก. (ระบบออนไลน์).

แหล่งที่มา. [http ://www.saiyairakhospital.com/newedo/admin/user_report.html](http://www.saiyairakhospital.com/newedo/admin/user_report.html) 2554. (20 ธันวาคม 2553)

ดลฤดี เพชรขว้าง, จรรยา แก้วใจบุญ, เรณู บุญทา และกัลยา จันทรสุข. (2554). การตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

นศพร ชัยมาโย, จันทรรัตน์ เจริญสันติ และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(4):106-14.

บุหลัน สุขเกษม. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ตำบลโพธิ์ท่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (ระบบออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2559). แหล่งที่มา: <http://www.Kbi.hdc.moph.go.th>.

เอี่ยมพร ราชภูติ. (2554). การวิเคราะห์สถานการณ์การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลระนอง. พยาบาลสาร, 38(3):20-9.

Alderliesern M., Vrijkotte TGM., MF van der Wal., BonselGF. Late start of antenatal care among ethnic minorities in a cohort of pregnant woman. BJOG; October 2007(10):1232-9.

ความคิดเห็นของผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางจิตต่อวิธีการติดตามรักษาขณะอยู่ในเรือนจำจังหวัดกระบี่

| สรินญพร หิมกร

บทคัดย่อ

ปัจจัยด้านสังคมจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาทางจิตเวช งานวิจัยก่อนหน้านี้ศึกษาผลของทัศนคติด้านลบในผู้ป่วยจิตเวชและนักโทษ ทัศนคติด้านลบอาจก่อให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรงทั้งการใช้ชีวิต การร่วมมือในการรักษา อาการของโรค การลดความรู้สึกด้านลบช่วยให้คนกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นสามารถป้องกันปัญหาสังคมได้ หากผู้รักษาทราบความคิดเห็นมุมมองของผู้ป่วยในเรือนจำก็จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพขึ้นสามารถปรับปรุงระบบให้เหมาะสมขึ้น

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยในเรือนจำต่อการรักษาโดยเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ป่วย 40 คน (เพศชาย 39 คน เพศหญิง 1 คน)

ผลการศึกษาความต้องการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหรือที่เรือนจำ พบว่าร้อยละ 55 ต้องการออกมารักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 42.50 ต้องการให้แพทย์เข้าตรวจในเรือนจำ ร้อยละ 2.5 เห็นว่าไม่ต่างกัน โดยผู้ที่อยากออกมาที่โรงพยาบาลทั้งหมดไม่รู้สึกลำบากร้อยละ 68.18 (15/22 คน) และรู้สึกลำบากร้อยละ 31.82 (7/22 คน) ทั้งหมดให้เหตุผลว่าอยากเปิดหูเปิดตาเปลี่ยนบรรยากาศ ขณะที่ผู้ที่อยากให้แพทย์เข้าตรวจในเรือนจำร้อยละ 88.24 (15/17 คน) ให้เหตุผลว่าอาย ร้อยละ 11.76 (2/17 คน) ไม่อายแต่เพราะสะดวก ส่วนร้อยละ 2.5 (1/40 คน) ที่มีความเห็นว่าตรวจที่ใดก็ได้ ไม่รู้สึกลำบาก

ความเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกอยากออกจากที่โรงพยาบาล ร้อยละ 55 รู้สึกอาย ร้อยละ 45 ไม่อาย โดยร้อยละ 17.5 (7 คนจาก 40 คน) ที่อายและไม่อยากออกมาตรวจนั้นให้ความเห็นว่าหากต้องถูกล่ามโซ่มาที่โรงพยาบาลจะอายจนไม่ไปรับการรักษาลงออกจากเรือนจำ จำนวนนี้พบเป็นผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 57.14 (4/7 คน) ซึ่งเป็นสัดส่วนไม่น้อย ดังนั้นระบบการตรวจจิตเวชในเรือนจำน่าจะช่วยลดผลกระทบด้านลบทางจิตใจต่อผู้ป่วย ส่งผลให้การรับการรักษาหลังจากออกจากเรือนจำเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ความคิดเห็นของผู้ต้องขัง, ผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางจิตเวช, วิธีการติดตามรักษาขณะอยู่ในเรือนจำ

Opinions of the inmates with Psychiatric Problems Regarding Follow up Process in Krabi provincial Prison

| *Sarinyaporn Himkorn*

Abstract

Psychological and social factors have been considered as the important factors in many psychiatric treatments. Previous researches have investigated the consequences of social negative attitudes on psychiatric patients, as well as inmates. Negative attitude can lead to detrimental effects on inmate's well-being, treatment compliance, and psychiatric symptoms. Reducing negative perception of society and inmates themselves may improve patient's quality of life and prevent social problems in the future. In particular, the knowledge in inmates' perceptions of psychiatric treatment can help mental health professionals to improve treatment quality and help authorities to modify the psychiatric treatment system in the Krabi province. The current research aimed to explore the attitudes of psychiatric treatment of inmates with mental illness while staying in prison and after leaving prison. Forty participants (39 men and 1 woman) were 23 current inmates and 17 former inmates, with mental illness. Results revealed that 55% of participants wished to be treated at the hospital, 42.5% wished to be treated at the prison, and 2.5% felt no difference between both treatment venues. Fifty-five participants felt embarrassed when they were chained to the hospital, whereas 45% did not. Patients who wished to be treated at the hospital (55% of participants) stated that they expected to temporarily get away from the prison environment and have an eye-opening experience. In particular, 37% did not feel embarrassed while 17.5% felt like an embarrassment. Of 42% of participants who wished to be treated at the prison, 37.5% felt embarrassed while 17.5% did not. Specifically, those who did not wish to be treated at the hospital because of embarrassment stated that they had no intention to follow-up in clinic after being released. Moreover, 57.14% of this group were diagnosed as schizophrenia. This research revealed an astounding number of inmates with mental illness who felt embarrassed when they were chained publicly and wished to be treated at prison rather than at the hospital. It is therefore increasingly important for policy makers to consider the impact of treatment service at prison that it has on the inmate's quality of social life and follow-up rate after leaving prison.

Keywords: Opinions of the inmates, Inmates with Psychiatric Problems, Treatment Follow up Process

บทนำ

ปัจจุบันมีผู้สนใจในเรื่องปัญหาจิตสังคมมากขึ้น ซึ่ง Goffman (1963) นักสังคมวิทยาผู้ที่ศึกษากระบวนการเกิดตราบาป กล่าวว่ตราบาป (ซึ่งเป็นปัญหาในด้านจิตสังคม) เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มีต่อคุณลักษณะอันไม่พึงประสงค์ของบุคคล เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลในสังคมนั้นมีต่อผู้ที่มีความแตกต่างไปจากบุคคลอื่น โดยสังคมเป็นผู้สร้างขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล และสร้างความหมายของการจัดจำแนกประเภทบุคคล ผู้ที่มีความแตกต่างจากบุคคลอื่นมีคุณลักษณะปรากฏออกมาขัดกับคุณลักษณะที่สังคมอยากให้เป็นจะเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ปฏิกิริยาที่บุคคลในสังคมมีต่อผู้ที่มีความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บางครั้งสังคมมองว่าเป็นคนเลว เป็นพวกที่มีอันตราย อ่อนแอ เป็นบุคคลที่ถูกลดคุณค่าและ ไม่มีความสำคัญ นำไปสู่การมีอคติ มีการแบ่งแยก กีดกันบุคคลที่มีตราบาปให้ออกจากสังคม

การเจ็บป่วยหากเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้เสียโฉม พิการ หรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป สังคมจะร่วมกันให้ความหมายว่า น่ารังเกียจ ผิดปกติ เช่น โรคเรื้อน ที่ก่อให้เกิดความพิการทางกาย โรคเอดส์ที่เชื่อว่ามีสาเหตุเกี่ยวข้องกับสังคม วัฒนธรรมสังคมจะปิดป้าย ตีตรา ให้สัญลักษณ์ว่าเป็นโรคของพวกพฤติกรรมเบี่ยงเบน โรคของคนไม่ดีโรคแห่งความส่ำสอน โรคของพวกคนสกปรก (ศรีอาภา ส่องรอบ, 2551) ปฏิกิริยาจากสังคมที่มีต่อลักษณะไม่พึงประสงค์บางอย่างอาจเกี่ยวข้องกับช่วงเวลา หรือวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น เช่น ความอ้วน แต่ตราบาปที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับช่วงเวลาหรือวัฒนธรรมแต่อย่างใด นั่นคือ ตราบาปที่เกิดกับผู้ป่วยจิตเวช (Switaj et al., 2011) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้ทั่วโลก ไม่ได้เกิดเฉพาะประเทศในแถบเอเชียแปซิฟิกเท่านั้น (Razali, Hussein, & Ismail, 2010) โรคทางจิตเวชที่ได้รับผลกระทบจากตราบาปมากและรุนแรงที่สุด ได้แก่ โรคจิตเภท (Kadri, Manoudi, Berrada, & Moussaoui, 2004; Switaj et al., 2011)

Goffman (1963) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชมักจะไม่ได้ได้รับความเท่าเทียมในสังคมอันเนื่องมาจากตราบาปของการป่วยเป็นโรคจิต คนในสังคมมักมองว่าเป็นบุคคลอันตราย นำไปสู่การกีดกันทางสังคมและไม่จ้างงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของ ภัทรภรณ์

ทุ่งคำปิ่น และคณะ (2551) พบว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับ โดยเฉพาะทางความคิดเห็นจากทั้งในครอบครัว ชุมชนและสังคม ไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม ถูกลดบทบาทหน้าที่ลงเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือจากการมองว่าไม่ปกติ เวลาไปสมัครงานมักถูกปฏิเสธ บางรายถูกไล่ออกจากงานหลังการเจ็บป่วย มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และทวีชัย นวมงคลวัฒนา (2551) ได้สำรวจทัศนคติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยทางจิต พบว่าความคิดเห็นต่อผู้ป่วยทางจิตว่าไม่ควรมีสติเท่าเทียมผู้อื่น การป่วยทางจิตเป็นอุปสรรคในการทำงาน การเข้าสังคม และมีความคิดเห็นเชิงพฤติกรรมว่าหากเป็นนายจ้างจะไม่รับผู้ป่วยทางจิตเข้าทำงาน ไม่ต้องการทำงานกับผู้ป่วยทางจิต นอกจากนี้ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2547) ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังที่บ้านและสถานการณ์ชุมชน พบว่าเจ้าของงานหรือนายจ้าง มีทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคจิตว่าไม่มีความรับผิดชอบและเกียจคร้าน ทำให้มีความลังเล ไม่แน่ใจที่จะจ้างผู้ป่วยทำงาน บุคคลในชุมชนยังมองว่าผู้ป่วยมีความแปลกแยก ผิดปกติไม่ควรให้ทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Corrigan et al. (2004) ที่พบว่าเหตุผลที่เจ้าของงานไม่จ้างผู้ป่วย เพราะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่มีความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมรุนแรง เสี่ยงต่อการทำอันตรายผู้อื่น

พบว่าทั้งในผู้ป่วยจิตเวช และในกลุ่มของผู้ต้องขังก็มีปัญหาในด้านความรู้สึกต่อสังคมอยู่น้อย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเวชนั้นตราบาปก็มีผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษา การดำรงชีวิตของผู้ป่วยพอสมควร คนในชุมชนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันตรายน่ากลัว จึงพยายามหนีห่าง ไม่เข้าใกล้ ไม่ยอมรับหรือบางครั้งเห็นผู้ป่วยเป็นตัวตลก ล้อเลียนผู้ป่วย ไม่ให้เกียรติเป็นการสร้างตราบาป ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการสงบแล้ว และยังคงมองว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ไม่ควรคบค้าสมาคมด้วย นอกจากนี้เมื่อผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษากการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาล รูปแบบการให้บริการที่เข้มงวด ไม่ยืดหยุ่นหรือไม่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ตลอดจนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยของบุคลากรในโรงพยาบาลรวมถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งรู้สึกถูกลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ ไร้ศักดิ์ศรีมองตนเองไม่มีค่า

ส่วนตราบาปในกลุ่มผู้ต้องขังนั้น ก็มีการศึกษาผลของตราบาปกับบทบาทความสามารถของผู้ก่ออาชญากรรม (Kelly E. Moore, M.A., 2016) กล่าวว่า ผู้ที่มีความรู้สึกตราบาปต่ออาชญากรรมก่อนที่จะปล่อยตัว จะมีการ

ปรับตัวเข้าสู่สังคมไม่ตื่นกลัว ซึ่งเป็นผลมาจากการที่สมาชิกในชุมชนรู้สึกแบ่งแยกกับผู้ที่ก่ออาชญากรรมด้วย

ระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ (ด้วยแนวคิดเพื่อการลดความรู้สึกในแง่ลบจากสังคม) ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยที่ต้องโทษอยู่ในเรือนจำ หากเกิดการเจ็บป่วยจำเป็นต้องรักษาทางเจ้าหน้าที่จะนำนักโทษมารับการรักษาที่โรงพยาบาล กระทั่งจะมีวิธีการควบคุมตัวเพื่อป้องกันการหลบหนีโดยให้ผู้ป่วยล่ามโซ่ที่ข้อมือและข้อเท้าก่อนออกมาจากเรือนจำ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลนักโทษผู้ป่วยก็จะเข้าพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกตามระบบการรักษา ซึ่งในระหว่างดำเนินการนักโทษผู้ป่วยก็จะต้องพบประชาชนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งมักจะมีปฏิกิริยาต่อนักโทษผู้ป่วยในทางลบหลาย ๆ คนมองด้วยสายตาที่ไม่เป็นมิตร หรือบางคนอาจเกิดอาการหวาดกลัวตระหนกตกใจโดยไม่ตั้งใจ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวอาจส่งผลให้นักโทษผู้ป่วยโดยเฉพาะนักโทษที่มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดทราบได้มากขึ้น ซึ่งทราบป็นี้อาจมีผลต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาในระยะยาวเมื่อผู้ป่วยพ้นโทษแล้ว

ตั้งแต่ปี 2555 ได้มีการวางระบบเพื่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ในเรือนจำ โดยได้รับความร่วมมือจากเรือนจำกระบี่ เพื่อเข้าตรวจผู้ป่วยจิตเวชทุก 3 เดือน ในสถานที่ที่มีขีดเป็นส่วนตัว มีความปลอดภัย และมีพยาบาลเรือนจำเข้าร่วมประเมินด้วย ซึ่งกรณีผู้ป่วยรายใหม่พยาบาลประจำเรือนจำจะทำการประเมินเบื้องต้นและจะส่งพบจิตแพทย์ตามความเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยพ้นโทษออกจากเรือนจำแล้วในระยะแรกพยาบาลเรือนจำจะแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง แต่พบว่าผู้ป่วยที่ออกจากเรือนจำไม่ได้มาติดตามรักษาจำนวนมาก ซึ่งการไม่มารับการรักษาต่อเนื่องนั้นก็เกิดจากหลายปัจจัย อาจเป็นจากความเข้าใจในตัวโรค ปัญหาการเดินทาง หรืออาจเกิดจากทราบปที่ผู้ป่วยได้รับทั้งจากการที่เป็นโรคทางจิตเวช รวมไปถึงแต่เดิมที่มีการล่ามโซ่ข้อมือข้อเท้าในการพาผู้ป่วยมาในที่สาธารณะเพื่อเข้ารับการรักษา

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยในเรือนจำต่อการรับการรักษาในเรือนจำ
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยในการรักษาต่อหลังจากออกจากเรือนจำ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยจิตเวชที่เคยอยู่หรืออยู่ในเรือนจำโดยจิตแพทย์และ/หรือเจ้าหน้าที่เรือนจำ โดยใช้แบบสอบถามในเรื่องความเห็นเรื่องสถานที่ในการรับการตรวจรักษา ความรู้สึกในแง่ลบ (เช่น อับอาย) หากต้องถูกล่ามโซ่เพื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลและพบผู้อื่น และหากผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกล่ามโซ่ไปตรวจที่โรงพยาบาลจะมีความรู้สึกไม่สบายใจไปโรงพยาบาลหลังจากออกจากเรือนจำแล้วหรือไม่ รวมไปถึงความเห็นในเรื่องความจำเป็นในการรักษาด้านจิตเวชต่อเนื่อง และปัจจัยที่มีผลต่อการไปรับการรักษาต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample size) จำนวน 40 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยต้องโทษในเรือนจำและออกจากเรือนจำแล้ว และจำเป็นต้องรับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งรับการติดตามรักษาที่แผนกจิตเวชโรงพยาบาลกระบี่ที่สามารถเก็บข้อมูลได้ในปี 2561 (ก่อนเดือน พฤษภาคม 2561)
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องโทษในเรือนจำและพบจิตแพทย์ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2561

ผลการศึกษา

ผู้ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกมีจำนวน 42 ไม่สมัครใจให้ข้อมูล 1 คน และผู้ป่วยที่มีอาการไม่สามารถทำแบบประเมินตามแบบสอบถามได้จำนวน 1 คน จึงมีผู้ที่เข้าร่วมการประเมินจำนวน 40 คน เป็นผู้ป่วยที่ออกจากเรือนจำแล้วจำนวน 17 คน และเป็นผู้ป่วยที่ยังพำนักอยู่ในเรือนจำจำนวน 23 คน เป็นเพศชาย 39 คน หญิง 1 คน (เป็นผู้ที่ยังอยู่ในเรือนจำ)

ผู้ที่มองว่าตนเองจำเป็นต้องรับการตรวจรักษามีร้อยละ 85 (34 คน) คิดว่าไม่จำเป็นต้องร้อยละ 15 (6 คน) ในความต้องการที่จะตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหรือที่เรือนจำพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 55 (22 ใน 40 คน) ที่ต้องการออกมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยที่ต้องการให้แพทย์เข้าตรวจในเรือนจำร้อยละ 42.50 (17 ใน 40 คน) และผู้ป่วยร้อยละ 2.5 (1 ใน 40 คน) มีความเห็นว่าตรวจที่โรงพยาบาล

หรือเรือนจำก็ได้ โดยผู้ป่วยที่อยากออกมาได้รับการรักษานอกเรือนจำทั้งหมดร้อยละ 55 (22 คน) แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกอายร้อยละ 68.18 (15 ใน 22 คน) และรู้สึกอายร้อยละ 31.82 (7 ใน 22 คน) แต่ก็อยากออกมาได้รับการรักษานอกเรือนจำทั้งหมดให้เหตุผลว่าอยากออกมาเปิดหูเปิดตา เปลี่ยนบรรยากาศจากเรือนจำ ขณะที่ผู้ป่วยที่อยากให้จิตแพทย์เข้าตรวจในเรือนจำร้อยละ 42.50 (17 ใน 40 คน) โดยที่ร้อยละ 88.24 (15 ใน 17 คน) ให้เหตุผลว่ารู้สึกอายที่ต้องออกมาพบ

