นครศรีธรรมราช เวชสาร

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๓

MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT MEDICAL JOURNAL

Vol.3 No.2 Jan-Jun 2020 ISSN: 2586-8365

มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร (Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลสนใจเกี่ยวกับการทำงานวิจัยและเขียนบทความทางวิชาการ
2. เป็นแหล่งเผยแพร่ประสบการณ์ ผลการวิจัยและผลงานทางด้านวิชาการต่างๆ
3. เป็นศูนย์รวมบทความวิชาการทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กำหนดการตีพิมพ์ ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

กำหนดออก เดือนมกราคมและเดือนกรกฎาคม

คณะที่ปรึกษา

นายทรงเกียรติ เล็กตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
นายปิยะ มงคลวงศ์โรจน์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
นายบุญเลิศ เลิศศุภกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นางสาวธารทิพย์ วิเศษธาร	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นายธรรมรัตน์ รัตนนาวินกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นางจันทร์จิรา ก่งอุบล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายพีระพัชร ไทยสยาม	กลุ่มงานอายุรกรรม

กองบรรณาธิการ

นางสาวอัจจิมาวดี พงศ์ดารา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
นายวิรชัย สนธิเมือง	กลุ่มงานศัลยกรรม
นางสาวกาญจนา วงศ์ศิริ	กลุ่มงานจิตเวช
นางสาวอนัญญา ชุติมารัต	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นายสมปอง กรุณา	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางสาวสมพร อยู่ดี	กลุ่มการพยาบาล
นางสาวณัฐพร ณ นคร	กลุ่มงานเภสัชกรรม
นายปรีชา แก่นอินทร์	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
นางสาวธนิษฐา แสงแพร้ว	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

กองบรรณาธิการจากภายนอก

ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช
ดร.พิไลพักตร์ ชูมาก	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นางสาวแววดาว สงวนพงค์	วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งสง
ผศ.ดร.พญ.รัศมี สังข์ทอง	หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นายเอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ	รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสิชล
รศ.ดร.จรวย สุวรรณบำรุง	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.ภญ.ศิราณี ยงประเดิม	หัวหน้าสาขาวิชาสำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นายธีระพันธ์ สงนุ้ย	สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ดร.จามจุรี แซ่หลู่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช
ผศ.พิเศษ.ทพญ พัชรี กัมพลานนท์	สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นางสาวโชติกา ทับเจริญ	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
นางสาวกฤตยา เลิศนาคร	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
นายชัชชัย หอมเกตุ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
นางสาวณิชกานต์ ขันขาว	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางสาวณฐารัตน์ ไขแสง	กลุ่มงานนิติเวช
นางสาวนิจ์สากร นังคลา	กลุ่มการพยาบาล
นางสาววงรัตน์ ใสสุข	กลุ่มการพยาบาล
นางชฎาภรณ์ เพิ่มเพ็ชร์	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
นางกรรณิการ์ ปลื้มสง	กลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน

เลขานุการ

นางกิ่งเกศ อักษรวงศ์	กลุ่มงานทันตกรรม

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวประภาศรี เพชรทอง	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้ส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์

แนวทางนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่สนใจส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์ใช้เป็นแนวทางในการเขียนบทความเพื่อให้ตรงตามรูปแบบที่ทางกองบรรณาธิการได้กำหนดไว้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ *(กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไข ให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)*

1. ประเภทของบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและ/หรือการพัฒนาระบบสาธารณสุข นิพนธ์ต้นฉบับควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

แผลงูกัดในเด็ก: ปัจจัยเสี่ยงและผลของการรักษาด้วยการผ่าตัด

วิรชัย สนธิเมือง พ.บ.,ว.ว.กุมารศัลยศาสตร์

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Snake Bite Wound in Children: Risk Factor and Outcome of Surgical Intervention

Wirachai Sontimuang, MD.

Department of Surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน 250 คำ** ในแต่ละภาษา โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ (Background)
- วัตถุประสงค์ (Objective)
- วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and Methods)
- ผลการศึกษา (Results)
- สรุป (Conclusions)
- คำสำคัญ (Keyword)

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย **ไม่เกิน 10 หน้า** โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วัตถุประสงค์
- วัสดุและวิธีการศึกษา
- ผลการศึกษา
- วิจารณ์
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานของผู้ป่วยที่น่าสนใจหรือภาวะที่ไม่ธรรมดาหรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย ไม่ควรมีการกล่าวถึงผู้ป่วยในภาวะนั้นๆ เกิน 3 ราย โดยแสดงถึงความสำคัญของภาวะที่ผิดปกติ การวินิจฉัยและการรักษา รายงานผู้ป่วยควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ความสำเร็จของการรักษาแผลติดเชื้อราดำที่เท้าโดยไม่ต้องผ่าตัด

พีระพัชร ไทยสยาม พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Successful Treatment of Chromoblastomycosis without Surgery

Peerapat Thaisiam, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ **ไม่เกิน 10 บรรทัด** โดยเขียนในลักษณะบรรยายเกี่ยวกับประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา พร้อมคำสำคัญ

โรคติดเชื้อราดำที่บริเวณผิวหนังพบได้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลโดยเฉพาะที่เท้า ลักษณะของรอยโรคเป็นได้ตั้งแต่ผื่นหรือตุ่มแดงจนอาจลุกลามเป็นก้อนหรือปื้นหนาได้ หากตรวจบริเวณบาดแผลด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบลักษณะของเชื้อราเป็นเซลล์กลมสีน้ำตาลมีผนังกั้น บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี โรคประจำตัวเป็น Nephrotic syndrome มาโรงพยาบาลด้วยแผลเรื้อรังที่หลังข้อเท้าขวามา 4 เดือน ภายหลังได้รับการรักษาด้วย Itraconazole 200 – 400 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 6 เดือนอาการดีขึ้น โดยไม่ได้ผ่าตัด

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อราดำ

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

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย **ไม่เกิน 5 หน้า** โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- รายงานผู้ป่วย
- วิจารณ์
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.3 บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ บทความฟื้นฟูวิชาการควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy)

กิ่งเพชร พรหมทอง พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Kingpeth Promthong, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat

2. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย **ไม่เกิน 10 หน้า** โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วิธีการสืบค้นข้อมูล
- เนื้อหาที่ทบทวน
- บทวิจารณ์
- เอกสารอ้างอิง

1.4 บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิทัศน์กับบทความฟื้นฟูวิชาการที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิด หนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทนำ บทสรุปและเอกสารอ้างอิง

1.5 บทปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภทใดๆ ข้างต้น

1.6 จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) เป็นจดหมายที่ใช้ติดต่อกันระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์ สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง	สั้น แต่ได้ใจความ ครอบคลุมเกี่ยวกับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	เขียนตัวเต็มทั้งชื่อตัวและนามสกุลทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้องทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน รวมทั้งบอกถึงหน้าที่ของผู้ร่วมนิพนธ์ในบทความ
เนื้อหา	เขียนให้ตรงกับวัตถุประสงค์ เนื้อเรื่องสั้น กะทัดรัดแต่ชัดเจนใช้ภาษาง่าย ถ้าเป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด ยกเว้น ศัพท์ภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ใจความ หากจำเป็นต้องใช้ คำย่อต้องเขียนคำเต็มเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก 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) โดยใส่ตัวเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข [(1)] สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง บทความอ้างอิงที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่ได้เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยงการ “ติดต่อ

ส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงนอกจากมีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิงตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบต่างๆ

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

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและนามสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยตัวอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้เขียนแค่ 6 คน และตามด้วย et al. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ หรือและคณะสำหรับวารสารภาษาไทย ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่าง

1. พิชัย โชตินพรัตน์ภัทร, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม. ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้ง ครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ 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 Hygo 2005;99:739-43.

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

1. รังสรรค์ปัญญาธัญญะ.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. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อบทในหนังสือหรือตำรา. ใน : ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ตามตัวอย่าง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตู้จินดา, วินัย สุวัตถี, อรุณ วงษ์จิราษฎร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, 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. แพทยสภาสาร 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. ชื่อผู้นิพนธ์. 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 หน้าเดียว ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้าโดยใช้ โปรแกรมและบันทึกไฟล์ใน Microsoft word

2. กรณีมีแผนภูมิ - กราฟ ให้ทำเป็นภาพสี และวางในตำแหน่งที่ต้องการ

3. กรณีมีรูปภาพให้บันทึกรูปแยกออกมา โดยใช้ไฟล์นามสกุล JPEG ความละเอียด 350 PIXEL และให้พิมพ์ คำอธิบายที่สั้นและชัดเจนใต้รูปภาพ การจะได้ตีพิมพ์ภาพสีหรือไม่นั้น ขึ้นกับการพิจารณาของกองบรรณาธิการ

5. การส่งต้นฉบับมีช่องทางดังนี้

1. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อม CD file ข้อมูลมาที่ กองบรรณาธิการวารสารกลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทรศัพท์ 075-340-250

2. ส่งไฟล์ต้นฉบับมายัง E-mail: NSTMJ@hotmail.com

3. ส่งผ่าน website : www.mnst.go.th

****

สารจากบรรณาธิการ

วิชาความรู้ทางสายวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความก้าวหน้าและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง องค์ความรู้ใหม่ๆ บางครั้งพัฒนามาจากงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ทุกวัน สำหรับ “มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร” เล่มนี้ได้รวบรวมผลงานวิจัยหลายๆ ผลงานที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานประจำในชีวิตประจำวัน ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ต่อไป

นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม
บรรณาธิการ

สารบัญ: Content

หน้า / page

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

ศึกษาประเด็นปัญหาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษา กรณีศึกษา: อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา **1**

Study of The Problem of Cataract Patients who Refused Treatment Case Study: Namom District, Songkhla Province

ภัณฑิรา โมสิกะ

การประเมินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2561 **8**

The Evaluation of Measure Smoke Free School Measure in Regional Health Area 11, 2018

กชรดา ศิริผล กรรณิกา สุวรรณา

ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน **19**

The Outcome of Use Video for Pre-Operation on Anxiety in Non-Admission Patient Cataract Surgery

อารีย์ ธวัชวัฒนานันท์ วารินทร์ บินโฮเซ็น

การผ่าตัดรักษาการฉีดสารแปลกปลอมเข้าองคชาตโดยวิธีการขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วน **30**

Reconstruction of Penis from Foreign Body Granuloma with Circumcision and Partial Foreign Body Removal Technique

กัมปนาท พรยศไกร

สารบัญ: Content

หน้า / page

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตน ของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลกระทุ่มแบน **37**

The Effects of Health Education Program on Knowledge and Practice in Postpartum Woman, Krathumbaen Hospital

ดวงดี ศรีสุขวัน วันทนา มาตเกตุ นฤวรรณ นิไชยโยค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร **44**

Factors Related to Health Promotion Behaviors in Hypertension Patients. Outpatient Department, Krathumbaen Hospital, Samutsakorn Province

กนกวรรณ อัตเศรณีย์ อารีย์ ธวัชวัฒนานันท์

ผลของการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยโรคลูปัส: การศึกษาในระยะเวลา 5 ปี **53**

Pregnancy Outcomes in Patients with Systemic Lupus Erythematosus: A 5-year Experience

ภัทริยา มาลัยศรี

รายงานผู้ป่วย (Case report)

การรักษาฟันหน้าสบคร่อมโดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น: รายงานผู้ป่วย **64**

Anterior Crossbite Correction on 9-year-old Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Case Report

ศศิวรรณ ลิ้มรสเจริญวงศ์

สารบัญ: Content

หน้า / page

การรื้อแท่งเงินและเครื่องมือหักในการรักษาคลองรากฟันซ้ำฟันกรามบนขวาซี่ที่ 1 **72**

Removal of Silver Cones and Broken Instruments from Maxillary First Molar: A Case Report

เอกชัย ขบวนสาร

กรณีศึกษา: การเกิดภาวะภูมิไวเกิน จากยา Filgrastim **81**

Case Report: Filgrastim Induced Hypersisitivity Reaction

สุจิตรา ยิ่งยงค์

การรักษาทางทันตกรรมในเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ: กรณีศึกษา **87**

Dental Treatment in Children with Global Development Delay: A Case Report

ธนนันท์ เพ็ชรวิจิตร ศศิวรรณ ลิ้มรสเจริญวงศ์

เนื้องอกช่องอกชนิด Mature Teratoma ที่เกิดการอักเสบทะลุเข้าไปในปอดในผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยอาการเจ็บสะบัก: รายงานผู้ป่วย **96**

Mediastinal Mature Teratoma with Intrapulmonary Involvement Presented with Scapular Pain: A Case Report

บุญศิริ พรยศไกร

บทปกิณกะ (Miscellany)

การจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเพื่อแก้ไขปัญหาการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าความเป็นจริง **106**

The Medication Knowledge Management for Resolution of Under Reported Medication Errors Problem in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

วรุณกาญจน์ ทุ่งสว่าง พลิ้วไผ่ ชัยเดชะ สุขมาก พีรพงศ์ ประไพ
ธิดารัตน์ ว่องทวีเจริญพร ณัฐพร ณ นคร นิภาพร เชาว์บวร

สารบัญ: Content

หน้า / page

แบบหล่อซิลิโคนสร้างครอบฟันชั่วคราวสำเร็จรูปในฟันหลัง **113**

Silicone Model Block for Making Posterior Temporary Crown

รุกขจี มากดี

กิจกรรมท้ายเล่ม: **RAD (Radiology) น่ารู้** **120**

ศึกษาประเด็นปัญหาผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษา กรณีศึกษา: อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

ภัณฑิรา โมสิกะ พย.บ
กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลนาหม่อม

บทคัดย่อ

บทนำ: จากการประเมินของ WHO พบว่าต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดของประชากรทั่วโลกคาดว่าคนตาบอดจะเพิ่มขึ้นเป็น 76 ล้านคน ในปี พ.ศ.2563 การคัดกรองโรคตาต้อกระจก ปี 2560-2562 ของโรงพยาบาลนาหม่อมพบว่าผู้สูงอายุมีสายตาผิดปกติ 566 คนซึ่งเป็นผู้ป่วยต้อกระจก 106 คน คิดเป็นร้อยละ 18 และมีผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.68 ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดแต่ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดเพื่อทราบสาเหตุที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกซึ่งจะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงการบริการต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสาเหตุและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจรักษาโรคต้อกระจก

วัสดุและวิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้เข้าร่วมโครงการคัดกรองโรคต้อกระจกของโรงพยาบาลนาหม่อม ในปี 2560-2562 เป็นโรคต้อกระจก จำนวน 106 คน เครื่องมือเป็นแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนซึ่งเลือกเฉพาะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้โรคประจำตัวการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้ค่าความถี่ร้อยละและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจรักษาโรคต้อกระจกด้วย Chi-square test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคต้อกระจกส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 58.5 อายุเฉลี่ย 73 ปี อาชีพเกษตรกรร้อยละ 83.02 รายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 72.6 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.87 ผลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจรักษาโรคต้อกระจกพบว่า อาชีพและโรคประจำตัวส่งผลต่อการรักษาโรคต้อกระจกแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุป: ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพและโรคประจำตัวต่างกันมีการตัดสินใจในการรักษาโรคต้อกระจกแตกต่างกัน

คำสำคัญ: โรคต้อกระจก การผ่าตัดต้อกระจก ปัจจัยส่วนบุคคล

Study of The Problem of Cataract Patients who Refused Treatment Case Study: Namom District, Songkhla Province

Puntira Mosika, RN.

Department of Family Clinical Pratice and Community, Namom Hospital

Abstract

Background: The evaluation of WHO found that cataracts are a major cause of blindness in the global population.It is estimated thatthe blind will increase to 76 million people in 2020. The screening of cataracts in the elderlyatNamom hospital in 2017-2019 show that abnormal eyesight 566 case, there were 106 (18%) cataract patients. There were 41 (37.74 %) patients who did not have cataract extraction. There are such reasons the researcher interested to study in the elderly who have to cataract extraction but they did not have, to know the cause why these elderly people do not have cataract extraction. Which will be able to use the information to develop and improve the service further.

Objective: To study the cause and the relationship between personal factors and the decision to treat cataracts.

Materials and Methods: The sample group selected by purposive sampling was aged 60 years and over who participated in the cataract screening program of Na Mom Hospital in 2017-2019. It was found that there were 106 cataracts. Only data that will be used in the study, while the general data analysis of the sample group uses frequency, percentage and comparative analysis. Individuals that affect the decision to treat cataracts using chi-square.

Results: Most The most of sample were female 58.5 %, mean age 73 years old, farmers occupation 83.02%, monthly income of 1,000-5,000 baht, 72.6% And most have no congenital disease, 68.87%. Individual factors and the decision to treat cataracts showed that sex, age, income had no significant effect on the treatment of cataracts. The occupation and the underlying disease affected the treatment of cataracts significantly different at .05.

Conclusion: The studyfound thatdifferent occupations and diseases have different decisions to treating cataracts.

Keywords: cataract, cataractsurgery, personal factors

บทนำ

ต้อกระจกเป็นปัญหาทางสายตาที่มีผลต่อประชาคมโลกมานานและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดของประชากรทั่วโลก จากการประเมินของ WHO (1997) พบว่าทั่วโลกมีประชากรตาบอด 39 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในและคาดว่าคนตาบอดจะเพิ่มขึ้นเป็น 76 ล้านคน ในปี พ.ศ.2563 ด้วยเหตุผลดังกล่าว WHO ได้กำหนดวิสัยทัศน์ : vision 2020 : The Right to Sigh by The Year 2020เพื่อให้ประเทศสมาชิกตระหนักและเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว[1,2] สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ใน 13 สาขา เพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพและลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งสาขาตาเป็น 1 ในทั้งหมดที่มีความสำคัญมาก[3] โรงพยาบาลนาหม่อมได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยเริ่มโครงการคัดกรองโรคต้อกระจกครั้งแรกเมื่อ ปี 2557 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป[4]

จากข้อมูลการคัดกรองโรคตาต้อกระจกในผู้สูงอายุ ปี 2560-2562 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคต้อกระจกทั้งหมดจำนวน 11,051คน พบผู้สูงอายุที่มีสายตาผิดปกติ 566 คิดเป็นร้อยละ 5.12 และจากผู้ป่วยสายตาผิดปกติมีผู้ป่วยเป็นต้อกระจก 106 คน คิดเป็นร้อยละ 18.73 ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการผ่าตัดทั้งหมดและมีผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกจำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.74[5] ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองโรคต้อกระจกและต้องเข้ารับการผ่าตัดแต่ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่เข้ารับการผ่าตัดมาวิเคราะห์เพื่อทราบสาเหตุที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกซึ่งจะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงการบริการและสามารถทำให้ผู้ที่ต้องผ่าตัดต้อกระจกในเขตพื้นที่อำเภอนาหม่อมเข้ารับการผ่าตัดครอบคลุม และป้องกันการเกิดตาบอดในผู้ป่วยต้อกระจกต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในพื้นที่อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลาตัดสินใจปฏิเสธการรักษาโรคต้อกระจกโดยการผ่าตัด

2.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจรักษาโรคต้อกระจก

วัสดุและวิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้เข้าร่วมโครงการคัดกรองโรคต้อกระจกของโรงพยาบาลนาหม่อม จังหวัดสงขลาในปี 2560-2562 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจก จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 106 คน

เครื่องมือและวิธีการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการผ่าตัดต้อกระจกของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลลงในแบบบันทึกที่สร้างขึ้นจากแบบบันทึกในเวชระเบียนเพื่อรวบรวมข้อมูลโดยเลือกเอาที่ใช้ในการศึกษาเท่านั้นโดยมีผู้สูงอายุที่เข้ารับการคัดกรองโรคต้อกระจกของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลาในปี 2560-2562 เป็นประชากรทั้งหมด 106 คน และได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 106 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคต้อกระจกโดยใช้ความถี่และค่าร้อยละวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อกระจก โดยใช้ค่าความถี่ร้อยละวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจในการรักษาโรคต้อกระจก โดยใช้ไคสแควส์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 1

ปัจจัยส่วนบุคคล	N=106	
	จำนวน (คน)	**ร้อยละ**
1. เพศ		
- ชาย	44	41.5
- หญิง	62	58.5
รวม	**106**	**100**
2. อายุ		
- 60-70 ปี	41	38.7
- 71-80 ปี	48	45.3
- มากกว่า 80 ปี	17	16.0
Mean 73.1981		
SD 7.58874		
รวม	**106**	**100**
3. อาชีพ		
- เกษตรกร/รับจ้าง	88	83.02
- ข้าราชการบำนาญ/ไม่ได้ทำงาน	18	16.98
รวม	**106**	**100**
4. รายได้		
- น้อยกว่า 1,000	0	0
- 1,000-5.000	77	72.6
- มากกว่า 5,000	29	27.4
รวม	**106**	**100**
5. โรคประจำตัว		
- มีโรคประจำตัว เช่น HT DM	34	31.13
- ไม่มีโรคประจำตัว	73	68.87
รวม	**106**	**100**

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลาที่เป็นโรคต้อกระจกเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.5 เพศชายร้อยละ 41.5 อายุที่เป็นโรคต้อกระจกส่วนใหญ่ 71-80 ปี ร้อยละ 45.3 อายุเฉลี่ย 73 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรร้อยละ 83.02 ข้าราชการบำนาญและไม่ได้ทำงานร้อยละ 16.98 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 1,000 - 5.000 ร้อยละ 72.6 และมากกว่า 5,000 ขึ้นไป ร้อยละ 27.4 ผู้ป่วยต้อกระจกส่วนใหญ่ร้อยละ 68.87 ไม่มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละสาเหตุของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ปฏิเสธการรักษาโดยการผ่าตัด

สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีคนเฝ้าดูแล	23	56.09
ตายังมองเห็น ไม่จำเป็นต้องผ่าตัด	12	29.27
อายุมากแล้วไม่อยากผ่าตัด	6	14.64
รวม	41	100

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกส่วนใหญ่ปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากไม่มีคนเฝ้าดูแล ร้อยละ 56.09 ตายังมองเห็นไม่จำเป็นต้องผ่าตัด ร้อยละ 29.27 และเห็นว่าอายุมากแล้วไม่อยากผ่าตัดร้อยละ 14.64

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคล ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดต้อกระจกและปฏิเสธการผ่าตัด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อกระจก

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มไม่ผ่าตัด		กลุ่มผ่าตัด		Chi Square	Asymp Sig
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ					.000	.994
- ชาย	17	38.63	27	61.36		
- หญิง	24	38.70	38	61.29		
2. อายุ					7.642	.106
- 60-70 ปี	11	26.82	30	73.17		
- 71-80 ปี	19	39.58	29	60.41		
- มากกว่า 80 ปี	11	64.70	6	35.29		
3. อาชีพ					4.600	.032
- เกษตรกร/รับจ้าง	30	34.09	58	65.90		
- ข้าราชการบำนาญ/ไม่ได้ทำงาน	11	61.11	7	38.88		
4. รายได้					2.071	150.
- น้อยกว่า 1,000	0	0	0	0		
- 5,000-1,000	33	80.49	44	42.85		
- มากกว่า 5,000	8	19.51	21	57.14		
5. โรคประจำตัว					11.686	003.
- มีโรคประจำตัว	19	57.57	14	42.42		
- ไม่มีโรคประจำตัว	22	30.13	51	69.86		

ผลการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคต้อกระจกโดยการผ่าตัดและปฏิเสธการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่อาชีพต่างกันตัดสินใจในการรักษาโรคต้อกระจกแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวตัดสินเข้ารับการรักษาโรคต้อกระจกแตกต่างกัน

วิจารณ์

ผลการศึกษาสาเหตุและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกในพื้นที่อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลาตัดสินใจรักษาโรคต้อกระจกพบว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 58.5 มากว่าเพศชายซึ่งมีจำนวนร้อยละ 41.5 จะเห็นได้ว่ามีจำนวนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 73 ปีส่วนใหญ่อาชีพ

เกษตรกรร้อยละ 83.02 รายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ72.6 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.87 สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากอก อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธรพบว่า อายุเฉลี่ย 74.06 ปี[6] และการศึกษาประเมินอุบัติการณ์การเกิดต้อกระจกในผู้สูงอายุชาวออสเตรเลียในระยะเวลา 10 ปี พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่ต้องรับการผ่าตัดต้อกระจกคือ 75.8[7] ซึ่งสาเหตุการปฏิเสธการผ่าตัดส่วนใหญ่คือไม่มีผู้ดูแลขณะนอนพักรักษาตัวใน รพ.คิดเป็น ร้อยละ 56.09 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน เพศ อายุ อาชีพ รายได้และโรคประจำตัวกับการตัดสินใจรักษาโรคต้อกระจก สรุปได้ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ รายได้แตกต่างกันจะตัดสินใจในการรักษาโรคต้อกระจกไม่แตกต่าง

2) ผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกันตัดสินใจในการรักษาโรคต้อกระจกแตกต่าง

3) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวตัดสินใจในการรักษาโรคต้อกระจกแตกต่าง

สอดคล้องกับการศึกษาประเมินอุบัติการณ์การเกิดต้อกระจกในผู้สูงอายุชาวออสเตรเลียจากการติดตามในระยะเวลา 10 ปี พบ 36.0% เป็นต้อกระจกนิวเคลียส 28.0% เป็นต้อกระจกคอร์แทกซ์, 9.1% เป็น PSC และ มีผู้สูงอายุที่ต้องรับการผ่าตัด 17.8% ทั้งนี้แต่ละเพศไม่มีความแตกต่างกันในการตัดสินใจผ่าตัดส่วนปัจจัยด้านโรคประจำตัวพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต่างกันรับการรักษาแตกต่างกัน[7] และการศึกษาเรื่องการแก้ไขความบกพร่องทางสายตาโดยการผ่าตัดต้อกระจกทำให้ผู้สูงอายุในออสเตรเลียมีอายุยืนยาวมากขึ้นหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าการผ่าตัดแก้ไขของ VI เนื่องจากต้อกระจกมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการผ่าตัด แต่จะมีปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง เช่น ความอ่อนแอสุขภาพหรือโรคประจำตัว พวก เบาหวาน ความดัน โรคหัวใจ เป็นต้น จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่จะไม่ทำการผ่าตัดต้อกระจกในกลุ่มตัวอย่างบางคน[8]

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดถึงผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นทั้งผลดีและผลข้างเคียง เช่น การมองเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มานำเสนอแก่ผู้ป่วยเมื่อมีการคัดกรองแล้วพบผู้ป่วยโรคต้อกระจก

2.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคต้อกระจกและการรักษาโดยการผ่าตัดเนื่องจากอาจมีผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการผ่าตัดเนื่องจากมีความเชื่อว่าอาจทำให้ตาบอดได้

สรุป

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลาที่เป็นโรคต้อกระจกเป็นเพศหญิงร้อยละ 58.8 เพศชายร้อยละ 41.5 อายุที่เป็นโรคต้อกระจกส่วนใหญ่ 71-80 ปี ร้อยละ 45.3 อายุเฉลี่ย 73 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกรและรับจ้างร้อยละ 83.02 ข้าราชการบำนาญและไม่ได้ทำงานร้อยละ 16.98 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 1,000-5.000 ร้อยละ 72.6 และมากกว่า 5,000 ขึ้นไปร้อยละ 27.4 ผู้ป่วยต้อกระจกส่วนใหญ่ร้อยละ 68.87 ไม่มีโรคประจำตัว และ ร้อยละ 31.1 มีโรคประจำตัว

2. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัดส่วนใหญ่ร้อยละ 56.09 ปฏิเสธการผ่าตัดเนื่องจากไม่มีคนเฝ้าดูแลขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ต้อกระจกหรือปฏิเสธการรักษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ รายได้และการตัดสินใจในการรักษาพบว่า ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่อายุ เพศ รายได้แตกต่างกัน ตัดสินใจในการรักษาโรคต้อกระจกไม่แตกต่างกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ โรคประจำตัวและการตัดสินใจในการรักษาพบว่า ปัจจัยด้านอาชีพและโรคประจำตัวมีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาโรคต้อกระจกต่างกันคือผู้ป่วยที่อาชีพต่างกันและการมีโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัวรับการรักษาโรคต้อกระจกแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญที่ระดับ .05

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.Global Initiative for the elimination of avoidable blindness.Vision 2020, the right to sight.WHO/PBL/1997(97.61 Rev. 2).
2. Thylefors B, Négrel AD, Pararajasegaram R, Dadzie KY. World Health Organ. 1995;73(1):115.
3. โสภณ เมฆธน.การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาตา ปี 2559 - 2565 เพื่อพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยต้อกระจก ผู้ป่วยเปลี่ยนกระจกตา การคัดกรอง และแก้ปัญหาสายตาเด็ก;6 มิถุนายน 2559;โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี.
4. โรงพยาบาลนาหม่อม. โครงการคัดกรองต้อกระจก .2557. Hos.xp program
5. โรงพยาบาลนาหม่อม. โครงการคัดกรองต้อกระจก .2560-2562. Hos.xp program
6. รังสรรค์ คีละลาย , ประเสริฐ ประสมรักษ์.ผลของรูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองในชุมชนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนากอก อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 5: 241-58.
7. Kanthan GL, Wang JJ, Rochtchina E, Tan AG, Lee A, Chia EM, et al. Ophthalmology 2008;115(5):808-14.
8. Fong CS, Mitchell P, Rochtchina E, Teber ET, Hong T, Wang JJ . Correction of visual impairment by cataract surgery and improved survival in older persons. Journal of Ophthalmology 2013 ;120(9):1720-7.

การประเมินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2561

กชรดา ศิริผล ส.ม.สาธารณสุขศาสตร์
กรรณิกา สุวรรณา วท.ม.สาธารณสุขศาสตร์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: บุหรี่ เป็นปัญหาทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตเพราะบุหรี่ถึงปีละ 42,000 ราย วันละ 115 คน ชั่วโมงละ 4.7 คน ส่งผลกระทบด้านสุขภาพ ร่างกาย ก่อให้เกิดโรคต่างๆมากมาย เช่น NCDs มะเร็ง และสุขภาพช่องปาก ด้านจิตใจ ก่อให้เกิดโรคปัญหาซึมเศร้า และสุขภาพจิต ด้านครอบครัว และคนที่ไม่สูบบุหรี่

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินการดำเนินงานตามมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ 7 มาตรการ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2561

วัสดุและวิธีการศึกษา: โดยคัดเลือกสถานศึกษาที่ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 7 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค และการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: พบว่า สถานศึกษาผ่านเกณฑ์มาตรการที่ 1- 4 ทั้ง 7 แห่ง แต่ในมาตรการที่ 5 ผ่านเกณฑ์ 4 แห่ง มาตรการที่ 6 ผ่านเกณฑ์ 3 แห่ง มาตรการที่ 7 ผ่านเกณฑ์ 4 แห่ง

สรุป: สรุปได้ว่าสถานศึกษาไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จใน มาตรการที่ 5, 6 และ 7 ซึ่งเป็นมาตรการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องนอกสถานศึกษา ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานเกิดความความสำเร็จ มาตรการที่ 5 ต้องให้เด็กนักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษาปลอดบุหรี่ มาตรการที่ 6 และมาตรการที่ 7 ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกับสถานศึกษา โดยกระบวนการทำงานแบบทีมเครือข่ายสร้างความร่วมมือ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนตลอดจนชุมชน

คำสำคัญ: มาตรการ สถานศึกษาปลอดบุหรี่ เขตสุขภาพที่ 11

The Evaluation of Measure Smoke Free School Measure in Regional Health Area 11, 2018

Kochrada Siriphon, M.P.H., Kannika Suwanna, M.SC.
The Office of Prevention and Control Region 11, Nakhon Si Thammarat

Abstract

Background: Smoking is a problem at the national and international level, with 42,000 deaths per year, 115 people per day, and 4.7 people per hour, which adversely affects physical health, causing many diseases such as NCDs, causing depression and mental health problems. Family and non-smokers.

Objective: The purpose of this study was to evaluate the school's performance in health region 11 that be able to comply with Smoke Free School packages including 7 measures of activities.

Materials and Methods: The study was gathered from 7 schools in health region 11 with smoke free school evaluating form which was created by Bureau of Tobacco Control, Department of Disease Control and analyzed with descriptive statistic.

Results: The study indicated that7 schools were able to achieve measure 1-4. However the measures 5-7 had some schools were able to achieve as 4, 3 and 4 schools respectively.

Conclusions: The result of evaluated smoke free school were not achieve measure 5, 6, 7. Therefore, in order to achieve, measure 5 have to encourage the student to participate in various activities related to non-smoking school. Measures 6 and 7, all sectors must cooperate in activities with the resourced school by working as closely as network team, using the process to analyze the cause of the problem, congregation, plan management and performing together that need to take deep consideration with the context of the area, target and community.

