



นครศรีธรรมราช เวชสาร

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม-ธันวาคม 2560



MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT MEDICAL JOURNAL

Vol.1 No.1 July-December 2017

ISSN: 2586-8365

สารบัญ : Content

หน้า / page

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

แผลงัดในเด็ก : ปัจจัยเสี่ยงและผลของการรักษาด้วยการผ่าตัด	1
Snake bite wound in Children : Risk factors and outcome of surgical intervention	
วิรัช สอนธิเมือง	
ผลการใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอดในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดแฟบ	12
Effect of lung expansion devices in pediatric with pulmonary atelectasis	
นลินี พวงมาลา อัจจิมาวดี พงศ์คารา	
เปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กกับการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐานในโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่เนื้อร้าย	20
Minilaparotomy versus conventional laparotomy for abdominal hysterectomy for benign gynecologic disease : A comparative study	
บัณฑิต หวังสันติวงศา	
ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่6 จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช และจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	27
Assessment of depression among medical students between Medical Education Center and University Hospital.	
กาญจนา วงศ์ศิริ	
การพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S	34
Improving Care for Geriatric Syndrome Based on S-P-I-C-E-S Framework	
ศิริมา มณีโรจน์ จารึก ธานีรัตน์	

สารบัญ : Content

หน้า / page

ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิกศัลยกรรม
ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 45

**THE EXPECTATIONS AND PERCEPTIONS OF SERVICE QUALITY
IN ORTHOPAEDIC SURGERY CLINIC
MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL**

ปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านส่งผลต่อ
สมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาล
มหาราชนครศรีธรรมราช 57

**Effective of home-based pulmonary rehabilitation program to Pulmonary function and
quality of life in COPD patients of Maharajnakhonsithammarat hospital**

เอมอร พูลพิพัฒน์

ผลของการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุของชมรม
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 66

**The Effect of exercise in the nine square table with balance in the elderly
of Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital elderly club**

กมลทิพย์ ศุภพิชญ์นาม

รายงานผู้ป่วย (Case report)

ความสำเร็จของการรักษาแผลติดเชื้อราดำที่เท้าโดยไม่ต้องผ่าตัด 78

Successful Treatment of Chromoblastomycosis without Surgery

พีระพัชร ไทยสยาม

สารบัญ : Content

หน้า / page

บทความพินิจวิชาการ (Review article)

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก 82

Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy

กึ่งเพชร พรหมทอง

ผื่นจากยาในผู้ป่วยติดเชื้อโมโนนิวคลีโอสิส 89

Antibiotic Induced Rash in Patient with Infectious Mononucleosis

วรพงศ์ เรืองสงค์

บทปกิณกะ (Miscellany)

การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บวิกฤตในเครือข่ายจังหวัดยะลา 96

อุมาด แอแก้ว และคณะ

จากโรงพยาบาลสุ่มชน “ดูแลด้วยใจ : 98

Cervical Spinal Injury Care PCT Orthopedic

บุญนำ พัฒนแก้ว วันดี สัมเขียวหวาน

ปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม

นวัตกรรม : Jumpada Finger trap 103

งานห้องฝึก ห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เรื่องเล่าเร้าพลัง 3 ร. (ร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมพลัง) : การดูแลผู้ป่วยล้างไต 110

ทางหน้าท้องที่บ้าน

ณิกานต์ ชันขาว

มิ่งขวัญ เกตุกำพล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลสนใจเกี่ยวกับการทำงานวิจัยและเขียนบทความทางวิชาการ
2. เป็นแหล่งเผยแพร่ประสบการณ์ ผลการวิจัยและผลงานทางด้านวิชาการต่างๆ
3. เป็นศูนย์รวมบทความวิชาการทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กำหนดการตีพิมพ์ ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

กำหนดออก เดือนมิถุนายนและธันวาคม

คณะที่ปรึกษา	
นายแพทย์ทรงเกียรติ เล็กตระกูล	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
นายแพทย์คำพ เดชรตนวิไชย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายแพทย์วันชัย ขจรวัฒนกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายสุเมธ มณฑารักษ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นางกัลยา มณีโชติ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นายแพทย์สุกิจ มหัทธนนท์	ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
แพทย์หญิงจันทร์จิรา กังอุบล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
บรรณาธิการ	
นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม	กลุ่มงานอายุรกรรม
กองบรรณาธิการ	
นายแพทย์วีรชัยสนธิเมือง	กลุ่มงานศัลยกรรม
พงศ์คารา แพทย์หญิงอัจฉิมาดี	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
แพทย์หญิงโชติกา ทับเจริญ	กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม
แพทย์หญิงปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
แพทย์หญิงกฤตยา เลิศนาคร	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
นายแพทย์สลิล์ สุขสมบูรณ์	กลุ่มงานจักษุวิทยา
ทันตแพทย์หญิงกิ่งเกศ อักษรวงศ์	กลุ่มงานทันตกรรม
นายแพทย์ชัชชัย หอมเกตุ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
แพทย์หญิงกาญจนา วงศ์ศิริ	กลุ่มงานจิตเวช
แพทย์หญิงตรีวรรณ ศรีนวนจันทร์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางศิริมา มณีโรจน์	กลุ่มการพยาบาล
นางสาวสมพร อยู่ดี	กลุ่มการพยาบาล
นางชฎาภรณ์ เพิ่มเพ็ชร	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

นางสาวณัฐพร ณ นคร
นางสาวณิกานต์ ขันขาว
นางกรรณิการ์ ปลื้มสง
นางสาวธนินฐา แสงแพรว

กลุ่มงานเภสัชกรรม
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
ศูนย์คุณภาพ
ห้องสมุด

กองบรรณาธิการจากภายนอก

ดร.ชุติมา รักย์บางแหลม
ดร.พิไลพัทธ์ ชูมาก

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เลขานุการ

แพทย์หญิงปองกมล ทองผ่อง
กลุ่มงานอายุรกรรม

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวเบญจมาศ อุ่ทองคำ
นางสาวศศิมา มิศกาชีพ

กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความเพื่อขอตีพิมพ์

วารสารวิชาการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานทางวิชาการต่างๆ แก่ผู้ที่อยู่ในวงการสาธารณสุขหรือประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการให้บริการของโรงพยาบาล มีความยินดีรับ ลงตีพิมพ์บทความวิชาการด้านการวิจัยจากงานประจำ ตลอดจนบทความด้านอื่นๆ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

- บทความเป็นภาษาไทยและมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ
- ต้องเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์มาก่อน ยกเว้นกองบรรณาธิการเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานหรือต่อผู้อ่านส่วนใหญ่
- บทความวิชาการด้านการวิจัย ต้องผ่านการรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
- บทความวิชาการที่ส่งมาตีพิมพ์จะถูกส่งให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ประเมินก่อนตอบรับการตีพิมพ์และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตอบรับการเผยแพร่ในวารสาร

1. ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและ/ หรือการพัฒนาระบบสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้ากระดาษและควรมีข้อมูลเรียงลำดับ ดังนี้

- หน้าแรกประกอบด้วยชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- บทคัดย่อทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับความสำคัญของเนื้อหา ดังนี้ บทนำ (Introduction) วัตถุประสงค์ (Objectives) วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and Methods) ผลการศึกษา (Results) สรุป (Conclusions) และคำสำคัญ (Keyword)

3. เนื้อเรื่องประกอบด้วย

- บทนำ (Introduction)
- วัตถุประสงค์ (Objectives)
- วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and Methods)
- ผลการศึกษา (Results)
- วิจัย (Discussion)
- ข้อสรุป (Conclusions)
- กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
- เอกสารอ้างอิง (References)

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานของผู้ป่วยที่น่าสนใจหรือภาวะที่ไม่ธรรมดาหรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย ไม่ควรมีการกล่าวถึงผู้ป่วยในภาวะนั้นๆ เกิน 3 ราย โดยแสดงถึงความสำคัญของภาวะที่ผิดปกติ การวินิจฉัยและการรักษา รายงานผู้ป่วยควรมีลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจัยอาการทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เสนอความคิดเห็นอย่างมีขอบเขต สรุป กิตติกรรมประกาศและเอกสารอ้างอิง (ถ้าจะแสดงรูปภาพต้องแสดงเฉพาะที่จำเป็นและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย) ความยาวของเรื่อง ไม่ควรเกิน 5 หน้ากระดาษ

บทความทบทวนวิชาการ (Review article) เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจาก วารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรมีลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพื่อเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควร เกิน 10 หน้ากระดาษ

บทความพิเศษ (Special article) เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิบัติสัมพันธ์กับบทความทบทวนวิชาการที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความ สนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทนำ บทสรุปและเอกสารอ้างอิง

บทปดิกณะ (Miscellany) เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภทใดๆ ข้างต้น

จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) เป็นจดหมายที่ใช้ติดต่อกันระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของ บทความที่ดีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของ รายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์ สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง	สั้น แต่ได้ใจความ ครอบคลุมเกี่ยวกับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	เขียนตัวเต็มทั้งชื่อตัวและนามสกุลทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน รวมทั้งบอกถึงหน้าที่ของผู้ร่วมนิพนธ์ในบทความ
เนื้อหา	เขียนให้ตรงกับวัตถุประสงค์ เนื้อเรื่องสั้น กระชับรัดแต่ชัดเจน ใช้ภาษาง่าย ถ้าเป็นภาษาไทย ควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด ยกเว้น ศัพท์ภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ใจความ หากจำเป็นต้องใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก และบทความควรประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
บทคัดย่อ	ย่อเฉพาะเนื้อหาสำคัญเท่านั้น ให้มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อนุญาตให้ใช้คำย่อที่เป็นสากล สูตร สัญลักษณ์ทางวิทยาศาสตร์ สถิติ ใช้ภาษารัดกุม ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ หรือ 1 หน้ากระดาษ A4 และประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
คำสำคัญ	ได้แก่ ศัพท์หรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ เพื่อนำไปใช้ในการบรรจุเรื่องสำหรับการค้นคว้า

3. เอกสารอ้างอิง (References)

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง บทความอ้างอิงที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่ได้เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลักเลี่ยงการ “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงนอกจากมีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิงตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบต่างๆ

3.1 วารสารวิชาการ- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; ปีที่ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและนามสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยตัวอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน และตามด้วย et al. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ หรือ และคณะ สำหรับวารสารภาษาไทย ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่าง

1. พิชัย โชติณพรัตน์ภัทร, สมภพ ลิ้มพงสานุรักษ์, พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม. ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546;47:223-30.

2. Adam I, Khamis AH, Elbashir ML. Prevalence and risk factors for anemia in pregnancy women of eastern sudan. Trans R Soc Trop Med Hyg 2005;99:739-43.

3.2 หนังสือหรือตำรา- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

ตามตัวอย่าง

1. รังสรรค์ปัญญานัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

2. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

3.3 บทในหนังสือหรือตำรา- ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทในหนังสือหรือตำรา. ใน : ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ตามตัวอย่าง

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิรายุ, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิริภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424 – 78.

2. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cumming CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p 2001-19.

3.4 สิ่งตีพิมพ์ของหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ- ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน ตามตัวอย่าง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย ของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538;24:190-204.

2. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

3.5 เอกสารจากเว็บไซต์และวัสดุอิเล็กทรอนิกส์ - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ/วัสดุ] ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย [หน้า/screen]. Available from: <http://.....>

1. Rushton JL, Forcier M, Schactman RM. Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health [abstract]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [online] 2002 [cited 2003 Jan 21]; 41: 199-205. Available from;<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

2. Morse SS. Factors in the emergence of infection diseases. Emerg Infect Dis [online] 1995 [Cited 1996 Jun 5]; 1 [24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

4. การพิมพ์และการส่งบทความ

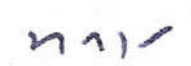
1. พิมพ์โดยใช้กระดาษ A4 หนึ่งเดียว ตัวอักษร Angsana New ขนาด 14 ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้าโดยใช้ โปรแกรม และบันทึกไฟล์ใน Microsoft word
2. กรณีมีแผนภูมิ - กราฟ ให้ทำเป็นขาว - ดำ และวางในตำแหน่งที่ต้องการ
3. กรณีมีรูปภาพให้บันทึกรูปแยกออกมา โดยใช้ไฟล์นามสกุล JPEG ความละเอียด 350 PIXEL และให้พิมพ์คำอธิบายที่สั้นและชัดเจนใต้รูปภาพ การจะได้ตีพิมพ์ภาพหรือไม่ขึ้น ขึ้นกับการพิจารณาของกองบรรณาธิการ

การส่งต้นฉบับมีช่องทางดังนี้

1. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อม CD file ข้อมูลมาที่ กองบรรณาธิการวารสาร กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทรศัพท์ 075-340-250 ต่อ 4344
2. ส่งไฟล์ต้นฉบับมายัง E-mail: NSTMJ@hotmail.com
3. ส่งไฟล์ต้นฉบับผ่านทาง <http://www.mnst.go.th/NSTMJ>.

สารจากผู้อำนวยการ

ขอแสดงความชื่นชมกับคณะผู้จัดทำวารสารวิชาการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่มีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการจัดทำวารสาร โดยคำนึงถึงประโยชน์ทางวิชาการและงานวิจัยซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการที่จะผลักดันให้โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ก้าวไปสู่การเป็น One Plus Hospitality โดยเน้นเพิ่มความเป็น excellence ด้านต่างๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ถึงอย่างไรก็ตาม การพัฒนาคุณภาพและคุณธรรมรวมทั้งค่านิยมของบุคลากร ถือเป็นความสำคัญที่สุด ในการที่จะก้าวสู่ความเป็น excellence อย่างยั่งยืน จึงหวังว่าการจัดทำวารสารวิชาการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจะตอบโจทย์ที่โรงพยาบาลจะบรรลุเข็มมุ่งและวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลต่อไป



นายแพทย์ทรงเกียรติ เล็กตระกูล

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

สารจากบรรณาธิการ

“มหาวิทยาลัยศรีธรรมราชเวชสาร” ถือได้ว่าเป็นวารสารวิชาการฉบับแรกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ซึ่งได้รับ แนวคิดจากท่านผู้อำนวยการนายแพทย์ทรงเกียรติ เล็กตระกูลมิจุดมุ่งหมายเพื่อให้เป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานทางด้าน วิชาการต่างๆ ของบุคลากรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลและรักษาผู้ป่วย ซึ่งในฉบับนี้ก็ ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี มีบุคลากรทั้งภายในและภายนอกสนใจร่วมส่งผลงานเพื่อขอตีพิมพ์อย่างมากมาย ทางกอง บรรณาธิการรู้สึกมีความยินดี อย่างมากและจะตั้งใจจัดทำฉบับถัดไปให้ดียิ่งขึ้น หากท่านใดมีความสนใจในการส่งบทความเพื่อ ขอตีพิมพ์สามารถศึกษารายละเอียดได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ เพื่อขอตีพิมพ์ที่อยู่ในวารสารฉบับนี้หรือทาง <http://www.mnst.go.th/NSTMJ>.



นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม

บรรณาธิการ

แผนกทันตกรรม : ปัจจัยเสี่ยงและผลของการรักษาด้วยการผ่าตัด

วิรัช สอนเมือง พบ.ว. กุมารศาสตร์

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทคัดย่อ

บทนำ : งูกัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่พบบ่อยในชนบท ผู้ป่วยเด็กที่ถูกงูกัดจะได้รับการรักษา โดยกุมารแพทย์แล้วจะปรึกษา กุมารศัลยกรรมเพื่อดูแลแผล ผู้ป่วยที่แผลมีภาวะแทรกซ้อนส่วนหนึ่งจะได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : เพื่อ ศึกษาขนาดวิทยาของแผนกทันตกรรม อัตราการรักษาโดยการผ่าตัดปัจจัยเสี่ยงและผลของการรักษาโดยการผ่าตัดของผู้ป่วยงูกัดในเด็กที่รักษา ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

วัสดุและวิธีการศึกษา : ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปีที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี เพราะโดนงูกัดตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2559

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 124 คน เป็นเด็กผู้ชาย 74 คน เด็กผู้หญิง 50 คนอายุ 10 เดือนถึง 14 ปี อายุเฉลี่ย 8.68 ปี ภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอยะนิง จำนวน 80 คน (ร้อยละ 64.5) อำเภออื่นๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช 39 คน (ร้อยละ 31.5) และจังหวัดอื่น 5 คน (ร้อยละ 4) ชนิดงูที่กัดไม่ทราบชนิด 63 คน (ร้อยละ 50.8) งูเห่า 31 คน (ร้อยละ 25) งู กะปะ 30 คน (ร้อยละ 24.2) ผู้ป่วย 64 คน (ร้อยละ 51.6) มีอาการเป็นพิษเฉพาะที่ (local effect) ได้รับการรักษาโดยการให้ เชรุ่ม 43 คน (ร้อยละ 34.7) ได้รับยาปฏิชีวนะ 115 คน (ร้อยละ 82.7) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะระบบหายใจล้มเหลว จากพิษงูเห่า 23 คน มีภาวะ compartment syndrome 2 คน มีภาวะแทรกซ้อนของแผล 49 คน ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 26 คน (ร้อยละ 21.0) การรักษาทางศัลยกรรม เป็นการผ่าตัดระดับหนัง 5 ราย 2 ราย ต้องมาผ่าตัดเนื้อตายเพิ่มเติม การตัดเนื้อ ตาย (excisional debridement) 23 คน ผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง (STSG) 6 คน ผ่าตัด below knee amputation 1 คน ไม่มีผู้ป่วย เสียชีวิต ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 1-45 วัน เฉลี่ย 3.47 วันติดตามการรักษาจนแผลหายรวมเวลารักษาทั้งหมด 1-165 วัน เฉลี่ย 12.28 วัน ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบปฐมภูมิของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี คือ อำเภอเมือง และอำเภอยะนิง พรหม มีผู้ป่วย 80 คน มีผู้ป่วยงูกัดที่มีภาวะแทรกซ้อนของแผลต้องผ่าตัด 5 คน (ร้อยละ 6.25) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง คือ ภูมิลำเนา อำเภออื่น อายุมากกว่า 5 ปี มีอาการโดนพิษเฉพาะที่และมีอาการโดนพิษแบบ systemic โดนงูเห่ากัด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (VCT prolong) ได้รับเชรุ่มด้านพิษ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีโอกาสที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัจจัย ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : ผู้ป่วยงูกัดในเด็กพบได้บ่อยต้องรักษาแผลโดยการผ่าตัด ร้อยละ 6.25 ผู้ป่วย อายุมากกว่า 5 ปี มีอาการโดนพิษเฉพาะที่ และมีอาการโดนพิษแบบ systemic โดนงูเห่ากัด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (VCT prolong) ต้องได้รับเชรุ่มด้านพิษ ต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจน่าจะต้องได้รับการดูแลแผล โดยกุมารศัลยกรรมตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : แผนกทันตกรรม, การรักษาโดยการผ่าตัด

Snake bite wound in Children : Risk factors and outcome of surgical intervention

Wirachai Sontimuang MD.

Department of surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Abstract

Background : Snake bite is a common problem in rural areas. Children are treated by pediatricians and pediatric surgeons are often consulted for wound care, some with need for surgical intervention.

Objective : to study the epidemiology of snake bite wounds, number needed for surgical intervention, risk factors and outcome of surgical intervention in children treated at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Material and Methods : Medical records in children aged 0 to 15 years, admitted with snake bite at Maharaj Hospital Nakhon Si Thammarat , from 1 January 2008 to 31 December 2016, were systematically reviewed.

Results : there was a total of 124 patients with male to female ratio 74 to 50. Age ranged from 10 months to 14 years (mean age 8.68 years). 80 patients (64 %) were from the city and nearby rural areas. 39 patients (31.5 %) were from other rural areas in the province and 5 patients (4 %) were referred from other nearby provinces. Identity of the snake was unknown in 63 cases (50.8 %), cobra snake in 31 patients (25 %) and Malayan pit viper snake in 30 patients (24.2%). In 64 patients (51.6%) there was only local effect from the venom. 43 patients (34.7%) received antivenom.

115 patients(82.7%) were treated with antibiotics. 23 patients with cobra bite needed respiratory support. 2 patients had compartment syndrome. 49 patients developed wound complications and 26 patients (21.0%) needed surgical intervention. Surgical intervention was incision and drainage in 5 patients. 23 patients needed excisional debridement.

6 patients needed skin graft transplantation. 1 patient needed a below knee amputation. There were no fatal cases. Length of hospital stay was 1 to 45 days (mean 3.47 days). Duration of treatment and follow up until complete cure was 1 to 165 days (mean 12.28 days). Only 5 (6.25%) of the 80 patients who were from the city and nearby rural areas had complication from the snake bite wound that needed surgical intervention. We concluded that patients with the following risk factors: referred from outer rural areas, age less than 5 years, symptoms from local and systemic effect of the venom, cobra bite, prolonged VCT, need for antivenom and need for respiratory support, had more risk in needing surgical intervention than patients without these risk factors with statistical significance.

Conclusions : snake bite in children is a common problem and in need for surgical intervention in 6.25 percent of cases. Early observation and intervention by pediatric surgeon is needed in snake bite patients with the following risk factors : age less than 5 years, symptoms from local and systemic effect of the venom, cobra bite, prolonged VCT, need for antivenom and need for respiratory support.

Key words : snake bite wound , children, surgery

บทนำ

งูกัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่พบบ่อยในชนบท ผู้ป่วยเด็กที่ถูกงูกัดจะได้รับการรักษา โดยกุมารแพทย์แล้วจะปรึกษากุมารศัลยแพทย์เพื่อดูแลแผล ผู้ป่วยที่แผลมีภาวะแทรกซ้อนส่วนหนึ่งจะได้รับการรักษา โดยการผ่าตัดหลังจากงูกัดจะมีรอยเขี้ยว (fang mark) และพิษงูก็จะเข้าสู่ร่างกาย โดยพิษส่วนหนึ่งจะอยู่เฉพาะที่และพิษงูบางส่วนจะมีผลต่อร่างกาย ในพิษงูจะประกอบด้วยโปรตีนมากกว่า 100 ชนิดโดยเฉพาะกลุ่ม proteolytic enzymes ทำให้ vascular permeability เพิ่มขึ้น ทำให้มีอาการบวม ช้ำ หรือมีการเน่าตายของเนื้อเยื่อบริเวณที่กัดและกลุ่ม Zinc metalloproteinase haemorrhagins ทำให้มีการทำลาย เนื้อเยื่อเส้นเลือด (vascular endothelium) มีผลทำให้มีเลือดออกและพิษกลุ่ม procoagulant enzymes ทำให้มีเลือดออกง่ายอาจเพิ่มแรงดันจนเกิด compartment syndrome ได้ทำให้เนื้อเยื่อเน่าตาย ในขณะที่งูกัดนอกจากพิษงูแล้วจะมีเชื้อโรคที่อยู่ในช่องปากและเขี้ยวติดมาด้วยทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะถ้ามีเนื้อตายจากพิษงู หรือจากภาวะ compartment syndrome และเชื้อโรคบางชนิดมีความรุนแรงทำให้เกิดภาวะ necrotizing fasciitis มีการติดเชื้อลุกลามอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ การรักษาแผลงูกัดในเด็กอาจจะรักษาโดยหมอบ้าน หมอ ซึ่งทำกันมานานในสังคมชนบทโดยการพอกยา นวด กรีด จี้แผล และมีความเชื่อว่าถ้ารักษาในโรงพยาบาลจะทำให้แผลหายช้า โดยเฉพาะการรักษาโดยการผ่าตัดจะทำให้เนื้อเยื่อหายไปได้มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนของแผล โดยการศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผู้ป่วยเด็กที่ถูกงูกัดต้องผ่าตัดเพื่อรักษาแผลประมาณ ร้อยละ 22 แต่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ⁽²⁾ ผู้ป่วยที่เนื้อเน่า (soft tissue necrosis) ต้องรักษาโดยการตัดเนื้อตายหลังจากมีการติดเชื้อ (excisional debridement) การปิดแผลโดยการเย็บ (resuture) หรือใช้เนื้อเยื่อทดแทน (skin graft) และการทำ fasciotomy ในกรณีที่มีภาวะ compartment syndrome หรือตัดอวัยวะที่เน่าตาย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระบาดวิทยาของแผลงูกัดในเด็ก อัตราการรักษาโดยการผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงและผลของการรักษาโดยการผ่าตัดของผู้ป่วยงูกัดในเด็กที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปีที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเพราะโดนงูกัดตั้งแต่ 1 มกราคม 2551 ถึง 31 ธันวาคม 2559 โดยเก็บข้อมูลทั่วไปทางระบาดวิทยา ตำแหน่งที่โดนงูกัด สถานที่ที่โดนงูกัด ชนิดของงูระบุ โดยแพทย์ผู้รักษาโดยอาศัยข้อมูลจากซากงู มีผู้เห็นงู หรือมีอาการ อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ชนิดของแผล อาการเฉพาะที่ของแผล การได้รับยาปฏิชีวนะ และเชื้อมด้นพิษงู การรักษาโดยการผ่าตัด ผลของการรักษา ระยะเวลาการรักษา ในโรงพยาบาลและการติดตามการรักษา ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงเป็นจำนวนและร้อยละ อุบัติการณ์แผลที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องผ่าตัดคิดจาก ผู้ป่วยเด็กงูกัดที่แผลมีภาวะแทรกซ้อนต้องผ่าตัดที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองและอำเภอพระพรหม หารด้วยผู้ป่วยเด็กงูกัดที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมืองและอำเภอพระพรหม การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดและไม่ผ่าตัดโดยใช้สถิติ Chi-square test และ unpaired Student test โดยใช้นัยสำคัญทางสถิติที่ P value น้อยกว่า 0.005

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 124 คนเป็นเด็กผู้ชาย 74 คน เด็กผู้หญิง 50 คน อัตราส่วนระหว่างเพศชาย กับเพศหญิงเท่ากับ 1.48 : 1 อายุ 10 เดือน ถึง 14 ปี อายุเฉลี่ย 8.68 ปี ส่วนใหญ่อายุ 10-15 ปี (ร้อยละ 46.8) มีผู้ป่วย 30 คนอายุน้อยกว่า 5 ปี ภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอพระพรหม จำนวน 80 คน (ร้อยละ 64.5) อำเภออื่นๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช 39 คน (ร้อยละ 31.5) และจังหวัดอื่น 5 คน (ร้อยละ 4) ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 40 ชนิดงูที่กัด ไม่ทราบชนิด 63 คน (ร้อยละ 50.8)

งูเห่า 31 คน (ร้อยละ 25) งูกะปะ 30 คน (ร้อยละ 24.2) สถานที่ที่โดนกัดอยู่บริเวณรอบบ้าน 59 คน (ร้อยละ 47.6) ในบ้าน 25 คน (ร้อยละ 20.2) ในสวนหรือไร่นา 15 คน (ร้อยละ 12.1) ผู้ป่วย 54 คน (ร้อยละ 43.5) โดนกัดมักจะเป็นช่วงเย็นหรือค่ำ (16.00-20.00) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.5) โดนกัดขณะทำกิจวัตรประจำวัน มีผู้ป่วย 6 คน โดนกัดขณะนอน ผู้ป่วย 16 คน โดนกัดขณะช่วยผู้ปกครองทำงาน ผู้ป่วย 80 คน (ร้อยละ 64.5) โดนกัดบริเวณเท้า 24 คน (ร้อยละ 19.4) โดนกัดที่ขา 17 คน (ร้อยละ 13.7) โดนกัดที่มือ ดังตารางที่ 1 ได้รับการปฐมพยาบาลโดยการขันชะเนาะเหนือบริเวณที่โดนกัด 3 คน ลักษณะบาดแผลเป็นแผลรอยเขียวช้ำ (puncture wound, Fang mark) 69 คน (ร้อยละ 55.6) เป็นแผลถลอก 43 คน (ร้อยละ 34.7) มีผู้ป่วย 64 คน (ร้อยละ 51.6) ที่มีอาการเป็นพิษเฉพาะที่ (local effect) คือ มีอาการปวดบวม บริเวณแผลหรืออวัยวะที่โดนกัด ผู้ป่วย 110 คน ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 ชั่วโมง การดูแลเบื้องต้นโดยการทำแผล 21 คน ผู้ป่วย 5 คน ได้รับการรักษา โดยการพอกยาสมุนไพรก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วย 28 คน มีอาการทางระบบประสาทจากการโดนพิษงูเห่า ตรวจการแข็งตัวของเลือด (venous clotting time/VCT) 96 คน ผิดปกติ 20 คน (ร้อยละ 20.8) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้เซรุ่ม 43 คน (ร้อยละ 34.7) ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ 115 คน (ร้อยละ 82.7) ชนิดกิน 68 คน ชนิดฉีด 47 คน ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะระบบล้มหายใจเหลวเพราะพิษงูเห่า 23 คน คิดเป็นร้อยละ 74.2 ของผู้ป่วยที่โดนงูเห่ากัด มีภาวะ compartment syndrome 2 คน จากงูกะปะกัดบริเวณเท้าแล้วมีปัญหาเลือดออกจนมี compartment syndrome บริเวณน่องและงูเห่ากัดบริเวณนิ้วมือมีอาการบวมของมือและนิ้วมือ มีภาวะแทรกซ้อนของแผล 49 คน (ร้อยละ 39.5) เป็นแผลและผิวหนังบริเวณรอบติดเชื้อ (cellulitis) 23 คน แผลติดเชื้อและมีเนื้อเยื่อเน่า (soft tissue necrosis) 26 คน ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 26 คน (ร้อยละ 21.0) การรักษาทางศัลยกรรมเป็นการผ่าตัดระบายหนอง 5 ราย 2 ราย ต้องมาผ่าตัดเนื้อตายเพิ่มเติมการตัดเนื้อตาย (excisional debridement) 23 คน ผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง (STSG) 6 คน ผ่าตัด below knee

amputation 1 คน เป็นผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 5 ปี งูกะปะกัดรักษาโดยแพทย์แผนโบราณ มีปัญหาเนื้อเยื่อของเท้าและขาเน่าตายติดเชื้อในกระแสเลือด นิ้วมือนิ้วขาตนเอง 1 คน เป็นผู้ป่วยงูเห่ากัดบริเวณนิ้วมือ มีอาการบวมของมือและนิ้วมือปฏิบัติเศษการผ่าตัดมาติดตามการรักษาเนื้อที่ขาดเลือดจนเน่าและหลุดเองประมาณครึ่งข้อนิ้ว ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา 2 คน รายหนึ่งต้องตามผู้ปกครองไปอีกจังหวัด ผู้ป่วยอีกรายปฏิเสธการตัดนิ้วที่ตายออก ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 1-45 วัน เฉลี่ย 3.47 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาล 1 วัน (ร้อยละ 50.4) ติดตามการรักษาจนแผลหายรวมเวลารักษาทั้งหมด 1-165 วัน เฉลี่ย 12.28 วัน ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบปฐมภูมิของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชคือ อำเภอเมืองและอำเภอพระพรหม มีผู้ป่วย 80 คน มีผู้ป่วยงูกัดที่มีภาวะแทรกซ้อนของแผลต้องผ่าตัด 5 คน (ร้อยละ 6.25) ผู้ป่วยที่มีปัจจัยต่อไปนี้เป็น คือ ภูมิคุ้มกันอ่อนแอ อายุ น้อยกว่า 5 ปี มีอาการ โดนพิษเฉพาะที่และมีอาการ โดนพิษแบบ systemic โดนงูเห่ากัดการแข็งตัวของเลือด ผิดปกติ (VCT prolong) ได้รับเซรุ่มด้านพิษงู ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีโอกาสที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดจะมีวันนอนโรงพยาบาลและระยะเวลาในการรักษาจนแผลหายนานกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

งูกัดเป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย จากการสำรวจในประเทศไทย มีการศึกษาในเด็กมีน้อย การศึกษานี้ น่าจะมีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดและผู้ป่วยส่วนหนึ่งมาจากชุมชนโดยตรงน่าจะทำได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยในชุมชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาล โดยการศึกษา ก่อนหน้านี้ มีผู้ป่วยจำนวน 50 คนและ 58 คน ในเวลา 10 ปีและเป็นผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น^(2,3) การศึกษาในจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยทั้งหมด 199 คน โดยมีเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 54 คน (ร้อยละ 27.1)⁽⁴⁾ โดยพบผู้ป่วยในเขตบริการของโรงพยาบาลมหาราชมากกว่า

อำเภออื่นน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยในเขตอำเภออื่นจะส่งต่อเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหา อัตราผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดในการศึกษาที่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ร้อยละ 23⁽²⁾ และจากการศึกษาในประเทศอินเดียเท่ากับร้อยละ 28⁽⁵⁾ ในการศึกษาผู้ป่วยร้อยละ 20.9 แต่เมื่อคิดเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิสำเนาในเขตให้บริการของโรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช คือ อำเภอเมือง และอำเภอพระพรหมพบว่าอัตราผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเท่ากับร้อยละ 6.25 สามารถบอกกับผู้ป่วยและญาติว่าในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยงูกัดในเด็กมีโอกาสที่ต้องผ่าตัดไม่มากนักผู้ป่วยบางกลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีภูมิสำเนา ในเขตบริการกับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากอำเภออื่นพบว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อมีโอกาสที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้ป่วยในเขตอำเภออื่นจะส่งต่อเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาและเมื่อดูชนิดของงู ที่กัดพบว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อจะโดนงูเห่ากัดมากกว่า ซึ่งปัจจัยที่มีโอกาสต้องรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าชนิดอื่น จากการสำรวจชนิดของงูในประเทศไทยพบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราช มีทั้งงูเห่า (*Naja kaouthia*) และ งูกะปะ (*Callisotras rhodostoma*)⁽⁶⁾ จากการศึกษาของ นวลงนและคณะ ทั้งการศึกษา ผู้ป่วยทั้งงูเห่ากัด และ การศึกษาผู้ป่วยงูกะปะกัดพบผู้ป่วยในจังหวัด นครศรีธรรมราชมากกว่าจังหวัดอื่น^(7,8) แสดงว่าจังหวัด นครศรีธรรมราชมีงูพิษชุกชุม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบชนิดใดเพราะส่วนใหญ่เด็กไม่สามารถระบุ ชนิดของงูหรือผู้ปกครองไม่ได้จับหรือเห็นงู และพบ งูเห่าพอๆ กับงูกะปะ น่าจะเป็นจากเป็นจังหวัดใหญ่ ลักษณะภูมิประเทศ มีทั้งป่าไม้ ภูเขา สวนยาง สวนผลไม้ ที่เป็นที่อยู่ของงูกะปะ และที่ราบลุ่มแม่น้ำที่มีงูเห่าอาศัย อยู่และชุมชนก็สร้างที่เดียวกับทั้งงูเห่า เมื่อเปรียบเทียบ ชนิดงูที่กัดพบว่าผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัดมีโอกาสที่จะต้องรักษา โดยการผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่โดนงูชนิดอื่นกัดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับการศึกษาของ สุภวัตรและคณะ⁽²⁾ จากการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาเนื้อเยื่อบริเวณแผลที่ โคนงูเห่ากัดพบว่าพิษงูทำให้เส้นเลือดอักเสบและมีการอุดตันของเส้นเลือดได้ชั้นผิวหนังและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึก⁽⁹⁾ พบ อัตราเนื้อเยื่ออ่อนเน่า (soft tissue necrosis) ในผู้ป่วยงูเห่ากัด

ร้อยละ 51 ถึง 76.9 ผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง น่าจะเป็นเพราะเด็กผู้ชายมีกิจกรรมที่อาจทำให้งูกัด มากกว่าเด็กผู้หญิงอายุส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี เพราะน่าจะมีกิจกรรมนอกบ้านหรือช่วยเหลือผู้ปกครองทำงานในที่ที่มีงูมากกว่าเด็กเล็ก แต่ก็มีเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ถึง 30 คน โดยเฉพาะอายุน้อยสุดแค่ 10 เดือน เมื่อเปรียบเทียบ โอกาสที่จะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดในแต่ละ ช่วงอายุพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี มีโอกาสที่จะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ น่าจะเป็นจากเด็กที่อายุน้อยมีเนื้อเยื่อที่อ่อนนุ่มกว่า เมื่อโดนพิษงูเนื้อเยื่อมีโอกาสที่จะเน่าตายได้มากกว่าและความดันโลหิตในเด็กเล็กต่ำเมื่อมีการบวมมากๆ เลือดจะไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้น้อยลงทำให้เนื้อเยื่อเน่าตายได้มากขึ้น สถานที่ที่โดนงูกัดส่วนใหญ่อยู่บริเวณที่อยู่อาศัยและกิจกรรมขณะโดนงูกัดส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมประจำวัน คือ เดิน เล่น และมีเด็กที่โดนกัดขณะนอน แสดงว่าอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา เพราะในพื้นที่ชนบท ที่อยู่อาศัยมักจะไม่ได้สร้างเป็นหมู่บ้านเหมือนชุมชนเมืองโดยรอบๆ บ้านสามารถเป็นที่อยู่อาศัยของงูและบ้านเองก็ไม่มิดชิดหรือเป็นระเบียบ อาจมีงูเข้ามาหรืออาศัยอยู่ในบ้านได้ การจัดการเกี่ยวกับที่ อยู่อาศัยทั้งบริเวณบ้านและในบ้านให้ดูไม่สามารถอาศัยอยู่หรือเลือกเข้ามาจะช่วยลดปัญหาทางนี้ได้ เวลาที่โดนกัดส่วนใหญ่จะโดนกัดช่วงเย็นหรือค่ำ เนื่องจากใน ชนบทไม่มีแสงสว่างเพียงพอและเป็นช่วงที่งูออกหากิน ตรงกับงานวิจัยอื่นๆ^(2,4,7,8) เดือนที่โดนกัดมาก จะเป็นช่วง เดือนตุลาคมและมิถุนายนถึงพฤษภาคม ซึ่งเป็นช่วงที่ โรงเรียนปิดเทอมทำให้เด็กอยู่กับบ้านหรือมีกิจกรรม นอกบ้านที่เป็นแหล่งอาศัยของงูจะมีบางปีที่เป็นเดือน หลังจากน้ำท่วมใหญ่จะพบผู้ป่วยงูกัดมากขึ้นตรงกับ การศึกษาของสุภวัตร และคณะ⁽²⁾ ตำแหน่งที่โดนกัดส่วนใหญ่พบที่เท้าหรือขาเหมือนกับการศึกษาอื่น^(4,7,8) เพราะส่วนใหญ่จะอยู่บริเวณพื้นและเด็กไทยมักใส่ รองเท้าที่ไม่คลุมบริเวณเท้าทั้งหมดทำให้โดนกัดบริเวณ เท้า สามารถลดการบาดเจ็บจากงูกัดได้โดยการใส่รองเท้า ที่ปกคลุมเลขข้อเท้า ตำแหน่งที่โดนกัดดูไม่มีผลกับ โอกาสในการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ลักษณะบาดแผลส่วนใหญ่เป็นแผลรอยเขี้ยว เนื่องจากงูพิษโดยเฉพาะงูกลุ่ม Viper ที่พบบ่อย คือ งูกะปะ มีเขี้ยวยาวสามารถฝังลึกเป็นรอยแผล puncture wound ลึก งูกลุ่ม Elapidae ที่พบคืองูเห่า เขี้ยวไม่ยาวมากมักจะเป็นรอยแผล puncture wound ตื้นๆกว่า⁽¹⁾ มีพบรอยแผลตลอดถึง ร้อยละ 34.7 น่าจะเป็นจากงูที่กัดเป็นชนิดที่ไม่มีเขี้ยวหรือโดนกัดโดยงูที่มีเขี้ยวแต่ไม่ลึกหรือมีการกระชากสะบัดขณะงูกัด ในการศึกษาพบอาการปวดบวมบริเวณที่โดนกัดประมาณ ครึ่งหนึ่ง ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาอื่น^(4,7,8) เพราะรวมเอาไม่ทราบชนิดและไม่ใช่งูพิษด้วย เพราะการบอกชนิดงูในเด็กทำได้ยากกว่าการศึกษาในผู้ใหญ่ และพบว่าผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัดมีโอกาสโดนพิษทั้งร่างกายมากกว่าผู้ป่วยที่โดนงูกะปะกัด อาจเป็นเพราะอาการ อาการแสดงชัดเจนกว่า แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่สงสัยโดนงูกะปะกัดหรือผู้ป่วยที่โดนงูไม่ทราบชนิดก็จะได้รับการตรวจการแข็งตัวของเลือด (VCT) พบว่ามีภาวะผิดปกติแค่ร้อยละ 20.8 ผู้ป่วยที่โดนพิษทั้งร่างกายต้องมีอาการแสดงเฉพาะที่เสมอ ถ้าเลือกส่งตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเฉพาะที่จะช่วยลดการส่งตรวจ VCT โดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยที่ VCT prolong มีโอกาสที่ต้องรักษาแผลโดยการผ่าตัดมากขึ้นเพราะโดนพิษมากกว่าและมีโอกาสมี complication เช่น เลือดออก compartment syndrome มากกว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีการปฐมพยาบาลเบื้องต้น มีการขันชะเนาะแค่ 3 คนน้อยกว่าการศึกษามาก่อน^(4,7,8) น่าจะเป็นจากการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขที่ดีขึ้นประชาชนมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น แต่ยังมีคนรักษาโดยแพทย์แผนโบราณซึ่งบางรายอาจจะทำให้ไม่ต้องมาโรงพยาบาล แต่การรักษาบางวิธี เช่น การจี้ กรีดแผล การนวดการพอกสมุนไพรที่ไม่สะอาด จะทำให้แผลแย่ลงในการศึกษานี้มีผู้ป่วยหนึ่งรายที่ต้องตัดขา คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกแนะนำให้ไม่ต้องทำอะไรกับแผล โดยเฉพาะการทำหัตถการที่จะเพิ่มการติดเชื้อหรือมีเลือดออกจากแผล และไม่แนะนำให้รักษา โดยแพทย์แผนโบราณ⁽¹⁾ ไม่มีการทำ pressure immobilization ในการศึกษาเพราะในทางปฏิบัติแล้วทำยาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะปวด ไม่ขยับ อวัยวะที่โดนกัด มีการศึกษาการให้ ยาปฏิชีวนะไม่ช่วยลดการติดเชื้อในแผลงูกัด⁽¹⁰⁾

ในการศึกษานี้มีการให้ยาปฏิชีวนะเกือบทุกรายส่วนใหญ่ให้เพื่อรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่แผลมีภาวะแทรกซ้อนต้องผ่าตัดพบว่าการให้ยาปฏิชีวนะไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเลือกไม่ให้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่เป็นแผลถลอกไม่มีอาการ อาการแสดงของการโดนพิษจะทำให้การให้ยาปฏิชีวนะสมเหตุสมผลมากขึ้น ในการศึกษาพบผู้ป่วยที่ต้องให้เซรุ่มด้านพิษงูมีโอกาสที่จะต้องผ่าตัดรักษาแผลมากกว่า กลุ่มที่ไม่ต้องให้เซรุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหมือนการศึกษาอื่น^(2,11) น่าจะเป็นจากการที่ต้องให้เซรุ่มนั้นเพราะผู้ป่วยได้รับพิษปริมาณมากบริเวณแผลเองก็ได้รับพิษมากมีโอกาสที่แผลจะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โอกาสที่ต้องผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนของแผลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตรงกับงานวิจัย ของศุภวัฒน์และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแผลมีเนื้อเยื่อเน่าตายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจเพราะผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยที่ถูกงูเห่ากัดและปริมาณพิษเข้าสู่ร่างกายปริมาณมาก ดังนั้นมีพิษบริเวณแผลมากทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่โดนกัดเน่าและติดเชื้อมากกว่า คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและแนวทางการรักษาส่วนใหญ่^(1,12) มีคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลน้อยมากส่วนใหญ่แนะนำให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียทำ fasciotomy ในกรณีที่มี compartment syndrome ตรวจดูแลแผลทุกวัน ตัดเนื้อตายและระวังเลือดออกจากแผลในทางปฏิบัติมีผู้ป่วยบางกลุ่มภาวะแทรกซ้อนของแผลมักได้รับการดูแลโดยศัลยแพทย์หรือกุมารศัลยแพทย์มักพบผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดหลายครั้งเพื่อตัดเนื้อตายออกและต้องปลูกถ่ายผิวหนังทดแทน (skin graft) ทำให้ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นเพราะมีภาวะแทรกซ้อนของแผลซึ่งตรงกับผลการศึกษานี้ที่ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัด นอนโรงพยาบาลนานและใช้เวลารักษาจนแผลหายนานกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นน่าจะมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ที่มีโอกาสมีภาวะแทรกซ้อนของแผล คือ มีเนื้อเน่าตายต้องรักษา

โดยการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยทำให้มี ต้องรักษาโดยการผ่าตัด ในการศึกษาที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ผู้ป่วยที่โดนงูเห่ากัด มีอาการพิษเฉพาะที่ (local effect) มาก และพิษทั้งร่างกาย (systemic effect) ต้องให้เซรุ่มต้านพิษงู ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ต้องได้รับการดูแลจากสัลแพทย์ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล มีการศึกษาแนะนำให้ตัดเนื้อที่เน่าตายออกตั้งแต่แรก^(13,14) เพื่อไม่เป็นแหล่งให้เชื้อโรคเจริญแพร่กระจายน่าจะมีประโยชน์ในผู้ป่วยบางกลุ่ม

สรุป

ผู้ป่วยงูกัดในเด็ก พบได้บ่อย ต้องรักษาผลโดยการผ่าตัด ร้อยละ 6.25 ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 5 ปี มีอาการโดนพิษเฉพาะที่และมีอาการโดนพิษแบบ systemic โดนงูเห่ากัดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (VCT prolong) ต้องได้รับเซรุ่มต้านพิษงู ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจน่าจะควรได้รับการดูแลผลโดยกุมารสัลแพทย์ตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Warrell DA. WHO/SEARO guidelines for the clinical management of snake bites in Southeast Asian region. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1999; 30:11-85.
2. Laohawiriyakamol S, Sangkhathat S, Chiengkriwate P, Patrapinyokul S. Surgery in management of snake envenomation in children. *World J Pediatr*. 2011 Nov;7(4):361-364.
3. Dumavibhat B. A study of epidemiology, risk factors and preventive measures against snake bites. *J Med Assoc Thai*. 1997 Sep;80(9):547-56.
4. Buranasin P. Snakebites at MaharatNakhonRatchasima Regional Hospital. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 1993 Mar;24(1):186-92.
5. Chattopadhyay A, Patra RD, Shenoy V, Kumar V, Nagendhar Y. Surgical implications of snakebites. *Indian J Pediatr*. 2004 May;71(5):397-9.
6. Viravan C, Looareesuwan S, Kosakarn W, Wuthiekanun V, McCarthy CJ, Stimson AF, Bunnag D, Harinasuta T, Warrell DA. A national hospital-based survey of snakes responsible for bites in Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 1992 Jan-Feb;86(1):100-6.
7. Wongtongkam N¹, Wilde H, Sitthi-Amorn C, Ratanabanangkoon K. A study of Thai cobra (*Naja kaouthia*) bites in Thailand. *Mil Med*. 2005 Apr;170(4):336-41.
8. Wongtongkam N¹, Wilde H, Sitthi-Amorn C, Ratanabanangkoon K. A study of 225 Malayan pit viper bites in Thailand. *Mil Med*. 2005 Apr;170(4):342-8.
9. Pongprasit P, Mittrakul C, Noppakun N. Histopathology and microbiological study of cobra bite wounds. *J Med Assoc Thai*. 1988 Sep;71(9):475-80.
10. Kerrigan KR, Mertz BL, Nelson SJ, Dye JD. Antibiotic prophylaxis for pit viper envenomation: prospective, controlled trial. *World J Surg*. 1997 May;21(4):369-72.