ผู้คน และร้อยละ 11.76 (2 ใน 17 คน) ไม่รู้สึกอายแต่อยากให้แพทย์เข้าตรวจในเรือนจำเพราะสะดวกกว่า ส่วนผู้ป่วยร้อยละ 2.5 (1 ใน 40 คน) มีความเห็นว่าตรวจที่โรงพยาบาลหรือในเรือนจำก็ได้ ไม่ได้รู้สึกอาย

โดยรวมแล้วความเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกอายหากต้องออกมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 55 (22 ใน 40 คน) รู้สึกอาย และร้อยละ 45 (18 ใน 40 คน) ไม่รู้สึกอาย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของผู้ต้องขังต่อวิธีการติดตามรักษาขณะอยู่ในเรือนจำ

หัวข้อความคิดเห็น	รู้สึกอาย	ไม่รู้สึกอาย	รวม	คิดเป็นร้อยละ
อยากให้แพทย์ตรวจในเรือนจำ	15	2	17	42.5
อยากออกไปตรวจที่โรงพยาบาล	7	15	22	55
ที่ไหนก็ได้ไม่ต่างกัน	0	1	1	2.5
รวม	22	18	40	100

ผู้ป่วยร้อยละ 17.5 (7 คน) จากทั้งหมด 40 คน ที่รู้สึกอายและไม่อยากออกมาตรวจที่โรงพยาบาลนั้น ให้ความเห็นต่อการรักษาต่อหลังจากออกจากเรือนจำว่า หากต้องถูกปล่อยออกมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจะมีผลให้รู้สึกอับอายจนไม่สามารถไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังจากออกจากเรือนจำ และพบว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทถึงร้อยละ 57.14 (4 ใน 7 คน) โดยเป็นโรคจิตเภทอย่างเดียวร้อยละ 14.29 (1 คน) และเป็นโรคจิตเภทร่วมกับปัญหาสารเสพติดร้อยละ 42.86 (3 คน) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีปัญหาสารเสพติดวินิจฉัยเดียวร้อยละ 14.29 (1 คน) วินิจฉัยมีปัญหาสารเสพติดร่วมกับภาวะการปรับตัวผิดปกติร้อยละ 14.29 (1 คน) วินิจฉัยมีปัญหาสารเสพติดร่วมกับภาวะการปรับตัวผิดปกติร้อยละ 14.29 (1 คน) โรคซึมเศร้าร้อยละ 14.29 (1 คน)

ผู้ป่วยมองว่า ผู้ที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อเนื่อง คำตอบที่มากที่สุด คือ ครอบครัวร้อยละ 37.5 (15 คน) ตนเองร้อยละ 10 (4 คน) จนท. ร้อยละ 32.5 (13 คน) (จนท. หมายถึง เจ้าหน้าที่เรือนจำ แพทย์ พยาบาล) ครอบครัวและตนเองร้อยละ 10 (4 คน) ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 14.29 (1 คน) ตนเอง และ จนท. ร้อยละ 14.29 (1 คน) ไม่ได้ให้ข้อมูล 2 คน

วิจารณ์ และ สรุปผล

สัดส่วนผู้ป่วยที่รู้สึกอายและไม่อยากออกมาได้รับการตรวจรักษาหากต้องปล่อยออกมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก็ถือว่าไม่น้อย โดยพบว่าได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทจำนวน 4 ใน 7 คน (คิดเป็นร้อยละ 57.14) ซึ่งจากหลักฐานข้อมูลที่เคยมีงานวิจัยก็พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทนั้น มีความเสี่ยงต่อความรู้สึกตราบไปได้ง่ายอยู่แล้ว ผู้ทำวิจัยจึงมีความเห็นว่าการให้การรักษาท่างจิตเวชกับผู้ป่วยในเรือนจำนั้นจำเป็นต้องให้ความสำคัญในเรื่องผลกระทบจากทางสังคมต่อผู้ป่วย

ทั้งนี้ผู้ทำวิจัยมีความเห็นว่าหากจิตแพทย์เข้าไปตรวจผู้ป่วยในเรือนจำได้นั้นจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน ทั้งจากผลงานวิจัยที่ได้ในความคิดเห็นของผู้ป่วยที่อาจไม่มาได้รับการรักษาต่อ อาจเกิดความรู้สึกในด้านลบรวมถึงเนื่องจากปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำจำนวนมากทางเรือนจำเองมีความยากลำบากในการนำผู้ป่วยออกมาพบแพทย์ เนื่องจากสามารถพาผู้ป่วยมาได้รับการตรวจรักษาได้ครั้งละไม่กี่คน การเคลื่อนย้าย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอื่น

ดังนั้นหากยังคงระบบการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำกระป๋องต่อไป และทำการปรับปรุงระบบให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ตั้งแต่ควรมีการคัดกรองภาวะทางด้านจิตเวช การให้การบำบัดรักษาเบื้องต้น การพบจิตแพทย์ รวมไปถึงการรวบรวมข้อมูลที่เป็นในการติดตามหลังผู้ป่วยออกจากเรือนจำ การให้คำแนะนำผู้ป่วยในเรื่องการรักษา ก่อนออกจากเรือนจำ การนัดพบแพทย์ในผู้ป่วยที่พ้นโทษ และการติดตามเมื่อผู้ป่วยออกจากเรือนจำ จะมีประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนหนึ่งไม่ให้เกิดผลกระทบทางจิตใจในด้านลบจากปัจจัยทางสังคม รวมไปถึงยังสามารถลดอัตราการขาดการรักษาต่อหลังจากออกจากเรือนจำได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลกระบี่ เจ้าหน้าที่เรือนจำงานจริยธรรมสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ ที่ปรึกษางานวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี ดร.นพ.วรตม์ โชติพิทยสุนนท์ พญ.วลีสินดา มงคลพันธ์ พญ.รจนาพรพรณ นันทิทรภะ อ.กรรณิการ์ เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ ในการช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้ให้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

ภทราภรณ์ ทุ่งคำปิ่น, สุวิทย์ อินทอง, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, ชาลิณี สุวรรณยศและศรีัญญา วรรณชัยกุล. (2551). คุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็โรคจิตเภท: มุมมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และทวีชัย นวมงคลวัฒนา. (2551). ทศนคติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยโรคจิต. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 9(1):18.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และสมจิต แคนสีแก้ว. (2547) รายงานการวิจัยเรื่องประสบการณ์ชีวิตครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังที่บ้านและสถานการณ์ชุมชน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Corrigan, P. W., (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7):614-25.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Retrieved from <http://www.ishkbooks.com/stigma.pdf>.

Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., & Moussaoui, D., (2004). Stigma impact on Moroccan of patients with schizophrenia. *Canada Journal Psychiatry*, 49(9):625-9.

KE Moore, JB Stuewig, JP Tangney (2016). The effect of stigma on criminal offenders' functioning: a longitudinal mediational model, *Deviant behavior*;37(2):196-218

Razali, S. M., Hussein, S., & Ismail, T. (2010). Perceived stigma and self - esteem among patients with schizophrenia. *International Medical Journal*, 17(4):255-60.

Switaj, P., Wciórka, J., Grygiel, P., Switaj, J. S., Anczewska, M., & Grzesik, A. (2011). Experience of stigma by people with schizophrenia compared with people with depression or malignancies. *The Psychiatrist Online*, 35:135-9.

รายงานกรณีศึกษาผื่นแพ้จากยาครีมไพล

| วรยุทธ อุทังโค*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผื่นแพ้ยาและครีมไพล โดยครีมไพลเป็นยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของไพลสกัดร้อยละ 14 และมีใช้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ครีมไพลมีสรรพคุณในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ในบางการศึกษาได้กล่าวถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ครีมไพล แต่เป็นอาการที่ไม่รุนแรง สำหรับการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในรูปแบบกรณีศึกษารายคน โดยมีผู้ป่วย 1 ราย ใช้เครื่องมือ คือ แบบประเมินการแพ้ยา 10 ข้อ จากนั้นสอบถามอาการ และบันทึกการรักษาในแบบบันทึก

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีผื่นนูนบริเวณต้นขาด้านหน้าและหลังข้างซ้าย มีอาการคัน อาการเหล่านี้เกิดขึ้นหลังจากการใช้ยาทาครีมไพลในครั้งที่ 2 บริเวณเกิดผื่นสัมพันธ์กับบริเวณที่ใช้ยา และเมื่อหยุดยาผื่นลดลงและอาการคันลดลง สำหรับการประเมินการแพ้ยามีคะแนนระดับ 5 แปลผลว่าน่าจะมีการแพ้ยานี้ ในส่วนของการรักษาแพทย์ได้ให้ยาแอนติฮิสตามีน และยาทาสเตียรอยด์ หลังให้การรักษาผื่นและอาการคันหายในเวลา 16 วัน

คำสำคัญ : ไพล, ครีมไพล, ผื่นแพ้ยา

* แพทย์แผนไทย กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลลำทับ

Adverse Drug Eruption of Topical Plai Cream: A case study

| Warayut Uthungco

Abstract

The purpose of this study was to find out the association between adverse drug eruption and topical Plai Cream. Topical Plai Cream is herbal medicine from 14% of extracted *Zingiber cassumunar* Roxb and showed in Thai National List of Essential Medicines. Plai Cream has benefits in pain reduction for muscle pain and joint sprain. Some studies of Plai showed about adverse drug reaction but not seriously symptom. This study was a qualitative study as a case report. The employed tool was a Naranjo's algorithm test comprising 10 items for drug allergy assessment, and the patient data was recorded with deep interview in case record form.

A 57-year-old female patient presented with complaint of itching and maculopapular rashes involving both anterior thighs and left lateral back. All affected areas were associated with topical application of Plai Cream in the second time, moreover skin rashes were slightly decreased after stop using. The patient was determined as probable to Plai Cream allergy (total score = 5, Naranjo's algorithm). Treatments consisted of intravenous histamine and topical steroid cream. Disappearance of all skin rashes was observed at a period of 16 days later.

Keywords: Plai, Plai cream, Adverse drug eruption

* Department of Thai Traditional Medicine, Lamthap Hospital, Krabi Thailand

บทนำ

ผื่นแพ้ยา (Drug eruptions) เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายทางผิวหนังจากการได้รับยาหรือได้รับสารเคมีมากระตุ้น ซึ่งอาจเป็นการกระตุ้นผ่านกลไกของระบบภูมิคุ้มกันหรือระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรคของร่างกายหรือไม่ก็ได้¹ สามารถเกิดขึ้นเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลันหลังใช้ยา² ผื่นแพ้ยามีหลายลักษณะ ส่วนใหญ่พบในรูปแบบของผื่นแดงนูน (Maculopapular rash) ประมาณร้อยละ 75³ โดยทั่วไปไม่มีความรุนแรง อาจพบรอยผื่นแดงขึ้นตามลำตัวร่วมกับอาการคัน แต่ในผู้ป่วยน้อยราย พบว่าผื่นแพ้ยานั้นอาจก่อให้เกิดความรุนแรงถึงชีวิต สำหรับข้อมูลผื่นแพ้ยาส่วนใหญ่เป็นยาแผนปัจจุบัน ในส่วนของยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรยังมีการรายงานน้อย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 57 ปี อาชีพทำสวนยางพารา ภูมิลำเนาอำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่

อาการสำคัญ

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีผื่นบริเวณต้นขาสองข้างและต้นเอวข้างซ้าย ร่วมกับมีอาการคัน

ประวัติปัจจุบัน

3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดบั้นเอวสองข้างร้าวตึงลงขา ได้รับการรักษาจากแพทย์ด้วยยาในกลุ่ม NSAIDs และยาครีมไพล (ครั้งที่ 1)

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้งและได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม NSAIDs และยาครีมไพล (ครั้งที่ 2) ผู้ป่วยเริ่มมีผื่นขึ้นจากเข่าสองข้างแล้วกระจายมาต้นขาและต้นเอวข้างซ้ายหลังจากใช้ยาทาครีมไพล 3 ชั่วโมงมีอาการคันเล็กน้อยเมื่อเหงื่อออก ไม่มีไข้ ไม่มีอาการแน่นหน้าอก หายใจปกติ ไม่ท้องเสีย ไม่อาเจียนและไม่มีอาการเวียนศีรษะ ผู้ป่วยได้ตัดสินใจหยุดการใช้ยาครีมไพลด้วยตนเอง พบว่าจำนวนผื่นไม่เพิ่มขึ้น จึงมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษาเพิ่มเติมโดยแพทย์แผนไทย

ประวัติอดีต

ผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยาหรืออาหาร ไม่มีโรคประจำตัว

การตรวจร่างกายและการวินิจฉัย

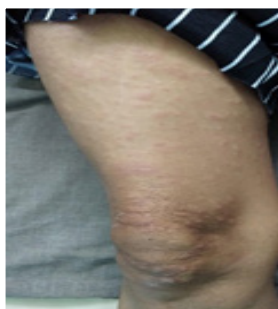
จากการตรวจประเมินโดยแพทย์แผนไทยพบว่าผื่นมีลักษณะนูนแดง บริเวณต้นขาด้านหน้าสองข้างถึงเข่า หลังช่วงล่างข้างซ้าย ไม่มีตุ่มน้ำ ไม่เจ็บ ไม่แสบ และมีความสัมพันธ์กับบริเวณที่ทายาครีมไพล สงสัยว่าผู้ป่วยอาจมีการแพ้ยาจึงได้ส่งต่อผู้ป่วยให้เภสัชกรประเมินการแพ้ยาด้วยแบบประเมิน Naranjo's algorithm มีคะแนนระดับ 5 ปรากฏว่าผู้ป่วยแพ้ยาดังกล่าว ได้ส่งพบแพทย์ ตรวจพบเป็นผื่นชนิด Maculopapular rash (ภาพชุดที่ 1) วินิจฉัยว่าเป็นผื่นแพ้ยา (ไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ) ได้รับการรักษาด้วยยา Chlorpheniramine injection 10 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และได้รับยากลับไปกินต่อที่บ้าน รายละเอียดอาการ การรักษาและระยะเวลาการเกิดผื่นได้แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงอาการ การรักษา และระยะเวลาการเกิดผื่น

ระยะเวลาการดำเนินโรค	การรักษา	อาการ
3 สัปดาห์ก่อนมา รพ. มีอาการปวดบั้นเอวสองข้างร้าวตึงลงขา	1. Diclofenac Inj. 1 AMP IM 2. Diazepam (2 มก.) 3. Paracetamol (500 มก.) 4. Piroxicam (10 มก.) 5. ครีมไพล	การใช้ครีมไพลครั้งที่ 1 ไม่มีผื่นขึ้น

ตารางที่ 1 แสดงอาการ การรักษา และระยะเวลาการเกิดผื่น (ต่อ)

ระยะเวลาการดำเนินโรค	การรักษา	อาการ
7 วันก่อนมา รพ. มีอาการปวดบั้นเอวสองข้าง ร้าวตึงลงขา	1. Diclofenac Inj. 1 AMP IM 2. Diazepam (2 มก.) 3. Paracetamol (500 มก.) 4. Piroxicam (10 มก.) 5. ครีมีไพล 6. Amitriptyline (10 มก.)	การใช้ครีมีไพลครั้งที่ 2 มีผื่นขึ้นตามบริเวณที่ใช้ หลังทาไป 3 ชั่วโมง หยุดใช้ยาครีมีไพล ผื่นไม่เพิ่มขึ้น
วันนี้ มาพบแพทย์แผนไทยด้วยอาการ มีผื่นขึ้น บริเวณต้นขาสองข้าง เข่าสองข้าง และหลังข้างซ้าย	1. Chlorpheniramine inj 10 มก. IV 2. Hydroxyzine (10 มก.) 1X3 PC 3. Triamcinolone Cream 4. เกลว็ลย์เปรีย (200 มก.) 2X3 AC	ผื่นมีลักษณะนูนแดง ไม่มีตุ่มน้ำ ไม่เจ็บ ไม่แสบ และมีความสัมพันธ์กับบริเวณที่ทายาครีมีไพล



1.1 ต้นขาและเข่าขวา



1.2 ต้นขาและเข่าซ้าย



1.3 หลังข้างซ้าย



1.4 หลังข้างขวา (ไม่พบผื่น)

ภาพชุดที่ 1 ลักษณะผื่นที่พบสัมพันธ์กับบริเวณที่ทายาครีมีไพล (Generalized discrete maculopapular rash involved both anterior thighs and left lateral back)

การดำเนินโรค

หลังการรักษาเรื่องผื่นแพ้ยา พบมีแผลพุพอง ในวันที่ 5 ของการรักษา แพทย์ตรวจพบเป็น Excoriated skin with erythema nodule with bleb บริเวณเข่าซ้าย ส่วนผื่น บริเวณอื่นราบลง แพทย์สงสัยมีการติดเชื้อจึงได้ให้รักษาด้วย ยาฆ่าเชื้อ Dicloxacillin (250 มก.) 1x4 ac, Hydroxyzine (10 มก.) 1x3 pc, Naproxen (250 มก.) 1x3 pc, Chloramphenicol Eye Oint.0.3% ทาเข้า-เย็น แพทย์แผนไทยได้นัดติดตามผลการรักษาอาการปวดบั้นเอว และผื่นแพ้ยาในวันที่ 9 ของการรักษา พบว่าผื่นบริเวณต้นขา สองข้างและเข่าซ้ายราบลง มีขุยคล้ายผิวหนังลอก บริเวณ

เข่าขวาผื่นราบลง มีผื่นที่มีสะเก็ดบริเวณเข่าซ้าย ไม่มีไข้ และ บริเวณหลังข้างซ้ายผื่นราบลง ไม่มีขุยหรือสะเก็ด (ภาพชุดที่ 2) ได้ให้การรักษาด้วยยาเฎว็ลย์เปรียเพื่อบรรเทาอาการปวด กล้ามเนื้อรับประทานครั้งละ 2 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร เข้า-เที่ยง-เย็น เป็นเวลา 5 วัน ส่วนอาการของ ผื่นแพ้ยานำให้ใช้ยาชนิดเดิม การติดตามผลการรักษา ในวันที่ 16 ของการรักษา โดยแพทย์แผนไทย ไม่พบผื่นบริเวณ ต้นขาสองข้างและเข่าซ้าย แต่ยังมีขุยคล้ายผิวหนังลอก เล็กน้อย บริเวณเข่าขวาผื่นราบลง ไม่มีสะเก็ด และไม่พบผื่น บริเวณหลังข้างซ้าย (ภาพชุดที่ 3) แนะนำให้ใช้ยาทาผื่นชนิดเดิม



2.1 ต้นขาและเข่าขวา



2.2 ต้นขาและเข่าซ้าย



2.3 หลังข้างซ้าย

ภาพชุดที่ 2 ลักษณะผื่นในวันที่ 9 ของการรักษา (Pruritic rash on hyperpigmented base with scaly involved both knees)