Keywords: measure, smoke free school, regional health 11

บทนำ

บุหรี่ เป็นปัญหาทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตเพราะบุหรี่ถึงปีละ 42,000 ราย วันละ 115 คน ชั่วโมงละ 4.7 คน ส่งผลกระทบด้านสุขภาพ ร่างกาย ก่อให้เกิดโรคต่างๆ มากมาย เช่น NCDs มะเร็ง และสุขภาพช่องปาก ด้านจิตใจ ก่อให้เกิดโรคปัญหาซึมเศร้า และสุขภาพจิต ด้านครอบครัว และคนที่ไม่สูบบุหรี่ เมื่อพิจารณาอัตราการตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ 3 โรคหลักได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด,โรคมะเร็งปอดและโรคถุงลมปอดอุดกั้น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนเพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ เช่นค่าใช้จ่ายของรัฐใน ปี พ.ศ. 2546 ในโรคถุงลมโป่งพองจากการสูบบุหรี่เท่ากับ 10,057 ล้านบาท[1][2][3]

ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ.2560 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบ 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) เมื่อพิจารณาการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 30 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2534-2560) พบว่ามีแนวโน้มลดลงกล่าวคือ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่บริโภคยาสูบในปี พ.ศ.2534 มีจำนวนผู้สูบ 12.26 ล้านคน (ร้อยละ 32) ลดลงเป็น 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) ในปี พ.ศ.2560 ส่วนสถานการณ์การบริโภคยาสูบในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 11 ภาคใต้ตอนบนพบว่ามีผู้บริโภคยาสูบจำนวน 956,641 ราย คิดเป็นอัตราการบริโภคยาสูบร้อยละ 25.10 ซึ่งสูงกว่าอัตราการบริโภคยาสูบของประเทศ ที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 19.1 และสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 17.5 ในปี พ.ศ. 2557 มีแนวโน้มอัตราการบริโภคยาสูบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากทุกช่วงการสำรวจ 3 รอบ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550, 2554 และพ.ศ.2557 คิดเป็นร้อยละ 25.24, 26.05 และร้อยละ 29.10 ตามลำดับ ทั้งนี้ในส่วนสถานการณ์การบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-18 ปี มีอัตราการบริโภคยาสูบคิดเป็นร้อยละ 14.1 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ร้อยละ 9.7) และค่าเป้าหมายระดับ ประเทศ (ไม่เกินร้อยละ 9)[4]

ประเทศไทยได้ดำเนินการเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ตามแนวทางยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559-2562 ซึ่งมีอยู่ 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมความเข้มแข็ง และพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และนักสูบหน้าใหม่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ ยุทธศาสตร์ที่ 6 ภาษีและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ โดยบทบาทกระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการ ใน 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ (2) ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และนักสูบหน้าใหม่ (3) ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ (5) ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่[5]

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ภายใต้แผนงานมาตรการที่สำคัญ ในการป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่ ผ่านมาตรการการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานปลอดบุหรี่ในสถานศึกษา ในปี 2556 เป็นต้นมาโดยกำหนดมาตรการที่สำคัญในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ 7 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 การกำหนดนโยบาย “สถานศึกษาปลอดบุหรี่” มาตรการที่ 2 การบริหารจัดการในสถานศึกษาปลอดบุหรี่ มาตรการที่ 3 การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อสถานศึกษาปลอดบุหรี่

มาตรการที่ 4 การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร มาตรการที่ 5 การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่ มาตรการที่ 6 การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบ มาตรการที่ 7 การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชน[6][7] โดยผลการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งมีสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาที่ดำเนินการได้ครบ ในส่วนของจังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดกระบี่ จังหวัดพังงา จังหวัดระนอง และจังหวัดภูเก็ต และในระดับประถมศึกษาที่มีการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่มากกว่าร้อยละ 50[8] ในเขตสำนักงานประถมศึกษาชุมพร เขต 1, สำนักงานประถมศึกษาชุมพร เขต 2, สำนักงานประถมศึกษาพังงา, สำนักงานประถมศึกษาภูเก็ต, สำนักงานประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 4, สำนักงานประถมศึกษาสุราษฎร์ธานี เขต 1

จากการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่มีการประเมินผล 7 มาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ในฐานะเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าวเพื่อค้นหาสถานศึกษาต้นแบบตลอดจนปัญหา อุปสรรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการนำมาตรการดังกล่าวไปดำเนินการในสถานศึกษา ดังนั้นเพื่อให้ได้รับทราบความสำเร็จการดำเนินงาน รวมทั้ง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะที่จะนำมาปรับปรุงมาตรการให้มีความเหมาะสมสามารถดำเนินการต่อไปได้ตามเป้าหมาย จึงได้ดำเนินการศึกษาผลการประเมิน 7 มาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินการดำเนินงานตามมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2561

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเป็นการประเมินมาตรการการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ในสถานศึกษาที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 11 ปี2561 จำนวน 7 แห่ง ที่ผ่านการประเมินคัดเลือกจากระดับจังหวัดแต่ละจังหวัด และทางระดับเขตไปประเมินอีกครั้งซึ่งประกอบด้วยสถานศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา ในพื้นที่ 4 จังหวัดได้แก่ ระนอง, ภูเก็ต, สุราษฎร์ธานีและนครศรีธรรมราช โดยดำเนินการประเมินระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน 2561 ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบประเมินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ตามแบบของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย 7 มาตรการ 23 ตัวชี้วัด ดังมีรายละเอียดดังนี้

มาตรการที่ 1 การกำหนดนโยบาย “สถานศึกษาปลอดบุหรี่” ของสถานศึกษามี 3 ตัวชี้วัด

1.1 มีนโยบายสถานศึกษาเป็นเขตปลอดบุหรี่ เป็นลายลักษณ์อักษร และลงนามโดยผู้บริหาร

1.2 มีหลักฐานการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งมีหลักฐานการเผยแพร่นโยบายสู่นักเรียน/นักศึกษา ครู อาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสถานศึกษา โดยมีการระบุการห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด และมีมาตรการลงโทษผู้ฝ่าฝืน

1.3 มีหลักฐานการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายผ่านช่องทางอื่นใดที่เกี่ยวข้องอาทิ Line group, web site/Facebook ของสถานศึกษา

มาตรการที่ 2 การบริหารจัดการในสถานศึกษาปลอดบุหรี่มี 3 ตัวชี้วัด

2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนให้สถานศึกษาปลอดบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม

2.2 มีการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ของครู อาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องการดำเนินการฯ อาทิ จำนวนผู้สูบบุหรี่ การพบเห็นการละเมิดการสูบบุหรี่ และ/หรือข้อมูลความต้องการเลิกบุหรี่ของครู อาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา

2.3 มีผลการประเมินตนเองในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และผลการติดตามผลการดำเนินงาน โดยคณะทำงานของสถานศึกษา

มาตรการที่ 3 การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อ “สถานศึกษาปลอดบุหรี่”มี 5 ตัวชี้วัด

3.1 มีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย บริเวณประตูทางเข้า-ออกสถานศึกษา ทุกช่องทาง

3.2 มีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย บริเวณทางเข้า-ออกอาคารและภายในอาคารสถานที่

3.3 ไม่มีอุปกรณ์/ สิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่

3.4 มีการมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในบริเวณสถานศึกษา และมีการสรุปรายงานไปยังผู้บริหารเป็นรายเดือน/รายไตรมาส/รายเทอมการศึกษา

3.5 มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ไม่ให้เอื้อต่อการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา

มาตรการที่ 4 การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตรมี 2 ตัวชี้วัด

4.1 มีแผนการสอนหรือแผนการจัดกิจกรรมที่สอดแทรก เรื่องโทษ พิษภัยและผลกระทบของบุหรี่ในรายวิชาและกิจกรรมต่างๆ ทั้งใน และนอกหลักสูตร

4.2 มีหลักฐานภาพการสอน/ภาพการประชาสัมพันธ์/ภาพกิจกรรม เรื่อง โทษ พิษภัยและผลกระทบของบุหรี่ในรายวิชา และกิจกรรมต่างๆทั้งในและนอกหลักสูตร

มาตรการที่ 5 การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่มี 4 ตัวชี้วัด

5.1 มีภาพ/ผลงานของนักเรียน/นักศึกษาในการเฝ้าระวัง ป้องกันเพื่อควบคุมยาสูบ ทั้งบริเวณในและนอกสถานศึกษา

5.2 มีภาพ/ผลงานของนักเรียน/นักศึกษาประชาสัมพันธ์ความรู้เพื่อสร้างกระแสการไม่สูบบุหรี่ในรูปแบบต่างๆ อาทิ การเดินรณรงค์ในชุมชนรอบสถานศึกษา เป็นต้น

5.3 มีภาพ/ผลงานของนักเรียน/นักศึกษาที่ผลิต/ออกแบบสื่อการเรียนรู้เรื่องโทษ พิษภัยผลกระทบจากการสูบบุหรี่ เพื่อใช้ประชาสัมพันธ์ภายในสถานศึกษา เพื่อการปกป้องตนเองจากการสูบบุหรี่และการไม่เป็นนักสูบหน้าใหม่

5.4 มีภาพ/ผลงานของนักเรียน/นักศึกษาร่วมรณรงค์บ้านและชุมชนปลอดบุหรี่ และชักชวนให้คนในบ้านเลิกบุหรี่

มาตรการ 6 การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่มี 3 ตัวชี้วัด

6.1 มีภาพ/กระบวนการ/ขั้นตอน ป้องกันคัดกรอง และติดตามนักเรียน/นักศึกษากลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษา

6.2 มีภาพ/กระบวนการ/ขั้นตอน การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษาที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งมีผลการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

6.3 มีภาพ/กระบวนการ/ขั้นตอน การส่งต่อนักเรียน/นักศึกษาที่สูบบุหรี่เข้าสู่ระบบบริการบุหรี่ตามความเหมาะสม และมีผลการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง และมีผลการติดตามการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

มาตรการ 7 การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชนมี 3 ตัวชี้วัด

7.1 มีภาพ/สรุปผลงาน กิจกรรมสร้างความตระหนักเรื่องโทษ พิษภัย และผลกระทบของบุหรี่ร่วมกับชุมชน

7.2 มีภาพ/สรุปผลงาน การชี้แจงและขอความร่วมมือร้านค้าในชุมชน ไม่ให้จำหน่ายบุหรี่ให้แก่เยาวชน ตามที่กฎหมายกำหนด

7.3 มีภาพ/สรุปผลงาน การผลักดันให้ผู้นำชุมชนกำหนดนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานชุมชนปลอดบุหรี่

ผลการศึกษา

จากการประเมินมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ จำนวน 7 แห่ง ใน 4 จังหวัด พบว่าการประเมิน

มาตรการที่ 1การกำหนดนโยบาย “สถานศึกษาปลอดบุหรี่” ของสถานศึกษาโดยสถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 มีการจัดประกาศนโยบาย ลงนามโดยผู้บริหาร แจ้งประกาศให้รับทราบตามช่องทางต่างๆ

มาตรการที่ 2 การบริหารจัดการในสถานศึกษาปลอดบุหรี่ พบว่า สถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ได้มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนงาน

มาตรการที่ 3 การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อสถานศึกษาปลอดบุหรี่ พบว่า สถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ปรับปรุงสภาพแวดล้อม ไม่ให้เอื้อต่อการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา

มาตรการที่ 4 การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร พบว่า สถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน มีจำนวน 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีการจัดทำแผนการสอนหรือแผนการจัดกิจกรรมที่สอดแทรก เรื่องโทษพิษภัย

มาตรการที่ 5 การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่ พบว่า สถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ประเมินภาพรวม มีจำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 โดยการมีส่วนร่วมที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมในส่วนที่นักเรียนมีส่วนร่วมรณรงค์กับชุมชน และการเชิญชวนคนในบ้านให้เลิกสูบบุหรี่ได้

มาตรการที่ 6 การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ พบว่า สถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ประเมินภาพรวม 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 โดยการดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมในส่วนของการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การส่งต่อสู่ระบบบริการตามความเหมาะสม รวมถึงการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง

มาตรการที่ 7 การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชน พบว่า สถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ประเมินภาพรวม 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 โดยยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมในส่วนของการชี้แจงและขอความร่วมมือร้านค้าในชุมชนไม่ให้จำหน่ายบุหรี่ให้แก่เยาวชนตามกฎหมายกำหนด และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมกันกำหนดและสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานในส่วนของชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งในขณะที่สถานศึกษาที่ผ่านเกณฑ์มาตรการนี้ นั้นได้มีการดำเนินงานการประสานงานกันระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีการจัดทำ MOU สร้างความร่วมมือ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง

ตารางที่ 1 แสดงผลสำเร็จของการดำเนินงานตามมาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ปี 2561

มาตรการ	เกณฑ์ประเมิน	ผลการดำเนินงาน			
		มี (แห่ง)	ร้อยละ	ไม่มี (แห่ง)	ร้อยละ
มาตรการที่ 1 การกำหนดนโยบาย "สถานศึกษาปลอดบุหรี่" ของสถานศึกษา	1.1 มีนโยบายสถานศึกษาเป็นเขตปลอดบุหรี่ เป็นลายลักษณ์อักษร และลงนามโดยผู้บริหาร	7	100	-	-
	1.2 มีหลักฐานการประกาศนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งมีหลักฐานการเผยแพร่นโยบายสู่นักเรียน/นักศึกษา ครู อาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา ผู้ปกครอง และผู้เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสถานศึกษา โดยมีการระบุการห้ามสูบบุหรี่ในสถานศึกษาตามที่กฎหมายกำหนด และมีมาตรการลงโทษผู้ฝ่าฝืน	7	100	-	-
	1.3 มีหลักฐานการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์นโยบายผ่านช่องทาง อื่นใดที่เกี่ยวข้องอาทิ Line Group, Web Site/Facebook ของสถานศึกษา	7	100	-	-
มาตรการที่ 2 การบริหารจัดการในสถานศึกษาปลอดบุหรี่	2.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ และกำหนดบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนให้สถานศึกษาปลอดบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม	7	100	-	-
	2.2 มีการสำรวจข้อมูลการสูบบุหรี่ของครู อาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา เพื่อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการฯ อาทิ จำนวนผู้สูบบุหรี่ การพบเห็นการละเมิดการสูบบุหรี่ และ/หรือข้อมูลความต้องการเลิกบุหรี่ของครู อาจารย์ บุคลากรทางการศึกษา	7	100	-	-
	2.3 มีผลการประเมินตนเองในการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และผลการติดตามผลการดำเนินงาน โดยคณะทำงานของสถานศึกษา	7	100	-	-
มาตรการที่ 3 การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อ" สถานศึกษาปลอดบุหรี่"	3.1มีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายบริเวณประตูทางเข้า ออก-สถานศึกษา ทุกช่องทาง	7	100	-	-
	3.2 มีการแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมายบริเวณทางเข้า-ออกอาคาร และภายในอาคารสถานที่	7	100	-	-
	3.3 ไม่มีอุปกรณ์/สิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่	7	100	-	-
	3.4 มีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในบริเวณสถานศึกษา และมีการสรุปรายงานไปยังผู้บริหารเป็นรายเดือน/รายไตรมาส/รายเทอมการศึกษา	7	100	-	-
	3.5 มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมไม่ให้เอื้อต่อการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา	7	100	-	-

มาตรการ	เกณฑ์ประเมิน	ผลการดำเนินงาน			
		มี (แห่ง)	ร้อยละ	ไม่มี (แห่ง)	ร้อยละ
มาตรการที่ 4 การสอดแทรกเรื่องบุหรี่ในการเรียนการสอนและกิจกรรมนอกหลักสูตร	4.1 มีแผนการสอนหรือแผนการจัดกิจกรรมที่สอดแทรกเรื่องโทษ พิษภัยและผลกระทบของบุหรี่ในรายวิชาและกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งใน และนอกหลักสูตร	7	100	-	-
	4.2 มีหลักฐานภาพการสอน/ภาพการประชาสัมพันธ์/ภาพกิจกรรม เรื่อง โทษ พิษภัย และผลกระทบของบุหรี่ในรายวิชา และกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในและนอกหลักสูตร	7	100	-	-
มาตรการที่ 5 การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่	5.1 มีภาพ/ผลงานของนักเรียน/นักศึกษา ในการเฝ้าระวังป้องกันเพื่อควบคุมยาสูบ ทั้งบริเวณในและนอกสถานศึกษา	7	100	-	-
	5.2 มีภาพ/ผลงานของนักเรียน/นักศึกษา ประชาสัมพันธ์ความรู้เพื่อสร้างกระแสการไม่สูบบุหรี่ในรูปแบบต่างๆ อาทิ การเดินรณรงค์ในชุมชนรอบสถานศึกษา เป็นต้น	7	100	-	-
	5.3 มีภาพ/ผลงานของนักเรียน/นักศึกษา ที่ผลิต/ออกแบบสื่อการเรียนรู้เรื่องโทษ พิษภัย ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ เพื่อใช้ประชาสัมพันธ์ภายในสถานศึกษา เพื่อการปกป้องตนเองจากการสูบบุหรี่และการไม่เป็นนักสูบหน้าใหม่	7	100	-	-
	5.4 มีภาพ/ผลงานของนักเรียน/นักศึกษา ร่วมรณรงค์บ้านและชุมชนปลอดบุหรี่ และชักชวนให้คนในบ้านเลิกบุหรี่	4	57.14	3	42.86
มาตรการที่ 6 การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่	6.1 มีภาพ/กระบวนการ/ขั้นตอน ป้องกัน คัดกรอง และติดตามนักเรียน/นักศึกษากลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษา	7	100	-	-
	6.2 มีภาพ/กระบวนการ/ขั้นตอน การดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษาที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ รวมทั้งมีผลการติดตามการเลิกบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง	4	57.14	3	42.86
	6.3 มีภาพ/กระบวนการ/ขั้นตอน การส่งต่อนักเรียน/นักศึกษาที่สูบบุหรี่เข้าสู่ระบบบริการบุหรี่ตามความเหมาะสม และมีผลการติดตามการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียน/นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง	3	42.86	4	57.14
มาตรการที่ 7 การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชน	7.1 มีภาพ/สรุปผลงาน กิจกรรมสร้างความตระหนักเรื่องโทษ พิษภัย และผลกระทบของบุหรี่ร่วมกับชุมชน	7	100	-	-
	7.2 มีภาพ/สรุปผลงาน การชี้แจงและขอความร่วมมือร้านค้าในชุมชน ไม่ให้จำหน่ายบุหรี่ให้แก่เยาวชนตามที่กฎหมายกำหนด	7	100	-	-
	7.3 มีภาพ/สรุปผลงาน การผลักดันให้ผู้นำชุมชนกำหนดนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานชุมชนปลอดบุหรี่	4	57.14	3	42.86

วิจารณ์

จากผลการประเมินมาตรการการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่พบว่ามาตรการที่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ มาตรการที่ 5, 6, 7 โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนางานในมาตรการ ดังกล่าว ดังนี้

มาตรการที่ 5การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่ ควรมีการสนับสนุนให้นักเรียนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยอาจกำหนดให้มีสภานักเรียนเป็นแกนหลักร่วมกับครูในโรงเรียนในการจัดกิจกรรมต่างๆ การอบรมนักเรียนแกนนำ การให้ความรู้ถึงโทษพิษภัยของบุหรี่และยาเสพติด การร่วมกันผลิตสื่อเชิงสร้างสรรค์ การร่วมรณรงค์กับชุมชน และมีส่วนร่วมในการชักชวนให้คนในบ้านเลิกบุหรี่ ซึ่งมีส่วนสำคัญมากที่อาจจะเป็นแรงเสริมให้คนที่สูบบุหรี่ในบ้าน สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ปวดสุรินทร์ และคณะ[9] ที่พบว่า โปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมที่ใช้พรีซีด-โพรซีด โมเดล สามารถเพิ่มเติมความรู้และทักษะปฏิเสธการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นได้

มาตรการที่ 6 การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ ควรมีการดำเนินการสนับสนุนการดูแลช่วยเหลือนักเรียนอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจจะต้องสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือดูแลนักเรียน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย/ทีม ให้สามารถจัดการช่วยเหลือนักเรียนได้ รวมทั้งภาคีเครือข่ายภายนอกที่มีบทบาทเกี่ยวข้องร่วมดำเนินการอย่างเป็นระบบ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ มีบทบาทรับการส่งต่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในพื้นที่ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญชัย พิริยกิจกำจร, นิรชร ชูติพัฒนะ[10] พบว่า แนวทางการป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ในเยาวชน ต้องอาศัยหลักการมีส่วนร่วมจากกลุ่มบุคคลต่างๆเพื่อช่วยให้วัยรุ่นที่ยังไม่สูบบุหรี่ ไม่ให้กลายเป็นบุคคลที่สูบบุหรี่ในอนาคต ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่เป็นประชาชนทุกคน คนใกล้ชิด บิดา มารดา ครู โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

มาตรการที่ 7 การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชน ควรมีการดำเนินการร่วมกันของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันกำหนดและสนับสนุนนโยบายการดำเนินงานในส่วนของชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง โดยต้องอาศัยการดำเนินงานร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ร่วมคิด ร่วมวางแผน แก้ไข ร่วมจัดการไปด้วยกันเสมือนเป็นเจ้าของซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ และปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์[11] ที่พบว่ากลวิธีการดำเนินงานแบบผสมผสานร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน มีประสิทธิผลและมีความยั่งยืนสูงสุดและผลการศึกษาของ วีรชาติ ชมพูหลง และคณะ[12] ได้เสนอผลการวิจัยว่าการพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชนในการจัดการศึกษา โดยใช้การมีส่วนร่วมเป็นแนวทางในการพัฒนา สามารถช่วยให้การจัดการศึกษาของโรงเรียน โดยทุกฝ่ายให้ความตระหนักและเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการจัดการศึกษาทุกด้าน

สรุป

ผลการวิจัยนี้สรุปได้ดังนี้จากผลการวิจัยประเมินมาตรการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2561 จากการคัดเลือกสถานศึกษาในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 7 แห่ง ยังไม่สามารถดำเนินการได้ในมาตรการที่ 5 การมีส่วนร่วมของนักเรียนในการขับเคลื่อนสถานศึกษาปลอดบุหรี่, มาตรการที่ 6 การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่, มาตรการที่ 7 การมีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. การดำเนินกิจกรรมในส่วนของนักเรียนควรให้นักเรียนมีนักเรียนมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสถานศึกษาปลอดบุหรี่

2. การดูแลช่วยเหลือนักเรียนไม่ให้สูบบุหรี่ ควรให้การสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือดูแลนักเรียน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย/ทีม ให้สามารถจัดการช่วยเหลือนักเรียนได้ รวมทั้งภาคีเครือข่ายภายนอกที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง

3. การดำเนินงานในด้านกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชน ควรมีการดำเนินงานแบบผสมผสานกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเมินผลการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ โดยใช้ทฤษฎีการประเมินผลให้ครบทุกด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

2. ควรศึกษารูปแบบการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่ 7 มาตรการ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ. บทสรุปผู้บริหารโครงการสำรวจผู้บริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี 2554. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555.
2. ศรัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช,ธราดล เก่งการพานิช, ดุสิต สุจิรารัตน์. รายงานการพยากรณ์และภัยสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์; 2557.
3. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ข้อมูลบุหรี่สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2555.
4. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทยพ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2561.
5. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ.2559-2562. นนทบุรี: ไนซ์เอิร์ธ ดีไซด์ จำกัด; 2559.
6. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. 7 มาตรการเพื่อสถานศึกษาปลอดบุหรี่. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. คู่มือดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2558.
8. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. ขอแจ้งผลการดำเนินงานสถานศึกษาปลอดบุหรี่และการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง [อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อ 18 เม.ย. 2561].แหล่งข้อมูล: http://btc.ddc.moph.go.th/th/upload/nosmoke/v997.pdf.

9. สุภาภรณ์ ปวนสุรินทร์, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยใช้พรีซีด - โพรซีด โมเดล.วารสารพยาบาล 2556;40(2):26-37.

10. บุญชัย พิริยกิจกำจร, นิรชร ชูติพัฒนะ. แนวทางการป้องกัน และลด ละ เลิกบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดสงขลา.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(1): 108-23.

11. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ,ปิยะรัตน์ นิ่มพิทักษ์พงศ์. การทบทวนวรรณกรรมการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558;45(3):310-23.

12. วีรชาติ ชมพูหลง, สมชาย วงศ์เกษม,สมบัติ ฤทธิเดช. การพัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชนในการจัดการศึกษา โรงเรียนบ้านสนาม อำเภอวาปีปทุม สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามหาสารคาม เขต 2. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม 2554;5(3):9-15.

ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน

อารีย์ ธวัชวัฒนานันท์ พย.บ.[1], วารินทร์ บินโฮเซ็น ผศ.ดร.[2]
หน่วยงานผู้ป่วยนอก แผนกจักษุ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน[1]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต[2]

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคต้อกระจกส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ง่าย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังหนึ่งกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired t –test

ผลการศึกษา: ผลวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ ต่ำกว่าก่อนทดลอง ค่าคะแนนระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญเฉลี่ย 59.12 และ 31.14 ($p < 0.05$) ก่อนและหลังการทดลองตามลำดับ

สรุป: การใช้สื่อวีดีทัศน์การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนถือเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการบริการด้านสุขภาพ และวางรูปแบบการพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจกและโรคตาอื่นๆ ที่มีความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัด และสามารถลดค่าใช้จ่าย ความสูญเปล่า ภาระงาน ทั้งของโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการได้มารับบริการและสื่อวีดีทัศน์ที่ได้จัดทำขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

The Outcome of Use Video for Pre-Operation on Anxiety in Non-Admission Patient Cataract Surgery

Aree Tawatwattananun, RN.[1], Varin Binhosen, Assoc. Prof. Dr.[2]
Department of Ophthalmology, Krathumbaen Hospital[1]
Faculty of nursing, Rangsit University[2]

Abstract

Background: Most cataracts occur in the elderly (aging cataract) and are a public health problem in Thailand and causing economic losses and can easily cause premature death**.**

Objective: To study the effect of providing information using video media to prepare before surgery on anxiety in people undergoing cataract surgery without overnight stay.

Materials and Methods: It was a quasi-experimental research, before and after one group test. Data were collected by using questionnaires and analyzed by descriptive statistics. Distribution, frequency, percentage, mean and standard deviation of anxiety levels were compared between before and after experiment with Paired t – test.

Result: The results showed that anxiety score was improve after experiment with statistical significance, 59.12 vs 31.14, respectively.

Conclusion: Using the video media, preparation for non-overnight cataract surgery is very important and necessary for patients who require cataract without overnight surgery and use as basic information in managing health services and lay out nursing forms suitable for patients before cataract surgery and other eye diseases with anxiety before undergoing surgery and can reduce costs, waste, workload of the hospital healthcare providers and patients as well. In addition, patients and relatives are satisfied with the service and video media that has been create.

Keywords: non-admission patient cataract surgery, use video for pre-operation

บทนำ

โรคต้อกระจกส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (aging cataract) และเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากประชาชนมีปัญหาการเข้าถึงการรักษา จากการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยต้อกระจกที่ต้องได้รับการผ่าตัดรอคิวผ่าตัดประมาณ 70,000 ราย และต้อกระจกชนิดบอดเกิดใหม่ปีละ 60,000 ราย[1] ทำให้เกิดภาระการเป็นผู้พึ่งพิงในผู้สูงอายุ สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย ญาติและคนรอบตัว เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ง่ายโดยเฉพาะอุบัติเหตุ เพราะพยาธิสภาพของโรคต้อกระจก (cataract) ทำให้การมองเห็นลดลง จากการที่เลนส์แก้วตาขุ่น ไม่ว่าจะตำแหน่งไหนก็ตาม ทำให้แสงผ่านเข้าไปในลูกตาไม่ได้ จากกรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564 โดยมีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ ก้าวสู่สังคมเอื้ออาทร ลดการพึ่งพิงมาเป็นการดำเนินการเชิงรุกนำมาสู่การมีสุขภาพตาที่ดี จึงมีการดำเนินการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนขึ้นหรือเป็นแบบผู้ป่วยนอก จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตาแบบผู้ป่วยนอก ร้อยละ 55.5 ที่เป็นการผ่าตัดต้อกระจก มีความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงและความวิตกกังวลส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับการผ่าตัดมากที่สุด[2]

สไปล์เบอร์เกอร์อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นลักษณะของความเครียด หวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสภาพที่เป็นอยู่และบุคคลรู้สึกว่าความมั่นคงปลอดภัยของตนถูกคุกคาม ซึ่งสิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจจะมีอยู่จริงหรือมาจากการคาดเดาเหตุการณ์ ระดับความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสิ่งที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคามและความสามารถในการประเมินของแต่ละคน การคาดเดาในแต่ละเหตุการณ์นั้นไม่เท่ากัน ระดับความวิตกกังวลมีตั้งแต่ ระดับเล็กน้อย จนถึงระดับรุนแรงที่สุด ความวิตกกังวลแต่ละระดับจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองและมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไป มีตั้งแต่ทำให้ตื่นตัวอยากที่จะรับรู้ มีการแสวงหาข้อมูลไปจนถึงมีการรับรู้ที่แคบลงและไม่สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ อาจถึงขั้นทำให้มีพฤติกรรมตอบสนองที่ผิดปกติและไม่เหมาะสม หรือทำให้มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ยังขึ้นกับความวิตกกังวลแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญและประสบการณ์ของบุคคลในอดีตอีกด้วย[3] เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมโดยการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดอย่างเหมาะสม

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (preparatory information) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีแนวคิดมาจากทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulatory) สาระสำคัญของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคลเคยรับรู้หรือได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญมาก่อน จะทำให้บุคคลมีภาพรวมของความคิด (mental image) เกี่ยวกับเหตุการณ์ และมีการจัดเก็บเป็นแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (schema) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง บุคคลจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ลดลง[4] ข้อมูล

เตรียมความพร้อมประกอบด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) 2) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) 3) ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (behavioral information) และ 4) ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills information) ข้อมูลเตรียมความพร้อมทั้ง 4 ชนิดนั้น มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยแตกต่างกัน จึงควรเลือกชนิดของข้อมูลให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย

ในปัจจุบันโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร พบสถิติโรคต้อกระจก เป็นอันดับ 1 ในกลุ่มโรคทางจักษุ ผลการดำเนินงานผ่าตัดต้อกระจกของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ในปี 2556 - 2558 พบว่าผู้ป่วยต้อกระจกได้รับการผ่าตัดเป็นจำนวนทั้งสิ้น 448 479 และ 548 ตามลำดับ อัตราการครองเตียง คิดเป็นร้อยละ 0.835 0.999 และ 1.252 ระยะเวลาวันนอน 526 762 และ 912 ตามลำดับ[5] ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล 2 คืน 3 วัน ต่อคน ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม อีกทั้งการให้บริการยังต้องใช้เตียงร่วมกับมารดาหลังคลอด เนื่องจากสถานที่แออัด เตียงไม่พอ และจากการวิเคราะห์หาสาเหตุที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา (root cause analysis) จากผลการดำเนินงานตั้งแต่ ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 พบเหตุที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษาการผ่าตัดต้อกระจกที่พบเกิดจาก มีการเลื่อนผ่าตัดด้วยภาวะสุขภาพไม่พร้อม ได้แก่ การมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะความดันโลหิตสูง ลืมงดยาละลายลิ่มเลือด นอนคลุมโปงไม่ได้จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.16 และการขาดนัดมานอนโรงพยาบาล จำนวน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.08 สาเหตุเกิดจากระบบการให้ข้อมูลยังไม่เป็นรูปแบบ ขาดการกระตุ้นผู้ป่วยและญาติให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจก ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำก่อนผ่าตัดต้อกระจก รวมทั้งผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ผู้วิจัยมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางตา ดังนั้นการนำทฤษฎีความวิตกกังวลขณะเผชิญ[3] และทฤษฎีการควบคุมตนเอง[4] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ผู้วิจัยเลือกใช้ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ เป็นข้อมูลช่วงลำดับเหตุการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับทักษะการเผชิญความเครียด โดยจะทำให้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนคลายความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังผ่าตัด ลดภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน

วัสดุและวิธีการศึกษา

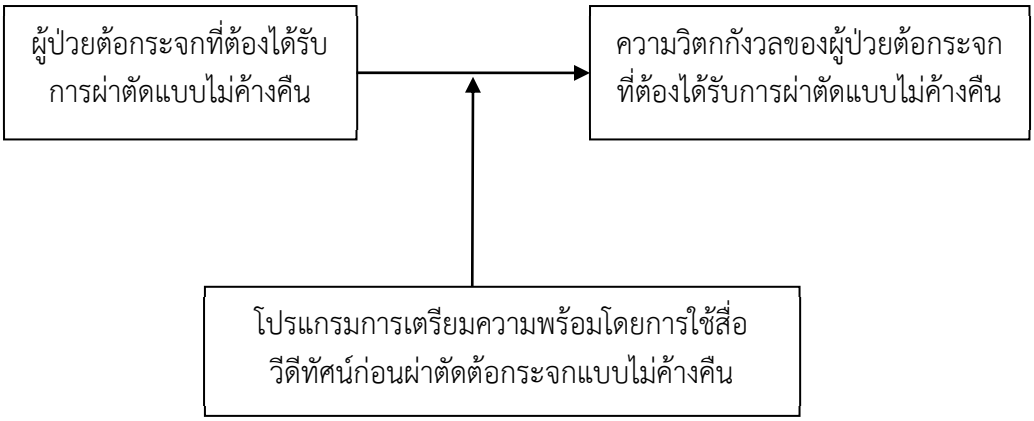
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental group) ชนิดศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One–groups pretest – posttest design)

สมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนภายในกลุ่มทดลองหลังการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดีทัศน์การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจกมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้แบบจำลองการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง โดยมีกรอบแนว คิดดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน ระหว่าง เดือน มกราคม พ.ศ.2560 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560 คาดว่าจะมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 124 ราย ทั้งนี้การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ใช้เกณฑ์โพลิตและเบ็ค[6] ในที่นี้ผู้วิจัยจึงได้กำหนดเป็นกลุ่มทดลองทั้งหมด 124 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยการใช้สื่อวีดีทัศน์ก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน รูปแบบการทำกิจกรรมเป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการควบคุมตนเอง[4] ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ กำหนดการดำเนินการกิจกรรมเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ เป็นการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2) ขั้นดำเนินการ เป็นการให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่มโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ ประกอบไปด้วยเนื้อหา ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) เป็นขั้นตอนที่อธิบาย เรื่องโรคต้อกระจก อาการ และอาการแสดง การรักษา วิธีการผ่าตัดด้วยวิธีการใส่เลนส์แก้วตาเทียม ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การนอนคลุมโปง ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและพฤติกรรมอาการแสดงที่แสดงออกมา วันที่ผ่าตัด ความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นขณะคลุมโปง ฉีดยาชา และหลังผ่าตัดขณะนอนพัก 2 ชั่วโมงก่อนกลับบ้าน และเมื่อกลับบ้านอาการที่อาจขึ้นได้ วันที่ 1 หลังผ่าตัด เมื่อเปิดตาจะมีความรู้สึกอาการและอาการแสดง และระดับการมองเห็นที่เกิดขึ้น ข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (behavioral information) เป็นข้อมูลที่บอกช่วงลำดับเหตุการณ์ในการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ การนอนคลุมโปง ลักษณะสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในห้องผ่าตัด และข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับ ทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills information) เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความเครียด วิตกกังวล ได้แก่ การฝึกลมหายใจ

1.2 สื่อวีดีทัศน์การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดต้อกระจก

1.3 เอกสารแนะนำการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ ความรุนแรงของโรค และระดับความดันโลหิตก่อนเข้าห้องผ่าตัด

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยนำมาเฉพาะความวิตกกังวลขณะเผชิญ 20 ข้อ ประกอบไปด้วย

1. ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 1 2 5 8 10 11 15 16 19 และ 20 ประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีเลย	กำหนดคะแนน	1
มีบ้าง	กำหนดคะแนน	2
ค่อนข้างมาก	กำหนดคะแนน	3
มากที่สุด	กำหนดคะแนน	4

2. ข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ 10 ข้อ คือ ข้อ 3 4 6 7 9 12 13 14 17 และ 18 ประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่