11. Su HY, Wang MJ, Li YH, Tang CN, Tsai MJ. Can surgical need in patients with Najaatra (Taiwan or Chinese cobra) envenomation be predicted in the emergency department? Hong Kong Med J. 2016 Oct;22(5):435-44.
12. PonlapatRojnuckarina, SuchaiSuteparaka, SudaSibunruang. Diagnosis and management of venomous snakebites in Southeast Asia. Asian Biomedicine Vol. 6 No. 6 December 2012; 795-805.
13. Huang TT, Lynch JB, Larson DL, Lewis SR. The use of excisional therapy in the management of snakebite. Ann Surg. 1974 May;179(5):598-607.
14. Glass TG Jr. Early debridement in pit viper bites. JAMA. 1976 Jun 7;235(23k0):2513-6.

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยงูกัด

ปัจจัย	งูเห่า(คน)	งูกะปะ (คน)	งูอื่นๆ/งูไม่ทราบชนิด (คน)	รวม (คน) (%)
เพศ				
- เพศชาย	20	21	33	74 (59.68%)
- เพศหญิง	21	9	30	50 (40.32%)
ภูมิสำเนา				
- อำเภอเมืองและใกล้เคียง	9	19	52	80 (64.5%)
- อำเภออื่น	21	9	9	39 (31.45%)
- จังหวัดอื่น	1	2	2	5 (4.00%)
อายุ				
- น้อยกว่า 5 ปี	12	5	13	30 (24.20%)
- อายุ 5 ถึง 10 ปี	8	10	18	36 (29.0%)
- อายุ 10 ปี ถึง 15 ปี	11	15	32	58 (46.8%)
ช่วงเวลา				
- เวลาเช้า (5.00-8.00)	2	2	4	8 (6.50%)
- กลางวัน (8.00-16.00)	10	7	19	36 (29.0%)
- เย็นและค่ำ (16.00-20.00)	15	13	26	54 (43.5%)
- กลางคืน (20.00-5.00)	4	8	14	26 (21.0%)
สถานที่				
- ในบ้าน	16	2	7	25 (20.16%)
- บริเวณบ้าน	9	13	37	59 (47.58%)
- ทุ่งนา สวนยาง สวนผลไม้	0	8	7	15 (12.09%)
- อื่นๆ	4	5	9	18 (14.51%)
กิจกรรม				
- กิจกรรมประจำวัน	28	21	52	101 (81.45%)
- ทำงาน	2	8	6	16 (12.90%)
- อื่นๆ	1	1	5	7 (5.65%)
ตำแหน่ง				
- เท้า	18	19	43	80 (64.51%)
- ขา	5	5	14	24 (19.35%)
- มือ	6	6	5	17 (13.37%)
- อื่นๆ	2	0	1	3 (2.41%)
ชนิดของแผล				
Puncture wound	23	23	23	69 (55.64%)
Abrasion wound	2	3	38	43 (34.68%)
Laceration wound	6	4	2	12 (9.08%)
Local effect				
No effect	5	4	51	60 (48.39%)
inflammation	26	26	12	64 (51.61%)
Wound				
No complication	4	11	60	75 (60.48%)
Cellulitis	8	13	2	23 (18.54%)
Tissue necrosis	19	6	1	26 (20.97%)
การผ่าตัด				
ไม่ต้องใช้	11	25	62	98 (79.03%)
ต้องใช้	20	5	1	26 (20.97%)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผู้ป่วยที่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดและไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด

ปัจจัย	ต้องรักษาโดยการผ่าตัด	ไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด	P-value
ภูมิลำเนา อำเภอหรือจังหวัดอื่น	21	23	.000
อายุน้อยกว่า 5 ปี	12	18	.003
ชนิดของแผล puncture wound	17	52	.261
Local inflammation	25	39	.000
ตำแหน่ง - เท้า	15	66	.358
- มือ	5	11	.279
ชนิดของงู - งูเห่า	20	11	.000
- งูกะปะ	5	25	.506
ระยะเวลาก่อนรับการรักษาใน โรงพยาบาลนานกว่า 6 ชั่วโมง	5	9	.150
Wound dressing	2	19	.158
มีอาการแบบ systemic	17	11	.000
VCT prolong	5	15	.001
ได้รับ antivenum	22	21	.000
ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ	16	7	.000
ได้รับยา antibiotics	26	90	.132
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล	9.42	1.857	0.000
ระยะเวลารักษา	37.9545	4.3239	0.001

รูปที่ 1 แผลงูเห่ากัดหลังผ่าตัดเนื้อตาย



รูปที่ 2 แผลงูกัดหลังปิดแผลโดยการเย็บและปลูกถ่ายผิวหนังทดแทน (skin graft)



ผลการใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอดในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดแฟบ

นลินี พวงมาลา¹, อัจฉิมาวดี พงศ์คารา²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ¹, กุมารแพทย์โรคระบบการหายใจ²

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะปอดแฟบ เป็นภาวะที่ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ซึ่งอาจเป็นเพียงบางส่วนของปอดหรือทั้งปอด ส่วนใหญ่พบในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 10 ปี สาเหตุของภาวะปอดแฟบอาจเกิดจากการที่อากาศถูกดูดซึม หลอดลมถูกกดเบียดจากทั้งภายในและภายนอก หรือเกิดจากการยึดติดกันของถุงลม โดยโรคที่ทำให้เกิดภาวะ ปอดแฟบที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ โรคหอบหืด หลอดลมฝอยอักเสบ วัณโรคของหลอดลม ลำไส้เคลื่อนที่ผิดปกติ เป็นต้น การรักษาขึ้นอยู่กับกลไกการเกิดโรค สาเหตุ ระยะเวลา และความรุนแรงของโรค โดยการทำกายภาพบำบัดทรวงอกนั้น เป็นเทคนิคพื้นฐานที่ใช้ในการรักษาแต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีข้อจำกัดด้านอายุ ระดับความสามารถ และความร่วมมือ ดังนั้นนอกจากเทคนิคทางกายภาพบำบัดพื้นฐานแล้ว จึงต้องมีการนำอุปกรณ์ช่วยในการขยายปอดมาใช้ ได้แก่ EzPAP®, PEP (Positive Expiratory Pressure) mask และ SMI (Sustained Maximal Inspiration) therapy

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอด (lung expansion devices) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดแฟบ

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปอดแฟบจากเอกซเรย์ทรวงอก และได้รับการรักษาโดยอุปกรณ์ช่วยขยายปอด (lung expansion device) ได้แก่ EzPAP, PEP mask และ SMI โดยเข้ารับการรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปอดแฟบทั้งสิ้น 54 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 78 เพศหญิง ร้อยละ 22 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 46) โดยผู้ป่วยที่อายุน้อยที่สุดคือ 1 เดือน และมากที่สุดคือ 14 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคทางระบบหายใจ โดยเฉพาะปอดอักเสบ (ร้อยละ 48) การรักษาโดยใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอดสามารถทำให้ภาวะปอดแฟบดีขึ้นร้อยละ 96.3 โดยใช้เวลาเฉลี่ย 6.5 วัน ระยะเวลาที่หายเร็วที่สุดอยู่ที่ 1 วันหลังให้การรักษา และระยะเวลานานที่สุดอยู่ที่ 23 วันหลังให้การรักษา มีผู้ป่วยเพียง 2 ราย ที่อาการไม่ดีขึ้นจากการรักษา คิดเป็น ร้อยละ 3.7 โดยผู้ป่วย 1 ใน 2 รายมีสาเหตุจากการอุดตันของลำไส้เคลื่อนที่ผิดปกติจำเป็นต้องรักษาโดยการนำสิ่งแปลกปลอมออกจากหลอดลม ทำให้อาการปอดแฟบดีขึ้น ส่วนอีกรายเป็นผู้ป่วยที่พัฒนาการล่าช้าและมีภาวะปอดเรื้อรัง

สรุป : การใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอด (lung expansion devices) สามารถช่วยในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดแฟบได้ จึงอาจพิจารณานำไปใช้ในการรักษาหรือใช้ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดทรวงอกพื้นฐาน

คำสำคัญ : อุปกรณ์ช่วยขยายปอดภาวะปอดแฟบ

Effect of lung expansion devices in pediatric with pulmonary atelectasis

Naline Phungmala¹, Ajjimavadee Pongdara²

Registered nurse¹, Pediatric pulmonologist²

Department of pediatric, Maharaj Nakhon si Thammarat Hospital

Abstract

Background : Pulmonary Atelectasis refers to incomplete expansion of the lung. Most of it occurs in children who are younger than 10 years old. The mechanism of pulmonary atelectasis is resorptive atelectasis, compressive atelectasis from inside and outside trachea or adhesive atelectasis. In addition, disease that make pulmonary atelectasis found easily in children are including asthma, bronchiolitis, tuberculosis and foreign body aspiration. The treatment is depend on mechanism, cause, duration, and severity of disease. Chest physiotherapy is basic technique which has importance for a long time. But the problem is children; they have condition of age, ability, and cooperation. Not only using chest physiotherapy, but also using lung expansion device with them. The device is including EzPAP, PEP mask, and SMI.

Objective : to study effect of lung expansion devices in children with pulmonary atelectasis

Material and Methods : A retrospective descriptive analysis of the medical record of pediatric patient 1 month old to 15 year old with pulmonary atelectasis and used lung expansion devices such as EzPAP, PAP mask and SMI. The study performed in Pediatric department of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital during 1st June 2014 to 31st October 2016.

Results : 54 pediatric patient with pulmonary atelectasis and reports lung expansion devices including boys 78% and girls 22%. The youngest patient is 1 month old and the oldest patient is 14 years old. From the report, most of their age is less than 1 year old and the main cause of pulmonary atelectasis for them is pneumonia. After using the device, patients are getting better 96.3% from all of them. The average time to treatment is 6.5 days, the shortest time is 1 day and the longest time is 23 days. Only 2 children (3.7% from all of the patients) still have disease. One of them has foreign body aspiration, so remove foreign body was done. The other one has chronic lung condition and delayed development.

Conclusion : lung expansion devices can use to treat in children with pulmonary atelectasis. May be consider with basic chest physiotherapy.

Keywords : pulmonary atelectasis, lung expansion devices

บทนำ

ภาวะปอดแฟบ (pulmonary atelectasis) เป็นภาวะที่ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่หรือมีบางส่วนยุบลง ซึ่งอาจเป็นเพียงบางส่วนของปอดหรือทั้งปอด ส่วนใหญ่พบในเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 10 ปีมากกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่เนื่องจากการพัฒนาของ pores of Kohn และ channels of Lambert ซึ่งเป็น collateral ventilation ยังไม่สมบูรณ์ทำให้ต้องใช้หลอดลมเพียงอย่างเดียวในการทำหน้าที่ส่งผ่านอากาศไปยังถุงลม ซึ่งถ้าหลอดลมเกิดการอุดกั้นก็จะทำให้เกิดภาวะปอดแฟบได้ง่ายกว่าในเด็กโต สาเหตุของภาวะปอดแฟบเกิดจากการที่อากาศถูกดูดซึม (resorptive atelectasis) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในเด็กจากการที่หลอดลมถูกอุดกั้นทำให้อากาศไม่สามารถเข้าไปยังหลอดลมส่วนปลายได้ หรือเกิดจากการถูกกดเบียด (compressive atelectasis) จากทั้งภายในและภายนอกหลอดลม หรือเกิดจากการยึดติดกันของถุงลม (adhesive atelectasis) โดยโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบที่พบบ่อยในเด็กได้แก่ โรคหอบหืดส่วนโรคอื่นที่อาจเป็นสาเหตุเช่น หลอดลมฝอยอักเสบ วัณโรคของหลอดลม และตำลึงสิ่งแปลกปลอมเป็นต้น ตำแหน่งปอดที่เกิดภาวะปอดแฟบบ่อยมักเป็นบริเวณ right middle lobe เนื่องจากมี lymphoid tissue อยู่บริเวณรอบๆเปิดของหลอดลม ทำให้รูเปิดของหลอดลมบริเวณ right middle lobe แคบที่สุด เมื่อเกิดภาวะปอดแฟบจะทำให้เลือดที่ไหลผ่านปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนกับปอดได้ เกิดภาวะขาดออกซิเจนตามมา^(1,2)

การรักษาภาวะปอดแฟบขึ้นกับกลไกการเกิดโรค สาเหตุ ระยะเวลา และความรุนแรงของโรค โดยพบว่าการทำกายภาพบำบัดทางออกยังมีความสำคัญตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นเทคนิคพื้นฐาน ประกอบด้วย การจัดทำเพื่อระบายเสมหะ (postural drainage) การเคาะและต้อน (percussion and vibration) การควบคุมและฝึกการ

หายใจ (breathing control and exercise) การฝึกการไอ (cough training) การฝึกกล้ามเนื้อหายใจ (respiratory muscle training) และการออกกำลังกาย (exercise) เป็นต้น⁽³⁾ แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีข้อจำกัดด้านอายุ ระดับความสามารถ ความร่วมมือ ดังนั้นในปัจจุบันนอกจากเทคนิคกายภาพบำบัดพื้นฐานยังได้มีการนำอุปกรณ์ช่วยในการระบายเสมหะและขยายปอดมาใช้ เช่น sustained maximal inspiration (SMI) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยเพิ่ม alveolar distending pressure แต่เหมาะในผู้ป่วยเด็กโตและผู้ใหญ่เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือในการใช้งาน PEP mask ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ทำให้เกิดแรงดันบวกในช่วงหายใจออก ทำให้ระยะเวลาในการหายใจออกนานขึ้น มีประโยชน์ในการทำให้ทางเดินหายใจและถุงลมขยาย EzPAP เป็นอุปกรณ์ที่ให้แรงดันบวกเพื่อเพิ่มแรงดันบวกในถุงลมทั้งช่วงหายใจเข้าและหายใจออก^(4,5,6) เป็นต้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอุปกรณ์ช่วยขยายปอด EzPAP มีประโยชน์ในการทำกายภาพบำบัดและเมื่อเปรียบเทียบกับเทคนิคพื้นฐานพบว่าได้ผลใกล้เคียงกัน⁽⁴⁾ จากการเก็บข้อมูลของ kopp ในปี 2009 จากผู้ที่ใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอดพบว่าอุปกรณ์ที่ง่ายต่อการใช้งานผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ช่วยในการระบายเสมหะทำให้ภาวะปอดแฟบดีขึ้นและการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น⁽⁷⁾ และการศึกษาของ Sarah และคณะก็ได้ผลเช่นเดียวกัน⁽⁸⁾ ดังนั้นทางกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จึงได้มีการนำอุปกรณ์ช่วยขยายปอด (lung expansion device) มาใช้ในผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาปอดแฟบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 โดยมีการเก็บข้อมูลติดตามประเมินผลการใช้งานเพื่อให้สอดคล้องกับการดูแลรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

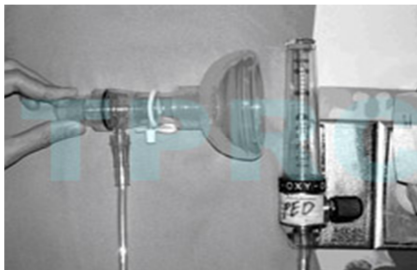
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอด (lung expansion devices) ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดแฟบ

วิธีการศึกษา

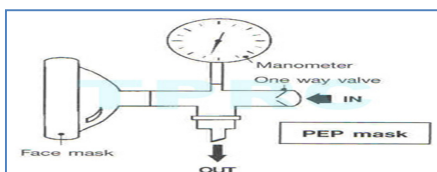
เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปอดแฟบจากเอกซเรย์ทรวงอก และได้รับการรักษาโดยอุปกรณ์ขยายปอด (lung expansion device) ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559 โดยอุปกรณ์ที่ใช้ในการขยายปอดได้แก่

1. EzPAP® เป็นอุปกรณ์ที่ให้แรงดันบวกเพื่อเพิ่มแรงดันในถุงลมปอดทั้งในช่วงการหายใจเข้าและการหายใจออก⁽⁵⁾ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 EzPAP

2. PEP mask เป็นอุปกรณ์ที่ให้แรงดันบวกในช่วงหายใจออก โดยเกิดจากการหายใจของผู้ป่วยเอง ไม่ต้องอาศัยแหล่งจ่ายก๊าซจากภายนอก⁽⁵⁾ (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 PEP mask

3. SMI (sustained maximal inspiration) เป็นการเพิ่ม alveolar distending pressure โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าอย่างช้าๆ แล้วค้างไว้ 3-5 วินาที⁽⁵⁾ (รูปที่ 3)

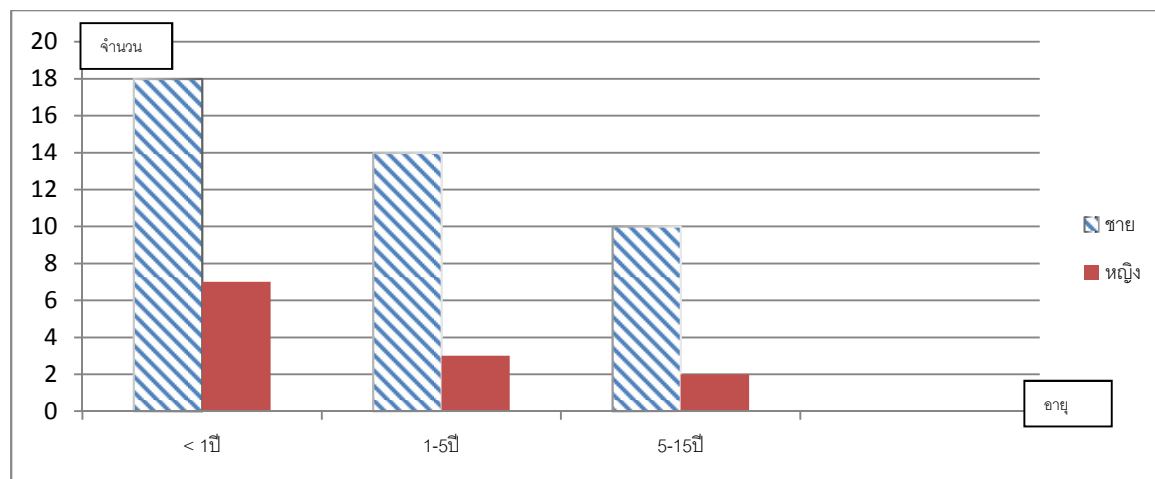


รูปที่ 3 SMI (sustained maximal inspiration)

และสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย และผลเอกซเรย์ทรวงอก รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งปอดแฟบ การรักษาโดยใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอด ระยะเวลาที่ปอดขยาย และภาวะแทรกซ้อน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลในรูปของจำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการศึกษามีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะปอดแฟบทั้งสิ้น 54 ราย เป็นเพศชาย 42 ราย (ร้อยละ 78) เพศหญิง 12 ราย (ร้อยละ 22) ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดที่ใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอดคือ 1 เดือน และมากที่สุดคือ 14 ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 46) ดังแสดงในกราฟที่ 1



กราฟที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปอดแฟบแบ่งตามอายุและเพศ

โรคหรือภาวะที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดแฟบส่วนใหญ่เป็นโรคปอดอักเสบ (ร้อยละ 48) รองลงมาเป็นโรคของระบบหายใจอื่นๆ เช่น หอบหืด โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

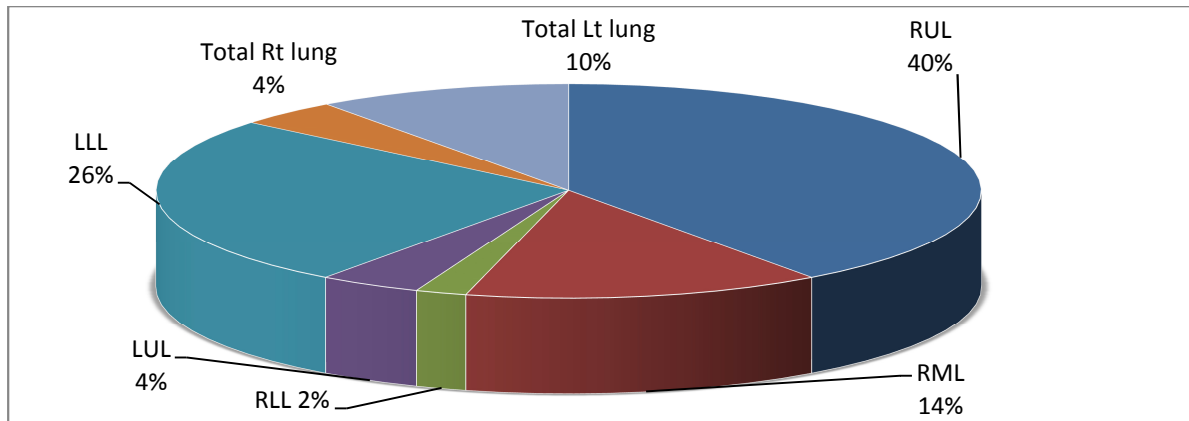
ตารางที่ 1 โรคที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดแฟบ

นอกจากนี้ยังพบโรคทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับภาวะปอดแฟบร้อยละ 9 ดังแสดงในตารางที่ 1

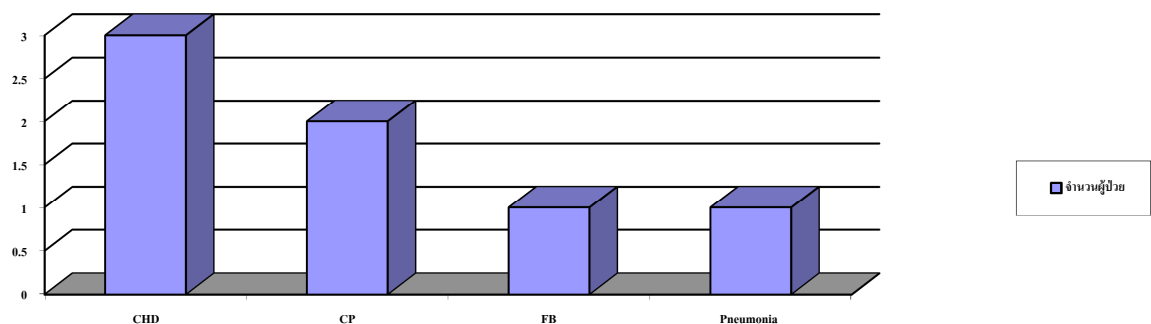
Disease associated with atelectasis	N(คน)	%
Pneumonia	26	48
Bronchopulmonary dysplasia	10	19
Asthma	5	9
Cerebral palsy	5	9
Viral croup	2	4
Other	6	11

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดแฟบพบว่าส่วนใหญ่ตำแหน่งที่ปอดแฟบจากภาพเอกซเรย์ทรวงอกอยู่ที่บริเวณปอดด้านขวากลิบบบน (right upper lobe) ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นบริเวณปอดด้านซ้ายกลีบล่าง (left lower lobe) และปอดด้านขวากลิบล่าง (right middle lobe) ร้อยละ 26 และ 14 ตามลำดับ พบผู้ป่วยมีภาวะปอดแฟบทั้งข้างจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 14) เป็นปอด

ด้านขวา 2 รายและด้านซ้าย 5 ราย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะปอดแฟบทั้งข้างจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 71) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (3 ราย) และโรคพัฒนาการล่าช้า (2 ราย) ส่วนผู้ป่วย 2 รายที่เหลือที่มีภาวะปอดแฟบทั้งปอดเกิดจากการสำลักสิ่งแปลกปลอมและภาวะปอดอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน ดังแสดงในกราฟที่ 2 และ 3

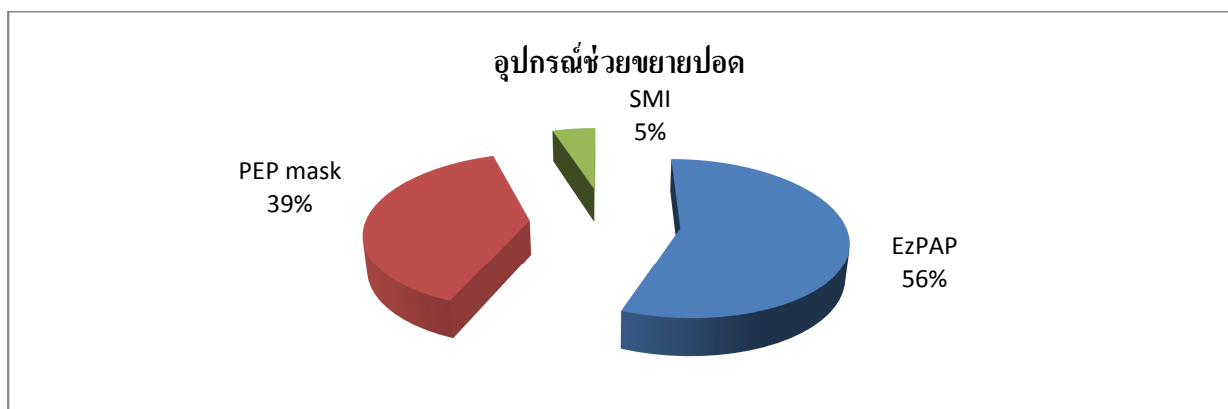


กราฟที่ 2 ร้อยละของตำแหน่งที่มีภาวะปอดแฟบ



กราฟที่ 3 สาเหตุของภาวะปอดแฟบทั้งข้าง

อุปกรณ์ส่วนใหญ่ที่ใช้ช่วยในการขยายปอดคือ EZPAP จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 56) รองลงมาเป็น PEP mask 21 ราย (ร้อยละ 39) และ SMI 3 ราย (ร้อยละ 5) มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีกายภาพบำบัดทรวงอกพื้นฐานร่วมด้วยจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 7) ดังแสดงในกราฟที่ 4



กราฟที่ 4 ร้อยละของอุปกรณ์ที่ใช้ช่วยในการขยายปอด

ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดแฟบและได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ช่วยขยายปอด ทั้งหมด 54 ราย มีผู้ป่วยเพียง 2 รายที่อาการไม่ดีขึ้นจากการรักษา คิดเป็นร้อยละ 3.7 โดยผู้ป่วย 1 ใน 2 ราย มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดลม จำเป็นต้องรักษาโดยการนำสิ่งแปลกปลอมออกจากหลอดลม จึงทำให้อาการปอดแฟบดีขึ้น ส่วนอีกรายเป็นผู้ป่วยที่พัฒนาการล่าช้าและมีภาวะปอดเรื้อรัง ระยะเวลาเฉลี่ยเมื่อให้การรักษาโดยอุปกรณ์ช่วยขยายปอดและภาวะปอดแฟบดีขึ้นใช้เวลา 6.5 วัน โดยระยะเวลาที่หายเร็วที่สุดอยู่ที่ 1 วันหลังให้การรักษา และนานสุดอยู่ที่ 23 วันโดยส่วนใหญ่ใช้เวลา 4 วัน

วิจารณ์

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะปอดแฟบและได้รับการรักษาโดยอุปกรณ์ช่วยขยายปอดที่แผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2556 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 46) ซึ่งเข้าได้กับอุบัติการณ์ของภาวะปอดแฟบโดยส่วนใหญ่ที่พบบ่อยในเด็กเล็กมากกว่าเด็กโตหรือผู้ใหญ่เนื่องจากการพัฒนาของ collateral ventilation ยังไม่สมบูรณ์และหลอดลมมีขนาดเล็กจึงมีโอกาสเกิดการอุดตันได้ง่าย^(1,2) ตำแหน่งของปอดที่เกิดภาวะปอดแฟบจากการศึกษาส่วนใหญ่พบที่ปอดด้านขวา กลีบบน (ร้อยละ 40) รองลงมาเป็นปอดด้านซ้าย กลีบล่างและปอดด้านขวา กลีบกลางตามลำดับ ซึ่งต่างกับการศึกษาอื่นๆ ที่มักพบภาวะปอดแฟบที่ปอดด้านขวา กลีบกลางมากที่สุดเนื่องจากรูเปิดของหลอดลมที่ไปยังปอดด้านขวา กลีบกลางจะแคบที่สุด จากการที่มี lymphoid tissue อยู่ล้อมรอบ^(1,2) แต่เหมือนกับการศึกษาของ Bilan และ Rocha ที่พบว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยที่มีภาวะปอดแฟบจะพบที่ปอดด้านขวา กลีบบนเช่นเดียวกัน⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 14 มีภาวะปอดแฟบทั้งข้าง

และร้อยละ 71 ของผู้ป่วยที่มีภาวะปอดแฟบทั้งข้างเป็นผู้ป่วยที่โรคประจำตัวคือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและพัฒนาการช้า สาเหตุหรือโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะปอดแฟบส่วนใหญ่เป็นโรคปอดอักเสบ (ร้อยละ 48) รองลงมาเป็นโรคของระบบหายใจอื่นๆ เช่น หอบหืด และโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งเกิดภาวะปอดแฟบจากการอุดกั้นของเสมหะภายในหลอดลม เหมือนกับการศึกษาอื่นๆ ที่โดยส่วนใหญ่มักพบว่าสาเหตุของภาวะปอดแฟบเป็นจากการอุดกั้นภายในหลอดลม (intrinsic airway obstruction) เช่นเดียวกัน⁽¹⁾

ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดแฟบและได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ช่วยขยายปอด ทั้งหมด 54 รายส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยใช้ EzPAP (ร้อยละ 56) รองลงมาเป็น PEP mask และ SMI ตามลำดับ พบว่าร้อยละ 96.3 อาการดีขึ้นจากการใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอดดังกล่าว ซึ่งหลักการทั่วไปของการรักษาภาวะปอดแฟบคือการทำกายภาพบำบัดทรวงอกโดยใช้เทคนิคพื้นฐาน ได้แก่ การเคาะ การสั่น ร่วมกับการจัดท่าระบายเสมหะ โดยนักกายภาพบำบัด และอาจมีการนำอุปกรณ์ช่วยขยายปอดและกำจัดเสมหะมาใช้ร่วมด้วย แต่อุปกรณ์เหล่านี้มักมีราคาแพง และต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแล ที่ผ่านมามีการศึกษาการใช้เทคนิคต่างๆ เปรียบเทียบกันและเปรียบเทียบกับการทำกายภาพบำบัดทรวงอกโดยใช้เทคนิคพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่ได้ผลใกล้เคียงกัน⁽⁴⁾ มีการศึกษาของ Tarnow และ Daniel ในปี 2002 โดยใช้อุปกรณ์ EzPAP พบว่าสามารถเพิ่มออกซิเจนในเลือดและลดอัตราการหายใจของผู้ป่วยลงได้หลังจากการใช้งานเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ SMI ที่หายเพียง ร้อยละ 25 ($p < 0.05$)⁽⁹⁾ การศึกษาของ Wiergalla พบว่าการใช้ EzPAP สามารถทำให้ภาวะปอดแฟบหายได้ ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ SMI ที่หายเพียง ร้อยละ 25 ($p < 0.001$)⁽⁸⁾ นอกจากนี้ Kopp ยังได้เก็บข้อมูลจากผู้ให้

การรักษาโดยใช้ EzPAP พบว่าอุปกรณ์ดังกล่าวช่วยต่อการใช้งาน ช่วยให้หายจากภาวะปอดแฟบได้เร็วมีประสิทธิภาพในการช่วยระบายเสมหะ good patient compliance และ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น⁽⁷⁾ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่เป็นแบบ randomized controlled trial ถึงประสิทธิภาพของอุปกรณ์ดังกล่าว

สรุป

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี มักเกิดภาวะปอดแฟบได้ง่ายที่สุดและสาเหตุโดยส่วนใหญ่เป็นจากโรคทางระบบหายใจโดยเฉพาะปอดอักเสบ

(ร้อยละ 48) เนื่องจากเสมหะอุดกั้นหลอดลม การรักษาโดยใช้อุปกรณ์ช่วยขยายปอด (lung expansion device) ได้แก่ EzPAP, PEP mask และ SMI สามารถทำให้ภาวะปอดแฟบดีขึ้น ร้อยละ 96.3 โดยใช้เวลาเฉลี่ย 6.5 วัน ระยะเวลาที่หายเร็วที่สุดอยู่ที่ 1 วันหลังให้การรักษา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถช่วยสร้างความมั่นใจให้กับแพทย์และพยาบาล รวมทั้งนักกายภาพบำบัดในการนำอุปกรณ์ช่วยขยายปอดมาใช้กับผู้ป่วยเด็ก โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งอาจใช้ร่วมกับการทำกายภาพบำบัดทรวงอกพื้นฐานหรือไม่ก็ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Carolina CD, Paulo AS, Dirce SF. Children with pulmonary atelectasis: clinical outcome and characterization of physical therapy. Actascientiarum health sciences 2013; 35(2): 169-173.
2. สุทธินิธิราช. ภาวะปอดแฟบในเด็ก. ศรีนครินทร์เวชสาร 2015; 30(6): 641-647.
3. สมจิตร ทองคำ. กายภาพบำบัดในเด็กที่มีปัญหาทางเดินหายใจ. ใน: อรุณวรรณพฤษพิพันธุ์, ดุสิต สดาวร, พนิดา ศรีสันต์, หฤทัย กมลภรณ์, บรรณาธิการ. Optimizing practice in pediatric respiratory disease. กรุงเทพฯ: ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย, 2554; 206-213.
4. วณิดา เปาอินทร์. Airway clearance and lung expansion devices. ใน: จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สดาวร, นวลจันทร์ ปราบพาล, บรรณาธิการ. Pediatric pulmonology 2009: current knowledge and practice. กรุงเทพฯ: ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย, 2552; 36-42.
5. ชิดดา ชัยสุขมงคลลาภ. การใช้อุปกรณ์ช่วยกำจัดเสมหะที่ใช้บ่อยในเด็ก. ใน: อรุณวรรณพฤษพิพันธุ์, ดุสิต สดาวร, พนิดา ศรีสันต์, หฤทัย กมลภรณ์, บรรณาธิการ. Optimizing practice in pediatric respiratory disease. กรุงเทพฯ: ชมรมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย, 2554; 268-280.
6. Shawna LS, Gail SD, Teresa AV, Dean RH. AARC clinical practice guideline: effectiveness of nonpharmacologic airway clearance therapies in hospitalized patient. Respiratory care 2013; 58(12): 2187-2193.
7. Kopp R. EZPAP in postoperative respiratory therapy. MTD 2010; 10: 68-69.
8. Sarah Elliott MA. A study to investigate the clinical use and outcome of EZPAP positive pressure device to determine its effectiveness as an adjunct to respiratory physiotherapy. Journal of ACPRC 2012; 44: 4-11.
9. Daniel BM, Tarnow JL. EZPAP: an effective treatment in segmental and lobar atelectasis. Chest 2002; 122(4 supplement): 208s-209s.

เปรียบเทียบการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กกับการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐาน ในโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่เนื้องอก

บัณฑิต หวังสันติวงศา พบ.

กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลพยุหะภูมิพิสัย มหาสารคาม

บทคัดย่อ

บทนำ : การผ่าตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดทางนรีเวชที่มีการทำมากที่สุดเพื่อใช้รักษาโรคของปากมดลูก, มดลูก, รังไข่ที่ไม่ใช่โรคร้ายแรงและรักษาโรคที่ร้ายแรงทางนรีเวช เช่น มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก, มะเร็งมดลูก, มะเร็งรังไข่ การผ่าตัดมดลูกสามารถทำได้หลายวิธี การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอด การผ่าตัดมดลูกโดยอาศัยกล้องช่วย ซึ่งการผ่าตัดมดลูกโดยอาศัยกล้องช่วยได้รับความนิยมมากขึ้นเนื่องจากมีแผลขนาดเล็ก พึ่งตัวได้เร็วพักอยู่โรงพยาบาลไม่นานและมีคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดที่ดีแต่ก็มีข้อจำกัดบางประการสำหรับการผ่าตัดโดยวิธีนี้ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถใช้ในการรักษาโรคที่ไม่ร้ายแรงทางนรีเวชและให้ผลการรักษาที่ไม่แตกต่างจากการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบผลในด้านต่างๆของการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กกับการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐาน และภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

วิธีการศึกษา : เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาผู้ป่วย 70 ราย ที่ผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐาน (กลุ่มที่ 1 แผลมีขนาดมากกว่า 6 ซม.) กับผู้ป่วย 65 ราย ที่ผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็ก (กลุ่มที่ 2 แผลมีขนาดเล็กกว่าหรือเท่ากับ 6 ซม.) ที่มาผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา : ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มที่ 1 มีค่าเท่ากับ 45 ปี กลุ่มที่ 2 มีค่าเท่ากับ 46.9 ปี เฉลี่ยจำนวนบุตรในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 1.92 คน ส่วนกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 2 คน ปริมาตรของเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดในกลุ่มที่ 1 มีค่าเท่ากับ 367 มล. มากกว่ากลุ่มที่ 2 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 336 มล. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาทำการผ่าตัด ในกลุ่มที่ 1 ใช้เวลา 56 นาที น้อยกว่ากลุ่มที่ 2 ใช้เวลา 61 นาที ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 3.3 วัน มากกว่ากลุ่มที่ 2 มีค่าเท่ากับ 2.8 วัน คะแนนความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 5.2 คะแนน ในกลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย 4.3 คะแนนและการใช้ยาแก้ปวดหลังการผ่าตัดมีค่าสูงกว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 โดยปริมาณการใช้ยาแก้ปวดเฉลี่ย 38 มก. ในกลุ่มที่ 2 ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดเฉลี่ย 12 มก. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัดทั้ง 2 กลุ่ม ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ในกลุ่มที่ 1 พบแผลติดเชื้อ 2 ราย(ร้อยละ 2.8) กลุ่มที่ 2 พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 1 ราย(ร้อยละ 1.5)

สรุป : การผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กมีความปลอดภัยและสามารถเป็นทางเลือกของการผ่าตัดรักษาโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่เนื้องอกได้

คำสำคัญ : การผ่าตัดมดลูก, แผลผ่าตัดขนาดเล็ก, โรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่เนื้องอก

Minilaparotomy versus conventional laparotomy for abdominal hysterectomy for benign gynecologic disease : A comparative study

Bundit Wangsantiwongsa MD.