3.1 ต้นขาและเข่าขวา



3.2 ต้นขาและเข่าซ้าย



3.3 หลังข้างซ้าย

ภาพชุดที่ 3 ลักษณะผื่นในวันที่ 16 ของการรักษา (Skin lesion was resolved)

บทวิจารณ์

ข้อมูลจากเวชระเบียนแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้ใช้ครีมไหลต่อเนื่องจำนวน 2 ครั้ง กล่าวคือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์โดยยาครีมไหล (ครั้งที่ 1) หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาพบแพทย์อีกครั้ง และได้รับการรักษาด้วยยาครีมไหล (ครั้งที่ 2) หลังใช้ยาครีมไหลไปแล้วประมาณ 3 ชั่วโมง มีผื่นขึ้นบริเวณด้านหน้าต้นขาสองข้าง เข่าทั้งสองข้าง และหลังข้างซ้าย ผื่นเกิดขึ้นเฉพาะบริเวณที่ทา ซึ่งพบความสัมพันธ์

การใช้ยา และบริเวณที่ทาแล้วเกิดผื่นตามเกณฑ์ Naranjo's algorithm โดยเมื่อหยุดยาผื่นจะไม่เพิ่มขึ้น²

จากฐานข้อมูลยาบัญชียาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556⁴ พบว่าครีมไหลเป็นยาใช้ภายนอกที่มีปริมาณน้ำมันหอมระเหยง่ายจากเหง้าไหล [*Zingiber montanum* (Koenig) Link ex Dietr.] ร้อยละ 14 โดยปริมาตรต่อน้ำหนัก (v/w) มีข้อบ่งใช้เพื่อบรรเทาอาการ

บวม ฟกช้ำ เคล็ดยอก ปวดกล้ามเนื้อ และลดการปวดข้อ กลไกในการออกฤทธิ์ลดอาการปวด พบว่าสารสำคัญของไพล (Phenylbutanoids) มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ (Anti-inflammatory effect)^{5,6} สามารถใช้ระงับอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลางได้ดี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงประสิทธิผลทางคลินิกของเจลไพลที่ทำจากน้ำมันไพลปริมาณ 1% ในการรักษาสิวชนิดเล็กน้อยถึงปานกลาง⁷ ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ครีมไพลมีขนาดวิธีใช้ คือ ทาและถูเบา ๆ บริเวณที่มีอาการวันละ 2 – 3 ครั้ง ห้ามทาบริเวณขอบตาและเนื้อเยื่ออ่อน บริเวณผิวหนังที่มีบาดแผลหรือมีแผลเปิด ไพลยังออกฤทธิ์ต้านฮิสตามีน (Antihistamine effect) โดย กณิกา ภิรมย์รัตน์ และคณะ⁸ ได้ศึกษาถึงฤทธิ์ต้านฮิสตามีนของไพลในผู้ป่วยเด็กโรคหืด และ ภัทรา ตันติเจริญวัฒน์ และคณะ⁹ ศึกษาฤทธิ์การยับยั้งฮิสตามีนของไพลแคปซูลในผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ทางอากาศพบว่าไพลมีฤทธิ์ต้านฮิสตามีนเมื่อเทียบกับยาที่นำมาศึกษาเปรียบเทียบ

ยาครีมไพลเป็นยาสมุนไพรใช้ภายนอกเพื่อบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อที่มีปริมาณการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย ข้อมูลทางพิษวิทยาพบว่าไพลในขนาดที่ใช้รักษาปกติ ไม่ปรากฏความเป็นพิษทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรังในหนูทดลอง¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมของนุชชัย ชงมีลักษณ์ และคณะ¹¹ ไม่ปรากฏข้อมูลผลข้างเคียงและการแพ้ของครีมไพล แต่พบการรายงานเรื่องผลข้างเคียงของไพลเพียง 2 จาก 6 งานวิจัยที่นำมาทบทวน โดยได้เน้นย้ำว่า เช่นเดียวกับสมุนไพรตัวอื่น ๆ ไพลยังขาดการศึกษาเรื่องความปลอดภัยและผลข้างเคียงที่เพียงพอ จึงควรให้ความสำคัญกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้ยาสมุนไพรให้มากขึ้นด้วย

การแพ้ยาหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาสมุนไพร มีสาเหตุจากตัวยาสมุนไพรเอง การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันที่แพทย์จ่ายให้ การเกิดผลข้างเคียงจากส่วนประกอบรองในตัวยาสมุนไพรนั้น เป็นต้น การศึกษาหรือการรายงานผลข้างเคียงของการใช้ยาสมุนไพร มีน้อยกว่าความเป็นจริง อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยซื้อยาสมุนไพรมาใช้เองและไม่ได้บอกแพทย์ ผลข้างเคียงอาจไม่รุนแรงหายได้เอง ไม่มีข้อมูลผลข้างเคียงที่ชัดเจนทำให้แพทย์และผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าเป็นผลข้างเคียงจากยาสมุนไพรนั้น หรือ

เป็นผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาในระยะยาว เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงควรให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อมีการใช้ยาสมุนไพร¹² เช่น

1. ศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับสมุนไพรนั้น ๆ ว่าเหมาะสมต่อการนำมาใช้หรือไม่ และรู้ถึงการใช้อย่างถูกต้อง โดยอาจจะใช้หลักดังนี้คือ ใช้ให้ถูกต้น ใช้ให้ถูกส่วน ใช้ให้ถูกขนาด ใช้ให้ถูกวิธี ใช้ให้ถูกกับโรค
 2. การเลือกผลิตภัณฑ์สมุนไพรมาใช้นั้น ควรที่จะรู้ไว้ในผลิตภัณฑ์นั้นประกอบด้วยสมุนไพรอะไรบ้าง เพราะหากมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นจะได้ทราบว่าเกิดจากสมุนไพรชนิดใด เพื่อจะได้เก็บไว้เป็นข้อมูลในการระงับการใช้ต่อไป
 3. หมั่นสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการใช้สมุนไพร
 4. ไม่ควรใช้สมุนไพรติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ หากจำเป็นหรือมีความประสงค์ที่จะใช้สมุนไพรเป็นเวลานาน ควรมีการตรวจร่างกายทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการใช้สมุนไพรเป็นระยะ ๆ ได้แก่ ตรวจการทำงานของตับ เช่น ตรวจเอนไซม์ตับ (AST, ALT) การทำงานของไต (BUN, Cr) ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น
 5. หากเกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้นในระหว่างการใช้สมุนไพร ควรหยุดใช้ และปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร
 6. หญิงมีครรภ์หรือให้นมบุตร และเด็กไม่ควรที่จะใช้สมุนไพรถ้าไม่จำเป็น โดยเฉพาะสมุนไพรที่ยังไม่มีข้อมูลยืนยันความปลอดภัย เนื่องจากสารบางชนิดในสมุนไพร สามารถผ่านรก ขั้วออกทางน้ำนม หรือมีผลต่อการเจริญเติบโตได้
- การรายงานกรณีศึกษาครีมไพลนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเกิดการแพ้ยาครีมไพลได้ จึงควรให้คำแนะนำกับผู้ป่วยในการใช้ยา และควรมีการศึกษาเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้มากขึ้นต่อไป

สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยผื่นแพ้ยาครีมไพลนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับยานี้สามารถเกิดการแพ้ได้ โดยพบผื่นในรูปแบบ Maculo-papular rash มีอาการคัน ไม่มีตุ่มน้ำ เมื่อหยุดยาผื่นจะไม่เพิ่มขึ้น สามารถรักษาได้โดยยาในกลุ่ม Antihistamine และยาทาชนิด Steroid ผู้ป่วยต้องรักษาความสะอาดบริเวณผื่น เพราะอาจเกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย

ทำให้ใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น การใช้ครีมไพล อาจทำให้เกิดผื่นแพ้ยาได้ในผู้ป่วยบางราย จึงควรมีการศึกษา และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรให้คำแนะนำผู้ป่วยเมื่อมีอาการผื่นแพ้หรือสงสัยว่าเป็นผื่นแพ้ยา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ประเสริฐ หาญประสานกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทับ ที่ให้ความอนุเคราะห์เรื่อง การตรวจรักษาผื่นแพ้ยา เกสัชกรหญิงพรพรรณ เป็ดทอง กลุ่มงาน เกสัชกรรม โรงพยาบาลลำทับ ที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการให้ความรู้การประเมินการแพ้ยาและร่วมประเมิน การแพ้ยาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศิวส์ ผลลาภวัฒน์. ผื่นแพ้ยา (Drug Eruptions). หาหมอ. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://haamor.com/th/ผื่นแพ้ยา>.
2. Oakley A. Drug Eruptions. Dermnetnz . 2559. [cited 2018 Feb 14]. Available from: <https://www.dermnetnz.org/topics/drug-eruptions/>.
3. นิสา พฤฒิกุล. Cutaneous Drug Reactions. หน่วยโรคผิวหนัง โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medkorat.in.th/admin/ckfinder/userfiles/files/skin.pdf>.
4. องค์การอาหารและยา. ครีมไพล. บัญชียาหลักแห่งชาติ. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine/herbal/list/650>.
5. Jeenapongsa R, Yoovathaworn K, Sriwatanakul KM, Pongprayoon U, Sriwatanakul K. Anti-inflammatory activity of (E)-1-(3, 4-dimethoxyphenyl) butadiene from zingiber cassumunar roxb. J Ethnopharmacol. 2003;87(2-3):143–148.

6. Han AR, Kim MS, Jeong YH, Lee SK, Seo EK. Cyclooxygenase-2 inhibitory phenylbutenoids from the rhizomes of Zingiber cassumunar. Chem Pharm Bull. 2005;53(11):1466–8.
7. Limwattananon C, Rattanachotphanit T, Cheawchanwattana A, et al. Efficacy of plai gel containing 1% plai oil in the treatment of mild to moderate acne vulgaris. Isan J Pharm Sci. 2008;4(2):122–33.
8. Piromrat K, Tuchinda M, Geadsomnuig S, Koysooko R. Antihistaminic effect of plai [Zingiber cassumunar Roxb.] on histamine skin test in asthmatic children. Siriraj Hospital Gazette. 1986;38:251–3.
9. Tanticharoenwivat P, Kulalert P, Dechatiwongse NaAyudhya T, Koontongkaew S, Jiratchariyakul W, Soawakontha R, et al. Inhibitory effect of Phlai capsules on skin test responses among allergic rhinitis patients: a randomized, three-way crossover study. J Integr Med. 2017; 15(6):462–8.
10. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ไพล. ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=96>.
11. Chongmelaxme B, Sruamsiri R, Dilokthornsakul P, Dhippayom T, Kongkaew C, Saokaew S, et al. Clinical effects of Zingiber cassumunar (Plai): A systematic review. Complement Ther Med. 2017 Dec;35:70–77.
12. ยุวดี วงษ์กระจำง, วสุ ศุภรัตนสิทธิ. ข้อควรระวังในการใช้สมุนไพร. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.พ. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/270/ข้อควรระวังในการใช้สมุนไพร>.

บทคัดย่อ

รอยโรคประเภทถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรที่พบบ่อยที่สุดคือถุงน้ำรอบรากฟัน (radicular cyst) จัดอยู่ในประเภทถุงน้ำเหตุกำเนิดฟันที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ (inflammatory odontogenic cyst) มักพบร่วมกับอาการฟันตาย (non-vital tooth) การวินิจฉัยแยกโรคอาศัยข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจทางคลินิก การตรวจความมีชีวิตของฟัน และการตรวจทางภาพถ่ายรังสี ซึ่งมักพบเป็นเงาดำล้อมรอบปลายรากฟันที่เป็นสาเหตุ ในบางกรณีฟันที่เป็นสาเหตุได้ถูกถอนออกไป แต่ไม่ได้นำรอยโรคปลายรากฟันออกอย่างสมบูรณ์ อาจพัฒนาไปเป็นถุงน้ำที่เรียกว่า ถุงน้ำหลงเหลือ (residual cyst) การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือการรักษาเชื้อในตัวฟันโดยการรักษาลงรากฟันหรือถอนฟันที่เป็นสาเหตุออก และการรักษารอยโรครอบรากฟัน ซึ่งแบ่งเป็น วิธีแบบอนุรักษ์ (conservative management) และวิธีร่วมกับการผ่าตัด (surgical management) ทันตแพทย์ควรมีความรู้และทักษะในการวินิจฉัยแยกโรคถุงน้ำหลงเหลือออกจากถุงน้ำประเภทอื่นที่พบในขากรรไกร เพื่อสามารถเตรียมผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและส่งต่อเพื่อรับการรักษายังสถานพยาบาลที่เหมาะสมได้ บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรอยโรคของถุงน้ำ ซึ่งมีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณฟันหน้าบนและได้รับการถอนฟันที่เป็นสาเหตุออกไปแล้ว แต่ยังหลงเหลือรอยโรคปลายรากฟันอยู่ โดยใช้วิธีการผ่าตัดนำรอยโรครอบปลายรากฟันออกพร้อมกับส่งตรวจเนื้อเยื่อทางห้องปฏิบัติการ และจากการติดตามผลการรักษาพบอาการหายเป็นปกติไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำที่ระยะเวลา 1 ปี

* ท.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล) ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84120 อีเมล jaruporn.su@gmail.com

Enucleation residual cyst

| *Jaruporn Suriyachai*

Abstract

Radicular cyst is the most common of inflammatory odontogenic cyst of the jaw related with non-vital tooth. The key points to diagnose radicular cyst are history taking, clinical examination, vitality test and radiographic examination. Residual cysts are retained radicular cysts within a jaw after tooth extraction. The recommended treatment of radicular cyst is root canal treatment or extraction with or without surgical removal periapical lesion. In this case report, a patient presented with a painless swelling at the maxillary anterior region with history of traumatic pulp injury over 20 years ago. Treatment planning was total enucleation in one visit and pathological examination. There was the good healing, no sign of recurrence was observed for a period of 1 year post-operatively.

* D.D.S., Higher Grad. Dip. In Clin. Sc. (Oral and Maxillofacial Surgery) Division of Dentistry, Ban Na San Hospital, Ban Na San District, Surat Thani 84120

บทนำ

รอยโรคที่พบบ่อยในกลุ่มถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรที่เกี่ยวข้องกับฟัน (Odontogenic cyst of the jaw) คือ ถุงน้ำรอบรากฟัน (Radicular cyst) ซึ่งมีลักษณะเด่น คือ พบร่วมกับการที่มีฟันตาย (Non-vital tooth) พบในกระดูกขากรรไกรบนมากกว่าขากรรไกรล่าง¹ บริเวณฟันหน้ามากกว่าฟันหลัง² ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 30 ปี ถึง 40 ปี และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง สาเหตุของการเกิดถุงน้ำรอบรากเกิดจากการอักเสบบริเวณปลายรากฟันที่มีการแพร่กระจายการติดเชื้อจากโพรงประสาทฟัน ซึ่งสาเหตุสำคัญของการอักเสบดังกล่าวเกิดจากการตายของเนื้อเยื่อในโพรงประสาทฟัน (Pulp necrosis) อันเนื่องมาจากโรคฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันหรือเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันได้รับการกระทบอย่างรุนแรง โดยปกติแล้วจะไม่มีอาการใด ๆ แต่เมื่อมีการอักเสบติดเชื้อร่วมด้วย จะก่อให้เกิดความเจ็บปวดในผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้ การวินิจฉัยแยกโรคสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจทางคลินิก การตรวจความมีชีวิตของฟันและการตรวจทางภาพถ่ายรังสีซึ่งจะพบลักษณะเป็นเงาดำ (Radiolucent lesion) ลักษณะกลมหรือรีขอบเขตชัดเจนล้อมรอบปลายรากฟันซึ่งมีการตายของเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน³

ตำแหน่งของถุงน้ำรอบรากฟัน จะสัมพันธ์กับปลายรากฟันที่เป็นสาเหตุ แต่ทั้งนี้ก็สามารถพบได้บริเวณด้านข้างของรากฟัน ตรงตำแหน่งรูเปิดของ Accessory root canals⁴ ซึ่งเรียกว่า Lateral radicular cyst นอกจากนี้ หากพบตรงบริเวณที่เคยถอนฟันไปแล้ว จะเรียกว่าถุงน้ำหลงเหลือ (Residual cyst)

การรักษาโรคประเภถุงน้ำในกระดูกขากรรไกรจำเป็นต้องรักษาทั้งส่วนของรอยโรครอบรากฟันในกระดูกขากรรไกร และกำจัดเชื้อที่อยู่ในโพรงประสาทฟันซึ่งที่เป็นสาเหตุ ซึ่งในกรณีรอยโรคมีขนาดเล็ก การรักษาคลองรากฟันหรือถอนฟันร่วมกับการขูดทำความสะอาดเพียงอย่างเดียวเพียงพอต่อการกำจัดรอยโรครอบรากฟัน ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดเปิดนำรอยโรครอบรากฟันออก แต่ในกรณีที่รอยโรคมีขนาดใหญ่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาคลองรากฟันแบบปกติหรือได้รับการถอนฟันซึ่งที่เป็นสาเหตุแล้วแต่ยังมีรอยโรคเหลืออยู่ จำเป็นต้องมีการผ่าตัดร่วม (Surgical management) ซึ่งการผ่าตัดมีทั้งการผ่าระบายโพรงโดยให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา (Marsupialization) หรือการควักรอย

โรคออกทั้งหมดในครั้งเดียว (Enucleation)⁵ โดยการพิจารณาเลือกวิธีการผ่าตัดนั้น ขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรค ความหนาแน่นของกระดูกรอบรอยโรค และตำแหน่งของรอยโรคว่าใกล้กับอวัยวะสำคัญหรือไม่ ซึ่งในรอยโรคที่มีขนาดใหญ่มาก ๆ นั้น การผ่าตัดเอารอยโรคออกทั้งหมดภายในครั้งเดียวอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้⁶ ดังนั้นในกรณีเช่นนี้อาจพิจารณาผ่าระบายโพรงโดยให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกตลอดเวลา เพื่อให้รอยโรคมีขนาดเล็กลงก่อน⁷ พร้อมกับส่งเสริมให้เกิดการสร้างกระดูกใหม่เข้ามาแทนที่รอยโรค⁸ และเมื่อรอยโรคมีขนาดเล็กลงแล้ว จึงพิจารณาทำการผ่าตัดนำรอยโรคออกทั้งหมด แต่วิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัดคือ ต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยค่อนข้างมาก ในการปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตามนัดอย่างต่อเนื่องหลายครั้ง ดังนั้นในกรณีที่รอยโรคไม่ได้มีขนาดใหญ่มากนักและไม่สัมพันธ์กับอวัยวะสำคัญ การพิจารณาผ่าตัดนำรอยโรคออกทั้งหมดในครั้งเดียวจึงเป็นการรักษาที่เหมาะสม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 55 ปี สถานภาพสมรส อาชีพทำสวน ถูกส่งตัวให้มาเข้ารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2559 ด้วย 5 วันก่อนมามีหนองไหลออกจากเหงือกบริเวณฟันหน้าบนซี่ที่ถอนไปแล้วจากการซักประวัติพบว่า เมื่อประมาณ 20 ปีก่อนได้รับอุบัติเหตุ ฟันหน้าบนตรงกลางหลุด 2 ซี่ และฟันหน้าบนด้านขวาหัก 1 ซี่ ไม่ได้ไปทำการรักษาใด ๆ จนเมื่อประมาณ 1 เดือนก่อน รู้สึกฟันซี่ที่หักโยกมากขึ้น จึงไปถอนฟันออก หลังจากนั้นพบของเหลวคล้ายหนองไหลจากบริเวณแผลถอนฟันเป็น ๆ หาย ๆ