ไม่มีเลย	กำหนดคะแนน	4
มีบ้าง	กำหนดคะแนน	3
ค่อนข้างมาก	กำหนดคะแนน	2
มากที่สุด	กำหนดคะแนน	1

คะแนนรวมทั้งหมดจะมีค่าสูงสุด 80 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน แบ่งระดับความวิตกกังวล ดังนี้

ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน แสดงว่ามีวิตกกังวลน้อย

ช่วงคะแนน 41-60 คะแนน แสดงว่ามีวิตกกังวลปานกลาง

ช่วงคะแนน 61-70 คะแนน แสดงว่ามีวิตกกังวลมาก

ช่วงคะแนน 71-80 คะแนน แสดงว่ามีวิตกกังวลมากที่สุด

การแปรผลคะแนนความวิตกกังวลแต่ละตอน เป็นคะแนนรวมจากแบบวัดซึ่งมีค่าต่ำสุด 20 คะแนน สูงสุด 80 คะแนน คะแนนต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลน้อย คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลมาก แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้

20 – 50 คะแนนผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลในระดับต่ำ

51 – 65 คะแนนผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

66 – 80 คะแนนผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 ถึง 1.00 ทั้งสองส่วน และค่าดัชนีความเที่ยง (CVI) เท่ากับ 0.94 จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.852

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560 โดยมีขั้นตอนของการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

จัดเตรียมข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยสื่อวีดีทัศน์การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน เอกสารคำแนะนำเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน การจัดสิ่งแวดล้อมในห้อง

เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน และการให้ข้อมูลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหมาะสม

ขั้นดำเนินการ

ครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 45 นาที - 1 ชั่วโมง)

1. เมื่อแพทย์ระบุว่าผู้ป่วยเป็นโรคต้อกระจกและลงตารางผ่าตัดแล้ว ในวันที่มาตรวจเลือด ตรวจคลื่นหัวใจ เอ็กซเรย์ปอด และวัดเลนส์เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตั้งแต่เวลา 13.00 – 14.00 น. ผู้วิจัยได้นำเข้าการศึกษาเป็นรายกลุ่ม แล้วดำเนินการตามการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน จำนวน 10 ราย ต่อสัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองในทุกดังนี้

1.1 ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพความคุ้นเคย แก่ผู้ป่วยและญาติชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แนะนำตัว ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ขอเบอร์โทรศัพท์และความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

1.2 ขั้นดำเนินการให้ข้อมูลตามแบบแผนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน โดยให้ชมวีดีทัศน์การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน ซึ่งมีเนื้อหาตามทฤษฎีกำกับตนเอง ดังนี้

1.2.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการได้แก่ ขั้นตอนการดูแลรักษา ผ่าตัด ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างชมสื่อวีดีทัศน์การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ เรื่องโรคต้อกระจก อาการ และอาการแสดง การรักษา วิธีการผ่าตัดด้วยวิธีการใส่เลนส์แก้วตาเทียม ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและหลังผ่าตัด ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การนอนคลุมโปง และวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน

1.2.2 ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้แก่ วันที่ผ่าตัด ความรู้สึกขณะคลุมโปงฉีดยาชา และหลังผ่าตัดขณะนอนพัก 2 ชั่วโมงก่อนกลับบ้าน และเมื่อกลับบ้านอาการที่อาจขึ้นได้

วันที่ 1 หลังผ่าตัด เมื่อเปิดตาจะมีความรู้สึกอาการและอาการแสดง และระดับการมองเห็นที่เกิดขึ้น

1.2.3 ข้อมูลคำแนะนำที่ควรปฏิบัติโดยลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่เมื่อแพทย์ระบุวันที่ต้องผ่าตัดต้อกระจก ผู้ป่วยจะได้รับการเจาะเลือด ตรวจคลื่นหัวใจ เอกซเรย์ปอด วัดเลนส์ แจ้งผลเลือด แนะนำมารับการปฏิบัติตน การฝึกนอนคลุมโปงและมาผ่าตัดตามนัด ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากนั้นจึงมาถึงห้องผ่าตัด จะบรรยายถึงสภาพแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการผ่าตัด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจำเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญและหาทางจัดการกับความเครียด วิตกกังวลที่ต้องเผชิญ

1.2.4 ข้อมูลแนะนำทักษะการเผชิญความเครียด ขณะที่ผ่าตัดจะเกิดความกลัวได้โดยการกำหนดลมหายใจฝึกทำสมาธิ ทำให้เกิดผ่อนคลายและเมื่อผ่าตัดเรียบร้อยแล้วจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การสังเกตอาการต่อขณะอยู่บ้านและกลับมาเพื่อเปิดตา พบแพทย์ในวันรุ่งขึ้น และตอบคำถามตามแบบประเมินการส่งต่อข้อมูลการเตรียมความพร้อมการผ่าตัดทางจักษุ และแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นระยะเวลาประมาณ 30 นาที ในห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน

1.3 หลังชมสื่อวีดีทัศน์การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดต้อกระจก และตอบคำถามตามแบบประเมินการส่งต่อข้อมูลการเตรียมความพร้อมการผ่าตัดทางจักษุเรียบร้อย ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้พูดคุย ซักถามหรือระบายความรู้สึกรวมทั้งแสดงความคิดเห็น ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ครั้งที่ 2 – 5 โทรศัพท์ติดตามเยี่ยม (ใช้เวลา 5 นาทีต่อคน) สอบถามความวิตกกังวล พูดคุยปัญหาหรือ

ระบายความกลัว วิตกกังวล พร้อมทั้งแนะนำการจัดการความเครียด

ครั้งที่ 6

1. เมื่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบนในวันที่มีการผ่าตัดต้อกระจก ตั้งแต่เวลา 7.00 – 8.00 น. ผู้วิจัยดำเนินการให้การเตรียมความพร้อมโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน เป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 3 – 5 รายต่อวัน ให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และเปิดโอกาสให้พูดคุย ซักถามหรือระบายความรู้สึกรวมทั้งแสดงความคิดเห็น ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. หลังจากนั้นดำเนินการให้การพยาบาลเตรียมความพร้อมทางร่างกายก่อนผ่าตัด ได้แก่ ล้างตา เช็ดตา ตัดขนตา (ในบางราย) ระบุตาข้างที่จะผ่าตัด ตรวจเช็คสภาพร่างกายรวมถึงอาการผิดปกติที่หัวตา เปลือกตา เยื่อบุตา โรคผิวหนัง ผื่นคัน ขุย แผลต่างๆ ไข้หวัด ไอ จาม ท้องเสีย และหยอดตาขยายม่านตาตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการใช้แบบแผนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน ในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Pair t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย จำแนกตามจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน เป็นเพศหญิง จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.26 เพศชาย จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.74 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.88 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.54 และ อายุระหว่าง 41 – 50 ปี จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.56 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.91 ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.45 และ ไม่มีการศึกษา จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.64 ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.02 เคยได้รับการผ่าตัด และจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.98 ความรุนแรงของโรค พบว่าผู้ป่วยเป็นต้อกระจกชนิดตาบอด จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.54 และต้อกระจกชนิดเลนส์ขุ่น จำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.46 ระดับความดันโลหิตก่อนเข้าห้องผ่าตัด พบว่ามีค่าความดันโลหิต อยู่ในช่วง 130/70 – 150/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.91 และความดันโลหิตสูงกว่า 150 /90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.09

ผลการวิจัย พบว่าภายหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยการใช้สื่อวีดีทัศน์ก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน

ผลลัพธ์	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	Mean Rank	QD	Mean Rank	Q.D.		
ระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ	59.12	4.98	31.14	4.53	3.41	< 0.05

วิจารณ์

จากการทดสอบสมมติฐานการทดลอง พบว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนหลังการให้ชมวีดีทัศน์การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจกลดลง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยต้อกระจกที่ต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดมักจะมีความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่ทราบว่าตนเองต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้างขณะผ่าตัด ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในระดับปานกลางของผู้ป่วยต้อกระจก ได้แก่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับ มีความรุนแรงของโรคต้อกระจกชนิดเลนส์ขุ่นธรรมดา การกลัวความเจ็บป่วยและความไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการมองเห็น การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัดโดยใช้วีดีทัศน์ซึ่งเป็นภาพเสมือนจริง ที่ประกอบไปด้วย ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการที่เกิดขึ้น ช่วงเวลาและลำดับของเหตุการณ์ ลักษณะสภาพแวดล้อม ณ จุดบริการต่างๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดในลักษณะที่แก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีเผชิญ และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเอื้องพร พิทักษ์สังข์[2] ศึกษาเรื่องความวิตกกังวล ความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยรวมมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ (stage anxiety) อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางและข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการมากที่สุดคือ ด้านเกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่อช่วยส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สิทธิค่ารักษาพยาบาล และประสบการณ์ในการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูล และธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์[7] ศึกษาเรื่องผลการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต้อกระจกวัยผู้ใหญ่ พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยต้อกระจกวัยผู้ใหญ่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยต้อกระจกวัยผู้ใหญ่ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความวิตกกังวลของผู้ป่วยต้อกระจกวัยผู้ใหญ่ กลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยต้อกระจกที่มีการรักษาโดยการผ่าตัดมักมีความวิตกกังวลและมีความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจและไม่ทราบว่าตนเองจะเผชิญกับสถานการณ์ใดบ้าง เมื่อบุคคลได้รับภาวะคุกคามจะเกิดความวิตกกังวลขึ้น ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลระดับปานกลางในผู้ป่วยต้อกระจก เช่น อายุ โดยเฉพาะกลุ่ม 45 – 65 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน หากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ภาวะเศรษฐกิจก็ต่ำลง กลัวความเจ็บป่วย และความไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการมองเห็น การให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดจึงถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและยังช่วยประเมินและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อบุคคลรู้ว่าโรคควบคุมได้จะมีความวิตกกังวลลดลง ในกลุ่มทดลองที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการให้ข้อมูลของการพยาบาลตามปกติมีส่วนลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้แต่ยังขาดการฝึกทักษะการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ ระยะเวลาในการให้ข้อมูลอาจไม่เพียงพอและอาจขาดการตระหนักถึงความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด และ

สอดคล้องกับ ปิยะนุช เพชรศิริ[8] ศึกษาเรื่องผลการให้ความรู้โดยใช้ตัวบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก พบว่า ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลสูงกว่าการให้ความรู้และโดยใช้ตัวแบบบุคคลทันทีหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง และหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ได้รับการให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบบุคคลต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร

ควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งช่วยในการวางรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรคอื่นๆที่มีความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรจัดอบรมพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแบบออนไลน์

3. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาการพัฒนาการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนผ่านช่องทาง Line หรือ Facebook ต่อไป

สรุป

จากการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าควรนำโปรแกรมการใช้สื่อวีดีทัศน์การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืนไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพราะการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดต้อกระจกด้วยภาพเสมือนจริงถือเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการบริการด้านสุขภาพ และวางรูปแบบการพยาบาล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้อกระจกและโรคตาอื่นๆ ที่มีความวิตกกังวลก่อนได้รับการผ่าตัด และสามารถลดค่าใช้จ่าย ความสูญเปล่า ภาระงาน ทั้งของโรงพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการได้มารับบริการและสื่อวีดีทัศน์ที่ได้จัดทำขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. การสำรวจผู้ป่วยต้อกระจก; 2558; โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). หน้า 126-34.
2. เอื้องพร พิทักษ์สังข์. การศึกษาความวิตกกังวลความเครียดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบผู้ป่วยนอก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิตย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร; 2554.
3. Charles D Spielberger. Anxiety and Behavior. 1st ed. New York: Academic Press; 1996.
4. Leventhal H., Johnson JE. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. Behavioral science and nursing theory. St. Louis: CV Mosby; 1983. p 189-262.
5. รายงานการผ่าตัดต้อกระจก PCT ศัลยกรรม ปี พ.ศ. 2556 - 2558; 2558; โรงพยาบาลกระทุ่มแบน. หน้า 2.
6. Polit DF., Beck CT. Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p 267-8.

7. ธนาวรรณ ศรีกุลวงศ์. ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยร่วมกับการให้ข้อมูลผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต้อกระจกวัยผู้ใหญ่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
8. ปิยะนุช เพชรศิริ. ผลการให้ความรู้โดยใช้แบบตัวบุคคลต่อความวิตกกังวลและพฤติรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดต้อกระจก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

การผ่าตัดรักษาการฉีดสารแปลกปลอมเข้าองคชาตโดยวิธีการขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วน

กัมปนาท พรยศไกร พบ.อว.ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา
กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: การฉีดสารแปลกปลอมเข้าองคชาตจัดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเพศชายเนื่องจากค่านิยมและความเชื่อ ซึ่งการผ่าตัดแก้ไขสามารถทำได้หลายวิธี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลข้างเคียงจากการผ่าตัดและความพึงพอใจหลังการผ่าตัด ด้วยวิธีการผ่าตัดขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วนในผู้ป่วยที่ทำการฉีดสารแปลกปลอมมาในปริมาณน้อยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ในระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2560 จากจำนวนผู้ป่วย 50 รายที่ฉีดสารแปลกปลอมในปริมาณน้อย และมาโรงพยาบาลด้วยผลข้างเคียงจากการฉีดสารแปลกปลอมเช่นแผลเรื้อรัง เป็นพังผืด อวัยวะเพศแข็งตัวและมีอาการเจ็บ การผ่าตัดจะทำโดยการขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วน โดยผู้ป่วยจะถูกสัมภาษณ์ถึงความพึงพอใจหลังผ่าตัดเมื่อมาติดตามการรักษาในระยะเวลา 3 เดือน

ผลการศึกษา: หลังการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยทั้งหมดสามารถกลับบ้านหลังการผ่าตัดได้ภายในวันเดียว พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด มี ดังนี้ แผลติดเชื้อ ร้อยละ 2 แผลแยก ร้อยละ4 แผลบวม ร้อยละ 2 คะแนนความพึงพอใจหลังการผ่าตัดรักษาพบพึงพอใจมากร้อยละ 80 พอใจร้อยละ 20

สรุป: ผลการวิจัยพบว่าการผ่าตัด รักษาผู้ป่วยที่ไปฉีดสิ่งแปลกปลอมเข้าองคชาติด้วยวิธีขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วน เป็นอีกทางเลือกที่ดีที่สามารถจะเลือกใช้ เพราะทำได้ง่าย ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดน้อยสามารถกลับบ้านได้ภายในวันเดียว และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากในการรักษา

คำสำคัญ: การฉีดสารแปลกปลอมเข้าองคชาต การขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วน

Reconstruction of Penis from Foreign Body Granuloma with Circumcision and Partial Foreign Body Removal Technique

Kampanart Pornyoskrai, MD.

Department of Surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Abstract

Backgrounds: In Thailand, There were a lot of patients who have undergone injections with foreign bodies into their penises to increase a penile girth. Nearly all of them will frustrate the results of injection because of distortion and reduction in sensation of penises. In the present day, we can offer many options of treatment for these patients.

Objectives: To report the outcome of penile reconstruction in patients whose penises were injected with small amount of Foreign bodies in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Materials and Methods: We retrospectively reviews case from 1st July 2012 to 1st August 2017 among 50 male patients whose penises were injected with small amount of foreign bodies and all cases have complication including wound fibrosis, difficult and painful in erection. All cases were reconstructed to remove foreign body granuloma with circumcision and partial foreign body removal technique and were followed up clinically for three months.

Results: All Patients were undergone in one day surgery campaign. All patients were satisfied in cosmetic and sexual outcome .There were no serious complications. The minor complications were infection, hematoma and wound dehiscence which were successfully managed.

Conclusions: Penile reconstruction with circumcision and Partial Foreign bodies removal technique is an effective measure to handle paraffinoma patients. The operation is safe, simple and able to perform in one day surgery campaign. All patients were satisfied with the outcome surgery in both cosmetic and sexual aspects.

Keywords: foreign body granuloma of penis, circumcision with partial foreign body removal

บทนำ

การฉีดสารแปลกปลอมเข้าองคชาต เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเพศชาย[1] โดยสารที่ฉีดมักเป็นสารจำพวกไขมันเช่นพาราฟิน วาสลีน หรือน้ำมันชนิดต่าง ๆ เข้าไปในบริเวณอวัยวะเพศเพื่อทำให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้คู่นอนมีความพึงพอใจระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ดึงดูดเพศตรงข้าม ดูแข็งแรง สร้างความภูมิใจในความเป็นชายมากขึ้น สำหรับในเมืองไทยมีการรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ. 2519 โดยพบในผู้ต้องขังจำนวน 20 ราย ซึ่งทั้งหมดต้องการที่จะทำให้อวัยวะเพศของตนเองใหญ่ขึ้นโดยไม่ทราบผลเสีย[2] สารแปลกปลอมมักถูกฉีดเข้าใต้ผิวหนังของอวัยวะเพศชาย ดังนั้น ส่วนที่ทำให้ขนาดของอวัยวะเพศดูใหญ่ขึ้น คือส่วนของผิวหนังที่หุ้มอวัยวะเพศนั่นเองโดยที่ขนาดของตัวแกนอวัยวะเพศไม่ได้ใหญ่ขึ้นแต่อย่างใด ในช่วงแรกที่ฉีดจะยังไม่สังเกตเห็นความผิดปกติมากนักทำให้เมื่อฉีดสิ่งแปลกปลอมเข้าไปอวัยวะเพศแล้วผู้ป่วยจะพอใจในระยะแรก ๆ เพราะสามารถกำหนดให้อวัยวะเพศใหญ่แค่ไหนก็ได้ แต่ในระยะเวลาต่อมา ร่างกายจะมีการตอบสนองโดยการสร้างพังผืดขึ้นในบริเวณที่มีการฉีดสารแปลกปลอมเข้าไป และมีการอักเสบต่าง ๆ เข้ามาในบริเวณดังกล่าวภาวะแทรกซ้อนของการฉีดสารเข้าองคชาตส่วนใหญ่เป็นแบบเรื้อรัง เช่นความยืดหยุ่นไม่เหมือนธรรมชาติ ติดเชื้อ รูดหนังหุ้มปลายไม่ได้ เจ็บเวลาอวัยวะเพศแข็งตัว ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เนื่องจากอาการเจ็บหรือไม่สามารถสอดใส่ โดยวิธีการรักษาจำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อเอาสารแปลกปลอมออกทั้งหมดและตกแต่งผิวหนังองคชาตใหม่[3]

ปัจจุบันวิธีการผ่าตัดรักษาสามารถทำได้หลายวิธีเช่น การทำ circumcision ในรายที่ฉีดสารปริมาณน้อย การทำ excision ร่วมกับ split-thickness skin graft จากผิวหนังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การทำ pedicle scrotal flap คลุมบน shaft ของ penis ในขั้นตอนเดียวเลยหรือที่เรียกว่า one stage technique, การทำ excision ร่วมกับ pedicle scrotal embedding ในการผ่าตัดครั้งแรก และนัดคนไข้มาผ่าตัดครั้งที่สองอีกครั้งเพื่อใช้ scrotal skin คลุมหรือที่เรียกว่า two stage technigue[4] ซึ่งแต่ละวิธีก็มีข้อดี ข้อเสียแตกต่างกันไปขึ้นกับปริมาณของสารที่ฉีด,ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และความถนัดของแพทย์ผู้รักษา[5]

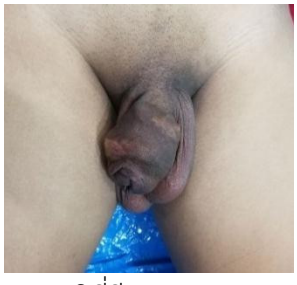
รายงานฉบับนี้จึงได้รวบรวมผลการผ่าตัดในรายที่ฉีดสารแปลกปลอมปริมาณน้อยด้วยวิธีการขริบหนังหุ้มปลายและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วน ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และสามารถกลับบ้านได้เลย (One day surgery) โดยรายงานเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาพักฟื้น และความพึงพอใจของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด ระยะเวลาพักฟื้นของผู้ป่วยและความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดแก้ไขการฉีดสารแปลกปลอมในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการในช่วงระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2555ถึงวันที่ 1สิงหาคม 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ฉีดสารแปลกปลอมปริมาณน้อยเช่นเฉพาะตรงปลายหนังหุ้มองคชาต (prepuce) หรืออยู่ที่ลำองคชาตแต่ไม่ถึงโคนองคชาต (ดังรูปที่1)



รูปที่ 1 รูปองคชาติที่ฉีดสารแปลกปลอม

และทำการผ่าตัดโดยขริบหนังหุ้มปลายองคชาตและสารแปลกปลอมออกบางส่วนโดยศัลยแพทย์ 1 คน จำนวน 50 ราย (n=50) และนัดมาติดตามหลังการรักษาเมื่อเวลา 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับส่วนเกณฑ์การคัดออกคือผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาหรือไม่สามารถหาเวชระเบียนได้ โดยรายงานเป็นสถิติเชิงพรรณนาโดยนำเสนอเป็นตารางแสดง จำนวนและร้อยละ

วิธีการผ่าตัดและการดูแลต่อเนื่อง

1.หลังจากทำความสะอาดบริเวณองคชาตด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อแล้ว ทำการปูผ้าเพื่อจัดเตรียมผู้ป่วย

2.ทำการระงับความรู้สึกด้วยยาชาชนิด xylocaine without adrenaline บริเวณ penile nerve และรอบบริเวณโคนpenis

3.วาดตำแหน่งของก้อนสารแปลกปลอมและบริเวณที่จะทำการผ่าตัด

4.ลงมีด circumferential incision บริเวณ shaft of penis

5. รูด prepuce ลงให้เห็นถึงบริเวณ inner foreskin ลงมีดบริเวณ subcoronal โดยพยายามเก็บส่วนของinner foreskin ให้มากที่สุด

6. Dissect skin และผิวหนังที่เสียไปจากการฉีดสารแปลกปลอมจนถึงชั้น Deep fascia โดยระมัดระวัง Dorsal penile artery, Dorsal penile vein และ Dorsal penile nerve

7.จากนั้นใช้ inner foreskin เย็บเข้ากับ shaft of penis ด้วยไหมชนิด Vicryl 4-0

8.ปิดแผลด้วย gauze และพันทับด้วย Coban bandage

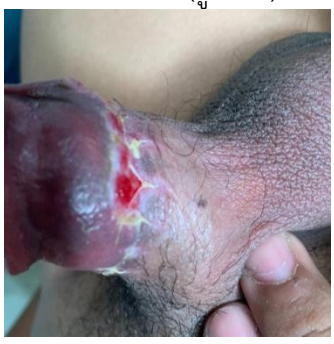
9.แนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผล, ลักษณะของแผลที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนด, และงดการมีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัด 8 สัปดาห์

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชด้วยการฉีดสารแปลกปลอมเข้าอวัยวะเพศตั้งแต่ ในช่วงระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2555 ถึงวันที่ 1สิงหาคม 2560 จำนวน 104 คน ในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คือฉีดสารแปลกปลอมปริมาณน้อยเช่นฉีดเฉพาะตรงปลายหนังหุ้มองคชาต (prepuce) หรือสารแปลกปลอมอยู่ที่ลำองคชาตแต่ไม่ถึงโคนองคชาตจำนวน 50 คน ทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยวิธีการขริบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศและเลาะสารออกบางส่วน (ดังรูปที่ 2)

รูปที่ 2 รูปองคชาตหลังการผ่าตัดด้วยวิธีขริบหนังหุ้มปลายและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วน

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดประมาณ 40 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ทุกรายสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เลย และจากติดตามการรักษาในเวลา 1 สัปดาห์ พบผู้ป่วยมีแผลติดเชื้อ 1 ราย ผู้ป่วยมีแผลบวมจากก้อนเลือด (hematoma) 1 ราย ผู้ป่วยมีแผลแยก (wound dehiscence) 2 ราย ซึ่งทุกรายสามารถรักษาต่อได้ด้วยการ Dressing และการให้ยาปฏิชีวนะไม่มีผู้ป่วยที่ต้องทำการผ่าตัดซ้ำหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 รูปองคชาตเมื่อมาติดตามการรักษาที่ระยะเวลา 1 สัปดาห์

เมื่อติดตามการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน ผู้ป่วย 41 ราย (ร้อยละ 82) แผลหายดีเป็นปกติ และเมื่อติดตามที่ระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยทุกรายแผลหายดีเป็นปกติ (รูปที่ 4)

รูปที่ 4 รูปองคชาตเมื่อมาติดตามการรักษาที่ระยะเวลา 3 เดือน

สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการผ่าตัดรักษาระดับดีมากร้อยละ 80 ระดับปานกลางร้อยละ 20

ตารางที่ 1 แสดงภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่พบเมื่อติดตามผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาในระยะเวลา 1 สัปดาห์ (n =50)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบใน 1 สัปดาห์	จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
แผลติดเชื้อ (wound infection)	1	2
แผลบวมจากก้อนเลือด (hematoma)	1	2
แผลแยก (wound dehiscence)	2	4
ต้องทำการผ่าตัดใหม่	0	0

ตารางที่ 2 แสดงผลเมื่อติดตามการรักษาผู้ป่วยในระยะเวลา 1 เดือน

ผลการรักษาในระยะเวลา 1 เดือน	จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
แผลผ่าตัดหายปกติ	41	82
ยังมีแผลผ่าตัดซึมเล็กน้อย	7	14
ยังมีแผลผ่าตัดซึมมาก	2	4
ต้องทำการผ่าตัดใหม่	0	0

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจของผู้ป่วย เมื่อติดตามการรักษาในระยะเวลา 3 เดือน

ความพึงพอใจต่อการผ่าตัดรักษา	จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
พึงพอใจมาก	40	80
พึงพอใจปานกลาง	10	20
ไม่พึงพอใจ (รู้สึกอวัยวะเพศสั้นลง, ความพอใจทางเพศลดลง)	0	0

วิจารณ์

การฉีดสารแปลกปลอมในอวัยวะเพศเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเพศชาย เนื่องจากความเชื่อและค่านิยม ซึ่งส่งผลเสียและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความยืดหยุ่นไม่เหมือนธรรมชาติ , ติดเชื้อ, รูดหนังหุ้มปลายไม่ได้, เจ็บเวลาอวัยวะเพศแข็งตัว ,ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เนื่องจากอาการเจ็บหรือไม่สามารถสอดใส่ หรือในบางรายถึงขั้นเป็นมะเร็งองคชาต ปัจจุบันวิธีการรักษาและผ่าตัดมีหลายวิธี ขึ้นกับปริมาณสารที่ฉีดและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรค และหลายวิธีต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเช่น การทำ excision ร่วมกับ split-thickness skin graft จากผิวหนังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายซึ่งผลผ่าตัดดีมาก แต่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษ [6,7] หรือการทำ pedicle scrotal flap คลุมบน shaft ของ penis ในขั้นตอนเดียวหรือที่เรียกว่า one stage

techniqueซึ่งหลังผ่าตัดรักษาวิธีนี้ ผู้ป่วยต้องใส่สายระบายและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล[8] หรือการทำ excision ร่วมกับ pedicle scrotal embedding ในการผ่าตัดครั้งแรก และนัดคนไข้มาผ่าตัดครั้งที่สองอีกครั้งเพื่อใช้ scrotal skinคลุม หรือที่เรียกว่า two stage technigue ซึ่งผู้ป่วยต้องทำการผ่าตัด 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกันประมาณ 16 สัปดาห์[9] และอาจทำให้อวัยวะเพศหลังการผ่าตัดมีการผิดรูปหรือสั้นลงมาก[10]

ผู้วิจัยจึงได้เริ่มทำการผ่าตัดในรายที่ฉีดสารแปลกปลอมเข้าองคชาตในปริมาณไม่มาก ด้วยวิธีการขริบปลายอวัยวะเพศร่วมกับการเลาะสารออกบางส่วน ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดที่ง่าย และสามารถทำได้ทุกโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อติดตามผู้ป่วยจำนวน 50 รายที่ทำการรักษาแบบนี้พบว่าใช้เวลาการผ่าตัดไม่นาน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ภายในวันเดียว มีภาวะแทรกซ้อนน้อย คือพบแผลติดเชื้อและแผลแยกเพียง 4 ราย ทั้งหมดไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือภาวะที่เป็นอันตรายจนต้องผ่าตัดซ้ำ และเมื่อติดตามการรักษาที่ระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยแผลหายดีเป็นปกติ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ และผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจในการผ่าตัดรักษา

สรุป

การฉีดสารแปลกปลอมในอวัยวะเพศเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเพศชาย และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขเช่นติดเชื้อ หรือรูดหนังหุ้มปลายไม่ได้ จนถึงอักเสบจนสามารถกลายเป็นมะเร็งองคชาตได้ในที่สุด ปัจจุบันการรักษาสามารถทำได้หลายวิธี สำหรับในรายที่ฉีดสารปริมาณน้อย การผ่าตัดขริบหนังหุ้มปลายและเลาะสารแปลกปลอมออกบางส่วนเป็นวิธีการรักษาที่ง่ายและได้ผลดี มีภาวะแทรกซ้อนน้อย สามารถทำเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยไม่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเมื่อติดตามการรักษาผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษา สามารถใช้ชีวิตประจำวันและมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. Dachlan IDI. Penile granuloma caused by liquid silicone injection. Journal of the Medical Sciences (BerkalaIlmuKedokteran). 2007 ; 39(1)
2. วิทยา พึ่งพาพงศ์,สมชาย จักรพันธุ์.รายงานผู้ป่วย ผลเสียของการฉีดสารพาราพฟินที่อวัยวะเพศชาย. เวชสารแพทย์ตำรวจ 2519;2:240-6
3. Lee T, Choi HR, Lee YT, Lee YH. Paraffinoma of the penis. Yonsei Med J 1994; 35(3): 344-8.
4. ภัทรานุช นิลประวิทย์,กฤษฎา รัตนโอฬาร.Scrotal Embedding Technique for the treatment of Foreign Body Granuloma of the penis.วารสารยูโร 2542;20:55-61
5. David A. Gilbert, Gerald H. Jordan:Reconstruction of male genital defects. Plastic surgery second edition Stephen J. Mathes 2006V.6;1199-206.
6. Santucci RA, Zehring RD, McClure D.: Petroleum jelly lipogranuloma of the penis treated with excision and native skin coverage. Urology. 2000 Aug 1;56(2):331.
7. Dmitriev DG, Shcheplev PA, Borovikov AM, The variants and potentials of reconstructive surgery of the penile skin. UrolNefrol (Mosk). 1996 MarApr;(2):39-44.

8. Kittichai Sipiyarak. Median Scrotal Flap for Parafinoma of Penis. J PrapokklaoHospClin Med Educat Eenter 2007;24:56-66.
9. Shusit Parnitvitidkun. Two-Staged Scrotal Tunnel Flap Repair:Treatment of Self-administered Penile Injection. Siriraj Med J 2007; 59: 119-21.
10. Nyirady P, Kelemen Z, Kiss A, Treatment and outcome of vaseline-induced sclerosing lipogranuloma of the penis. Urology 2008;71:1132-7.

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

ดวงดี ศรีสุขวัน, วันทนา มาตเกตุ, นฤวรรณ นิไชยโยค
หน่วยงานหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอด โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

บทคัดย่อ

บทนำ: ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดามีการปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติ เป็นระยะเปลี่ยนผ่านของชีวิต มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความสับสน และวิตกกังวลในจิตใจได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังหนึ่งกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t -test

ผลการศึกษา: ผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20 – 34 ปี มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 การศึกษาระดับมัธยมศึกษามีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6 ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 16 คน คิดร้อยละ 53.3 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และเป็นมารดาที่คลอดปกติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 17.22 (ค่าเฉลี่ย=17.22 , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.017) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 23.70 (ค่าเฉลี่ย = 23.70 , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน =3.687) ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p–value < 0.05)

สรุป: จากการค้นพบนี้ ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพควรจัดทำโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ และฝึกปฏิบัติในสตรีหลังคลอดเพื่อส่งเสริมให้มารดามีความรู้ มีความสามารถในการดูแลตนเองและทารกอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มารดาหลังคลอด ความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอด

The Effects of Health Education Program on Knowledge and Practice in Postpartum Woman, Krathumbaen Hospital

Duangdee Srisukwan, Wantana Matgate, Nareuwan Nichaiyok
Department of Obstetrics Special Room, Krathumbaen Hospital

Abstract

Background: The postpartum period is the period that the mother has adjusted to normal conditions. Is the transitional period of life. Mothers face physical and mental changes and Which such changes may cause confusion and worry in the mind**.**

Objective: To the Effects of Health Education Program on Knowledge and Practice in postpartum women at Krathumbaen Hospital.

Material and Method: pre - experiment were to comparison knowledge before and after health education program in postpartum women Krathumbaen Hospital. Design by using the theory concept of Benjamin, the Bloomberg and the faculty. Data were analyzed using descriptive statistics were Frequency, Percentage, Mean, Standard deviation inferential statistics was paired t –test.

Results: The results were as follows postpartum women have mean score before and after Health Education Program was at 17.22 and standard deviation were at 5.017. After the program the mean score was at 23.70 and standard deviation was at 3.687 . The statistical comparison revealed the significant difference ($p < 0.005$).

Conclusion: From this findings, health care provider should be made health education program on knowledge and practice in postpartum women to encourage mothers to have the knowledge and ability to care for themselves and their babies effectively.