Abstract

Background : Hysterectomy is the most common gynecologic operation for treatment benign cervical, uterine and ovarian disease, and treatment malignant gynecologic disease such as early stage of cervical cancer, uterine cancer and ovarian cancer. Hysterectomy can be performed by different approaches like abdominal, vaginal and laparoscopic. Gynecological endoscopy have become popular because smaller incision , less postoperative recovery time, shorter hospital stay and improve quality of life but has some limits for laparoscopic surgery. Minilaparotomy hysterectomy is the other choice for treatment benign gynecologic disease and outcomes are not different from conventional hysterectomy.

Objective : Comparison of minilaparotomy abdominal hysterectomy with conventional hysterectomy in clinical outcomes ,intra- and post-operative and complications..

Material and Methods : To compare outcomes of 70 cases of conventional abdominal hysterectomy(group I, incision > 6 cm) and outcomes 65 cases of minilaparotomy hysterectomy (group II,incision < 6 cm) performed from January 2014 to December 2016

Result : Mean age was 45 years in group I , was 46.9 years in group II and parity was 1.92 in group I , was 2 in group II, estimated blood loss was higher in group I (367 ml) than group II(336 ml). Mean operative time was 56 minutes in group I less than group II spent 61 minutes Mean postoperative hospitalization was 3.3days in group I more than group II was 2.8 days, mean postoperative pain in group I was 5.2 and group II was 4.3. Use of postoperative analgesic drug in group I was 38 mg was 12 mg in group II, no intraoperative complications in 2 groups, postoperative complications was 2 cases (2.8 %) of wound infection in group I and 1 case (1.5 %) of urinary tract infection in group II

Conclusion : Minilaparotomy hysterectomy was safe and feasible in women undergoing hysterectomy for benign gynecologic disease, it should be considered as alternative to conventional abdominal hysterectomy

Key words : hysterectomy, minilaparotomy, benign gynecologic disease

บทนำ

การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดทางนรีเวชที่ทำมากที่สุดเพื่อใช้รักษาโรคของปากมดลูก, มดลูก, รังไข่ที่ไม่ใช่โรคร้ายแรง และรักษาโรคที่ร้ายแรงทางนรีเวช เช่น มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก, มะเร็งมดลูก, มะเร็งรังไข่ ยังไม่มีข้อกำหนดอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดมดลูกซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง, การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดและการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีใช้ส่องกล้อง ซึ่งในแต่ละวิธีนั้นมักถูกกำหนดโดยความชอบการฝึกฝนของนรีแพทย์ ขนาดของมดลูก พยาธิสภาพภายในอุ้งเชิงกราน และตัวผู้ป่วยเลือกวิธีการผ่าตัดเอง การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องสามารถทำในการผ่าตัดโรคทางนรีเวชที่ไม่ร้ายแรงและร้ายแรงโดยแผลหน้าท้องที่มีขนาดใหญ่ การผ่าตัดมดลูกทางช่องคลอดนิยมทำกันในรายที่มีการหย่อนตัวของมดลูก การหย่อนตัวของอุ้งเชิงกราน^(1,2) จนกระทั่งในช่วงสองทศวรรษนี้การผ่าตัดทางนรีเวชโดยวิธีการส่องกล้องได้รับความนิยมมาก การผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอดโดยใช้กล้องช่วย (Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy (LAVH)) การผ่าตัดมดลูกผ่านการส่องกล้อง (Laparoscopic Hysterectomy (LH)) ได้ถูกนำมารักษาผู้ป่วยอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากทำให้การนอนโรงพยาบาลสั้นลง อีกทั้งเป็นหัตถการที่ทำให้เนื้อเยื่อชดเชยเล็กน้อยทำให้เจ็บปวดน้อยลงการฟื้นตัวหลังผ่าตัดดีกว่า คุณภาพชีวิตหลังผ่าตัดดีขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐาน (conventional abdominal hysterectomy)⁽³⁾ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องนั้นยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การใส่ลมเข้าไปในช่องท้องสามารถก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีรูปร่างอ้วนมากหรือก่อให้เกิดอันตรายในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตไม่ปกติระหว่างผ่าตัด อีกทั้งผู้ผ่าตัดต้องได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติมจากปกติและเครื่องมือที่ใช้ก็มีราคาที่แพง⁽³⁾

นิยามการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กคือการผ่าตัดมดลูกผ่านทางแผลหน้าท้องที่มีขนาดความยาวของแผลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เซนติเมตร

แรกเริ่มที่มีการใช้แผลผ่าตัดขนาดเล็กทางนรีเวชนั้นจะทำได้ในรายดังนี้ เช่น ทำหมัน การแก้หมัน การผ่าตัดเอากล้ามเนื้อของรังไข่ และการตั้งครกนอกรมดลูก โดยที่การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กได้ถูกนำเสนอเป็นครั้งแรกโดย นายแพทย์ Marco A. Pelosi II โดยมีหลักการพื้นฐานว่าตัดชิ้นเนื้อผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กมากกว่าที่จะเปิดแผลผ่าตัดให้กว้างเพื่อให้เห็นอวัยวะที่ต้องการผ่าตัดในการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐาน⁽¹⁻⁴⁾ สำหรับโรงพยาบาลพริตทิมพิสัยมีการผ่าตัดมดลูกโดยที่ประมาณร้อยละ 95 เป็นการผ่าตัดมดลูกที่มีขนาดแผลหน้าท้องมากกว่า 6 เซนติเมตร อีกร้อยละ 5 เป็นการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด สำหรับการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กนั้นมีความปลอดภัยหรือไม่เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กนั้นให้ผลแตกต่างกับการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีปกติหรือไม่และความเป็นไปได้ที่จะนำมาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการผ่าตัดมดลูก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ prospective non-randomization comparative study ระหว่างการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีปกติเป็นกลุ่มที่ 1 กับการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กเป็นกลุ่มที่ 2 ได้ดำเนินการในโรงพยาบาลพริตทิมพิสัยระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยมีผู้ป่วยมาผ่าตัดมดลูกจำนวนทั้งสิ้น 135 ราย แยกเป็นกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกโดยวิธีปกติจำนวน 70 รายและกลุ่มที่ผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กจำนวน 65 ราย สำหรับรายที่สงสัยเป็นเนื้อร้ายจะถูกตัดออกจากการศึกษา ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดประกอบไปด้วยเนื้องอกมดลูกที่มีภาวะแทรกซ้อน เนื้องอกมดลูกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่

ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียนประกอบไปด้วย อายุ ดัชนีมวลรวมของร่างกาย (BMI) จำนวนบุตร โรคประจำตัว ความยาวของแผลผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด

ปริมาณของเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด น้ำหนักมดลูก ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด (เช่น บาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ ท่อไต ลำไส้) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (เช่น แผลติดเชื้อ มีก้อนเลือด แผลแยก ดิฉีเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ) คะแนนความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง (จากการใช้ Visual Analog Scale) ยาแก้ปวดที่ใช้ จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด

ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (cefazolin 2 g intravenous) ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) ยาแก้ปวดที่ให้หลังผ่าตัดให้ยา pethidine ถ้าตรวจพบมีคะแนนความเจ็บปวดตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป หลังผ่าตัดมีการนัดผู้ป่วย 1 สัปดาห์มาตรวจแผลที่โรงพยาบาล และเวลา 1 เดือน เพื่อตรวจหลังผ่าตัดและพึงผลขึ้นเนื้อ

ผลการศึกษา

ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2559 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกในโรงพยาบาล พัทธภูมิพิสัยที่อยู่ในเกณฑ์ของการศึกษานี้จำนวน 135 คน มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดมดลูก เป็นเนื้องอกในมดลูกที่เกิดและยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ เนื้องอกของเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial hyperplasia) โดยสามารถแบ่งออกเป็นการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีปกติจำนวน 70 ราย และการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กจำนวน 65 ราย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาแสดงให้เห็นในตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 45 (32-53) ปี กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 46.9 (34-55) ปี ค่าเฉลี่ยการมีบุตรของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 1.92 คน กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 2 คน ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลรวมของร่างกาย (BMI) ของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 24.94 กลุ่มที่ 2 เท่ากับ

25.39 โรคประจำตัวของผู้ป่วยในกลุ่มที่ 1 เป็น เบาหวาน 6 ราย (ร้อยละ 7.5) ความดันโลหิตสูง 4 ราย (ร้อยละ 5.7) กลุ่มที่ 2 เป็น เบาหวาน 4 ราย (ร้อยละ 6.1) ความดันโลหิตสูง 9 ราย (ร้อยละ 13.8)

ข้อมูลการผ่าตัดแสดงให้เห็นในตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 56 (30-90) นาที กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 61 (40-102) นาที ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักมดลูก กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 469.7 (190-2020) กรัม กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 406.8 (190-1360) กรัม ค่าเฉลี่ยของปริมาณของเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 367 (150-800) มิลลิลิตร กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 336 (150-700) มิลลิลิตร ไม่มีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีผู้ป่วยได้รับเลือดทั้ง 2 กลุ่ม

ข้อมูลหลังการผ่าตัดแสดงให้เห็นในตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 3.3 วัน กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 2.8 วัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 5.2 คะแนน ของกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 4.3 คะแนน ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 โดยเฉลี่ย 38 มก กลุ่มที่ 2 ใช้ยาแก้ปวดโดยเฉลี่ย 12 มก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด พบมีแผลติดเชื้อ 2 ราย (ร้อยละ 2.8) ในกลุ่มที่ 1 และมีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 1 ราย (ร้อยละ 1.5) ในกลุ่มที่ 2 จากข้อมูลทั้งหมดไม่พบมีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญในส่วนของคุณค่าเฉลี่ย, จำนวนบุตรเฉลี่ย, ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลรวมของร่างกาย (BMI), ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักมดลูก, ค่าเฉลี่ยของปริมาณของเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัด, ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด, ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด ระหว่าง 2 กลุ่ม แต่พบมีความแตกต่างทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญในการใช้ยาแก้ปวดพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ใช้มากกว่ากลุ่มที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

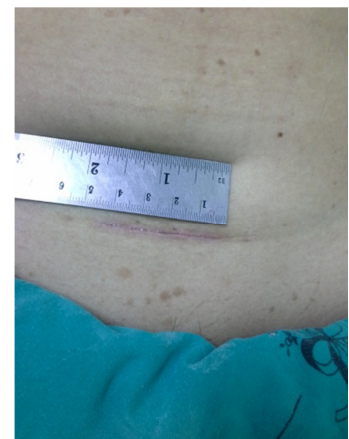
ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	P value
อายุเฉลี่ย (ปี)	45.0	46.9	0.538
ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลรวม (kg/m^2)	24.94	25.39	0.771
ค่าเฉลี่ยจำนวนบุตร	1.92	2.01	0.462
โรคประจำตัว			
Hypertension(ความดันโลหิตสูง)	4	9	0.265
Diabetes mellitus(เบาหวาน)	6	4	0.448

ตารางที่ 2 ข้อมูลการผ่าตัด

	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	P value
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาผ่าตัด (นาที)	56	61	0.446
ค่าเฉลี่ยน้ำหนักมดลูก (กรัม)	469	406	0.910
ค่าเฉลี่ยปริมาตรเลือดที่เสีย (มล)	367	336	0.127
บาดเจ็บกระเพาะปัสสาวะ, ท่อไต	0	0	
บาดเจ็บลำไส้	0	0	
การได้รับเลือดระหว่างและหลังผ่าตัด	0	0	

ตารางที่ 3 ข้อมูลหลังการผ่าตัด

	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	P value
จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด(วัน)	3.3	2.8	0.849
คะแนนความเจ็บปวด	5.2	4.3	0.088
ปริมาณยาแก้ปวดโดยเฉลี่ย(มก)	38	12	< 0.001
แผลผ่าตัดติดเชื้อ, แยก	2(2.8%)	0	
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	0	1(1.5%)	



ภาพแสดงการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลหน้าท้องขนาดเล็ก รูปข้างขวาสุดเป็นรูปหลังการผ่าตัด 1 เดือน

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบระหว่างการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีปกติและการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็ก สำหรับวัตถุประสงค์หลักคือการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดใน 2 กลุ่มนี้ มีการศึกษาในส่วนนี้น้อย จนมีการศึกษาของ Jai BG, และคณะศึกษาเปรียบเทียบพบว่า การผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กมีปริมาตรเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัดน้อยกว่าระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า จำนวนวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่า⁽²⁾ ในการศึกษานี้ได้ผลเช่นเดียวกัน ยกเว้นในส่วนของการระยะเวลาผ่าตัดที่มีระยะนานกว่าอาจเกิดจากประสบการณ์การผ่าตัดแผลขนาดเล็กยังมีไม่มากและทำผ่าตัดไม่เป็นไปตามเทคนิคที่ได้แนะนำ เช่น ท่านอนของผู้ป่วยเพราะได้แนะนำให้นอนอยู่ในท่า Trendelenberg หรือ ท่า modified lithotomy ซึ่งจะทำได้ง่ายขึ้น การใช้ self-retaining retractor เป็นแบบพลาสติกที่นุ่ม การลงแผลที่หน้าท้องแนะนำให้ใช้ Modified Kustner's ซึ่งจะทำการผ่าตัดทำได้ง่ายขึ้น การใช้เครื่องมือควบคุมและโยกมดลูก (Uterine manipulator) เพื่อความง่ายของการผ่าตัด^(1,2,4,5,6) สำหรับการศึกษานี้ได้ให้นอนในท่านอนหงายปกติ ไม่มี retractor ตามคำแนะนำ แต่ใช้ retractor ที่ใช้ตามปกติคือใช้ Deaver ส่วนแผลผ่าตัดเป็น Pfannenstiel และไม่ได้ใช้ uterine manipulator แต่จะใช้ myoma screw, towel clip, tenaculum เพื่อจับมดลูกหรือลดขนาดของมดลูกลงโดยทำ myomectomy ทำให้การผ่าตัดทำได้ง่ายขึ้นทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยของการผ่าตัดเป็น 61 นาที จากการศึกษาอื่นพบว่าค่าเฉลี่ยมีความหลากหลาย เช่น Hoffman & Lynch มีค่าเฉลี่ย 84 นาที Panicci มีค่าเฉลี่ย 50 นาที⁽⁶⁾ Ouaychai มีค่าเฉลี่ย 89 นาที⁽¹⁾ Sharma มีค่าเฉลี่ย 41 นาที⁽⁶⁾ สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบผ่าตัดระหว่าง การผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐานกับการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็ก แสดงในตารางข้างล่าง

	การ ศึกษา นี้	JaiBG	PedroR	Amani- ka K	Alcal- de
โดยวิธี มาตรฐาน (นาที)	56	90	100	91	66
ผ่านแผล ผ่าตัด ขนาดเล็ก (นาที)	61	41	73	49	54

จากผลการศึกษาข้างต้นพบว่าไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาว่ามีภาวะแทรกซ้อนน้อยและสำหรับแนวทางที่จะใช้การผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กเป็นอีกทางเลือกนั้น พบว่ามีการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีผ่าตัดมดลูกวิธีอื่นแล้วได้สรุปว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กสามารถใช้เป็นอีกทางเลือกในการผ่าตัดมดลูกที่ไม่ใช่เนื้อร้ายได้

สรุป

การผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็กนั้นมีประโยชน์สำหรับโรคของมดลูกที่ไม่ใช่เนื้อร้ายแรง มีข้อที่ดีกว่าการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐานคือความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่า การใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดที่มีปริมาณที่น้อยกว่า สำหรับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ปริมาตรเลือดที่เสียระหว่างการผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกับการผ่าตัดโดยวิธีมาตรฐาน และมีข้อดีสำหรับผู้ที่มีความกังวลเนื่องจากแผลมีขนาดเล็ก การผ่าตัดมดลูกผ่านแผลผ่าตัดที่มีขนาดเล็กจึงเป็นอีกทางเลือกของการผ่าตัดและสามารถใช้แทนการผ่าตัดมดลูกโดยวิธีมาตรฐานหรือแทนการผ่าตัดโดยการส่องกล้องในสถานที่ไม่มีศักยภาพในการผ่าตัดส่องกล้อง นอกจากนี้ยังมีความประหยัดเพราะใช้เพียงเครื่องมือพื้นฐานในการผ่าตัดเท่านั้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.Ouaychai S, Orada PA. Minilaparotomy hysterectomy in the management of benign Gynecologic diseases. *Journal of Health Science* 2009;18(6):797-803.
- 2.Jai BS, Leena W, Monika M,Raksha A. Minilaparotomy versus conventional laparotomy for abdominal hysterectomy:a comparative study. *Indian Journal of Medical science*; 2004;58: 196-202.
- 3.Abel MS, Azza AI, Tarek ME, AMr AE. Comparative study between minilaparotomy hysterectomy and laparoscopic hysterectomy for benign uterine lesion. *Z.U.M.J.* 2013;19: 557-65.
- 4.Mushtaq C, Shahnawaz A, Abdul MD, Masooda JS, Rizwana habib, Shaheen C. Mini-lap hysterectomy revisited with new concepts and technical modifications. *International Journal of Surgery* 2011; 9: 404-9.
- 5.Pujitha DS, Sradhanjali M. Comparative study of abdominal,vaginal and laparoscopic assisted vaginal hysterectomies with special reference to immediate sequel, late sequel and complications. *International Journal of Reproduction, contraception, Obstetrics and Gynecology*; 2016
- 6.Pedro R, Juan LA, Manuel GM, Begona O, Guillermo LG. The value of minilaparotomy for total hysterectomy for benign uterine disease: A comparative study with conventional Pfannenstiel and laparoscopic approaches. *International Archives of Medicine* 2009;2:1-6.

**ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6
จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
และจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**

กาญจนา วงศ์ศิริ พบ., ว.จิตเวชศาสตร์

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญส่งผลกระทบต่อการทำงานและการเรียนรู้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี (MEC) และจากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ (PSU) ขณะมาฝึกปฏิบัติงานพร้อมกันที่ รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี พร้อมทั้งหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการศึกษา : นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็น 26 คนมาจาก MEC และ 24 คนมาจาก PSU ทั้งหมดได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน Thai Hamilton Rating Scale for Depression 17 items (Thai HRS-D 17) ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์โดย R Foundation for Statistical Computing program และใช้วิธีทางสถิติ Wilcoxon rank-sum test and Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา : พบภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 8 คนจากจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 16 โดยพบว่า 5 คนมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 10 พบว่ามี 1 คนมีภาวะซึมเศร้าไม่ถึงขั้นรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 2 และ พบว่ามี 2 คน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงคิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งทั้งหมดเป็น นศพ.จากคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จากการศึกษาไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างนักศึกษาแพทย์จากทั้งสองสถาบัน $p\text{-value} = (0.7)$ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ได้แก่ การขอคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่ ($p\text{-value} = 0.024$), ความคิดอยากลาออกจากการเรียน $p\text{-value} = (0.03)$, การไม่พึงพอใจในตัวอาจารย์แพทย์ ($p\text{-value} = 0.044$) และการไม่พึงพอใจ สิ่งอำนวยความสะดวกใน รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ($p\text{-value} = 0.049$)

สรุป : ความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ขณะมาปฏิบัติงานที่ รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีคิดเป็นร้อยละ 16 ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างนักศึกษาแพทย์จากทั้งสองสถาบัน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูงสุดได้แก่ การขอคำปรึกษาจากรุ่นพี่ เวลาเจอปัญหา และความคิด อยากลาออกจากการเรียนแพทย์

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, นักศึกษาแพทย์, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

Assessment of depression among medical students between Medical Education Center and University Hospital.

Kanjana Wongsiri, MD

Department of Psychiatry, Maharaj Nakhon Sri Thammarat Hospital, Thailand

Abstract

Background : The depression was correlated to cognitive decline and impaired functions.

Objective : This study aims to compare the prevalence rate of depression and associated factors among 6th year medical students from difference training programs at Maharaj Nakhon Sri Thammarat Hospital.

Material and Methods: 50 medical students were recruited on a voluntary basis at Maharaj Nakhon Sri Thammarat Hospital. 26 medical students (52%) were from Medical Education Center (MEC) and 24 medical students (48%) were from University Hospital (UH). Thai Hamilton Rating Scale for Depression was used to assess depression in this study. Wilcoxon rank-sum test and Fisher's exact test were used for data analysis.

Results: Female was 60 %. Prevalence rate of depression was 16% (6% from UH and 10% from MEC). Mild depression was 10% (8% from UH). Moderate depression was 2% (totally from MEC). Severe depression was 4% (totally from UH). There was no statistical difference in prevalence rate of depression among 6th year medical students who were trained from MEC or UH (p -value = 0.7). Supervision by a senior doctor was significantly associated with depression (p -value = 0.024). Burning out and wanting to resign from the training was significantly associated with depression (p -value = 0.03). Not impression in staff was significantly associated with depression (p -value = 0.044) where as accommodation facility was borderline associated with depression (p -value = 0.049).

Conclusion : The prevalence rate of depression in 6th year medical students is 16%. There was no difference of depression among 6th medical students between MEC and UH.

Keywords: Depression, Medical students, Thai Hamilton Rating Scale for Depression

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อย ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกช่วงอายุจำนวนมากกว่า 350 ล้านคนทั่วโลก โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่ความสูญเสียและทำให้มีภาระเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตเมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่าโรคซึมเศร้าจัดอยู่ในอันดับสองของโรคทางจิตเวช พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.2⁽²⁾ ที่ผ่านมามีการศึกษาจากทั้งต่างประเทศและในประเทศเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ เช่น การศึกษาของ Dahlin และคณะพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 12.9 โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความกดดันจากการเรียนและภาระงานที่ได้รับมอบหมาย⁽³⁾

Chantaarujikamong และคณะพบว่านักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษาของหน่วยบริการให้คำปรึกษาคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลพบปัญหาที่มารับปรึกษาเป็น 2 ประเด็นคือ ปัญหาทั่วไปที่เกี่ยวกับการปรับตัวและปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชซึ่งพบมากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า⁽⁴⁾

การศึกษาความเครียดในนักศึกษาแพทย์โดย Saipanish พบว่านอกเหนือจากปัจจัยหลักในเรื่องการเรียนแล้วศึกษาความเครียดในนักศึกษาแพทย์โดย ยังพบปัญหาเรื่องอื่นในโรงเรียนแพทย์และปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ ที่ทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษาแพทย์⁽⁵⁾

การศึกษาของ Jongsukvarakul ยังพบว่าจำนวนชั่วโมงการนอนหลับและภาระงานเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในแพทย์ประจำบ้าน⁽⁶⁾

Kanokwan และคณะศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2554 โดยใช้แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 148 ราย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 19.6 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับแฟน ปัญญาครอบครัว และปัญหาการนอนหลับไม่เพียงพอ⁽⁷⁾

นักศึกษาแพทย์ถือเป็นกลุ่มที่ยอมรับว่ามีภาวะเครียดสูงซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการทำงานและการเรียนรู้ตามมา การศึกษาครั้งนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์จากต่างสถาบันการศึกษา ที่มาปฏิบัติงานร่วมกันที่ รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี (MEC) และจากคณะแพทยศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU) ขณะกำลังฝึกปฏิบัติงานที่ รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ระหว่างปี 2558-2559

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบของการศึกษาเป็นแบบพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) มีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็น 26 คนมาจากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี และอีก 24 คน จากคณะแพทยศาสตรมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาคำนวณทางสถิติ รายงานผลเป็นภาพรวม โดยรายละเอียดของข้อมูลมีสามส่วนคือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลเชิงบรรยายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า และข้อมูลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งใช้แบบประเมิน HRS-D 17 THAI VERSION ใช้โปรแกรม R version 3.3.0 (R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria) ในการวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยได้นำเสนอข้อมูลเป็น 3 ส่วนดังนี้
ข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1) ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จาก MEC จำนวนทั้งสิ้น 26 คน เป็นเพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6 และเพศหญิง 17 คน คิดเป็นร้อยละ 65.4 สภาพการเงินส่วนใหญ่พอใช้และเหลือใช้, ไม่มีเงินพอใช้ พบจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.8 สิ่งอำนวยความสะดวกยานพาหนะ ส่วนใหญ่มีรถยนต์ใช้ คิดเป็นร้อยละ 57.7 นักเรียนมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวช คือเคยป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า 2 คน และเจ็บป่วยอื่นๆ ทางจิตเวช 1 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 และ 3.8 ตามลำดับ นักศึกษาแพทย์เคยมีความคิดอยากลาออก จากการเรียนแพทย์ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 19.2 เมื่อประสบปัญหาหรือทุกข์ใจส่วนใหญ่จะเลือกปรึกษาคนในครอบครัวและเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ 50 ตามลำดับ ความต้องการจะกลับมาปฏิบัติงานที่ รพ. มหาราชนครศรีธรรมราช 4 คน ไม่ต้องการกลับมาอีก 17 คน ไม่แน่ใจ 5 คน คิดว่าจะกลับมาอีกคิดเป็นร้อยละ 15.4, 65.4 และ 19.2 ตามลำดับ สิ่งที่ไม่ชอบมากที่สุด ใน รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช สองอันดับแรกคือเรื่องสวัสดิการและพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 และ 38.5 ตามลำดับ สิ่งที่ชอบมากที่สุด ใน รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช สองอันดับแรกคือ เพื่อน Extern และอาจารย์แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 69.2 และ 42.3 ตามลำดับ แผนกที่ชอบมากที่สุด สองอันดับแรกคือ แผนกศัลยกรรมทั่วไป แผนกสูตินรีเวช และ แผนกกุมารเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 23, 19.2 และ 19.2 ตามลำดับ แผนกที่ไม่ชอบมากที่สุด สองอันดับแรกคือ แผนกอายุรกรรม และ แผนกฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 42.3 และ 19.2 ตามลำดับ

1.2) ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จาก PSU จำนวนทั้งสิ้น 24 คน เป็นเพศชาย 11 คน คิด

เป็นร้อยละ 45.8 และ เพศหญิง 13 คน คิดเป็นร้อยละ 54.2 เลือกมาปฏิบัติงานที่ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช อย่างมาเอง 21 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 จำเป็นต้องมา เพราะเลือกที่อื่นไม่ได้ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 สภาพการเงินส่วนใหญ่พอใช้และเหลือใช้ไม่มีเงินมากพอใช้ จำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 4.2 สิ่งอำนวยความสะดวกยานพาหนะส่วนใหญ่มีรถยนต์คิดเป็นร้อยละ 50 นักเรียนมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชพบว่าเคยป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า 1 คน เคยป่วย ด้วยภาวะเครียด 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 และ 4.2 ตามลำดับ นักศึกษาแพทย์เคยมีความคิดอยากลาออกจากการเรียนแพทย์ 6 คน โดย 4 คน เคยคิดนานๆ ครั้ง อีก 2 คน เคยคิดบ่อยๆ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 8.3 ตามลำดับ เมื่อประสบปัญหาหรือทุกข์ใจส่วนใหญ่เลือกปรึกษาคนในครอบครัวและเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ 75 ตามลำดับ ความต้องการจะกลับมาปฏิบัติงานที่ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราชอีก มี 9 คน ไม่ต้องการกลับมาพบ 5 คน และไม่แน่ใจว่าจะกลับมาหรือไม่ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4, 20.8 และ 41.7 ตามลำดับ สิ่งที่ไม่ชอบมากที่สุด ใน รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช สองอันดับแรก คือ เรื่องสวัสดิการและพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50 และ 16.7 ตามลำดับ สิ่งที่ชอบมากที่สุด ใน รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช สองอันดับแรก คือเพื่อน Extern และรุ่นพี่ Intern, Resident คิดเป็นร้อยละ 79.2 และ 12.5 ตามลำดับ แผนกที่ชอบมากที่สุดสองอันดับแรกคือ แผนกอายุรกรรม และ แผนกศัลยกรรมกระดูกคิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 25 ตามลำดับ แผนกที่ไม่ชอบสองอันดับแรกคือ แผนกอายุรกรรม และ แผนกศัลยกรรมทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 29.2 และ 20.8 ตามลำดับ

ข้อมูล ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์อาการซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6

ตารางที่ 1 แสดงอาการภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6

อาการซึมเศร้า (THAI HRS-D 17)	PSU (ร้อยละ)	MEC (ร้อยละ)
1.อารมณ์ซึมเศร้า	29.2	26.9
2.ความรู้สึกผิดตำหนิตนเอง	25	46.2
3.ความคิดอยากตาย	4.2	7.7
4.การนอนไม่หลับในช่วงต้น	20.8	11.5
5.การนอนไม่หลับในช่วงกลาง	8.3	0
6.การตื่นเช้ากว่าปกติ	33.3	19.2
7.ปัญหาต่อการทำงานและกิจกรรม	20.9	42.3
8.อาการเชื่องช้า	20.9	19.2
9.อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ	8.4	19.2
10.ความวิตกกังวลในจิตใจ	16.7	46.2
11.อาการกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย	20.9	23.1
12.อาการทางกายต่อระบบทางเดินอาหารเช่น เบื่ออาหาร	8.3	11.5
13.อาการทางกายทั่วไปเช่น ปวด, ชา, อ่อนเพลีย	20.9	11.5
14.อาการทางเพศ เช่น ความต้องการทางเพศลดลง, ประจำเดือนมาผิดปกติ	8.3	7.7
15.รู้สึกว่าตนเองป่วยทางกาย	4.2	3.8
16. น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง	4.2	11.5
17.ตระหนักถึงความผิดปกติของตนเอง	29.2	26.9

จากตารางที่ 1

นศพ.ของ MEC พบอาการซึมเศร้ามากที่สุดสามอันดับแรกได้แก่ ความรู้สึกผิดตำหนิตนเอง, ความวิตกกังวลในจิตใจ และ ปัญหาต่อการทำงานและกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 46.2, 46.2 และ 42.3 ตามลำดับ นศพ.ของ PSU พบอาการซึมเศร้ามากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ การตื่นเช้า

กว่าปกติ, อารมณ์ซึมเศร้า และตระหนักเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 33.3, 29.2 และ 29.2 ตามลำดับ ไม่พบความแตกต่างกันของอาการซึมเศร้าระหว่างนักศึกษาแพทย์จากทั้งสองสถาบันอย่างมีนัยสำคัญ ทาง สถิติ ($p\text{-value} > 0.05$)

ตารางที่ 2 แสดงระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ปีที่ 6

ระดับ Depression คะแนนรวม HRSD-17 (0-54)	PSU (ร้อยละ)	MEC (ร้อยละ)
No depression (0-7)	87.5	80.3
Mild depression (8-12)	4.2	15.4
Less than major depression (13-17)	0	3.8
Major depression (18-29)	8.3	0

จากตารางที่ 2 นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จาก MEC ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลยจำนวน 21 คน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 4 คน และมีภาวะซึมเศร้าไม่ถึงระดับรุนแรง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 80.3, 15.4 และ 3.8 ตามลำดับ

นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 จาก PSU ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลยจำนวน 21 คน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 1 คน และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5, 4.2 และ 8.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าระหว่างนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จากทั้งสองสถาบัน

	No depression	Depression	Test	$p\text{-value}$
Total (50)	42	8		
University			Fisher's exact test	0.704
MEC	21 (50)	5 (62.5)		
PSU	21 (50)	3 (37.5)		

จากตารางที่ 3 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของภาวะซึมเศร้าระหว่างนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จากทั้งสองสถาบัน ($p\text{-value} = 0.704$)

ข้อมูลส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ได้แก่ การขอคำปรึกษาจากรุ่นพี่ Intern, Resident เวลาเจอปัญหา ($p\text{-value} = 0.024$) ความคิดอยากลาออกจากการเรียนแพทย์ ($p\text{-value} = 0.03$) ความรู้สึกไม่ประทับใจอาจารย์แพทย์ที่ รพ.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ($p\text{-value} = 0.044$) ความรู้สึกไม่ประทับใจต่อสวัสดิการใน รพ.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ($p\text{-value} = 0.049$)

วิจารณ์

พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ซึ่งพบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁷⁾ และพบว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าประชากรโดยทั่วไป⁽²⁾ ภาวะซึมเศร้าที่พบ ส่วนใหญ่เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 10 เป็นภาวะซึมเศร้าไม่ถึงขั้นรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 2 และพบเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 4 ภาวะซึมเศร้ารุนแรงพบใน นศพ.จาก PSU มากกว่า นศพ.จาก MEC

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression. Fact sheet N 369 October 2012. Depression health topic [Internet] [cited 2013 Jan 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
2. Siriwanarangsun P, Kongsuk T, Arunpongpaian S, Kittirattanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of mental disorders in Thailand: A national survey 2003. Journal of Mental Health of Thailand 2004; 12:117-85.
3. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross- sectional study. Medl Educ 2005; 39:594-604.
4. Chantarujikapong S, Loysangarun R, Ratanapraphaphun C. Medical students who utilized services of Siriraj Medical Faculty's counseling unit during academic year 1990. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1991; 36:145-55.
5. Saipanish R. Stress among medical students in a Thai medical school. Med Teach 2003; 25:502-6.
6. Jongsukvarakul N. Mental health of first-year residency training at Faculty of Medicine, Siriraj Hospital [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2008.
7. Limsricharoen K. Prevalence and associated factors of depression in second to sixth years medical students, Faculty of Medicine in Thailand. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014; 59: 29-40.

สรุป

ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 จาก MEC กับ PSU ขณะมาฝึกปฏิบัติงานพร้อมกันที่ รพ.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าสูงสุดได้แก่การขอคำปรึกษาจากรุ่นพี่ เวลาเจอปัญหา และ ความคิดอยากลาออกจากการเรียนแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

งานนิพนธ์ชิ้นนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ขณะมาฝึกปฏิบัติงานที่ รพ.มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และจากเลขานุการภาควิชาต่างๆ ที่คอยช่วยประสานงานอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

การพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S

ศิริมา มณีโรจน์ พย.ม.¹ จารึก ธานีรัตน์ พย.ม.²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, APN สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์¹

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5²

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาการประเมินปัญหาและแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S

วิธีการศึกษา : มีการดำเนินการ 4 ระยะคือ ระยะที่1: การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ระยะที่2: พัฒนาการประเมินและการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุตามแนวทาง S-P-I-C-E-S ระยะที่3: นำร่อง/ทดลองปฏิบัติ และระยะที่4: การปฏิบัติและประเมินผล กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 ราย และผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 60 ราย ที่รับการรักษา ณ.หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ผลการศึกษา : พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75.0 มีปัญหาในกลุ่มอาการสูงอายุ 1-3 อาการ และกลุ่มอาการที่พบมากที่สุดคือ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 63.3 โดยประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านกระบวนการ ด้านผู้ป่วย และด้านทีมพยาบาล โดยผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบว่าพยาบาลสามารถประเมินกลุ่มอาการสูงอายุได้ครอบคลุม 6 ประเด็นของ S-P-I-C-E-S ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 84.4 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ ร้อยละ 100 ส่วนผลด้านความพึงพอใจของทีม พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่ามีความสะดวกและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ

สรุป : แนวทางของ S-P-I-C-E-S เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ง่ายต่อการจำ และการนำไปใช้ รวมทั้งสามารถเชื่อมโยงหรือบูรณาการสู่การปฏิบัติได้ จึงควรนำแนวทางดังกล่าวไปกำหนดเป็นมาตรฐานในการประเมินและดูแลกลุ่มอาการสูงอายุให้ครอบคลุมทั้งระบบต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพการดูแล, กลุ่มอาการสูงอายุ

Improving Care for Geriatric Syndrome Based on S-P-I-C-E-S Framework

Sirima Maneeroj MS.N.¹ Jaruk Taneerat MS.N.²

Professional Nurse, APN¹, Senior Professional Nurse²

Maharaj Nahkon Si Thammarat Hospital

Abstract

Objective : The Action research aims to development assessment tools and plan of care for geriatric syndrome base on S-P-I-C-E-S framework.

Material and Methods : There were 4 phases using for improving care: 1) Problem and situation analysis, 2) Development assessment tools and plan of care base on S-P-I-C-E-S framework , 3) Try out the model and 4) Applying and evaluating the model. Study subjects were 15 nurse and 60 elderly patients in medical ward (4-7) at Maharaj Nahkon Si Thammarat hospital between January 2016 to May 2016. Descriptive statistics were used for data analysis.

Results : It was found; six syndromes are captured by S-P-I-C-E-S. Patients admitted presented with 1-3 syndrome (75.0%). The most common syndrome present an admission were evidence of fall (63.3%). The assessment and plan of care in geriatric syndrome for nursing practice improved the quality of care in three aspects including the process, patients and nurses. For the process, the participating nurses were able to increase assessment and to initiate care plan to cover 6 marker of S-P-I-C-E-S in 24 hours after admission (84.4 %). In the term of patient aspect, the assessment and plan of care in geriatric syndrome for medical nursing practice improved the quality of care had resulted increase in rate of prevention of fall (100.0%). Majority of the participation nurses reported that the assessment tools and plan of care were considerably appropriate and important key to improving quality of care.

Conclusions : the assessment tools and plan of care base on S-P-I-C-E-S concept was successfully, and easy to used, it is a realistic model for assessment geriatric syndrome in elderly. Moreover, it became a practical guideline for healthcare professional regarding they can give older patients a standard care cover the whole system in next phase.