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร ปฏิเสธการแพ้ยา การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ประวัติทางทันตกรรมเคยขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน ใส่ฟันเทียมถอดได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นใด

การตรวจร่างกายโดยทั่วไป ไม่พบความผิดปกติใด ๆ น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 152/89 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที



ก



ข

ภาพที่ 1 ก.) ภายนอกช่องปากหน้าตรง ข.) ภายนอกช่องปากด้านข้าง

การตรวจภายนอกช่องปาก พบใบหน้าสมมาตร
 อ้าปากได้ปกติ มีอาการบวมเล็กน้อยบริเวณริมฝีปากบน
 สีผิวหนังปกติ (ภาพที่ 1)

ลักษณะภายในช่องปากโดยทั่วไป มีสุขภาพช่องปาก
 ที่ไม่ดี (Poor oral hygiene) ภาวะปริทันต์ระดับปานกลาง
 (Moderate chronic periodontitis) มีหินปูนและ

คราบจุลินทรีย์ระดับปานกลาง มีการสูญเสียฟันบริเวณซี่
 12 11 21 23 26 36 และ 46 พบอาการบวมทางด้านริมฝีปาก
 (Labial) ของฟันหน้าบนตั้งแต่บริเวณซี่ฟัน 12 ถึงบริเวณ
 ซี่ฟัน 21 สีผิวปกติ คลำนิ่ม เมื่อกดบริเวณที่บวมมีของเหลว
 ลักษณะขุ่น สีเหลืองอ่อนไหลออกจากบริเวณรูเปิดถุงหนอง
 ที่ซี่ฟัน 12 (ภาพที่ 2)



ก



ข



ค

ภาพที่ 2 ก.) ภายในช่องปากหน้าตรง ข.) ภายในช่องปากด้านบน ค.) ภายในช่องปากด้านล่าง

จากภาพถ่ายรังสีบริเวณฟันหน้าบน พบเงาดำลักษณะกลม
 ขอบเขตชัดเจน ขนาดประมาณ 2.5 เซนติเมตร x 2 เซนติเมตร

บริเวณที่เคยเป็นตำแหน่งของฟันซี่ 11 ถึง 12 ซึ่งถูกถอนออก
 ไปแล้ว ไม่สัมพันธ์กับโพรงจมูก (Nasal cavity) (ภาพที่ 3)



ก



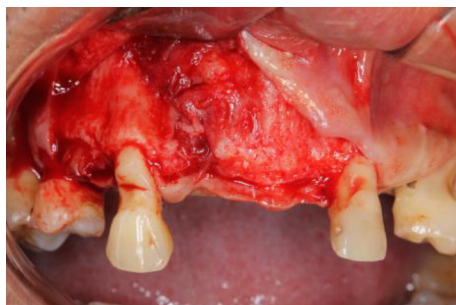
ข

ภาพที่ 3 ก.) ภาพถ่ายรังสีกัดสบ ข.) ภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก

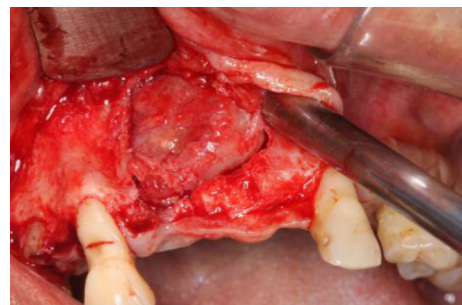
ให้การวินิจฉัยเป็นถุงน้ำรอบรากฟัน พิจารณาโรคประจำตัวผู้ป่วยและยาที่รับประทานเป็นประจำ พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคประจำตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ และยาที่รับประทานไม่มีผลข้างเคียงต่อการรักษาทางทันตกรรม แผนการรักษาคือ ผ่าตัดเลาะถุงน้ำออกทั้งหมดในครั้งเดียว ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ (Excisional biopsy under local anesthesia) เนื่องจากรอยโรคไม่ได้มีขนาดใหญ่มากนัก และไม่ได้อยู่สัมพันธ์กับอวัยวะสำคัญข้างเคียงใด ๆ และส่งตรวจชิ้นเนื้อที่เลาะออกมาไปตรวจทางพยาธิวิทยา

ก่อนการรักษาได้อธิบายภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการทำหัตถการและขั้นตอนการรักษาแก่ผู้ป่วย เริ่มต้นหัตถการในช่องปากด้วยการฉีดยาชาเฉพาะที่ โดยทำการฉีดยาชาสกัดเส้นประสาทอินฟราออบิทัลด้านขวา (Right

infraorbital nerve block) เกรทเทอร์พาลาทีน (Greater palatine nerve block) นาโซพาลาทีน (Nasopalatine nerve block) และฉีดยาชาเฉพาะที่ตำแหน่งด้านแก้มฟันหน้าบนซ้าย (Buccal infiltration) ตามด้วยเปิดแผ่นเหงือกรูปสามเหลี่ยม (Triangular flap) ชนิดความหนาเต็ม (Full thickness mucoperiosteal flap) โดยลงรอยกรีดแนวตั้งบริเวณฟันซี่ 15 พบว่ามีกระดูกเบ้าฟันด้านริมฝีปากหุบบาง ๆ คลานี้ม จากนั้นกรอกระดูกที่หุ้มถุงน้ำอยู่โดยรอบจากรอยโรคประมาณ 2 มิลลิเมตร จนเห็นขอบเขตผนังถุงน้ำชัดเจน (ภาพที่ 4) ค่อย ๆ เลาะถุงน้ำออกจากกระดูกโดยรอบ จนสามารถนำถุงน้ำออกทั้งหมดเป็นชิ้นเดียว ได้ถุงน้ำขนาดประมาณ 2.5 เซนติเมตร x 1.2 เซนติเมตร x 1 เซนติเมตร (ภาพที่ 5)

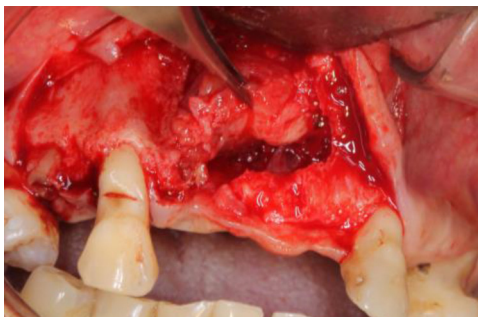


ก



ข

ภาพที่ 4 ก.) การเปิดแผ่นเหงือกรูปสามเหลี่ยม ข.) ผนังถุงน้ำ



ก

ภาพที่ 5 ก.) ถุงน้ำในช่องปาก

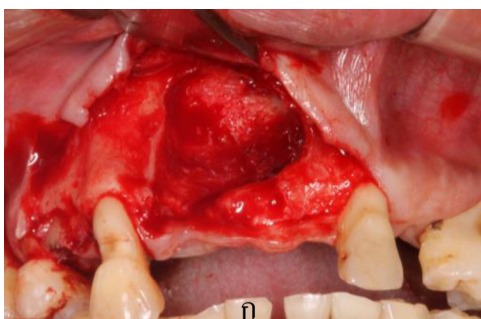


ข

ข.) ก้อนถุงน้ำที่นำออกมา

จากนั้นทำการถอนฟันซี่ 14 ซึ่งผุเหลือแต่ตอฟัน (Retained root) ทำความสะอาดบริเวณที่ผ่าตัดด้วยน้ำเกลือ และเย็บปิดแผลแบบรอยเย็บเดี่ยว (Simple interrupted suture)

แล้วใส่ท่อเพื่อช่วยระบายของเหลวจากบริเวณที่ผ่าตัด และเย็บติดด้วยไหมเย็บแผล (Stay Penrose drain with black silk) (ภาพที่ 6)



ก

ภาพที่ 6 ก.) บริเวณที่นำถุงน้ำออกแล้ว



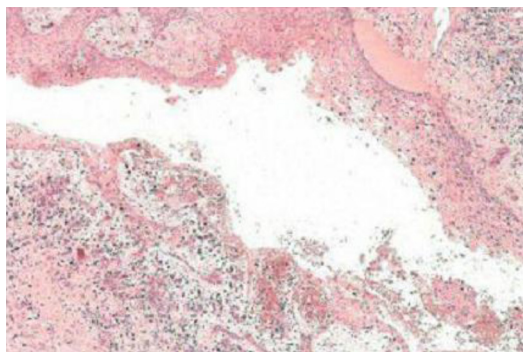
ข

ข.) เย็บปิดแผลและใส่ท่อระบายของเหลว

ให้คำแนะนำหลังการทำหัตถการ ประกอบด้วย การกักผ้าก๊อซเพื่อห้ามเลือด ประคบร้อนฝีปากด้วยความเย็น จ่ายยาแก้ปวด เพื่อลดอาการปวดที่เกิดขึ้น จ่ายยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด และทำการแช่ถุงน้ำ

ที่ผ่าตัดออกมาในสารละลายฟอร์มาลินความเข้มข้นร้อยละ 10 เพื่อส่งห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ชิ้นเนื้อ

ผลชิ้นเนื้อแสดงความเข้ากันได้กับ Radicular cyst ไม่พบลักษณะของเนื้องอกชนิดร้ายแรง (รูปที่ 7)



ภาพที่ 7 ลักษณะทางพยาธิวิทยา

ติดตามผลการรักษา

ติดตามผลการรักษา 2 วันหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการปวดระดับปานกลาง บวมที่ริมฝีปาก และมีจ้ำเลือดขึ้นบริเวณริมฝีปากด้านใน มีน้ำปนเลือดไหลออกมาจากบริเวณท่อช่วยหายใจเล็กน้อย (ภาพที่ 8 ก.) พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจของเหลว แนะนำให้ประคบอุ่น



ก

นัดตัดไหมในวันที่ 7 หลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ไม่มีการบวม แผลผ่าตัดมีการหายปกติ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังผ่าตัด ได้ทำการตัดไหมออกทั้งหมด (ภาพที่ 8 ข.) และนัดติดตามอาการ 1 เดือน



ข

ภาพที่ 8 ติดตามผลการรักษา ก.) 2 วันหลังผ่าตัด ข.) 7 วันหลังผ่าตัด

ติดตามผลการรักษา 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ จากการตรวจพบว่า การหายของแผลเป็นปกติ ไม่มีอาการบวม ไม่พบรูเปิดของหนอง (ภาพที่ 9) ได้ทำการชุดหินน้ำลาย

ทั้งปาก และแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาทางทันตกรรมอื่น ๆ ต่อไป ติดตามผลการรักษาต่อที่ 6 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยไม่มีอาการใด ๆ ไม่พบลักษณะการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรคเดิม



ภาพที่ 9 ติดตามผลการรักษา 1 เดือนหลังการผ่าตัด

บทวิจารณ์

ถุงน้ำรอบรากฟัน จัดอยู่ในประเภทถุงน้ำเหตุกำเนิด ฟันที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบที่พบบ่อยที่สุด คือพบประมาณร้อยละ 60 ของถุงน้ำที่พบในขากรรไกรทั้งหมด⁹ เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่โพรงประสาทฟัน เช่น มีฟันผุทะลุโพรงประสาทฟันหรือฟันได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบต่อไป

ยังเนื้อเยื่อ รอบปลายรากฟัน ในระยะแรกอาจจะยังไม่มีอาการใด ๆ จนเมื่อรอยโรคมีขนาดใหญ่มากขึ้นมีการทำลายกระดูก รอบรากฟันมากขึ้น หรือ มีการติดเชื้อร่วม ผู้ป่วยจะกลับมาพบทันตแพทย์ ด้วยอาการสำคัญคือ ปวด บวมมีรูเปิดของหนอง หรือ มีหนองไหลในช่องปาก เป็นต้น ทำให้ในบางครั้งพบว่า

กว่าที่ผู้ป่วยจะมารับการรักษา รอยโรคก็มีขนาดใหญ่มาแล้ว¹⁰

สำหรับถุงน้ำหลงเหลือ คือ ถุงน้ำรอบรกพันชนิดหนึ่งที่พบในบริเวณที่ถอนพื้นที่เป็นสาเหตุไปแล้ว แต่ไม่ได้รับการรักษารอยโรครอบรกพัน โดยพบได้ร้อยละ 8 ของถุงน้ำในกระดุกขาครรภ์ ซึ่งเมื่อถอนพื้นที่เคยเป็นสาเหตุไปแล้ว ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการใด ๆ เป็นเวลาหลายปี และมักจะกลับมาด้วยอาการสำคัญคือ มีหนอง พบได้ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือรูสึกบวม มีอาการไม่ปกติบริเวณที่เป็นรอยโรคพบได้ร้อยละ 40.2¹¹ ลักษณะทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีจะเหมือนกับถุงน้ำรอบรกพัน โดยพบเป็นเงาดำบริเวณที่เคยเป็นรกพัน พบได้หลายขนาดขึ้นกับขนาดของรอยโรคก่อนที่มีการถอนพื้นที่¹² ถุงน้ำหลงเหลือสามารถที่จะคงอยู่ในกระดุกขาครรภ์ได้นาน 1 ถึง 20 ปี ส่วนการรักษาก็จะพิจารณาเช่นเดียวกับถุงน้ำรอบรกพันเช่นกัน¹³ ซึ่งโดยปกติแล้วไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำหลังการผ่าตัด¹⁴

การวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคถุงน้ำรอบรกพัน หรือ รอยโรครอบรกพันชนิดอื่น ๆ ต้องอาศัยการตรวจทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และยืนยันด้วยการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา^{15,16}

ในส่วนของการรักษารอยโรคประเภทถุงน้ำรอบรกพันนั้น ควรเลือกวิธีแบบอนุรักษ์ (conservative management) ที่สุดก่อน เช่น การรักษาคลองรกพันเพียงอย่างเดียว¹⁷ การถอนพื้นที่เป็นสาเหตุออกกับการขูดรอยโรครอบรกพันออก โดยไม่ต้องใช้การผ่าตัดร่วมด้วย สำหรับวิธีการรักษาโดยการผ่าตัดนั้น จะเลือกใช้ในกรณีที่รักษาแบบไม่ต้องผ่าตัดร่วมด้วยแล้ว ยังมีรอยโรคเหลืออยู่ หรือในกรณีที่รอยโรคมีขนาดใหญ่ การผ่าตัดเปิดเพื่อนำรอยโรคออกโดยตรง ก็จะใช้เวลาในการรักษาน้อยกว่าและเป็นการกำจัดสาเหตุออกในครั้งเดียว ซึ่งการผ่าตัดนั้น สามารถทำได้โดยผ่าตัดเปิดนำรอยโรคออกทั้งหมดในครั้งเดียว หรือทำการผ่าตัดเปิดระบายของเหลวภายในถุงน้ำ เพื่อลดขนาดรอยโรคที่มีขนาดใหญ่มา ๆ ให้เล็กลงก่อนแล้วพิจารณาผ่าตัดออกภายหลัง ทั้งนี้เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด รอยโรคที่มีขนาดใหญ่ออกทั้งหมดในครั้งเดียว เช่น อาการชา มีเลือดออกมาก ทะลุโพรงอากาศบริเวณใบหน้าที่อยู่ข้างเคียงรอยโรค หรือเกิดกระดุกขาครรภ์หักได้ แต่การ

รักษาวินิจฉัยจำเป็นต้องผ่าตัดซ้ำ จึงต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ในการกลับมาตามนัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหลักการทำ คือการผ่าตัดเปิดเหงือกตรงบริเวณรอยโรครอบรกพัน และใส่ท่อระบายค้างไว้ เพื่อระบายของเหลวที่คั่งอยู่ภายใน ร่วมกับการฉีดยาเกลือ ล้างทำความสะอาดทุกวัน จนกว่ารอยโรคจะมีขนาดเล็กลง¹⁸

ผู้ป่วยรายนี้ มีประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณพื้นหน้าบน แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่หลังเกิดอุบัติเหตุ ทำให้จากเดิมที่อาจมีเพียงรอยโรครอบรกพันขนาดเล็ก ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ด้วยการรักษาคลองรกพันหรือการถอนพื้นที่เพียงอย่างเดียว แต่เมื่อไม่ได้รับการรักษาในช่วงดังกล่าว รอยโรคก็มีการลุกลามและมีขนาดใหญ่ขึ้นกลายเป็นถุงน้ำ ซึ่งการรักษาจะมีความยุ่งยากมากยิ่งขึ้น และเมื่อเกิดเป็นถุงน้ำแล้วการรักษาเฉพาะส่วนของเชื้อที่ตัวพื้นที่เพียงอย่างเดียว ก็ไม่เพียงพอในการกำจัดพยาธิสภาพที่ปลายรกพัน ต้องมีการผ่าตัดเลาะถุงน้ำออกพร้อมด้วย

ในส่วนของการรักษาเชื้อที่ตัวพื้นที่สามารถให้การรักษาได้ 2 ทางเลือก คือ การรักษาคลองรกพัน และการถอนพื้นที่ โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการถอนพื้นที่ไปแล้ว ซึ่งการถอนพื้นที่นั้น มีข้อดีคือ ไม่ต้องมาทำการรักษาต่อเนื่องหลายครั้ง และค่าใช้จ่ายในการรักษาถูกกว่าการรักษาคลองรกพัน แต่จะมีข้อเสียคือ จำเป็นต้องใส่พื้นปลอมทดแทนพื้นที่ที่ถูกถอนไป

ภายหลังการถอนพื้นที่ที่เป็นสาเหตุออกแล้ว พบว่ายังมีหนองไหลจากเหงือกบริเวณที่ถอนพื้นที่อยู่ จากการตรวจเพิ่มเติมพบลักษณะของถุงน้ำล้อมรอบตำแหน่งที่เคยเป็นรกพันที่เป็นสาเหตุ จึงพิจารณาผ่าตัดเพื่อนำรอยโรครอบรกพันออก จากการตรวจทางคลินิกและจากภาพถ่ายรังสี พบว่ารอยโรคไม่ได้มีขนาดใหญ่มากนัก ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดกับอวัยวะสำคัญอื่น ๆ จึงพิจารณานำรอยโรคออกทั้งหมดในคราวเดียว โดยวิธีนี้มีข้อดีคือ สามารถนำรอยโรคออกทั้งหมดได้ในครั้งเดียว ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย ใช้ระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า ไม่ต้องมีการผ่าตัดซ้ำ และไม่ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยมากนัก ซึ่งผลการตรวจชิ้นเนื้อก็เข้ากันได้กับลักษณะของถุงน้ำรอบรกพัน ไม่มีลักษณะของเนื้องอกชนิดร้ายแรงอื่นๆ