Keywords: postpartum women, knowledge in postpartum women

บทนำ

ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มารดามีการปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะปกติ เป็นระยะเปลี่ยนผ่านของชีวิต มารดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความสับสน และวิตกกังวลในจิตใจได้ โดยเฉพาะมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และทารกมาก่อน การขาดความรู้ ความมั่นใจ และประสบการณ์ในการดูแลตนเองและทารกที่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลรวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของตนเอง และทารกได้[1,2,3] จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาหลังคลอดครรภ์แรกจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล ตนเอง และทารกแรกเกิดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งส่งเสริมทั้งการดูแลตนเองและทารก ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การประเมินผล (Bloom' s Taxonomy) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎีของ Bloom ที่อธิบายว่าคนเราจะเกิดความรู้ความเข้าใจในสิ่งใดๆต้องอาศัยการเรียนรู้ โดยเริ่มจาก ความรู้ ความเข้าใจ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมิน ซึ่งได้จำแนกการเรียนรู้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย หอผู้ป่วยพิเศษอาคาร 5 ชั้น 4 โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เป็นหอผู้ป่วยที่ให้บริการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด จากรายงานที่ผ่านมามีการให้บริการมารดาและทารกหลังคลอดเฉลี่ยเดือนละ 70 คน คิดเป็นร้อยละ 85 ของผู้ป่วยทั้งหมดในหอผู้ป่วย บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในหน่วยงานคือ การดูแลมารดาและทารก รวมทั้งให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดตั้งแต่ระยะหลังคลอดจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย ได้รับการบริการที่ได้มาตรฐาน และเกิดความพึงพอใจ แต่จากอุบัติการณ์ที่ผ่านมาพบว่ามีมารดาหลังคลอดครรภ์กลับมาด้วยอาการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และแผลผ่าตัดคลอด จากการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากมารดาขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอด เนื่องจากหอผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางในการให้ความรู้แก่มารดาและทารกหลังคลอดที่เป็นระบบและแนวทางเดียวกัน จึงทำให้มารดาไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง และครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้คิดโปรแกรมการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดครรภ์แรกขณะนอนที่โรงพยาบาลจนถึงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อมุ่งเน้นให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรก มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวหลังคลอด และดูแลทารกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยโปรแกรมการให้ความรู้ดังกล่าวประกอบด้วย การสอนสุขศึกษารายบุคคล การสอนสุขศึกษารายกลุ่ม การสาธิต โดยทีการนำสื่อการสอนต่างๆ เช่น วีดีทัศน์ แผ่นพับ มาใช้ประกอบการสอน โดยวัดประสิทธิผลจากการเปรียบเทียบความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองและทารก ก่อนและหลังใช้โปรแกรมว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา และปรับปรุงโปรแกรมการให้ความรู้แก่มารดา และทารก ในระยะหลังคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความสามารถของมารดาหลังคลอดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ณ หอผู้ป่วยพิเศษอาคาร 5 ชั้น 4 ในช่วงเวลา ที่ศึกษาระหว่าง เมษายน ถึง มิถุนายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ในช่วงระหว่างเดือน เมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2562

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มารับบริการในหอผู้ป่วยพิเศษอาคาร 5 ชั้น 4โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2562 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.เป็นมารดารครรภ์แรก และมีลูกคนแรก

2. สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. สามารถเข้าร่วมได้ครบตามกำหนดโดยลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1.มารดาหลังคลอดที่บุตรป่วยและย้ายแผนกทารกป่วย

2.มารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2562 โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1.1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รูปแบบการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการร่วมโครงการ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย พร้อมให้ลงชื่อเพื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ขั้นเตรียมความรู้

วันแรกรับที่หอผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป, ความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลบุตรของมารดาหลังคลอดปกติครรภ์แรก หลังจากทำแบบสอบถามเสร็จให้โปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอดปกติครรภ์แรก หลังจากทำแบบสอบถามเสร็จให้โปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลบุตร ได้แก่ การใช้สื่อวีดีทัศน์ร่วมกับการสาธิตท่าทางและวิธีการให้นมบุตรเป็นรายบุคคล

3. ขั้นฝึกปฏิบัติ

วันที่ 2 พยาบาลสอนอาบน้ำเด็กโดยการสาธิตวิธีการอาบน้ำทารกและวิธีการดูแลความสะอาดตา และสะดือทารกเป็นรายบุคคล

วันที่ 3 มารดาฝึกอาบน้ำลูกด้วยตนเอง พยาบาลให้คำแนะนำให้มารดาเกิดความมั่นใจ พยาบาลประเมินการให้นมบุตรของมารดาหลังคลอดเป็นรายบุคคล

4. ขั้นประเมินความรู้

วันที่ 4 พยาบาลประเมินความรู้จาก post test เตรียมให้ความรู้รายกลุ่มมารดาก่อนกลับบ้าน

กรณีผู้ป่วยคลอดปกติทางช่องคลอด ระยะเวลาการพักอยู่ในโรงพยาบาล 3 วัน แข็งแรงและมีความประสงค์จะกลับบ้าน สามารถใช้ขั้นประเมินความรู้ต่อจากขั้นฝึกปฏิบัติได้

ผลการศึกษา

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุระหว่าง 20 – 34 ปี	18	60
การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	20	66.7
ครอบครัวเดี่ยว	17	56.6
รายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท	16	53.3
อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล	12	40
คลอดปกติ	18	60

จากตาราง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20 – 34 ปี มีจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60 การศึกษาระดับมัธยมศึกษามีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6 ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.6 มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 และเป็นมารดาที่คลอดปกติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้ ร้อยละ การปฏิบัติตนหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
การปฏิบัติตัวหลังคลอด	16.73	4.08	83.34	3.16
ความสามารถในการอาบน้ำบุตร	13.37	3.12	86.78	3.57
ความสามารถในการให้นมบุตร	26.63	5.25	73.35	4.98

จากตาราง พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านการปฏิบัติตัวหลังคลอด เท่ากับ 16.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.08 ($\bar{x}$ = 16.73, SD = 4.08) ด้านความสามารถในการอาบน้ำบุตร เท่ากับ 13.37 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.12 ($\bar{x}$ = 13.37, SD = 3.12) และด้านความสามารถในการให้นมบุตร เท่ากับ 22.63 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.25 ($\bar{x}$ = 22.63, SD = 5.25)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ด้านการปฏิบัติตัวหลังคลอด เท่ากับ 83.34 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.16

($\bar{x}$ = 83.34, SD = 3.16) ด้านความสามารถในการอาบน้ำบุตร เท่ากับ 86.78 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.57 ($\bar{x}$ = 86.78, SD = 3.57) และด้านความสามารถในการให้นมบุตร เท่ากับ 73.35 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.98 ($\bar{x}$ = 73.35, SD = 4.98)

ตารางที่ 3 แสดงภาพรวมความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด ก่อนและกลังการทดลอง

ความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด	17.22	5.01	23.70	3.68

($p<0.05$)

จากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดเท่ากับ 17.22 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.01 ($\bar{x}$ = 17.22, SD = 5.01) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดเท่ากับ 23.70 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.68 ($\bar{x}$ = 23.70, SD = 3.68) ผลการเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 34 ปี มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ด้านการประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง และรายได้ 5,000 - 10,000 บาท ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และเป็นมารดาที่คลอดปกติ จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา มีประสิทธิภาพการพัฒนาสมองเต็มที่ และมีระดับการศึกษาค่อนข้างดี เป็นมารดาคลอดปกติ ซึ่งส่งผลให้สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอด สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้โดยสมมตติฐานการวิจัย หลังสิ้นสุดการวิจัยมารดาหลังคลอดมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการดูแลบุตรดีกว่าก่อนการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากมารดาหลังคลอดกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมที่สามารถส่งเสริมให้มารดามีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนหลังคลอด และดูแลทารกแรกเกิดได้จริง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าหากจัดโปรแกรมสุขศึกษาเรื่องความรู้ และการปฏิบัติตนในมารดาหลังคลอด จะทำให้มารดาสามารถมีความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดเพิ่มขึ้น[4] และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี[5] ในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) โดยแบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 6 ระดับ คือ ความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การ

สังเคราะห์ และการประเมินค่า และด้านทักษะพิสัย คือความสามารถในการปฏิบัติงาน หมายถึง การรับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง และปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้อง

ผู้วิจัยได้ใช้คู่มือ และวีซีดีในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอด ประกอบกับการสาธิตและให้มารดาฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้มารดาหลังคลอดสามารถเข้าใจได้ง่าย และเกิดทักษะในการปฏิบัติได้จริงเมื่อกลับบ้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอด และการดูแลทารก เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ และให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่มารดายังขาดความรู้อยู่ ซึ่งส่งผลให้มารดามีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตนหลังคลอด และดูแลทารกแรกเกิด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าถ้ามีการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มารดาหลังคลอดมีความรู้เพิ่มขึ้น มีความสามารถที่จะนำไปปฏิบัติและดูแลตนเองและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

คู่มือและวีซีดีในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดที่สร้างขึ้นมา สามารถช่วยให้

ข้อเสนอแนะ

1.ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนหลังคลอดมาปรับเข้ากับกิจกรรมการสอนเรื่องโรงเรียนพ่อแม่ โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก

2.ควรมีการพัฒนาสื่อการสอนให้มีความน่าสนใจ เช่น การใช้แอพพลิชั่น การใช้กรุ๊ปไลน์เป็นช่องทางในการให้ความรู้ และให้มารดาหลังคลอดใช้สื่อสาร หรือซักถามปัญหาเมื่อกลับบ้านไปแล้ว

3.ควรพัฒนาระบบการโทรเยี่ยมหลังคลอด เพื่อเป็นช่องทางในการเข้าถึงบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อปรึกษาปัญหาในการดูแลตนเองและทารก

เอกสารอ้างอิง

1. นภาพร นพพัฒนกุล.ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและทารกแรกเกิดของมารดาครรภ์แรก .วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีพระปกกล้า ฉบับที่ 25 2562;2556:29-38.
2. กมลวรรณ ลีนะธรรม และธนิดา จุลย์วณิชพงษ์.ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการเทคโนโลยีอีสเทิร์น; 2557:1-11.
3. Fahey JO., Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: The perinatal maternal health promotion model. Journal of Midwifery & Women's Health, 58(6);2013: 613-21.
4. ปฤษณพร ศิริจรรยา และรจนา อัศพันธ์.ผลของโปรแกรมการให้สุขศึกษาต่อความรู้และการปฏิบัติตนในหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี.วารสารโรงพยาบาลชลบุรี;2560:35-48.
5. Bloom, B.J. (Ed.), Engelhart, M.D., Furst, E.J., Hill, W.H. and Krathwohl, D.R. Taxonomy of Educational Objectives : Handbook I : Cognitive Domain. New York : David McKay;1956:219-25.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

กนกวรรณ อัตเศรณีย์, อารีย์ ธวัชวัฒนานันท์
กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก จากรายงานขององค์กรอนามัยโลก พบว่า อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี เท่ากับ 2558-2556 25.32 และ 18.28 8.09 ตามลำดับ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.1, อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 46.5, ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 64.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 66.4 และมีบิดาและมารดาเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.7 เรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.39, S.D.= 1.33) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.07, S.D.= 1.36) การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.86, S.D.=1.50) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.73, S.D.=1.71) และพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป: การส่งเสริมให้ผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาลในการดูแลรักษาให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง นั้น จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก

Factors Related to Health Promotion Behaviors in hypertension Patients, Outpatient Department, Krathumbaen Hospital, Samutsakorn Province

Kanokwan Atseranee, Aree Tawatwattananun
Outpatient Department Krathumbaen Hospital

Abstract

Background: Non communicable diseases (NCD) is a major public health problem in the world. From the World Health Organization report found that high blood pressure mortality rate per hundred thousand populations. In overall, the country in the year 2013-2015 is 8.09, 18.28 and 25.32 respectively.

Objective: To identify factor that associated with health promoting behaviors in hypertensive Patients, Outpatient Department Krathumbaen Hospital Samutsakorn Province.

Material and Method: Descriptive study, collected data by questionnaire and analyzed by using descriptive statistics and inferential statistics.

Result: The result showed that the samples were female 71.1%, mean age more than 60 years 46.5%, primary education level 64.2%, had not occupation 66.4% and 45.7% had family history of hypertension. Health promotion behaviors were a moderate level ($\bar{x}$= 2.39, SD= 1.33) Perceived social support was at a medium level ($\bar{x}$= 3.07, SD = 1.36). Support from peer groups was at a moderate level ($\bar{x}$= 2.86, SD = 1.50). Perceived self-efficacy in controlling hypertension at the highest level ($\bar{x}$= 3.73, SD = 1.71) and that perceived self-efficacy of hypertensive patients were positively correlated with health promoting behaviors at the level of 0.05.

Conclusion: This study suggested that encourage patients and family members to participate with the medical team in continuing care for good health promotion behavior. Which results in a commitment to change behavior that is different from the original. Which will make patients with hypertension have a good quality of life.

Keywords: health promotion behaviors, hypertension, outpatient department

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของโลก จากรายงานขององค์กรอนามัยโลก[1] พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 ประชากรกว่า 36 ล้านคน ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ในจำนวนนี้ร้อยละ 9.1 มีอายุต่ำกว่า 60 ปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากอันดับแรก (ร้อยละ 48) สำหรับในประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่าอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 8.09 18.28 และ 25.32 ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2558 เพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าจากปี 2556 ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครมีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2556-2558 โดยพบจำนวน 9,475 9,839 10,319 คนและอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 13, 28, 56 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครมีสถิติที่คล้ายคลึงกัน การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จะต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษาการดูแลตนเองและการให้ความสำคัญในการควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง แนวคิดรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์[2] กล่าวถึงการส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง อาทิเช่น ปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อวิธีคิดและทัศนคติต่อพฤติกรรมบางอย่าง ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและการสนับสนุนจากครอบครัวล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นครอบครัวต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสามารถทำหน้าที่อย่างถูกต้องในบทบาทผู้ดูแล ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับค่าความดันโลหิตไม่ได้อยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง แต่ยังคงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อให้ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแล และเป็นประโยชน์กับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ในการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ กับความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ในลักษณะของการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross – Sectional Study) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ที่รับยาที่รพ.กระทุ่มแบน ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี ในแผนกผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนทั้งหมด 11,973 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับยาที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ติดต่อกันอย่างน้อย 1 ปี ในแผนกผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ที่เข้ารับบริการ จำนวน 11,973 ราย ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2561- 31 สิงหาคม พ.ศ. 2561 โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูป [(3)] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % Sample size for precision ±5 % ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 385 ราย แต่ในการศึกษานี้ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ จำนวน 464 ราย จากนั้นจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลากแล้วหยิบออกจนได้กลุ่มตัวอย่างรวม 464 ราย โดยได้กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ปี

2. มีความสามารถในการรับรู้ สื่อสารหรืออ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท มีเลขหมายโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดช่วงการศึกษา การสัมภาษณ์ และการติดตามเยี่ยม

จากนั้นจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับฉลากแล้วหยิบออกจนได้กลุ่มตัวอย่างรวม 464 ราย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ได้พัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรง (IOC) .78 และค่าดัชนีความเที่ยง (CVI) .89 ตามลำดับ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับยาที่รพ และไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งหมด และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .896

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล บิดาและมารดาเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วย ประวัติการ สูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ จึงได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และ

แบบสอบถามพร้อมทั้งขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีการบังคับ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.3 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 31.2 มีสถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 64.2 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพเป็นพ่อบ้าน - แม่บ้าน ร้อยละ 32.8 ราย มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 26.9 มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ ร้อยละ 66.4 มีประวัติบิดาและมารดาเคยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.7 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 90.5 และไม่มีประวัติการดื่มสุรา ร้อยละ 88.1

2. ความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ย = 52.06 และ SD. = 15.54 เมื่อจำแนกภาพรวมเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอารมณ์ ตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 89.00 ด้านอาหาร ตอบถูกร้อยละ 85.56 และ ด้านการใช้ยา ตอบถูกร้อยละ 84.05 ระดับความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีความรู้ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด (8 - 17 คะแนน) ร้อยละ 85.56

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย $\bar{X}$= 2.39, SD. = 1.33 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านอาหาร $\bar{X}$=3.32, SD=1.35 ด้านออกกำลังกาย $\bar{X}$=2.79 SD.=1.64 และด้านการจัดการความเครียด/วิถีชีวิต $\bar{X}$= 2.69, SD = 1.51

4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ 3.07, SD.1.36 เมื่อแยกรายด้าน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว $\bar{X}$ 3.29, SD.1.23 และการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน $\bar{X}$ 2.86, SD.1.50 อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 2 ด้าน

5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ 3.63, SD.1.71 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า การใช้ยาอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$4.43, SD.1.48 และการเฝ้าติดตาม อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$ 3.84, SD. 2.15

6. ระดับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ระดับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

6.1 ระหว่างความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางลบ (r = -.09, P - value = .00)

6.2 ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับน้อย (r = .29, P - value = .00)

6.3 ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวม ความสัมพันธ์ทางบวก (r = .218,.188 , P - value = .00)

วิจารณ์

ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายตามสมมุติฐานดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบ (r = -.09, P - value = .00) แสดงให้เห็นว่าความรู้ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในระดับปานกลางถึงสูง ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล อาจเกิดจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ได้รับความรู้ในรูปแบบเดิมซ้ำๆ หรือได้รับความรู้ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$= 2.39, SD.= 1.33) และมีความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 85.56 ซึ่งการมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ สำหรับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่อาจเกิดจากปัจจัยหรือบริบทอื่นๆ ด้วยได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา ปัจจัยทางโครงสร้าง เป็นต้น องค์ความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจประกอบด้วยปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ สำหรับงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ (61 – 70 ปี) ถึงร้อยละ 31.30 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา สูงถึงร้อยละ 62.50 ซึ่งระดับการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ และศักยภาพ ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมจะเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่ายกว่า ผู้มีการศึกษาน้อย การได้รับการศึกษาที่สูง ทำให้มีโอกาสเรียนรู้ตลอดจนแสวงหาข้อมูลการใช้แหล่งบริการต่างๆ ให้เกิดประโยชน์มากขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาพรและคณะ[4] พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราวรรรณและคณะ[5] พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (r = -0.036, p = 0.639) จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อย (r = .29, P - value = .00) ซึ่งอธิบายได้ว่าจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ถึงร้อยละ 64.2 โดยการสนับสุนนจากครอบครัว สามีหรือภรรยา และกลุ่มเพื่อน ทั้งการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือจะช่วยส่งผลดีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมในการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทราวลัยและคณะ[6] พบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติพร[7] พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลสิงหนคร จ.สงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .543) และสอดคล้องกับงานวิจัยของจิราวรรณและคณะ[5] พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต (r = 0.300, p < 0.001) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและของเพื่อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(r = .218,.188 , P - value = .000,.000) ซึ่งแสดงว่าถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและเพื่อนในระดับเล็กน้อย แต่ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการที่สมาชิกในครอบครัว ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันเสมอ รวมทั้งกลุ่มเพื่อนบ้านใกล้เรือนเคียงมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องได้ ดังนั้น สังคม ชุมชน และครอบครัว จึงควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือต่อไป จึงเป็นไปตามสมมุติฐาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับเล็กน้อย (r = .37, P – value =.00) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุมากรและคณะ[11] พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด (r=.59, p<.01) รองลงมาคือ การรับรู้การสนับสนุนของครอบครัว ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว (r=.38, p<.01; r=.30, p<.01; r=.22, p<.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของอติพรและคณะ[8] พบว่า มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ผลดีของการออกกำลัง การเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกระบวนการคิดและการปรับพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนการรับรู้ ผลเสียของการออกกำลังกาย อยู่ระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในขั้นออกกำลังกายเป็นประจำ จะใช้กระบวนการปรับพฤติกรรมตนเอง (OR = 1.06, p < .05) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (OR = 1.054, p < .05) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ[2] ที่มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแนวคิดด้านการคิดรู้ ซึ่งอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีพื้นฐานมาจาก การให้คุณค่าความคาดหวัง และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self – efficacy expectancies) จะสะท้อน ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลที่พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดังนั้นจากผลการวิจัยในครั้งนี้ จึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงควรให้บุคคลในครอบครัว เพื่อน เข้ามามีส่วนร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาล ในการดูแลรักษาให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้นและอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผลลัพธ์ของพฤติกรรมจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แตกต่างจากเดิมออกไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาพร[9] พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทราวลัยและคณะ[6] พบว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติพร[7] พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเรื่องการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .395**,P-value = .000) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เรื่องการใช้ยาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .059,P-value = .208) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเรื่องความรู้เรื่องโรคมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.197**,P-value=.000) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเรื่องการเฝ้าติดตาม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .108*,P-value = .020) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรพิมลและคณะ[10] พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ($p < 0.001$ $r = 0.226$ และ $p < 0.001$ $r = 0.222$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ($p = 0.023$ $r = 0.134$, $p = 0.035$ $r = 0.124$ และ $p < 0.001$ $r = 0.289$ ตามลำดับ) จึงเป็นไปตามสมมุติฐาน

สรุป

จากผลการวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้ผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาลในการดูแลรักษาให้มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลลัพธ์จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ที่แตกต่างจากเดิม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ด้านบริการ ได้แก่ การจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ควรมีการวางแผนการการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเสริมแรงในการกระทำพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และเสริมแรงในการกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

1.2 ด้านบริหาร ได้แก่ การส่งเสริมโครงการสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ สร้างเสริมสนับสนุนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด

2. ด้านการวิจัย

ควรนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่น ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถเป็นโรงพยาบาลต้นแบบได้อย่างมีคุณภาพ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่อย่างเหมาะสมต่อ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Declaration on workers health. Available from: http://www.who.int/occupational_health/Declarwh.
2. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA . Health Promotion in Nursing Practice.5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc; .2006: 136-48.
3. Yamane, Taro.Statistics: An Introductory Analysis 3rd ed. Newyork : Harper and Row Publication,1973:346.

4. สุมาพร สุจำนง มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2556; 29(2):10-30.
5. จิราวรรรณ เจนจบ และสุพัฒนา คำสอน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกศกาสร อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร.นเรศวรวิจัย ครั้งที่ 12 วิจัยและนวัตกรรมการพัฒนาประเทศ 2559:721-31.
6. ภัทราวลัย ศิติสาร และคณะ.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง ที่ควรคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2556; 9(2):120-36.
7. กิตติพร เนาว์สุวรรณ. ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2559; 8(1): 1-12.
8. อติพร สำราบัว และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2558; 21(1): 65-77.
9. สุมาพร สุจำนง มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลาดขวัญ จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2556; 29(2):10-30.
10. พรพิมล ว่องไว และนิรัตน์ อิมามี. การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดสระแก้ว มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสุขศึกษา 2554; 34(117): 69-96.
11. อุมากร ใจยั่งยืน และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม 2559; 33(17):20-30.

ผลของการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยโรคลูปัส: การศึกษาในระยะเวลา 5 ปี

ภัทริยา มาลัยศรี พบ.,วว.อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคลูปัสเป็นโรคในกลุ่มภูมิต้านทานตนเองที่ทำให้เกิดการอักเสบหรืออาการผิดปกติในหลายอวัยวะในร่างกาย ซึ่งพบบ่อยในผู้หญิงอายุน้อยและเป็นวัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์อาจมีผลกระทบทั้งการตั้งครรภ์ต่อโรคและโรคต่อการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราโรคกำเริบและผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ทั้งในมารดาและทารกในผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์ โดยเปรียบเทียบตามความรุนแรงของโรคก่อนตั้งครรภ์จากการรวบรวมผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาพรรณนาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง เป็นระยะเวลา 5 ปี โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในผู้ป่วยโรคลูปัสที่ได้รับการรักษาและติดตามการรักษาโดยอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอด้วย ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์ ทั้งหมด 24 ราย คิดเป็น 39 ครั้งการตั้งครรภ์ โดยเฉลี่ยอายุ 29 ± 4.64 ปี ผลการตั้งครรภ์พบทารกแท้งเองในครรภ์ 9 ราย (ร้อยละ 23) ทารกตายคลอด 4 ราย (ร้อยละ 10.3) ทารกคลอดครบกำหนด 23 ราย (ร้อยละ 59) ทารกคลอดก่อนกำหนด 1 ราย (ร้อยละ 2.6) และต้องยุติการตั้งครรภ์ 2 ราย (ร้อยละ 5.1) ครรภ์เป็นพิษ 3 ราย (ร้อยละ 7.6) และพบโรคลูปัสกำเริบ 4 ราย (ร้อยละ 10.2)

สรุป: ผู้ป่วยโรคลูปัสที่โรคสงบนานกว่า 6 เดือนและได้รับการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์จะช่วยให้การตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จมีผลดีและโรคไม่กำเริบ

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ โรคลูปัส

Pregnancy Outcomes in Patients with Systemic Lupus Erythematosus: A 5-year Experience

Patariya Malaisri, MD.
Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a multisystem autoimmune disease which commonly affects women of childbearing age. SLE with pregnancy can affect fetal and maternal outcome and activity of disease.

Objective: To determine rate of flares and pregnancy outcomes in SLE patients with pregnancy at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, dating back 5 years.

Materials and Methods: A retrospective for a period of 5 years by collected data from medical records of pregnant SLE who treatment and follow up at Maharaj Nakhon SiThammarat Hospital. Data were analyzed by using descriptive study such as frequency, percentage.

Results: Thirty-nine pregnancies were observed in 24 patients. Mean age 29 ± 4.64 years, 9 (23%) spontaneous abortions, 4 (10.3%) still births or death fetus in utero, 23 (59%) terms, 1 (2.6%) preterm and 2 (5.1%) therapeutic abortions, 3 (7.6%) pre-eclampsia and 4 (10.2%) disease flares.

Conclusion: SLE who disease remission over 6 months and planed before pregnancy helped good fetal and maternal outcome.

Key words: pregnant SLE

บทนำ

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) เป็นโรคออโตอิมมูน ที่มีการสร้างออโตแอนติบอดีหลายชนิดทำปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย เป็นผลทำให้เกิดอาการและอาการแสดงได้หลายระบบ ลักษณะการแสดงของโรคนั้นมีตั้งแต่ความรุนแรงน้อยที่ไม่จำเป็นต้องรักษา จนถึงรุนแรงมากจนเสียชีวิต โรคนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 12:1 และพบมากในช่วงอายุ 15-45 ปี[1] ซึ่งเป็นช่วงวัยเจริญพันธุ์ การศึกษาในอดีตพบว่าการตั้งครรภ์จะเพิ่มความรุนแรงของโรค รวมไปถึงเพิ่มการเสียชีวิตทั้งของมารดาและทารก ดังนั้นแพทย์จึงมักจะแนะนำให้ผู้ป่วยโรคลูปัสหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์โดยเฉพาะในช่วงที่โรคกำเริบหรือมีความรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ยังอาจมีอาการทางคลินิก หรือการตรวจเลือดที่ผิดปกติ ทำให้เกิดความสับสนว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการตั้งครรภ์หรือจากโรคลูปัส[2] กลไกการเกิดโรคกำเริบในขณะที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดในปัจจุบัน แต่เชื่อว่าอาจเกี่ยวข้องกับระดับ ฮอร์โมน estrogen และ prolactin ที่เพิ่มขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงในระดับ T–helper2 cell รวมทั้งระดับซัยโตไคน์ (cytokines) ที่มีผลต่อความรุนแรงโรค (disease activity)[3, 4]

Clark และคณะ[5] ได้ทำการศึกษาในปี ค.ศ.2005 ถึงความสัมพันธ์ของการแท้งบุตรและการคลอดก่อนกำหนดในผู้ป่วยโรคลูปัส พบว่าในช่วงปี ค.ศ. 1960-1965 พบอัตราการแท้งบุตร ร้อยละ 43 และลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 17 ในช่วงปี ค.ศ. 2000-2003 ซึ่งอัตราการแท้งบุตรที่ลดลงอย่างชัดเจนนี้ส่วนหนึ่งน่าจะเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลูปัสที่ดีขึ้น ซึ่งในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคลูปัสสามารถตั้งครรภ์ได้ถ้ามีการควบคุมโรคที่ดี

ในปี ค.ศ. 2010 ได้มีการทำ meta analysis[6] ทบทวนการศึกษา 37 ฉบับ ในผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์จำนวนทั้งสิ้น 2751 ราย พบภาวะแทรกซ้อนในมารดา ได้แก่ มี ภาวะโรคกำเริบ ร้อยละ 25.6 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.3 lupus nephritis ร้อยละ 16.2 pre-eclamsia ร้อยละ 7.6 eclampsia ร้อยละ 0.8 และมีการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 5.9 ส่วนภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่ ทารกแท้งเองในครรภ์ (spontaneous abortion) ร้อยละ 16 ทารกตายคลอด (stillbirth) ร้อยละ 3.6 คลอดแล้วเสียชีวิต (neonatal death) ร้อยละ 2.5 ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth retardation : IUGR) ร้อยละ 12.7 ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ (pregnancy loss) ร้อยละ 23.4 คลอดก่อนกำหนด (preterm) ร้อยละ 39.4

ผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์ โดยส่วนใหญ่แล้วถ้ามีโรคกำเริบ อาการมักจะเป็นไม่มาก[7-9] และอวัยวะที่มีอาการกำเริบมักจะเป็น ผิวหนัง อาการทางข้อ และอาการอ่อนเพลีย โดยพบอาการทางผิวหนัง ร้อยละ 25 – 90 อาการทางข้อ ร้อยละ 20 ซึ่งส่วนใหญ่อาการทางข้อที่เพิ่มขึ้นมักจะไม่รุนแรง อาการทางระบบโลหิต ร้อยละ 10 – 24 พบว่าประมาณ ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์จะมีโรคกำเริบอย่างรุนแรง โดยจะเป็นอาการทางไต ระบบไหลเวียนโลหิต เยื่อบุอักเสบ (serositis) รวมไปถึงข้ออักเสบอย่างรุนแรง สิ่งเหล่านี้อาจเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด และ pre-eclampsia โดยอาการที่กำเริบอาจเป็นได้ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์จนถึงช่วงหลังคลอด พบว่าการกำเริบพบได้บ่อยในช่วงไตรมาสที่ 2 และต่ำสุดในช่วงไตรมาสที่ 3[10] และภาวะแทรกซ้อนกับมารดาจะพบได้มากขึ้นในรายที่มีโรครุนแรงหรือกำเริบ

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์ในผู้ป่วยโรคลูปัส ทำให้โรคกำเริบขึ้นได้ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้[5-7, 11-13] และพบว่าการที่โรคจะกำเริบมากหรือน้อยขึ้นกับว่าโรคลูปัสที่เป็นอยู่ก่อนการตั้งครรภ์มีความรุนแรงเพียงใด[10, 11, 13, 14] ในผู้ป่วยที่โรคสงบนานอย่างน้อย 6 เดือนก่อนการตั้งครรภ์พบโอกาสโรคกำเริบรุนแรง ร้อยละ 8 เทียบกับผู้ป่วย

ที่โรคยังไม่สงบในขณะตั้งครรภ์จะมีโอกาสโรคจะกำเริบรุนแรงสูงถึง ร้อยละ 56 หรือประมาณ 7 เท่า[11]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราโรคกำเริบและผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ทั้งในมารดาและทารก ในผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์ โดยเปรียบเทียบตามความรุนแรงโรคก่อนตั้งครรภ์จากการรวบรวมผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive research) เป็นการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในผู้ป่วยโรคลูปัสที่ได้รับการรักษาและติดตามการรักษาโดยอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในระยะเวลาระหว่าง 1 ม.ค. 2557 - 31 ธ.ค. 2561 (5 ปี) โดยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคลูปัส ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม 1997 American College of Rheumatology Updating Criteria for Classification of Systemic Lupus Erythematosus[15] ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยโรคลูปัสตั้งครรภ์ ของผู้ป่วยที่มารักษาที่แผนกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 พบผู้ป่วยตั้งครรภ์จำนวน 24 ราย คิดเป็นจำนวน 39 การตั้งครรภ์ ที่ประเมินความรุนแรงโรคและภาวะโรคกำเริบโดยใช้ค่า modified SLE disease activity index-2000 (mSLEDAI-2K) และ SELENA-SLEDAI flare index เป็นตัวประเมิน

ในแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยตั้งครรภ์ จะมีการเก็บบันทึกข้อมูลทั่วไป (ได้แก่ อายุ เชื้อชาติ อาชีพ) เกณฑ์การวินิจฉัย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติทางสูตินรีเวช (ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด) ประวัติเรื่องโรคซิฟิลิส ลักษณะทางคลินิก และการตรวจความผิดปกติทางน้ำเหลือง (serology) ข้อมูลเรื่องการรักษาด้วยยา ระดับความรุนแรงของโรคตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ 6 เดือน ขณะตั้งครรภ์และหลังตั้งครรภ์ โดยแบ่งเป็น

เกณฑ์การวินิจฉัยความรุนแรงโรค

1. การประเมินความรุนแรงของโรคในขณะตั้งครรภ์ ใช้ modified Systemic Lupus Erythematosus Pregnancy Disease Activity Index (mSLEPDAI)[16] ซึ่งในงานวิจัยนี้จะตัดส่วนการประเมินด้วย complement ออกไป (ซึ่งการตรวจดังกล่าวไม่ได้ทำในผู้ป่วยทุกรายและทุกครั้งที่มีการนัดตรวจผู้ป่วย)
2. การประเมินการกำเริบจะใช้เกณฑ์การประเมินการกำเริบของโรคลูปัส ใช้เกณฑ์ของ Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus National Assessment (SELENA-SLEDAI) score[17,18]

ในส่วนข้อมูลทางสูตินรีเวชในขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนทางมารดาและบุตร จะใช้คำจำกัดความดังนี้ โดยมีคำจำกัดความดังนี้[19]

1. ทารกแท้งเองในครรภ์ (spontaneous abortion) คือ การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ หรือก่อนที่ทารกในครรภ์จะมีน้ำหนักตัวเกิน 500 กรัม
2. ทารกตายคลอด (still birth, fetal death, dead fetus in utero) คือ ทารกในครรภ์เสียชีวิตตั้งแต่อายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์หรือเสียชีวิตเมื่อคลอด
3. การทำแท้งผิดกฎหมาย (criminal abortion) คือ การใช้วิธีการต่าง ๆ

เพื่อให้การตั้งครรภ์สิ้นสุด โดยมิได้กระทำเพื่อเหตุผลทางสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์

4. ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm neonate) คือ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 21- 37 สัปดาห์
5. ทารกคลอดครบกำหนด (term neonate) คือ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 37 – 42 สัปดาห์
6. ทารกคลอดช้ากว่ากำหนด (postterm neonate) คือ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์เกิน 42 สัปดาห์
7. คลอดแล้วเสียชีวิต (neonatal death) แบ่งเป็น early neonatal death คือ ทารกที่คลอดแล้วเสียชีวิตภายใน 7 วันหลังคลอด และ late neonatal death คือ ทารกที่คลอดแล้วและเสียชีวิตภายใน 30 วันหลังคลอด
8. ระยะหลังคลอด (puerperium period) คือ ระยะเวลาตั้งแต่หลังคลอดรกจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด
9. Premature rupture of the membrane (PROM) คือ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์
10. ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Small for gestational age) คือ ทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่า 10 percentile ของน้ำหนักที่อายุครรภ์นั้นๆ
11. ทารกน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) คือ ทารกคลอดครบกำหนดแต่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัม
12. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) คือ ความดันซิสโตลิค มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันไดแอสโตลิค มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท
13. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension: preeclampsia) คือ การมีความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะที่เกิดขึ้นใหม่หลัง 20 สัปดาห์ของการตั้งครรภ์ มักมีอาการบวมร่วมด้วย
14. Eclampsia คือ preeclampsia ที่มีอาการชักร่วมด้วย
15. ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ (pregnancy loss) คือ ภาวะ spontaneous abortion ร่วมกับ fetal death
16. มารดาเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ (maternal death) คือ การที่มารดาเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น direct maternal death คือ มารดาเสียชีวิตที่เป็นผลจากการตั้งครรภ์โดยตรง และ indirect maternal death คือ มารดาเสียชีวิตเป็นผลจากโรคร่วมอื่นที่เป็นอยู่ก่อนตั้งครรภ์หรือไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์