Keywords : Quality of Care, Geriatric Syndrome

บทนำ

กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) เป็นคำที่ใช้เรียกกลุ่มอาการทางคลินิกที่ไม่สามารถจัดให้เข้ากลุ่มอยู่ในชนิดของโรค เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการทำงานบกพร่องของอวัยวะหลายระบบ และพบในลักษณะที่จำเพาะร่วมของภาวะสุขภาพที่เกิดในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า หกล้มบ่อย นอนไม่หลับ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย (incontinence) ภาวะเปราะบางหรือแก่หง่อม (frail elderly) เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงและเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด⁽¹⁾ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงต้องการการดูแลหลายด้าน ซึ่งหากมีการประเมินหรือการวินิจฉัยทางคลินิกในแบบที่มุ่งเน้นความเฉพาะทางในระบบเดียวอาจไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมหรือไม่ได้ผล⁽²⁾ หรือการดูแลผู้ป่วยตามแบบที่ปฏิบัติกันทั่วไป ไม่สามารถทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁽³⁾ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีความเฉพาะเจาะจงไม่เพียงแต่ให้มีสุขภาพะกลั่นคืนมาเท่านั้น แต่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยยังต้องการให้ปัญหาการเจ็บป่วยที่มีอาการเรื้อรังนั้นไม่ทรุดโทรมหนักลงไปอีก

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีสถิติผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 38,604 40,667 และ 41,334 รายต่อปี ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ มีปัญหาทางอายุรกรรมมากที่สุดคือ ร้อยละ 49.85 , 50.22 และ 51.42 ตามลำดับ⁽⁴⁾ และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 60.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงาน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค และมีปัญหาหลากหลายระบบ รวมทั้งมีอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ ซึ่งเมื่อนำมาทบทวนการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการประเมินปัญหา ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มอาการสูงอายุ โรงพยาบาลมีการรับรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการสูงอายุแตกต่างกัน

จึงทำให้ไม่เข้าใจเป้าหมายของการประเมินปัญหาในกลุ่มอาการสูงอายุ รวมทั้งหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุที่ชัดเจน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพดูแลกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ทีมมีแนวทางการดูแลสูงอายุที่ครอบคลุมองค์รวม ปลอดภัย ต่อภาวะแทรกซ้อน

ผู้ศึกษาเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุของฟลูเมอร์⁽⁵⁾ ซึ่งมุ่งเน้นที่ปัญหาสำคัญ 6 ประเด็น โดยใช้สัญลักษณ์เป็นตัวอักษร S-P-I-C-E-S เพื่อช่วยให้ง่ายในการจำ ประกอบด้วย 1) Sleep disruption : การนอนหลับ 2) Problem of eating or feeding : ภาวะโภชนาการ 3) Incontinence : การควบคุมการขับถ่าย 4) Confusion: ภาวะสับสน 5) Evidence of fall : ภาวะการพลัดตกหกล้ม และ 6) Skin impairment : ภาวะไม่สมบูรณ์ของผิวหนัง จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งมีภาระงานมาก รวมทั้งมุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ทีมพยาบาลในการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในหน่วยงาน เพื่อให้เข้าใจความหมายวัตถุประสงค์ และแนวทางของการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นกระบวนการขั้นแรกและเป็นมาตรการสำคัญในการค้นหาปัญหา เพื่อนำสู่การวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสมหรือสอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนการรักษาในระยะสั้นและระยะยาว⁽⁶⁾ ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างถูกต้อง ครบถ้วนและรวดเร็ว ทำให้ทีมสามารถวางแผนการดูแลที่ตรงกับปัญหา ซึ่งจะส่งต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมองค์รวม⁽⁷⁾ รวมทั้งช่วยลดอัตราเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ลดระยะวันนอนโรงพยาบาล และมีการสร้างเสริมสมรรถภาพร่างกายและสมองให้ดีขึ้น⁽⁸⁾

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจในการนำแนวทาง S-P-I-C-E-S มาใช้ในการประเมินและดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ

เพื่อให้ทีมมีกรอบแนวคิดที่เป็นทิศทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ครอบคลุม และนำผลการวิจัยมาใช้พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล ทีมผู้ดูแลและองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อพัฒนาการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ โดยใช้แนวทาง S-P-I-C-E-S
2. เพื่อศึกษาคุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านผู้ป่วย และด้านความพึงพอใจของทีมพยาบาล

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการ 4 ระยะคือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ 2) การพัฒนาแนวทางการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ 3) การนำร่อง/ทดลองปฏิบัติ และ 4) การปฏิบัติและประเมินผล รวมทั้งนำผลที่ได้มาปรับปรุงการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

- กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ
1. กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษา ณ. หอผู้ป่วย อายุรกรรม 4-5 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 ซึ่งมีการคัดเลือกตามคุณสมบัติดังนี้คือเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คาดว่าผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลเกิน 3 วัน และผู้ป่วยหรือญาติให้ความร่วมมือในการวิจัย
 2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ณ.หอผู้ป่วย อายุรกรรม 4-5 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช จำนวน 15 คน อายุระหว่าง 40 -55 ปี อายุเฉลี่ย 49 ปี

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 16-30 ปี โดยมีการปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้าเวร สมาชิกทีม และปฏิบัติงานทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา โรคประจำตัว สาเหตุหลักที่เข้ารับการรักษา และ 2) แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ ตามแนวทาง S-P-I-C-E-S ซึ่งพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ 1) การประเมินการนอนหลับ 2) การประเมินภาวะโภชนาการ 3) การประเมินการกลืนปัสสาวะไม่ได้ 4) การประเมินภาวะสับสน 5) การประเมินการพลัดตกหกล้ม และ 6) การประเมินแผลกดทับ

2.2 แผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ตามแนวทางของ S-P-I-C-E-S

2.3 แบบบันทึกตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การได้รับการดูแลเรื่องการนอนหลับ/ชานอนหลับ 2) การได้รับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ 3) การเฝ้าระวังและจัดการภาวะสับสน 4) การป้องกันพลัดตกหกล้ม 5) การประเมินการกลืนปัสสาวะไม่ได้ และ 6) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมพยาบาล ต่อแนวทางการประเมินและแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการนำแนวทางของ S-P-I-C-E-S มาใช้ในการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนมีส่วนร่วมในการ

พัฒนา ตลอดจนปรับเปลี่ยนประเพณีให้เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานและสอดคล้องกับบริบท ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

1. การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ โดยใช้ข้อมูลจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาระเบิดประเพณีสภาพปัญหาผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน ร่วมกับการสนทนากลุ่มกับทีมพยาบาล พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุคือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าทีมพยาบาลให้การดูแลผู้สูงอายุแบบลักษณะทั่วไป หรือขาดความเฉพาะเจาะจง โดยมุ่งเน้นการดูแลโรคเรื้อรัง การประเมินปัญหายังไม่ครอบคลุมประเด็นกลุ่มอาการสูงอายุ ไม่มีแนวทางการดูแลหรือแผนการดูแลที่ชัดเจน และการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยไม่มีทิศทางเดียวกัน 2) ด้านพยาบาลพบว่า ทีมพยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุแตกต่างกัน ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ และมีอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การพลัดตกหกล้ม และการเกิดแผลกดทับ และ 3) ด้านผู้ป่วย พบว่าสูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหลายโรค มีความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายระบบในเวลาเดียวกันและเกี่ยวพันกัน โดยเฉพาะปัญหากลุ่มอาการสูงอายุซึ่งยากต่อการวินิจฉัย ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อน ในการดูแล มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะพึ่งพิงในที่สุด เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งปัจจัยด้านการดูแลหรือการปฏิบัติการพยาบาลนั้นทีมสามารถพัฒนาแนวทางหรือวิธีการดูแลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงร่วมกับทีมพยาบาลหาข้อสรุปในการแก้ไขปัญหา ซึ่งข้อสรุปคือการใช้แนวทางของ S-P-I-C-E-S ในการประเมินและวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ

2. การพัฒนาแนวทางการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสะท้อนปัญหาร่วมกัน จัดประชุมร่วมกับบุคลากรทุกคนในหน่วยงาน และนำเสนอแนวทางของ S-P-I-C-E-S เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ซึ่งข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวคิดการประเมินปัญหากลุ่มอาการสูงอายุ S-P-I-C-E-S เป็นคำย่อเพื่อช่วยในการจำ ซึ่งมุ่งที่

ปัญหา 6 ประเด็น คือ S : Sleep disruption P : Problem of eat or feeding I : Incontinence C : confusion E : Evidence of fall และ S : Skin impairment ซึ่งแนวทางการประเมินดังกล่าว ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยโดยมีทิศทางและเป้าหมายร่วมกัน

3. การนำร่อง/ทดลองปฏิบัติ โดยนำรูปแบบประเมินและแผนการดูแลที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ.หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4-5 จำนวน 30 ราย และสะท้อนการปฏิบัติจากทีมทั้งด้านบวกและด้านลบ พบว่า พยาบาลยังไม่คุ้นชินกับแบบประเมินและแผนการดูแลแบบใหม่ ภาษาสื่อสารไม่ตรงกัน แบบประเมินเกี่ยวกับภาวะสับสนมีความยุ่งยากซับซ้อน และแบบประเมินยังไม่ครอบคลุมปัญหาด้านจิตสังคม ขาดแรงจูงใจในการใช้แบบประเมินอย่างต่อเนื่อง จึงได้ปรับปรุงแบบประเมินภาวะสับสนให้สั้น กระชับ ชัดเจนและเข้าใจง่าย และเพิ่มเติมการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาด้านจิตสังคมมากขึ้นและเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานสามารถนำไปใช้จริง รวมทั้งจัดประชุมซ้ำอีกครั้งเพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลในการใช้แบบประเมินปัญหาและแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุที่พัฒนาขึ้น

4. การปฏิบัติและประเมินผล โดยนำแบบประเมินปัญหาและแผนการดูแลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2559 โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้คือ ผู้ป่วยที่รับใหม่/รับย้าย พยาบาลวิชาชีพต้องประเมินและบันทึกปัญหากลุ่มอาการสูงอายุทุกราย ภายใน 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงระดับปานกลางขึ้นไป ต้องปฏิบัติตามแผนการดูแลทุกราย พร้อมทั้งให้คำแนะนำและฝึกทักษะการดูแลแก่ญาติ/ผู้ดูแล มีการประเมินซ้ำและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องตาม ข้อบ่งชี้ที่กำหนดหรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพร้อมทั้งเขียนบันทึกทางการพยาบาล (nurse note) และจะประเมินซ้ำอีกครั้งในวันที่จำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาล โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ปฏิบัติในการประเมินปัญหาและการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่สร้างขึ้น จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวม ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและประเมินความพึงพอใจของทีมพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ และผลลัพธ์หลังการนำแนวทางไปใช้จริงในหน่วยงานโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 53.3) เพศหญิง จำนวน

28 ราย (ร้อยละ 46.7) มีอายุระหว่าง 60-95 ปี อายุเฉลี่ย 71.1 ปี โรคหลักที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลคือโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 31.7) รองลงมา หัวใจล้มเหลว จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 16.7) โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 13.3) และโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 11.7) โรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 8.3)

กลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม จำนวน 38 ราย (ร้อยละ 63.3) รองลงมาคือ รับประทานอาหารได้น้อย จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 46.6) และนอนไม่หลับ จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 43.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ กลุ่มอาการผู้สูงอายุ

S-P-I-C-E-S	ประเด็นการประเมิน/แบบประเมิน	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
Sleep disruption	นอนไม่หลับ หลับๆตื่นๆ มีอาการง่วง อ่อนเพลียตอนกลางวัน	26	43.3
Problem of eating or feeding	BMI <19 น้ำหนักลดลง การเคี้ยว/การกลืนผิดปกติ รับประทานอาหารน้อยลงมาก เสี่ยงต่อการสำลัก หรือretained NG for feeding /Mini Nutritional Assessment	28	46.6
Incontinence	การปัสสาวะกะปริดกะปรอย ควบคุมไม่ได้/กลั้นไม่ได้ติดเชือกทางเดินปัสสาวะ หรือต่อมลูกหมากโต	16	26.6
Confusion	ความเสี่ยงต่อภาวะสับสน: Confusion Assessment Method (CAM)	6	10.0
Evidence of fall	ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม: Morse Fall Risk Scale	38	63.3
Skin impairment	ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ : Braden risk score	16	26.6

โดยผู้ป่วยร้อยละ 75 หรือประมาณ 3 ใน 4 มีอาการแสดงอย่างน้อย 1-3 กลุ่มอาการ ซึ่งแต่ละรายมีจำนวนกลุ่มอาการมากที่สุดคือ 3 กลุ่มอาการ จำนวน 28 ราย

(ร้อยละ 46.6) รองลงมาคือ มี 1 กลุ่มอาการ จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 16.0) และ 2 กลุ่มอาการ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 11.7) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มอาการสูงอายุ ขณะรับไว้โรงพยาบาล จำแนกตามแนวทาง S-P-I-C-E-S

จำนวนกลุ่มอาการ	จำนวน	ร้อยละ
1 syndrome	10	16.0
2 syndrome	7	11.6
3 syndrome	28	46.6
4 syndrome	6	10.0
5 syndrome	5	8.3
6 syndrome	4	6.7

2. คุณภาพการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ

2.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลสามารถประเมินปัญหาได้ครอบคลุม 6 ประเด็นของ S-P-I-C-E-S ภายใน 24 ชม.ร้อยละ 84.8 ซึ่งด้านที่ผ่าน

เกณฑ์ ร้อยละ 100 คือการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แต่ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มี 2 ด้านคือ การควบคุมปัสสาวะไม่ได้และภาวะสับสน ดังแสดงในตารางที่ 3

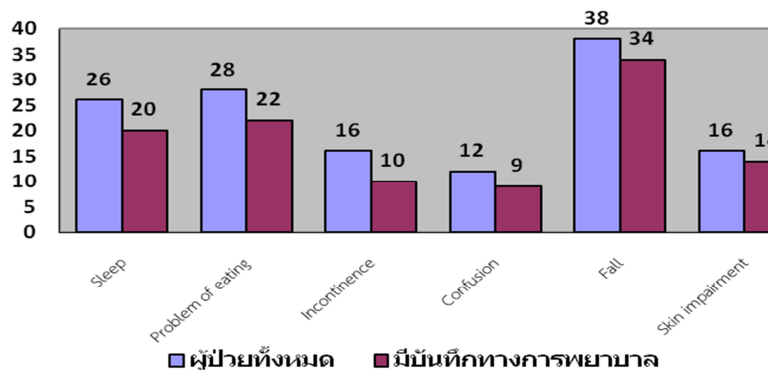
ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการประเมินและการดูแลตามแนวทาง S-P-I-C-E-S

กลุ่มอาการ	จำนวน	ได้รับการดูแล	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์>80%
sleep disruption	26	24	92.3	ผ่าน
Problem of eating	24	22	91.6	ผ่าน
Incontinence	16	10	62.5	ไม่ผ่าน
Confusion	12	9	75.0	ไม่ผ่าน
Evidence of fall	38	38	100	ผ่าน
Skin impairment	16	14	87.5	ผ่าน

นอกจากนี้ยังพบว่า พยาบาลมีการนำข้อมูลจากการประเมินและนำแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยและเขียนบันทึก

ทางการพยาบาล (nurse note) ได้สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 จำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาล



2.2. ด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยการปรับเปลี่ยนสูตรอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสภาพผู้ป่วย เพิ่มไข่ขาว ใส่สายยางเพื่อให้อาหารผสม หรือเสริมอาหารปั่นผสมชนิดรับประทาน ร้อยละ 91.6 และได้รับการส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดกิจกรรมที่รบกวนการนอนในช่วงเวลา 24.00-05.00 น. เพิ่มกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบในช่วงเวลากลางวัน แนะนำการจับหัดในเวลากลางวันไม่เกิน 1 ชั่วโมง แนะนำการ

ดื่มชา กาแฟ รวมทั้งได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 92.3

2.3. ด้านความพึงพอใจของทีมพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมีความคิดเห็นต่อแบบประเมินปัญหาและแผนการดูแลที่พัฒนาขึ้นว่ามีความเหมาะสม สะดวกต่อการปฏิบัติและมีความเป็นไปได้ต่อการนำไปใช้ สามารถประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลได้ครอบคลุม และตรงประเด็นสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำรูปแบบไปใช้ (N=15)

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.แบบประเมินสะดวก ชัดเจน ใช้งานง่าย	15	100.0	-	-	-	-
2.แบบประเมินทำให้วางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว	14	93.3	1	6.7	-	-
3.แบบประเมินทำให้แบ่งระดับความเสี่ยงได้มีประสิทธิภาพ	15	100.0	-	-	-	-
4.แบบประเมินทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย	13	86.6	2	13.4	-	-
5.แผนการดูแลทำให้ตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว	15	100.0	-	-	-	-
6.แผนการดูแลทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม	15	100.0	-	-	-	-
7.แบบประเมินและแผนการดูแลได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย	13	86.6	2	13.4	-	-

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลทั้งด้านกระบวนการและผลของการนำแนวทางของ S-P-I-C-E-S ไปใช้ โดยเฉพาะกระบวนการพัฒนามีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน และปรับเปลี่ยนให้ตรงประเด็นปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย มุ่งเน้นการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง โดยการวิเคราะห์ปัญหาข้อจำกัด โอกาสพัฒนา และความต้องการของพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย โดยมีข้อตกลงร่วมกันให้มีการพัฒนาแบบประเมินปัญหาและแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นมาตรฐานร่วมกัน การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันธิดา พันธุศาสตร์และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง/ป้องกันการพลัดตกหกล้ม “I'M SAFE” พบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงทุกราย และอัตราการพลัดตกหกล้มลดลงเนื่องจากมีกระบวนการกำกับและนิเทศให้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วม ทำให้พยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจเห็นความสำคัญ รู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและมีข้อผูกพันในการปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ทำให้มีความสะดวกในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

ผลการพัฒนาสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านผู้ป่วย และด้านความพึงพอใจของทีมพยาบาล โดยด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า พยาบาลสามารถประเมินปัญหาได้ครอบคลุมในทุกมิติ ของ S-P-I-C-E-S ช่วยให้ความสามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุและมีความเสี่ยงในระดับใด ถือได้ว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ง่ายต่อการจำ เพื่อให้มีความตื่นตัวหรือเฝ้าระวังประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และสามารถเชื่อมโยงหรือบูรณาการสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม นอกจากนั้นยังช่วยให้ทีมพยาบาล ซึ่งมีผู้ช่วยพยาบาล (PN) และ พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (nurse aid) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น ส่งผลให้ทีมพยาบาลสามารถวางแผนการดูแลได้ครอบคลุมและตรงประเด็นสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย

รวมทั้งมีแผนการดูแลที่ชัดเจน และแนวทางการตรวจเยี่ยมเป็นทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อโรโนและคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งได้กล่าวว่า รูปแบบ S-P-I-C-E-S เป็นกรอบการประเมินที่สามารถใช้ทบทวนปัญหาในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลการประเมินปัญหาเป็นขั้นตอนแรกที่ทำให้รู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยการพยาบาล และนำสู่การดูแลผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹¹⁾ ซึ่งจากการนำไปใช้สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลในด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมภาวะโภชนาการโดยผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนสูตรอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสภาพผู้ป่วย เพิ่มไขขาว ใส่สายยางเพื่อให้อาหารผสม (retain NG tube for feeding) หรือเสริมอาหารปั่นผสมชนิดรับประทาน ร้อยละ 91.6 และส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดกิจกรรมที่รบกวนการนอนในช่วงเวลา 24.00-05.00น. เพิ่มกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบในช่วงเวลากลางวัน แนะนำการจับหลักในช่วงเวลากลางวันไม่เกิน 1 ชั่วโมง แนะนำการดื่มชา กาแฟ รวมทั้งได้รับยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันและจัดการกลุ่มอาการที่พบบ่อย สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหากลุ่มอาการสูงอายุอย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น การประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือได้รับการดูแลตามประเด็นสำคัญที่รวดเร็ว จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามยังมีอีก 2 ด้านที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 80) คือการกลืนปัสสาวะไม่ได้ และการจัดการภาวะสับสน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุไม่กล้าเปิดเผยต่อบุคลากร คิดว่าเป็นผลเนื่องจากความขร่าที่แก้ไขอะไรไม่ได้ บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ และมักไม่ให้ความสนใจปัญหานี้หรือมักถูกละเลย ทั้งนี้เนื่องจากมี

ปัญหาทางการแพทย์อื่นที่เร่รังควานมากกว่า บางคนมีความคิดว่าถ้าไปก็แก้ได้ยาก เพียงให้ผู้ป่วยได้ใช้แผ่นผ้าอ้อมก็เพียงพอแล้ว⁽³⁾ จึงควรพัฒนาศักยภาพทีมบุคลากรในการประเมินปัญหาและดูแลสูงอายุนที่มีภาวะดังกล่าว โดยเฉพาะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดในการดูแลปัญหาด้านกลุ่มอาการสูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรมีความไวต่อประเด็นปัญหา และสามารถลดปัญหาด้วยการพัฒนาคุณภาพการดูแลผ่านกิจกรรมและการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ⁽¹⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มเติมการประเมินปัญหาและแผนการดูแลด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น
2. ควรมีการกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และมีข้อตกลงร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการแก้ปัญหาที่ชัดเจน
3. ควรทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ รวมทั้งการสื่อสารกับญาติผู้ดูแล เพื่อให้การประเมินภาวะสุขภาพเกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Frances F, Jardil M, & Roman J. Geriatric assessment in elderly heart failure patient. The Journal of Gerontology. 2006; 61:634.
2. Inouye SK, Studenski S, Tinetti M.E, & Kuchel G.A. Geriatric syndromes : clinical, research, and policy implications of a care geriatric concept. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55,780-791.
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ศรีเอช : 2554.
4. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. สถิติผู้มารับบริการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.จังหวัดนครราชสีมา. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.2558
5. Fulmer T. How to try this Fulmer SPICES. A framework of six marker condition can help focus assessment of hospitalized older patients. American Journal of Nursing, 2007;107(10),40-48.\
6. จิตติมา บุญเกิด. การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมกับทิศทางการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน Comprehensive geriatric assessment (CGA) : how to change the system of primary care. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2552 : 1: 32-6.
7. Ellis & Langhorne, P.Comprehensive geriatric assessment for older hospital patient. British. Medical Bulletin. 2005;71(1),45-59.
8. Fulmer T. The geriatric nurse specialist role : a new model. Nurse Manager.1991;22 (3),91-93.
9. นันทิชา พันธุศาสตร์, สุริพร กุมภคาม, วลัยพร นันทสุภวัฒน์ และ กนกกานต์ วงศ์แสนสี ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง/ป้องกันการพลัดตกหกล้ม “I’M SAFE”วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.2556;31(2),111-122.

10. Aronow H.U, Borenstein.J, Haus.F, Braunstein G.D, & Bolton. L.B. Validating SPICES as a Screening Tool for Frailty Risks among Hospitalized Older Adults. Nursing Research and Practices.2014 Available from : [http://www. Hindawi.com](http://www.Hindawi.com).
11. ผ่องพรรณ อรุณแสง. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่6 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา. 2553.
12. ประคอง อินทรสมบัติ และ ศิริมา ลีละวงศ์. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประชุมวิชาการกรรมการแพทย์เฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา: วันที่ 5 ธันวาคม 2550 ณ ศูนย์ อาคารคอนเวนชันเซ็นเตอร์ อิมพีคเมืองทองธานี.
13. Mitty E, Latrogenesis. frailty and geriatric syndromes. Geriatric Nursing. 2010; 31(5),366-374.
14. Thornlow D.K. Increased risk for patient safety incidence in hospitalized older adults. MEDSURG Nursing. 2009;18(5): 287-291.

ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการ ของคลินิกัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม พบ.

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทคัดย่อ

บทนำ : การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิกัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในช่วงระยะเวลาวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2558 จำนวน 236 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation)

ผลการศึกษา : พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 20-60 ปี มีสถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 มีอาชีพเกษตรกร ประมง ค้าขาย และอื่นๆ มีรายได้ต่ำกว่า 9,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มาตรวจด้วยภาวะกระดูกหักและข้อเคลื่อน มีความจำเป็นในระดับ Elective/Follow up มีประสบการณ์ในการรับบริการ 1-4 ครั้ง แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาจากครอบครัว/ญาติ /เพื่อนบ้าน ระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าตามการรับรู้ทุกด้าน โดยให้คะแนนด้านความมั่นใจต่อบริการมากที่สุด สถานภาพสมรส ความจำเป็นในการรับบริการ ประสบการณ์ในการรับบริการมีผลต่อความคาดหวังคุณภาพการบริการในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ อาชีพ มีผลต่อความคาดหวังคุณภาพการบริการในด้านความมั่นใจต่อบริการ แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา มีผลต่อความคาดหวังคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วย อาชีพมีผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ความจำเป็นในการรับบริการ แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา มีผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการด้านความมั่นใจต่อบริการ

สรุป: คะแนนระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าระดับคุณภาพการบริการตามการรับรู้ ทั้ง 5 มิติคุณภาพการบริการ คลินิกัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จึงจำเป็นต้องพัฒนาการบริการให้ได้คุณภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความคาดหวัง, การรับรู้, คุณภาพการบริการ, คลินิกัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

**THE EXPECTATIONS AND PERCEPTIONS OF SERVICE QUALITY
IN ORTHOPAEDIC SURGERY CLINIC
MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL**

Pranpawee Rojcharoenngam, MD
Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Introduction : This research is a cross-sectional study. The purpose is to study the expectations and perceptions of service quality of Orthopaedic Surgery Clinic at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Material and Methods : The samples are 236 patients who received services during the period of 1-30 November 2015. Material of this research is questionnaires. The research-used statistics are the percentage, mean, standard deviation(SD), t-test, and F-test.

Results : The study showed that the most of samples are females; age of 20-60 years; married; Buddhist; under Grade-12 graduated; careers in agriculture, fishing, merchant, and others; and earn less than 9,000 baht per month. Most of patients were consulted with their fractures and dislocation whom needed in elective or followed up cases with the experience in 1-4 times of service receiving. The decision making of admission were made by their family or relatives or neighbors. The overall score of service quality expectation got higher than overall score of service quality perception. The factor of service assurances got the most score. The factors of marital status, the needs for service receiving, and the experiences of service expectations were effective to service quality expectation in terms of service reality. The career factor was effective to both of service quality expectation in terms of service assurances and service quality perception in terms of service reliabilities. The factor of influential resources of decision making for admission was effective to both of service quality expectation in terms of patient responses and service quality perception in terms of service assurances. Moreover, the factor of needs for services was also effective to service quality perception in terms of service assurances.

Conclusion : Quality score of service is expected to be higher than service quality level as perceived by 5 dimensions of service quality. The orthopedic surgery clinics need to develop more quality services.

Keywords : Expectation, Perception, Service quality, Orthopaedic Surgery Clinic.

บทนำ

คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร ให้บริการผู้ป่วยนอกโดยตรวจรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับกระดูก ข้อ เส้นเอ็น และกล้ามเนื้อต่างๆ ปัญหาที่พบของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ คือ มีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยวันละ 100 ราย สถานที่บริเวณห้องตรวจแออัด อากาศร้อน วัสดุอุปกรณ์ชำรุดเสื่อมสภาพ ขาดงบประมาณสนับสนุน ตัวชี้วัดคุณภาพบริการยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ ระยะเวลาการรอตรวจของผู้ป่วยนานมากกว่า 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการตรวจตรงตามเวลานัดน้อยกว่าร้อยละ 80 ความพึงพอใจในการมารับบริการน้อยกว่าร้อยละ 85 เป็นต้น ผู้มารับบริการมีข้อร้องเรียนหลายเรื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการบริการของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้ทราบความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ระบบการบริการ ของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร มาตรฐานการบริการผู้ป่วยนอก ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทำการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Study) ผลการวิจัยที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร และเป็นแบบอย่างให้คลินิกผู้ป่วยนอกกลุ่มงานอื่นพัฒนาคุณภาพการบริการ ส่งผลให้ยกระดับมาตรฐานการบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความจำเป็นในการรับบริการ ประสิทธิภาพในการ

รับบริการและแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษากับความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร

วิธีการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศารในช่วงระยะเวลาวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2558 จำนวน 15,165 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแดเนียล⁽¹⁾ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 236 คน และสุ่มตัวอย่างมาวิจัยโดยวิธี สุ่มอย่างง่ายตามลำดับการเข้ารับบริการเป็นเลขที่ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสอบถาม SERVQUAL สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 142 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.20 อายุ 20-60 ปี จำนวน 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.00 มีสถานภาพสมรส จำนวน 168 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.20 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 203 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.00 การศึกษาดำรงระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.80 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมประมง ค้าขายและงานส่วนตัวอื่นๆ จำนวน 125 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.00 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 9,000 บาทต่อเดือน จำนวน 127 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.80 โรคที่มาพบแพทย์จำนวนมากที่สุดคือภาวะกระดูกหักและข้อเคลื่อน มี 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.60 ความจำเป็นในการรับบริการส่วนมากอยู่ในระดับ Elective/Follow up จำนวน 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.70 ประสิทธิภาพในการรับบริการ คือ 1-4 ครั้ง มีจำนวน 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.30 แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มาจากครอบครัว/ญาติ/เพื่อนบ้าน จำนวน 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.80

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ ชาย	94	39.80
หญิง	142	60.20
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	26	11.00
21-60 ปี	125	53.00
มากกว่า 60 ปี	85	36.00
สถานภาพ		
โสด	55	23.30
สมรส	168	71.20
หม้าย/หย่าร้าง	13	5.50
ศาสนา		
พุทธ	203	86.00
อิสลาม	33	14.00
การศึกษา		
ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6	134	56.80
มัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	52	22.00
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	50	21.20
อาชีพ		
รับจ้าง พนักงานบริษัทเอกชน	53	22.50
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	58	24.60
เกษตรกร ประมง ค้าขาย และงานส่วนตัวอื่นๆ	125	53.00
รายได้		
น้อยกว่า 9,000 บาทต่อเดือน	127	53.80
9,000 – 14,999 บาทต่อเดือน	75	31.80
15,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป	34	14.40
โรคที่มาพบแพทย์		
กระดูกผิดรูปแต่กำเนิด	5	2.10
กระดูกหัก/ข้อเคลื่อน	91	38.60
เนื้องอกกระดูก	2	0.80
โรคติดเชื้อข้อ/กระดูก	4	1.70
กระดูกสันหลัง/ข้อเสื่อม	67	28.40
กล้ามเนื้อ/เอ็น/ข้ออักเสบ	25	10.60
เส้นประสาทไขสันหลัง/แขนขา ถูกกดทับ	42	17.80

ความจำเป็นในการรับบริการ

Emergency	58	24.60
Urgency	82	34.70
Elective/Follow up	96	40.70

ประสบการณ์ในการรับบริการ

มาครั้งแรก	75	31.80
เคยมา 1-4 ครั้ง	140	59.30
เคยมามากกว่า 4 ครั้ง	21	8.90

แหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

ครอบครัว/ญาติ/เพื่อนบ้าน	134	56.80
แผ่นพับ/เสียงตามสาย/บุคลากรทางสาธารณสุข	102	43.20

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณา มิติคุณภาพการบริการทั้ง 5 ด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนด้านความมั่นใจต่อการบริการมากที่สุด ส่วนคะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณา มิติคุณภาพการบริการทั้ง 5 ด้าน มีเพียงด้านความมั่นใจต่อการบริการ และด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ที่อยู่ในระดับมาก พบว่าคะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าคะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้ ทั้งโดยภาพรวมและในทุกมิติคุณภาพการบริการทั้ง 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

ความเป็นรูปธรรมของบริการ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังด้านความเป็นรูปธรรมของบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนในเรื่องเจ้าหน้าที่ให้บริการแต่งกายสะอาดเรียบร้อยมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องเอกสารสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับการแนะนำการรักษาพยาบาลและการบริการ พิมพ์เรียบร้อย สวยงาม และติดไว้ในสถานที่ที่เห็นชัดเจน ส่วนคะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนในเรื่องเจ้าหน้าที่ให้บริการแต่งกายสะอาดเรียบร้อยมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องเอกสาร สิ่งพิมพ์เกี่ยวกับการแนะนำการรักษาพยาบาลและการบริการ พิมพ์เรียบร้อย สวยงาม

และติดไว้ในสถานที่ที่เห็นชัดเจน การจัดตกแต่งสถานที่ให้สะดวกต่อการเข้ารับบริการ และมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย ตามลำดับ พบว่าคะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าตามการรับรู้โดยภาพรวม แต่คะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้สูงกว่าตามความคาดหวังในเรื่องการจัดตกแต่งสถานที่ให้สะดวกต่อการเข้ารับบริการ และมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย

ความเชื่อถือไว้วางใจได้ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนในเรื่องการบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในบริการมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องการบริการทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือและวางใจได้ และการให้บริการทุกขั้นตอนไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น ตามลำดับ ส่วนคะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนในเรื่องการบริการทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือและวางใจได้มากที่สุด รองลงมาคือเรื่องการบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในบริการ และการให้บริการทุกขั้นตอนไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น ตามลำดับ พบว่าคะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าตามการรับรู้โดยภาพรวมและในเรื่องการบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในบริการ การบริการทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือและวางใจได้

และการให้บริการทุกขั้นตอนไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น แต่คะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้สูงกว่าตามความคาดหวังในเรื่องการบริการปฏิบัติได้เสร็จเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด และการให้บริการตรงเวลาที่กำหนด

การตอบสนองต่อผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนในเรื่องเจ้าหน้าที่มีความพร้อมให้บริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องเจ้าหน้าที่เต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ เจ้าหน้าที่มีเวลาว่างให้บริการเมื่อผู้ป่วยร้องขอ และเจ้าหน้าที่แจ้งกำหนดเวลาที่แน่นอนในการให้บริการแก่ผู้ป่วย ตามลำดับ ส่วนคะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยให้คะแนนในเรื่องเจ้าหน้าที่มีความพร้อมให้บริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องเจ้าหน้าที่แจ้งกำหนดเวลาที่แน่นอนในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่เต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ และเจ้าหน้าที่มีเวลาว่างให้บริการเมื่อผู้ป่วยร้องขอ ตามลำดับ พบว่าคะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าตามการรับรู้ ทั้งโดยภาพรวมและในทุกรายข้อ

ความมั่นใจต่อบริการ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังด้านความมั่นใจต่อบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนในเรื่องการบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจต่อบริการที่ได้รับมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจในการแก้ปัญหาต่างๆให้ผู้ป่วยด้วยความจริงใจ และเจ้าหน้าที่มีความรู้ในการตอบ

คำถามแก่ผู้ป่วย ตามลำดับ ส่วนคะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้ด้านความมั่นใจต่อบริการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนในเรื่องการบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจต่อบริการที่ได้รับมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องเจ้าหน้าที่ให้ความสนใจในการแก้ปัญหาต่างๆให้ผู้ป่วยด้วยความจริงใจ และเจ้าหน้าที่มีความรู้ในการตอบคำถามแก่ผู้ป่วย ตามลำดับ พบว่าคะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าตามการรับรู้ ทั้งโดยภาพรวมและในทุกรายข้อ

การเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังด้านการเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยให้คะแนนในเรื่องเจ้าหน้าที่แสดงความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องการเปิดบริการมีเวลาตามที่ผู้ป่วยสะดวกในการมารับบริการ เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่ตั้งใจให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่เข้าใจความต้องการในการรับบริการของผู้ป่วยแต่ละรายตามลำดับ ส่วนคะแนนคุณภาพการบริการตามการรับรู้ด้านการเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยให้คะแนนในเรื่องเจ้าหน้าที่แสดงความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องเจ้าหน้าที่เข้าใจความต้องการในการรับบริการของผู้ป่วยแต่ละราย เจ้าหน้าที่ตั้งใจให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การเปิดบริการมีเวลาตามที่ผู้ป่วยสะดวกในการมารับบริการ และเจ้าหน้าที่สนใจและดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตามลำดับ พบว่าคะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าตามการรับรู้ ทั้งโดยภาพรวมและในทุกรายข้อ

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของ
คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช โดยภาพรวมและรายด้าน

คุณภาพการบริการตาม	ความคาดหวัง		การรับรู้	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.46	.401	3.37	.549
ความเชื่อถือไว้วางใจได้	3.45	.409	3.43	.522
การตอบสนองต่อผู้ป่วย	3.59	.515	3.25	.721
ความมั่นใจต่อบริการ	4.07	.514	3.75	.624
การเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย	3.46	.418	3.32	.610
โดยภาพรวม	3.61	.245	3.49	.373

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของ
คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ

ความเป็นรูปธรรมของบริการ	ความคาดหวัง		การรับรู้	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย	3.12	.917	3.24	.915
สถานที่ตรวจรักษาสะดวกต่อการเข้ารับบริการ	3.24	.911	3.28	.925
เจ้าหน้าที่ให้บริการแต่งกายสะอาดเรียบร้อย	3.88	.536	3.59	.823
เอกสารสิ่งพิมพ์เกี่ยวกับการแนะนำการรักษาพยาบาลและการ บริการพิมพ์เรียบร้อยสวยงามและติดไว้ในสถานที่ที่เห็นชัดเจน	3.61	.640	3.39	.745
โดยภาพรวม	3.46	.401	3.49	.373

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของ
คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้

ความเชื่อถือไว้วางใจได้	ความคาดหวัง		การรับรู้	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
การปฏิบัติงานได้เสร็จเรียบร้อยภายในเวลาที่กำหนด	3.16	.958	3.27	1.092
การบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในบริการ	3.88	.579	3.56	.866
การบริการทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือและวางใจได้	3.78	.648	3.68	.782
การให้บริการตรงเวลาที่กำหนด	3.02	1.015	3.24	1.146
การให้บริการทุกขั้นตอน ไม่มีข้อผิดพลาดเกิดขึ้น	3.45	.673	3.42	.764
โดยภาพรวม	3.45	.409	3.43	.522

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของ
คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วย

การตอบสนองต่อผู้ป่วย	ความคาดหวัง		การรับรู้	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
เจ้าหน้าที่แจ้งกำหนดเวลาในการบริการให้ผู้ป่วยทราบ	3.41	.807	3.29	.977
เจ้าหน้าที่มีความพร้อมให้บริการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว	3.72	.709	3.32	1.001
เจ้าหน้าที่เต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ	3.71	.723	3.23	1.067
เจ้าหน้าที่มีเวลาว่างในการให้บริการเมื่อผู้ป่วยร้องขอ	3.53	.757	3.19	.957
โดยภาพรวม	3.59	.515	3.25	.721

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของ
คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ด้านความมั่นใจต่อการบริการ

ความมั่นใจต่อการบริการ	ความคาดหวัง		การรับรู้	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
การบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจต่อ บริการที่ได้รับ	4.18	.751	3.83	.828
เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจในการแก้ปัญหาต่างๆให้ผู้ป่วยด้วย ความจริงใจ	4.12	.740	3.76	.837
เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการตอบคำถามแก่ผู้ป่วย	3.94	.591	3.66	.818
โดยภาพรวม	4.07	.514	3.75	.624

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังและตามการรับรู้ของ
คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ด้านการเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย

การเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย	ความคาดหวัง		การรับรู้	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
เจ้าหน้าที่แสดงความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย	3.63	.802	3.42	.967
เจ้าหน้าที่มีอริยาศัยที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	3.49	.802	3.32	1.082
การเปิดบริการมีเวลาตามที่ผู้ป่วยสะดวกในการมารับบริการ	3.53	.693	3.31	.825
เจ้าหน้าที่สนใจและดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล	3.28	.678	3.14	.873
เจ้าหน้าที่ตั้งใจให้บริการที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย	3.44	.744	3.37	.863
เจ้าหน้าที่เข้าใจความต้องการในการรับบริการของผู้ป่วยแต่ละราย	3.44	.659	3.39	.899
โดยภาพรวม	3.46	.418	3.32	.610

เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และโรคที่มาพบ
แพทย์ ไม่มีผลต่อความคาดหวังคุณภาพการบริการของ

คลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช แต่สถานภาพสมรส อาชีพ ความจำเป็น

ในการรับบริการ ประสิทธิภาพในการรับบริการ และแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา มีผลต่อความคาดหวังคุณภาพการบริการของคลินิก ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ โรคที่มาพบแพทย์ และประสิทธิภาพในการรับบริการ ไม่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิก ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช แต่อาชีพ ความจำเป็นในการรับบริการ และแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา มีผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิก ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะว่าควรปรับปรุงในเรื่องสถานที่ให้บริการแออัดมากที่สุด รองลงมาคือเรื่องเก้าอี้นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ ห้องตรวจคับแคบ ห้องตรวจไม่มิดชิดเป็นส่วนตัว เสียงดังเพื่อกดรับกวนเวลาแพทย์ตรวจ เครื่องวัดความดันโลหิตมีน้อย ไม่มีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ พูดยาไม่ไพเราะ และแพทย์ออกตรวจช้า ตามลำดับ

วิจารณ์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เขมจิรา พุ่มกาหลง⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเรื่อง ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลปทุมธานี พบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 51-60 ปี ทำอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือรับจ้าง มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ มากที่สุด สอดคล้องกับ Teamur AG et al⁽³⁾ ทำการศึกษาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลทางภาคใต้ของอิหร่านตามทัศนคติของผู้ป่วยโดย SERVQUAL เทคนิค พบว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการสูงสุดในด้านความมั่นใจต่อการบริการ

ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการตามความคาดหวังโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ตามการรับรู้

ในระดับปานกลาง คุณภาพการบริการตามการรับรู้ในเรื่องสถานที่ตรวจรักษาสะดวกต่อการเข้ารับบริการ และการมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยสูงกว่าตามความคาดหวัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ เขมจิรา พุ่มกาหลง⁽²⁾ พบว่าในด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ผู้มารับบริการให้ความสำคัญในเรื่องอาคารสถานที่ของโรงพยาบาลมีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่แออัด และมีแสงสว่างเพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนภณ พรหมยม⁽⁴⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทอง ญาติผู้ป่วยที่มีประเภทผู้ป่วยที่แตกต่างกันมีระดับความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทองในด้านอาคารสถานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ทั้งตามความคาดหวังและตามการรับรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก พบว่าคะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้โดยรวม อยู่ในระดับสูงกว่าตามการรับรู้ สอดคล้องกับงานวิจัยของตริณัฐ จำปาทอง⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังใช้บริการของงานคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ใช้บริการมีความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการก่อนและหลังการให้บริการด้านความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับสูงมาก สอดคล้องกับ Ehsan ZA et al^(6,7) ได้ศึกษาผลกระทบของคุณภาพบริการที่มีต่อความเชื่อถือไว้วางใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนของอิหร่าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อถือไว้วางใจของผู้ป่วยอยู่ที่ 3.80 ปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและกระบวนการขั้นตอนการให้บริการเป็นปัจจัยทำนายความเชื่อถือไว้วางใจของผู้ป่วยได้ดีที่สุด

ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยตามความคาดหวังโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ตามการรับรู้ในระดับปานกลาง คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าตามการรับรู้ทุกหัวข้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เขมจิรา พุ่มกาหลง⁽²⁾ พบว่าผู้ที่มารับบริการให้ความสำคัญต่อคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองต่อ

ผู้ป่วยในเรื่องทำเลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่เหมาะสมในการเดินทาง สอดคล้องกับภูมิศาสตร์เชิงสังคม⁽⁸⁾ ศึกษาในระดับคุณภาพบริการของกลุ่มงานผ่าตัดหัวใจ เปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการเข้ารับบริการ พบว่ามีความแตกต่างของความคาดหวังและการรับรู้ที่มีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการให้บริการรวดเร็ว ระยะเวลาในการรอไม่นาน ขั้นตอนบริการมีความสะดวก

ด้านความมั่นใจต่อการบริการทั้งตามความคาดหวังและตามการรับรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวัง อยู่ในระดับสูงกว่าตามการรับรู้ทุกหัวข้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เขมจิรา พุ่มกาหลง⁽²⁾ พบว่าผู้รับบริการให้ความสำคัญต่อคุณภาพการบริการด้านความมั่นใจต่อการบริการในเรื่องโรงพยาบาล ใช้จ่ายและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดี

ด้านการเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยตามความคาดหวัง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่ตามการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนคุณภาพการบริการตามความคาดหวัง อยู่ในระดับสูงกว่าตามการรับรู้ทุกหัวข้อ สอดคล้องกับ Faris SA⁽⁹⁾ ศึกษาผลกระทบของคุณภาพการบริการตามการรับรู้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐของซาอุดีอาระเบีย พบว่ามีทัศนคติคุณภาพการบริการด้านการรู้จักและเข้าใจผู้ใช้บริการ มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมากที่สุด

อาชีพ ความจำเป็นในการรับบริการ และแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา มีผลต่อการรับรู้คุณภาพการบริการ สอดคล้องกับภูมิศาสตร์เชิงสังคม⁽⁸⁾ ศึกษาในระดับคุณภาพบริการของกลุ่มงานผ่าตัดหัวใจ โดยเปรียบเทียบคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และเปรียบเทียบคุณภาพบริการของกลุ่มงานผ่าตัดหัวใจตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการเข้ารับบริการ พบว่าผู้ที่มียาชีพและความรุนแรงของโรค

ต่างกัน จะมีความคาดหวังต่อคุณภาพบริการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

คะแนนระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวัง สูงกว่าระดับคุณภาพการบริการตามการรับรู้ ทั้ง 5 มิติ คุณภาพการบริการ คลินิกัลสกรมมอร์โธปีดิกส์จึงจำเป็นต้องพัฒนาการบริการให้ได้คุณภาพมากยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับคุณภาพการบริการตามการรับรู้ ด้านความมั่นใจต่อการบริการมากที่สุดโดยเฉพาะเรื่อง การบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจต่อการบริการที่ได้รับ การพัฒนาศักยภาพของแพทย์และพยาบาลในการรักษาพยาบาล จึงเป็นการเสริมจุดแข็งของโรงพยาบาล แต่ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด โดยเฉพาะเรื่องเจ้าหน้าที่มีเวลาว่างในการให้บริการ เมื่อผู้ป่วยร้องขอ ผู้ให้บริการแนะนำให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ ผู้บริหารควรพิจารณาเรื่องอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ต่อภาระงาน และจัดสรรอัตรากำลังคนให้เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังด้านความมั่นใจต่อการบริการมากที่สุด เน้นเรื่องการบริการของแพทย์และพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจต่อการบริการที่ได้รับ เช่นกัน ส่วนด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจได้น้อยที่สุด โดยเฉพาะเรื่องการให้บริการตรงเวลาที่กำหนด ผู้บริหารจึงควรพิจารณาออกมาตรการควบคุมให้แพทย์ตรงเวลาในการออกตรวจ คะแนนระดับคุณภาพการบริการตามการรับรู้ ในด้านรูปธรรมของบริการ ด้านการตอบสนองต่อผู้ป่วย และด้านการเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยยังอยู่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารควรเร่งปรับปรุง โดยเพิ่มเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย จัดสถานที่ตรวจรักษาให้สะดวกต่อการเข้ารับบริการ เจ้าหน้าที่ควรมีเวลาว่างในการให้บริการเมื่อผู้ป่วยร้องขอ เต็มใจช่วยเหลือผู้ป่วย และมีอัตรายศที่ติดต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จัดบริการคลินิก คลินิกัลสกรมมอร์โธปีดิกส์นอกเวลาเพื่ออำนวยความสะดวกในการเลือกใช้บริการของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.Daniel, WW. Biostatistics: Basic Concepts and Material and Methods for the health. (10th ed.). Georgia,USA: faculty of Georgia State University, Atlanta, Georgia.2010
- 2.เขมจิรา พุ่มกาหลง.ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลปทุมธานี.ปทุมธานี: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.2553.
3. Teamur AG, Tasnim EE, Shideh RA,et al. Service quality assessment of referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique:patients'perspective. Iran: BMC Health Services Research.2014.
- 4.ชนกณ พรหมยม.ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่มีต่อคุณภาพการบริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลอ่างทอง.พระนครศรีอยุธยา: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.2552
- 5.ตรีณัฐ จำปาทอง.ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพบริการก่อนและหลังใช้บริการของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษนอกเวลา โรงพยาบาลศิริราช.กรุงเทพมหานคร: วารสารวิทยาลัยพณิชย ศาสตร์บูรพาปริทัศน์.2553
- 6.Ehsan ZA, Abbas DA, Behrouz PO, et al..An Empirical Study of the Impact of Service Quality on Patient Satisfaction in Private Hospital,Iran. Iran: Global Journal of Health Science.2014.
- 7.Ehsan ZA, Abbas DA, Roghayeh KH. , et al. The Effect of Hospital Service Quality on Patient's Trust. Iran: Iran Red Crescent Med Journal.2015.
- 8.ปฎิมา ดีประเสริฐวงศ์.คุณภาพการให้บริการของกลุ่มงานผ่าตัดหัวใจตามการรับรู้ของผู้รับบริการคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล.กรุงเทพมหานคร: วชิรเวชสาร คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล.2556
- 9.Faris SA.The impact of service quality percetion on patient satisfaction in Government Hospitals in Southern Saudi Arabia. Saudi Arabia: Saudi Med Journal.2015.