บทสรุป

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการติดเชื้อแบบเรื้อรัง มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ มาหลายปี จากการซักประวัติพบว่าสัมพันธ์กับการได้รับอุบัติเหตุ มีพยาธิสภาพเกิดกับโพรงประสาทฟัน แต่ไม่ได้ไปรับการรักษาต่อเนื่องในช่วงแรก ทำให้เกิดการลุกลามของโรค กลายเป็นถุงน้ำรอบรากฟัน ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยได้รับการถอนฟันซี่ที่เป็นสาเหตุออกแล้ว แต่ไม่ได้มีการกำจัดรอยโรคที่ปลายรากฟันออกไปด้วย ทำให้ยังคงมีอาการของการติดเชื้อแบบเรื้อรังอยู่ และเนื่องจากรอยโรคไม่ได้มีขนาดใหญ่มากนัก ไม่ได้อยู่ติดกับอวัยวะสำคัญอื่น ๆ แผนการรักษาสุดท้าย จึงจบที่การผ่าตัดเอาถุงน้ำที่หลงเหลืออยู่ออกทั้งหมดในครั้งเดียวภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยหายจากอาการติดเชื้อเรื้อรัง ไม่เกิดการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรคเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. Manwar NU, Agrawal A, Chandak MG. Management of infected radicular cyst by surgical approach. *Int J Dent Clin* 2011;3:75-6
2. Joshi Udupi Krishna PSKaSA. Nasopalatine Cyst: A Rare Entity. *International journal of dental clinics* 2010;2(1):34-6.
3. Bhaskar SN. Oral surgery--oral pathology conference No. 17, Walter Reed Army Medical Center. Periapical lesions--types, incidence, and clinical features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1966;21:657-71.
4. Bava FA, Umar D, Bahseer B, Baroudi K. Bilateral radicular cyst in mandible: an unusual case report. *Journal of international oral health : JIOH*. 2015;7(2):61-3.
5. Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2002;62(1):25-9.
6. Oztan MD. Endodontic treatment of teeth associated with a large periapical lesion. *International endodontic journal*. 2002;35(1):73-8.
7. Tsurumachi T, Saito T. Treatment of large periapical lesions by inserting a drainage tube into the root canal. *Endodontics & dental traumatology*. 1995;11(1):41-6.
8. Jose L. Mejia JED, Bettina Basrani. Active Nonsurgical Decompression of Large Periapical Lesions — 3 Case Reports. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2004;70(November):691-4.
9. Hupp JRE, Edward; Tucker, Myron R. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008. 3p.
10. Kunjamma Thomas PDT, Elsy P Simon. Management of large periapical cystic lesion by aspiration and non surgical endodontic therapy using calcium hydroxide paste. *The Journal of Contemporary Dental practice*.;2012;13(6):5.
11. Pechalova, P., Poriazova, E., and Pavlov, N. 2011. Residual cysts of the jaws. *Curierul Medical*, 323 (5):15-7.
12. Karam N, Karam F, Nasseh I, Noujeim M. Residual cyst with a misleading clinical and radiological appearance. Case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Radiology* 2013;1(1):17-20.
13. Tsvetan TS. RESIDUAL CYST OF UPPER JAW: A CASE REPORT. *International Journal of Information Research and Review*;2017;04:3533-5.
14. Tsvetanov TS. Residual cysts: A brief literature review. . *International journal of Medical and Dental Science* 2016;5(2):1341-6.
15. Motamedi MHK. Periapical ameloblastoma — A case report. *British dental journal*. 2002;193(8):3.
16. Balaji Tandri S. Management of infected radicular cyst by surgical decompression. *Journal of conservative dentistry: JCD*. 2010;13(3):159-61.
17. Lin LM, Ricucci D, Lin J, et al. Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cysts. *J Endod* 2009;35:607-15.

18. Joshi NS, Sujan SG, Rachappa MM. An unusual case report of bilateral mandibular radicular cysts. Contemporary clinical dentistry. 2011;2(1): 59-62.

โรคพิษสุนัขบ้า

| ศุภมาส พันธุ์ชัย

บทคัดย่อ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่เป็นโรคร้ายแรง เพราะผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเสียชีวิต แต่โรคติดต่อไวรัสนี้ป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกัน ก่อน และหลังการสัมผัสโรค ร้อยละ 95 ของสัตว์นำโรคคือ สุนัขที่เป็นสาเหตุหลักของการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คน ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุด ในแต่ละปี ผู้คนมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลกได้รับการฉีดวัคซีน หลังสัมผัสโรคที่สามารถป้องกันการเสียชีวิตของผู้คนนับแสน ๆ คนได้¹

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำการฉีดวัคซีน สูตรปี ค.ศ. 2010 ที่ใช้กันมานาน แต่ในเดือนตุลาคม ค.ศ. 2017 ที่ผ่านมา คณะผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิคุ้มกันได้ปรับปรุงข้อแนะนำขึ้นใหม่โดยอิงจากหลักฐาน และความต้องการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยสูตรใหม่นี้ปรับลดจำนวนครั้งของยาที่ฉีดและเวลาที่ต้องมาฉีดลง โดยยังคงไว้ซึ่งความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษา เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้ คือผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า หลังปี ค.ศ. 2030 เป็นศูนย์^{2,3}

คำสำคัญ : โรคพิษสุนัขบ้า วัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า คำแนะนำองค์การอนามัยโลก

Abstract

Rabies is an animal to human transmission infectious disease that is almost always fatal but is a vaccine-preventable viral disease. Dogs are the main source of human rabies deaths, contributing up to 95% of all rabies transmissions to humans. Every year, more than 15 million people worldwide receive a post-bite vaccination to prevent hundreds of thousands of rabies deaths annually.¹

WHO recommendations for rabies immunization the 2010 WHO position on pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) for rabies. In October 2017 the Strategic Advisory Group of Expert on immunization (SAGE) had update recommendations based on evidence and directed by public health need to decrease cost, dose, and time sparing, while assuring safety and clinical effective. WHO has goal to achieve “Zero human rabies deaths by 2030”.^{2,3}

Keywords: Rabies, Rabies vaccine, WHO recommendation 2017, PEP, PrEP

บทพินิจวิชาการ เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้า เป็นโรคติดต่อจากสัตว์มาสู่คน ที่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ หากแสดงอาการแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย จากอาการสมองและไขสันหลังอักเสบ และเสียชีวิตจากอัมพาตของกล้ามเนื้อระบบทางเดินหายใจ โรคเกิดจากเชื้อไวรัส Rabies เป็น Rhabdovirus ใน genus “Lyssa virus” สัตว์นำโรคเป็นสัตว์เลือดอุ่น โดยเฉพาะสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด ทั้งสัตว์เลี้ยงและสัตว์เลื้อย เช่น สุนัข แมว สุนัขจิ้งจอก สุนัขป่า สกังก์ แรคคูน พังพอน ค้างคาว กระต่าย กระรอก หนู ชะนี แพะ แกะ วัว ควาย เป็นต้น ในประเทศไทย สุนัขเป็นสัตว์นำโรคหลัก รองลงมาเป็นแมว เชื้อไวรัสออกมากับน้ำลายของสัตว์ที่ติดเชื้อ และเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลที่สัตว์กัดหรือข่วน หรือเข้าทางเยื่อบุตา ปาก จมูก ที่ไม่มีแผลหรือรอยฉีกขาดได้ การติดต่อจากคนสู่คน ยังไม่มีรายงานทางธรรมชาติ แต่ติดต่อผ่านการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น กระจุกตา ปอด ตับ ไต จากผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า ระยะฟักตัว ประมาณ 2 – 8 สัปดาห์ แต่บางรายสั้นเพียง 7 วัน หรือ ยาวนานเกินกว่า 1 ปีได้ ระยะฟักตัวสั้นหรือยาว ขึ้นกับปัจจัย ปริมาณของเชื้อไวรัส ความรุนแรงของบาดแผล ปริมาณของปลายประสาทที่ตำแหน่งของแผล และระยะทางจากแผลไปยังสมอง การล้างแผลทันทีจะมีผลช่วยลดจำนวนของเชื้อลงได้มาก ควรล้างแผลให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ให้ถึงก้นแผล โดยใช้เวลาล้างแผล 15 นาที แล้วใส่ยาฆ่าเชื้อ จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคได้ และโรคนี้สามารถป้องกันได้ด้วยการ

ฉีดวัคซีน แต่ต้องฉีดครบตามกำหนดนัด⁴

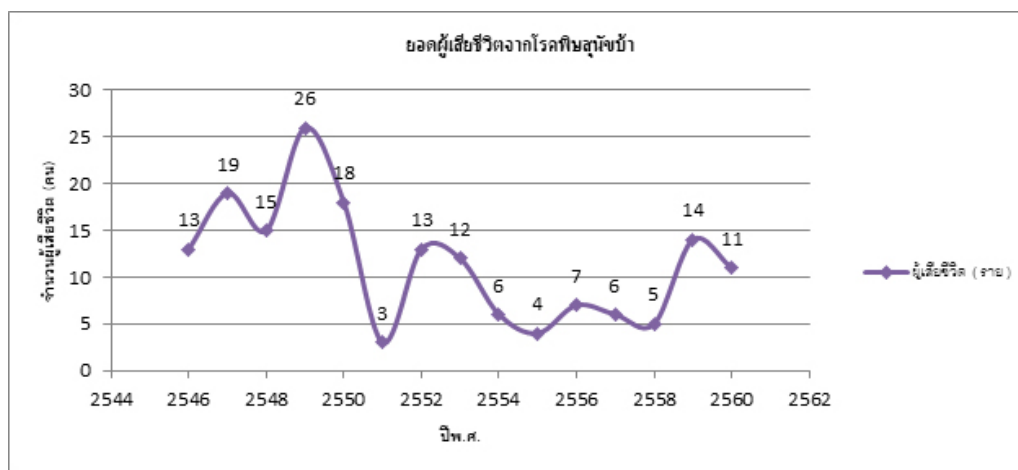
สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทย

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบในประเทศไทยมายาวนานและมีผู้ป่วยเสียชีวิตทุกปีจากโรคนี้ ในประเทศไทยพบผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุดในปี 2523 จำนวน 370 ราย หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2554 - 2560 พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 8, 4, 7, 6, 5, 14 และ 11 ราย ตามลำดับ⁵ ดังแผนภูมิที่ 1

ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา ปี 2559 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าทั้งสิ้น 14 ราย จาก 9 จังหวัด ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 เป็นเพศชาย และไม่ได้ไปรับการฉีดวัคซีนหลังสัมผัสโรค และสถานการณ์โรคในสัตว์ยังมีความรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า พบตัวอย่างให้ผลบวกต่อโรคพิษสุนัขบ้า สูงขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่พบผู้ป่วยเสียชีวิต⁶

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ตั้งแต่ 2 เมษายน 2560 ถึง 2 เมษายน 2561 ในพื้นที่ ประเทศไทย พบรายงานผลบวกของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ 1,188 ตัว คิดเป็นร้อยละ 13.78 ของตัวอย่างทั้งหมด (8,624 ตัว) จาก 77 จังหวัด พบสูงสุดใน จังหวัดร้อยเอ็ด คิดเป็นร้อยละ 13.05 แบ่งเป็นตัวอย่างจากระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (การเก็บตัวอย่างเมื่อพบสัตว์สงสัย/ชันสูตร) จำนวน 1,717 ตัวอย่าง พบผลบวกร้อยละ 52.88 และเป็นตัวอย่างเฝ้าระวังเชิงรุก จำนวน 6,907 ตัวอย่าง

แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า ปี พ.ศ. 2456-2560



ที่มา : สำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

พบผลบวกร้อยละ 4.05 ตรวจพบมากที่สุด ในสุนัข คิดเป็นร้อยละ 88.72 นอกจากนี้ ตัวอย่างที่พบผลตรวจในสุนัข-แมว ที่มีเจ้าของร้อยละ 53.45 ไม่มีเจ้าของร้อยละ 36.39 และไม่ทราบประวัติว่ามีเจ้าของ ร้อยละ 10.16 และพบว่า สุนัข - แมว ไม่ได้ฉีดวัคซีนร้อยละ 48.55 ฉีดวัคซีน ร้อยละ 13.70 และไม่ทราบประวัติร้อยละ 37.75⁷ ใน 3 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเสียชีวิตไปแล้ว จำนวน 5 รายจาก 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดตรัง จังหวัดสุรินทร์ จังหวัดสงขลา และจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดละ 1 ราย⁸

ปัญหาสำคัญที่พบ คือ ประชาชนขาดความรู้และความตระหนักถึงโรคพิษสุนัขบ้า ไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อฉีดวัคซีนหลังสัมผัสโรค ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนในสัตว์ยังต่ำ และยังพบสุนัขจรจัดเป็นจำนวนมากขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของประเทศไทยที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายในปี พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) อันเป็นพระปณิธานของ ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี จึงเกิดการขับเคลื่อนโครงการ “สัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า”^{5,6}

นอกจากนี้ มีการกำหนดให้ วันที่ 28 กันยายน ของทุกปี เป็นวันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก (World Rabies Day) เพื่อรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายไว้ คือ ผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า หลังปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) เป็นศูนย์ โดยทางองค์การอนามัยโลกได้ร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆ เช่น องค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (OIE), องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO), บริษัท Global Alliance เพื่อการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (GARC) เพื่อกำหนดยุทธวิธีที่จะทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมาย และได้ปรับปรุงคำแนะนำในการดูแลผู้สัมผัสโรคใหม่ในการประชุมเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมา^{1,2,5}

อาการโรคพิษสุนัขบ้าในคน

โรคพิษสุนัขบ้าในคน จำแนกอาการได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. Furious หรือ Encephalitis Rabies : (อาการคลุ้มคลั่ง)

ระยะการดำเนินโรคเร็ว โดยเฉลี่ยเสียชีวิต ใน 5 วัน

การวินิจฉัย ต้องมีอาการทั้ง 3 ครบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีประวัติถูกสัตว์กัด

1.1 Fluctuation of conscious ผู้ป่วยจะมีอาการสลับระหว่างสภาวะการรู้สึกตัวที่ปกติและตื่นเตน กระวนกระวายต่อสิ่งเร้า ไม่ว่าจะเป็น เสียง แสง ซึ่งจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนผู้ป่วยอาจจะอาละวาด ผุดลุกผุดนั่ง สลับกับการอยู่ในสภาวะปกติ สามารถพูดคุย ได้ตอบ รู้เรื่อง สภาพเช่นนี้จะดำเนินไป 2-3 วัน แล้วผู้ป่วยจะเริ่มซึม ไม่รู้สึกตัว (coma) ในระยะ 24 ชั่วโมงสุดท้าย

1.2 Phobic spasms ได้แก่ อาการกลัวน้ำ กลัวลม ซึ่งลักษณะทั้งสองนี้อาจจะไม่พบร่วมกันได้ อาการจะเห็นได้ชัดเจนที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มซึม อาการเหล่านี้จะหายไป แต่ผู้ป่วยจะมีอาการถอนหายใจเป็นพัก ๆ (inspiratory spasms) ซึ่งเกิดขึ้นเอง และเป็นอาการสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัย

1.3 Autonomic stimulation ได้แก่ อาการขนลุก เป็นบางส่วนหรือทั้งตัว รูม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง และอาจขยายเต็มที่ หรือหดตัวเต็มที่ เป็นระยะสั้น ๆ มีน้ำลายมากผิดปกติ จนต้องบ้วนหรือถ่มเป็นระยะ นอกจากนี้อาจมีอาการคันตรงที่ถูกสัตว์กัด ปวดแสบร้อน ปวดลึก ๆ ไปที่แขนขา หน้าซีกที่ถูกกัด (local neuropathic symptoms)

ซึ่งอาการในกลุ่มนี้ อาจคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่ได้รับสารบางชนิด เช่น atropine, สารเสพติด (กัญชา สุรา ยา amphetamine) และโรคบาดทะยัก ที่ผู้ป่วยจะมีอาการเกร็งตลอดเวลา โดยเฉพาะกล้ามเนื้อลำตัว ท้อง หลัง และอ้าปากไม่ขึ้น

2. Dumb หรือ Paralytic rabies : (อาการแบบอัมพาต)

ระยะการดำเนินโรคช้า โดยเฉลี่ยเสียชีวิตใน 13 วัน ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ลามขึ้นจากขาไปยังแขน และลามไปทั่วตัว โดยจะอ่อนแรงซีกซ้าย ขวา พอ ๆ กัน โดยลักษณะการตรวจคลื่นไฟฟ้าของกล้ามเนื้อ และกระแสประสาท จะคล้ายคลึงกับผู้ป่วย Guillain Barre syndrome (GBS) ร่วมกับมี deep tendon reflex หายไป เมื่อมีอาการมากขึ้น จะหายใจไม่ได้ โดยแยกจากโรค GBS คือ โรคพิษสุนัขบ้าจะมีไข้ ตรวจระบบรับความรู้สึกจะยังคงเป็นปกติดี (sensory system) มี percussion myoedema (ใช้ไม้เคาะ jerk เคาะไปที่กล้ามเนื้อ deltoid หรือหน้าอก จะมีรอยนูนปูด

ขึ้นชั่วคราว) และผู้ป่วยจะมีปัญหาในการเบ่งหรือกลั้นปัสสาวะร่วมด้วย ข้อควรระวังในผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คือ ผู้ป่วยแทบจะไม่รับรู้สภาวะสติสัมปชัญญะหรืออารมณ์ที่แปรปรวนเลย บางครั้งอาจจะมีอารมณ์แจ่มใส ร่าเริง ไม่เข้ากับสภาพเจ็บป่วย และพบอาการกลืนน้ำ กลืนลมน้อยมาก อาการหายใจลำบากจะเห็นไม่ชัดเจน เพราะอาการอ่อนแรงปกปิดเอาไว้

3. Atypical หรือ Nonclassical rabies

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่อาจวินิจฉัยได้จากอาการอย่างเดียว การตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) จะพบลักษณะเฉพาะ คือ ความผิดปกติในตำแหน่ง brainstem, thalamus, basal ganglia, subcortical and deep white matter ในขณะที่ผู้ป่วยรู้ตัวจะไม่มี gadolinium contrast enhancement จะพบเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สตัวเท่านั้น ความผิดปกติของ MRI จะพบเหมือนกันทั้งสามกลุ่ม แต่กลุ่มที่สามจะวินิจฉัย โดยการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาเชื้อไวรัส rabies