ในงานวิจัยนี้ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ทุกรายจะถูกเก็บบันทึกหมด โดยเลือกเก็บข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในวิจัย ถ้าหลังผู้ป่วยเข้าในการวิจัย มีการตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้งก็จะเก็บผลการตั้งครรภ์ทุกครั้ง แต่ถ้าผู้ป่วยเคยตั้งครรภ์มาก่อนเข้างานวิจัย

ไม่สามารถเก็บข้อมูลระหว่างการตั้งครรภ์ได้ก็จะทำการเก็บข้อมูลการท้องเพียงว่าตั้งครรภ์สำเร็จ (คลอดครบกำหนดหรือก่อนกำหนด) หรือไม่สำเร็จ (มีการแท้ง ทารกตายคลอด หรือคลอดแล้วเสียชีวิต) ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางมารดาจะเก็บเท่าที่เก็บได้เช่น มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดหรือไม่ เป็นต้น และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) แสดงเป็น ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean +/- standard deviation)

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ 35/2562 เอกสารรับรองเลขที่ 35/2562

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในผู้ป่วยโรคลูปัสที่ได้รับการรักษาและติดตามการรักษาโดยอายุรแพทย์โรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในระยะ เวลาระหว่าง 1 ม.ค. 2557 - 31 ธ.ค. 2561 (5 ปี) พบว่ามีผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์ ทั้งหมด 24 ราย คิดเป็น 39 ครั้ง โดยเฉลี่ยอายุ 29 ± 4.64 ปี และระยะการตั้งครรภ์หลังจากได้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคลูปัสโดยแบ่งเป็น 3 ช่วงคือ ตั้งครรภ์พร้อมๆ กับโรคลูปัส เป็นโรคลูปัสมาน้อยกว่า 3 ปี และมากกว่า 3 ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้มีการวางแผนที่จะตั้งครรภ์มาก่อนและพบว่าโรคอยู่ในระยะสงบก่อนการตั้งครรภ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคลูปัสตั้งครรภ์

ช่วงอายุ (ปี)	**N = 39**	**ระยะเวลาการวินิจฉัยโรคลูปัส**	**N = 39**
15-20	3	พร้อมๆ กับช่วงตั้งครรภ์	0
21-25	4	≤ 3 ปี ก่อนการตั้งครรภ์	15 (38.5%)
26-30	16	≥ 3 ก่อนการตั้งครรภ์	24 (61.5%)
31-35	13	**ระยะเวลาที่โรคสงบ**	**N = 39**
36-40	3	≥ 6 เดือน	33 (84.6%)
		≤ 6 เดือน	4 (10.3%)
		ไม่ตั้งใจ	2 (5.1%)

ผลของการตั้งครรภ์ทั้งต่อทารกและต่อมารดา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตั้งครรภ์ต่อทารกและมารดา

ผลของการตั้งครรภ์ต่อทารก	N = 39	ผลของการตั้งครรภ์ต่อมารดา	N = 39
ทารกแท้งเองในครรภ์	9 (23%)	ครรภ์เป็นพิษไม่รุนแรง	2 (5.1%)
ทารกตายคลอด	4 (10.3%)	ครรภ์เป็นพิษรุนแรง	1 (2.6%)
Therapeutic abortion	2 (5.1%)	ครรภ์ปกติ	36 (92.3%)
ทารกคลอดก่อนกำหนด	1 (2.6%)		
ทารกคลอดครบกำหนด	23 (59%)		

และในจำนวนนี้มีอุบัติการณ์ของครรภ์เป็นพิษ 3 ครั้งโดยต้องทำ therapeutic abortion 1 ครั้ง ทารกคลอดก่อนกำหนดโดยต้องผ่าคลอด 1 ครั้ง และทารกคลอดครบกำหนด 1 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษมักมีอายุน้อย ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วย 2 ราย อยู่ในช่วงอายุ 21-25 ปี โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์ยังได้รับยากดภูมิขนาดต่ำ ดังตารางที่ 3 และพบว่าผู้ป่วยที่ยังได้รับยาต้านมาลาเรียมีผลของการตั้งครรภ์ที่ดีกว่า โดยพบว่าในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านมาลาเรียมีโอกาสเกิดทารกแท้งเองในครรภ์และทารกตายคลอด ร้อยละ 22.2

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยโรคลูปัสที่มีโรคสงบมากกว่า 6 เดือน และวินิจฉัยนานมากกว่า 3 ปี ไม่พบว่ามีการกำเริบของโรคตลอดทั้ง 3 ไตรมาสและระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด แต่พบการกำเริบของโรคลูปัสในผู้ป่วยตั้งครรภ์ 4 ราย ที่มีโรคสงบน้อยกว่า 6 เดือน โดยเริ่มกำเริบตั้งแต่ไตรมาสแรก 2 รายและปลายไตรมาสที่ สอง 2 ราย แต่มี 1 ราย ที่มีการกำเริบรุนแรงจนต้องทำ therapeutic abortion 1 ราย ทารกตาย คลอด 1 ราย คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากแม่ครรภ์เป็นพิษและไม่สามารถแยกได้ว่าจากโรคกำเริบหรือไม่ และ 1 ราย ทารกคลอดครบกำหนด พบว่าใน 4 รายที่โรคกำเริบเป็นครรภ์แรกทั้ง 4 ราย มีเพียง 1 รายที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำในขณะที่โรคสงบเกิน 6 เดือน โดยพบว่าอวัยวะที่มีการกำเริบ คือ ไตโดยพบมีไข่ขาวรั่วในปัสสาวะและภาวะซีดแต่พบว่าไม่รุนแรง (Hb >9 mg/dl)

ตารางที่ 3 ยาที่ได้รับในช่วงตั้งครรภ์

การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน	จำนวน
ไม่มียา	3 (7.7%)
prednisolone ≤ 10 มก./วัน	8 (20.5%)
Antimalarial	11 (28.2%)
Prednisolone+HCQ	6 (15.4%)
Pred+HCQ+Azathioprine	8 (20.5%)
MMF/cyclophosphamide	3 (7.7%)

วิจารณ์

เป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์จะมีโอกาสมีโรคกำเริบ[20] และการตั้งครรภ์ก็มีผลกระทบต่อบุตร ได้แก่ การแท้งบุตร การสูญเสียทารก การคลอดก่อนกำหนด และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์[6, 21, 22] ดังนั้น ในผู้ป่วยที่เป็นโรคลูปัสที่ประสงค์จะตั้งครรภ์ แพทย์จึงแนะนำให้มีการวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (plan pregnancy) และตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดระหว่างตั้งครรภ์[23] รวมทั้งแนะนำว่าผู้ป่วยโรคลูปัสควรจะมีโรคสงบอย่างน้อย 6 เดือนก่อนที่จะตั้งครรภ์

การศึกษาฉบับนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคลูปัสเป็นระยะเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์

ทั้งหมด 39 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ตั้งครรภ์จะมีโรคอยู่ในภาวะที่สงบเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวนถึง 33 ครั้ง (ร้อยละ 84.6) และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบภายหลังการตั้งครรภ์ 4 ราย (ร้อยละ 10.3) พบว่าตั้งครรภ์โดยที่โรคอยู่ในภาวะสงบน้อยกว่า 6 เดือน โดยการกำเริบสามารถพบได้ทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ แต่ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นปลายไตรมาสที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าส่วนใหญ่โรคจะกำเริบเมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 และ ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด[11, 13, 20] การที่ค่า mSLEDAI ไม่ได้มีค่าเพิ่มขึ้นและมีผู้ป่วยที่โรคกำเริบน้อยกว่าในกลุ่มที่โรคสงบน่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษามาตลอด การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีโรครุนแรงก่อนการตั้งครรภ์จะสัมพันธ์กับการมีผู้ป่วยที่มีโรคกำเริบขณะตั้งครรภ์ ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีโรคสงบก่อนการตั้งครรภ์จะมีผู้ป่วยที่มีโรคกำเริบน้อยกว่า[10, 24] ในประเทศไทย รายงานการศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น[25] พบว่ามีผู้ป่วยที่มีโรคกำเริบสูงถึง ร้อยละ 75 ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษานั้นมีโรครุนแรงก่อนการตั้งครรภ์

การศึกษานี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ในขณะที่โรคยังมีความรุนแรงอยู่ มีแนวโน้มที่จะมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ทั้งต่อมารดาและต่อทารกมากกว่าในกลุ่มที่โรคสงบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้[10, 20, 26] การศึกษาจากประเทศอินเดีย[27,28] พบว่ายิ่งโรคมีความรุนแรงขณะตั้งครรภ์มากก็จะยิ่งเพิ่มการสูญเสียทารกมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการที่โรคมีความรุนแรงในขณะที่ตั้งครรภ์จะพบเด็กที่คลอดก่อนกำหนดมากกว่าเช่นกัน[20] ซึ่งเป็นการสนับสนุนว่าความรุนแรงของโรคขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับผลการตั้งครรภ์ สำหรับผลกระทบต่อมารดาพบว่าในกลุ่มที่โรคมีความรุนแรงมากขณะตั้งครรภ์ จะทำให้มารดาจะมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า โดยที่พบมากได้แก่ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่าผู้ป่วยลูปัสที่ตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และพบภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 16-30[28, 29] การศึกษานี้พบว่าโรคลูปัสมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ทั้งทารกและมารดา โดยผลกระทบต่อทารก คือ การคลอดก่อนกำหนด การสูญเสียทารก ส่วนผลกระทบต่อมารดา คือ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยสอดคล้องกับการศึกษาที่อื่นๆในแถบเอเชียให้ผลใกล้เคียงกัน[25, 31-32]

การศึกษาฉบับนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคลูปัสสามารถตั้งครรภ์และประสบความสำเร็จในการมีบุตรได้ โดยโรคควรสงบอย่างน้อย 6 เดือนก่อนหยุดการคุมกำเนิด และควรมีการเตรียมพร้อมที่เหมาะสมทั้งก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด รวมถึงแนะนำให้รับประทานยาต้านมาลาเรียต่อตลอดการตั้งครรภ์

ข้อจำกัดของงานวิจัยฉบับนี้ คือ จำนวนประชากรผู้ป่วยที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งทางผู้วิจัยได้รวบรวมผู้ป่วยทั้งหมดของแผนกโรคข้อและรูมาติสซั่ม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2557 ที่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เริ่มมีการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการณ์ในคอมพิวเตอร์เพื่อนำมาใช้ดู disease activity ของโรคลูปัส ทำให้ประชากรบางส่วนที่ไม่ได้มีการบันทึกผลการตรวจในคอมพิวเตอร์ต้องถูกคัดออกไปหรือไม่ได้นำมาวิเคราะห์แต่แรก ทำให้ยังไม่พบผลของโรคลูปัสต่อการตั้งครรภ์ซึ่งมีผลต่อมารดาและทารกในด้านอื่น เช่น ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ หรือทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ร่วมถึงอัตราการกำเริบของโรคลูปัสช่วงตั้งครรภ์ยังไม่สามารถบอกได้ดีนัก ทั้งนี้เนื่องจากในอดีตไม่ค่อยมีความเข้าใจในการดูแลโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยโรคลูปัสถูกห้ามไม่ให้ตั้งครรภ์ แต่เมื่อเวลาผ่านมา ได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคลูปัสในขณะที่ตั้งครรภ์ดีขึ้น และ

การดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น ประกอบกับการที่ผู้ป่วยเมื่อตั้งครรภ์ก็จะถูกส่งมาปรึกษาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเร็วขึ้น จึงอาจทำให้การกำเริบของโรคลูปัสช่วงตั้งครรภ์ และผลของการตั้งครรภ์ต่อทั้งมารดาและทารกดีขึ้น

สรุป

การศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยโรคลูปัสจะมีโรคกำเริบเมื่อมีการตั้งครรภ์ ภาวะโรคกำเริบพบได้บ่อยในช่วงปลายไตรมาสที่ 2 และส่วนใหญ่เป็นภาวะโรคกำเริบที่ไม่รุนแรง ผลการตั้งครรภ์พบทารกคลอดครบกำหนด 23 ราย (ร้อยละ 58.9) ทารกตายคลอดและแท้งเองในครรภ์ 13 ราย (ร้อยละ 33.3) ซึ่งอาจเป็นผลสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยได้ดีพอสมควรในช่วงการตั้งครรภ์และการมีการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ พบว่าการตั้งครรภ์ในขณะที่โรคมีอาการรุนแรงจะมีผลกระทบด้านลบต่อทั้งทารกและมารดา นอกจากนี้พบว่า ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ภาวะแทรกซ้อนทางทารกและมารดามีแนวโน้มที่ลดลง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคลูปัสที่ตั้งครรภ์ที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Wallace DJ, Hahn BH. Dubois' lupus erythematosus and related syndromes. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013.
2. Stojan G, Baer AN. Flares of systemic lupus erythematosus during pregnancy and the puerperium: prevention, diagnosis and management. Expert Rev Clin Immunol 2012; 8: 439-53.
3. Doria A, Cutolo M, Ghirardello A, Zampieri S, Vescovi F, Sulli A, et al. Steroid hormones and disease activity during pregnancy in systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 2002; 47: 202-9.
4. Tower C, Crocker I, Chirico D, Baker P, Bruce I. SLE and pregnancy: the potential role for regulatory T cells. Nat Rev Rheumatol 2011; 7: 124-8.
5. Clark CA, Spitzer KA, Laskin CA. Decrease in pregnancy loss rates in patients with systemic lupus erythematosus over a 40-year period. J Rheumatol 2005; 32: 1709-12.
6. Smyth A, Oliveira GH, Lahr BD, Bailey KR, Norby SM, Garovic VD. A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5: 2060-8.
7. Georgiou PE, Politi EN, Katsimbri P, Sakka V, Drosos AA. Outcome of lupus pregnancy: a controlled study. Rheumatology (Oxford) 2000; 39: 1014-9.
8. Carmona F, Font J, Cervera R, Munoz F, Cararach V, Balasch J. Obstetrical outcome of pregnancy in patients with systemic Lupus erythematosus. A study of 60 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999; 83: 137-42.
9. Lima F, Buchanan NM, Khamashta MA, Kerslake S, Hughes GR. Obstetric outcome in systemic lupus erythematosus. Semin Arthritis Rheum 1995; 25: 184-92.

10. Mintz G, Niz J, Gutierrez G, Garcia-Alonso A, Karchmer S. Prospective study of pregnancy in systemic lupus erythematosus. Results of a multidisciplinary approach. J Rheumatol 1986; 13: 732-9.
11. Clowse ME, Magder LS, Witter F, Petri M. The impact of increased lupus activity on obstetric outcomes. Arthritis Rheum 2005; 52: 514-21.
12. Clowse ME, Jamison M, Myers E, James AH. A national study of the complications of lupus in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2008; 199: 127 e1-6.
13. Cortes-Hernandez J, Ordi-Ros J, Paredes F, Casellas M, Castillo F, Vilardell-Tarres M. Clinical predictors of fetal and maternal outcome in systemic lupus erythematosus: a prospective study of 103 pregnancies. Rheumatology (Oxford) 2002; 41: 643-50.
14. Petri M, Howard D, Repke J. Frequency of lupus flare in pregnancy. The Hopkins Lupus Pregnancy Center experience. Arthritis Rheum 1991; 34: 1538-45.
15. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheum 1997; 40: 1725.
16. Uribe AG, Vila LM, McGwin G, Jr., Sanchez ML, Reveille JD, Alarcon GS. The Systemic Lupus Activity Measure-revised, the Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), and a modified SLEDAI-2K are adequate instruments to measure disease activity in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 2004; 31: 1934-40.
17. Buyon JP, Kalunian KC, Ramsey-Goldman R, Petri MA, Lockshin MD, Ruiz-Irastorza G, et al. Assessing disease activity in SLE patients during pregnancy. Lupus 1999; 8: 677-84.
18. Petri M, Buyon J, Kim M. Classification and definition of major flares in SLE clinical trials. Lupus 1999; 8: 685-91.
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
20. Petri M, Howard D, Repke J. Frequency of lupus flare in pregnancy. The Hopkins Lupus Pregnancy Center experience. Arthritis Rheum 1991; 34: 1538-45.
21. Shand AW, Algert CS, March L. Second pregnancy outcomes for women with systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis 2013; 72:547–51.
22. Koh JH, Ko HS, Lee J. Pregnancy and patients with preexisting lupus nephritis:15 years of experience at a single center in Korea. Lupus 2015; 24:764–72.
23. Meyer O. Making pregnancy safer for patients with lupus. Joint Bone Spine 2004; 71:178 e82.

24. Doria A, Tincani A, Lockshin MD. Challenges of lupus pregnancies. Rheumatology 2008; 47: 9-12.
25. Foocharoen C, Nanagara R, Salang L. Pregnancy and disease outcome in patients with systemic lupus erythematosus (SLE): a study at Srinagarind Hospital. J Med Assoc Thai 2009; 92: 167–74.
26. Martinez-Rueda JO, Arce-Salinas CA, Kraus A. Factors associated with fetal losses in severe systemic lupus erythematosus. Lupus 1996; 5: 113–9.
27. Gupta A, Agarwal A, Handa R. Pregnancy in Indian patients with systemic lupus erythematosus. Lupus 2015; 14: 926–7.
28. Chandran V, Aggarwal A, Misra R. Active disease during pregnancy is associated with poor foetal outcome in Indian patients with systemic lupus erythematosus. Rheumatol Int 2005; 26: 152–6.
29. Chakravarty EF, Colo´n I, Langen ES. Factors that predict prematurity and preeclampsia in pregnancies that are complicated by systemic lupus erythematosus. Am J Obstet Gynecol 2005; 192: 1897–904.
30. Phadungkiatwattana P, Sirivatanapa P, Tongsong T. Outcomes of pregnancies complicated by SLE. J Med Assoc Thai 2007; 90: 1981–5.
31. Song YJ, Liu DZ, Liu JT, Zhao Y. Predictors of maternal and fetal outcome in systemic lupus erythematosus: a retrospective study of 94 cases. Zhonghua Nei Ke Za Zhi 2008; 47: 1008–11.
32. Tan LK, Tan HK, Lee CT. Outcome of pregnancy in Asian women with systemic lupus erythematosus: experience of a single perinatal centre in Singapore. Ann Acad Med Singapore 2002; 31: 290–5.

การรักษาฟันหน้าสบคร่อมโดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น : รายงานผู้ป่วย

ศศิวรรณ ลิ้มรสเจริญวงศ์ ท.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูง (ทันตกรรมสำหรับเด็ก)
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

ฟันหน้าสบคร่อมเป็นการสบฟันผิดปกติ ที่ฟันหน้าบนสบอยู่ในตำแหน่งหลังต่อฟันหน้าล่าง โดยในชุดฟันผสมที่เกิดจากความผิดปกติของฟันควรให้การรักษา เพื่อป้องกันฟันสึก ป้องกันโรคปริทันต์เนื่องจากเกิดการสบกระแทก และป้องกันการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและข้อต่อขากรรไกร ลดโอกาสรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ต้องร่วมกับการผ่าตัด ลดโอกาสการเกิดความผิดปกติแบบฟันหลังล่างครอบฟันหลังบน และก่อให้เกิดความสมดุลของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวบทความนี้รายงานผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี มีโรคประจำตัวเป็นสมาธิสั้นซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็ก ผู้ปกครองพามาพบทันตแพทย์ เนื่องจากฟันหน้าล่างยื่นคร่อมฟันหน้าบน จากการตรวจในช่องปากพบฟันซี่ 11 สบคร่อมกับซี่ 41 และ ซี่ 21 สบคร่อมกับซี่ 31 จึงให้การรักษาโดยการใส่เครื่องมือจัดฟันถอดได้ที่มีแผ่นกัดฟันหลังร่วมกับสปริง ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 4 เดือน และติดตามผลการรักษาไปอีก 6 เดือน พบว่าผลเป็นที่น่าพอใจ การสบฟันของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ

คำสำคัญ: ฟันหน้าสบคร่อม โรคสมาธิสั้น เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้

Anterior Crossbite Correction on 9-year-old Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Case Report

Sasiwan Limroscharoenwong, D.D.S., Higher Grad. Dip. (Dentistry)
Department of Dentistry, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Abstract

Anterior crossbite is defined as a malocclusion resulting from the lingual positioning of the maxillary anterior teeth in relationship to the mandibular anterior teeth. Uncorrected anterior dental crossbite may lead to abnormal wear of lower incisors, tooth mobility, lingual gingival recession and temporomandibular disorder. Early and immediate treatment is necessary to dental problems and re-establish proper muscle balance by elimination of occlusal interference. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common disorder in children. Only a few literature was written about dental case especially those who experienced anterior crossbite. This case report describes the treatment of a 9-year-old boy with anterior crossbite and ADHD using a removable acrylic appliance with posterior bite plane incorporating springs was used to bring 11,21 into a normal position. After a 4-month treatment and a 6-month follow up, the anterior crossbite was successfully corrected.

Key words: anterior crossbite, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), removable acrylic appliances

บทนำ

ฟันหน้าสบคร่อม (anterior crossbite) เป็นการสบฟันผิดปกติ โดยฟันหน้าบนสบอยู่ในตำแหน่งหลังต่อฟันหน้าล่าง[1,2] พบได้ทั้งชุดฟันน้ำนม ชุดฟันผสม และชุดฟันถาวร โดยฟันหน้าล่างอาจสบคร่อมฟันหน้าบนเพียง 1 ซี่หรือหลายซี่ สำหรับสาเหตุของการเกิดการสบฟันผิดปกติแบบฟันหน้าสบคร่อม อาจเกิดจากปัจจัยเฉพาะที่ เช่น ทิศทางการขึ้นของฟันถาวรผิดตำแหน่งไปเนื่องจากหน่อฟันถาวรเคลื่อนที่จากการได้รับภยันตรายต่อฟันน้ำนม[3] มีฟันเกินมีพื้นที่ไม่เพียงพอสำหรับฟันขึ้น หรือการมีสิ่งกีดขวางต่อการสบฟันทำให้การเคลื่อนที่ของขากรรไกรล่างไปทางด้านหน้าขณะสบฟัน เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจมีสาเหตุจากพันธุกรรม[4] ที่ทำให้เกิดขนาดฟัน และขนาดของขากรรไกรไม่ได้สัดส่วนกันความผิดปกติแบบฟันหน้าสบคร่อม อาจแบ่งความผิดปกติได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือความผิดปกติของโครงสร้างกระดูก (skeletal problems) ความผิดปกติของฟัน (dental problems)[5] และความผิดปกติแบบฟังซ์ชันนอลคลอสไบท์ (functional crossbite)[1] โดยความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกอาจจะพบขากรรไกรล่างมีการเจริญมากกว่าปกติ หรือขากรรไกรบนมีการเจริญน้อยกว่าปกติ หรือพบทั้งสองอย่างร่วมกัน ความผิดปกติของตัวฟันจะพบฟันหน้าบนมีแนวการเรียงตัวของฟันมาทางลิ้น[6] ส่วนฟังซ์ชันนอลคลอสไบท์ เกิดเนื่องจากมีสิ่งกีดขวางการสบฟันของตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์สบ (occlusal interference in centric occlusion)[1] อันเป็นสาเหตุให้เกิดการยื่นของขากรรไกรล่างไปข้างหน้าเพื่อให้มีการสบฟันกันมากที่สุด ซึ่งเป็นการปรับตัวของกล้ามเนื้อต่อสิ่งกีดขวางการสบฟัน[7] โดยที่ตำแหน่งฟันและขนาดขากรรไกรปกติ เหตุผลและข้อบ่งชี้ในการการรักษาอุดฟันหน้าสบคร่อมในชุดฟันผสม เพื่อป้องกันฟันสึก และโรคปริทันต์ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการสบกระแทกส่งผลให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ[8-10] และเพื่อป้องกันเจริญเติบโตที่ผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและข้อต่อขากรรไกร[9] ลดโอกาสการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันที่ต้องร่วมกับการผ่าตัด ลดโอกาสการเกิดความผิดปกติแบบฟันหลังล่างครอบฟันหลังบนและก่อให้เกิดความสมดุลของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว[8] ซึ่งทันตแพทย์ทั่วไปควรให้การรักษาฟันหน้าสบคร่อมเฉพาะกรณีความผิดปกติของตำแหน่งฟันและความผิดปกติแบบฟังซ์ชันนอลคลอสไบท์เท่านั้น

เครื่องมือจัดฟันถอดได้ร่วมกับสปริงจัดเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงในการแก้ไขฟันหน้าสบคร่อมในระยะ interceptive phase[5] เพื่อลดความรุนแรงหรือผลเสียที่เกิดขึ้นจากการสบฟันที่ผิดปกติดังกล่าว ในผู้ป่วยเด็กที่มีฟันหน้าบนสบคร่อมฟันหน้าล่างและอยู่ในระยะชุดฟันผสม โดยเครื่องมือชนิดนี้จะทำให้เกิดการเคลื่อนของฟันในลักษณะtipping ซึ่งหากติดสปริงไว้ด้านใกล้ลิ้น (lingual spring) เมื่อปรับสปริงจะส่งผลให้ฟันบนเคลื่อนออกมาทางด้านหน้า(facial movement)[11] แต่การที่เครื่องมือจัดฟันถอดได้ชนิดนี้จะให้ประสิทธิภาพในแก้ไขฟันหน้าสบคร่อมได้นั้น จำเป็นที่จะต้องใส่เครื่องมือตลอดเวลา โดยการปรับสปริง 1.5–2 มิลลิเมตร จะทำให้ฟันเคลื่อนออกมาได้ 1 มิลลิเมตรใน 1 เดือน และเมื่อแก้ไขจนฟันหน้ากลับมาอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องแล้วควรให้ผู้ป่วยใส่เครื่องมือในลักษณะที่ไม่ออกแรงกระทำต่อตัวฟัน (passive appliance) เป็นระยะ 1–2 เดือน เพื่อให้ฟันที่เคลื่อนออกมามีเสถียรภาพและคงที่[12]

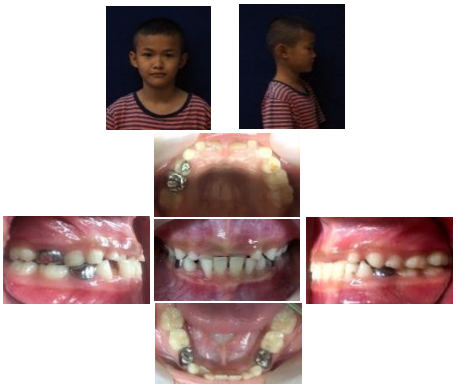
สำหรับโรคสมาธิสั้นหรือ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่มีอาการหลักเป็นความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1.ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง(inattention) 2.ซนมากกว่าปกติหรืออยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และ 3.ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติของเด็กในระดับพัฒนาการเดียวกันและทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม[13] ผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการรักษา มักจะประสบปัญหาในด้านการ

เรียน ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และมีภาพพจน์ต่อตนเองที่ไม่ดี[14] เชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุเป็นได้จากหลายปัจจัย โดยมีปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุหลัก ในปัจจุบันได้มีการค้นพบยีนส์หลายตัวที่น่าจะเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ได้แก่ dopamine4 and 5 receptor gene, dopamine transporter gene, dopamine beta-hydroxylase gene และserotonin transporter gene33 นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจมีส่วนทำให้เกิดโรคสมาธิสั้น เช่น ภาวะพิษจากสารตะกั่ว การสูบบุหรี่ของมารดาในขณะตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด[15,16] ส่วนปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น การเลี้ยงดูที่ขาดระเบียบหรือการปล่อยให้เด็กดูโทรทัศน์มากเกินไป ไม่ได้เป็นสาเหตุ แต่อาจมีส่วนทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นเป็นมากขึ้นได้[17] สำหรับการรักษาโรคสมาธิสั้นต้องอาศัยการรักษาแบบผสมผสานด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน(multimodal management)[18] โดยประกอบด้วยการให้ความรู้และคำแนะนำวิธีการช่วยเหลือแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วย การประสานงานกับครูเพื่อให้มีการช่วยเหลือที่โรงเรียน การใช้ยา และการรักษาภาวะที่พบร่วม รวมทั้งแก้ไขผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้น

ในทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ผู้ป่วยที่เป็นโรคสมาธิสั้นจัดเป็นเด็กพิเศษ ซึ่งเด็กเหล่านี้ต้องการความช่วยเหลือและการดูแลเป็นพิเศษ โดยมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทาง ทันตกรรม ดังนั้นทันตแพทย์จึงต้องให้ความใส่ใจกับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษ โดยต้องมีการวางแผนการรักษา มีวิธีการจัดการพฤติกรรมอย่างเหมาะสม และให้การรักษาด้วยความระมัดระวัง เพื่อให้สามารถทำการรักษาทางทันตกรรมได้ และเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาทางทันตกรรมทั้งกับผู้ป่วยเองและผู้ปกครองซึ่งมักมีความวิตกกังวลสูง เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 9 ปี น้ำหนัก24 กิโลกรัม ส่วนสูง 130 เซนติเมตร มาด้วยอาการนำฟันหน้าล่างยื่นคร่อมฟันหน้าบน ผู้ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นตรวจพบเมื่ออายุ 7 ปี รักษาโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ และรับประทานยา Ritalin (1 มิลลิกรัม) ครั้งละ 1 เม็ด เช้า-เย็น พบอาการดีขึ้นแล้วแพทย์ให้งดยา เมื่อ 6 เดือนที่แล้ว มีประวัติแพ้ยา Dicloxacillin ทานแล้วผื่นขึ้นเคยได้รับการอุดฟัน รักษารากฟัน ครอบฟันโลหะเหล็กไร้สนิม เคลือบหลุมร่องฟัน และเคลือบฟลูออไรด์ซึ่งผู้ปกครองให้ประวัติว่าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือต้องใช้ผ้าห่อตัวในการรักษา ผู้ป่วยแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์วันละ 2 ครั้ง เช้า-ก่อนนอนไม่มีประวัติกลืนยาสีฟัน ไม่เคยใช้ไหมขัดฟัน ตรวจภายนอกและภายในช่องปากพบมีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายเล็กน้อย ฟันซี่ 36 B pit ผุ ซี่ 16,26,46 หลุมร่องฟันลึก ซี่ 82 โยกระดับ 3 ซี่ 42 ขึ้นบางส่วน ซี่11/41,82 และ21/31,72 สบคร่อม และมีการสบฟันกรามข้างซ้ายเป็นแบบที่ 1และข้างขวาเป็นแบบที่ 2 (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ภายนอกและภายในช่องปาก ฟันซี่ 36B pit ผุ ซี่ 16,26,46 หลุมร่องฟันลึก ซี่82โยกระดับ3 ซี่ 42 ขึ้นบางส่วน ซี่11/41,82 และ21/31,72 สบคร่อม

และตรวจทางภาพถ่ายรังสี ไม่พบพยาธิสภาพใดๆ และไม่พบหน่อฟันแท้ซี่15,13,23,45 และฟันกรามซี่3ทุกquadrant (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 ภาพรังสีไม่พบพยาธิสภาพใดๆ และไม่พบหน่อฟันแท้ซี่15,13,23,45 และฟันกรามซี่ 3 ทุกquadrant

ภายหลังการอุดฟันร่วมกับเคลือบหลุมร่องฟันซี่36 เคลือบหลุมร่องฟันซี่16,26,46 ขูดหินน้ำลาย เคลือบฟลูออไรด์ และถอนฟันซี่82 ในครั้งที่1และ2แล้ว จึงให้การรักษาแบบ interceptive phase เพื่อแก้ไขฟันซี่11/41,21/31 anterior crossbite จากฟันซี่11,21ขึ้นผิดตำแหน่งโดยใส่เครื่องมือจัดฟันถอดซึ่งประกอบด้วย-Posterior bite plane, double cantilever spring ที่ฟันซี่ 11,21 และAdam's clasp ที่ฟันซี่16,26ใส่เครื่องมือให้ผู้ป่วยในการรักษาครั้งที่ 3 ให้เครื่องมือติดแน่นดี ฟันกรามล่างสัมผัส posterior bite plane ทุกซี่ และปลายฟันหน้าบนและล่างห่างกัน 2 มิลลิเมตร โดยยังไม่ปรับ double cantilever spring(รูปที่ 3)

รูปที่ 3 เครื่องมือจัดฟันถอดซึ่งประกอบด้วย Posterior bite plane, double cantilever spring ที่ฟันซี่11,21และ Adam's clasp ที่ฟันซี่16,26

หลังจากนั้นนัดทุก 4 สัปดาห์ เพื่อทำการปรับ double cantilever spring ออกมาประมาณ 2 มิลลิเมตรหลังจากทำการรักษา 2 เดือน (ครั้งที่ 3-5) พบว่า ฟันซี่11และ21 มี overjet และ overbite 0.5 และ 1.0 มิลลิเมตร ตามลำดับ และหลังจากใส่เครื่องมือครบ 3 เดือน(ครั้งที่ 6) ฟันซี่ 11และ21 มี overjet และ overbite 1.0 มิลลิเมตร จึงได้ทำการกรอลด posterior bite planeโดยไม่ปรับspring แล้ว และเมื่อครบ 4 เดือน(ครั้งที่ 7) ฟันซี่11และ21 มี overjet และ overbite 1.5 มิลลิเมตร จึงได้ถอดเครื่องมือ และติดตามผลการรักษา 6 เดือนหลังการรักษา ไม่มีฟันผุ อนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี ฟันซี่11และ21 มี overjet และ overbite 2.0 มิลลิเมตร (รูปที่ 4)

รูปที่ 4 ภายในช่องปากไม่มีฟันผุ อนามัยช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี ฟันซี่ 11และ21 มี overjet และ overbite 2.0 มิลลิเมตร

ในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยในการรักษาครั้งที่ 1เป็นแบบ Potentially Co-operative หลบอยู่ข้างหลังคุณแม่ ปฏิเสธการขึ้นเก้าอี้ทำฟันในตอนแรก พูดซ้ำ ๆ “ไม่ทำฟัน” อยู่ไม่นิ่ง ขยับตลอดเวลาใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมคือ parent presence, tell show do, positive reinforcement, reward, condition ผู้ป่วยยอมให้ทำฟันได้ แต่ขอบ้วนน้ำบ่อยๆ และร้องโวยวายเป็นระยะ ในการรักษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยร่วมมือมากขึ้น แต่มีบ่นโวยวายเป็นระยะ และขอบ้วนน้ำบ่อยๆใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมเหมือนครั้งแรก แต่ไม่ต้องใช้ voice control สามารถทำฟัน และพิมพ์ปากได้