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านส่งผลต่อสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร

เอมอร พูลพิพัฒน์ วท.ม.(กายภาพบำบัด)

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร

บทคัดย่อ

บทนำ : การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสามารถลดอาการของโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ซึ่งประกอบด้วยการฝึกหายใจ การฝึกกระแอม การฝึกผ่อนคลาย การฝึกท่าทางลดหอบเหนื่อยและการออกกำลังกาย แต่การศึกษาในรูปแบบการออกกำลังกายที่บ้านยังมีน้อย

วัตถุประสงค์ : เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ที่มีผลต่อสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการฝึกออกกำลังกาย ใน 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศาร เปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา : ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 29 คน ที่มีอาการคงที่และได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำการสุ่มแยกอาสาสมัครออกเป็น กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการรักษาพื้นฐาน และกลุ่มออกกำลังกายซึ่งได้รับการรักษาพื้นฐานร่วมกับการออกกำลังกายตามโปรแกรมที่บ้าน 5 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 24 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการตรวจวัดสมรรถภาพปอด ประเมินคะแนนความเหนื่อยด้วย mmRC และตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้วย ST.George respiratory questionnaire (SGRQ) ก่อนและหลังรับ โปรแกรมการออกกำลังกาย

ผลการศึกษา : ค่าสมรรถภาพปอด คะแนนความเหนื่อย และคุณภาพชีวิต ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการออกกำลังกาย สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

สรุป : การฝึกด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ออกแบบขึ้นไม่มีผลเปลี่ยนแปลงค่าสมรรถภาพปอด คะแนนความเหนื่อย และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ : การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, คุณภาพชีวิต

Effective of home-based pulmonary rehabilitation program to Pulmonary function and quality of life in COPD patients of Maharaj nakhon si thammarat hospital

Emon Poolpipat M.Sc. (Physical Therapy)

Rehabilitation department, Maharaj Nakhon si Thammarat Hospital

Abstract

Background : pulmonary rehabilitation has been shown to reduce symptoms and improve quality of life for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients contain with breathing exercise, huffing training, relaxation technique, positioning and exercise. However, the studies on home-based exercise program are limited.

Objective : To compare the efficacy of the developed home-based pulmonary rehabilitation program for the COPD patients on pulmonary function, dyspnea score, quality of life when comparing pre and post exercise for 12 weeks and 24 weeks and between the control and the experimental groups.

Material and Methods : This study was conducted in 29 COPD patients who had constant clinical symptoms and received medical treatment regularly. Participants were randomly divided into two groups. The control group received the standard treatment and the experimental group received the standard treatment and performed a home-based exercise program five times per week for 24 weeks. The pulmonary function, the dyspnea score (mMRC) and the quality of life (St. George respiratory questionnaire; SGRQ) were assessed before and after exercise program for 12 weeks and 24 weeks.

Results : There were no significant differences in pulmonary function, dyspnea score and quality of life when comparing pre and post exercise for 12 weeks and 24 weeks and between the control and the experimental groups.

Conclusion : The training effect of pulmonary rehabilitation program for COPD patients did not improve lung function, dyspnea score or quality of life.

Key words : pulmonary rehabilitation, chronic obstructive pulmonary disease, quality of life.

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease; COPD) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก อีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากปอดถูกทำลายและเกิดอาการอักเสบเรื้อรัง โรคกลุ่มนี้ยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก อุบัติการณ์ของการเกิดพยาธิสภาพพบในประเทศไทยจากสถิติปี 2558 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 39,017 ราย จำแนกเป็นเพศชาย 25,913 ราย อัตราป่วย 40.53 ต่อประชากรแสนคน และเพศหญิง 13,104 ราย อัตราป่วย 40.53 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1.97:1 จำแนกตามกลุ่มอายุ พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปอัตราป่วย 356.44 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาในกลุ่มอายุ 50-59 ปี อัตราป่วย 85.41 ต่อประชากรแสนคน , 40-49 ปี อัตราป่วย 29.08 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี อัตราป่วย 7.87 ต่อประชากรแสนคน พบว่าการวินิจฉัยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พบได้บ่อยคือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) รองลงมาเป็นโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ตามลำดับ¹ โดยส่วนมากการดำเนินของโรคพบได้ตั้งแต่ 3 เดือนถึง 1 ปี ซึ่งเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการเกิดโรคถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด แต่เมื่อเกิดโรคแล้วการดูแลรักษาจะต้องมุ่งไปสู่เป้าหมายในการดูแลรักษาซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินและติดตามโรค (assess and monitor disease) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (reduce risk factors) การดูแลผู้ป่วย COPD ในช่วงที่โรคสงบ (manage stable COPD) การดูแลรักษาช่วงที่มีการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (manage exacerbations) สามารถใช้ยาได้อย่างถูกวิธีมีประสิทธิภาพ และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย โดยเฉพาะเรื่องการหยุดบุหรี่ เนื่องจากการหยุดบุหรี่สามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคได้ นอกจากนี้การให้ความรู้ยังทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงธรรมชาติของโรค มีการตัดสินใจ วางแผน หรือเลือกการรักษาให้กับตนเอง

ภายใต้คำแนะนำแพทย์โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรคได้ (end-of-life care)

จากสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการนอนซ้ำ (Re-admit) ร้อยละ 8.17 และอัตราการค้างท่อเครื่องช่วยหายใจนานกว่า 96 ชั่วโมง (Prolong intubation) ร้อยละ 15.6 ผู้วิจัยคิดว่าการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมทั้งหมด ผู้วิจัยจึงสนใจรูปแบบการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน จากงานวิจัยของ ผศ.ดร.สุกัลยา ฤทธิชัยกรและคณะ⁽²⁾ เปรียบเทียบผลกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในโรงพยาบาลที่เคยทำอยู่เดิมซึ่งเป็นการให้ความรู้และสอนการออกกำลังกาย 1 ครั้ง/3 เดือน อาจจะไม่เพียงพอสำหรับการป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค โดยศึกษาจากค่าสมรรถภาพปอดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการหายใจ ค่าระดับความเหนื่อยความสามารถในการเดินหกนาทีกและคะแนนคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ที่มีผลต่อสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการฝึกออกกำลังกาย ใน 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์

2. เปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ที่มีผลต่อสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และเปรียบเทียบค่าสมรรถภาพปอดและคุณภาพชีวิต

ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มี Oxygen saturation มากกว่า 90% ขณะพัก มีอาการคงที่ (Clinically stable) และได้รับการรักษาทางการแพทย์ สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัย และโปรแกรมการฝึกได้

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มี Oxygen saturation มากกว่า 90% ขณะพัก มีอาการคงที่ (Clinically stable) และได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ส่วนเกณฑ์การแยกอาสามัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ

- 1) Oxygen Saturation น้อยกว่า 90% ขณะพัก
- 2) มีภาวะทางระบบหัวใจและหลอดเลือด
- 3) มีภาวะทางระบบหายใจและปอด
- 4) มีปัญหาทางระบบประสาทหรือระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ทำให้เป็นอุปสรรค ในการออกกำลังกาย หรือไม่สามารออกกำลังกายได้ เช่น Osteoporosis

5) มีภาวะอื่นๆที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายหรืออาจแย่ลงจากการออกกำลังกาย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง ได้ อาสามัครซึ่งประเมินแล้วว่าอยู่ในกลุ่มที่เข้าร่วมการวิจัย และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 29 คน โดยอาสามัคร จะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยจนเข้าใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามขั้นตอนดังนี้

1. สุ่มแยกอาสามัครออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการตรวจวัดค่าสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทดสอบสมรรถภาพปอด ทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ประเมินระดับความเหนื่อย ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพ

ชีวิตด้วย St. George respiratory questionnaire (SGRQ) และ CAT score และทดสอบความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยการเดินหกนาที่ (six-minute walk distance)

3. สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการรักษาทางการแพทย์ฝึกหายใจ และใช้ยาอย่างถูกต้อง และเข้าทดสอบตามข้อ 3 อีกครั้งที่สัปดาห์ที่ 12 หลังจากการทดสอบครั้งแรก และทำการติดตามผลที่ 6 เดือนหรือสัปดาห์ที่ 24

4. สำหรับกลุ่มทดลอง ได้รับการรักษาทางการแพทย์ฝึกหายใจ และใช้ยาอย่างถูกต้อง (เหมือนกลุ่มควบคุม) รวมทั้งได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายที่บ้านดังนี้

ท่าที่ 1 ยืน มือทั้งสองข้างแตะไหล่หมุนข้อไหล่เป็นวงกลม ไปด้านหน้า 10 ครั้งและหมุนไปด้านหลัง 10 ครั้ง

ท่าที่ 2 ยืน ยกแขนขึ้นมาระดับไหล่แล้วหมุนลำตัวไปทางซ้ายและขวาสลับกันข้างละ 5 ครั้ง

ท่าที่ 3 ยืน มือข้างหนึ่งวางบนสะโพก อีกข้างยกขึ้นเหนือศีรษะ และเอียงตัวไปด้านตรงข้ามกับมือที่ยก สลับกันข้างละ 5 ครั้ง

ท่าที่ 4 ยืน ยกมือข้างหนึ่งขึ้นมาระดับไหล่ (หรือสูงกว่า) พร้อมกับยกขาข้างตรงข้ามขึ้น แล้วทำอีกข้างสลับกันข้างละ 10 ครั้ง

ท่าที่ 5 นั่งบนเก้าอี้ มือถือขวดน้ำ ค่อยๆ ลูกขึ้นยืนตรง แล้วกลับลงไปนั่ง ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ท่าที่ 6 ยืนตรง เท้าทั้งสองข้างห่างกันระดับความกว้างของไหล่ แขนทั้งสองข้างยันกำแพงไว้ งอข้อศอกโน้มตัวไปด้านหน้า เข่าทั้งสองข้างเหยียดตรง แล้วกลับมาทำยืนตรง ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ผู้วิจัยจะจัดทำเป็นคู่มือการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมอบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อใช้เป็นคู่มือในการฝึกออกกำลังกายที่บ้านด้วยตัวเอง และบันทึกค่าระดับความเหนื่อยหลังจากการฝึกซึ่งไม่ควรเกินระดับ 6 ของ dyspnea scale (0-10) และให้เพิ่มความทนทานของหัวใจและปอดโดยการเดินเป็นเวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลลัพธ์หลักของการศึกษา (primary outcome) นี้คือ ค่าสมรรถภาพปอด (FVC, FEV₁ และ FEV₁/FVC) ผลลัพธ์อื่นๆ (secondary outcomes) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ (MIP, MEP), คะแนนระดับความรู้สึกเหนื่อย (modified medical research council (mmRC), dyspnea scale), ระยะทางการเดินหกนาที (six-minute walk distance), คุณภาพชีวิต (คะแนนจากแบบสอบถาม St. George respiratory questionnaire (SGRQ) และ CAT score)

สถิติที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล แสดงค่าตัวแปรที่ศึกษาเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) วิเคราะห์การกระจายตัวของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov test เปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังการฝึกตามช่วงเวลาต่างๆด้วย one-way Anova และเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ two-way mixed ANOVA กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราช ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 31 คน หลังจากตรวจวัดสัญญาณชีพพบว่า 1 คน มีความดันโลหิตสูง และอีก 1 คน มีภาวะปวดเข่ารุนแรง จึงมีผู้ที่เข้าเกณฑ์ 29 คน ทำการแบ่งโดยการสุ่มเป็นกลุ่มควบคุม 14 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติการสูบบุหรี่ และค่าสมรรถภาพปอด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 1)

ผลการให้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อค่าสมรรถภาพปอด พบว่า ค่าสมรรถภาพปอด (FVC, FEV₁, FEV₁/FVC) ของกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 พบว่าแนวโน้มค่าสมรรถภาพปอดดีขึ้นตามลำดับยกเว้นค่า FEV₁/FVC เมื่อเปรียบเทียบในสัปดาห์ที่ 12 และ

สัปดาห์ที่ 24 มีค่าลดลง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าค่าสมรรถภาพปอด (FVC, FEV₁, FEV₁/FVC) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าสมรรถภาพปอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 2)

ผลการให้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อค่าคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่า ค่าคะแนนคุณภาพชีวิต SGRQ ทั้ง 3 ด้าน คือ อาการ (symptoms) การทำกิจกรรม (activity) ผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคม (Impact) และคะแนนรวมของคุณภาพชีวิต (total score) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการรับโปรแกรมการออกกำลังกาย ในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนคุณภาพชีวิต SGRQ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 3)

ผลการให้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อค่าความรู้สึกเหนื่อย พบว่า ค่าคะแนนความรู้สึกเหนื่อย mmRC เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนความรู้สึกเหนื่อย mmRC ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ค่าสมรรถภาพปอดของกลุ่มที่ได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้านที่ 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนการฝึก และไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบ

ระหว่างกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Cockcroft และคณะ⁽³⁾ พบว่าการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงค่าสมรรถภาพปอดของกลุ่มทดลองให้ดีขึ้นได้ Bianchi และคณะ⁽⁴⁾ ให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า VC, FEV1, FRC และ TLC ไม่ต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม Oh EG. และคณะ⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษากการให้โปรแกรมการฟื้นฟูกับผู้ป่วยทางเดินหายใจเรื้อรังไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน (home-based) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ก็ไม่พบความแตกต่างระหว่าง กลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุม การที่สมรรถภาพปอดไม่เปลี่ยนแปลงอาจเนื่องมาจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพยาธิสภาพของปอดที่ไม่อาจกลับคืนสภาพได้ และอาจมีแนวโน้มแย่ลง ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ Foglio และคณะ⁽⁶⁾ ได้ติดตามผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเป็นเวลา 7 ปี พบว่าค่า FEV1 ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบวัดคะแนนคุณภาพชีวิต St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) ในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าค่าของกลุ่มที่ได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ที่ 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนการฝึก และไม่มี ความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Amardottir และคณะ⁽⁷⁾ ที่ทดสอบผลของโปรแกรมการฟื้นฟูด้วยการออกกำลังกายแบบทนทาน (endurance training) เปรียบเทียบกับแบบต้าน (resistance training) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนคุณภาพชีวิต SGRQ ของทั้งสองกลุ่ม ขณะที่การศึกษาของ Foglio และคณะ⁽⁶⁾ กลับพบว่า

คะแนนคุณภาพชีวิต SGRQ ดีขึ้น ภายหลังการได้นับโปรแกรม 1 ปี อย่างไรก็ตามผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดนั้นเป็นที่ยอมรับกันว่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Lacasse และคณะ⁽⁸⁾ ที่รวบรวมงานวิจัยที่มีการให้โปรแกรมการฟื้นฟูด้วยการออกกำลังกายอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป วิเคราะห์ด้วย meta-analysis สรุปได้ว่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

การวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนความรู้สึกเหนื่อย mmRC ของกลุ่มที่ได้รับการฝึกด้วยโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่บ้าน ที่ 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการฝึก และไม่มี ความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการฟื้นฟูนี้เป็นการให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยออกกำลังกายเองที่บ้านตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่กำหนดให้เป็นเวลา 24 สัปดาห์ ซึ่งการติดตามผู้เข้าร่วมการวิจัยทำได้ค่อนข้างลำบาก จึงอาจทำให้ไม่เห็นผลการฝึกที่มีต่อค่าคะแนนความรู้สึกเหนื่อย อย่างไรก็ดี การศึกษาของ Foglio และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า baseline dyspnea index ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ติดตามเป็นเวลา 7 ปีมีค่าคงที่

สรุป

การให้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดกลับไปปฏิบัติเองที่บ้าน กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช ไม่มีความแตกต่างกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายอื่นๆที่ไม่ได้รับโปรแกรมนี

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ลักษณะผู้เข้าร่วมวิจัย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	Mean(SD)	Mean(SD)
อายุ (ปี)	65.73(9.71)	71.57(9.81)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	58.70(10.65)	57.66(11.42)
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	161.47(7.18)	163.71(8.34)
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	22.55(4.46)	21.36(2.84)
บุหรี่ที่สูบ (pack-year)	27.27(20.49)	29.03(21.57)
FVC (% predicted)	84.80(14.56)	80.73(24.06)
FEV ₁ (% predicted)	65.50(17.61)	60.90(20.94)
FEV ₁ /FVC (% predicted)	73.50(12.67)	65.30(25.80)

* p < .05

ตารางที่ 2 แสดงผลของค่าสมรรถภาพปอด (FVC, FEV₁, FEV₁/FVC) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในช่วง 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ หลังการรับโปรแกรมการออกกำลังกาย แสดงเป็นค่า mean และSD

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนรับโปรแกรม		สัปดาห์ที่ 12				ก่อนรับโปรแกรม		สัปดาห์ที่ 12			
			mean		SD				mean		SD	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
FVC (% predicted)	84.80	14.56	85.80	16.89	88.60	18.21	80.73	24.06	87.45	20.24	82.64	24.58
FEV ₁ (% predicted)	65.50	17.61	68.70	19.61	69.10	24.02	60.90	20.94	64.36	21.12	62.82	21.00
FEV ₁ /FVC (% predicted)	73.50	12.67	74.90	12.13	73.40	15.65	65.30	25.80	68.82	15.56	72.64	18.41

* p < .05

ตารางที่ 3 แสดงผลของคะแนนคุณภาพชีวิต SGRQ และคะแนนความรู้สึเหนื่อย mmRC ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในช่วง 12 สัปดาห์และ 24 สัปดาห์ หลังการรับโปรแกรมการออกกำลังกายแสดงเป็นค่า mean และSD

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนรับโปรแกรม		สัปดาห์ที่ 12		สัปดาห์ที่ 24		ก่อนรับโปรแกรม		สัปดาห์ที่ 12		สัปดาห์ที่ 24	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
SGRQ symptom	36.4	23.2	37.94	29.65	29.49	30.02	28.72	15.2	23.87	16.56	27.98	21.87
SGRQ activity	25.05	32.63	14.6	20.96	29.5	26.18	29.95	27.49	38.74	27.46	33.81	28.8
SGRQ impact	21.51	18.21	15.74	15.33	14.38	10.88	12.97	9.37	13.3	12.69	16.79	16.45
SGRQ total	25.05	19.03	19.08	17.37	21.47	15.07	20.73	12.3	22.77	15.6	23.81	16.89
mMRC	0.8	1.14	0.9	1.1	0.7	0.95	1.18	0.98	0.82	0.87	0.91	0.94

* p < .05

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานการเฝ้าระวังโรคระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
2. สุกัลยา กฤษณเกรียงไกรและคณะ.(2556). การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, วิชาการ 35(2):92-101.
3. Cookcroft AE, Saunders MJ, Berry G. Randomised controlled trial of rehabilitation in chronic respiratory disability. Thorax 1981; 36: 200-3
4. Bianchi R, Gigliotti F, Romagnoli I, et al. Impact of a rehabilitation program on dyspnea intensity and quality in patients with COPD. Respiration 2010; Jan 5: 1-10.
5. Oh EG. The effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with Chronic lung disease. Int J Nurs Stud 2003; 40: 873-9.
6. Foglio K Bianchi L, Bruletti G, et al. Seven-year time course of lung function, symptoms, health-related quality of life, and exercise tolerance in COPD patients undergoing pulmonary rehabilitation programs. Respir Med 2007; 101: 1961-70.
7. Arnardottir R H, Sorensen S, Ringqvist I, Lareeon K. Two different training programmes for patients with COPD: a randomized study with 1-year follow-up. Respi Med 2006; 100:130-9
8. Lacasse Y, Martin s, Lasserson TJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: a Cochrane systematic review. Eur Med J 2007; 43: 475-85.

ผลของการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กมลทิพย์ สุภพิชญ์นาม วท.บ.(กายภาพบำบัด)
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ : วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมของระบบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการทรงตัวทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องที่มีผลต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา : ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 70 คน สุ่มแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน
กลุ่มทดลองทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน หลังจากนั้นทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่อง
ร่วมกับเปิดเพลงแบ่งเป็น 3 ช่วง คือช่วงแรกใช้จังหวะบิกิน ช่วงที่สองใช้จังหวะชะชะซ่า ช่วงที่สามใช้จังหวะรุมบ้า ช่วงละ
5-10 นาที รวม 15-30 นาที โดยฝึกวันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมทำการ
ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน โดยฝึกวันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง
ได้รับการประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วย Functional Reach Test และ 8 Foot Up and Go Test ก่อนการฝึก ภายหลัง
การฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ผลการศึกษา : พบว่าค่าความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึก
ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ค่าความสามารถในการทรงตัว
(Functional Reach Test) ของกลุ่มควบคุม ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ค่าความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go test) ของกลุ่มทดลอง ก่อนการฝึก
ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ค่าความสามารถในการ
ทรงตัว (8 Foot Up and Go test) ของกลุ่มควบคุม ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 มีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ค่าความสามารถในการทรงตัว
(Functional Reach Test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ภายหลัง
การฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ค่าความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go test) ของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สรุป : โปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องสามารถเพิ่มความสามารถในการทรงตัวได้

คำสำคัญ : การทรงตัว, ผู้สูงอายุ, ตารางเก้าช่อง

The Effect of exercise in the nine square table with balance in the elderly of Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital elderly club

Kamontip Suppavitnarm M.Sc. (Physical Therapy)

Rehabilitation department, Maharaj Nakhon si Thammarat Hospital

Abstract

Background : Old age is the age of degenerative of the balance control system makes the elderly vulnerable to fall easily.

Objective : To study the effect of exercise in the nine square table with balance in the elderly of Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital elderly club.

Material and Methods : Seventy elderly persons were randomized in to an experimental group (n=35) and a control group (n=35). The experimental group receive basic exercise program after being trained exercise in the nine square table with music using b beguin, cha cha cha and rhumba rhythms intervals of 5-10 minutes, including 15-30 minutes practice one day at least three days a week for eight weeks. The control group receive basic exercise program practice one day at least three days a week for eight weeks. Functional Reach Test and 8 Foot Up and Go Test were measured before and after training in 4 week and 8 week.

Results : The Functional Reach Test of the experimental group, before training, After training in 4 week and 8 week had a statistic significant difference. The Functional Reach Test of the control group, before training, After training in 4 week and 8 week had a statistic significant difference . The 8 Foot Up and Go test of the experimental group, before training, After training in 4 week and 8 week had a statistic significant difference. The 8 Foot Up and Go test of the control group, before training, After training in 4 week and 8 week had a statistic significant difference. After training in 4 week and 8 week found the Functional Reach Test of the experimental group and the control group had no statistic significant difference. After training in 4 week and 8 week the 8 Foot Up and Go test of the experimental group and the control group had a statistic significant difference.

Conclusions : The exercise program in the nine square table can increase ability to balance.

Keywords : Balance, Elderly, The nine square table

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเห็นได้ชัด โดยปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 และ 2550 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.4 และ 10.7 และในปี 2554 และ 2557 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 และ 14.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป เป็นโครงสร้างแบบผู้สูงอายุ⁽¹⁾

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมของระบบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการทรงตัว ร่วมกับการมีโรคประจำตัวที่เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของการสูญเสียการทรงตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปี และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่อก้าวเข้าสู่ปีที่ 70 เป็นต้นไป สามารถสรุปได้ว่าความเสี่ยงของการหกล้มจะยิ่งมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจาก 1 ใน 3 ของการล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก และพบว่าการหกล้มเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเข้าโรงพยาบาลในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป นอกจากนี้การบาดเจ็บจากการหกล้มทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานกว่าการบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นโดยเฉพาะกรณีกระดูกสะโพกหัก ผู้ป่วยอาจต้องนอนโรงพยาบาลนานถึง 20 วัน เมื่อผู้สูงอายุหกล้มและกระดูกหักพบว่า 1 ใน 5 ไม่สามารถกลับมาเดินได้อีก และบางส่วนต้องใช้รถเข็นไปตลอดส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและต้องมีคนดูแลตลอดเวลา มีภาวะสับสน มีปัญหาการเคลื่อนไหวทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา ส่วนผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแม้ไม่ได้รับการบาดเจ็บรุนแรง แต่จะเกิดอาการวิตกกังวลขาดความมั่นใจในตนเอง และเกิดความกลัวในการทำ

กิจกรรมต่างๆ เพราะเกรงว่าจะล้มซ้ำ ทำให้ความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตลดลง และอาจเพิ่มอัตราการตายก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังเป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลฟื้นฟูสภาพและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น⁽²⁾ การป้องกันการหกล้มโดยการฝึกฝนให้มีการทรงตัวที่ดีเป็นสิ่งที่พึงกระทำในวัยสูงอายุ การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อขาและข้อเท้า ช่วยพัฒนาการทรงตัวและระบบการเคลื่อนไหวและลดการหกล้มของผู้สูงอายุได้ โดยการออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ร้อยละ 12 และลดจำนวนครั้งในการหกล้มได้ถึงร้อยละ 19 การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีนั้น ผู้สูงอายุควรใช้หลักการออกกำลังกายเช่นเดียวกับการออกกำลังกายทั่วๆ ไป คือ ไม่รุนแรงหรือหนักเกินไป ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกแรงกระแทกต่ำ มีการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกายและการผ่อนคลายหลังการออกกำลังกาย และใช้เวลาช่วงออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 20 นาที สัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง จึงจะทำให้การออกกำลังกายนั้นมีประสิทธิภาพ³ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา จึงมีความสำคัญต่อการรักษาสมดุลของการทรงตัวในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งของการป้องกันอุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ตารางเก้าช่อง เป็นเครื่องมือที่พัฒนา โดย รศ. เจริญ กระบวนรัตน์ เพื่อใช้ในการพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ในการเคลื่อนไหว และการทรงตัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นการเคลื่อนไหวร่างกายตามจังหวะเพลง และก้าวเท้าตามหมายเลขที่กำหนดจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมาธิในการจดจ่อสามารถพัฒนาจินตนาการความคิดสร้างสรรค์และความจำ⁽⁴⁾

จากสถิติของผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุที่มีการหกล้มมีปัญหาข้อสะโพกหักที่อยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมีทั้งสิ้น 91 คน เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง 46 คน คิดเป็นร้อยละ 50.55

ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี, 71 - 80 ปี, 81 - 90 ปี และ 91 - 100 ปี คิดเป็นร้อยละ 8.7, ร้อยละ 6, ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 8.7 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษา 2,234,184 บาท ซึ่งหากผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดีก็ย่อมทำให้ความเสี่ยงในการหกล้มลดลงไปด้วยรวมถึงอาจช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเนื่องมาจากการล้มได้อีกด้วย ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ พ.ศ. 2559

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องที่มีผลต่อการทรงตัว ในผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป, อัตราการเต้นของหัวใจปกติและความดันโลหิตไม่เกิน 160/100 mmHg, มีการออกกำลังกายน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์, ค่าดัชนีมวลกาย 18 - 29 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, เดินได้เองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน, ไม่มีการบาดเจ็บที่รบกวนส่วนล่าง, ไม่มีอาการปวดเข่า, ปวดข้อสะโพก, ปวดข้อเท้า, ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง, ไม่ได้ประกอบอาชีพ, สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยและโปรแกรมการฝึก กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจตรวจวัดค่าสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สอบถามเกี่ยวกับการออกกำลังกายและข้อมูลพื้นฐาน แบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีจับสลากแบบการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) แยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ

35 คน ซึ่งแจ้งขั้นตอนและรายละเอียดที่ใช้ในการฝึกแก่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมทั้งนัดกลุ่มตัวอย่างมาทำการฝึก 3 ครั้ง ก่อนเริ่มโปรแกรมจริง ทดสอบการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) ก่อนเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกาย (Pretest) กลุ่มทดลองทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 9 ท่าหลังจากนั้นทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องร่วมกับเปิดเพลงแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงแรกใช้จังหวะปิกิน ช่วงที่สองใช้จังหวะชะชะชะ ช่วงที่สามใช้จังหวะ รุมบ้า ช่วงละ 5 - 10 นาที รวม 15 - 30 นาที โดยฝึกวันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ที่บ้าน และบันทึกลงในแบบบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละวันที่ฝึก กลุ่มควบคุมทำการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน 9 ท่า โดยฝึกวันละ 1 ครั้ง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ที่บ้าน และบันทึกลงในแบบบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละวันที่ฝึก โดยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการนัดมาออกกำลังกายร่วมกันเพื่อทบทวนท่าออกกำลังกายจากนักกายภาพบำบัด เดือนละ 2 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 ของเดือน) ทดสอบความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยผู้วิจัยได้นำผลการทดลองมาวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมงานวิจัย และความสามารถในการทรงตัว ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One Way Analysis of Variance with Repeated Measure) ของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) ของผู้สูงอายุ ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และภายหลังการฝึกภายในสัปดาห์ที่ 8 ภายในกลุ่มควบคุม และทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (t-test Independent) ของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมงานวิจัย และความสามารถในการทรงตัว ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 68.91 ± 5.01 และ 71.86 ± 5.86 ปี ตามลำดับ ดัชนีมวลกายเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.10 ± 2.43 และ $23.92 \pm 3.08 \text{ kg/m}^2$ ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ของกลุ่มทดลองก่อนการฝึกหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 เพิ่มขึ้นตามลำดับ (26.51,30.74,34.57) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) เพิ่มขึ้นเช่นกัน (28.44,30.91,32.66) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ของกลุ่มทดลองก่อนการฝึกหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ดีขึ้นตามลำดับ (9.54,8.17,6.97) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ดีขึ้นตามลำดับเช่นกัน (10.38,9.51,8.57) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ อายุและดัชนีมวลกายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=70)

กลุ่ม	จำนวน	อายุ ($\bar{X} \pm SD$)	ดัชนีมวลกาย ($\bar{X} \pm SD$)
กลุ่มทดลอง	35	68.91 ± 5.01	24.10 ± 2.43
กลุ่มควบคุม	35	71.86 ± 5.86	23.92 ± 3.08

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

การทดสอบ	กลุ่ม	ก่อนการฝึก		หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4		หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
Functional Reach Test	ทดลอง	26.51	4.10	30.74	3.58	34.57	3.97
	ควบคุม	28.44	4.85	30.91	5.11	32.66	5.22
8 Foot Up and Go Test	ทดลอง	9.54	1.36	8.17	0.97	6.97	0.84
	ควบคุม	10.38	1.97	9.51	2.02	8.57	2.01

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One Way Analysis of Variance with Repeated Measure) ของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) ของผู้สูงอายุ ก่อนการฝึก

ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และภายหลังการฝึกภายในสัปดาห์ที่ 8 ภายในกลุ่มควบคุม และทดลอง

พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ระหว่างก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ดังนั้นจึงทำการทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) (ตารางที่ 3)

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกัน ขณะที่ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 4)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ระหว่างก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ดังนั้นจึงทำการทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) (ตารางที่ 5)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ขณะที่ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ภายในกลุ่มควบคุม ช่วงเวลา (time)	1.12	313.90	280.23	53.51	.00*

* $p < .05$

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ระหว่างก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ดังนั้นจึงทำการทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) (ตารางที่ 7)

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ขณะที่ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 8)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ระหว่างก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ดังนั้นจึงทำการทดสอบรายคู่ โดยใช้วิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni) (ตารางที่ 9)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ขณะที่ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบรายคู่ของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

ระยะเวลา	$\bar{X}$	ก่อนการฝึก	หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8
ก่อนการฝึก	28.44	-	-2.47*	-4.21*
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	30.91	-	-	-1.74*
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8	32.66	-	-	-

* $p < .05$

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ภายในกลุ่มทดลอง ช่วงเวลา (time)	1.58	1136.99	721.19	118.46	.00*

* $p < .05$

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบรายคู่ของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

ระยะเวลา	$\bar{X}$	ก่อนการฝึก	หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8
ก่อนการฝึก	26.51	-	-4.23*	-8.06*
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	30.74	-	-	-3.83*
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8	34.52	-	-	-

* $p < .05$

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ภายในกลุ่มควบคุม ช่วงเวลา (time)	1.53	56.96	37.25	141.73	.00*

* $p < .05$

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบรายคู่ของความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ภายในกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

ระยะเวลา	$\bar{X}$	ก่อนการฝึก	หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8
ก่อนการฝึก	10.38	-	.87*	1.80*
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	9.51	-	-	.93*
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8	8.57	-	-	-

* $p < .05$

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ภายในกลุ่มทดลอง ช่วงเวลา (time)	1.49	113.64	76.13	151.51	.00*

* $p < .05$

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบรายคู่ของความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

ระยะเวลา	$\bar{X}$	ก่อนการฝึก	หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8
ก่อนการฝึก	9.55	-	1.39*	2.58*
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	8.17	-	-	1.20*
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8	6.97	-	-	-

* $p < .05$

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (t-test Independent) ของความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

พบว่าความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ก่อนการฝึก ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ของกลุ่มทดลอง ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องร่วมกับการออกกำลังกายพื้นฐานกับกลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐานมีการ

เสริมสร้างความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) เหมือนกัน (ตารางที่ 11)

ความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go test) ก่อนการฝึก ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go test) ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องร่วมกับการออกกำลังกายพื้นฐานสามารถพัฒนาความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go test) ได้ดีกว่ากลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

ช่วงเวลาทดสอบ	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการฝึก	ทดลอง	30.74	3.58	-2.57*	.03
(ครั้ง)	ควบคุม	28.44	4.85		
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4	ทดลอง	30.74	3.58	.16	.87
(ครั้ง)	ควบคุม	30.91	5.11		
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8	ทดลอง	34.57	3.97	-1.73	.09
(ครั้ง)	ควบคุม	32.66	5.22		

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการฝึก หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

ช่วงเวลาทดสอบ	กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนการฝึก (ครั้ง)	ทดลอง	9.54	1.36	2.06*	.04
	ควบคุม	10.38	1.97		
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 (ครั้ง)	ทดลอง	8.17	.97	3.53*	.00
	ควบคุม	9.51	2.02		
หลังการฝึกสัปดาห์ที่ 8 (ครั้ง)	ทดลอง	6.97	.83	4.37*	.00
	ควบคุม	8.57	2.01		

วิจารณ์

1. ความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) ของผู้สูงอายุก่อนการฝึก ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 8 ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรารณา เนมิย์, ชุติกาญจน์ หอประสิทธิ์กุล, และปิยาภา แก้วอุทาน⁽⁵⁾ ที่ได้กล่าวไว้ว่า การออกกำลังกายเป็นกลุ่มเพิ่มการทรงตัวทั้งการออกกำลังกายในน้ำและ บนบกจากการวัด Functional Reach Test และ 8 Foot Up and Go Test เช่นเดียวกับงานวิจัยของ พรศิริ พงกษะศรี, วิภาวี คงอินทร์, และปิยะนุช จิตตุนนท์³ ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มพบว่า หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 6 และ 8 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการทรงตัวดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ สุวิมล วัฒนกิตติศาสตร์⁽⁶⁾ ศึกษาผลของการฝึกตาราง เก้าช่องที่มีต่อความสามารถ

ในการทรงตัวของเด็กพิการทางสมอง ซึ่งสรุปขั้นตอนและผลการศึกษาค้นคว้าเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เปรียบเทียบก่อนได้รับการฝึกและหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 พบว่าหลังการฝึกตารางเก้าช่องกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัวดีกว่าก่อนการฝึก

2. ความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test, 8 Foot Up and Go Test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ก่อนการฝึกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่าความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องร่วมกับการออกกำลังกายพื้นฐานกับกลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐานมีการเสริมสร้างความสามารถในการทรงตัว (Functional Reach Test) เหมือนกันซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรารณา เนมิย์, ชุติกาญจน์ หอประสิทธิ์กุล

และปียาภา แก้วอุทาน⁽⁵⁾ ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายในน้ำและบนบกแบบเป็นกลุ่มต่อการทรงตัวในหญิงไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปพบว่า กลุ่มออกกำลังกายในน้ำระยะการเอื้อมมือมีแนวโน้มมากกว่ากลุ่มออกกำลังกายบนบก แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากในการศึกษานี้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเป็นผู้ที่มีระดับการเอื้อมมือก่อนออกกำลังกายได้ไกลมากกว่าหรือเท่ากับ 25 เซนติเมตร ซึ่งสามารถควบคุมสมดุลของร่างกายได้ดี มีความเสี่ยงในการล้มน้อยจึงไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนของการเพิ่มการทรงตัวเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มออกกำลังกายในน้ำและบนบก เช่นเดียวกับงานวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นผู้ที่มีระดับการเอื้อมมือก่อนออกกำลังกายได้ไกลมากกว่า 25 เซนติเมตร ความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ก่อนการฝึก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่าความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องร่วมกับการออกกำลังกายพื้นฐานสามารถพัฒนาความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go Test) ได้ดีกว่ากลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐานเนื่องจากโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องเป็นรูปแบบที่เน้นการกระตุ้นการทำงานของสมองหรือระบบประสาทมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมองทั้งซีกซ้ายและขวาควบคู่กันไปส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น การควบคุมสมดุลของการเคลื่อนไหวจะดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ ภาควิชา พิสิกส์⁽⁷⁾ ที่กล่าวว่า การได้รับการฝึกที่

เกี่ยวข้องกับเคลื่อนไหวเป็นหนึ่งในหลักการฝึกเพื่อพัฒนาการทำงานของระบบประสาท และการฝึกโดยใช้ตารางเก้าช่องเป็นรูปแบบที่เน้นการกระตุ้นการทำงานของสมองหรือระบบประสาท ซึ่งการฝึกไม่จำเป็นต้องใช้ระยะเวลา ระยะทาง หรือพื้นที่มาก ก็สามารถฝึกได้ เช่นเดียวกับ สุวิมล วัฒนกิตติศาสตร์⁽⁶⁾ ทำการศึกษาผลการฝึกตารางเก้าช่องที่มีต่อการทรงตัวของเด็กพิการทางสมอง พบว่า ภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4, 6 และสัปดาห์ที่ 8 ในแต่ละช่วงของการทดสอบกลุ่มทดลองมีแนวโน้มของความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ ศรีนยา บุรณสรพรพิสิทธิ์⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของการฝึกกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวที่มีต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวในผู้สูงอายุ พบว่าภายหลังการฝึกสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ค่าเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว และความสามารถในการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ดังนั้นการฝึกด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวสามารถช่วยพัฒนาความแข็งแรง และความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุได้

สรุป

โปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องมีผลต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุกลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายในตารางเก้าช่องร่วมกับการออกกำลังกายพื้นฐานสามารถพัฒนาความสามารถในการทรงตัว (8 Foot Up and Go test) ได้ดีกว่ากลุ่มที่ฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายพื้นฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2558). คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ.
3. พรศิริ พุกกะศรี, วิภาวี คงอินทร์, และปิยะนุช จิตตบุญท์. (2551). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยลีลาศต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26, 323-337.
4. ทองใบ ชื่นสกุลพงศ์, และอรพรรณ แอบไธสง. (2555). ผลของการเคลื่อนไหวร่างกายในตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวและความจำในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ตึกประสาทสุข. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 13, 16-26.
5. ประรณนา เนมย์, ชุตติกาญจน์ หอประสิทธิ์กุล, และปิยาภา แก้วอุทาน. (2554). ผลของการออกกำลังกายในน้ำและบนบกแบบเป็นกลุ่มต่อการทรงตัวในหญิงไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป. วารสารกายภาพบำบัด, 33, 1-9.
6. สุวิมล วัฒนกิตติศาสตร์. (2555). ผลการฝึกตารางเก้าช่องที่มีต่อการทรงตัวของเด็กพิการทางสมอง. ค้นเมื่อ 1 มกราคม 2559, จาก <http://www.ir.swu.ac.th>
7. ภาควิชา พิสิก. (2552). ผลของการฝึกตารางเก้าช่องขนาดแตกต่างกันที่มีต่อเวลาปฏิกิริยาตอบสนอง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การกีฬา). กรุงเทพมหานคร: โครงการสหวิทยาการระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
8. ศรีนยา บุรณสรพรพิท. (2555). ผลการฝึกกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวที่มีต่อความแข็งแรงและการเกร็งตัวในผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 1 มกราคม 2559, จาก <http://www.ir.swu.ac.th>

ความสำเร็จของการรักษาแผลติดเชื้อราดำที่เท้าโดยไม่ต้องผ่าตัด

Successful Treatment of Chromoblastomycosis without Surgery

พิระพัชร ไทยสยาม พบ.,ว. อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อราดำที่บริเวณผิวหนังพบได้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลโดยเฉพาะที่เท้า ลักษณะของรอยโรคเป็นได้ตั้งแต่ผื่นหรือตุ่มแดงจนอาจลุกลามเป็นก้อนหรือปื้นหนาได้ หากตรวจบริเวณบาดแผลด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะพบลักษณะของเชื้อราเป็นเซลล์กลมสีน้ำตาลมีผนังกัน บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี โรคประจำตัวเป็น Nephrotic syndrome มาโรงพยาบาลด้วยแผลเรื้อรังที่หลังข้อเท้าขวา 4 เดือน ภายหลังได้รับการรักษาด้วย Itraconazole 200 – 400 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 6 เดือนอาการดีขึ้น โดยไม่ได้ผ่าตัด

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อราดำ

Abstract

Chromoblastomycosis is the skin infection caused by melanized or brown-pigmented fungi. Feet are common site of infection. The initial lesion may begin as an erythematous macular or papular skin lesion and progresses to a nodular or plaque-like lesion. Microscopic examination revealed muriform (sclerotic) cells, an aggregation of 2 to 4 fungal cells, with transverse and longitudinal septation. We report a 60-year-old male with nephrotic syndrome. He came to hospital with chronic wound at dorsum of right ankle for 4 months. His clinical condition improved with itraconazole 200 – 400 mg per day for 6 months without excision.