สัตว์นำโรค

กว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ มีสาเหตุมาจากสุนัข เพราะเป็นสัตว์เลี้ยงในบ้าน ที่มีความใกล้ชิด โอกาสที่ผู้คนจะสัมผัสสุนัขจึงมีอยู่ตลอดเวลา อาการในสุนัขที่ติดเชื้อ จะพบทั้งแบบดุร้าย และแบบซึม โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มแรก มีอาการประมาณ 2-3 วัน โดยจะมีนิสัยและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ซุกตัวเงียบ มีอารมณ์หงุดหงิด มีไข้ ม่านตาขยายกว้างกว่าปกติ ตอบสนองต่อแสงลดลง กินข้าว กินน้ำ น้อยลง
2. ระยะตื่นเต้น จะเริ่มมีอาการทางประสาท กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง กัดแทะสิ่งของทุกสิ่งไม่เลือกหน้าเสียงเห่าหอนเปลี่ยนไป ตัวแข็ง บางตัวล้มลงชักกระตุก
3. ระยะอัมพาต สุนัขจะมีคางห้อยตก ลิ้นมีสีแดง คล้ายห้อยออกนอกปาก น้ำลายไหล และไม่สามารถใช้ลิ้นได้เลย อาจจะมีอาการขยอก คล้ายมีอะไรอยู่ในคอ ขาอ่อนเปลี้ยทรงตัวไม่ได้ ล้มลงแล้วลุกไม่ได้ อาการอัมพาตจะเริ่มจากขาหลังแล้วลามไปทั่วตัว และตายในที่สุด ภายใน 10 วันหลังแสดงอาการ

สุนัขที่แสดงอาการดุร้าย จะแสดงอาการอัมพาตสันนิษฐานส่วนที่มีอาการซึม จะเป็นอันตรายมาก เนื่องจากวินิจฉัยได้ยาก

จึงทำให้เจ้าของไปป้อนยา ป้อนอาหาร จนสัมผัสกับน้ำลายหรือถูกกัดได้^{4,9}

การส่งหัตถ์ตรวจชันสูตร

1. ถ้าเป็นสัตว์เล็ก เช่น กระรอก กระต่าย แมว ส่งชันสูตรได้ทั้งตัว แต่ถ้าเป็นสัตว์ตัวใหญ่ เช่น สุนัข วัว ให้ตัดเฉพาะส่วนหัวไปตรวจชันสูตร

2. ผู้ตัดหัตถ์ ต้องไม่มีบาดแผลที่มือ และสวมถุงมือที่กันน้ำได้ขณะตัด

3. นำถุงพลาสติกครอบปากสุนัขก่อนลงมือตัด เพื่อป้องกันน้ำลายกระเด็น ตัดตรงรอยต่อระหว่างหัวกับคอ รวบถุงพลาสติกครอบปากสุนัข ใส่ลงไปในถุงพลาสติกหนา ๆ อีกชั้น รัดปากถุงให้แน่น ห่อด้วยกระดาษหนังสือพิมพ์หนา ๆ ใส่ถุงพลาสติกหนาอีกชั้น รวบปากถุงให้แน่น (ห้ามแช่หัวสุนัขในฟอร์มาลิน เพราะจะทำให้เนื้อสมองแข็งตรวจไม่ได้) ใส่ในถัง (พลาสติก โฟม หรือโลหะ) ที่มีน้ำแข็งรองอยู่กันถึงประมาณ 1 ใน 4 ของถังเทน้ำแข็งกลบทับให้มากพอแล้วปิดฝาเพื่อรักษาตัวอย่างไม่ให้เน่า แต่ไม่ถึงกับแช่แข็ง

4. นำส่งห้องชันสูตรโรคโดยเร็วที่สุด ภายใน 24 ชั่วโมง

5. กรอกข้อมูลในแบบส่งตัวอย่างให้ครบ ทั้งชนิดของสัตว์ สี อายุ การฉีควัคซีน การกักคั่น หรือสัตว์อื่น รวมทั้งชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล ของผู้ต้องการผลชันสูตรติดเอาไว้ด้วย เพื่อป้องกันการสลับตัวอย่าง ส่วนซากถุงมือหรือถุงพลาสติก ควรเผาหรือฝังให้ลึกอย่างน้อย 50 เซนติเมตร เพื่อป้องกันสัตว์อื่นคุ้ยเขี่ย มีด และอุปกรณ์อื่น ควรทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วผึ่งแดดให้แห้ง หรือต้มในน้ำเดือดนาน 10 นาที^{4,10}

แนะนำให้ส่งหัตถ์ตรวจทุกรายที่สงสัยว่า เป็นโรคพิษสุนัขบ้า การตรวจชันสูตรสมองสัตว์ โดยวิธี Direct fluorescent rabies test (DFA) ถ้าให้ผลเป็นบวก ให้ถือว่าสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ต้องให้การป้องกันแก่ผู้สัมผัส¹¹

การเก็บส่งตรวจในคน ที่สงสัยโรคพิษสุนัขบ้า หรือใช้สมองอีกเสบที่ไม่ทราบสาเหตุ

ส่งตรวจที่เก็บ ได้แก่ น้ำลาย ปัสสาวะ ปมรากผม และไขสันหลัง ที่จะเก็บจากผู้ป่วยที่ยังมีชีวิต แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ควรเก็บชิ้นเนื้อเยื่อสมองส่งตรวจ วิธีการ

ตารางที่ 1 การเก็บสิ่งส่งตรวจในคน

ชนิด	ปริมาณ	วิธีการตรวจ			วิธีการเก็บตัวอย่าง
		DFA	เพาะเชื้อ	PCR	
กรณียังมีชีวิต					
1. น้ำลาย	1-2 มล.	/	/	/	ดูดจากบริเวณตอม่น้ำลาย หรือเก็บน้ำลายที่ไหลออกมา ควรเก็บวันละ 2-3 ครั้ง ห่างกัน 3-6 ชั่วโมง
2. ปัสสาวะ	10 มล.			/	ควรเก็บวันละ 2-3 ครั้ง ห่างกัน 3-6 ชั่วโมง
3. ปมรากผม	20 เส้น	/		/	ดึงโดยกระตุก ให้มีปมรากผมติดมาด้วย
4. น้ำไขสันหลัง	1-2 มล.			/	ถ้าเก็บได้ถึง 5 มล. จะตรวจไวรัสชนิดอื่น ๆ ได้ด้วย
กรณีเสียชีวิตแล้ว					
เนื้อสมอง (ชิ้นขนาดเท่าเมล็ดถั่วเขียว)	3-5 ชิ้น	/	/	/	1) เจาะเนื้อสมองผ่านเบ้าตา (necropsy) 2) กรณีตรวจชันสูตรศพ ให้เก็บสมองส่วน brain stem, spinal cord ส่วนต้นคอ และ hippocampus

เก็บสิ่งส่งตรวจ ดังตารางที่ 1

- ควรเก็บตัวอย่างใส่ภาชนะปลอดเชื้อ ปิดฝาปิดสนิทด้วยเทปที่ปิดแน่น และบรรจุในถุงพลาสติกกันน้ำอีกชั้น ปิดปากถุงให้แน่น ติดฉลาก เขียนชื่อ นามสกุล วันที่เก็บตัวอย่าง ให้ชัดเจนพร้อมแนบใบนำส่งตัวอย่าง ประวัติและอาการผู้ป่วย

- ระหว่างรอส่งตรวจ สิ่งส่งตรวจในตู้เย็นธรรมดา ห้ามแช่แข็ง นำส่งในภาชนะเก็บความเย็น ที่บรรจุน้ำแข็งอย่างเพียงพอ ส่งถึงห้องปฏิบัติการภายใน 24 ชั่วโมง หลังการเก็บ และโทรแจ้งห้องปฏิบัติการก่อนทุกครั้ง

- ผู้เก็บตัวอย่าง ควรทำด้วยความระมัดระวัง ควรใส่เสื้อกาวน์ ถุงมือ หน้ากากอนามัย แวนตานิรภัย เมื่อเก็บเสร็จฆ่าเชื้ออุปกรณ์ โดยการแช่น้ำยาฆ่าเชื้อ หรือต้มในน้ำเดือดอย่างน้อย 5 นาที หรือ อบ Autoclave ขยะกำจัดตามมาตรฐานขยะติดเชื้อ^{10,11}

คำจำกัดความ

การสัมผัส หมายถึง การถูกกัด หรือ ข่วน หรือ น้ำลายกระเด็นเข้าบาดแผล หรือผิวหนังที่มีรอยถลอก หรือ

ถูกเลีย เย็บๆ ปาก จมูก ตา หรือ กินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์ หรือผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า

ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึงผู้ที่สัมผัสกับสัตว์ที่ได้รับการพิสูจน์ หรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงกรณีที่สัตว์หนีหาย และสัตว์ที่ไม่ทราบประวัติ

ผู้สัมผัสโรคที่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน หมายถึงผู้สัมผัสโรคที่เคยได้รับวัคซีนแบบก่อนสัมผัสโรคครบ หรือได้รับวัคซีนแบบหลังสัมผัสโรคด้วยวัคซีนเซลล์เพาะเลี้ยงมาก่อนอย่างน้อย 3 เข็ม¹¹

การดูแลรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า¹⁰⁻¹²

1. ปฐมพยาบาล บาดแผลโดยทันที ล้างแผลด้วยน้ำฟอกสบู่หลาย ๆ ครั้ง ถ้าแผลลึกให้ล้างถึงก้นแผล อย่างน้อย 15 นาที ระมัดระวังอย่าให้แผลซ้ำ เช็ดแผลด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ควรใช้โพวิโดนไอโอดีน หรือฮิปีเทน ในน้ำ ถ้าไม่มีให้ใช้ 70% แอลกอฮอล์ หรือทิงเจอร์ไอโอดีน ถ้ามีแผลฉีกขาด ไม่ควรเย็บแผลหรือรอ 2-3 วัน เว้นเสียแต่มีเลือดออกมาก หรือแผลใหญ่ ควรเย็บหลวม ๆ และใส่ที่ระบายน้ำ

2. การป้องกันบาดทะยัก พิจารณาให้วัคซีนบาดทะยัก หรือ Tetanus antitoxin ตามลักษณะบาดแผล ประวัติการได้รับ และพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม

3. การรักษาตามอาการ ให้ยาแก้ปวด ตามความจำเป็น

4. การตัดสินใจให้วัคซีนและอิมูโนโกลบูลินป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ให้พิจารณาลักษณะที่สัมผัส ตามตารางที่ 2 ถ้าเฝ้าสังเกตอาการสัตว์ครบ 10 วัน แล้วสัตว์ยังปกติก็หยุดฉีดวัคซีนได้ (ได้ครบ 3 เข็ม ถือเป็น pre-exposure)

ตารางที่ 2 แนวทางการรักษาผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า แบ่งกลุ่มตามประวัติการสัมผัสที่จะมีความเสี่ยงต่อการติดโรค¹⁰

กลุ่ม WHO CATEGORY	ชนิดของการสัมผัส	ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า		
		ไม่เคยหรือเคยฉีดแต่น้อยกว่า 3 เข็ม	เคยฉีดเข็มสุดท้ายแต่ไม่เกิน 6 เดือน	เคยฉีดเข็มสุดท้ายเกิน 6 เดือน
1	ถูกสัมผัส แต่ไม่มีบาดแผลหรือรอยถลอก	ล้างฟอกสบู่ให้สะอาด ไม่ต้องฉีดวัคซีน	ล้างฟอกสบู่ให้สะอาด ไม่ต้องฉีดวัคซีน	ล้างฟอกสบู่ให้สะอาด ไม่ต้องฉีดวัคซีน
2	ถูกจับเป็นรอยขีด หรือมีรอยแผลถลอก ไม่มีเลือดออก หรือมีเลือดออกซึม ๆ	- ทำแผล - ฉีดวัคซีนครบคอร์ส	- ทำแผล - ฉีดวัคซีนกระตุ้นครั้งเดียว (0)	- ทำแผล - ฉีดวัคซีนกระตุ้น 2 ครั้ง (0,3)
3	3.1 ถูกเลีย น้ำลายถูกผิวหนังที่มีแผล 3.2 ถูกกัด ข่วนเป็นแผลที่มีเลือดออก 3.3 ถูกเลีย หรือน้ำลาย สิ่งคัดหลั่งถูกเย็บหูตา ปาก จมูก หรือแผลที่มีเลือดออก 3.4 มีแผลที่ผิวหนัง และสัมผัสสารคัดหลั่งจากร่างกาย สัตว์ ซากสัตว์ เนื้อสมองสัตว์ รวมทั้งการชำแหละและลอกหนังสัตว์ กินอาหารดิบที่ปรุงจากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า	- ทำแผล - ฉีดวัคซีนครบคอร์ส - ฉีดอิมูโนโกลบูลินรอบแผล โดยเร็วที่สุด	- ทำแผล - ฉีดวัคซีนกระตุ้นครั้งเดียว (0)	- ทำแผล - ฉีดวัคซีนกระตุ้น 2 ครั้ง (0,3)

- หยุดฉีดวัคซีน เมื่อสัตว์ยังเป็นปกติตลอดเวลาที่กักขังเพื่อดูอาการ 10 วัน ถ้าสุนัขหรือแมวตายระหว่างกักขังให้ฉีดวัคซีนให้ครบจำนวน

- กรณีถูกกัดบริเวณใบหน้า ศีรษะ คอ มือ และนิ้วมือ หรือแผลลึก ฉีกขาดมาก หรือถูกกัดหลายแผล ถือว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง และระยะฟักตัวสั้น พิจารณาให้อิมูโนโกลบูลินโดยเร็วที่สุด (แต่ถ้าฉีดวัคซีนเข็มแรกไป 7 วันแล้ว จะเริ่มมีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นแล้ว ไม่ต้องฉีดอิมูโนโกลบูลิน)

- สุนัขและแมวที่มีความเสี่ยงต่ำ ต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็นประจำทุกปี หรือเคยได้รับการฉีดวัคซีนมาก่อนอย่างน้อย 2 ครั้ง และครั้งหลังสุดไม่เกิน 1 ปี แต่ควรกักขังสัตว์ ไว้ดูอาการอย่างน้อย 10 วัน ถ้ามีอาการน่าสงสัย ให้รีบไปฉีดวัคซีน ตามเกณฑ์ลักษณะบาดแผล

- สัตว์จรจัด สัตว์ป่า ที่กัดแล้วหนีหายไป หรือผู้ถูกกัดจำสัตว์ที่กัดไม่ได้ ให้ถือเสมือนว่าเป็น โรคพิษสุนัขบ้า ให้วัคซีนหรือวัคซีน และอิมูโนโกลบูลิน ตามลักษณะบาดแผล

ตารางที่ 3 วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่จดทะเบียนในประเทศไทย^{10,11}

วัคซีนที่เพาะเลี้ยงใน embryo cells	วัคซีนที่เพาะเลี้ยงใน Vero cells	วัคซีนที่เพาะเลี้ยงใน human cell
PEEC (Rabipur®) : 1 ml	PVRV (Verorab®) : 0.5 ml	HDCV (SII Rabivax®) : 1 ml
PDEV (Lyssavac N®) : 1 ml : IOnly	PVRV (Abhayrab®) : 0.5 ml	HDCV (Imovax®) *: 1 ml
	CPRV (Speeda®) : 0.5 ml	

*ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย

PCEC : Purified Chick Embryo Cell Rabies Vaccine,
PDEV : Purified Duck Embryo Cell Rabies Vaccine,
PVRV : Purified Vero Cell Rabies Vaccine, CPRV :
Chromatographically Purified Vero Cell Rabies
Vaccine, HDCV : Human Diploid Cell Rabies Vaccine

ในประเทศไทย มีวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าหลายแบบที่
จดทะเบียนในประเทศไทย ให้เลือกใช้ ดังตารางที่ 3 บางแบบ
ฉีดได้ทั้งแบบเข้ากล้ามเนื้อและผิวหนัง (HDCV, PCEC, PVRV,
CPRV) บางยี่ห้อฉีดได้เฉพาะแบบเข้ากล้ามเนื้อ (PDEV) จึงควร
ศึกษารายละเอียดของวัคซีนก่อนฉีด

- วัคซีนที่ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ สามารถแทนกันได้ทุกตัว
ตำแหน่งที่ฉีด ควรฉีดที่กล้ามเนื้อต้นแขน (deltoid) ไม่ควรฉีด
ที่สะโพก ในเด็กต่ำกว่า 2 ปี ให้ฉีดตรงกล้ามเนื้อหน้าขาด้านนอก
(anterolateral)

- วัคซีนที่ฉีดเข้าในหนัง ทุกวัคซีนต้องมี antigenicity
มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 IU/ 0.1 ml

- การฉีดสลับเข้ากล้ามเนื้อ/เข้าผิวหนังสามารถทำได้
แต่ควรใช้วัคซีนที่เป็นประเภทเดียวกัน (embryo/Vero cells)

- ข้อควรระวัง ควรมาให้ตรงนัด ใน 3 เข็มแรก
ทั้งการฉีดทั้งสองแบบ

- สตรีตั้งครรภ์ ไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน หรือ
อิมมูโนโกลบูลิน ให้ฉีดเหมือนคนปกติ

- เด็กที่สัมผัสโรคให้ฉีดขนาดเท่ากับผู้ใหญ่ ทั้งวัคซีน
และอิมมูโนโกลบูลิน

- ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง ได้แก่ กลุ่ม
ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องชนิดปฐมภูมิ ผู้ป่วยมะเร็งที่กำลัง
รักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมาภายใน
2 สัปดาห์ ผู้ที่กำลังได้รับยาสเตียรอยด์มากกว่า 20 มก. หรือได้
รับมากกว่า 2 มก./กก./วัน มานานกว่า 14 วัน ผู้ป่วยเอดส์
ที่มี CD4+ T-lymphocyte count น้อยกว่า 200/ลบ.มม.
ผู้ที่กำลังได้รับยาปรับภูมิคุ้มกัน (immune modulators) เช่น
tumor necrosis factor-alpha blocker หรือได้รับการรักษา
ที่กดภูมิคุ้มกันขนาดสูงอยู่ ในกลุ่มนี้เมื่อให้การรักษา ผู้ป่วย
ภายหลังสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ควรให้การรักษาโดยการฉีดเข้า
กล้ามเนื้อและอาจพิจารณาที่จะเจาะเลือดดูระดับของ rabies
Nab titer (Neutralizing antibody ความมากกว่า 0.5 IU/ml)
ในวันที่ 14 ภายหลังได้รับวัคซีน เพื่อดูว่ามีภูมิคุ้มกันเพียงพอ
ป้องกันโรคหรือไม่หลังฉีดวัคซีน รวมถึงผู้สัมผัสโรคที่กำลัง
ทานยา chloroquine เพื่อรักษาโรคมาลาเรียอยู่¹³