ในการรักษาครั้งต่อๆมาผู้ป่วยสามารถร่วมมือได้มากขึ้น มีอิดออด และบ่นเล็กน้อย แต่เมื่อเห็นลักษณะของฟันที่ได้รับการแก้ไขแล้วเปลี่ยนไปจากเดิม และได้รับการชมเชย และให้กำลังใจผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือสม่ำเสมอก็ดีใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาจนสิ้นสุดการรักษาทุกครั้ง

วิจารณ์

การรักษาฟันหน้าสบคร่อมในชุดฟันผสมที่เกิดจากฟันหน้ามีการเรียงตัวที่ผิดปกติและมีการสบฟันกรามแบบที่หนึ่งควรทำการแก้ไข เพื่อป้องกันอันตรายต่อฟันคู่สบและอวัยวะปริทันต์ของฟันคู่สบ รวมทั้งเพื่อให้การเจริญเติบโตของขากรรไกรเป็นไปตามปกติ[9]

การรักษาฟันหน้าสบคร่อมในชุดฟันผสมตอนต้นมีหลายทางเลือกการรักษา การใช้ไม้ไอศครีมก็เป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งค่าใช้จ่ายถูก แต่จะประสบผลสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย และการควบคุมจำนวนและทิศทางของแรงที่กระทำต่อฟันเป็นไปได้ยาก[19] สำหรับการใช้ครอบฟันโลหะเหล็กไร้สนิมกลับด้านมีรายงานการศึกษาแสดงถึงผลสำเร็จค่อนข้างสูงแต่เทคนิคนี้มีข้อเสีย คือ ไม่สวยงาม และขนาดของพื้นระนาบเอียงที่ได้จากการกลับด้านครอบฟันโลหะเหล็กไร้สนิมมีจำกัด[20]

การแก้ปัญหาฟันหน้าสบคร่อม โดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ร่วมกับสปริง การใช้เครื่องมือชนิดนี้จัดว่ามีประสิทธิภาพในการแก้การสบฟันที่ผิดปกติในช่วง interceptive phase ซึ่งมีข้อดีหลายประการ เช่น เครื่องมือถอดออกมาทำความสะอาดได้ทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลช่องปากได้ง่าย มีพื้นที่เพดานปากเป็นหลักยึดช่วยในการยึดอยู่ของเครื่องมือ[21] อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือชนิดนี้ก็มีข้อเสีย โดยเครื่องมือสามารถออกแรงและเคลื่อนฟันได้จำกัด ผู้ป่วยจึงต้องกลับมาพบทันตแพทย์เพื่อปรับเครื่องมือหลายครั้ง หรือในกรณีที่ต้องเคลื่อนฟันไปเป็นระยะทางไกลอาจต้องใช้เครื่องมือหลายชิ้นเนื่องจากเกินกำลังการเคลื่อนของสปริงจากเครื่องมือชิ้นเดียว รวมทั้งตำแหน่งที่จะเคลื่อนฟันไปนั้นต้องมีช่องว่างเพียงพอ

สำหรับในผู้ป่วยรายนี้พิจารณาเลือกการรักษาโดยใช้เครื่องมือจัดฟันแบบถอดได้ที่มีแผ่นกัดฟันหลังร่วมกับสปริงเพื่อใช้ในการรักษาฟันหน้าสบคร่อม แม้ว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคสมาธิสั้น แต่ได้รับการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันเลิกรับประทานยาแล้ว รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความต้องการและเห็นความสำคัญของการรักษา และทันตแพทย์มีการจัดการพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้เกิดความร่วมมืออย่างดีตลอดการรักษา และขากรรไกรมีช่องว่างเพียงพอสำหรับฟันซี่11 และ 21 และเคลื่อนฟันไปไม่ไกลอยู่ที่ระยะประมาณ 2-3 มิลลิเมตร โดยในผู้ป่วยรายนี้ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 4 เดือน และจากการติดตามผลการรักษาไปอีกประมาณ 6 เดือน พบว่าฟันซี่ 11,21,31 และ41 เรียงตัวดีตามรูปร่างของส่วนโค้งของขากรรไกร ไม่พบการโยกของฟัน การสบฟันของผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ ไม่เกิดการเบี่ยงเบนของขากรรไกร อีกทั้งยังให้ความสวยงามแก่ผู้ป่วย ซึ่งผลการรักษาเป็นที่พอใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ปกครอง อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยรายนี้ยังคงต้องรับการติดตามรักษาในอนาคตต่อไป เพื่อประเมินติดตาม และแก้ไขการเรียงตัวของฟันแท้ เนื่องจากปัญหาหน่อฟันแท้ซี่ 15,13,23,45 หายไป

สรุป

การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเพื่อแก้ไขฟันหน้าสบคร่อมที่เกิดจากฟันหน้ามีการเรียงตัวที่ผิดปกติและมีการสบฟันกรามแบบที่หนึ่ง โดยการใช้เครื่องมือจัดฟันถอดได้ร่วมกับสปริงเป็นวิธีการรักษาหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ แต่ความสำเร็จต้อง

อาศัยความร่วมมือที่ดีของผู้ป่วยในการใส่เครื่องมือจัดฟันตลอดการรักษา รวมทั้งผู้ปกครองต้องมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการรักษาเนื่องจากต้องพาผู้ป่วยมารับการรักษาตามที่นัดไว้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ภายหลังการรักษาทันตแพทย์ต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาเพื่อประเมินภาวะช่องปากของผู้ป่วยโดยรวมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Vadiakas G, Viazia A. Anterior crossbite correction in the early deciduous dentition .Am J OrthodDentofacOrthop 1992; 102: 160-2.
2. Croll TP. Fixed inclined plane correction of anterior crossbite of the primary dentition. J Pedodontics 1984; 9(84): 84-94.
3. Al – Sehaibany F, White G. A three dimensional clinical approach for anterior crossbite treatment in early mixed dentition using an Ultrablock appliance : case report. J ClinPediatr Dent 1998; 23(1): 1-8.
4. Harris JE, Kowalski CJ. All in the family : use of familial information in orthodontic diagnosis, case assessment and treatment planning. Am Jorthod 1976; 69: 493-510.
5. Christensen JR, Fields Jr. HW.Orthodontic Treatment in the primary dentition. In: Pinkham JR. Pediatric dentistry: infancy through adolescence. 3rd ed. Philadelphia: WB Sauders; 1994: 374-80.
6. Moyers RE. Treatment of clinical problems. In: Handbook of Orthodonics. 3rd ed. London: Year Book Medical published; 1973: 574 -7.
7. Kisling E. Occlusal interferences in the primary dentition. J Dent Child 1981; 48: 181-91.
8. Ngan P, Wei SHY. Early orthodontic treatment in the mixed dentition. In: Wei SHY Pediatric dentistry total patient care. Philadelphia: Lea &Febiger; 1988: 471 – 8.
9. Sexton T, Croll TP. Anterior crossbite correction in the primary dentition using reversed stainless steel crowns. J Dent Child 1983; 50(2): 177-20.
10. Estreia F, Almerich J, Gascon F. Interceptive correction of anterior crossbite. J Clin Pediatr Dent 1991; 15(3): 157 – 9.
11. Tanaka OM, Maciel JVB, Kreia TB, Ávila ALR, Pithon MM..The anterior dental cross-bite: the paradigm of interception in orthodontics. Rev ClínPesqOdontol 2010; 6(1): 71-8.
12. Profitt WR, Fields Jr HW, Sar ver DM. Contemporary orthodontics. 4th ed. St Louis:Elsevier; 2007.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition Text rev. (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
14. Szymanski ML, Zolotor A. Attention-deficit/hyperactivity disorder: management. AmFam Physician 2001; 64: 1355-62.

15. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S.Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorderand maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41: 378-85.

16. Mick E, Biederman J, Prince J, Fischer MJ, Faraone SV.Impact of low birth weight on attention-deficit/ hyperactivitydisorder. J DevBehavPediatr 2002; 23: 16-22.

17. Schonwald A. Update: attention deficit/hyperactivity disorderin the primary care office. CurrOpinPediatr 2005; 17: 265-74.

18. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2001; 108: 1033-44.

19. Asher RS, Kuster CG, Erickson L. Anterior dental crossbite correction using a simple fixed appliance: case report. Pediatric Dentistry 1986; 8(1): 53–5.

20. Croll TP, Lieberman WH. Bonded compomer slope for anterior tooth crossbite correction. Pediatric Dentistry 1999; 21(4): 293-4.

21. Littlewood SJ, Tait AG, Mandall NA, Lewis DH. The role of removable appliances in contemporary orthodontics. Br Dent J 2001; 191(6): 304–10.

การรื้อแท่งเงินและเครื่องมือหักในการรักษาคลองรากฟันซ้ำฟันกรามบนขวาซี่ที่ 1

เอกชัย ขบวนสาร ทบ.,ป. บัณฑิตชั้นสูง. วิทยาเอ็นโดดอนต์
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

บทคัดย่อ

การรักษาคลองรากฟันซ้ำ มีหลักการพื้นฐานคือ การรักษาการติดเชื้อที่ทำให้เกิดโรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน กระบวนการรักษาคลองรากฟันซ้ำเป็นการกำจัดวัสดุอุดคลองรากเก่าและ/หรือเครื่องมือชิ้นส่วนที่หักค้างในคลองราก ทำความสะอาด ฆ่าเชื้อและอุดคลองรากซ้ำให้เกิดการปิดผนึกที่ดีของระบบคลองรากฟัน

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการรักษาคลองรากฟันซ้ำซึ่งมีเครื่องมือหักภายในคลองรากฟันที่เป็นแท่งเงินและเครื่องมืออื่นๆโดยใช้หลายวิธีร่วมกันและแสดงผลสำเร็จภายหลังการรักษาคลองรากฟันซ้ำเมื่อติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี

คำสำคัญ: เครื่องมือหัก แท่งเงิน การรักษาคลองรากฟันซ้ำ

Removal of Silver Cones and Broken Instruments from Maxillary First Molar: A Case Report

Akachai Kabuansarn, DDS, Higher grad Diploma in Endodontics
Dental department, Phattalung Hospital

Abstract

Root canal treatment usually fails when treatment falls short of acceptable standards. The reason is because of procedural error such as broken instrument that prevent the control and prevention of intracanal endodontic infection. An instrument fragment in itself is rarely the direct cause of problem; it does, however, limit access to the apical part of the canal, compromising disinfection and obturation. The clinical situation (existence of periapical lesion), stage of canal preparation, fracture position, and type of fractured instrument can significantly influence prognosis and the approach to management. This case reports removal of 3 pieces of silver cones and broken instruments from maxillary first molar using a combination of hand instrumentation and ultrasonic devices. The 1-year follow-up demonstrates reduction of periapical lesion and no pathologic changes of clinical examination. This case report present a treatment strategy that improves the healing outcomes.

Keyword: broken instruments, silver cone, root canal retreatment

บทนำ

การรักษาคลองรากฟันซ้ำ (non-surgical root canal retreatment) เป็นวิธีการรักษาฟันให้คงอยู่ในช่องปาก โดยมีหลักการพื้นฐานคือ การรักษาการติดเชื้อที่ทำให้เกิดโรคของเนื้อเยื่อในและเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน ซึ่งการติดเชื้อมีสาเหตุมาจาก persistent infection หรือ การรั่วซึมของเชื้อจุลชีพจากภายนอกเข้าสู่ระบบคลองรากฟัน[1] ซึ่งกระบวนการรักษาคลองรากฟันซ้ำเป็นการกำจัดวัสดุอุดคลองรากเก่าและ/หรือเครื่องมือชิ้นส่วนที่หักค้างในคลองราก ทำความสะอาด ฆ่าเชื้อและอุดคลองรากซ้ำให้เกิดการปิดผนึกที่ดีของระบบคลองรากฟัน[2]

เครื่องมือหักในระหว่างการเตรียมคลองรากฟัน (broken instrument) เป็นเหตุการณ์เหนือความคาดหมายที่อาจเกิดขึ้น อาจจะเป็นไฟล์แท่งเงิน เกตส์กลิดเดนดริลล์ เลนทูโลสไปรัลและอื่นๆ อุบัติการณ์การเกิดเครื่องมือหักในระหว่างการเตรียมคลองรากฟัน (broken instrument) พบได้ร้อยละ 0.39-21[3, 4] อย่างไรก็ตามเครื่องมือที่หักไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาคลองรากฟัน แต่เป็นตัวกีดขวางในการเข้าไปขยายทำความสะอาดในคลองรากฟันส่วนที่อยู่ใต้ต่อเครื่องมือที่หัก ทำให้ไม่สามารถกำจัดแบคทีเรียในคลองรากฟันส่วนปลายได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการพยากรณ์โรคและความสำเร็จในการรักษาได้[5] ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่เป็นมาตรฐานในการรื้อเครื่องมือหักให้ประสบความสำเร็จได้แน่นอนอาจจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน การรื้อเครื่องมือหักออกนั้นไม่สามารถทำได้ทุกกรณี ต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆคือ ตำแหน่งที่เครื่องมือหักในคลองรากฟัน ชนิดของเครื่องมือที่หัก ความโค้งของคลองรากฟัน ความหนาของเนื้อฟันที่อยู่โดยรอบและความรู้ความสามารถตลอดจนความพร้อมของอุปกรณ์[6] ทันตแพทย์ต้องพิจารณาผลดีและผลเสียที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนโอกาสที่จะรื้อเครื่องมือที่หักออกได้สำเร็จ

รายงานผู้ป่วยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการรักษาคลองรากฟันซ้ำซึ่งมีเครื่องมือหักภายในคลองรากฟันที่เป็นแท่งเงินและเครื่องมืออื่นๆโดยใช้หลายวิธีร่วมกันและแสดงผลสำเร็จภายหลังการรักษาคลองรากฟันซ้ำเมื่อติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 1 ปี

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 52 ปี มารับการรักษาเนื่องจากมีตุ่มหนองบริเวณเหงือกฟันกรามบนขวา ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยา ผู้ป่วยได้รับการรักษาคลองรากฟันมามากกว่า 20 ปี เมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา ฟันแตกบางส่วนแต่ไม่มีอาการ การตรวจภายนอกช่องปากมีลักษณะปกติ

การตรวจภายในช่องปากฟันซี่ 16 มีการสูญเสียเนื้อฟันด้าน mesial และ palatal พบการเผยผึ่งของวัสดุรองพื้นกัตตาเปอร์ชาและแท่งโลหะเงิน silver cone ลักษณะหัวของแท่งเงินงอ

(ภาพทางคลินิกที่ 1)

<u>ภาพทางคลินิกที่ 1</u> แสดงฟันซี่ 16 พบการเผยผึ่งของวัสดุรองพื้นกัตตาเปอร์ชาและแท่งโลหะเงิน silver cone ลักษณะหัวของแท่งเงินงอ (ภายใต้กล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 5.1 เท่า)

พบรูเปิดทางหนองไหลบริเวณเหงือกด้านกระพุ้งแก้มขนาด 2x3 มิลลิเมตร ไม่พบการบวมของเนื้อเยื่ออ่อนฟันโยกระดับปกติ ไม่พบร่องลึกปริทันต์ที่ลึกผิดปกติ เคาะคลำไม่เจ็บ ไม่พบการสบกระแทก ทั้งการสบฟันในศูนย์ (centric) และการสบฟันนอกศูนย์ (eccentric)

การตรวจทางภาพรังสี (ภาพรังสีที่ 1,2)

<u>ภาพรังสีที่ 1</u> เริ่มต้นก่อนการรักษา

<u>ภาพรังสีที่ 2</u> เริ่มต้นก่อนการรักษา Distal shift

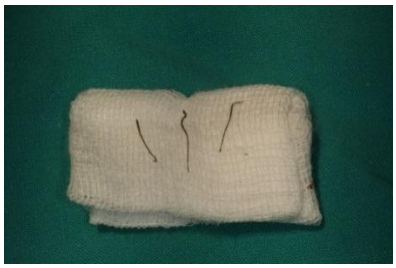
โพรงเนื้อเยื่อใน พบเงาทึบรังสีคาดว่าเป็นวัสดุรองพื้นและเงาทึบรังสีที่เป็นเส้นขนาดเล็กจำนวน 3 เส้น คาดว่าน่าจะเป็นแท่งเงิน (silver cone)ในคลองรากฟัน DB (distobuccal) และคลองราก Pa (palatal) พบเงาทึบรังสีอีกหนึ่งความทึบที่ปลายรากฟัน Pa ยาว 5 มิลลิเมตรคาดว่าเป็นชิ้นส่วนเครื่องมือที่หัก นอกจากนี้ยังพบเงาทึบรังสีหนึ่งความทึบยาว 3 มิลลิเมตรที่ส่วนต้นคลองราก MB คาดว่าเป็นชิ้นส่วนเครื่องมือที่หักเช่นกัน ส่วนปลายของรากฟันพบเงาโปร่งรังสีขอบเขตไม่ชัดเจน (ill-defined margin with non-corticated border) ขนาดประมาณ 2x3 มิลลิเมตรที่ราก MB ส่วนราก DB มีขนาด 3X2 มิลลิเมตร และราก Pa ขนาด 2X1 มิลลิเมตร ทำการใช้แท่งกัตตาเปอร์ชาสอดติดตาม (guttapercha tracing) ลงไปในรูเปิดทางหนองไหล ถ่ายภาพรังสีพบว่าสิ้นสุดที่บริเวณปลายรากฟันซี่ 16 (ภาพรังสีที่ 3)

<u>ภาพรังสีที่ 3</u> แท่งกัตตาเปอร์ชาสอดติดตามที่บริเวณปลายรากซี่ 16

ยอดสันกระดูกเบ้าฟัน (alveolar crest) ปกติพบเงา ทึบรังสีขอบบนของฟิล์มคาดว่าเป็น torus palatinus

จากผลตรวจทางคลินิก การทดสอบต่างๆ และภาพรังสีให้การวินิจฉัยทางเอ็นโดดอนติกส์ของฟันซี่ 16 เป็น Previously treated with Chronic apical abscess

เริ่มทำการรักษา ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอรื้อวัสดุรองพื้นและกัตตาเปอร์ชาที่ปกคลุมแท่งเงินออกด้วยหัว ultrasonic ET 20d ภายใต้กล้องจุลทรรศน์กรอแห้งสลับการล้างด้วย 2.5% NaOCl ใช้ K-file เบอร์ 15พยายาม bypass ลงไปรอบๆ silver cone พบว่าแท่งเงินหลวมขยับได้ ใช้ Steiglitz forcep จับส่วนหัว silver cone ค่อยๆ ออกแรงหมุนเล็กน้อยจนแท่งเงินออกจากคลองรากฟัน *(ภาพทางคลินิกที่ 2)*



ภาพทางคลินิกที่ 2 แสดงแท่งเงิน silver cone ที่ออกจากคลองรากฟัน

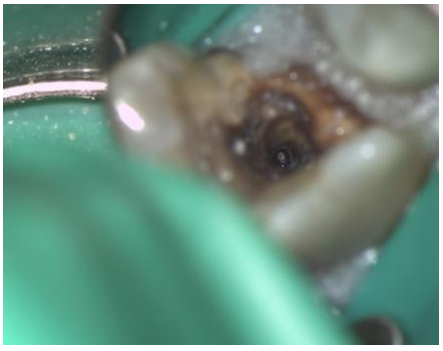
ถ่ายภาพรังสีตรวจสอบ (ภาพรังสีที่ 4)

ภาพรังสีที่ 4 หลังรื้อวัสดุรองพื้น กัตตาเปอร์ชา และแท่งเงินออก

ทำการสำรวจคลองราก Pa ด้วย K-file #15 ในลักษณะ watch winding พบว่าสามารถแทรกผ่านชิ้นเครื่องมือที่หักไปถึงปลายรากได้ แต่เครื่องมือที่หักออกไปนอกรากฟันประมาณ 3 มิลลิเมตรคาดว่าเกิดจากแรงผลักเครื่องมือและการที่ไมมีจุดหยุดที่ปลายราก (ภาพรังสีที่ 5)

ภาพรังสีที่ 5 ชิ้นส่วนเครื่องมือขยับออกนอกรากฟัน

เมื่อพิจารณาถึงการที่ฟันมีรอยโรคปลายราก คลองราก Pa ค่อนข้างใหญ่ เนื้อฟันหนา สามารถสร้างทางตรงสู่เครื่องมือที่หักได้ จึงตัดสินใจรื้อเครื่องมือโดยสร้าง staging platform[7] สร้างพื้นที่ด้านข้างโดยรอบชิ้นเครื่องมือหัก (ภาพทางคลินิกที่3)

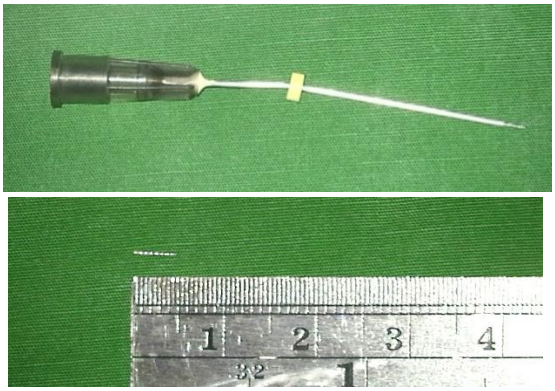


ภาพทางคลินิกที่ 3 แสดงส่วนหัวของเครื่องมือที่หักในคลองราก Pa หลังจากกรอเปิดทางตรงเข้าสู่ตัวฟันและรากฟันร่วมกับการทำ staging platform (ภายใต้กล้องจุลทรรศน์กำลังขยาย 8.5 เท่า)

ใช้หัว ultrasonic ET 25 ค่อยๆเคลื่อนในทิศทางทวนเข็มพบว่าเครื่องมือหักเริ่มหลวมและเคลื่อนตัวขึ้นมาถ่ายภาพรังสีตรวจสอบ (ภาพรังสีที่ 6)

ภาพรังสีที่ 6 ชิ้นส่วนเครื่องมือหักประมาณ 3 มิลลิเมตร ขยับขึ้นมาในคลองราก

จากนั้นใช้เทคนิค Tube and Glue[8] โดยเลือกเข็มล้างคลองรากฟันที่มีขนาดพอดีสวมส่วนหัวของเครื่องมือที่หัก ดึงเข็มล้างออกมาจากคลองรากพบว่าส่วนของเครื่องมือที่หักหลุดติดออกมาด้วย เป็นชิ้นส่วน K-file ขนาด 5 มิลลิเมตร (ภาพทางคลินิกที่4)



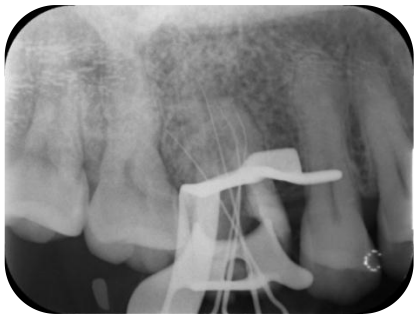
ภาพทางคลินิกที่ 4 แสดงชิ้นเครื่องมือหักออกจากคลองราก Pa โดยเทคนิค Tube and Glue และพบว่าเป็นชิ้นส่วน K-file ขนาด 5 มิลลิเมตร

ถ่ายภาพรังสีตรวจสอบ (ภาพรังสีที่ 7)

ภาพรังสีที่ 7 หลังรื้อเครื่องมือหัก

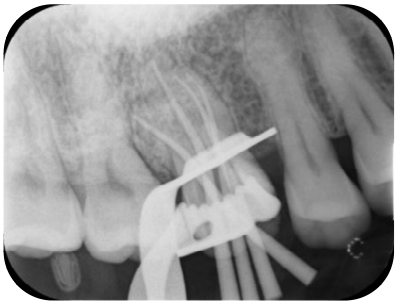
ใส่ยาแคลเซียมไฮดรอกไซด์ชนิดสำเร็จรูป (UltraCal®) บูรณะชั่วคราวด้วย Cavit และ IRM (intermediate restorative material) ตรวจสอบการสบฟัน

การรักษาครั้งถัดมาผู้ป่วยไม่มีอาการ วัสดุบูรณะชั่วคราวอยู่ในสภาพดี ไม่พบรูเปิดทางหนองไหล ใส่แผ่นยางกันน้ำลายทำการผายคลองราก MB (mesiobuccal) ส่วนต้น (coronal 1/3) โดยใช้ gate glidden bur #2-3 และ by pass ด้วย K-file #10 แทรกผ่านเครื่องมือลงไปถึงปลายราก ได้จึงพิจารณาที่จะไม่รื้อชิ้นเครื่องมือที่หักในคลองราก MB และสำรวจหาคลองราก MB_2 โดยอาศัยตำแหน่งของรูเปิดคลองรากฟันหลักและร่อง (developmental groove) ที่เชื่อมระหว่างคลองราก MB กับ Pa ใช้หัว ultrasonic ET 20d กรอลากไปตาม groove ภายใต้กล้องจุลทรรศน์ ใช้ endodontic explorer DG16 และ K-file #10 พบจุดจิกติดที่เป็นรูเปิดคลองราก MB_2 วัดความยาวรากฟันด้วยเครื่องวัดความยาวรากไฟฟ้า ถ่ายภาพรังสียืนยัน (ภาพรังสีที่ 8)



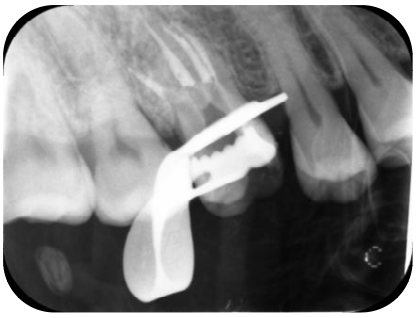
ภาพรังสีที่ 8 LT

ทำการขยายคลองรากฟันด้วย Protaper Next (Dentsply,Switzerland) ที่ความเร็ว 350 รอบต่อนาที ตั้งค่าแรงบิด (toque) 3.5 Ncm ใช้ไฟล์ขนาด 17/04,25/06, 30/07 ตามลำดับโดยใช้ K- file #10 ทำ recapitulation ทุกครั้งและใช้ K-flex-O file ขยายทำความสะอาดส่วนปลายถึงเบอร์ 35,40 ล้างคลองรากด้วย 2.5% NaOCl ร่วมกับใช้ ultrasonic file เบอร์ 10 สั่นน้ำยาอย่างต่อเนื่อง 20 วินาที จำนวน 3 ครั้งเป็นเวลา 1 นาที โดยไม่สัมผัสกับผนังคลองรากฟัน[9] เพื่อหวังผลให้น้ำยาแทรกเข้าไปยังส่วนปลายของระบบคลองรากฟัน เพิ่มประสิทธิภาพในการทำความสะอาดตามด้วย17% EDTA นาน 1 นาที และ 2.5% NaOCl ซับคลองรากฟันให้แห้ง ลองกัตตาเปอร์ชา แท่งเอกถ่ายภาพรังสี (ภาพรังสีที่9)



ภาพรังสีที่ 9 TMC (try main cone)

อุดคลองรากฟันด้วยวิธี continuous wave technique[10] ร่วมกับ AH Plus sealer โดยลอง plugger เป็นระดับ 3 ใช้เครื่อง System B ตัดกัตตาเปอร์ชาจนถึงระดับห่างจากความยาวทำงาน 4 มิลลิเมตร เพื่อให้กัตตาเปอร์ชาหลอมเข้าไปยังซอกหลืบต่างๆของคลองรากฟัน กดอัดกัตตาเปอร์ชาให้แน่นด้วย plugger ป้องกันไม่ให้กัตตาเปอร์ชาหดตัว ฉีดกัตตาเปอร์ขึ้นมา (back filling) ด้วยเครื่อง B&L (thermoplasticized injection) ถ่ายภาพรังสีตรวจสอบ (ภาพรังสีที่10)



ภาพรังสีที่ 10 FRC (filled root canal)

บูรณะด้วย cavit และ เรซินคอมโพสิต

ตรวจสอบการสบฟันถ่ายภาพรังสีสุดท้าย(ภาพถ่ายรังสีที่ 11)

ภาพรังสีที่ 11 Final

ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อบูรณะฟันภายหลังการรักษาคลองรากฟันต่อไป

วิจารณ์

แผนการรักษาในอุดมคติของฟันซี่ 16 คือ Non-surgical root canal retreatment เนื่องจากมีประวัติ เคยรักษาคลองรากฟัน คุณภาพของการรักษาเดิมมีคลองรากฟันที่ยังไม่ได้ทำความสะอาดอย่างเหมาะสม มีการเผยผึ่งของวัสดุรองพื้น วัสดุอุดคลองรากคือกัตตาเปอร์ชา และแท่งโลหะเงิน silver cone ทำให้เกิด coronal leakageเป็นช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่ระบบคลองรากฟันและเกิดพยาธิสภาพบริเวณรอบปลายรากฟัน นอกจากนี้ silver cone ไม่สามารถปิดผนึกผนังคลองรากฟันทุกด้าน เสี่ยงต่อการรั่วซึมที่ปลายรากและถูกกัดกร่อนปล่อยสารประกอบที่เป็นพิษออกมาได้[11] ดังนั้นการกลับเข้าไปแก้ไขภายในคลองรากฟันด้วยวิธี NS-ReTx เพื่อรื้อวัสดุอุดคลองรากร่วมกับทำความสะอาดภายในคลองรากฟันซ้ำให้ถึงปลายรากก่อนการบูรณะใหม่จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด

แผนการบูรณะทำการบูรณะแบบคลุมปุ่มฟัน เพื่อลดแรงกระทำให้ปุ่มฟันแยกออกจากกัน ช่วยกระจายแรงไปทุกส่วนอย่างสม่ำเสมอ และลดแรงแบบลิ่มตามจุดต่างๆ พิจารณาทำเป็น full metal crown เนื่องจากกรอเนื้อฟันโดยรอบเพียง 0.4 มิลลิเมตรช่วยรักษาเนื้อฟันไม่ให้สูญเสียมากเกินไปจนส่งผลต่อความยั่งยืน (longevity) ของฟันตัวฟันมีการสูญเสียเนื้อฟันด้าน MOPa (mesio-occluso-palatal) มีเนื้อฟันที่ดีอยู่ 2 ด้าน ผู้ป่วยมีการสบฟันปกติและต้องเป็นฟันหลัก (abutment) ของฟันเทียม จำเป็นต้องใส่เดือยฟันและเป็นครอบฟันรับตะขอเพื่อรองรับแรงกระทำบนฟันมากกว่าการรับแรงตามธรรมชาติของฟันซี่เดี่ยว

การพยากรณ์โรค Questionable เนื่องจากถึงแม้ว่าจะสามารถระบุสาเหตุของการรักษาคลองรากฟันซ้ำและพบส่วนหัวของแท่งโลหะเงิน silver cone อยู่ในโพรงเนื้อเยื่อใน มีโอกาสในการรื้อวัสดุดังกล่าว แต่การมีเครื่องมือหักบริเวณส่วนปลายของคลองราก Pa เป็นอุปสรรคในการเข้าไปทำความสะอาดปลายรากได้ทุกคลองราก อาจส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาได้

ก่อนการรื้อเครื่องมือใดๆ จากคลองรากฟันควรพิจารณาถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และปัจจัยที่มีผลต่อการรื้อเครื่องมือหัก เช่น ลักษณะคลองรากฟัน เนื้อฟันที่เหลืออยู่โดยรอบเครื่องมือที่หัก ตำแหน่งและชนิดของเครื่องมือที่หัก ความชำนาญของทันตแพทย์และความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ต่างๆที่มีอยู่ รวมถึงพิจารณาถึงสภาวะการติดเชื้อในคลองรากฟันร่วมด้วย จะเห็นได้ว่าไม่มีวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่จะสามารถรื้อเครื่องมือที่หักออกได้ทุกกรณี จำเป็นต้องใช้เทคนิคและวิธีการหลายวิธีร่วมกันในการทำงานจึงจะประสบความสำเร็จ

ผลการศึกษา

ติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วย ใช้งานได้ดีไม่มีอาการใดๆ ตัวฟันได้รับการบูรณะกึ่งถาวรด้วยเรซินคอมโพสิต ยังไม่ได้รับการบูรณะถาวร เนื่องจากรอคิวการรักษาขอบวัสดุบูรณะแนบสนิท ไม่มีการสบกระแทก เนื้อเยื่ออ่อนโดยรอบปกติ ไม่พบรูเปิดทางหนองไหล เคาะไม่เจ็บ คลำไม่เจ็บฟันโยกระดับปกติ ไม่มีร่องปริทันต์ที่ลึกผิดปกติ

จากภาพรังสีติดตามผลการรักษา (ภาพรังสีที่ 12)

ภาพรังสีที่ 12 Recall 1 ปี

ฟันซี่ 16 พบเงาทึบรังสีของวัสดุบูรณะกึ่งถาวรขอบแนบสนิท วัสดุอุดคลองรากแน่นเต็มห่างจากปลายราก 0.5-1 มิลลิเมตร พบเงาโปร่งรังสีบริเวณปลายราก MB มี ขนาด 1X2 มิลลิเมตรซึ่งมีขนาดเล็กลงและราก DB เงาโปร่งรังสีมีขนาดเล็กลงพบเพียงลักษณะการหนาตัวของช่องเอ็นยึดปริทันต์ที่ root apex (widening PDL space) ส่วนรากฟัน Pa พบลักษณะผิวกระดูกเบ้าฟัน (lamina dura) และช่องเอ็นยึดปริทันต์ (PDL space) กว้างปกติ ยอดกระดูกเบ้าฟัน (alveolar crest) อยู่ในระดับปกติ ให้การประเมินลักษณะของการหายของรอยโรคปลายรากเป็น Incomplete healing

เอกสารอ้างอิง

1. Siqueira Jr JF, Rôças IN. Clinical implications and microbiology of bacterial persistence after treatment procedures. Journal of endodontics. 2008;34(11):1291-301. e3.
2. Stabholz A, Friedman S. Endodontic retreatment—case selection and technique. Part 2: treatment planning for retreatment. Journal of endodontics. 1988;14(12):607-14.
3. Di Fiore P, Genov K, Komaroff E, Li Y, Lin L. Nickel–titanium rotary instrument fracture: a clinical practice assessment. International Endodontic Journal. 2006;39(9):700-8.
4. Sattapan B, Nervo GJ, Palamara JE, Messer HH. Defects in rotary nickel-titanium files after clinical use. Journal of endodontics. 2000;26(3):161-5.