Key word: Chromoblastomycosis

บทนำ

Chromoblastomycosis หรือ chromomycosis คือภาวะการติดเชื้อราที่บริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคติดเชื้อที่ถูกละเลย (Neglected Tropical Diseases: NTDs) โดยมีสาเหตุจากเชื้อราดำ พบได้ในประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตร้อนชื้นและกึ่งร้อนชื้น ลักษณะสำคัญของการติดเชื้อดังกล่าวจะประกอบด้วย ประวัติการมีบาดแผลที่ผิวหนังซึ่งจะเป็นตำแหน่งของการติดเชื้อ หลังจากนั้นบาดแผลจะมีการลุกลามมากขึ้น และเมื่อตรวจรอยโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบเชื้อรา ลักษณะเป็นเซลล์กลมสีน้ำตาล ผงงหนา อาจพบมีผนังกัน (Septum) ทางขวางหรือทางยาวของเซลล์ได้ ที่เรียกว่า sclerotic cell หรือ muriform cell⁽¹⁻⁵⁾ เชื้อราดำที่พบเป็นสาเหตุได้บ่อยจะอยู่ในจีนัส *Fonsecaea* และ *Cladophialophora* ส่วนจีนัสอื่นๆ ที่สามารถพบได้แต่น้อยกว่าคือจีนัส *Exophiala*, *Phialophora* และ *Rhinocladiella*^(1, 3-8) ลักษณะรอยโรคในระยะแรกจะพบเป็นผื่นหรือตุ่มจากนั้นจะเปลี่ยนแปลงเป็นหลายรูปแบบ เช่น nodular, cauliflower-like หรือ hyperkeratotic verrucous lesion^(1, 9-10) โดยจะพบมากที่บริเวณเท้า เข่า ขา และมือ^(3-5, 7-8, 11-13)

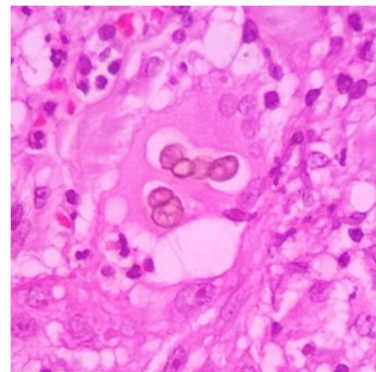
รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี มาโรงพยาบาลด้วยแผลที่หลังข้อเท้าทางด้านขวา 4 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ไม่เจ็บ ไม่มีไข้ แผลค่อยๆ โตมากขึ้นเรื่อยๆ ปฏิเสธประวัติได้รับอุบัติเหตุบริเวณนั้นมาก่อน ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น Nephrotic syndrome วินิจฉัยเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 เนื่องจากมาด้วยอาการตัวบวม ได้รับการรักษาด้วย Cyclophosphamide 100 มิลลิกรัมต่อวัน และ Prednisolone 50 มิลลิกรัมต่อวัน โดยสามารถลดขนาดยาทั้ง 2 ชนิด ลงได้เรื่อยๆ และขณะมีแผลที่หลังข้อเท้าได้รับยา Prednisolone 15 มิลลิกรัมต่อวัน ตรวจร่างกายพบ rounded, verrucous, plaque-like lesion ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 เซนติเมตร บริเวณหลังข้อเท้าทางด้านขวา (ดังรูปที่ 1) แพทย์ผู้ดูแลรักษาในตอนแรกคิดถึงมะเร็งผิวหนัง จึงได้ปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อตัดชิ้นเนื้อส่ง

ตรวจโดยไม่ได้ส่งเพาะเชื้อ ผลการตรวจชิ้นเนื้อพบเป็น pseudoepitheliomatous hyperplasia with pigmented fungal sclerotic bodies compatible with chromoblastomycosis (ดังรูปที่ 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Itraconazole 200 – 400 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 เดือน แผลแห้งลงและอาการดีขึ้น โดยไม่ได้รับการผ่าตัด (ดังรูปที่ 3)



รูปที่ 1 แผลเรื้อรังหลังข้อเท้าขวา



รูปที่ 2 ผลการตัดชิ้นเนื้อพบ sclerotic หรือ muriform cell



รูปที่ 3 เปรียบเทียบรอยโรคก่อนและหลังรักษา 6 เดือน

วิจารณ์

บาดแผลเรื้อรังที่บริเวณเท้าในผู้ป่วยโรคไตที่รับประทานยากภูมิคุ้มกัน สามารถเป็นได้ทั้งโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของโรคติดเชื้อราที่ผิวหนังชนิดหนึ่งที่เรียกว่า chromoblastomycosis ซึ่งพบได้ไม่บ่อย โดยร่าคำดังกล่าวสามารถพบได้ทั่วไปในสิ่งแวดล้อมและสามารถติดเชื้อที่ผิวหนังหลังจากเกิดบาดแผล^(6, 14) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยรายนี้ที่ไม่มีประวัติบาดแผลมาก่อน ลักษณะของรอยโรคแยกกับกลุ่มมะเร็งผิวหนังได้ยาก โดยเฉพาะหากมีการติดเชื้อที่รุนแรงและเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามการติดเชื้อราดำในกลุ่มนี้มักจะจำกัดอยู่เพียงแก่ผิวหนัง หรือขึ้นได้ผิวหนัง การลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ เกิดขึ้นน้อยมาก⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ อีกทั้งยังพบบ่อยกว่าในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติ ต่างจากการติดเชื้อราดำชนิดอื่น การวินิจฉัยจำเป็นต้องตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ โดยจะพบเชื้อราลักษณะกลมสีดำมีผนังกันจำนวน 2 ถึง 4 เซลล์ดังที่พบในผู้ป่วยรายนี้ บางครั้งหากอาจพบมีการเจริญของสาขาร (hyphae) ร่วมด้วยได้หากชิ้นเนื้อมา จากบริเวณผิวของรอยโรค แต่อย่างไรก็ตามการส่งเพาะเชื้อยังคงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อประโยชน์ในทางระบาดวิทยา และการทดสอบความไวของยา⁽¹⁷⁾ สำหรับการรักษาจากข้อมูลในปัจจุบันยัง ไม่มีการเปรียบเทียบ (clinical trial) ที่ชัดเจนมีแค่เพียงรายงานผู้ป่วยและ

ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มคือ การรักษาด้วย physical therapy และกลุ่มการให้ยาต้านเชื้อรา^(10, 18-19) การรักษาด้วย physical therapy ที่สำคัญคือการผ่าตัดออก (exisional surgery) โดยเฉพาะรอยโรคขนาดเล็กและขอบเขตชัดเจน ซึ่งอาจให้ร่วมกับยาต้านเชื้อราหรือไม่ก็ได้ ยาต้านเชื้อราที่เป็นมาตรฐานในการรักษาคือ Itraconazole ซึ่งมีอัตราการรักษาประมาณร้อยละ 15 – 80^(4-5, 18, 20-21) ขนาดยาที่แนะนำคือ 200–400 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 6 ถึง 12 เดือน⁽¹⁸⁾ ยาอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้รักษาได้คือ Terbinafine⁽²²⁻²³⁾ และเนื่องจากการติดเชื้อราดำชนิดนี้เป็นผลจากการปนเปื้อนของบาดแผลกับสิ่งแวดล้อม เพราะฉะนั้นการสวมรองเท้า ถุงเท้า ถุงมือหรือเสื้อผ้าที่เหมาะสมสามารถลดการติดเชื้อลงได้

สรุป

บาดแผลเรื้อรังบริเวณเท้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับประทานยากภูมิคุ้มกัน สามารถเกิดจากการติดเชื้อในกลุ่มราดำได้ สำหรับการวินิจฉัยจำเป็นต้องอาศัยชิ้นเนื้อและการเพาะเชื้อ การรักษาที่สำคัญคือการผ่าตัดหาย รอยโรคไม่ใหญ่มากร่วมกับการให้ยาต้านเชื้อรา หรืออาจให้เพียงยาต้านเชื้อราอย่างเดียวเช่นในผู้ป่วยรายนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Queiroz-Telles F, Santos DWC, Pedrosa C. Fungal infections of implantation (chromoblastomycosis, mycetoma, entomophthoromycosis, and lacaziosis). In: Hospenthal D, Rinaldi MG, editors. Diagnosis and treatment of fungal infections. 2nd ed. Basel, Switzerland: Springer International Publishing; 2015. p 271-76.
2. Bayles MA. Chromomycosis. In: Hay RJ, editor. Bailliere's clinical tropical medicine and communicable diseases. Tropical fungal infections. London, United Kingdom: WB Saunders; 1986. p 45-70.
3. Rippon JW. Medical mycology: the pathogenic fungi and the pathogenic actinomycetes. 2nd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1982. p 249-76.
4. Bonifaz A, Carrasco-Gerard E, Saul A. Chromoblastomycosis: clinical and mycologic experience of 51 cases. Mycoses 2001; 44: 1-7.
5. Queiroz-Telles F, Esterre P, Perez-Blanco M, Vitale RG, Salgado CG, Bonifaz A. Chromoblastomycosis: an overview of clinical manifestations, diagnosis and treatment. Med Mycol 2009; 47: 3-15.

6. Queiroz-Telles F, Nucci M, Colombo AL, Tobón A, Restrepo A. Mycoses of implantation in Latin America: an overview of epidemiology, clinical manifestations, diagnosis and treatment. *Med Mycol* 2011; 49: 225-36.
7. Esterre P, Andriantsimahavandy A, Ramarcel ER, Pecarrere JL. Forty years of chromoblastomycosis in Madagascar: a review. *Am J Trop Med Hyg* 1996; 55: 45-7.
8. Esterre P, Andriantsimahavandy A, Raharisolo C. Natural history of chromoblastomycosis in Madagascar and the Indian Ocean. *Bull Soc Pathol Exot* 1997; 90: 312-7.
9. McGinnis MR. Chromoblastomycosis and phaeohyphomycosis: new concepts, diagnosis, and mycology. *J Am Acad Dermatol* 1983; 8: 1-16.
10. Queiroz-Telles F, Santos DWCL. Chromoblastomycosis in the clinical practice. *Curr Fungal Infect Rep* 2012; 6: 312-9.
11. Queiroz-Telles F, McGinnis MR, Salkin I, Graybill JR. Subcutaneous mycoses. *Infect Dis Clin North Am* 2003;17:59-85.
12. Londero AT, Ramos CD. Chromomycosis: a clinical and mycologic study of thirty-five cases observed in the hinterland of Rio Grande do Sul, Brazil. *Am J Trop Med Hyg* 1976; 25: 132-5.
13. Iwatsu T, Takano M, Okamoto S. 1983. Auricular chromomycosis. *Arch Dermatol* 1983; 119: 88-9.
14. Reiss H, Shadomy HJ, Lyon GM. Fundamental medical mycology. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2012.
15. de Azevedo CMPS, Gomes RR, Vicente VA, Santos DWCL, Marques SG, Nascimento MMF, et al. *Fonsecaea pugnacius*, a novel agent of disseminated chromoblastomycosis. *J Clin Microbiol* 2015; 53: 2674-85.
16. Camara-Lemarroy CR, Soto-Garcia AJ, Preciado-Yopez CI, Moreno-Hoyos F, Hernandez-Rodriguez PA, Galarza-Delgado DA. Case of chromoblastomycosis with pulmonary involvement. *J Dermatol* 2013; 40: 746-8.
17. McGinnis MR, Pasarell L. In vitro testing of susceptibilities of filamentous ascomycetes to voriconazole, itraconazole, and amphotericin B, with consideration of phylogenetic implications. *J Clin Microbiol* 1998; 36: 2353-5.
18. Queiroz-Telles F, Purim KS, Fillus JN, Bordignon GF, Lameira RP, Van Cutsem J, et al. Itraconazole in the treatment of chromoblastomycosis due to *Fonsecaea pedrosoi*. *Int J Dermatol* 1992; 31: 805-12.
19. Bonifaz A, Paredes-Solis V, Saul A. Treating chromoblastomycosis with systemic antifungals. A current review of physical and antifungal therapies for chromoblastomycosis. *Expert Opin Pharmacother* 2004; 5: 247-54.
20. Queiroz-Telles F, Santos DW. Challenges in the therapy of chromoblastomycosis. *Mycopathologia* 2013; 175: 477-88.
21. Restrepo A, Gonzalez A, Gomez I, Arango M, de Bedout C. Treatment of chromoblastomycosis with itraconazole. *Ann N Y Acad Sci* 1988; 544: 504-16.
22. McDaniel P, Walsh DS. Chromoblastomycosis in Western Thailand. *Am J Trop Med Hyg* 2010; 83: 448.
23. Kampirapap K, Reangchainam S, Ornpaew P, Tresukosol P. Chromoblastomycosis masquerading as dermatophytosis, with the description of a new opportunistic species. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2015; 46: 105-9.

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy)

กึ่งเพชร พรหมทอง พบ.ว.

อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ

แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองหรือก้อนในทรวงอก (Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy) พบได้บ่อยในประชากรชาวเอเชียและชาวผิวดำพบบ่อยในเด็ก (Primary tuberculosis)⁽¹⁾ พบมากขึ้นเมื่อมีการระบาดของผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) , และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศกำลังพัฒนาผู้สูงอายุในผู้ใหญ่พบได้ทั้งในต่อมน้ำเหลืองของทรวงอกหรือก้อนในทรวงอกโดยจะมีความผิดปกติของเนื้อปอดร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้มีรายงานโดย Lyons ในปี 1958 ถึงวัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกเป็นสาเหตุอันดับที่ 5 ของสาเหตุของก้อนหรือต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกโตจากเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) เชื้อจะเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองโดยมาจากตำแหน่งการติดเชื้ออื่นๆเช่นเนื้อปอด

ต่อมน้ำเหลืองหรือก้อนในทรวงอกจากวัณโรคในผู้ใหญ่โดยพบความผิดปกติของเนื้อปอดร่วมด้วยพบได้ร้อยละ 0.5 - 26 ส่วนต่อมน้ำเหลืองหรือก้อนในทรวงอกที่ไม่มีความผิดปกติของเนื้อปอดร่วมด้วยพบได้ร้อยละ 0.25 - 5.8 ทำให้ยากในการวินิจฉัยตำแหน่งที่พบได้บ่อยเช่นบริเวณรอบๆหลอดลมด้านขวา (Right paratracheal) , ขั้วปอด (Hilar) , ระหว่างหลอดลมซ้ายและขวา (Subcarinal) พบสองข้างของทรวงอกได้ลดลงร้อยละ 31 และพบลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁽³⁾ แม้ปัจจุบันการตรวจโดยการทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์จะมีความก้าวหน้าแต่ก็ยังคงมีความจำเป็นต้องได้ผลทางจุลชีววิทยาหรือพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา

วัณโรคของก้อนหรือต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกเกิดจากภาวะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายหรือเกิดหลังมีการติดเชื้อวัณโรคครั้งแรก (Primary Tuberculous Infection)⁽⁵⁾ โดยรับเชื้อจากการสูดผ่านระบบป้องกันทางเดินหายใจของร่างกาย (Muco-ciliary defence) ผ่าน

หลอดลมขนาดเล็กจนถึงถุงลม (Terminal alveoli) เชื้อวัณโรคสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนและมีการแพร่กระจายผ่านระบบน้ำเหลืองไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอดการติดเชื้อวัณโรคยังสามารถแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณอื่นหรือจากต่อมน้ำเหลืองเข้ากระแสเลือดและไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ขั้วปอด (Hila) ทรวงอก (Mediastinal) และต่อมน้ำเหลืองรอบขั้วปอด (Paratracheal lymphnodes) เป็นตำแหน่งแรกที่มีการแพร่กระจายมาจากการติดเชื้อวัณโรคของเนื้อปอด⁽²⁾ วัณโรคต่อมน้ำเหลืองบริเวณไหปลาร้า (Supraclavicular Lymph Node) บ่งบอกถึงการกระจายทางระบบน้ำเหลืองจากการติดเชื้อบริเวณเนื้อปอดในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาต่อมน้ำเหลืองบริเวณขั้วปอดและรอบๆหลอดลมจะโตมากขึ้นเป็นสาเหตุให้เกิดการกดเบียดอวัยวะข้างเคียงเช่น หลอดเลือดเส้นประสาท (Phrenic or Recurrent Laryngeal Nerve) หรือทำลายหลอดลม.

อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยวัณโรคของต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกจะมาพบแพทย์ด้วยอาการไข้ต่ำๆ, น้ำหนักลดและอ่อนเพลีย น้อยมากที่จะมีอาการเหงื่อออกกลางคืน (night sweats) และไอ บางครั้งมาด้วยพบความผิดปกติจากภาพเอ็กซเรย์รังสีทรวงอกโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพ อาการอื่นที่พบได้ไม่บ่อยเช่นกลืนลำบาก, หลอดอาหารทะลุเข้าทรวงอก (oesophagomediastinal fistula)⁽⁷⁾, หลอดลมทะลุเข้าหลอดอาหาร (tracheo-oesophageal fistula) , ต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกกดเบียดทางเดินน้ำเหลืองในทรวงอกเกิดน้ำในเยื่อหุ้มปอด (thoracic duct bstruction and chylothorax) น้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ (Pericardial effusion)

ตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Mediastinal Lymph Nodes Station)

กลุ่มต่อมน้ำเหลืองบริเวณทรวงอกด้านหน้า

(Anterior mediastinal group)

รับน้ำเหลืองจากต่อมไทมัส (Thymus), ต่อมน้ำไทรอยด์ (Thyroid), หัวใจและเยื่อหุ้มหัวใจ (Heart and pericardium), กระบังลม (Diaphragm) มายังต่อมน้ำเหลือง

กลุ่มต่อมน้ำเหลืองบริเวณรอบหลอดลม

(Paratracheal and Tracheobronchial groups)

รับน้ำเหลืองจากปอดและหลอดลมหัวใจและรับน้ำเหลืองจากบางส่วนจากต่อมน้ำเหลืองรอบๆหลอดอาหาร (Para-esophageal node) ต่อมน้ำเหลืองในกลุ่มนี้คือตำแหน่ง 2R, 2L (Subaortic), 4R, 4L (Paratracheal), 5 (Aortopulmonary window), 3 (Retrotracheal), 7 (Subcarinal)

กลุ่มต่อมน้ำเหลืองด้านหลังทรวงอก

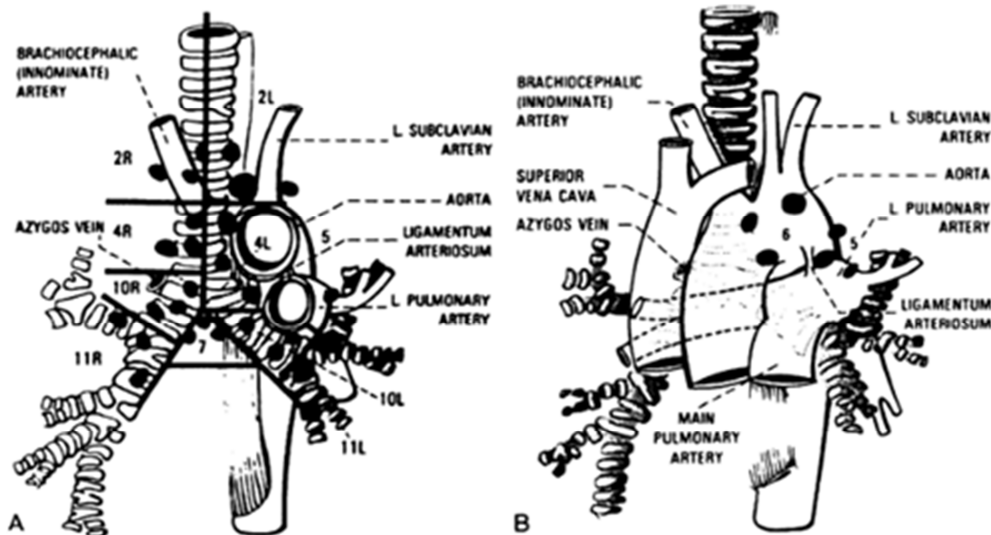
(Posterior mediastinal group)

ประกอบด้วยต่อมน้ำเหลืองตำแหน่ง 8 (Para-esophageal) และ 9 (Pulmonary ligament)

ตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองในปอด

(Lymph Nodes of the Lungs)

ตำแหน่งของต่อมน้ำเหลืองในปอดวางตัวรอบหลอดลมเล็ก (Bronchi) ตรงตำแหน่ง 10R, 10L, 11R, 11L, 12R, 12L 13R, 13L 14R และ 14L ซึ่งต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดที่กล่าวมาจะระบายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณทรวงอก (Mediastinal lymph node) ตำแหน่ง 7 (Subcarinal node), 4R, 4L (Lower paratracheal nodes)



รูป 1 แสดงตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

การวินิจฉัย (Diagnoses)

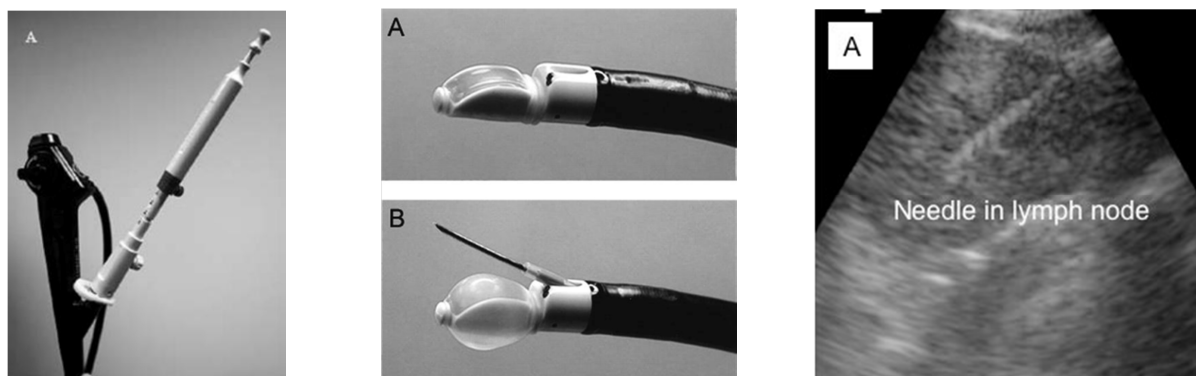
การวินิจฉัยวัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก มาตรฐานโดยการส่องกล้องในช่องอก (mediastinoscopy) แต่วิธีการนี้เหมาะสำหรับต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกตรง ตำแหน่ง 1-4 , 7 เท่านั้น⁽⁶⁾ และการส่องกล้องในช่องอก โดยวิธีนี้ยังมีข้อจำกัดในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวการ เจ็บป่วยรุนแรงทำในห้วงผ่าตัดและการดมยาสลบโดย ศัลยแพทย์ทรวงอกซึ่งมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีการ ใช้การส่องกล้องหลอดลมด้วยหัวอัลตราซาวด์แบบใช้ เข็มเจาะ (Endobronchial Ultrasound Transthoracic Needle Aspiration ; EBUS-TBNA) เป็นอุปกรณ์ส่อง กล้องหลอดลมที่มีช่องสำหรับใส่เข็มโดยมองเห็นจาก หัวอัลตราซาวด์แบบโค้งความถี่ 7.5 MHz. ปลายหัว อัลตราซาวด์จะใส่บอลลูนภายในบรรจุน้ำเพื่อภาพที่ คมชัดยิ่งขึ้นแล้วแทงเข็มผ่านไปยังตำแหน่งก้อนหรือ

ต่อมน้ำเหลืองที่ต้องการโดยจะแสดงภาพก้อนหรือต่อม น้ำเหลืองในขณะที่กำลังแทงเข็มเข้าไปที่ก้อน

ซึ่งสามารถตรวจชิ้นเนื้อตรงตำแหน่งต่อม น้ำเหลืองในทรวงอกตำแหน่ง 2-4 , 7 ,10-12 ลดความ เสี่ยงในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและไม่สามารถดมยาสลบ ได้ นอกจากนี้ยังลดวันนอนโรงพยาบาลและผลข้างเคียง เมื่อเทียบกับการตรวจโดยวิธีมาตรฐานอีกด้วย

Douglas F. Johnson เป็นแพทย์ท่านแรกที่ รายงานผู้ป่วยวัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก 2 รายที่ วินิจฉัยโดยการส่องกล้องหลอดลมด้วยหัวอัลตราซาวด์ แบบใช้เข็มเจาะ (EBUS-TBNA) ในปี 2009⁽¹¹⁾

ในผู้ป่วยวัณโรคต่อมน้ำเหลืองของทรวงอก การส่องกล้องทางเดินหายใจ (Bronchoscope) พบความ ผิดปกติของหลอดลมร่วมด้วยได้ร้อยละ 20 ⁽⁸⁾

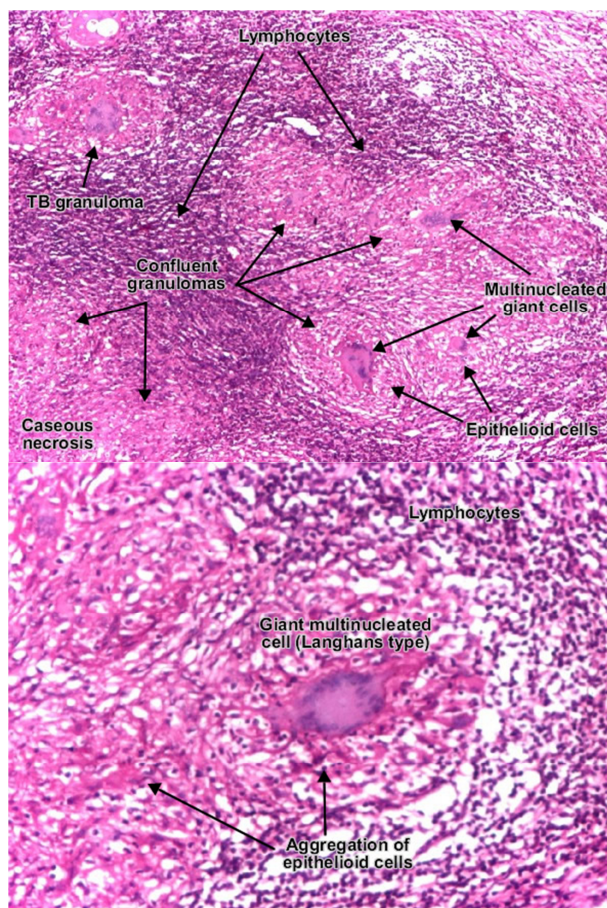


รูป 2 แสดงกล้องส่องกล้องหลอดลมด้วยหัวอัลตราซาวด์ แบบใช้เข็มเจาะ (Endobronchial Ultrasound Transthoracic Needle Aspiration ; EBUS-TBNA)⁽⁹⁾

พยาธิวิทยาของก้อนหรือต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกจาก วัณโรค (Pathology of Tuberculous lymphadenopathy)

Mediastinal tuberculous lymphadenopathy

ลักษณะทางพยาธิวิทยาพบ infiltration ของเซลล์
อักเสบประเภท lymphocyte plasma cell และ macrophage พบ
หย่อมที่เกิดจากการรวมกัน (aggregate) นอกจากนั้นยัง
พบ multinucleated giant cell ที่นิวเคลียสเรียงตัวกันอยู่ที่
ขอบของเซลล์คล้ายรูปเกือกม้าหรือที่เรียกว่า Langhan
giant cell ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาดังกล่าว
เรียกว่า granulomatous inflammation หย่อมเนื้อตายที่อยู่
ตรงกลาง granuloma ก็คือ caseous necrosis ดังนั้นการ
อักเสบดังกล่าวจึงเรียกว่า caseous granulomatous
inflammation



รูปที่ 3 แสดงลักษณะทางพยาธิวิทยาของวัณ
โรคของต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

การตรวจทูเบอร์คิวลิน (Tuberculin skin test ;TST)

การตรวจการทดสอบปฏิกิริยาทางผิวหนังชนิด
ทูเบอร์คิวลิน ให้ผล > 15 mm. ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วย

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกทั้งหมด

การตรวจเสมหะหาเชื้อและเพาะเชื้อวัณโรค (Sputum AFB and Culture TB)

ไม่เหมาะในการตรวจหาวัณโรคต่อมน้ำเหลือง
ในทรวงอกโดยไม่มีเนื้อปอดผิดปกติเนื่องจากมีความไว
ในการตรวจต่ำมากแต่จะเหมาะกับผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรค
ของเนื้อปอดมากกว่า

ผลข้างเคียงของวัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Complications)

ก้อนหรือต่อมน้ำเหลืองจากวัณโรคที่โตอาจทำ
อันตรายกับหลอดลมหรือรูทระหว่างต่อมน้ำเหลือง
หรือก้อนกับหลอดลมรูทระหว่างหลอดลมกับหลอด
อาหารเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) กรณีที่ก้อนโต
มากก้อนจะกดหรือลุกล้ำเข้าไปในหลอดลมทำให้
ทางเดินหายใจถูกอุดกั้นหรือหลอดลมแฟบคล้ายกับ
ลักษณะมะเร็งกดหลอดลม (Tumor like
bronchoadenopathy) มีอาการเจ็บบริเวณเยื่อหุ้มปอดมี
การกระจายไปตำแหน่งอื่นทางหลอดเลือด
(Hemotogenic dissemination) ในผู้ป่วยที่หายหลังการ
รักษาพบเชื้อปอดหนาได้, พบการดึงรั้งของเนื้อปอด,
หลอดลมผิดปกติ, หลอดลมตีบได้, พังผืดในทรวงอก
(Mediastinal fibrosis) แต่พบได้น้อยในบางรายพบการ
เจ็บเยื่อหุ้มปอด (Pleurisy) ไปตลอด

ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก (CT Chest)

ลักษณะรูปร่างความทึบแสงของต่อมน้ำเหลือง,
ก้อนในทรวงอกในภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก
ชนิดฉีดสารทึบแสงมักพบบริเวณซั้วปอดด้านขวาหรือ
รอบๆซั้วปอด^(1,2)

ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของวัณโรคต่อมน้ำเหลืองและ ก้อนในทรวงอกในระยะกำเริบและระยะที่โรคสงบ

(CT chest with contrast ; Mediastinal tuberculous Active - Inactive Disease)

ในผู้ป่วยวัณโรคต่อมน้ำเหลืองและก้อนใน
ทรวงอกในระยะกำเริบ (Active Disease)⁽¹⁰⁾ มักมีความ
หนาแน่นของเนื้อเยื่อบริเวณกลางก้อนทั่วๆ (central low
attenuation) รอบๆของก้อนจะมีความหนาแน่นของ

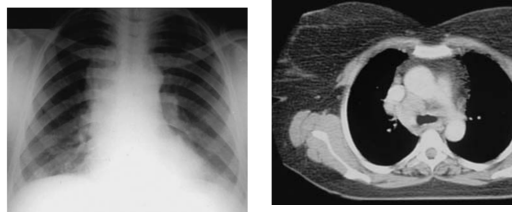
เนื้อเยื่อสูง (peripheral rim enhancement) ขนาดของก้อนมีความแตกต่างค่าโดยเฉลี่ย 2.8 cm. ก้อนต่อน้ำเหลืองที่มีขนาดใหญ่มักพบมีการกระจายของความหนาแน่นของเนื้อเยื่อในก้อนหลายตำแหน่ง (Enlarged nodes with multifocal small, low-attenuation) นอกจากขอบของก้อนจะมีความหนาแน่นของเนื้อเยื่อสูงแล้วยังพบผนังกั้นทั่วๆบริเวณขอบของก้อน (peripheral enhancing and multiseptated appearance)

ในระยะโรคสงบ (Inactive Disease)⁽¹⁰⁾ ลักษณะภาพเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ของวัณโรคต่อน้ำเหลืองและก้อนในทรวงอกที่พบมักเป็นก้อนหรือต่อน้ำเหลืองเป็นเนื้อเดียวกัน (homogeneous mass) และมีแคลเซียมในก้อนหรือต่อน้ำเหลือง (calcified nodes)

การรักษาวัณโรคต่อน้ำเหลืองในทรวงอก (Treatment)

องค์การอนามัยโลกแนะนำการรักษาผู้ป่วย วัณโรคต่อน้ำเหลืองให้เริ่มด้วยสูตรระยะสั้น 6 เดือนคือใช้ยา Isoniacid, Rifampicin, Pyrazinamide และEthambutol ในระยะ 2 เดือนแรก (intensive phase) ส่วน 4 เดือนหลัง (maintenance phase) ใช้ยา Isoniacid กับ Rifampicin จนครบ 6 เดือนในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษานั้นผู้ป่วยควรได้รับการติดตามในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษาเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่อาจมีอาการของผลข้างเคียงของยาหรืออาการแพ้ยาได้โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโอกาสเกิดตับอักเสบได้มากกว่าผู้ป่วยอายุน้อยดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการติดตามใกล้ชิดในช่วงแรกของการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มเหล้าเป็นประจำผู้ป่วยโรคเอดส์และติดเชื้อดื้อยาอีกเสบก็เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบจากยาเช่นเดียวกัน

วัณโรคต่อน้ำเหลืองและก้อนในทรวงอกยากในการวินิจฉัยเพราะไม่มีอาการเฉพาะเว้นก้อนหรือต่อน้ำเหลืองมีขนาดใหญ่และกดอวัยวะที่สำคัญผู้ป่วยบางรายไม่มีอาการผลตรวจเสมหะมักให้ผลเป็นลบต่อเชื้อวัณโรค เอ็กซเรย์ทรวงอกมักตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจสุขภาพในกรณีที่ก้อนหรือต่อน้ำเหลืองมีขนาดเล็กการตรวจภาพเอ็กซเรย์ทรวงอกจึงมีความไวต่ำการแปลผลควรใช้ภาพเอ็กซเรย์ท่า AP และ Lateral view ให้ความไวในการวินิจฉัย ร้อยละ 68

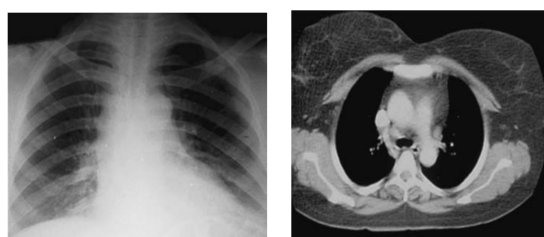


รูปที่ 4 แสดง cxf, CT-Chest ก่อนการรักษา

Before Treatment

CXR - revealed bilateral hilar and mediastinal enlargements

CT-Chest - shows lymphadenopathies with low attenuation in the central parts of aortopulmonary window area

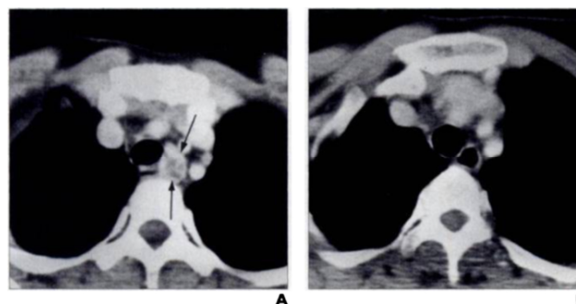


รูปที่ 5 แสดง CXR, CT-Chest หลังการรักษา

After Treatment

CXR - Show normalised hilar regions and mediastinum

CT-Chest - Completely resolved lymph nodes after treatment in aortopulmonary window area



รูปที่ 6. -19-year-old women with active mediastinal tuberculous lymphadenitis⁽³⁾

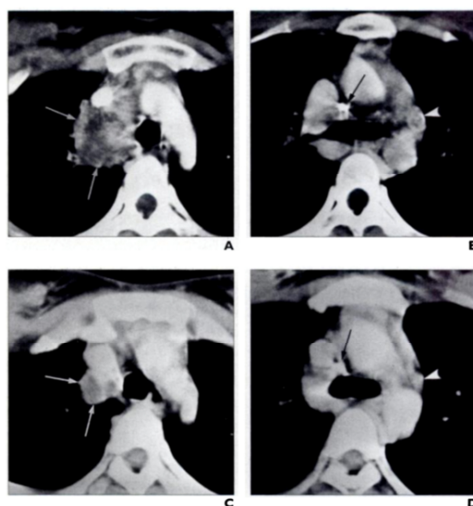
A. Contrast-enhanced CT scan shows enlarged nodes (arrows) in left paratracheal area. Multifocal central low attenuation with interlacing and peripheral enhancing areas produce multiseptated appearance.

B. Contrast-enhanced CT scan obtained 9 months after A and after 9 months antituberculous therapy shows that enlarged nodes seen in A have resolved.



รูปที่ 7 - 36-year-old women with inactive mediastinal tuberculous lymphadenitis.⁽³⁾

Contrast-enhanced CT scan shows multiple lymphadenopathy with conglomerate or focal calcifications in right tracheobronchial, left peribronchial, and prevascular areas enlarged nodes have no low-attenuation areas.



รูปที่ 8 - 24-year-old women with active mediastinal tuberculous lymphadenitis.⁽³⁾

A and B, Contrast-enhanced CT scans show enlarge nodes containing central low attenuation and peripheral enhancement in right paratracheal area (arrow,**A**). Note calcified nodes in right tracheobronchial area (arrow,**B**) and nodes with central low attenuation and peripheral rim enhancement in aortopulmonary window (arrowhead,**B**)

C and D, Contrast-enhanced CT scans obtained 6 months after **A** and **B** and after 6 months of antituberculous therapy show decrease in size and low-attenuation areas of right paratracheal nodes (arrows,**C**). Although no change occurred in calcified nodes at right tracheobronchial area (arrow,**D**), nodes in aortopulmonary window have become smaller and homogeneous (arrowhead,**D**). Right paratracheal mass resolved with 3 months of further treatment.

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขที่ดีขึ้น ปัญหาวัณโรค ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ วัณโรคของก้อนหรือต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกก็พบมากขึ้น ตามเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า การตรวจเพิ่มเติมโดย EBUS-TBNA ทำให้เราให้การวินิจฉัยและผลข้างเคียงจากการตรวจลดลง สะดวกปลอดภัย ลดวันนอนโรงพยาบาล ทดแทนวิธีการตรวจแบบเดิมๆ ทำให้การรักษาวัณโรคของก้อน หรือต่อมน้ำเหลืองในทรวงอกได้เร็วขึ้น ผลแทรกซ้อนจากตัวโรคน้อยลง ซึ่งคาดว่าจะนำเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครศรีธรรมราช ในอีกไม่ช้า

เอกสารอ้างอิง

1. Ayed AK, Behbehani NA, Diagnosis and treatment of isolated tuberculous mediastinal lymphadenopathy in adults. *Eur J Surg* 2001;167:334–8.
2. Handa U, Mundi I, Mohan S. Nodal tuberculosis revisited: a review. *J Infect Dev Ctries* 2012;6:6-12.
3. Kendig, E.L. Tuberculosis-Pulmonary Disorders. Philadelphia Saunders. 1972 pp 642-695.
4. Kent DC. Tuberculous lymphadenitis : not a localized disease process. *Am J Med Sci* 1967 ; 254 : 866
5. Lincon E.M., Sewell E.M. Tuberculosis in children. New York. Mc.graw Hill 1963, p 71- 110.
6. SsPorte H, Roumilhac D, Eraldi L, et al. The role of mediastinoscopy in the diagnosis of mediastinal lymphadenopathy. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998;13:196-9.
7. Singh B, Moodly M, Goga AD, Haffjee AA, et al. Dysphagia secondary to tuberculous lymphadenitis. *S Afr J Surg* 1996 ; 34 : 197-9
8. Shin JA, Chang YS, Kim TH, et al. Fiberoptic bronchoscopy for the rapid diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis. *BMC Infect Dis* 2012;12:141
9. Steinfert DP, Hew MJ, Irving LB. Bronchoscopic evaluation of the mediastinum using endobronchial ultrasound: a description of the first 216 cases carried out at an Australian tertiary hospital. *Intern Med J* 2011;41:815-24.
10. Woo Kyung Moon, Ung-Gilm Mediastinal Tuberculous Lymphadenitis: CT Findings of Active and Inactive Disease *AJR* 1998, p 715-718
11. Varela-Lema L, Fernández-Villar A, Ruano-Ravina A. Effectiveness and safety of endobronchial ultrasound-transbronchial needle aspiration: a systematic review. *Eur Respir J* 2009;33:1156-64.