- ส่วนประกอบอื่น ๆ ในวัคซีน จะมีประโยชน์ในการ
พัฒนา เมื่อผู้ได้รับวัคซีน มีประวัติการแพ้อาหาร หรือเกิด
ปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังการฉีด เช่น ใน PCEC จะมีโปรตีน
ของไข่ แม้จะมีปริมาณน้อยพอ ๆ กับวัคซีนโรคหัด หัดเยอรมัน
คางทูม สามารถให้ได้เหมือนคนปกติ ถ้าไม่ได้มีอาการแพ้
รุนแรง (anaphylaxis) หรือมีประวัติแพ้เจลาติน ก็ควรเสี่ยง
การใช้วัคซีน PCEC¹⁴

การฉีดวัคซีน จะมี 3 แบบ

1. Pre-exposure prophylaxis (PrEP)

1.1 การฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular, IM)
ฉีดหนึ่งเข็ม (0.5 หรือ 1 มล. แล้วแต่นิตของวัคซีน)
เข้าบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขน ครั้งละ 1 โดส ในวันที่ 0, 7, 21
หรือ 28



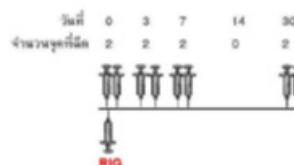
1.2 การฉีดวัคซีนเข้าในผิวหนัง (Intradermal, ID)
ฉีดเข้าในหนังบริเวณต้นแขน 2 ข้าง ๆ ละ 1 จุด (รวม 2 จุด)
ปริมาณ 0.1 มล. ต่อข้าง ในวันที่ 0, 7, 21 หรือ 28

2. Post exposure prophylaxis (PEP)

2.1 การฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular, IM)
สูตร ESSEN (standard intramuscular regimen) :
(1-1-1-1-1) ฉีดหนึ่งเข็ม (0.5 หรือ 1 มล. แล้วแต่นิตของ
วัคซีน) เข้าบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขน ครั้งละ 1 โดส ในวันที่ 0,
3, 7, 14, 30



2.2 การฉีดวัคซีนเข้าในผิวหนัง (Intradermal, ID)
สูตร TRC-ID (Thai Red Cross-ID regimen) : (2-2-2-
0-2) ฉีดเข้าในหนังบริเวณต้นแขน 2 ข้าง ๆ ละ 1 จุด (รวม 2
จุด) ปริมาณ 0.1 มล. ต่อข้าง ในวันที่ 0, 3, 7, 30



3. **Booster** ในผู้สัมผัสโรคที่เคยฉีดวัคซีนมาแล้วน้อยกว่า 6 เดือน ให้กระตุ้นอีก 1 เข็ม ในวันที่ 0 และผู้ที่เคยฉีดนานกว่า 6 เดือน ให้กระตุ้น 2 เข็ม ในวันที่ 0,3 ทั้งแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อและเข้าผิวหนัง

อิมมูโนโกลบูลิน (Rabies Immunoglobulin: RIG)

ในประเทศไทย มีเชื้ออยู่สองประเภท คือ ชนิดที่ผลิตจากซีรัมม้าและชนิดที่ผลิตจากซีรัมคน ทั้งสองชนิดใช้ขนาดแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4 และข้อบ่งชี้ในการใช้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 4 อิมมูโนโกลบูลิน สำหรับคนที่มีใช้ในประเทศไทย

ลักษณะ	ERIG (Equine Rabies Immunoglobulin)	HRIG (Human Rabies Immunoglobulin)
ขนาดบรรจุ	1,000 IU (5 ml)	300 IU (2 ml) หรือ 750 IU (5 ml)
ขนาดที่ใช้	40 IU/kg	20 IU/kg
ทดสอบทางผิวหนังก่อนใช้*	ต้อง	ไม่ต้อง

* skin test ฉีด ERIC 1:100 ขนาด 0.02 มล. เข้าในผิวหนังบริเวณท้องแขน รออ่านผล 15-20 นาที มีรอยนูน บวมแดง เส้นผ่าศูนย์กลาง 10 มม. ขึ้นไป เปรียบเทียบกับจุดที่ฉีดน้ำเกลือ

- ไม่ว่าผลทดสอบทางผิวหนังจะให้ผลบวกหรือลบ ต้องเตรียมยา สำหรับช่วยเหลือฉุกเฉินเอาไว้เสมอ (adrenaline, antihistamine และท่อช่วยหายใจ)

- ในกรณีที่ใช้หยอดตา ต้องใช้ HRIG เท่านั้น

- ฝ้าระงับอาการอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหลังฉีด โดยดูอาการ Local reaction, Serum sickness, Hypersensitivity reaction, Anaphylaxis

4. กรณีที่บาดเจ็บแผลกว้าง และยาอาจจะไม่เพียงพอที่จะฉีดได้ครบทุกบาดแผล ให้เพิ่มปริมาณด้วยการผสมกับน้ำเกลือ (NSS) ประมาณ 2-3 เท่า จนพอฉีดได้ครบทุกแผล

5. ถ้าเป็นบาดแผลบริเวณหนังตาหรือที่ตา จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ให้ฉีด HRIG ที่แผล ถ้าหากฉีดไม่ได้ให้หยอดบริเวณแผลที่ตา

6. ถ้าบาดแผลเล็ก เช่น นิ้วมือ การฉีดรอบแผลทำได้จำกัด ให้ฉีดส่วนที่เหลือเข้ากล้ามเนื้อไกลจากจุดที่ฉีดวัคซีน

ข้อควรระวัง :

ผู้ที่มีประวัติแพ้ยาปฏิชีวนะ หรือแพ้โปรตีนจากไข่ หรือสัตว์ปีก และผู้ที่เคยได้รับซีรัมม้า มาก่อน เช่น เคยได้รับแอนติซีรัมต่อ บาดทะยัก คอตีบ พิษสุนัขบ้า หรือซีรัมพิษงู ให้ฉีดวัคซีน และอิมมูโนโกลบูลินด้วยความระมัดระวัง และเฝ้าดูอาการแพ้หลังฉีด อย่างน้อย 1 ชั่วโมง

การเขียนบัตรนัด

ผู้ให้บริการต้องเขียนบัตรนัดระบุ ชนิดของวัคซีน วิธีฉีด วันที่ฉีดอย่างชัดเจน โดยเฉพาะถ้าผู้สัมผัสจะไปรับวัคซีนต่อที่อื่น เพื่อให้สถานบริการต่อไป ดำเนินการฉีดต่อได้ถูกต้อง^{11,12}

การฉีดอิมมูโนโกลบูลินให้ได้ผล

1. ควรฉีดหลังการชำระล้างบาดแผล เพื่อขจัดสารปนเปื้อน ล้างเชื้อไวรัสออกให้มากที่สุด

2. ฉีดอิมมูโนโกลบูลินล้อมรอบแผล เพื่อลบล้างฤทธิ์ของเชื้อ (neutralized rabies virus) ที่ตกค้างอยู่ในบาดแผลหรือรอบแผล โดยการแทงเข็มลึกเข้าใต้บาดแผล ที่รอบแผลด้านนอก และเคลื่อนผ่านใต้กันแผลจนถึงขอบแผลอีกด้าน จากนั้นค่อย ๆ ถอนเข็มพร้อมฉีดยาที่ละน้อย พยายามแทงเข็มให้น้อยครั้งที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงการทำลายปลายประสาท และถ้าายังเหลือให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในตำแหน่งที่ไกลจากจุดที่ฉีดวัคซีน

3. ไม่ให้ขนาดสูงกว่าที่แนะนำ เพราะจะไปกีดขวางสร้างภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีน

ความล้มเหลวในการฉีดวัคซีน

สาเหตุที่การฉีดวัคซีนหลังสัมผัสโรคล้มเหลว ได้แก่ การล้างแผลไม่สะอาดเพียงพอ ฉีดวัคซีนช้าไป เทคนิคการฉีดไม่ถูกต้อง ไม่ได้ให้อิมมูโนโกลบูลิน ไม่ได้ฉีดอิมมูโนโกลบูลินรอบแผล หรือเย็บแผลก่อนการฉีดอิมมูโนโกลบูลิน¹⁵

คำแนะนำใหม่ของการอนามัยโลก

ในปี พ.ศ. 2554 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คำแนะนำถึงการฉีดวัคซีน แบบก่อน และหลังการสัมผัสโรค

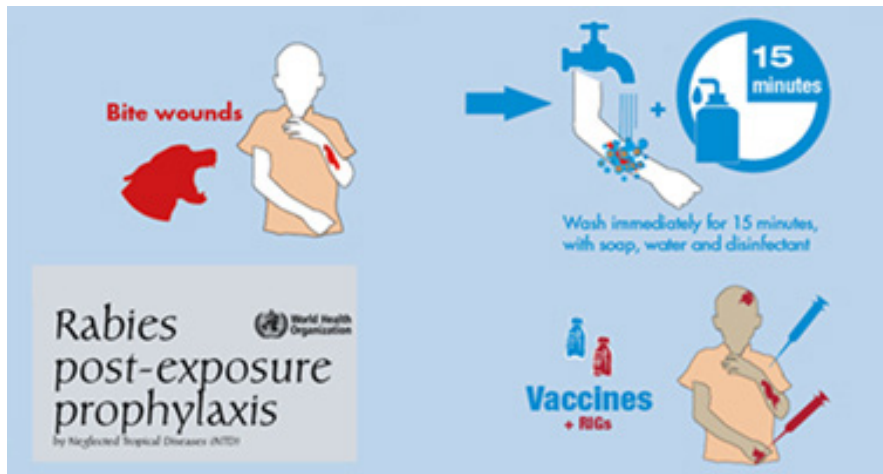
ที่ใช้เป็นแนวทางในประเทศไทยมาหลายปี โดยเฉพาะการฉีดแบบเข้าผิวหนังที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยรวมได้ถึงร้อยละ 60-80 แต่การประชุม เมื่อเดือนตุลาคม 2560 ที่ผ่านมามีคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอแนะใหม่สำหรับการฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า และอิมมูโนโกลบูลินที่จะลงตีพิมพ์เดือนเมษายน 2561 ที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง โดยสูตรใหม่นี้ปรับลดจำนวนครั้งของยาที่ฉีดและเวลาที่ต้องมาฉีดลง โดยยังคงไว้ซึ่งความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษา เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้ คือ ผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าหลังปี ค.ศ. 2030 เป็นศูนย์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบสูตรการฉีดแบบเก่า และแบบแนะนำใหม่ของ WHO

วิธีที่ฉีด	THAI GUIDELINE (WHO 2010)	WHO 2017
Pre-exposure prophylaxis (PREP)	IM : วันที่ 0, 7, 21 ถึง 28	IM : วันที่ 0,7
	ID : วันที่ 0, 7, 21 ถึง 28	ID : วันที่ 0,7 เพิ่มวันที่ 21 ถึง 28 เฉพาะผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง
Post exposure prophylaxis (PEP)	IM : วันที่ 0, 3, 7, 14, 30	IM : วันที่ 0,3,7,14 ถึง 28 IM : วันที่ 0 (2 เข็ม) และ 1 เข็ม วันที่ 7, 21
	ID : วันที่ 0, 3, 7, 30	ID : วันที่ 0, 3, 7
Booster	< 6 MO. : วันที่ 0	IM : วันที่ 0, 3
	> 6 MO. : วันที่ 0,3	ID : วันที่ 0, 3 (1 เข็ม) ID : วันที่ 0 (4 เข็ม)
RIG	ERIC ควรทดสอบทางผิวหนังก่อนให้	ไม่ต้องทดสอบทางผิวหนังก่อนให้

การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มียุทธวิธีหลัก ๆ สองอย่าง คือ 1) การให้วัคซีนสัตว์เลี้ยง เพื่อขัดขวางการส่งผ่านไวรัสสู่คน และ 2) การให้วัคซีนแก่คน ก่อนหรือหลังสัมผัสโรค โดยได้มีการแบ่งผู้สัมผัสโรคเป็นสามกลุ่ม และกลุ่มที่ 2, 3 เป็นกลุ่มที่สมควรได้รับวัคซีนป้องกันหลังสัมผัสโรค โดยมีขั้นตอนสำคัญ เริ่มจากการล้างแผลให้สะอาดทันทีหลังสัมผัส

โรค โดยใช้น้ำล้างแผลประมาณ 15 นาที ฟอกด้วยสบู่ และใส่ยาฆ่าเชื้อที่มีไอโอดีนเป็นส่วนผสม หรือน้ำยาฆ่าเชื้ออื่น ๆ ในผู้สัมผัสโรคกลุ่ม 3 ควรให้อิมมูโนโกลบูลิน และแผลที่จำเป็นต้องเย็บ ควรเย็บทลวม ๆ หลังให้อิมมูโนโกลบูลินรอบแผลแล้ว และเริ่มวัคซีนทันที เน้นย้ำความสำคัญให้ผู้สัมผัสโรคมาฉีดให้ครบตามนัด ดังภาพ

ภาพจาก www.who.int/rabies/en/

ในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน จะพิจารณาให้ PEP ได้สองแบบคือ แบบเข้ากล้ามเนื้อและเข้าผิวหนัง โดยแบบเข้าผิวหนังจะช่วยลดค่าใช้จ่ายเรื่องค่าวัคซีน โดยมีประสิทธิภาพไม่ต่างกัน และคำแนะนำใหม่ สำหรับการฉีดแบบเข้าผิวหนัง คือให้ฉีดสองจุด ในวันที่ 0, 3 และ 7 ส่วนในสูตรเข้ากล้ามเนื้อ จะช่วยลดเวลาที่ต้องฉีดลง โดยมีสองแบบคือ แบบฉีดในวันที่ 0, 3, 7 และเข็มที่สี่ ในช่วงวันที่ 14 ถึงวันที่ 28 หรือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสองเข็ม ในวันที่ 0 และ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเข็มเดียวในวันที่ 7 และ 21 การเปลี่ยนชนิดวัคซีน หรือวิธีที่ฉีด ระหว่างคอร์สเดียวกัน สามารถทำได้ เพื่อให้ครบคอร์ส ถ้ามีการผัดนัดในระหว่างคอร์สสามารถนับต่อไปโดยไม่ต้องเริ่มนับหนึ่งใหม่ ในผู้ที่มีปัญหาภูมิคุ้มกันบกพร่อง ความประเมิณผู้ป่วยเป็นคน ๆ ไป แต่ผู้ป่วยควรได้รับวัคซีนครบคอร์ส ไม่ว่าจะเป็นทางผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ รวมถึงได้รับอิมมูโนโกลบูลินด้วย

ในผู้สัมผัสโรคกลุ่มที่ 3 ที่ควรได้รับอิมมูโนโกลบูลิน ผู้ป่วยควรได้รับทันที และไม่เกิน 7 วันหลังได้วัคซีนเข็มแรก และวัคซีนไม่ควรรอ ถ้าไม่มีอิมมูโนโกลบูลินที่โรงพยาบาล ควรให้ในขนาดที่ถูกต้อง โดยปัจจุบันนี้ ERIC ที่ผลิตใหม่ มีความบริสุทธิ์สูง จึงไม่จำเป็นต้องทำการทดสอบทางผิวหนังก่อนให้ โดยขนาดที่ใช้อยู่ยังเป็นขนาดเดิม ทั้ง ERIC (40 IU/kg) และ HRIC (20 IU/kg) โดยควรฉีดส่วนใหญ่ที่แผลให้มากที่สุด โดยไม่จำเป็นต้องเหลือไว้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ในกรณีที่ไม่มียอิมมูโนโกลบูลิน ก็ให้ล้างแผลให้สะอาด และฉีดวัคซีนเข็มแรก และติดตามต่อให้ครบคอร์ส จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 99 และถ้ามีอิมมูโนโกลบูลินจำกัด สามารถเลือกพิจารณาให้ใน

ผู้ป่วย ที่ถูกกัดหลายแผล แผลลึก ถูกกัดบริเวณที่มีเส้นประสาทอยู่มาก เช่น มือ คอ ศีรษะ และอวัยวะเพศ หรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือสัตว์ที่กัดมีประวัติน่าสงสัยว่าจะติดเชื้อ ถูกค้างควรวุ่น กัด

ในกลุ่มที่เคยได้รับวัคซีนมาแล้ว และถูกสัตว์กัด แนะนำให้ฉีดเข็มเดียวเข้ากล้ามเนื้อในวันที่ 0,3 หรือฉีดเข็มเดียวเข้าผิวหนังในวันที่ 0, 3 หรือฉีดเข้าผิวหนังแบบ 4 จุด บริเวณกล้ามเนื้อต้นแขนซ้ายขวา และต้นขา ในวันที่ 0 ครั้งเดียว และถ้าถูกกัดภายใน 3 เดือน หลังฉีดวัคซีนครบคอร์ส (PEP) ไม่จำเป็นต้องฉีดซ้ำ

ในกลุ่มที่ฉีดเพื่อป้องกันล่วงหน้า แนะนำในกลุ่มที่ทำงานใกล้ชิดสัตว์ หรือเชื้อไวรัส ในกลุ่มนี้ ถ้าถูกกัด ไม่จำเป็นต้องฉีดอิมมูโนโกลบูลิน แต่อาจได้รับวัคซีนกระตุ้นตามลักษณะบาดแผล การฉีดวัคซีนป้องกัน ทำได้สองทาง ทั้งแบบเข้ากล้ามเนื้อ ฉีดเข็มเดียว ในวันที่ 0 และ 7 หรือ แบบเข้าผิวหนังสองเข็ม ในวันที่ 0 และ 7 ในกลุ่มผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง ควรประเมินอาการเป็นราย ๆ ไป โดยให้ทั้งสองแบบ และควรเพิ่มเข็มที่ 3 ในระหว่างวันที่ 21 ถึง 28 เข้าไปด้วย และถ้าถูกกัด ควรได้รับวัคซีน PEP ครบคอร์ส รวมถึงพิจารณาอิมมูโนโกลบูลินด้วย²

ในประเทศไทย ตอนนี้ ผู้เชี่ยวชาญยังแนะนำให้ใช้แบบมาตรฐานเดิมไปก่อน จนกว่าจะมีประกาศเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันปัญหาการฟ้องร้อง และคำแนะนำใหม่นี้ ยังไม่มียานวิจัยรองรับในเรื่องการสร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งคงต้องรอผลงานวิจัยในอนาคตต่อไปก่อน