5. Panitvisai P, Parunnit P, Sathorn C, Messer HH. Impact of a retained instrument on treatment outcome: a systematic review and meta-analysis. Journal of endodontics. 2010;36(5):775-80.
6. Parashos P, Messer HH. Rotary NiTi instrument fracture and its consequences. Journal of endodontics. 2006;32(11):1031-43.
7. Ruddle CJ. Micro-endodontic nonsurgical retreatment. Dental Clinics of North America. 1997;41(3):429-54.
8. Suter B. A new method for retrieving silver points and separated instruments from root canals. Journal of endodontics. 1998;24(6):446-8.
9. Van der Sluis L, Versluis M, Wu M, Wesselink P. Passive ultrasonic irrigation of the root canal: a review of the literature. International Endodontic Journal. 2007;40(6):415-26.
10. Buchanan L. Continuous wave of condensation technique. Endodontic practice. 1998;1(4):7-10, 3-6, 8 passim.
11. Seltzer S, Green DB, Weiner N, DeRenzis F. A scanning electron microscope examination of silver cones removed from endodontically treated teeth. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. 1972;33(4):589-605.

กรณีศึกษา: การเกิดภาวะภูมิไวเกิน จากยา Filgrastim

สุจิตรา ยิ่งยงค์ ภ.ม.
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

Filgrastim เป็น Granulocyte-Colony Stimulating Factors (G-CSF) ออกฤทธิ์กระตุ้นให้ไขกระดูกผลิตและปลดปล่อยเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกจากไขกระดูกโดยมีรูปแบบเป็นของเหลวใสใช้สำหรับฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือฉีดเข้าใต้ผิวหนังใช้รักษากรณีปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) หรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (hematopoietic stem cellstrans plantation) ใช้รักษาอาการไข้เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ (febrile neutropenia) ที่เกิดจากยาเคมีบำบัด ใช้ป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prophylaxis)ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ จากยาเคมีบำบัดชนิดที่มีผลในการกดการทำงานของไขกระดูก (myelosuppressive agents) อย่างรุนแรงและใช้ป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prophylaxis) ในผู้ป่วยที่เคยเกิดเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำจากการรับยาเคมีบำบัดในครั้งก่อน สำหรับอาการข้างเคียงที่พบทั่วไปคือ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และอาจเกิดอาการแพ้ยา เช่น หายใจลำบาก หายใจถี่ มีเสียงวี้ด มีผื่นเกิดขึ้นทั่วร่างกาย หรือมีอาการหน้าบวม รายงานกรณีศึกษานี้เป็นรายงานกรณีผู้ป่วยที่เกิดอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก ปวดท้อง มีอาการตะคริว บริเวณแขน ขา หลังจากได้รับยา Filgrastim สำหรับป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prophylaxis) จากการได้ยาเคมีบำบัดสูตร ESHAP และเป็นการเกิดอาการซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ซึ่งการประเมินการแพ้ยาด้วย Naranjo algorithm พบว่าผู้ป่วยรายนี้เกิดอาการแพ้ยาระดับน่าจะใช่(Probable) จากการใช้ยา Filgrastim

คำสำคัญ: Filgrastim, Hypersensitivity

Case Report: Filgrastim Induced Hypersisitivity Reaction

Sujittra Yingyong (M.Pharm.)

Pharmacy Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Filgrastim is a Granulocyte-Colony Stimulating Factors (G-CSF) that makes the bone marrow produces and releases functional neutrophils into the bloodstream. In the dosage form of clear liquid for intravenous injection or subcutaneous injection. G-CSF is used for bone marrow transplantation or hematopoietic stem cells transplantation and used to treat febrile neutropenia caused by chemotherapy. It also used for primary prophylaxis in patients with high risk of febrile neutropenia from chemotherapy medicines that suppress the bone marrow (severe myelosuppressive agents). Moreover It can use for secondary prophylaxis in patients who experienced a neutropemic complication from a prior cycle of chemotherapy. The common side effects of Filgrastim are bone pain, musculoskeletal pain and allergic type reactions, such as dypsnea, shortness of breath, wheezing, skin rash or angioedema. This case report is a patient with dyspnea, chest pain, abdominal pain, arms and legs cramps after receiving primary prophylaxis Filgrastim for ESHAP chemotherapy and these symptoms occurred to this patient for the second time. After assessing the probability of an adverse drug reaction by the Naranjo algorithm, this patient has an allergic reaction of probable level from Filgrastim.

Keywords: Filgrastim, Hypersensitivity

บทนำ

Filgrastim เป็น Granulocyte-Colony Stimulating Factors (G-CSF) ชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็น glycoproteinที่ประกอบด้วยกรดอะมิโน 175 ตัว ชนิด non-glycosylated ซึ่งมีความบริสุทธิ์สูง ผลิตโดยเทคนิคทางพันธุวิศวกรรมด้วยการเปลี่ยนแปลงหน่วยพันธุกรรมของแบคทีเรีย *Escherichia coli* โดยการสอดใส่หน่วยพันธุกรรมที่คล้ายคลึงของมนุษย์ เพื่อให้สร้าง Granulocyte-Colony Stimulating Factorsออกฤทธิ์กระตุ้นให้ไขกระดูกผลิตและปลดปล่อยเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลออกจากไขกระดูกซึ่งเม็ดเลือดขาวมีหน้าที่ทำลายเชื้อแบคทีเรียอันเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ โดยยามีรูปแบบเป็นของเหลวใสใช้สำหรับฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือฉีดเข้าใต้ผิวหนัง[1,5,6]

ข้อบ่งใช้[1,5,6]

1. ใช้รักษากรณีปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) หรือการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด(hematopoietic stem cells transplantation)

2. ใช้สำหรับรักษาอาการไข้เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ(febrile neutropenia) ที่เกิดจากยาเคมีบำบัด

3. การป้องกันอาการไข้เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำที่เกิดจากยาเคมีบำบัด (Prophylaxis of Chemotherapy induced Neutropenia)

3.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prophylaxis) ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการไข้เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ(febrile neutropenia) จากยาเคมีบำบัดชนิดที่มีผลในการกดการทำงานของ ไขกระดูก (myelosuppressive agents) อย่างรุนแรง

3.2 การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prophylaxis) ใช้ในผู้ป่วยที่เคยเกิดอาการไข้เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ (febrile neutropenia) จากการรับยาเคมีบำบัดในครั้งก่อน เพื่อป้องกันภาวะอาการไข้เนื่องจากเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโตรฟิลต่ำ(febrile neutropenia) ในครั้งต่อๆไป

สำหรับอาการข้างเคียงที่พบทั่วไปคือ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก ส่วนใหญ่มักจะมีอาการปวดหลังค่อนไปทางด้านล่าง หรือสะโพก ปวด ตึง หรือกดเจ็บบริเวณฉีดยา ส่วนภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) ซึ่งพบได้น้อย เช่น หายใจลำบาก หายใจถี่ มีเสียงวี้ด มีผื่นเกิดขึ้นทั่วร่างกาย หรือมีอาการหน้าบวม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 57 ปี มีโรคประจำตัว Diffuse Large B-cell Lymphoma (DLBL) เมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2562 มารับยาเคมีบำบัดสูตร ESHAP รอบที่ (Cycle) 4 ประกอบด้วยยา Etoposide, Cisplatin, และ Cytarabine ตามนัด ที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น Diffuse Large B-cell Lymphoma (DLBL) เริ่มการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร CHOP ประกอบด้วยยา Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine และ Prednisolone ทุก 3 สัปดาห์ ทั้งสิ้น 6 รอบ (Cycle) และต่อมาพบการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ของโรค

จึงได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร ESHAP ประกอบด้วยยา Etoposide, Cisplatin, และ Cytarabine 4 รอบ (Cycle) รอบที่ (Cycle) 1 เมื่อวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2562 , รอบที่ (Cycle) 2 เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 , รอบที่ (Cycle) 3 เมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ.2562 และรอบที่ (Cycle) 4 เมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2562

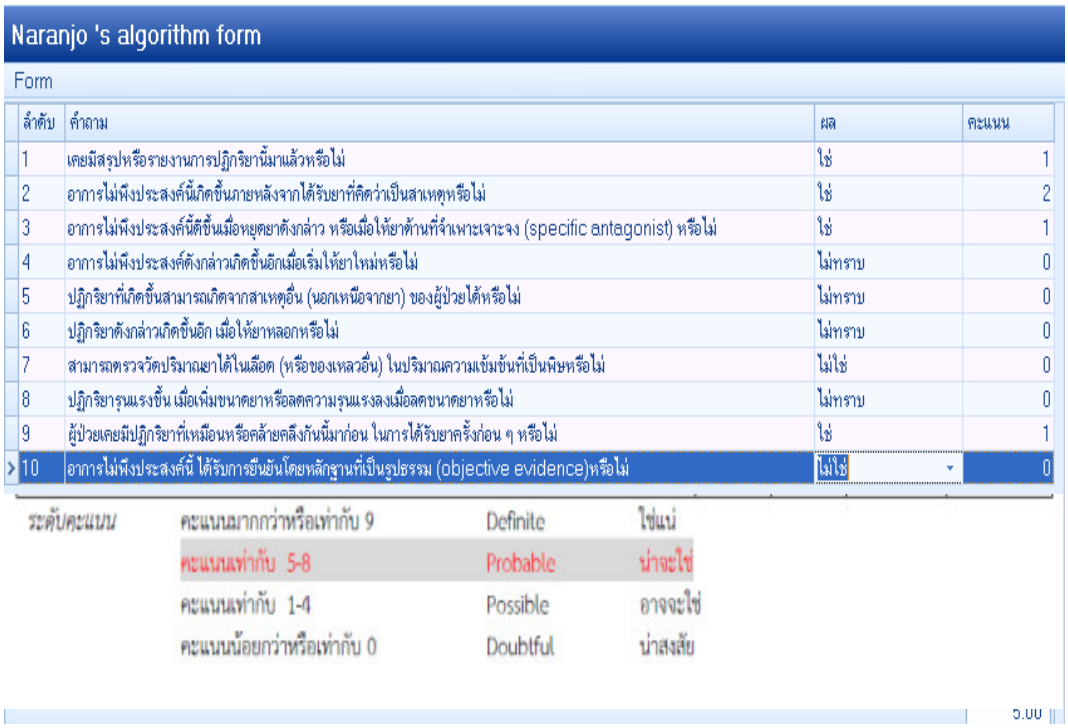
ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

วันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 13 เมษายน พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดสูตร ESHAPรอบที่ (Cycle) 4 วันที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2562 แพทย์สั่งยา Filgrastim 300 mcg ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน สำหรับ primary prophylaxis febrile neu tropenia หลังจากฉีดยา Filgrastim ครั้งที่ 1 (Dose ที่ 1) ประมาณ 30 นาที ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก ปวดท้อง มีอาการตะคริว บริเวณแขน ขา หลังจากหยุดยา แล้วได้ CPM 1 mg IV Stat อาการดีขึ้น ซึ่งในครั้งนี้ผู้ป่วยได้เฉพาะยา Filgrastim เพียงอย่างเดียว ไม่มียาอื่นๆ ที่ได้รับร่วมด้วย จากการซักประวัติผู้ป่วยแจ้งว่า เคยมีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 หลังจากฉีดยา Filgrastim ครั้งที่ 1 (Dose ที่ 1) แล้วกลับไปที่บ้าน แต่อาการหายไปเอง ใน 3 ชั่วโมงต่อมา และมีอาการอีกครั้งในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 หลังจากฉีดยา Filgrastim ครั้งที่ 2 (Dose ที่ 2) ที่ รพ.ชุมชนใกล้บ้าน (วันที่ 8-12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดสูตร ESHAP รอบที่ (Cycle) 2)

วิจารณ์

ภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity reaction) เป็นภาวะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายมีการตอบสนองที่มากเกินไป ซึ่งไม่ได้เกิดจากการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา จึงไม่สามารถคาดการณ์ได้โดยออกฤทธิ์ผ่านการทำงานของอิมมูโนโกลบูลินชนิด E (IgE) และ mast cell กับเม็ดเลือดขาวชนิด Basophils มีอาการแสดงดังนี้คือ มีผื่นลมพิษ ผื่นแดงทั่วทั้งตัว ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ จนอาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ มีอาการไอ หลอดลมตีบ มีการบวมใต้ผิวหนังและเยื่อเมือก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ถ่ายเหลว โดยอาการจะเกิดหลังจากได้รับยาเป็นนาทีหรือชั่วโมง ยาที่เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ได้แก่ ยาปฏิชีวนะกลุ่ม β-lactam, ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์(NSIADS), ยาคลายกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเตรียมผ่าตัด และยาเคมีบำบัด หลักการรักษาเบื้องต้น ได้แก่การหยุดยากลุ่มเสี่ยงทันทีการรักษาตามอาการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

จากประวัติของผู้ป่วยรายนี้จะเห็นว่า อาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก ปวดท้อง มีอาการตะคริว บริเวณแขน ขา เกิดขึ้นหลังจากได้รับยา Filgrastim ประมาณ 30 นาทีและเป็นการเกิดอาการซ้ำเป็นครั้งที่ 2 โดยขณะที่เกิดอาการได้รับเฉพาะยาFilfrastim เพียงอย่างเดียว และจากแบบประเมินแพ้ยา Naranjo’s algorithm ได้คะแนนรวม 5 คะแนน จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยรายนี้แพ้ยา Filgrastim ในระดับน่าจะใช่ (Probable)



นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1991 พบรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยา Filgrastim (Neupogen®) ในผู้ป่วยหญิงอายุ 48 ปี ที่ป่วยเป็น chronic myelogenous leukemia รักษาด้วยยา Thiotepa และยา Cyclophosphamide และตามด้วยการปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) โดยพบอาการคันบริเวณ แขน ขา ลำตัว เสียงแหบ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ลิ้นบวม หัวใจเต้นเร็ว หลังได้ยา Filgrastim 10 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน ฉีดเข้าใต้ผิวหนังในครั้งที่ 3 อาการเหล่านี้หายไปภายใน 10 นาที หลังจากได้รับยา Adrenaline, Diphenhydramine และ Aminophylline[2] และในปี ค.ศ.1995 มีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Filgrastim (Neupogen®) ขนาด 300 ไมโครกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำครั้งแรก ในผู้ป่วยหญิง อายุ 55 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Adenocarcinoma ซึ่งได้ยาเคมีบำบัดสูตร ICE (Cisplatin,Ifosfamide และ Etoposide) โดย 5 นาทีหลังจากได้รับยา Filgrastim ผู้ป่วยเกิดอาการ หายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หลอดลมหดเกร็ง ท้องเสีย อาเจียน อาการดีขึ้นเมื่อได้รับยา Adrenaline และ methylprednisolone[3] สำหรับการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) จากยา Filgrastim ในผู้ป่วย 2 รายข้างต้นมีข้อสันนิษฐานว่าอาจเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ เช่น อาจเกิดจากการแพ้อนุพันธ์ของเชื้อ *E.coli* ยาอื่นๆที่ผู้ป่วยได้รับในขณะนั้น หรือหรือแพ้สารประกอบอื่นๆในตำรับ เช่น polysorbate 80 (Tween 80) แต่ในปี ค.ศ. 2013 มีรายงานการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) ในผู้หญิงชาวเฮติ อายุ 17 ปี ที่เป็นผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Peripheral Blood Stem Cell) ซึ่งไม่มีประวัติแพ้ยาโดยหลังจากได้รับยา Filgrastim ขนาด 720 มิลลิกรัม (10 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม) ฉีดเข้าใต้ผิวหนังครั้งแรกเพียงอย่างเดียว ประมาณ 90 นาที

หลังจากได้รับยา มีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว ปวดเกร็งท้องอย่างรุนแรง วิงเวียนศีรษะ เหงื่อออกมาก อาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากได้รับยา Adrenaline, diphenhydramine, ranitidine และ methyl prednisolone[4]

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Filgrastim ผลการประเมินแพ้ยา Naranjo's algorithm อยู่ในระดับน่าจะใช่ (Probable)ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการมีอาการหายเป็นปกติ เภสัชกรได้ออกบัตรแพ้ยาและทำระบบป้องกันแพ้ยาซ้ำ นอกจากนี้ยังได้ส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ร่วมดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำดังนั้นการเริ่มยา Filgrastim ในครั้งแรก ควรทำในสถานพยาบาล พร้อมทั้งควรเฝ้าระวัง ติดตามอาการแพ้ยา หลังผู้ป่วยได้รับยาดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. Micromedex® [Database on the internet].Colorado:Thomson Reuters(Haelthcare);1974-2015. DRUGDEX®system,Filgrastim;[Cited 2019 September 18].Available from https://www.micromedexsolutions.com
2. Jaiyesimi I, Giralt SS, Wood J. Subcutaneous granulocyte colony-stimulating factor and acute anaphylaxis. N Eng J Med.1991;325-587
3. Batel-Copel L, Mommeja-Marin H, Oudard S, Chauvenet L, Pujade-Lauraine E, Coupier J, Bermadou A. Anaphylactic reaction after a first filgrastim (granulocyte-colony stimulating factor) injection. Eur J Cancer. 1995;31:2428.
4. Tholpady A, Chiosea I, Lyons JJ, Baird K, Leitman SF, Systemic hypersensitivity reaction mimicking anaphulaxis after first filgrastim administration in a healthy donor.Transfusion.2013:53(5):1146-147.
5. เอกสารกำกับยา Neutromax® [BIOSIDUS S.A. ประเทศอาร์เจนตินา]
6. American Pharmacists Association. Drug information handbook: with international trade names index. 25th ed. Hudson, Ohio: Lexi-Comp; 2016

การรักษาทางทันตกรรมในเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ: กรณีศึกษา

ธนนันท์ เพ็ชรวิจิตร ท.บ., ป.โท (ทันตกรรมสำหรับเด็ก)
ศศิวรรณ ลิ้มรสเจริญวงศ์ ท.บ., ป.บัณฑิตชั้นสูง (ทันตกรรมสำหรับเด็ก)
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

ความบกพร่องทางพัฒนาการเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็ก โดยมีพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านสติปัญญา 3. ด้านจิตใจ-อารมณ์ 4. ด้านสังคม 5. ด้านจิตวิญญาณ ล่าช้ากว่าเด็กปกติในช่วงวัยเดียวกัน อาจพบเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หลายด้าน หรือทุกด้าน(global developmental delay) และพัฒนาการล่าช้าในด้านหนึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาการในด้านอื่นล่าช้าด้วยก็ได้และทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม บทความนี้รายงานผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 4 ปี 2 เดือน มีความบกพร่องทางพัฒนาการ ผู้ปกครองพามาพบทันตแพทย์ โดยได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เนื่องจากมีฟันผุหลายตำแหน่งและไม่ให้ความร่วมมือในการทำฟัน จากการตรวจในช่องปากพบมีฟันน้ำนมผุและผุทะลุโพรงประสาทฟันหลายซี่ โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยฟื้นฟูสภาพทั้งช่องปากภายใต้การดมยาสลบ ติดตามผลหลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดฟัน สามารถใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ และมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น รวมทั้งผู้ปกครองมีความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กมากขึ้น

คำสำคัญ: บกพร่องทางพัฒนาการ การรักษาทางทันตกรรม

Dental Treatment in Children with Global Development Delay: A Case Report

Thananan Petchwijit, D.D.S., Master of science (Pediatric Dentistry).
Sasiwan Limroscharoenwong, D.D.S., Higher Grad. Dip. (Dentistry).
Department of Dentistry, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

The five-delayed developments when compare to same age which often found in children who have 1.Physical development disorder, 2.Cognitive development disorder, 3.Emotional development disorders, 4.Social development disorder, 5.Spiritual development disorder. The abnormalities can be found only one or all aspects (Global Development delay). One of the delayed developments may affect other aspects to be delayed as well. This can also effect to the basic daily life. This article reports about 4.2 years old male with Developmental Disorder who has been referred from Chulabhorn Hospital, Nakon sri Thammarat Province. From Oral examination, multiple dental caries has been found and un-cooperative behavior. The treatments have been done under general anesthesia(GA). The results from the follow up show that patient has no pain, has normal occlusion and an improvement in oral hygiene. Furthermore, parents play major role in taking care of his overall oral health care.

Key words: Development delay, dental treatment

บทนำ

พัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในด้านการทำหน้าที่และวุฒิภาวะของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งตัวบุคคล ทำให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำสิ่งที่ยากสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยทั่วไปพัฒนาการปกติแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical development) ด้านสติปัญญา (cognitive development) ด้านจิตใจ-อารมณ์ (emotional development) ด้านสังคม (social development) และด้านจิตวิญญาณ (spiritual development)[1] โดยพัฒนาการเป็นพฤติกรรมของเด็กที่สังเกตเห็นได้ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆตั้งแต่ในช่วงที่อยู่ในครรภ์มารดาและในสภาพแวดล้อมหลังคลอด[2]

เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ(Delayed development) หมายถึง เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติในช่วงวัยเดียวกันที่สามารถทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ เช่น เด็กอายุ 20 เดือนแต่ยังเดินไม่ได้ ในขณะที่เด็กปกติเริ่มเรียนรู้ที่จะเดินและเดินได้ในช่วงอายุ 9 - 15 เดือน เป็นต้น โดยความล่าช้านั้นปรากฏให้เห็นตั้งแต่วัยทารกและวัยเด็กตอนต้น พัฒนาการล่าช้าอาจพบเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หลายด้าน หรือทุกด้านและพัฒนาการล่าช้าในด้านหนึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาการในด้านอื่นล่าช้าด้วยก็ได้[3] จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลกมีความบกพร่องทางพัฒนาการ[4] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กว่า 1ใน4 มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าในระดับปานกลางถึงรุนแรงด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ความฉลาด ด้านสังคมและการปรับตัว[5] สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปีพ.ศ.2547, 2550, 2553, 2557 และ2560 พบเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 28.0, 32.3, 29.7, 27.2 และ32.5 ตามลำดับ[6-8] และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 - พ.ศ.2553 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 20.10[9]

ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก[5] ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรมหรือชุดหน่วยของยีนที่เด็กได้รับสืบทอดมาจากบิดามารดา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก่อนคลอดการติดเชื้อ สารพิษ สภาวะทางโภชนาการและการเจ็บป่วยของมารดาส่งผลต่อพัฒนาการของตัวอ่อนในครรภ์ปัจจัยด้านกระบวนการคลอดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในขณะคลอดปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมหลังคลอด อายุ อาชีพและการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กและสุขภาพจิตของผู้เลี้ยงดู โดยเด็กที่มีบิดามารดามีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีรายได้พอเพียง ไม่เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมาและมีการอบรมเลี้ยงดูที่ดีมีสัดส่วนของพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยสูงกว่าเด็กที่ลักษณะตรงกันข้าม[10,11]

อาการของเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการซึ่งอาจพบได้ตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป เรียกว่า Global development delay[12] ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา การใช้ภาษา ความเข้าใจภาษา การช่วยเหลือตัวเองและสังคม นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อร่วมด้วย เช่น ปฏิกิริยาสะท้อน (primitive reflex) ยังคงอยู่ไม่หายไปแม้จะถึงช่วงอายุที่ควรจะหายไป กล้ามเนื้ออ่อนนิ่มหรือเกร็ง อาจพบความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาการได้ยิน ปัญหาการมองเห็น

โดยสรุป เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการจัดเป็นหนึ่งในผู้ป่วยเด็กพิเศษ มีความเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปากมากกว่าปกติ[13] และมักมีปัญหาการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม อันเนื่องมาจากอุปสรรคทางด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ปัจจัยทางด้านครอบครัวต่อแรงกดดันทางสังคม ทำให้เข้าถึงการบริการทางทันตกรรมน้อยกว่าเด็กปกติ[14,15] และเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี รวมทั้งสุขภาพช่องปากด้วย โดยการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กกลุ่มนี้มีวิธีการที่แตกต่างหลากหลายขึ้นกับสภาพทางจิตใจ ความสามารถทางกาย ตลอดจนพฤติกรรมของเด็กแต่ละคน ในด้านบทบาทของทันตแพทย์เด็กในงานทันตกรรมสำหรับ

เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการสามารถทำได้ครอบคลุมตั้งแต่งานส่งเสริมป้องกัน งานทันตกรรมทั่วไป และงานทันตกรรมเฉพาะทางสำหรับเด็ก ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารและการจัดการพฤติกรรมอย่างเหมาะสม โดยการรักษาภายใต้การดมยาสลบเป็นทางเลือกหนึ่งในเด็กที่มีฟันผุลุกลามมาก อาศัยในชนบทห่างไกล และมีพฤติกรรมไม่สามารถให้ความร่วมมือ[16] เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

รายงานผู้ป่วย

เด็กชาย อายุ 4 ปี 2 เดือน น้ำหนัก 17 กิโลกรัม ส่วนสูง 107 เซนติเมตร มาด้วยอาการนำปวดฟันหน้าบนเป็นๆหายๆหลายครั้งและถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เนื่องจากมีฟันผุหลายตำแหน่งและไม่ให้ความร่วมมือในการทำฟัน เมื่อตอนอายุ 1ปี 7 เดือนผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลจุฬาภรณ์ เนื่องจากผู้ปกครองสังเกตว่าเด็กไม่พูด ไม่ค่อยสบตา แพทย์ได้ตรวจประเมินและวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องทางพัฒนาการ ปัจจุบันมีพฤติกรรมซน ไม่นิ่ง กินข้าวได้เอง ใส่ถอดเสื้อเองยังไม่ได้เล่าได้ว่าที่โรงเรียนทำอะไรบ้าง ถ้าทำอะไรไม่ได้จะโมโห แพทย์นัดกระตุ้นพัฒนาการที่คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทุก 3 เดือน

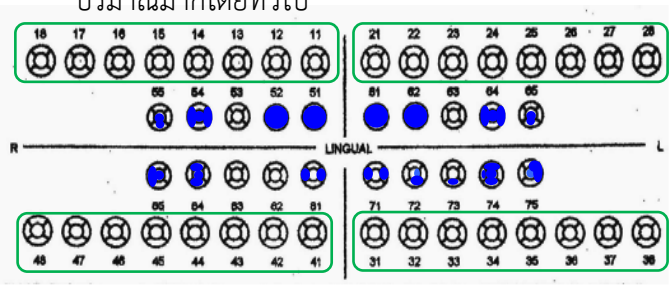
ผู้ป่วยไม่เคยรับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อน ยังดูดนมขวดอยู่ตอนก่อนนอน ชอบรับประทานลูกอม และดื่มน้ำหวานเป็นประจำ แปรงฟันเอง ผู้ปกครองไม่ได้แปรงให้ โดยใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ของเด็ก ไม่เคยใช้ไหมขัดฟันจากการตรวจและประเมินผู้ป่วย พบว่ามีปริมาณงานที่ต้องได้รับการรักษามาก ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำฟัน และมีภูมิลำเนาอยู่ต่างอำเภอ เมื่ออธิบายถึงข้อดีข้อเสียแล้ว ผู้ปกครองตัดสินใจเลือกการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ

การตรวจร่างกาย

- **ภายนอกช่องปาก**(รูปที่ 1)ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติใดๆ

รูปที่ 1 แสดงใบหน้าและช่องปากผู้ป่วย

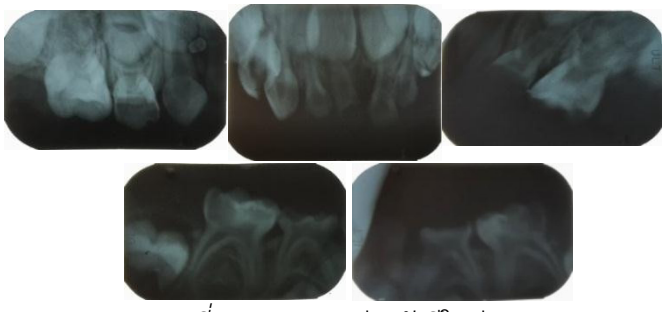
- **ภายในช่องปาก**(รูปที่ 2) ผู้ป่วยมีฟันน้ำนมผุ และฟันน้ำนมผุทะลุโพรงประสาทฟันหลายซี่มีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายปริมาณมากโดยทั่วไป



รูปที่ 2 แสดงแผนผังสภาพฟันในช่องปาก

BLACK: Restoration present BLUE: Caries present, Fracture
RED CROSS: Absent tooth GREEN CIRCLE: Unerupted tooth
SSC: Stainless steel crow CoF: Composite filling

การถ่ายภาพรังสีในช่องปาก(รูปที่ 3)



รูปที่ 3 แสดงภาพถ่ายรังสีในช่องปาก

การตรวจในช่องปาก การแปลผลภาพรังสี การวินิจฉัยและการรักษา

Tooth & area	Clinical examination	Radiographic interpretation	Diagnosis	Treatment
55 O,Pa	Small dental caries	Normal PDL space, intact lamina dura	Dental caries	PRR
54MOD	Deep dental caries	Radiolucent area seen on mesio-occluso-distal surface nearly involved pulp, normal PDL space, intact lamina dura, 14 presented beneath the furcation	Pulpitis	Pulpotomy and SSC
52,51,61,62	Retained root	Radiolucent area seen on all surface involved pulp loss of lamina dura, 12,11,21,22 presented beneath the apical	Chronic apical periodontitis	Extraction
64MOD	Deep dental caries	Radiolucent area seen on mesio-occluso-distal surface nearly involved pulp, widening PDL space, loss of lamina dura, 24 presented beneath the furcation	Chronic apical periodontitis	Pulpectomy and SSC
65 O	Small dental caries	Normal PDL space, intact laminadura	Dental caries	PRR
75 ODLi	Deep dental caries	Radiolucent area seen on occluso-disto-lingual surface nearly involved pulp, widening PDL space, loss of lamina dura, 35 presented beneath the furcation	Chronic apical periodontitis	Pulpectomy and SSC
74 MOBLi	Deep dental caries	Radiolucent area seen on mesio-occluso-bucco-lingual surface not involved pulp, normal PDL space, intact lamina dura, 34 presented beneath the furcation	Deep dental caries	SSC
73 La,72 LaI, 71, 81 M,D	Dental caries	-	Dental caries	GIC filling
84 BOLi	Deep dental caries	Radiolucent area seen on bucco-occluso-lingual surface not involved pulp, normal PDL space, intact lamina dura, 44 presented beneath the furcation	Deep dental caries	SSC
85 OD	Deep dental caries	Radiolucent area seen on occluso-distal surface nearly involved pulp, widening PDL space, loss of lamina dura, 45 presented beneath the furcation	Chronic apical periodontitis	Pulpectomy and SSC
FM	Moderate plaque and calculus	-	Gingivitis	Scaling and polishing, Fluoride varnish

PRR: Preventive resin restoration ,SSC: Stainless steel crown , GIC: Glass ionomer cement

รูปที่ 4 แสดงภาพภายในช่องปากและภาพรังสีหลังการรักษา

โดยได้นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจใน 7 วันหลังทำหัตถการ ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ แผลถอนฟันบริเวณฟันซี่52,51,61,62ไม่มีอาการอักเสบหรือติดเชื้อ พบแผ่นคราบจุลินทรีย์สะสมปริมาณเล็กน้อย ฟันที่ได้รับการบูรณะและครอบฟันอยู่ในสภาพดี (รูปที่ 4) เลิกดูดนมขวดได้แล้ว จึงเน้นย้ำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากโดยการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการเลือกรับประทานอาหาร

หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยมาตรวจซ้ำอีก 3 เดือน ผู้ปกครองสามารถทำความสะอาดช่องปากให้ผู้ป่วยได้ดี พบแผ่นคราบจุลินทรีย์สะสมปริมาณเล็กน้อย ฟันที่ได้รับการบูรณะและครอบฟันอยู่ในสภาพดี ไม่พบฟันผุเพิ่ม(รูปที่ 5) จึงเน้นย้ำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ขัดฟันและทาฟลูออไรด์วานิชทั้งปากให้แก่ผู้ป่วยภายใต้ผ้าห่อตัว (Papoose board)

รูปที่ 5 แสดงภาพภายในช่องปากหลังการรักษา 3 เดือน

วิจารณ์

การให้การรักษาทางทันตกรรมแก่เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ ทันตแพทย์ต้องมีการคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานทางสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากเด็กปกติทั่วไปและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาวะความบกพร่องเกิดขึ้นที่พัฒนาการด้านใด และมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด[14]ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดความสามารถและความร่วมมือของผู้ป่วย การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การจัดการพฤติกรรมโดยวิธีการทางจิตวิทยา และการควบคุมทางกายสามารถทำได้ในเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ แต่ยังสามารถให้ร่วมมือในการรักษาได้บ้าง ในกรณีศึกษาเด็กชายอายุ 6 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Global development delay ตั้งแต่อายุ 2 ปีเนื่องจากเดินและพูดช้ากว่าปกติ ทำให้มีปัญหาในการเรียนรู้ แต่ได้รับการฝึกพัฒนาการและเรียนในโรงเรียนเด็กพิเศษ ประเมินพฤติกรรมอยู่ในระดับยอมรับการรักษาพอควร[17] จึงสามารถรับการตรวจและให้การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การจัดการพฤติกรรมโดยวิธีการทางจิตวิทยา และการควบคุมทางกาย รวมทั้งการใช้ยา(oral sedation) ในวันที่ทำการบูรณะฟันและครอบฟันเพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้นและขากรรไกร[18]แต่ในกรณีศึกษาเด็กชายอายุ 7 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Global development delaywith seizure disorder มีความบกพร่องทางด้านการพูด ภาษา ความรู้ความเข้าใจ และร่างกาย ไม่สามารถตรวจในช่องปากได้ ประเมินพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิเสธการรักษาอย่างสิ้นเชิง[17] จึงทำการตรวจและให้การรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ[18]

สำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ (Global development delay) ในรายงานเคสนี้ตรวจพบมีฟันน้ำนมผุ และผุทะลุโพรงประสาทฟันหลายซี่ซึ่งจำเป็นต้องรับการรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูล แต่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความร่วมมือและมีปริมาณงานที่ต้องได้รับการรักษามาก อีกทั้งผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ต่างอำเภอไม่สะดวกในการเดินทาง หากต้องรักษาภายใต้การจัดการพฤติกรรมโดยวิธีการทางจิตวิทยา และการควบคุมทางกายเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่นิ่ง และจำเป็นต้องมารับการรักษาหลายครั้ง เมื่ออธิบายผู้ปกครองถึงข้อดีข้อเสีย และให้เลือกแนวทางการรักษา ผู้ปกครองตัดสินใจเลือกการรักษาทางทันตกรรมภายใต้การดมยาสลบ[15] โดยได้มีการปรึกษากุมารแพทย์และวิสัญญีแพทย์เพื่อเตรียมผู้ป่วยและวางแผนการรักษาร่วมกัน

ในวันแรกที่ผู้ป่วยพบทันตแพทย์ ตรวจในช่องปากพบว่ามีฟันน้ำนมผุและผุทะลุโพรงประสาทฟันหลายซี่ มีคราบจุลินทรีย์และหินน้ำลายปริมาณมาก และจากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยไม่เคยรับการรักษาทางทันตกรรมมาก่อนยังดูดนมขวดก่อนนอน ชอบรับประทานลูกอมและดื่มน้ำหวานเป็นประจำแปรงฟันเอง ผู้ปกครองไม่ได้แปรงซ้ำนั่นแสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และไม่สามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ซึ่งภายหลังการรักษาร่วมกับติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวดฟัน สามารถใช้ฟันบดเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ และมีสภาพช่องปากที่ดีขึ้นรวมทั้งผู้ปกครองมีความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเป็นอย่างดี โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค เลิกนมขวด หลีกเลี่ยงการรับประทานลูกอม ขนมหวาน น้ำหวาน ขนมกรุบกรอบเหนียวติดฟัน โดยให้ดื่มนมจืดและทานผลไม้เป็นอาหารว่างแทน สำหรับการทำความสะอาดช่องปากแนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันเองอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยให้ผู้ปกครองแปรงซ้ำ ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟันทุกวัน หลังจากนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน หลังทำหัตถการพบว่า สภาวะอนามัยช่องปากผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และสามารถดูแลทำความสะอาดช่องปากให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพนอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาทางทันตกรรมที่ดีขึ้นโดยสามารถขัดฟันและ

ทาฟลูออไรด์วานิชทั้งปากให้แก่ผู้ป่วยภายใต้ผ้าห่อตัว(Papoose board)ได้

สรุป

การวางแผนและการให้การรักษาทางทันตกรรมพร้อมมูลแก่เด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการทันตแพทย์ต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานทางสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ความสามารถและความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากเด็กปกติทั่วไป มีการปรึกษาแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง และต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองเพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยรวมทั้งสร้างความเข้าใจและสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กต่อไปด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. นิตยา คชภักดี. พัฒนาการของเด็ก. ใน : วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริปุณย์, สุรางค์ เจียมจรรยา, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 3). กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง, 2541 : 1-6.
2. นิตยา คชภักดี. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. บริษัท บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด. กรุงเทพฯ, 2554.
3. อดิศร์สุดา เฟื่องฟุ้ง. Delayed Development. ใน : ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช, ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, สมจิต ศรีอุดมขจร, สมใจ กาญจนาพงศ์กุล. ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2549: 34-47.
4. นิชรา เรืองดารกานนท์. พัฒนาการและเชาว์ปัญญาของเด็กไทย. กรุงเทพฯ : เอกสารอัด สำเนาม 2551.
5. ธันยพร เมฆรุ่งจรัส และอดิศร์สุดา เฟื่องฟู. ปัจจัยที่กระทบต่อพัฒนาการเด็ก. ในสุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์และคณะ. บรรณาธิการ ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด,2561: 44.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2554). รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี2553. เอกสารอัดสำเนา,2554.
7. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัชร. รายงานการศึกษา “พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปีพ.ศ. 2557”. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (เอกสารอัดสำเนา),2558.
8. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, วันนิสาห์ แก้วแข็งขัน.รายงานการศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ.2560”. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2560.
9. วิชัย เอกพลกร. บรรณาธิการ. (2554). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 นนทบุรี: สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข.
10. Loehlin JC. Group difference in intelligence. In :Sterng RJ. Ed. Hand book of intelligence. Cambridge: Cambridge University Press. 2000: 176-93.
11. G.C. Pramod Singh, Manju Nair, Ruth B, Grubesic and Frederick A. Factors associated with underweight and Stunting among children in Rural Terai of Estern Nepal. Asia- PacificJ Public Health. 2009; 21(2): 144-52.
12. M. Shevell, S. Ashwal, D. Donley et al., Practice parameter: evaluation of the child with global development delay: report of the guality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of Child Neurology Society, Neurology. 2003; 60(3): 367-80.
13. American Academy of Pediatric Dentistry. Symposium on lifetime oral health care for patients with special needs. Pediatr Dent. 2007; 29(2): 92-152.