ผื่นจากยาในผู้ป่วยติดเชื้อโมโนนิวคลีโอสิส

Antibiotic Induced Rash in Patient with Infectious Mononucleosis

วรพงศ์ เรืองสงค์ ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่ใช้บ่อยในการรักษาโรคติดเชื้อในเด็กที่มีการสั่งใช้บ่อยคือยาในกลุ่ม Beta lactams⁽¹⁾ บ่อยครั้งเมื่อใช้ยาในกลุ่มนี้ พบอาการไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับผื่นผิวหนังได้บ่อยโดยเฉพาะในเด็ก⁽²⁾ ซึ่งสร้างความกังวลให้พ่อแม่หรือแพทย์ผู้ทำการรักษาและผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามที่แพทย์สั่งได้ ขณะที่แพทย์เองในทางปฏิบัติไม่สามารถทำการตรวจสอบทางผิวหนังเพื่อยืนยันการเกิดผื่นแพ้ว่ามาจากยานั้นจริงหรือไม่กับเด็กทุกราย⁽³⁾ ทำให้เพียงอาศัยอาการแสดงและผลตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น ผลตรวจเลือด มาประกอบการวินิจฉัย ทำให้มีอุบัติการณ์ผื่นจากยาในเด็กที่มากขึ้น โดยเฉพาะยา ampicillin ซึ่งมีอุบัติการณ์เกิดผื่นในเด็กสูงถึงร้อยละ 80-100^(4,5,6) แต่ในความเป็นจริงผื่นที่เกิดจากยาในเด็กไม่ได้สูงมากตามที่รายงาน^(7,8) สิ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัยผื่นนั้นต้องอาศัยการวินิจฉัยแยกโรคออกจากภาวะหรือโรคอื่นๆ ที่ส่งผลให้เกิดผื่นขึ้นได้ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อไวรัสซึ่งเป็นหนึ่งในโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นมากในเด็ก⁽⁹⁾ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อโมโนนิวคลีโอสิส (Infectious mononucleosis) มีข้อมูลอย่างชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของผื่นที่เกิดขึ้นร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่ใช้ผื่นแพ้ยา^(4,6,10,11) ซึ่งจะกล่าวต่อไปในบทความนี้

โรคติดเชื้อโมโนนิวคลีโอสิส

โรคติดเชื้อโมโนนิวคลีโอสิส หรือ Infectious mononucleosis; IM⁽¹²⁻¹⁵⁾ เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Epstein-Barr (EBV) ซึ่งเป็นเชื้อในกลุ่ม Herpes virus พบบ่อยในมนุษย์ เชื้อพบมากในน้ำลาย ติดต่อผ่านทางน้ำลายจากละอองน้ำลายเวลาไอหรือสัมผัสด้วยการจูบเมื่อรับเชื้อ เชื้อจะกระจายไปตามสารคัดหลั่งต่างๆ เช่น น้ำลาย น้ำเลือด จากนั้นจะหลบซ่อนตัวและแบ่งตัวเมื่อได้รับการกระตุ้นผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อจะแสดงอาการของโรคหรือไม่ก็ได้ โรคนี้พบในเด็กวัยรุ่นได้บ่อยแต่อาการแสดงไม่เด่นชัดเท่าในผู้ใหญ่^(8,13) การวินิจฉัย⁽¹²⁻⁵⁾ อาศัยหลายส่วนประกอบกัน เช่น ผลการตรวจเลือด โดยมีเซลล์

เม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte สูง (lymphocytosis) อย่างน้อยร้อยละ 50 และพบ atypical lymphocyte อย่างน้อยร้อยละ 10 ขึ้นขึ้นด้วยการทดสอบที่เรียกว่า heterophile antibody (monospot test) หรือใช้การตรวจที่จำเพาะ เช่น antiviral capsid antigen (VCA) หรือ Epstein-Barr virus nuclear antigen (EBNA) และอาศัยอาการทางคลินิกประกอบการวินิจฉัย ได้แก่ มีไข้, เจ็บคอ, คออักเสบ, เพลิบวอดเมื่อขยี้ตามตัว อาจมีต่อมน้ำเหลืองโต (โดยเฉพาะคอ) คับและม้ามโตผิดปกติ ยังมีโอกาสการเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยนั้นคือการเกิดผื่น

ผื่นใน Infectious mononucleosis⁽⁶⁻⁸⁾⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

ผื่นจากโรค IM เกิดได้ 2 ลักษณะ คือ เกิดขึ้นได้เองโดยไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ อับัตการณ์เกิดร้อยละ 3-15 กับอีกแบบคือเกิดหลังจากได้รับยาปฏิชีวนะซึ่งมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 80-100⁽⁴⁻⁶⁾ ลักษณะของผื่น IM จะเกิดบริเวณส่วนบนของร่างกายก่อน เช่น ลำตัวและใบหน้าต่อมากจะกระจายไปส่วนต่างๆ ตามฝ่ามือฝ่าเท้าโดยทั่วไปผื่นเกิดประมาณ 2-10 วัน^(11,19) หลังใช้ยา ชนิดของผื่น ได้แก่ morbilliform lesions, urticarial, purpuric and vesicular rashes, pustuloreythematosus rash, universal erythema or cutaneous vasculitis in the erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome

ยาที่เป็นสาเหตุ

Ampicillin เป็นยาลำดับแรกที่มีรายงานการเกิดผื่นร่วมกับ IM⁽⁴⁻⁶⁾ และยาที่เกิดได้บ่อยอีกตัวคือ Amoxicillin⁽⁸⁾ ส่วนยาอื่นๆ ที่มีรายงานแต่เกิดได้น้อยกว่า เช่น Penicillin G, Tetracycline^(4,6,20) Cephalixin, Levofloxacin, Erythromycin และ Azithromycin⁽²¹⁻²⁵⁾ ความเสี่ยงการเกิดผื่นในคนไข้ IM เมื่อใช้ยาปฏิชีวนะคิดเป็น 1-3 เท่าเมื่อเทียบกับไม่ใช้ยาและอุบัติการณ์เพิ่มเป็น 5-11 เท่าเมื่อใช้ Ampicillin⁽¹⁰⁾ มีงานวิจัยหลายงานที่แสดงให้เห็นว่ายาปฏิชีวนะเพิ่มความเสี่ยงการเกิดผื่นในคนไข้ IM⁽¹¹⁾ ดังตารางที่ 1 โดยเฉพาะยา Ampicillin และ Amoxicillin เป็นยาที่มีข้อมูลชัดเจนว่ามีความเสี่ยงหลายเท่า⁽¹⁰⁾ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงการศึกษาการเกิดผื่น ในคนไข้ที่มีการติดเชื้อ IM⁽¹¹⁾

การศึกษา	ยาปฏิชีวนะที่ทำให้เกิด	จำนวนผู้ป่วยใน การศึกษา (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่เกิด ผื่น (%)	จำนวนผู้ป่วยเกิดผื่น (%)	
				กลุ่มใช้ ยาปฏิชีวนะ	กลุ่มไม่ใช้ ยาปฏิชีวนะ
Patel ⁽⁴⁾	Ampicillin, Penicillin G, Cloxacillin, Tetracycline	38	16 (42%)	15/27 (55.6%)	1/11 (9%)
Pullen et al ⁽⁵⁾	Ampicillin, Penicillin, Tetracycline	184	64 (35%)	54/121 (45%)	10/63 (16%)
Brown and Kanwar ⁽⁶⁾	Ampicillin	150	45 (30%)	42/126 (33%)	3/24 (13%)
Davis ⁽²⁶⁾	Penicillin, Ampicillin, other antibiotics	205	21 (10%)	21/141 (15%)	0/64 (0%)
Timár et al. ⁽²⁷⁾	Ampicillin, Cephalosporins, Penicillin, Tetracycline, Sulfonamide	156	52 (33.3%)	49/130 (37.7%)	3/26 (11.5%)
Chovel-Sella et al ⁽⁸⁾	Amoxicillin, Cephalosporin s, Penicillin, Macrolides	238	72 (30%)	57/173 (33%)	15/65 (23%)
Hocqueloux et al ⁽⁷⁾	Penicillin, Ampicillin, other antibiotics	184	34 (18%)	16/103 (15%)	18/81 (22%)

(ดัดแปลงจาก Ónodi-Nagy K และคณะ⁽¹¹⁾)ตารางที่ 2 ความเสี่ยงของการเกิดผื่นในผู้ป่วย IM ที่ได้รับยากลุ่ม Ampicillin และ Amoxicillin⁽¹⁰⁾

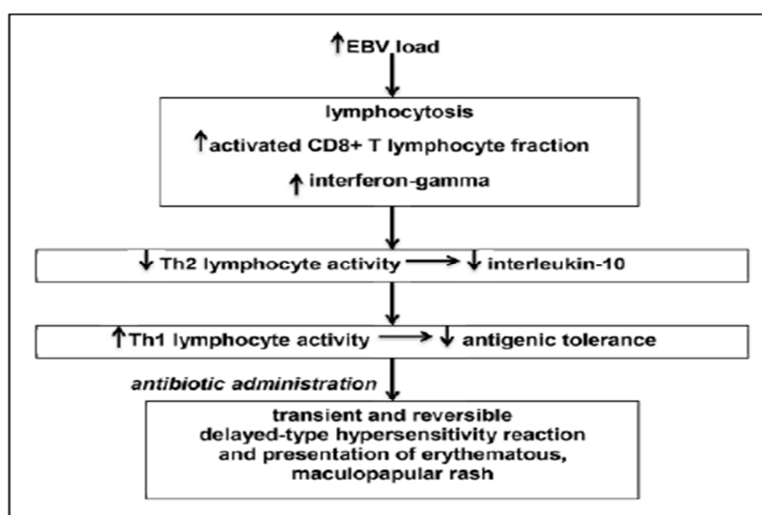
การศึกษา	ยาปฏิชีวนะที่ ได้รับ	% ของการเกิดผื่น (จำนวนผู้ป่วยเกิดผื่น / ไม่เกิดผื่น)		Relative risk ของการเกิดผื่นที่ สัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ (95% CI)
		ได้รับยาปฏิชีวนะ	ไม่ได้รับยา ปฏิชีวนะ	
Pullen et al ⁽⁵⁾	Ampicillin	95% (18/1)	16% (10/53)	5.97 (3.35 - 10.64)
Brown et al ⁽⁶⁾	Ampicillin	69% (20/9)	13% (3/21)	5.52 (1.86 - 16.35)
Patel ⁽⁴⁾	Ampicillin	100% (13/0)	9% (1/10)	11.00 (1.70 - 71.28)
Chovel-Sella et al ⁽⁸⁾	Amoxicillin	24% (25/81)	23% (15/50)	1.02 (0.58 - 1.79)
Hocqueloux et al ⁽⁷⁾	Amoxicillin	13% (11/74)	22% (18/63)	0.58 (0.29 - 1.16)

(ดัดแปลงจาก Chew C และคณะ⁽¹⁰⁾)

กลไกของการเกิดผื่น

กลไกการเกิดผื่นในผู้ป่วย IM ที่สัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ^(16,28-29) เชื่อว่าในผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะไวรัสกระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันมีการเปลี่ยนแปลง โดยเกิดการกระตุ้น T-lymphocytes (CD8+ T cell) CD8+ T-lymphocytes ที่ได้รับการกระตุ้นจะปลดปล่อยสาร cytokines เช่น interferon- γ และ interleukin-2 ออกมา interferon- γ ที่เพิ่มขึ้นไปยับยั้งการทำงานของ Th2 cells (type 2 helper T-lymphocytes) ซึ่งทำให้เกิดการปล่อยสาร cytokines จาก Th2 cell เช่น interleukin-4, interleukin-5, interleukin-6, interleukin-9, interleukin-10,

และ interleukin-13 โดยเฉพาะ interleukin-10 เมื่อมีการทำงานน้อยลงทำให้ Th1 cells (type 1 helper T-lymphocytes) ที่ได้รับการกระตุ้นทำงานเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบ Delayed-type hypersensitivity ขึ้น ดังแสดงตามภาพที่ 1⁽¹⁶⁾ ผื่นจากกลไกนี้เกิดได้ชั่วคราว(transient และ reversible) ไม่ใช่ว่าการแพ้จริง^(21,30-31) และยาไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผื่นซึ่งยืนยันจากการศึกษาที่มีการให้ยาปฏิชีวนะที่เป็นสาเหตุกลับเข้าไปใหม่ (re-challenge) พบว่าไม่เกิดผื่นขึ้นซ้ำ^(32,33)



ภาพที่ 1 แสดงกลไกการเกิดปฏิกิริยาของภูมิคุ้มกันในตัวเชื้อ IM ที่มีผื่นร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะ (ดัดแปลงจากThompson และคณะ⁽¹⁶⁾) (คำย่อ : EBV ,Epstein-Barr virus ; Th1/Th2 , type1/type2 helper T-lymphocytes)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาศัยข้อมูลของผื่น ร่วมกับการประเมินของโรคIM เพื่อยืนยันผล โดยผื่นที่เกิดขึ้นใช้เวลาประมาณวันหลังได้รับยา 10-2^(11,19) มีการกระจายเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของร่างกาย ในลักษณะสมมาตร ชนิดของผื่นเป็นได้ทั้งชนิดไม่รุนแรง เช่น morbilliform lesions, urticarial, purpuric and vesicular rash, pustular erythematous rash, universal erythema , cutaneous vasculitis⁽³⁴⁻³⁷⁾ และอาจเป็นผื่นชนิดรุนแรง เช่น erythema multiforme หรือ Stevens-Johnson syndrome ได้^(38,39) วิธีการประเมินผื่นจากไวรัสที่สัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ Thompson

และคณะ⁽¹⁶⁾ ใช้แบบประเมินจาก Naranjo Scale ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา และประยุกต์การวินิจฉัยโรค IMในแบบประเมินดังตารางที่ 3 หากคะแนน เท่ากับ 1-4 คะแนนแสดงว่าเกิดผื่นจากโรคสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะน้อย รายงานเป็น อาจจะใช่ (Possible) คะแนนเท่ากับ 5-8 คะแนน แสดงว่าเกิดผื่นจากโรคสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะปานกลาง รายงานเป็น ใช่(Probable) และหากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน แสดงว่าเกิดผื่นจากโรคสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะมาก รายงานเป็น ใช้น่า (Definite)

ตารางที่ 3 แสดงการประเมินผื่น IM ที่สัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ⁽¹⁶⁾

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	ใช่	ไม่ใช่	ไม่รู้
1	มีรายงานการเกิดผื่นจากยานี้มาก่อนอย่างน้อย 5 คน โดย 1 คน ต้องมีการประเมินด้วย Naranjo Scale อย่างน้อย 1 คะแนน ได้ผล probable	+1	0	0
2	ต้องมีอาการ 2 ใน 5 ร่วมกับผลบวก monostest หรือ อาการ 4 ใน 5 ร่วมกับผลลบ monostest (อาการ ได้แก่ ไข้, คออักเสบ (pharyngitis), ต่อมทอนซิลอักเสบ (adenopathy), เหนื่อยอ่อนแรง (fatigue) และมีเม็ดเลือดขาวสูง (lymphocytosis) อย่างน้อยร้อยละ 50 และ atypical lymphocytes อย่างน้อยร้อยละ 10]	+2	-1	0
3	ผื่นหายไปหลังจากหยุดยาที่สงสัย	+1	0	0
4	ผื่นเกิดขึ้นอีกครั้งหลังทำ drug re-challenge เมื่อตรวจไม่พบเชื้อไวรัสในโรค IM	+2	-1	0
5	มีโรคหรือการติดเชื้อเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้ ได้แก่ streptococcal pharyngitis, HIV, CMV, toxoplasmosis	-1	+2	0
6	มีอาการเกิดขึ้นอีกครั้งเมื่อให้ยาหลอก	-1	+1	0
7	ตรวจพบยาในเลือด (หรือสารที่เป็นของเหลว) ในปริมาณที่เป็นพิษ	+1	0	0
8	อาการมีความรุนแรงขึ้นเมื่อเพิ่มขนาดยา หรือลดความรุนแรงลงเมื่อลดขนาดยา	+1	0	0
9	ผู้ป่วยเคยมีอาการที่เหมือนหรือคล้ายกันแบบนี้มาก่อน ในการรับยาครั้งก่อนๆ	+1	0	0
10	ตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัสในโรค IM ด้วย heterophile antibody test ให้ผลบวก	+1	0	0
รวมคะแนน				
สรุประดับคะแนน				
คะแนนเท่ากับ 1-4		=	Possible (อาจจะใช่)	
คะแนนเท่ากับ 5-8		=	Probable (ใช่)	
คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9		=	Definite (ใช่แน่)	

ดัดแปลงจากคำ Thompson และคณะ⁽¹⁶⁾

การวินิจฉัยแยกโรค

เนื่องจากผื่น IM มีลักษณะไม่จำเพาะ การวินิจฉัยจึงต้องแยกออกจากผื่นแพ้ทั่วไป เช่น จากปฏิกิริยาภูมิแพ้ของร่างกาย, จากสารเคมี, สารพิษจากธรรมชาติ, ผื่นจากยา, ผื่นจากเชื้อไวรัส และผื่นจากการติดเชื้อแบคทีเรีย เป็นต้น ในส่วนของผื่นจากยาในคนไข้ IM มีรายงานพบการแพ้จริงได้ ซึ่งสามารถทดสอบได้ด้วยการทดสอบทาง in vitro และ in vivo sensitization^(11,40-41) ส่วนผื่นจากไวรัสที่พบบ่อยในเด็ก⁽⁴²⁾ เช่น measles, rubella, HHV-6, parvovirus B19, enterovirus, Epstein-Barr virus, adenovirus และ dengue fever มีจุดที่น่าสนใจในการ

แยกผื่นจากไวรัสซึ่งพบบ่อยในเด็ก นั่นคือ ผื่นที่มีสาเหตุจากเชื้อ Epstein-Barr virus ที่ก่อโรค IM จะเกิดผื่นหลังใช้ยาปฏิชีวนะ (โดยเฉพาะ Ampicillin) ซึ่งไม่มีผื่นไวรัสนั้นๆ ที่เกิดผื่นหลังรับยาปฏิชีวนะ⁽⁴²⁾ อีกประเด็นที่น่าสนใจ ถึงแม้ร้อยละ 90 ของ IM จะมีสาเหตุจาก Epstein-Barr virus ส่วนที่เหลือ เป็น cytomegalovirus, human herpesvirus-6, toxoplasmosis, HIV, adenovirus⁽¹²⁾ โดยเฉพาะร้อยละ 7 มีสาเหตุของ cytomegalovirus ของ IM แต่ก็ยังไม่พบความสัมพันธ์ของการเกิดผื่นหลังรับยาปฏิชีวนะ⁽⁴³⁾

การรักษา⁽¹²⁻¹⁵⁾

ผื่นสามารถรักษาด้วยการรักษาประคับประคอง เช่น ให้อาการแพ้เป็นต้น เนื่องจากเป็นผื่นจากไวรัส การรักษาหลักๆใช้วิธีการรักษาตามการรักษาของโรคIM ซึ่งสามารถหายได้เอง ด้วยการพักผ่อน ดื่มน้ำให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายใน 3-4 สัปดาห์ มีข้อมูลถึงการใช้ยาต้านไวรัส เช่น Acyclovir หรือ Valacyclovir ในการลดอาการของโรคIM ในกรณีผู้ป่วยมีการติดเชื้อรุนแรง เช่น มีการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน ที่มีภาวะ pharyngeal edema, hemolytic anemia และ thrombocytopenia อาจพิจารณาใช้ยา corticosteroid แม้มีข้อมูลที่จำกัด

การป้องกันหลีกเลี่ยง

อาการคออักเสบ(pharyngitis)⁽¹³⁾เป็นอาการที่พบร่วมกันของการติดเชื้อแบคทีเรียและโรคติดเชื้อไวรัส IM ผู้ป่วยเด็กราวๆ ร้อยละ 15-30 มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรียจำพวก group A streptococci ซึ่งจะได้รับAmpicillin หรือ Amoxicillin ในการรักษา ส่วนคออักเสบที่มาจากการติดเชื้อไวรัส IM การให้ยาปฏิชีวนะนอกจากไม่ได้ประโยชน์กลับทำให้เกิดผื่นในเด็กได้ ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่า การใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ที่ป่วยโรค IM ทำให้เกิดผื่นที่ไม่ใช่ผื่นแพ้ยาได้สูงร้อยละ 80 -100⁽⁴⁻⁶⁾ ดังนั้น การวินิจฉัยจำเป็นต้องแยกโรคระหว่างติดเชื้อแบคทีเรียและโรคติดเชื้อไวรัส IM ให้แน่ชัด

บทสรุป

ผื่นแพ้จากยาส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กเกิดขึ้นได้น้อยสาเหตุส่วนมากมาจากโรคหรือภาวะอื่นเช่นการติดเชื้อไวรัส มีข้อมูลยืนยันมากมายถึงการเกิดผื่นจากไวรัสที่สัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยเฉพาะเชื้อไวรัส Epstein-Barr ที่เป็นสาเหตุหลักของโรคโมโนนิวคลีโอสิส (Infectious mononucleosis; IM) ผื่นในโรคนี้เกิดขึ้นได้ทั้งที่ใช้ยาปฏิชีวนะ และไม่ได้ใช้ยาปฏิชีวนะ แต่โอกาสมีผื่นเมื่อใช้ยาปฏิชีวนะเกิดได้มากกว่า ยาที่มีข้อมูลชัดเจนคือยา Ampicillin และ Amoxicillin อาการผื่นใช้เวลาประมาณ 2-10 วันหลังรับยา เกิดบริเวณส่วนบนของร่างกาย เช่น ลำตัว กระจายไปส่วนต่างๆ ตามฝ่ามือฝ่าเท้า ชนิดของผื่นไม่จำเพาะ มีได้หลากหลาย ตั้งแต่ชนิดไม่รุนแรง เช่น morbilliform lesions, urticaria, vasculitis ไปจนถึงผื่นชนิดรุนแรงเช่น Stevens-Johnson syndrome ผื่นไม่มีการรักษาที่จำเพาะ ทำได้เพียงรักษาประคับประคองให้อาการแพ้พักผ่อน ดื่มน้ำให้เพียงพอ โรคก็จะหายได้เอง การป้องกันการเกิดผื่นในผู้ป่วยโรคนี้ ต้องวินิจฉัยให้ชัดเจนถึงอาการของโรคที่คล้ายกัน เช่น คออักเสบ หากเป็นจากเชื้อแบคทีเรีย พวก streptococci pharyngitis สามารถใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาได้ แต่หากเป็นจากโรค IM ซึ่งเป็นเชื้อไวรัส การใช้ยาปฏิชีวนะทำให้เกิดผื่นขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Cars O, Molstad S, Melander A. Variation in antibiotic use in the European Union. *Lancet* 2001;357:1851-3.
2. Adkinson NF Jr. Risk factors for drug allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1984;74:567-72.
3. Gomes ER, Brockow K, Kuyucu S, Saretta F, Mori F, Blanca-Lopez N, et al. Drug hypersensitivity in children: report from the pediatric task force of the EAACI Drug Allergy Interest Group. *Allergy* 2016;149:61.
4. Patel BM. Skin rash with infectious mononucleosis and ampicillin. *Pediatrics* 1967;40:910-1.
5. Pullen H, Wright N, Murdoch JM. Hypersensitivity reactions to antibacterial drugs in infectious mononucleosis. *Lancet* 1967;2:1176.
6. Brown GL, Kanwar BS. Drug rashes in glandular fever. *Lancet* 1967;2:1418.
7. Hocqueloux L, Guinard J, Buret J, Causse X, Guigon A. Do penicillins really increase the frequency of a rash when given during Epstein-Barr virus primary infection?. *Clin Infect Dis* 2013;57:1661-2.

8. Chovel-Sella A, Tov AB, Lahav E, Mor O, Rudich H, Paret G, et al. Incidence of rash after amoxicillin treatment in children with infectious mononucleosis. *Pediatrics* 2013;131:e1424-7.
9. Romano A. Recognising antibacterial hypersensitivity in children. *Paediatr Drugs* 2000;2:101-12.
10. Chew C, Goenka A. Does amoxicillin exposure increase the risk of rash in children with acute Epstein-Barr virus infection?. *Arch Dis Child* 2016:1-3.
11. Ónodi-Nagy K, Bata-Csörgo Z, Varga E, Kemény L, Kinyó A. Antibiotic Induced Cutaneous Rash in Infectious Mononucleosis: Overview of the Literature. *J Allergy Ther* 2015;6:222.
12. Lennon P, Crotty M, Fenton JE. Infectious mononucleosis. *BMJ* 2015;350:h1825.
13. Luzuriaga K, Sullivan JL. Infectious mononucleosis. *N Engl J Med* 2010;362:1993-2000.
14. Ebell MH. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Am Fam Physician* 2004;70:1279-87.
15. Rogers ME. Acute infectious mononucleosis: a review for urgent care physician. *AJCM* 2012;88-91.
16. Thompson DF, Ramos CL. Antibiotic induced rash in patients with infectious mononucleosis. *Ann Pharmacother* 2017;51:154-62.
17. Hall LD, Eminger LA, Hesterman KS, Heymann WR. Epstein-Barr virus: dermatologic associations and implications: part I. Mucocutaneous manifestations of Epstein-Barr virus and nonmalignant disorders. *J Am Acad Dermatol* 2015;72:1-19.
18. Gao LW, Xie ZD, Liu YY, Wang Y, Shen KL. Epidemiologic and clinical characteristics of infectious mononucleosis associated with Epstein-Barr virus infection in children in Beijing, China. *World J Pediatr* 2011;7:45-9.
19. Pichler WJ, editor. *Drug Hypersensitivity*. Switzerland: Karger Publishers; 2007.
20. Nazareth IJ. Ampicillin and mononucleosis. *Br Med J* 1971;3:48.
21. Dakdouki GK, Obeid KH, Kanj SS. Azithromycin-induced rash in infectious mononucleosis. *Scand J Infect Dis* 2002;34:939-41.
22. Paily R. Quinolone drug rash in a patient with infectious mononucleosis. *J Dermatol* 2000;27:405-6.
23. McCloskey GL, Massa MC. Cephalexin rash in infectious mononucleosis. *Cutis* 1997;59:251-4.
24. Schissel DJ, Singer D, David-Bajar K. Azithromycin eruption in infectious mononucleosis: a proposed mechanism of interaction. *Cutis* 2000;65:163-6.
25. Banerjee I, Mondal S, Sen S, Tripathi SK, Banerjee G. Azithromycin-induced rash in a patient of infectious mononucleosis – a case report with review of literature. *J Clin Diagn Res* 2014;8: HD01-2.
26. Davis RA. The relationship between infectious mononucleosis and ampicillin sensitivity. *J Am Coll Health Assoc* 1972;20:291-2.
27. Timár L, Baló-Banga JM, Budai J. Infectious mononucleosis and drug exanthema. *Orv Hetil* 1987;128: 1871-4.
28. Schissel DJ, Singer D, David-Bajar K. Azithromycin eruption in infectious mononucleosis: a proposed mechanism of interaction. *Cutis* 2000;65:163-6.
29. Banerjee I, Mondal S, Sen S, Tripathi SK, Banerjee G. Azithromycin-induced rash in a patient with infectious mononucleosis: a case report with review of literature. *J Clin Diagn Res* 2014;8: HD01-2.
30. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and Practice of Infectious Disease*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2010:1993.
31. Sylvia LM. Allergic and pseudoallergic drug reactions. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey L eds. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 9th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2014: chapter 22.

32. Luque I, Leyva L, José Torres M, Rosal M, Mayorga C, Segura JM, et al. In vitro T-cell responses to beta-lactam drugs in immediate and nonimmediate allergic reactions. *Allergy* 2001;56:611-8.
33. Caubet J, Kaiser L, Lemaitre B, Fellay B, Gervais A, Eigenmann PA. The role of penicillin in benign skin rashes in childhood: a prospective study based on drug rechallenge. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:218-22.
34. Mulroy R. Amoxycillin rash in infectious mononucleosis. *Br Med J* 1973;1:554.
35. Copeman PW, Scrivener R. Amoxycillin rash. *Br Med J* 1977;1:1354.
36. McCloskey GL, Massa MC. Cephalexin rash in infectious mononucleosis. *Cutis* 1997; 251-4.
37. Mallett AE. Infectious mononucleosis with jaundice and extensive skin rash. (Report of a case). *J Coll Gen Pract* 1961;337-40.
38. González-Delgado P, Blanes M, Soriano V, Montoro D, Loeda C, Niveiro E. Erythema multiforme to amoxicillin with concurrent infection by Epstein-Barr virus. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2006;34:76-8.
39. Zawar V, Chuh A, Sankalecha S. Erythema multiforme-like lesions in the course of infectious mononucleosis. *J Dermatol Case Rep* 2009;3:44-6.
40. Renn CN, Straff W, Dorfmueller A, Al-Masaoudi T, Merk HF, Sachs B. Amoxicillin-induced exanthema in young adults with infectious mononucleosis: demonstration of drug specific lymphocyte reactivity. *Br J Dermatol* 2002;147:1166-70.
41. Jappe U. Amoxicillin-induced exanthema in patients with infectious mononucleosis: allergy or transient immunostimulation? *Allergy* 2007;62:1474-5.
42. Juan José GG. Differential Diagnosis of Viral Exanthemas. *The Open Vaccine Journal* 2010;3:65-8.
43. Hurt C, Tammara D. Diagnostic evaluation of mononucleosis-like illnesses. *Am J Med* 2007;911.e1-8.

การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บวิกฤตในเครือข่ายจังหวัดยะลา

นพ. อุมาด แอแก้ว และคณะ

ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา

บทนำ

จากรายงานสถิติข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โรงพยาบาลยะลา จำนวนผู้บาดเจ็บที่มารับบริการใน โรงพยาบาลยะลา ย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ ประจำปี 2554 จำนวน 13,540 ราย ประจำปี 2555 จำนวน 13,443 ราย และประจำปี 2556 จำนวน 13,058 ราย ปี 2557 จึงได้ เริ่มจัดกิจกรรม Trauma Audit พบว่าอัตราตายผู้บาดเจ็บใน จาก 19 สาเหตุ ที่มีค่า $PS \geq 0.75$ ร้อยละ 1.33 ได้นำ ข้อเสนอแนะวิเคราะห์และหาแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บ วิกฤต ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลยะลา จึงมีการจัดทำ แผนงานและจัดทำระบบ FAST TRACK เป็นแนวทางการ ดูแลผู้บาดเจ็บวิกฤต มาใช้ร่วมกันกับ โรงพยาบาลชุมชน เครือข่าย แบ่งเป็น 3 ระบบคือ

1. FAST TRACK Neuro

2. FAST TRACK Multiple Injury With Shock

3. FAST TRACK Penetrating With Shock โดย

กำหนดเป้าหมายอัตราการใช้ FAST TRACK ในระยะแรก ร้อยละ 50 นำมาวิเคราะห์และประเมินผลการใช้ FAST TRACK ที่มีการแยกเป็น 3 ระบบ แต่ไม่สามารถนำข้อมูล มาวิเคราะห์ได้เนื่องจากขาดผู้รับผิดชอบหลักในการ บริหารจัดการข้อมูล ในปี 2558 จึงได้มอบหมาย ผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บข้อมูล และได้จัดกิจกรรม Trauma Audit ไปยังโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย จาก การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ พบว่า ร้อยละของการใช้ FAST TRACK น้อยกว่าร้อยละ 50 จึงได้ทำการประเมินผลเชิงลึก กับผู้ปฏิบัติงานเพื่อหาสาเหตุ ได้ข้อสรุปว่าในภาวะที่ วิกฤตฉุกเฉิน หากมีการบาดเจ็บหลายระบบ จะทำให้เกิด ความสับสนในการใช้ FAST TRACK และเกิดความล่าช้า ขาดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานในปี 2559 จึงได้มีการ ปรับปรุงระบบ FAST TRACK จากการแยกเป็น 3 ระบบ รวมเป็น FAST TRACK trauma ซึ่งรวมการดูแลผู้บาดเจ็บ

วิกฤต ทั้ง 3 ระบบใน FAST TRACK ฉบับเดียวกันและมี จัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลยะลาขึ้น เพื่อให้มีการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้บาดเจ็บวิกฤต ในเครือข่ายจังหวัดยะลาแบบครบวงจร มีการรวบรวม ข้อมูล ติดตามเยี่ยมผู้บาดเจ็บและประเมินผลเป็นระยะ จากการทบทวน วิเคราะห์และประเมินผล พบว่าอัตราการใช้ FAST TRACK เพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 80 แต่ ระยะเวลารอคอยยังไม่ลดลงเนื่องจากปัญหาการสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม และผู้ปฏิบัติงานบางส่วน ไม่ให้ความสำคัญในการนำระบบมาใช้ แม้ระยะเวลา รอคอยไม่ลดลงแต่ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตาม ตัวชี้วัดคุณภาพของแต่ละระบบได้ทันเวลาเพิ่มขึ้น ส่งผล ให้อัตราตายผู้บาดเจ็บวิกฤต ในจังหวัดยะลา ใน ปีงบประมาณ 2559 ลดลงเป็นร้อยละ 0.99

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราตายผู้บาดเจ็บจาก 19 สาเหตุที่มีค่า $PS \geq 0.75$ ให้น้อยกว่าร้อยละ 1 ภายในปีงบประมาณ 2560

กิจกรรมการพัฒนา

1. มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักในการจัด กิจกรรม Trauma Audit
2. มีการทบทวนผู้ป่วยในจาก 19 สาเหตุ ที่มีค่า $PS \geq 0.75$ ที่เสียชีวิตทุกราย
4. มีการจัดประชุม Trauma Audit สม่ำเสมอ
5. จัดทำระบบ FAST TRACK เพื่อทดลองใช้ใน โรงพยาบาลยะลา
6. จัดทำ Guild Line Standing Order เพื่อทดลอง ใช้ใน โรงพยาบาลยะลา

7.มีการรวบรวมปัญหาและอุปสรรค เพื่อ
ประเมินการทำงานและดำเนินการปรับปรุงแก้ไขระบบ
FAST TRACKและGuideline Standing Oder

8.จัดประชุมเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน ใน
จังหวัดยะลา เพื่อให้มีการส่งต่อโดยระบบ FAST TRACK
ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บวิกฤต

9.มีการจัดกิจกรรม Trauma สัญจรไปยัง
โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย

10.นำมาวิเคราะห์และประเมินผลการใช้ FAST
TRACKโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดยะลา

11. จัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด
โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา

12. รวบรวมปัญหาและอุปสรรค ประชุม
คณะทำงาน เพื่อวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน
ประจำปีงบประมาณ

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

- 1.ได้รับความร่วมมือจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 2.ได้รับความร่วมมือจาก โรงพยาบาลชุมชนใน
เครือข่าย
- 3.อัตราการเสียชีวิตในจาก 19 สาเหตุ ที่มีค่าPS $\geq$
0.75 ลดลงอย่างต่อเนื่อง

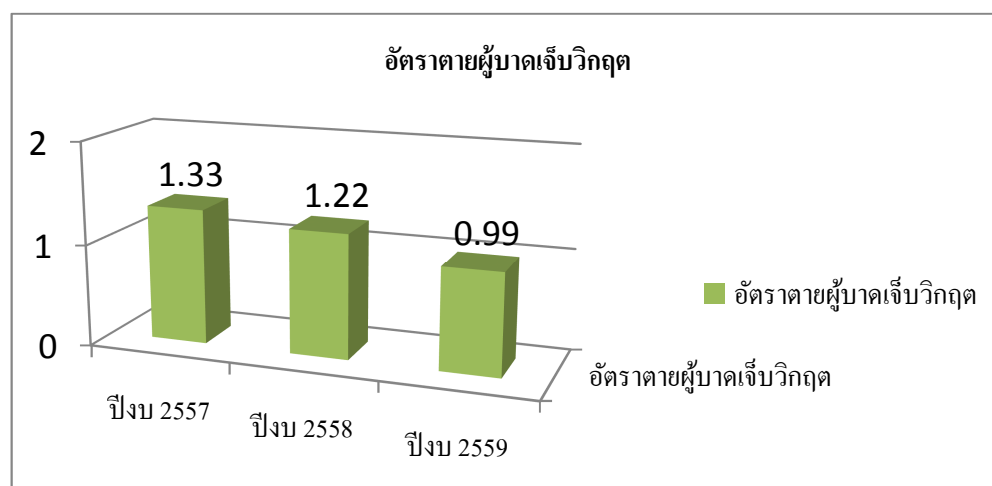
สรุป

การจัดกิจกรรม Trauma Audit อย่างต่อเนื่องนำมาสู่การ
บริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บวิกฤต ส่งผลให้
อัตราการลดลง

บทเรียนที่ได้รับ

- 1.การทบทวนกิจกรรมการปฏิบัติงานทำให้เกิด
โอกาสพัฒนา
- 2.การทำงานเป็นทีมและการทำงานแบบมีส่วนร่วม
ร่วม ช่วยเพิ่มโอกาสพัฒนาให้ประสบความสำเร็จตาม
เป้าหมาย
- 3.การดำเนินการพัฒนา โดยมีแนวทางให้
ผู้ปฏิบัติงาน สามารถมุ่งสู่ความสำเร็จได้
- 4.การทำงานทุกอย่าง ย่อมมีอุปสรรค แต่จะผ่าน
ไปได้ด้วยความร่วมมือและตั้งใจทำให้ดีที่สุด
- 5.ความภาคภูมิใจร่วมกัน ที่จะช่วยให้ผู้ป่วย มี
โอกาสรอดชีวิตมากขึ้น
- 6.การกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการนำ
ระบบ FAST TRACK Trauma มาใช้ และการบันทึกที่
ถูกต้องโดยมีผู้บาดเจ็บเป็นศูนย์กลาง นำข้อมูลที่ได้เสนอ
ในที่ประชุมTrauma Audit ทุกเดือน ซึ่งให้เห็นถึงการ
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการได้รับความร่วมมือของทุก
ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
- 7.การดำเนินการนี้จะต้องพัฒนาต่อไป ควบคู่กับ
การนิเทศและนำไปพัฒนาเป็น R2R จนถึงงานวิจัย

อัตราการผู้ป่วยบาดเจ็บวิกฤต



จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน “ดูแลด้วยใจ : Cervical Spinal Injury Care”

PCT Orthopedic

บุญนา พัฒนแก้ว¹, นางวันดี สัมเจียวหวาน², ปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม³

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

จากข้อมูลปีงบประมาณ 2555–2558 พบว่า Cervical-Spine Injury เป็นกลุ่มโรคที่สำคัญของกลุ่มงาน ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะไขสันหลังบาดเจ็บ (Spinal cord injury) พบร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจากการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรสำคัญของครอบครัว ร้อยละ 83.1 พบในเพศชาย อายุเฉลี่ย 44 ปี โดยเฉพาะในราย Spinal cord injury ที่การบาดเจ็บส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทไขสันหลังบกพร่อง (Neuro deficit) จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยทุพพลภาพในที่สุด ผู้ป่วยจะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากทั้งโรงพยาบาลและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพสูงสุดที่มีโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะในวัยรุ่นและวัยทำงาน

นอกจากการดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะวิกฤตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว ทีมสหวิชาชีพยังต้องเตรียมผู้ป่วยและญาติให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมให้ใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมและมีความมั่นใจในการดูแลร่วมกับการสร้างพลังภายในตนเองของผู้ป่วยและญาติ (Empowerment) จึงเป็นสิ่งจำเป็นตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายสู่ชุมชน การสอนการดูแลโดยใช้กระบวนการทางวิชาการอาจไม่ได้ผลเท่าที่ควร ทีมต้องหาวิธีการสร้างจิตสำนึกการดูแลตัวเองของผู้ป่วยและญาติโดยการให้การดูแลด้วยความเอื้ออาทร ด้วยใจที่เป็นมิตร แสดงออกถึงความหวังดีลงมือทำกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับญาติ ไม่ใช่การบอกให้ทำเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ญาติและผู้ป่วยรับรู้ถึง

การใช้พลังความตั้งใจในการสร้างความสำเร็จสู่เป้าหมายร่วมกัน การวางแผนการดูแลและติดตามอย่างเป็นระบบช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของผู้ดูแลทางการแพทย์ของทีมนักกายภาพบำบัด แพทย์เฉพาะทาง (Orthopedics) พยาบาลประจำหน่วยงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ นักกายภาพบำบัด พยาบาลเวชกรรมสังคม มีความสำคัญต่อการจัดการเพื่อป้องกัน/ลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อส่งคืนผู้ป่วยสู่ชุมชนโดยเร็วและมีศักยภาพในการดูแลตนเอง

ความท้าทายของทีมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและตระหนัก (concern) ในการจัดการเพื่อสร้างปรากฏการณ์ดังกล่าวแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่มถึงจำหน่าย โดยมีพยาบาลเป็นเสมือนสมาชิกของครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 3 ครั้ง ใน 1 ปีหลังจำหน่าย
3. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตัวเองได้ และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงกับ ปกติมากที่สุด

แนวคิดและขั้นตอนการดำเนินงาน

งานผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พัฒนาแนวคิดการดูแลผู้ป่วย

ขณะอยู่ โรงพยาบาลภายใต้แนวคิด “ ดูแลด้วยใจ ” เปลี่ยนจาก “ บอกให้ทำ มาเป็น ทำด้วยกัน ” และพัฒนาแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตภาพที่มีอยู่อย่างเต็มความสามารถภายใต้แนวคิด “ยกบ้านมาไว้ในโรงพยาบาล” และ การเตรียม

“โรงพยาบาลที่บ้าน” แก่ผู้ป่วยเมื่อต้องกลับไปใช้ชีวิตต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้กระบวนการ องค์ประกอบ คือ 3 1) การจัดการทีมดูแล 2) การขยายรูปแบบการตามแผน Service plan 3) การขยายเครือข่ายครอบครัว



การปฏิบัติการตามแผน

1) การจัดการทีมผู้ดูแล

ทีมการพยาบาลศัลยกรรมกระดูกขาวยได้พัฒนา Concept ในการดูแลผู้ป่วย Spinal cord injury โดยระบบผู้จัดการรายกรณี ในการสร้างพลังทางบวกในการให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ เพื่อสร้างความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมและเตรียมตนเองสู่ชุมชน