คำวิจารณ์

โรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน แต่ถ้าละเลยไม่ป้องกัน หรือรักษาตั้งแต่เริ่มสัมผัสโรค จนโรคดำเนินไปเต็มที่แล้ว อัตราการตายจะสูงมาก เพราะการรักษาในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าได้ มีการเก็บรวบรวมรายงานผู้รอดชีวิตในระหว่างปี ค.ศ. 1972 - 2014 มีจำนวน 10 คน พบว่าผู้รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีแอนติบอดีอยู่แล้ว มี 3 รายที่พื้นตัวดี และ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดจากเชื้อที่แพร่มาจากค้างคาวกต¹⁵ ในประเทศไทยผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่ เมื่อสอบสวนโรคย้อนหลังในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2560 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 43 คน พบว่า ผู้ป่วย 40 คนไม่ได้ฉีดวัคซีน มี 1 คนไปฉีดแต่ไม่ครบ อีก 2 คน ไปคลินิกและโรงพยาบาล แต่ไม่ได้รับวัคซีนหลังสัมผัสโรค¹⁶ ในปี พ.ศ. 2555 ได้มีการบูรณาการด้านการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งในคนและสัตว์ ระหว่างกรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้จำนวนการพบโรคพิษสุนัขบ้าในคนลดลงอย่างชัดเจน เห็นได้จากกราฟที่ 1 แต่การดำเนินงานด้านการส่งเสริมภูมิคุ้มกันที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัดในปี พ.ศ. 2558 ทำให้แนวโน้มการพบโรคในสัตว์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และส่งผลให้มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งปัญหานี้กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการแก้ไข ทำความเข้าใจกับสำนักงานตรวจประเมินแผ่นดิน และปรับปรุงการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเพื่อแก้ไขปัญหาการจัดซื้อวัคซีน และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในด้านงบประมาณต่อ¹⁷

ดังนั้นเพื่อให้ประเทศไทยปลอดผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า ก่อนปี พ.ศ. 2563 การณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนยังถือเป็นเรื่องสำคัญ และต้องทำควบคู่กันไปทุกด้าน ทั้งคนและสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์เลี้ยง ที่อยู่ใกล้ชิดกับคน ควรได้รับการฉีดวัคซีนตั้งแต่อายุ 3 เดือนขึ้นไป และฉีดซ้ำทุกปี ส่งเสริมการทำหมันในสัตว์ โดยเฉพาะสัตว์ที่ไม่มีเจ้าของ

กระทรวงสาธารณสุข ความทำงานร่วมกับกรมปศุสัตว์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการณรงค์ให้ความรู้ ฉีดวัคซีนสัตว์ และควบคุมปริมาณสัตว์จรจัด กักสัตว์ที่มีอาการน่าสงสัยเพื่อสังเกตอาการ 10 วัน หากสัตว์เสียชีวิตควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป รวมถึงรณรงค์ให้ประชาชนที่สัมผัสโรครีบไปรับการฉีดวัคซีนทันที

คำแนะนำสำหรับประชาชน¹⁸

1. เจ้าของสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว ต้องนำสัตว์เลี้ยงไปฉีดวัคซีน ครั้งแรกเมื่อสัตว์เลี้ยงอายุ 2 - 4 เดือน และฉีดซ้ำทุกปี
2. ไม่ปล่อยสัตว์เลี้ยงออกนอกบ้านตามลำพัง
3. ช่วยกันลดจำนวนสุนัขที่ไม่มีเจ้าของ หรือสุนัขที่ไม่มีผู้รับผิดชอบ
4. ลดความเสี่ยงถูกสุนัขกัดหรือทำร้าย ด้วยคำแนะนำ 5 ย. (อย่าแหย่ อย่าเหยียบ อย่าแยก อย่าหยิบ อย่ายุ่ง)
5. กรณีประชาชนต้องการซื้อสัตว์เลี้ยง ควรซื้อจากแหล่งที่เชื่อถือได้ มีประวัติพ่อแม่ ประวัติการฉีดวัคซีน หลังซื้อแล้ว ควรพาไปตรวจสุขภาพกับสัตวแพทย์ และฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามเกณฑ์อายุ หากสัตว์เลี้ยงเสียชีวิตผิดปกติควรส่งหัวไปตรวจ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 2017. Rabies Fact Sheet. [online]. Available from : [http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/en/) [cited 27 Mar 2018].
2. World Health Organization. 2018. Rabies vaccine and immunoglobulins: WHO position. [online]. Available from : http://www.WHO.int/rabies/resources/who_cds_ntd_nzd_2018.04/en/ [cited 27 Mar 2018].
3. World Health Organization. 2018. WHO announces new rabies recommendations. [online]. Available from : [http:// www.who.int/neglected_diseases/news/Rabies_WHO_has_published_new](http://www.who.int/neglected_diseases/news/Rabies_WHO_has_published_new) [cited 27 Mar 2018].
4. กลุ่มโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2556. ความรู้โรคพิษสุนัขบ้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.r36.ddc.moph.go.th/r36/document/view/4/42> [27 มีนาคม 2561].
5. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2560. บทสรุปทางระบาดวิทยา และมาตรการในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในปี 2561.

[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.15.110/boe/diseases.php?ds_key=c2l0&dsid=Mjl=&ds=UmFiaWVz [2 เมษายน 2561].

6. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. 2560. แผนงานโรคพิษสุนัขบ้า ปี 2560-2564. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.plan.ddc.moph.go.th/meeting30_1augsep/...1/.../3.1%20แผนโรคพิษสุนัขบ้า.pdf [27 มีนาคม 2561].

7. ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า (Thai Rabies Net). 2561. สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thairabies.net/trn/report.aspx> [2 เมษายน 2561].

8. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2561. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/506wk/y61/d42_1161.pdf [2 เมษายน 2561].

9. พรหมทิพย์ ฉายากุล, ชิณุ พันธุ์เจริญ, ชุณนา สอนกระต่ายและคณะ. 2548. ตำราโรคติดต่อ 1 พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท โอเอสดีค พับลิชชิง จำกัด .

10. กลุ่มโรคติดต่อระหว่างคนและสัตว์ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2559. แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าและคำถามที่พบบ่อย. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.r36.ddc.moph.go.th/r36/document/detail/4/view/4/11> [27 มีนาคม 2561].

11. รัตนา ธีระวัฒน์. 2557. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/cdc/common_form_upload_file/20140313192304_1741768127.pdf [27 มีนาคม 2561].

12. สถานเสาวภา สภากาชาดไทย. 2559. แนวทางการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (พ.ศ. 2559). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://saovabha.redcross.or.th/download/2559/thailand%20rabies-free/Qs-miguilidline2016.pdf> [27 มีนาคม 2561].

13. สุดา สืบบุญเรือง, ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร. การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและการดูแลผู้ป่วยภายหลังสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.saovabha.com/download/vichargarn_rabies.pdf [2 เมษายน 2561].

14. สุดา สืบบุญเรือง. 2559. How to Handle an Adverse Reactions due to Rabies Vaccine and Rabies Immunoglobulin. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://saovabha.redcross.or.th/download/2559/thailand%20Rabies-Free/How%20to%20handle%20ADR%20vac-cine_RIG.pdf [2 เมษายน 2561].

15. ธีระพงษ์ ตันทวีเชียร. 2559. Human Rabies. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://saovabha.redcross.or.th/download/2559/thailand%20Rabies-Free/RABIES%20FULLMAG_QSMI%20MOPH2016.pdf [2 เมษายน 2561].

16. เสาวพิศกร อ้นจ้อย. 2560. Rabies in Thailand. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://203.157.15.110/boe/srrt2017/dlSrrtFiles.php?fid=MTg0> [27 มีนาคม 2561].

17. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2559. สรุปแนวทางการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี พ.ศ. 2559. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/19337/20690.pdf [2 เมษายน 2561].

18. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. 2561. โรคพิษสุนัขบ้า. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.Thaicd.ddc.moph.go.th/uploads/pdf/โรคพิษสุนัขบ้า260259.pdf> [27 มีนาคม 2561].

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award; Criteria for performance excellence framework)

| สุรัตน์ ตันติทวีวรกุล*

เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติเป็นเกณฑ์ที่มุ่งให้องค์กรต่าง ๆ ที่นำเกณฑ์มาใช้สามารถมีผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ องค์กรที่ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์กรต้นแบบระดับประเทศ องค์กรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศให้แก่องค์กรต่าง ๆ และเป็นแรงบันดาลใจให้องค์กรอื่น ๆ ปรับปรุงการปฏิบัติการและผลลัพธ์ของตนเอง ซึ่งส่งผลดีต่อการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ

เจตจำนงของเกณฑ์คือการช่วยองค์กร ไม่ว่าขนาดใดหรืออยู่ในระบบบริการแบบใด ได้มีการตอบคำถามที่ท้าทาย 3 ข้อ คือ 1) องค์กรดำเนินการได้ดีเท่าที่ควรเป็นหรือไม่ 2) องค์กรรู้ได้อย่างไร และ 3) องค์กรควรปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงอะไร ด้วยวิธีการอย่างไร ซึ่งคำถามที่ท้าทายนี้จะอยู่ในคำถามของเกณฑ์ครอบคลุม 7 ด้านที่สำคัญ คือ 1. การนำองค์กร 2. กลยุทธ์ 3. ลูกค้า 4. การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5. บุคลากร 6. การปฏิบัติการ และ 7. ผลลัพธ์ ซึ่งการดำเนินการขององค์กรควรจะบูรณาการกัน ส่งเสริมให้เกิดมุมมองของเชิงระบบ ภายใต้พื้นฐานจากค่านิยมและแนวคิดหลักของบรรดาองค์กรที่มีผลการดำเนินการที่เป็นเลิศ 11 ประการ คือ มุมมองเชิงระบบ (Systems perspective) การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์ (Visionary leadership) ความเป็นเลิศที่มุ่งเน้นลูกค้า (Customer-focused excellence) การให้ความสำคัญกับบุคลากร (Valuing people) การเรียนรู้ระดับองค์กรและความคล่องตัว (Organizational learning and agility) การมุ่งเน้นความสำเร็จ (Focus on success)

การจัดการเพื่อนวัตกรรม (Managing for innovation) การจัดการโดยใช้ข้อมูลจริง (Management by fact) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Societal responsibility) จริยธรรมและความโปร่งใส (Ethics and transparency) และการส่งมอบคุณค่าและผลลัพธ์ (Delivering value and results)

องค์กรที่ใช้เกณฑ์อย่างต่อเนื่อง จะได้เรียนรู้เกี่ยวกับตนเองมากขึ้นและจะสามารถระบุวิธีที่ดีที่สุดในการเสริมสร้างจุดแข็ง ปิดช่องว่าง และสร้างนวัตกรรม นอกจากนี้เกณฑ์ไม่ได้กำหนดว่าองค์กรควรจัดโครงสร้างหรือการปฏิบัติอย่างไร แต่จะสนับสนุนให้องค์กรเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมและมีประสิทธิผลที่สุดเพื่อช่วยให้องค์กรปรับปรุง (เช่น Lean, Six Sigma, ISO9000, Balanced Scorecard, PDCA) หากใช้เครื่องมือเหล่านี้จะช่วยให้องค์กรบรรลุความเป็นเลิศ

ในประเทศไทยมีการใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ เพื่อช่วยให้องค์กรปรับปรุงขีดความสามารถในการแข่งขันผ่านระบบการพัฒนาและประเมินองค์กรต่าง ๆ ได้แก่ ระบบการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล (HA) ระบบการประเมินคุณภาพรัฐวิสาหกิจ (State Enterprise Performance Appraisal: SEPA) ระบบคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) และเกณฑ์เพื่อคุณภาพการศึกษาเพื่อผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEX) ดังนั้นจึงขอเชิญชวนองค์กรต่าง ๆ ได้เรียนรู้และนำเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการที่มุ่งเน้นความเป็นเลิศขององค์กรต่อไป

* นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขา โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ผู้ตรวจประเมินรางวัลคุณภาพแห่งชาติ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความลงในวารสาร "กระป๋องเวชสาร"

วารสารกระป๋องเวชสาร เป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลกระบี่ ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 2 ฉบับ คือ (เมษายน และ ตุลาคม) เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลกระบี่ และเป็นการส่งเสริมให้มีเวทีในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อการแพทย์และสาธารณสุข

วารสารฯ ยินดีรับเรื่องทางวิชาการและสารคดีเกี่ยวกับแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์ ซึ่งคำแนะนำนี้เป็นคำแนะนำที่ใช้กับวารสารทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสากล รวมทั้งการจัดเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นประโยชน์สำหรับการเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงอื่น ๆ ด้วย

1. ประเภทของบทความ

วารสารกระป๋องเวชสาร ตีพิมพ์บทความประเภทต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)
- 1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)
- 1.3 บทความพินิจ/ทบทวนวรรณกรรม (Review Article)
- 1.4 ปกิณกะ (Miscellaneous)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่

ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทความผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความพินิจ/ทบทวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรงพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่น ๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจ อันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษาต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

2. การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับ (manuscript) พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Words for 2010 ขึ้นไป
- ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพทั้งหมดแล้ว โดยเว้นขอบทุกด้าน 1 นิ้ว
- พิมพ์ต้นฉบับภาษาไทยและอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 point single space โดยไม่ต้องจัดรูปแบบพิเศษใด ๆ มาก่อน
- เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร หรือ 20 คำ และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียน ระบุชื่อผู้เขียนหรือทีมวิจัยทุกคน และระบุชื่อผู้รับผิดชอบที่ติดต่อได้ ให้เป็นชื่อแรกเสมอ (corresponding author) ใส่ e-mail address และที่อยู่ ที่ติดต่อได้ และต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (Abstract)

ปรากฏก่อนเนื้อเรื่อง เป็นการย่อเนื้อหา เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็น ประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว มีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวแต่ละภาษา ไม่เกิน 300 คำ

3. คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject Index) ของปีวารสาร (Volume) ใส่ไม่เกิน 5 คำ ระบุคำทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ที่ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

4. เนื้อเรื่อง

4.1 ภาษาที่ใช้ ให้ใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทั้งเรื่อง

4.2 บทความภาษาไทย ควรหลีกเลี่ยงภาษาอังกฤษ ให้มากที่สุด ยกเว้นในกรณีจำเป็นเท่านั้น ศัพท์แพทย์ ถ้ามี คำแปลเป็นภาษาไทยหรือใช้ศัพท์ภาษาไทยแพร่หลายแล้วให้ใช้ ภาษาไทย คำแปลศัพท์โปรดดูในพจนานุกรมศัพท์แพทย์ ของราชบัณฑิตยสถาน ถ้าไม่มีคำแปลในพจนานุกรมให้ใช้ศัพท์ ภาษาอังกฤษได้ หรือถ้าจะใช้ศัพท์ภาษาไทยที่ไม่มีพจนานุกรม หรือไม่แน่ใจว่าผู้อ่านมักจะเข้าใจให้วงเล็บภาษาอังกฤษ ในครั้งแรกที่ใช้

4.3 ศัพท์ภาษาอังกฤษ ที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ อย่าขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยง การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่เป็นกริยา

4.4 คำย่อ ให้เขียนคำเต็มไว้ในการใช้ครั้งแรก

พร้อมทั้งใส่คำย่อไว้ในวงเล็บ แล้วครั้งต่อ ๆ ไปให้ใช้คำย่อนั้นได้ ในเนื้อเรื่อง

4.5 การเรียงลำดับเนื้อเรื่อง

4.5.1 บทนำ (Introduction) คำอธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยค้นคว้าของผู้อื่น ที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.5.2 วัตถุประสงค์ (Objective) ของการวิจัย ที่เฉพาะเจาะจง

4.5.3 วัสดุและวิธีการศึกษา (Methods) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือ ช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติ มาประยุกต์

4.5.4 ผลการศึกษา (Results) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

4.5.4 วิจารณ์ (discussion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิง ถึงทฤษฎีหรือการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

4.5.5 สรุป (Conclusion) (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะ ที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.5.6 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจาก ที่ใดบ้าง

4.5.7 เอกสารอ้างอิง (References)

รูปแบบบรรณานุกรม/เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

หนังสือ

ชื่อผู้เขียน./ (ปีที่พิมพ์)./ **ชื่อหนังสือ**/(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์หรือหน่วยงาน.

บทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียน./ (ปีที่พิมพ์)./ **ชื่อบทความ**./ **ชื่อวารสาร**./ปีที่พิมพ์ (ฉบับ)/เลขหน้า.

สิ่งพิมพ์จากอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้เขียน.// (พ.ศ. หรือ ค.ศ.)//ชื่อเรื่อง.//[ออนไลน์].//เข้าถึงได้จาก:/http://www.....[พ.ศ. หรือ ค.ศ./เดือน/วันที่เข้าถึง].

หมายเหตุ / หมายถึง ระยะเวณวรรค 1 ครั้ง
// หมายถึง ระยะเวณวรรค 2 ครั้ง

4.5.8 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ควรแยกพิมพ์ต่างหาก

ตาราง เน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย หรือไม่ควรเป็นไฟล์ประเภท .jpg .TIFF .pdf .gif

- ชื่อตารางให้เรียงเลขที่ตามลำดับเนื้อหาของบทความ มีคำอธิบายสั้น ๆ แต่ได้สาระครบถ้วนของเนื้อหาตาราง

- หัวคอลัมน์ เป็นการอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ควรจะสั้น ๆ หรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ได้ตาราง

- แถว (row) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์หัวแถว (row heading) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น เพราะอาจสับสนกับเลขกำกับของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3 - 5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้การจัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามาก สิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

ภาพและแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาวดำ/สี ทำไฟล์แยกกำหนดรูปแบบ เป็น .jpg, .TIFF ตั้งชื่อไฟล์ให้สื่อให้ทราบอย่างชัดเจน

เงื่อนไขการรับตีพิมพ์

บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจากวารสารอื่น

การอ่านประเมินต้นฉบับ

ต้นฉบับจะได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และส่งผลการอ่านประเมินคืนผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ลิขสิทธิ์

ห้ามนำข้อความทั้งหมดหรือบางส่วนไปพิมพ์วนซ้ำได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ไม่รวมความผิดพลาดอันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

การส่งบทความให้บรรณาธิการ

ผู้เขียนส่งไฟล์ต้นฉบับตามรูปแบบ ซึ่งกำหนดในรูปแบบ .doc, .docx เท่านั้น ทาง e-mail : gyngt@yahoo.com หรือส่งต้นฉบับ พร้อม ซีดีรอม มาทางไปรษณีย์ ส่งถึง คุณสุธาสินี ธีระพร กลุ่มภารกิจ พรส เลขที่ 325 ถ.อุตรกิจ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.กระบี่ 81000

ผู้ประสานงานกองบรรณาธิการ

คุณอรพรรณ เดชสุวรรณ

โทรศัพท์ 075-626-700 ต่อ 1057 โทรสาร 075-623-732



โรงพยาบาลกระบี่ 325 ถ.อุตสาหกรรม ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.กระบี่ 81000

โทร.0-7562-6700

www.krabihospital.go.th