ผู้ป่วยที่ผ่านระยะวิกฤต จะได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยการวางแผนการดูแลตามโปรแกรม

การดูแลด้วยใจ สร้างพลังทางบวกในการดูแล ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เปลี่ยนจาก “บอกให้ทำ มาเป็นทำด้วยกัน” เข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน ให้การพยาบาลที่เป็นมิตร



2) การขยายรูปแบบการดูแลตามแผน Service plan PCT ออร์โธปิดิกส์ พัฒนางานตามแผนพัฒนา

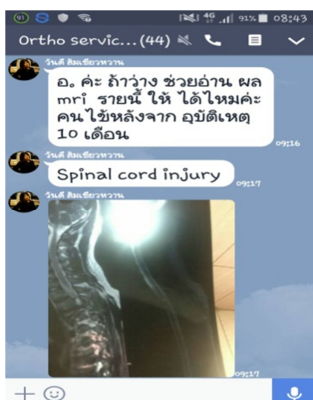
ระบบบริการตาม Service plan โดยการพัฒนา ระบบงานสูโรงพยาบาลนำร่องของพื้นที่บริการเขต รับผิดชอบ ด้วยการพัฒนาความรู้ทางด้านวิชาการและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลในโรงพยาบาลเพื่อให้ เป็นแนวทางในการดูแลในชุมชน ทั้งในรูปแบบการ เตรียมเพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพรวมถึงการดูแล ต่อเนื่องเมื่อสภาพพร้อมจำหน่ายไปดูแลกลับบ้าน

การนำความรู้ทักษะ แนวคิด/
ลงสู่โรงพยาบาลชุมชน
สร้างโรงพยาบาลนำร่อง



สร้างระบบการให้คำปรึกษา
แก่โรงพยาบาลชุมชน
จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน Orthopedics
โดยตรง

“ระบบ Line consult”

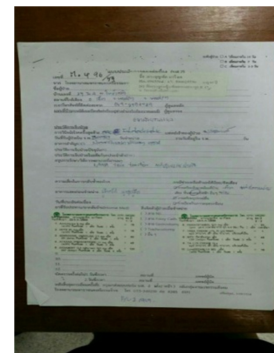


3) การขยายเครือข่ายครอบครัว ชุมชน

3.1 PCT ออร์โธปิดิกส์ร่วมงานเวชกรรม สังคมให้ความสำคัญกับการติดตามอย่างเป็นระบบ กรณี ผู้ป่วย อยู่ในพื้นที่เขตเมือง ทีมเยี่ยมบ้านจะใช้พยาบาล ผู้จัดการรายกรณีเข้าไปร่วมดูแลและติดตามเยี่ยม ผู้ป่วย จะได้รับการติดตามเยี่ยมจากทีมสหวิชาชีพจาก โรงพยาบาลทุกภายในเขตรับผิดชอบ

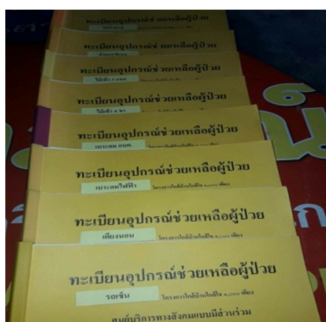
ผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตการดูแลของโรงพยาบาลจะ ได้รับการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลชุมชน และ รายงานผลการเยี่ยมมาทางหน่วยเวชกรรมสังคม

การติดตามเยี่ยมบ้าน
โปรแกรม
“ยกโรงพยาบาลไปไว้ที่บ้าน”



3.2 การจัดการการดูแลผู้ป่วยของชุมชน

เครือข่ายครอบครัว เครือข่ายชุมชน มีการจัดการดูแลในชุมชน โดยมีศูนย์การช่วยเหลืออุปกรณ์ที่ขาดแคลน



ผลการดำเนินงาน

ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดปี 2558-2559 ร้อยละ 79.46 ผลสัมฤทธิ์ของการเยี่ยมบ้านหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ปี 2558 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 12 ปี 2559 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 5.26

การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของชุมชนจากการใช้เครือข่ายของชุมชนในระบบ Home Health Care เพิ่มมากขึ้น



การขยายผลการดูแลในรูปแบบพัฒนางานบริการ

ตามแผนพัฒนางานบริการ (Service Plan) ปีงบประมาณ 2560

พัฒนาบ้านต้นแบบเพื่อเรียนรู้ก่อนจำหน่ายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก (อยู่ระหว่างดำเนินการ) ขยายผลการดูแลความพร้อมเพื่อเตรียมจำหน่ายในโรงพยาบาลเครือข่ายใกล้บ้าน การติดตามเยี่ยมในโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบในเครือข่าย ปี 2558 การดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 2 โรง ปี 2559 การดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 โรง

บทเรียนที่ได้รับ

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) โดยเฉพาะการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะอัมพาตของแขนและขา (Quadriplegia) อย่างถาวร การดูแลให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สหวิชาชีพต้องให้ความสำคัญในการสร้างความมั่นใจ ในการดูแลตนเอง และการดูแลจากคนในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดทำให้เขาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและในชุมชนให้ได้เต็มศักยภาพที่เขายังมีเหลืออยู่

แนวคิด “การเตรียมบ้านในโรงพยาบาล” ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทดลองเรียนรู้การดูแลตนเองโดยมีญาติ

ร่วมดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทีมสหวิชาชีพช่วยสามารถช่วยตัวเองได้ตามสมรรถนะที่เหลืออยู่ นอกจากนี้การเตรียมผู้ป่วยทางด้านสังคม อารมณ์ และสิ่งแวดล้อมเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากอดีต การดูแลมุ่งเน้นความพร้อมด้านร่างกายก่อนออกจากโรงพยาบาล พบว่าปัญหาผู้ป่วยยังไม่สิ้นสุด แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจึงต้องพัฒนาสู่การร่วมดูแลของชุมชน เพื่อการเตรียมชุมชนที่

เป็นกำลังในการขับเคลื่อนให้เขาได้ผ่านวิกฤตและเหมาะสมและเตรียมเครือข่ายการดูแลที่มีอยู่ในพื้นที่ได้เต็มศักยภาพ

โอกาสพัฒนา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับภาคีเครือข่าย/องค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุม

นวัตกรรม : Jumpada Finger trap

งานหัตถ์เย็บปักถักร้อย ผ้าตัด แผ่นกัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

บทนำ

ภาวะกระดูกข้อมือหัก (Fracture distal end of radius) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Colles fracture การรักษาภาวะกระดูกหักด้วยการจัดกระดูกให้เข้าที่โดยไม่ผ่าตัด (Closed Reduction) มีหลักสำคัญคือ การจัดให้ปลายของกระดูกหักที่สับกันผิดปกติ หรือเคลื่อนที่ออกจากกัน กลับมาสบกันสนิทเหมือนเดิม เพื่อให้กระดูกเชื่อมต่อกัน และกลับมาใช้งานได้ จากสถิติห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี มีผู้ป่วย Fracture Distal End Of Radius มารับบริการทำหัตถการ Closed Reduction ร่วมกับการใส่เฝือก ในปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557 จำนวน 647, 553 และ 579 ราย ตามลำดับ ด้วยวิธีการจัดกระดูกโดยใช้เครื่องมือรัดนิ้วมือห้อยถ่วงน้ำหนัก (Wire finger Set) หรือวิธีใช้แรงคนช่วยจัดกระดูกให้เข้าที่ แต่วิธีการที่มีประสิทธิภาพ เป็นที่นิยม และผู้ป่วยพึงพอใจคือ การใช้ Wire finger set เพราะสะดวก ง่ายต่อการจัดกระดูก แรงดึงสม่ำเสมอ กล้ามเนื้อไม่ถูกกระชาก ลดจำนวนเจ้าหน้าที่ในการทำหัตถการ แต่เนื่องด้วยเครื่องมือรัดนิ้วมือห้อยถ่วงน้ำหนัก (Wire finger set) ของโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี มีเพียง 1 ชุด ซึ่งเกิดการชำรุด (wire เส้นเล็กๆ ขาด) ทำให้ขณะยึดตรึงนิ้วผู้ป่วยเพื่อถ่วงน้ำหนักผู้ป่วยจะปวดรู้สึกคล้ายหนามตำนิ้วตลอดเวลา แต่เนื่องจากกระบวนการจัดหาอุปกรณ์ใหม่ทดแทนจะต้องใช้เวลาในการจัดซื้อและมีราคาค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงต้องกลับมาใช้วิธีจัดกระดูกให้เข้าที่โดยใช้แรงคน ซึ่งวิธีนี้ผู้ป่วยจะเกร็งและปวดมากขณะทำ Closed Reduction เนื่องจากแรงดึงที่ไม่สม่ำเสมอและกล้ามเนื้อถูกกระชาก ห้องผ่าตัดจึงประดิษฐ์อุปกรณ์เครื่องช่วยรัดนิ้วมือร่วมกับการถ่วงน้ำหนักที่มีชื่อว่า “Jumpada Finger trap” ขึ้นเพื่อทดแทนอุปกรณ์เดิมที่ชำรุด ซึ่งนวัตกรรมทางการแพทย์ชิ้นนี้ได้ประดิษฐ์ขึ้นจากแนวคิดและความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของชาวบ้านแถบอำเภอเกาะช้าง-พรมคีรี ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีการใช้ใบมะพร้าวมาจักสานให้เป็นลักษณะคล้ายชะลอม แล้วนำไปห่อหุ้มผลไม้ที่มีชื่อว่า “จำปาติ้ว” เพื่อป้องกันมดและแมลงมาเจาะหรือกัดกินผลไม้ จึงเรียกชื่อเครื่องจักสานดังกล่าวว่า “รังจำปาติ้ว” ซึ่งลักษณะลายขัดของการจักสานรังจำปาติ้ว มีความพิเศษ คือ สามารถยืดขยายตามขนาดของผลจำปาติ้วได้โดยไม่ขาดชำรุด (รูปที่ 1)

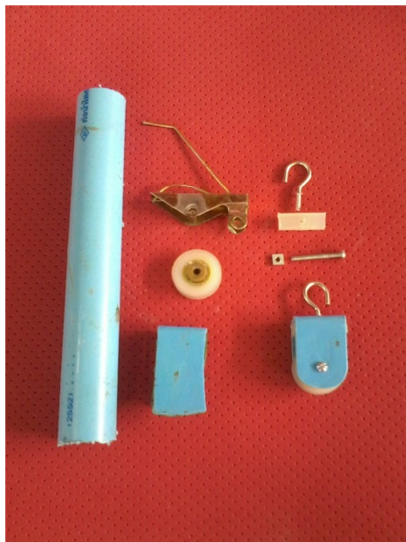


รูปที่ 1 วิธีการทำ “รังจำปาติ้ว”

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนการสร้างสิ่งประดิษฐ์
1. เพื่อใช้ในการช่วยดึงถ่วงเพื่อจัดกระดูกเข้าที่ (บริเวณข้อมือและกระดูกปลายแขน) 2. เพื่อใช้ยึดตรึงนิ้วผู้ป่วยช่วยจัดทำแทนบุคลากร ขณะใส่เฝือก 3. เพื่อทดแทนอุปกรณ์เดิมที่ชำรุด 4. เพื่อลดต้นทุนและประหยัดค่าใช้จ่ายของ โรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้วัสดุที่มีในท้องถิ่น 5. เพื่อเพิ่มความสะดวก และความพึงพอใจ ของ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ 6. เพื่อลดระยะเวลาผู้ป่วยรอคอยในการทำ หัตถการ (ความพร้อมของทีม/คนครบทีม)	วัสดุ/อุปกรณ์ที่ใช้ (รูปที่ 2 – 3) 1. ท่อ PVC ขนาด $\varnothing$ 6 นิ้ว ยาว 4 ซม. จำนวน 1 ชิ้น 2. ท่อ PVC ขนาด $\varnothing$ 4 นิ้ว ยาว 3.5 ซม. จำนวน 1 ชิ้น 3. ท่อ PVC ขนาด $\varnothing$ 1 นิ้ว ยาว 3 ซม. จำนวน 9 ชิ้น 4. รอกมุ้งลวด ขนาด $\varnothing$ 2.5 ซม. จำนวน 9 ตัว 5. สกรู/น็อต ขนาด 1 หุน x 0.5 นิ้ว จำนวน 9 ตัว 6. ตะขอเกี่ยวผ้ามัน ขนาด 1 หุน จำนวน 9 ตัว 7. เชือก ยาว 2 เมตร จำนวน 1 เส้น 8. ท่อทองแดงขนาด $\varnothing$ 1 ซม. ยาว 3 ซม. จำนวน 9 อัน 9. เส้นพลาสติกขนาด 0.5 ซม. ยาว 90 ซม. จำนวน 20 เส้น 10. ห่วงสามเหลี่ยม จำนวน 1 ตัว 11. แผ่นหนังเทียมขนาด 24 ซม. X 100 ซม. จำนวน 1 ชิ้น 12. ตะขอเกี่ยวรูปตัว S จำนวน 1 ตัว 13. ห่วงสำหรับยึดแผ่นหนังกับตัว S จำนวน 2 ตัว
วิธีดำเนินการ	
1. ประชุมบุคลากรแผนกผ่าตัดศัลยกรรมกระดูก เพื่อชี้แจงปัญหาและร่วมปรึกษาวางแผนแก้ไข ปัญหา 2. สำรวจและศึกษาข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการ แก้ปัญหา โดยการค้นคว้าและสอบถาม รวมทั้ง ทดลองตามความรู้ “ภูมิปัญญาท้องถิ่น” 3. ประสานงานช่างกายอุปกรณ์เพื่อประกอบชิ้นส่วน 4. ประสานงานภายในหน่วยงาน เสนอรูปแบบ นวัตกรรม “Jumpada Finger trap” 5. ทดลองใช้นวัตกรรม “Jumpada Finger trap” 6. เก็บรวบรวมข้อมูลการใช้นวัตกรรม โดยใช้ แบบสอบถาม 7. วิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลการใช้งาน และปรับปรุง ผลงาน	

เครื่องมือสนับสนุน

14. เครื่องอบความร้อน



รูปที่ 2

15. ส่วนไฟฟ้า

16. เลื่อย



รูปที่ 3

รูปที่ 3-2 วัสดุและอุปกรณ์การสร้างนวัตกรรม “Jumpada Finger trap”

วิธีการและขั้นตอนการทำ

1. นำเส้นพลาสติกมาสานตามลายจัดต้นแบบโดยใช้ท่อ PVC เป็นแกน ขาว 5 นิ้ว จำนวน 5 ชิ้น และนำส่วนปลาย

สุดมาประกอบกับแผ่นทองแดงเพื่อไม่ให้ลายจัดคลาย ออก แล้วเจาะรูด้วยตุ้ดตุ้ (รูปที่ 4-5)



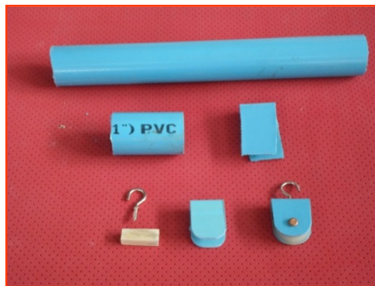
รูปที่ 4



รูปที่ 5

2. นำท่อ PVC มาตัดผ่าซีกแล้วอบด้วยความร้อน และดัดให้เข้ารูปตามต้องการ

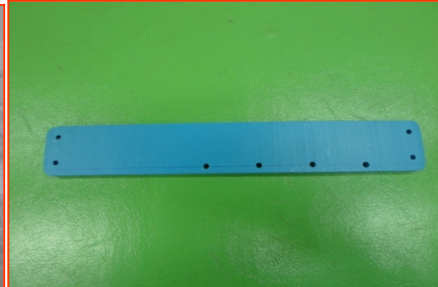
3. นำท่อ PVC ที่ดัดเข้ารูปแล้วมาประกอบกับรอกโดยยึดไว้ด้วยสกรูเป็นแกนหมุน และด้านบนยึดด้วยตะขอ (ตะขอเกี่ยวผ้า幔) (รูปที่ 6 – 8)



รูปที่ 6



รูปที่ 7



รูปที่ 8

4. นำแผ่นไฟเบอร์ มาตัดและเจาะรู รูปที่ 9)-10)



รูปที่ 9



รูปที่ 10

5. นำเชือกมาร้อย และประกอบตาม (รูปที่ 11)



รูปที่ 11

วิธีการใช้งาน “Jumpada Finger trap”

นวัตกรรมที่ประดิษฐ์ขึ้นสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยจริง และสามารถถ่วงน้ำหนักได้ถึง 8 กิโลกรัม ในการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักด้วยการทำ Closed Reduction ที่มีภาวะกระดูกข้อมือหัก (Fracture distal end of radius) โดย

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายในท่าข้อศอก
2. ใช้ส่วนกรวยของ “Jumpada Finger trap” สวมยึดนิ้วผู้ป่วย โดยขยับกรวยเพื่อขยายขนาดให้ใหญ่ขึ้น ก่อนสวมนิ้วมือ และปล่อยเพื่อให้กรวยมีขนาดเล็กลงจนสามารถรัดนิ้วได้
3. ห้อยถ่วงด้วยลูกตุ้มน้ำหนักตามแผนการรักษาของแพทย์ (รูปที่ 12)
4. ใส่เฝือกตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ถอดกรวยรัดนิ้วออกโดยทำลักษณะเช่นเดียวกับตอนใส่ และทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยที่เปื้อนเฝือก
6. หลังจากใช้เสร็จแล้วหากนวัตกรรมเปื้อนเนื้อเฝือกสามารถนำเครื่องมือไปทำความสะอาดได้ทุกชิ้นส่วน



รูปที่ 12

วิธีการศึกษา

การศึกษาประสิทธิภาพของ “Jumpada Finger trap” หลังจากประดิษฐ์เสร็จได้นำมาทดลองใช้ที่ห้องเฝือกและห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อศึกษาความพึงพอใจจากผู้ใช้งานและประสิทธิภาพเครื่องมือที่ได้ประดิษฐ์ขึ้นในช่วง 1 พฤษภาคม 2557 – 30 เมษายน 2558 โดยมีวิธีการดังนี้

1. นำเครื่องมือประดิษฐ์มาทดลองใช้ที่ห้องเฝือกและห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. เก็บข้อมูลความพึงพอใจด้านความแข็งแรงของเครื่องมือ, ประสิทธิภาพของเครื่องมือ, ความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ, สภาพผิวหนังผู้ป่วยหลังการใช้งาน, ความสะดวกในการใช้งาน, การทำความสะอาดหลังจากใช้งาน และความพึงพอใจโดยรวมที่มีต่อนวัตกรรม “Jumpada Finger trap” จากผู้ปฏิบัติงานและเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ “Jumpada Finger trap” กับ Wire Finger Set จากแพทย์พยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยตอบแบบสอบถามซึ่งมีลักษณะการประมาณค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และไม่พึงพอใจ

ผลการทดสอบการใช้งานถึงประดิษฐ์ :

1. สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยจริงมีความแข็งแรงสามารถถ่วงน้ำหนักได้ถึง 8 กิโลกรัม
2. อุปกรณ์เครื่องมือมีปัญหาระหว่างการทำการหัดถ่วง เท่ากับ 0
3. ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจ ร้อยละ 96

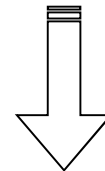
**ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง Jumpada Finger trap
กับ Wire Finger Set :**

1. ด้านความแข็งแรง พบว่ามีความแข็งแรงไม่แตกต่างกันสามารถถ่วงน้ำหนักได้ถึง 8 กิโลกรัม
 2. ด้านความปลอดภัย/สภาพผิวหนังผู้ป่วยหลังทำการหัตถการ พบว่าขณะทำการหัตถการด้วย Wire Finger Set ผู้ป่วยบ่นปวดจากเส้นลวดที่รัด และหลังใช้ผิวหนังผู้ป่วยจะมีร่องรอยรัดของลวด (รูปที่ 13 – 14) ส่วนการใช้ Jumpada Finger trap ไม่พบอาการดังกล่าว (รูปที่ 15 – 16)
 3. ด้านประสิทธิภาพการรักษา ขึ้นอยู่กับการหักของกระดูกในผู้ป่วยแต่ละราย ในเบื้องต้นแพทย์ผู้รักษามีความเห็นว่าประสิทธิภาพการใช้งานของเครื่องมือไม่แตกต่าง
 4. ด้านราคา / งบประมาณ พบว่าราคาแตกต่างกัน โคนสิ้นเชิง สามารถลดค่าใช้จ่ายประหยัดงบประมาณในการจัดซื้อจากบริษัทต่างประเทศ (ตารางที่ 1)
- ตารางที่ 1** เปรียบเทียบราคา Wire Finger Set กับ Jumpada Finger trap

Wire Finger Set	Jumpada Finger trap
16,750 บาท	980 บาท



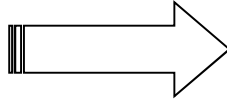
รูปที่ 13



รูปที่ 14



รูปที่ 15



รูปที่ 16

สรุปผลการศึกษา

หลังจากนันทวัตกรรม “Jumpada Finger trap” ไปใช้ แพทย์และเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดแผนกศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีความพึงพอใจเครื่องมือที่ประดิษฐ์ขึ้น โดยให้ความเห็นว่ามีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ ประสิทธิภาพไม่แตกต่างจาก Wire finger Set สามารถลดค่าใช้จ่ายประหยัคงบประมาณของโรงพยาบาลในการจัดซื้อจากบริษัท นอกจากนี้ยังใช้ยึดตรึงนิ้วผู้ป่วยช่วยจัดทำแทนบุคลากรขณะใส่เฝือก (กรณีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจลดระยะเวลารอคอย ในการทำหัตถการ

ข้อเสนอแนะ / แผนการต่อยอด

1. ขยายนวัตกรรมไปยังโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย เพื่อดำเนินการตามแผนงานของ Service Plan สาขาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ นครศรีธรรมราช
2. ติดตามประเมินผลและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ให้เหมาะสมต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่อง

เรื่องเล่าเจ้าพลัง 3 ร. (ร่วมมือ ร่วมใจ ร่วมพลัง) : การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน

ณิษกานต์ ชันขาว¹, มิ่งขวัญ เกตุกำพล²

พย.ม. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม¹, พย.บ. กลุ่มงานเวชกรรมสังคม²

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

แสงสีทอง ส่องสว่างของเช้าวันใหม่ ค่อยๆ เคลื่อนผ่านมาให้เห็นความสวยงาม หมุนเวียนกันไป วันแล้ววันเล่าเช่นเดียวกันทุกเพศ ทุกวัยต้องดำเนินชีวิตตาม จดมุ่งหมาย โดยเฉพาะวัยรุ่น วัยแห่งความสวยงาม วัยแห่งการเรียนรู้ทางสังคมสิ่งใหม่ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่หวัง แต่แล้ววันหนึ่ง สิ่งไม่คาดคิดก็เกิดขึ้น น้องเร เด็กสาว อายุ 18 ปี นักเรียนวิทยาลัยอาชีวศึกษา มาโรงพยาบาล ด้วยหอบเหนื่อย มา 7 วัน วันนี้เหนื่อยมากจึง มาขอตรวจที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ขณะ รอดตรวจ น้องเร ไม่รู้สึกตัว ต้องเชิญไปช่วยภาวะวิกฤติที่ ห้องฉุกเฉิน แพทย์และทีมสุขภาพให้การรักษาส่ง เครื่องช่วยหายใจ โดยการเปิดเส้น ให้ยาช่วยเบื้องต้น เจาะเลือดเพื่อหาสาเหตุของอาการ ประกอบการวินิจฉัย และส่งเข้าหอผู้ป่วยหนักที่ตึกอายุรกรรมหญิง แพทย์ พยาบาลได้ติดตามอาการทุก 15 นาที ทุก 1 ชม แพทย์เฝ้า เวียนมาตรวจ สลับกันตลอดเวลา “แม่เครียดมาก ไม่รู้ลูก เป็นอะไร มีลูกสาวคนเดียว ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย คลับดาลให้ลูกรอด แม่ไม่ขออะไรมากกว่านี้” สุดท้าย แม่เริ่มมีความหวัง น้องเรมีอาการดีขึ้น ดีขึ้น เริ่มรู้สึกตัว พุดคุยได้ แต่แพทย์พยาบาลยังเฝ้ามาตรวจอาการอย่าง สม่ำเสมอ เช่นเดิม และแล้วสิ่งที่ไม่ปรารถนาก็เกิดขึ้น เมื่อ แพทย์เจ้าของไข้มาตรวจ และบอกแม่ว่า “ทราบ ไหมลูกสาวเป็นโรคอะไร” “แม่บอก ไม่ทราบเหมือนกัน” หมอใหญ่บอกลูกสาวไตวาย เหมือนฟ้าผ่ากลางอก ไต วายก็ต้องตาย แม่รู้สึกเหมือนจะเป็นลม เหงื่อแตก ตัว เย็น ไข้ไปหมด แต่คิดในทันทีทันใด ต้องเข้มแข็งเพื่อลูก เพราะพ่อของลูกไปออกเรือประมงอีกหลายวันกว่าจะเข้าฝั่ง ในใจแม่สับสนคิดแล้วว่าขอดูแลลูกให้ดีที่สุด คำว่า ไตวาย เป็นไปได้อย่างไร ลูกสาวแม่อายุแค่ 18 ทำไม

ต้องไตวาย แม่ไม่ฟังอะไร หมอพูดอะไรหลังจากนี้แม่ จำไม่ได้ จนวันรุ่งขึ้นหมอมาม และให้ข้อมูลเบื้องต้น พร้อมอธิบายซ้ำ และถามว่าจะตัดสินใจ โดยการเสนอ ทางเลือก ล้างไตทางหน้าท้องหรือ ฟอกเลือด ถ้าฟอก เลือด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ฟอกกับเครื่องที่ห้องไตเทียม ค่าใช้จ่ายต้องร่วมจ่ายเดือนละ ประมาณ 24,000 บาท ไป ตลอดชีวิตทุกเดือน แต่ถ้าอีกแบบไม่ต้องจ่ายเงิน บัตรทอง ใช้สิทธิได้โดย งบประมาณจากสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ สนับสนุน วางสายทางหน้าท้องฟอกไต เองที่บ้านได้ ต้องล้างไตวันละ 4 ครั้ง จะมีพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ สอนและฝึกปฏิบัติทุกขั้นตอน แม่น้องเรารู้สึก สับสน มาก คิดเองว่าวิธีการฟอกไตโดยจ่ายเงิน คงดีกว่า แต่จะหาเงินมาจากไหน แม่รู้สึก เครียด รู้สึกผิดที่หาเงิน มารักษาลูกไม่ได้ ถ้าลูกเกิดมาเป็นคนรวย ลูกคงไม่ลำบาก แม่มาคูณใช้ที่นอนล้างไต แบบจ่ายเงิน นอนสบาย มี เครื่องฟอก แต่ลูกแม่คงทำแบบนั้นไม่ได้ แม่ขอโทษนะลูก ที่ไม่สามารถหาเงินให้ลูกได้ น้องเรเอง ก็สับสนไม่ยอมรับ รู้สึกโกรธแม่ เพราะบอกให้แม่ขายทรัพย์สินสมบัติ มารักษา ตนเอง แต่แม่ทำไม่ได้ เพราะขายหมด ก็ไม่พอ น้องเร เสียใจและคิดว่าแม่ไม่รักน้องเร “แม่ปล่อยให้น้องเรตาย ไข้ไหม” “สำหรับแม่ มันเหมือนมีดมาแทงหัวใจแม่ น้องเรคิดแค่ระยะสั้นๆ แม่ขายหมดแม่ก็ช่วยน้องเรได้ ไม่กี่เดือน เราก็หมดเงิน น้องเรก็ไม่รอดอยู่ดี น้องเรอะอะ ไววาย เครียด จนแพทย์เจ้าของไข้ ส่งปรึกษาจิตแพทย์ ได้ยาทางจิตเวชมารับประทาน แม่พยายามอธิบายน้องเร ถึง ข้อดีการล้างไตทางช่องท้องเป็นการดูแลในระยะยาว ทำ ได้เอง ที่บ้านไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย แม่ช่วยลูกได้ หลังจากตัดสินใจวางสายทางช่องท้อง และกลับมาเข้าฝึก ล้างที่ห้องไตเทียม 5 วัน ถ้าแม่ฝึกผ่านเราจะได้กลับบ้าน

แม่ตั้งใจตั้งสมาธิฝึกจนทำผ่าน ชีวิตแม่ไม่เคยทำอะไรยากเท่านี้เลย หลงๆ ลืมๆ ขึ้นตอนการล้างไต การต่อสายน้ำยาเข้าออก การเปิดปิดสาย แต่แม่มุ่งมั่นจะเข้มแข็งเพื่อลูก

ขณะแม่และน้องเรอควีเข้ารอฝึกการล้างไต พยาบาลศูนย์ เข็มบ้าน ได้มาคุยเรื่อง การเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้านต้องดูแลเรื่องอาหาร ต้องเตรียมห้องล้างไต ต้องมีคซิড ไม่มีลมโกรก มีประคุมคซิড ปรับให้เสร็จก่อนเพื่อเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้านจากโรงพยาบาล ทีมจะลงไปติดตามอาการที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อ หลังจากพยาบาลศูนย์เข็มบ้านพูดคุยจบได้ถามผู้ป่วยและญาติทุกคนว่ามีใครมีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง แม่เครียดอีกแล้ว แม่ไม่มีเงิน บ้านก็ไม่มีห้องที่กันคซิড จึงบอกปัญหาดังกล่าวไป พยาบาลศูนย์การดูแลที่บ้าน เสริมสร้างให้กำลังใจ “เราจะหาทางออกร่วมกัน ” เราจะพยายามทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้น้องเรและครอบครัวสามารถ มีการดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุลตามบริบทของครอบครัว พยาบาลจึงค้นหาญาติสายตรงที่สนิทสนมและใกล้ชิดผู้ป่วย (ฉันทิกในใจ ต้องใช้ความรู้ทางด้านเวชปฏิบัติครอบครัวแล้ว) เพื่อค้นหาศักยภาพของครอบครัว ญาติสายตรงซึ่งพบว่า คุณแม่บอกเป็นป้าอยู่ใกล้กัน พยาบาลศูนย์เข็มบ้านขอคุยกับป้าและเล่าให้ฟังถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องเตรียมห้องที่สะอาด สำหรับล้างไต ป้าบอกให้ใช้ห้องที่บ้านป้าไปก่อน (ทีมไม่เห็นด้วยที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนชีวิตใหม่ไปอยู่บ้านอื่น ไม่ใช่บ้านตนเอง แต่เพื่อป้องกันการติดเชื้อเลยต้องยอมไปก่อนและหาทางแก้ไขในระยะต่อไป)

ขณะที่แม่และน้องเร กำลังฝึก โปรแกรมการล้างไตทางหน้าท้อง อีกด้านหนึ่ง พยาบาลประจำทีมดูแลต่อเนื่อง รับรู้ปัญหาของผู้ป่วยรายนี้ ได้ประสานไปยังทีมภาคีเครือข่าย ในชุมชนซึ่งเป็นทีมดูแลผู้ป่วยเดิมอยู่แล้ว นายกเทศบาลตำบล ให้ความช่วยเหลือยินดีช่วย แต่ขัดกับระเบียบการใช้งบแผ่นดิน เพื่อการก่อสร้าง ต้องสร้างในที่สาธารณะ สร้างบนที่ดินบ้านผู้ป่วยไม่ได้ น้องเรจึงต้องอยู่บ้านป้าไปก่อน แต่ช่วยเหลือ สนับสนุน ค่ายานพาหนะ

บริการรถรับส่ง จึงได้ลงประสานหน่วยงานพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ก็มีงบ ช่วยเหลือได้ในเรื่องค่ารถ ค่าใช้จ่ายอื่นประมาณรายละ 2,000 บาท หลังจากนั้นน้องเรนอนโรงพยาบาล 5 วัน เพื่อฝึกทักษะการล้างไต แม่ น้องเรมารดฝึกผ่าน แพทย์อนุญาตให้น้องเรได้กลับบ้านท่ามกลางความสดชื่นดีใจของแม่ที่ได้ชีวิตใหม่ให้ลูก น้องเรอาศัยอยู่บ้านป้า ป้ายกห้องนอนเดิมของลูกสาวป้าไว้เพื่อปรับสำหรับล้างไต ทีมเข็มบ้านได้ลงเยี่ยมเพื่อติดตามประเมินการดูแลตนเองที่บ้าน โดยประสานทีมเยี่ยมได้แก่ หมออนามัย จิตอาสา และทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบสิ่งที่ดี คือ น้องเรหน้าตาสดชื่นกว่าขณะนอนโรงพยาบาล แต่ยังคงมีสีหน้ากังวล แม่ได้สอนต่อให้น้องเรล้างไตด้วยตนเองได้ถูกต้อง โดยมีแม่คอยดูแล น้องเรกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ทุกคนทั้งทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วย ป้า มารดา และภาคีเครือข่ายนั่งพูดคุยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน อยากให้น้องเรอยู่กับโรคได้ ควรทำอะไร แม่ ป้า จะพยายามดูแลเพราะทราบถึงผลการรักลูกในทางที่ดี ให้ลูกกินเต็มเหมือนป้อนอาหารพิชให้ลูก โดยมี อสม. จิตอาสาคอยสนับสนุน พร้อมกันนั้นทีม ขอให้สุนิรัตน์เพื่อนป่วยที่ล้างไตมา 12 ปี ไม่เคยติดเชื้อช่วยโทรศัพท์มาพูดคุย แนะนำให้กำลังใจต่อสู้ สู้ (เพื่อน ช่วย เพื่อน แต่สุนิรัตน์ต้องล้างไตตนเอง ไม่สามารถมาเยี่ยมที่บ้านเพราะไม่สะดวกเพราะเนื่องจากต้องพกอุปกรณ์พร้อมถุงน้ำยา จึงขอเยี่ยมทางโทรศัพท์แทน)

หลังจากเยี่ยมครั้งนั้นต้องตามต่อเรื่องอาหาร ประเมินความดันโลหิตทุกวัน น้องแกนนำ ขออาสาмаวัดความดันโลหิตให้น้องเรเองทุกวัน ทุกคนกลับจากบ้านน้องเร ด้วยความกังวล และไม่มั่นใจในภาวะสุขภาพของน้องเร พวกเราทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายนั่งคุยสรุปประเด็นกันในรถขณะเดินทางกลับ ซึ่งสิ่งที่ยังต้องช่วยเหลือ และเป็นสิ่งที่ต้องประสานต่อ จึงเล่าประสบการณ์การเยี่ยมบ้านที่ตำบลนาเกียนเคยใช้การช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการโดยชุมชน คือ “การเลี้ยงน้ำชา : โดยการขอ

บริจาคตามศรัทธาวันที่กำหนดเลี้ยงน้ำชา” ทีมจะไปหาผู้ใหญ่บ้าน เพื่อปรึกษาการหาเงินช่วยน้องเร จิตอาสาคนเก่งของเราขออาศัยกับผู้ใหญ่บ้านเอง

วันหนึ่งได้รับโทรศัพท์จากแกนนำคนเก่งเรา บอกว่าน้องเร ดีขึ้นมากๆ ความดันไม่สูงแล้ว ไม่บวมแล้ว “น้องไปวัดความดันให้และเข้าไปดูเรื่องอาหารถึงในครัว น้องเรตั้งใจดีมาก และอีกอย่างตอนนี้ ผู้ใหญ่หาเงินให้น้องเรโดยการเลี้ยงน้ำชาได้ 6 หมั่นกว่าบาท แม่น้องเรทำห้องแล้ว พี่ขวัญอย่าลืมมาดูนะ”

ไม่น่าเชื่อ น้องเร โชคดีมากๆ เพื่อนบ้านดี หัวหน้าชุมชนให้การช่วยเหลือดี ทีมเยี่ยมบ้านได้คุยกับผู้ใหญ่บ้าน และขอแสดงความชื่นชม พลังของชาวชุมชนในพลังรักที่ทุกคนมีต่อน้องเร และเป็นต้นแบบแนวคิดในการช่วยเหลือแบบเร่งด่วน

ได้รวดเร็ว แม่กล่าวขอขอบคุณทุกคนที่ช่วยเหลือ เราได้ขอความคิดเห็นว่าห้องล่างไตนี้อยากชื่อว่าห้องอะไร มติเสียงส่วนใหญ่ในทีม รวมทั้งน้องเร ขอชื่อเป็น “ห้องฉันรัก” เหมาะจริงๆเพราะได้มาจากความรัก ร่วมมือร่วมบริจาคเงินของทุกคนในชุมชน ทีมสุขภาพ ทำป้ายชื่อห้อง ทำพิธีมอบป้าย โดยผู้ใหญ่บ้าน

วันมอบป้ายห้อง น้องเรใส่ชุดสวย แม่น้องสดชื่น ผู้ใหญ่บ้านเอง ก็รู้สึกภาคภูมิใจมาทำพิธีมอบให้ ทุกคนมีความสุข น้องเรกลับไปมีชีวิตรวมปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไปเรียนเสริมสวยเนื่องจากระยะเวลาเรียนไม่นาน มีรายได้ ทำงานที่บ้านได้ ไม่ต้องทำงานหักโหมมาก ทีมสุขภาพโรงพยาบาลมหาราชและทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพก็แอบปลื้มใจ ภาพบ้านเดิมเป็นไม้ ต่อเติมห้อง ใหม่ด้วยปูน(ห้องใหม่ฝั่งซ้ายมือ) ทาสีใหม่ทั้งบ้าน

5 ปี 9 เดือน ที่ดูแลกันมา น้องเรกลับไปใช้ชีวิตปกติ ขายของ ทำเสริมสวย น้องเรเป็นวัยรุ่น บางครั้งไม่มีวินัยในตนเองทีมสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราช จะโทรแจ้งรพสต. อสม. เพื่อช่วยให้กำลังใจ และติดตามการดูแลจนน้องเรดีขึ้น มีการติดตามประเมินผลความเครียดทุก 6 เดือน น้องเรไม่เคยมาอนโรงพยาบาล ด้วยการติดเชื้อใน

ช่องท้อง (Peritonitis) ไม่เคยมีการติดเชื้อที่แผลหน้าท้อง (Exit Site Infection) จากพลังความดี การร่วมมือ ร่วมใจร่วมพลัง ความคิด ความรัก ร่วมสทบทุน ในดูแลนั้นส่งผลให้ทั้งผู้ให้และผู้รับ มีความสุข ทุกคนพบแต่สิ่งดีๆ ในชีวิต โดยเฉพาะชีวิต น้องเร สามารถดูแลตนเองได้ ดำเนินชีวิตได้ตามบริบท และอยู่กับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายตราบนานเท่านาน

สรุปการแก้ปัญหาและการพัฒนา

ผู้ป่วยหญิงสาว วัยรุ่น มีความต้องการ ความคาดหวัง การใช้ชีวิตทางสังคม แต่เมื่อต้องมาป่วยเรื่องโรคไตวายที่ต้องล้างไตทางหน้าท้อง มีอุปสรรคติดตัวอยู่ตลอดเวลา และต้องล้างไต วันละ 4 ครั้ง จึงเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่อาจยอมรับได้ ประกอบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ที่ไม่สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกต้องและเหมาะสมได้ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการ ในการสร้างเสริมกำลังใจ ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นมาสู้และเดินต่อไปอย่างเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง โดยใช้กระบวนการ ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา และการจัดกิจกรรมประชุม วางแผนการช่วยเหลือร่วมกับทีมภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น รวมถึงการนำวัฒนธรรมในชุมชน “ ประเพณีการเลี้ยงน้ำชา” เพื่อระดมทุนในการปรับปรุงบ้าน และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เอื้อต่อการล้างไตทางหน้าท้องที่บ้าน การใช้หลักการเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อเสริมพลังกำลังใจ

เด็กสาววัยรุ่น ที่มีความทุกข์เรื่อง เจ็บป่วยสามารถก้าวเดินต่อไปอย่างเชื่อมั่น สามารถประกอบอาชีพได้ และสามารถดูแลตนเองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดช่วงเวลาในการดูแลที่บ้าน

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการพัฒนา จากเรื่องเล่า

1. ผู้ป่วย สามารถดูแลตนเองไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
(การติดเชื้อทางหน้าท้อง)

- มีนิ่วประปา กรณีไม่มีน้ำประปา 1,200 บาท

- เกิด นวัตกรรม ห้องล้างไต ดันทุนต่ำ

- ใ้ตะวางน้ำยาขณะล้างไต ราคา 500 บาท 1,500 – 2,500 บาท

- เสาแขวนน้ำยา ราคา 500 บาท จาก 2,500 บาท

2. มีต้นแบบการดำเนินงานตาม บทบาทหน้าที่เพื่อ
การดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมโดยภาคีเครือข่ายและ มีการ
เข้ามาเป็นเวลา 5 ปี

ลำดับที่	หน่วยงาน	บทบาทการช่วยเหลือดูแล
1	องค์กรท้องถิ่น (อบต. ท่าซัก)	สนับสนุนด้านสังคม เศรษฐกิจ และครอบครัว
2	แกนนำ อสม .	1.เตรียมบ้าน เตรียมสถานที่ ก่อนผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล 2. ติดตามประเมินเบื้องต้นเป็นระยะ
3	ทีมสุขภาพ จากสถานีอนามัย วัดมุขธารา	1.เตรียมบ้าน เตรียมสถานที่ ก่อนผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล 2. ติดตามอาการตามแผนการดูแล ทุก 1-2 สัปดาห์ ทุก1 เดือนหรือตามสภาพผู้ป่วย
4	ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช	1.วางแผนจำหน่าย(Discharge Plan) 2.ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3.ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระยะเสี่ยงต่ออาการรุนแรง(จากผลการดูแลตนเอง) 4.เป็นทีมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และจากบ้านสู่โรงพยาบาล
5	ผู้ป่วยและญาติ	1.ดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย 2.จิตใจ อารมณ์ 3.เศรษฐกิจ 4.สังคม
6.	ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง(เพื่อนช่วย เพื่อน)	1. เพื่อนคุย ให้กำลังใจ ให้ข้อมูล

สุดท้ายต้องขอบคุณ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ทำให้ทีมสุขภาพ ได้มีโอกาสเข้าใจถึงชีวิตที่ต้องอาศัย ทั้งความรัก
ความร่วมมือ ร่วมพลัง จากชุมชน ในการส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง ได้
อย่างมั่นคงและยั่งยืน



โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL

198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

TEL.075-340250 FAX. 075-343066