14. Charles JM. Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intellectual disabilities, and autism. J Dent Child (Chic). 2010; 77(2):84-91.

15.Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J, et al. Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. Pediatr Dent. 2011; 33(1): 29-36.

16. มาลี อรุณากูร. การจัดการพฤติกรรมของเด็กเพื่อการรักษาทางทันตกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2543: 143-48.

17. Frankl S, Shiere F, Fogels H. Should the parent remain with the child in the dental operatory. ASDC J Dent Child. 1962; 29: 150-63.

18. Sauradh Kumar, DeepikaPai, Runki Saran. Oral Health Characteritics and Dental Rehabilitation of Children with Global Developmental Delay. Case Reports in Dent. RetrievedJan 30, 2017, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5303845.

เนื้องอกช่องอกชนิด Mature Teratoma ที่เกิดการอักเสบทะลุเข้าไปในปอดในผู้ป่วยเด็กที่มาด้วยอาการเจ็บสะบัก: รายงานผู้ป่วย

บุญศิริ พรยศไกร พบ.,วว.รังสีวิทยาทั่วไป

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

Mature Teratoma เป็นเนื้องอกที่พบได้บ่อยที่สุดของเนื้องอกเจิมเซลล์ในช่องอก ส่วนมากไม่มีอาการและตรวจพบโดยบังเอิญ การอักเสบของก้อนเนื้องอกลุกลามเข้าไปในอวัยวะข้างเคียงนั้นพบน้อยมาก รายงานฉบับนี้รายงานผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 9 ปี มีอาการนำมาด้วยปวดสะบักซ้าย ตรวจด้วยภาพทางรังสี วินิจฉัยครั้งแรกเป็นฝีในปอดจึงรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นพิจารณาให้ยาต้านวัณโรคเมื่อรักษาครบ 1 เดือน ขนาดก้อนไม่ลดลง สุดท้ายผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด พบว่าเป็นเนื้องอก Mature Teratoma ที่เกิดการอักเสบทะลุเข้าไปในปอด หลังผ่าตัดอาการหายเป็นปกติ

คำสำคัญ: ก้อนในด้านหน้าช่องอก ถุงน้ำในช่องอก เนื้องอกเจิมเซลล์ แตกทะลุ

Mediastinal Mature Teratoma with Intrapulmonary Involvement Presented with Scapular Pain: A Case Report

Boonsiri Pornyoskrai, MD.

Department of radiology, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Mediastinal mature teratoma is the most common benign germ cell tumor. The mature teratomas are commonly asymptomatic and rarely rupture into the adjacent organs. We report a 9-year old girl presented with scapular pain. Lung abscess and tuberculous lymphadenitis was diagnosed and treated medically. But her clinical symptoms are not resolved. Follow-up CT chest with contrast revealed the same. Finally, she underwent surgical resection. Histologic diagnosis is mediastinal mature teratoma with intrapulmonary involvement. After surgery her clinical condition was improved.

Keyword: anterior mediastinal mass, cystic mediastinal mass, mature teratoma, rupture

บทนำ

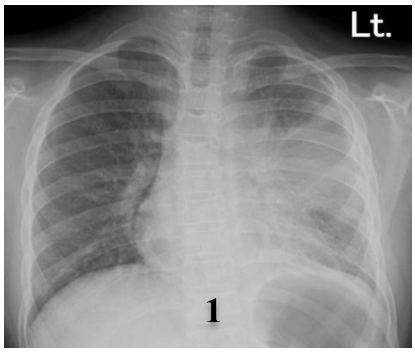
เนื้องอกเจิมเซลล์ (Germ cell tumor)ในช่องอกพบได้น้อยเพียงร้อยละ10[1] เนื่องจากส่วนใหญ่พบได้ในอัณฑะและรังไข่ โดยเนื้องอกเจิมเซลล์ในช่องอกพบได้บ่อยใน anterior mediastinum และพบน้อยในposterior mediastinumได้เพียงร้อยละ5[1] เนื้องอกเจิมเซลล์ในช่องอกแบ่งได้เป็น 3 ชนิด[2]

1. Teratoma พบได้มากถึงร้อยละ 70 จำแนกได้เป็น mature teratoma, immature teratoma และ teratoma with malignant transformation
2. Seminoma พบได้ร้อยละ 10-20
3. Non-seminomatous germ cell tumor พบได้ร้อยละ 10-20

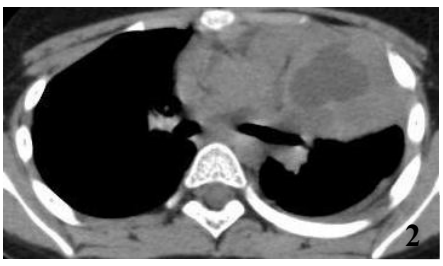
Mature teratoma เป็นเนื้องอกที่พบได้บ่อยที่สุดของเนื้องอกเจิมเซลล์ในช่องอก ก้อนประกอบไปด้วยเซลล์และเนื้อเยื่อจากเซลล์ต้นกำเนิด 3 ชนิด คือ endoderm, mesoderm และ ectoderm เมื่อตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะพบลักษณะก้อนที่ขอบเขตชัดเจน มีส่วนประกอบของไขมัน น้ำ เนื้อเยื่อ และหินปูน เมื่อเกิดการลุกลามของก้อนเนื้องอกไปในอวัยวะข้างเคียง เช่น เยื่อหุ้มปอด ปอด เยื่อหุ้มหัวใจ หรือหลอดลม มักจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการ เช่น เหนื่อย ไอ เจ็บหน้าอก หรือติดเชื้อในปอด ซึ่งพบได้น้อยและยากต่อการวินิจฉัยด้วยภาพทางรังสีเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถแยกออกจากการติดเชื้อเรื้อรัง เนื้องอกหรือมะเร็งชนิดอื่นได้ ต้องอาศัยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาร่วมด้วย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 9 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่มีโรคประจำตัว มาด้วยอาการปวดสะบักซ้าย 5 วัน หอบเหนื่อยตอนกลางคืน ไม่มีไข้ ไม่ไอ ไม่มีน้ำหนักลด ไม่ได้รับอุบัติเหตุใดๆมาก่อน ปฏิเสธประวัติสัมผัสเชื้อวัณโรคในครอบครัว ผลตรวจสัญญาณชีพเป็นดังนี้ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 118/86 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้ง/นาที, หายใจ 34 ครั้ง/นาที ผลการตรวจร่างกาย decreased breath sound at left lung, ตรวจทางห้องปฏิบัติ CBC, Electrolyte, BUN, Creatinine ปกติ รายงานผลเอกซเรย์ปอด (CXR) พบปอดด้านซ้ายบนทึบ ไม่มีภาวะน้ำท่วมปอด(ภาพที่1) ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปอดแบบไม่ฉีดสารทึบรังสีพบ a cystic lesion at anterior segment of left upper lobe, surrounding with consolidation ไม่พบ gas ภายในก้อน

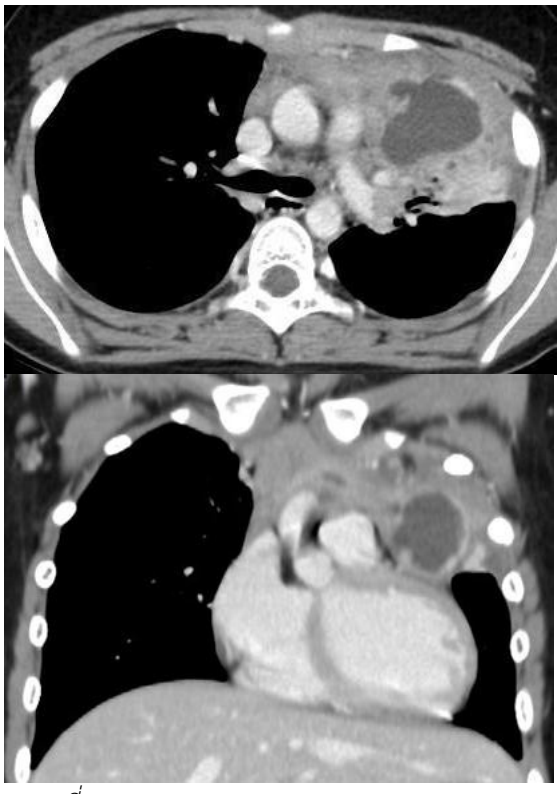


ภาพที่ 1 CXR : Increased opacity at left upper lobe.



ภาพที่ 2 Plain CT chest: A cystic lesion at anterior segment of left upper lobe surrounding with consolidation.

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นฝีในปอด (lung abscess) รักษาด้วยยาปฏิชีวนะจนครบ 2 สัปดาห์ ระหว่างที่ให้ยาปฏิชีวนะอาการปวดสะบักดีขึ้นเล็กน้อย แต่มีไข้ CXR ซ้ำรอยโรคที่ปอดยังคงอยู่ จึงได้ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์อีกครั้ง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปอดหลังฉีดสารทึบรังสี พบว่ารอยโรคมีขนาดใหญ่ขึ้นเมื่อเทียบกับครั้งแรก พบ increased size of a nodular rim enhancing cystic lesion involving prevascular space and anterior mediastinum, surrounding with consolidation at anterior segment of left upper lobe (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 CT Chest with contrast : Increased size of a nodular rim enhancing cystic lesion involving prevascular space and anterior mediastinum, surrounding with consolidation at anterior segment of left upper lobe.

ทางรังสีแพทย์ให้การวินิจฉัยแยกโรคเพิ่มเติมว่าอาจจะเป็นก้อนจากที่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อเรื้อรัง เช่น วัณโรค จึงได้รับการตรวจเพิ่มเติมดังนี้

Tuberculin skin test negative, Sputum AFB negative

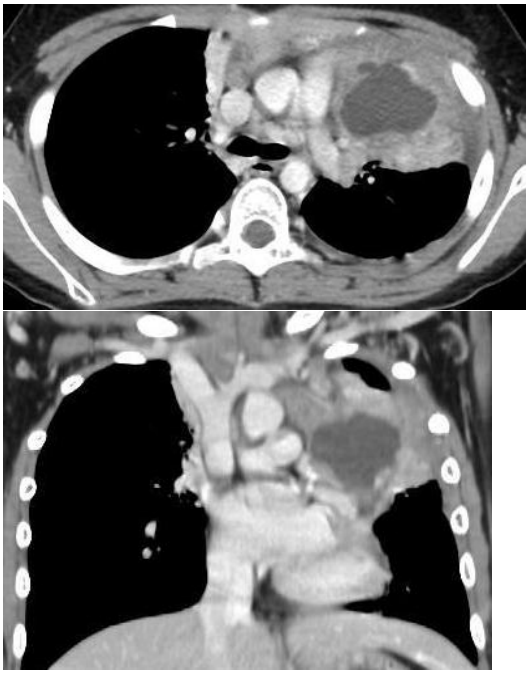
Bronchoscope: Normal trachea, right and left main bronchus, normal right and left intermediate bronchus, no secretion and no external compression.

Bronchoalveolar lavage: AFB: not found, culture: no growth. MTB not detected.

Hemoculture: no growth. C-reactive protein: positive.

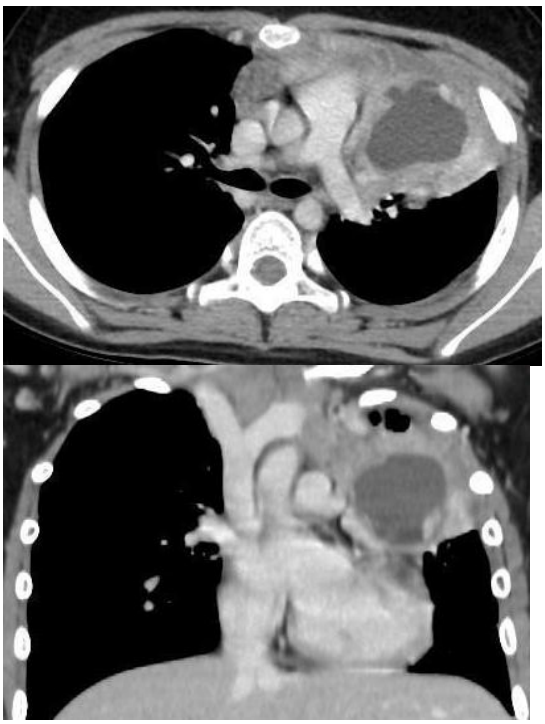
ESR: 73 mm/Hr (0-20), LDH: 202 U/L (135-225), Melioid titer: normal, Anti-HIV: Non-reactive

แม้ว่าผลตรวจหาเชื้อวัณโรคจะเป็นลบ และมีข้อจำกัดในการทำการตรวจชิ้นเนื้อ (tissue biopsy) จึงได้หารือร่วมกันว่าอาจจะเป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลืองในช่องอก ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค 2 สัปดาห์ เมื่อตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปอดซ้ำ พบว่ารอยโรคมีขนาดลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 4)



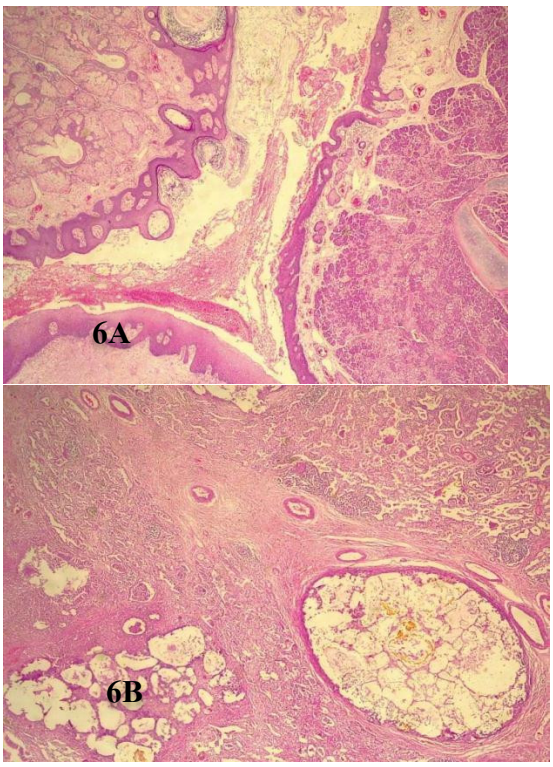
ภาพที่ 4 CT chest with contrast: Slightly decreased size of a nodular rim enhancing cystic lesion involving prevascular space and anterior mediastinum, surrounding with consolidation at anterior segment of left upper lobe.

จึงพิจารณาให้ยาต้านวัณโรคต่อจนครบ 1 เดือน พบว่าเมื่อนำตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปอดอีกครั้ง ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบว่ารอยโรคยังมีลักษณะเหมือนเดิม (ภาพที่ 5)



ภาพที่ 5 CT Chest with contrast : Again seen a nodular rim enhancing cystic lesion involving prevascular space and anterior mediastinum, surrounding with consolidation at anterior segment of left upper lung.

ทีมแพทย์ผู้ให้การรักษาเห็นว่าการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคไม่ดีขึ้น จึงได้ส่งปรึกษาศัลยแพทย์ช่องอกพิจารณาร่วมกันโดยให้ความเห็นว่าควรผ่าตัดเพื่อการวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยจึงได้รับการผ่าตัด left upper lobectomy with anterior mediastinal mass removal ผลทางพยาธิวิทยาพบว่าภายในก้อนเนื้องอกประกอบด้วยเนื้อเยื่อของผิวหนัง ตับอ่อนและระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับการอักเสบเรื้อรังในเนื้อปอดข้างเคียง (ภาพที่ 6) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายเป็นเนื้องอก mature teratoma ร่วมกับมีการอักเสบของก้อนเนื้องอกเข้าไปในเนื้อปอด หลังผ่าตัด 1 เดือนผู้ป่วยได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปอดซ้ำ ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก และอาการปกติดีหลังการตรวจติดตามอาการ 1 ปี



ภาพที่ 6 Microscopic examination. 6A: (mediastinal mass) mature teratoma, composed of skin, pancreatic tissue and respiratory tissue. 6B: The inflammatory processes infiltrate among the fibrotic stroma and extends into the lung parenchyma.

วิจารณ์

Mature teratoma เป็นเนื้องอกที่พบได้มากถึงร้อยละ 60-75[1] ของเนื้องอกเจิมเซลล์ในช่องอก พบบ่อยในเด็กและช่วงอายุ 20-30 ปี พบในเพศชายและหญิงเท่าๆกัน โดยร้อยละ53[3] จะไม่มีอาการและตรวจพบโดยบังเอิญ ภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ของ mediastinal mature tertoma ส่วนมากพบในตำแหน่ง prevascular space (anterior mediastinum) มีเพียงร้อยละ 5

เท่านั้นที่พบใน posterior mediastinum[2] ภายในก้อนเนื้องอกจะพบได้เป็น 4 ลักษณะดังนี้ 1. ถุงน้ำ (fluid-filled cyst) พบได้ร้อยละ 90, 2. ไขมัน (fat) พบได้ร้อยละ 75, 3. เนื้อเยื่อ (soft tissue) และ 4. หินปูน (calcification) พบได้ร้อยละ 50 โดยหินปูนจะปรากฏเป็นหินปูนเฉพาะจุด (focal) หรือหินปูนริมขอบก้อนเนื้องอก ส่วนหินปูนที่มีรูปร่างคล้ายฟันหรือกระดูก (tooth-like calcification) นั้นพบได้น้อยมาก ก้อนเนื้องอกที่มีองค์ประกอบภายในก้อนครบทั้ง 4 อย่างพบได้เพียงร้อยละ 40 หากพบลักษณะก้อนที่มีน้ำและไขมันแยกชั้นกันชัดเจนซึ่งเป็นลักษณะที่จำเพาะเจาะจงในทางรังสีสามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ทันทีแต่พบได้เพียงร้อยละ 10[2,3] ภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หลังฉีดสารทึบรังสี จะพบว่าขอบของก้อนชัดเจนขึ้น (rim enhancement), homogeneous density และยังสามารถแยกกับก้อนมะเร็งเจิมเซลล์ได้ โดยดูจากลักษณะก้อนที่มีผนังก้อนหนา พบส่วนของ solid มากกว่า, heterogeneous density และมักจะไม่มีถุงน้ำหรือหินปูน

ภาพตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ลักษณะที่พบขึ้นอยู่กับส่วนประกอบภายในก้อน โดยส่วนมากรอยโรคที่ประกอบด้วยไขมันจะปรากฏสีขาว (hyperintense) ใน T1-weighted images, รอยโรคที่ประกอบด้วยถุงน้ำจะปรากฏสีดำ (hypointense) ใน T1-weighted images แต่ปรากฏสีขาว (hyperintense) ใน T2-weighted images ข้อดีของ MRI คือในกรณีที่เป็น posterior mediastinal mass จะสามารถบอกเรื่อง vasucular และ neurologic involvement ได้

จากภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยรายนี้พบก้อนถุงน้ำที่ prevascular space, anterior mediastinum ในทางรังสีวิทยาจะวินิจฉัยแยกโรคตามตำแหน่งของก้อน โดยก้อนที่พบในตำแหน่งนี้ได้แก่ thymus, thyroid, lymph node, germ cell tumor หรือ vascular lesion ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้พบลักษณะ nodular rim enhancing cystic mediastinal lesion surrounding with consolidation at anterior segment of left upper lobe จึงวินิจฉัยแยกโรคได้ดังนี้

1. ฝีในปอด ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเนื่องจากลักษณะรอยโรคจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เข้าได้เพราะเป็น cystic lesion surrounding with consolidation แต่ไม่พบ gas-fluid level และหลังได้รับยาปฏิชีวนะครบ 2 สัปดาห์แล้วรอยโรคไม่ดีขึ้น จึงนึกถึงน้อยลง
2. วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในช่องอก เนื่องจากตำแหน่งก้อนอยู่ prevascular space ซึ่งในตำแหน่งนี้นึกถึงเป็นก้อนจากต่อมน้ำเหลืองได้ ลักษณะก้อนคล้ายต่อมน้ำเหลืองที่มีการอักเสบติดเชื้อโดยตรงกลางก้อนลักษณะคล้าย caceous necrosis แต่หลังได้ยาต้านวัณโรคครบ 1 เดือน รอยโรคไม่ดีขึ้น จึงนึกถึงน้อยลง
3. หลอดเลือดแดงโป่งพองที่มีการติดเชื้อเนื่องจากตำแหน่งก้อนอยู่ prevascular region แต่นึกถึงน้อยเนื่องจากไม่มีลักษณะของโป่งพอง (focal dilatation) ของหลอดเลือดแดง
4. เนื้องอกเจิมเซลล์ ถึงแม้ว่าภายในก้อนไม่พบหินปูนหรือไขมัน แต่ตำแหน่งก้อนยังเป็นตำแหน่งที่พบเนื้องอกชนิดนี้ได้บ่อย ในกรณีของผู้ป่วยจึงแยกได้ยากระหว่างก้อนเนื้องอก, การอักเสบติดเชื้อเรื้อรังหรือมะเร็ง จึงต้องใช้การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

ท้ายที่สุดผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดและผลทางพยาธิวิทยาเป็น mature teratoma ที่มีการอักเสบทะลุเข้าไปในปอด ซึ่งเป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง พยากรณ์โรคดี หายขาดได้โดยการผ่าตัดและไม่ต้องให้ยาเคมีบำบัดหรือฉายแสง ซึ่งต่างกับ immature teratoma ที่พยากรณ์โรคไม่ดีและต้องการรับยาเคมีบำบัดและฉายแสงหลังผ่าตัด[2]

การแตกของก้อนเนื้องอก mature teratoma เข้าไปในอวัยวะข้างเคียง เช่น เยื่อหุ้มปอด ปอด เยื่อหุ้มหัวใจ หรือหลอดลม มักจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการ เช่น เหนื่อย ไอ เจ็บหน้าอก และติดเชื้อในปอด จากการรายงานของ Choi SJ และคณะ[4] พบว่าแตกของก้อนเนื้องอกอาจเกิดจาก การขาดเลือดของก้อนเนื้องอก, การติดเชื้อ หรือการอักเสบ และเนื่องจาก mature cystic teratoma จะสร้างเอนไซม์จากเนื้อเยื่อของตับอ่อนหรือต่อมน้ำลายที่อยู่ภายในก้อนเนื้องอก จึงทำให้เกิดการอักเสบต่ออวัยวะข้างเคียงได้ แต่ขนาดของก้อนและความหนาของผนังก้อนไม่ได้เป็นปัจจัยในการบ่งบอกว่าก้อนเนื้องอกนี้จะแตกหรือไม่ ในผู้ป่วยรายนี้พบว่าก้อนเนื้องอกของผู้ป่วยมีการอักเสบเป็นๆหายๆและลุกลามไปในเนื้อปอดข้างเคียง ดังในเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ภาพที่ 4 จะเห็นว่าการอักเสบของก้อนดีขึ้นเล็กน้อย จึงทำให้เกิดการสับสนว่าตัวก้อนตอบสนองจากการให้ยาต้านวัณโรค

จากการศึกษาในกรณีรายงานผู้ป่วยที่มีการแตกของก้อนเนื้องอก mature teratoma เข้าไปในอวัยวะข้างเคียงที่ผ่านมา 8 การศึกษาในผู้ป่วย 10 ราย[5-12] ดังตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยอยู่ในช่วงอายุ 16-32 ปี มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวที่อายุ 58 ปี เป็นหญิงและชายเท่าๆกัน อาการนำส่วนใหญ่มาด้วยไอเป็นเลือด มีผู้ป่วย 1 รายที่มาด้วยไอออกมาเป็นผม (trichoptysis) ซึ่งอาการนี้เป็น pathognomonic symptom ว่าก้อนเนื้องอก teratoma ได้แตกทะลุเข้ามาในหลอดลม[5] จากผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ก้อนเนื้องอกส่วนใหญ่พบบริเวณ anterior mediastinum มีส่วนประกอบของไขมัน หินปูนและถุงน้ำและก้อนมีลักษณะ heterogeneous density พบการลุกลามเข้ามาในปอด ซึ่งยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค โดยพบว่าผู้ป่วย 4 ราย วินิจฉัยโรคได้จากการตรวจ bronchoscope พบ hair-like material[5,6,9] ซึ่งเป็นส่วนประกอบของก้อนและแสดงว่าก้อนได้มีการลุกลามเข้ามาในส่วนของหลอดลม, ผู้ป่วย 2 รายวินิจฉัยโรคจาก MRI เนื่องจากภาพจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ไม่สามารถแยกจากก้อนมะเร็งได้[8], ผู้ป่วย 2 ราย วินิจฉัยจาก CT ได้เนื่องจากรายหนึ่งพบ fat-fluid level ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะต่อโรคนี้[11] อีกรายหนึ่งเคยตรวจพบว่าเป็น mature teratoma แล้วเมื่อ 2 ปีก่อนซึ่งขณะนั้นก้อนยังไม่แตกทะลุเข้ามาในปอด[12] และผู้ป่วย 2 รายที่ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับวัณโรค[6,10] โดยใช้การตรวจวินิจฉัยจากชิ้นเนื้อ (tissue biopsy) สุดท้ายผู้ป่วยทุกรายได้รับรักษาโดยการผ่าตัดและผลทางพยาธิวิทยาเป็นเนื้องอก mature teratoma ทั้งหมด

ตารางที่ 7 กรณีศึกษารายงานผู้ป่วยที่เป็น ruptured mediastinal mature teratoma

การศึกษา	อายุ	เพศ	อาการนำ	ตำแหน่งก้อนและการลุกลาม	CT appearance
Bachh AA et al. 2009[5]	32	หญิง	Paroxysmal cough and trichoptysis	Anterior mediastinum extending to left upper lobe	Irregular border mass with homogeneous density with fat and calcified density within tumor
Chen RF et al. 2010[6]	58	หญิง	Massive hemoptysis	Mass in left upper lobe	Soft tissue density mass with cavity formation
	28	ชาย	Massive hemoptysis	Anterior mediastinum extending to right upper lobe	Heterogeneous mass with fat component
Yalagachin GH 2012[7]	21	ชาย	Chronic cough	Anterior mediastinum extending to right hemithorax	Large heterogeneous soft tissue mass with fat and calcification component
Madhusudhan KS et al. 2012[8]	19	ชาย	Hemoptysis	Anterior mediastinum extending right lung	Heterogeneous mass with small focus of fatty attenuation
	15	ชาย	Hemoptysis	Anterior mediastinum extending to right hemithorax	Heterogeneous mass with soft tissue and fat density
Serraj M et al. 2013[9]	16	หญิง	Chest pain	Anterior mediastinum extending to left upper lobe, bronchus and skin	Heterogeneous mass with fat and calcified component
Badar F et al. 2013[10]	20	หญิง	Hemoptysis	Anterior mediastinum extending to lingular segment of left upper lobe	Heterogeneous mass containing fat, soft tissue, and gas
Ram D et al. 2017[11]	27	หญิง	Breathing difficulty, cough and pain	Anterior mediastinum extending to left upper lobe	Internal fat-fluid level and calcified component
Tavares JG et al. 2019[12]	22	ชาย	Hemoptysis	Anterior mediastinum	Heterogeneous with extensive lipomatous content, calcified density and surrounded by cystic component

สรุป

เนื้องอกเจิมเซลล์ในช่องอก ชนิด mature terratoma สามารถวินิจฉัยได้เมื่อเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แล้วพบก้อนขอบเขตชัดเจน พบองค์ประกอบของก้อนเนื้องอกครบ 4 ชนิด หรือก้อนที่มีน้ำและไขมันแยกชั้นกันชัดเจน แต่ก้อนเนื้องอกที่เกิดการอักเสบทะลุเข้าไปในอวัยวะข้างเคียงนั้นพบได้น้อย และอาการนำไม่ชี้ชัด จึงวินิจฉัยจากภาพทางรังสีได้ยาก ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับการอักเสบติดเชื้อเรื้อรังและก้อนมะเร็ง หากเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้วอาการไม่ทุเลา ควรตรวจชิ้นเนื้อหรือผ่าตัดเพื่อได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา การรักษาที่ดีสุดของก้อนเนื้องอกชนิดนี้คือการผ่าตัด เอกซเรย์คอมพิวเตอร์จึงนำมาใช้เพื่อดูขอบเขตของก้อนเนื้องอก และวางแผนการผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

1. W.Richard Webb, Charles B. Higgins. Mediastinal masses. In : Lisa McAllister. Thoracic imaging, Pulmonary and Cardiovascular Radiology. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p225-27.
2. Marc V.Gosselin. Germ cell tumor, mediastinum. In: Jud W. Gurney, MD. Chest diagnostic imaging. 1st ed. Manitoba : Copyright Amirsys Inc;2006. p II:1-40 to II:1-42.
3. Wolfgang Dahnert. Chest. In: Lisa McAllister, Radiology review manual. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p534-36.
4. Choi SJ, Lee JS, Song KS, Lim TH. Mediastinal teratoma: CT differentiation of ruptured and unruptured tumor. AJR 1998;171(3):591-94.
5. Bachh AA, Haq I, Gupta R, Boinapally RM, Sudhakar S. Benign mediastinal teratoma with intrapulmonary extension presenting with trichoptysis. Respir Med CME. 2010;3(3):189-91.
6. Chen RFC, Chang TH, Chang CC, Lee CN: Mediastinalteratoma with pulmonary involvement presenting as massive hemoptysis in 2 patients. Respiratory Care 2010, 55:1094–96.
7. Yalagachin GH. Anterior Mediastinal Teratoma-A Case Report with Review of Literature. Indian J Surg 2013:S182-84.
8. Madhusudhan KS, Sharma R, Gadodia A, Kumar A. Spontaneous rupture of benign mediastinal teratoma: A report of two cases. Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology. 2021;33(2):123-25.
9. Serraj M, Lakranbi M, Ghalimi J, Ouadnouni Y, Smahi M. Mediastinal mature teratoma with complex rupture into the lung, bronchus and skin: A case report. World Journal of Surgical Oncology. 2013;11:125-27.

10. Badar F, Yasmeen S, Afroz N, Khan N, Azfar SF.Benign Mediastinal Teratoma with Intrapulmonary and Bronchial Rupture Presenting with Recurrent Hemoptysis. Iran Journal of Radiology. 2013;10(2):1-4.
11. Ram D, Sharma DK, Darlong LM, Rajappa SK, Bhakuni YS. Mediastinal Teratoma with Pulmonary Parenchyma Fistula: A Rare Diagnostic Endeavour. Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR 2017, 11 (8): XD03-XD04.
12. Galaz Tavares J, Baptista B, Gonçalves B, Raimundo P, Vaz Velho H, Bayão Horta A. Mediastinum teratoma rupture: a rare manifestation. EJCRIM 2019;6: doi:10.12890/2019_001022.

การจัดการองค์ความรู้เรื่องยา เพื่อแก้ไขปัญหาการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยกว่าความเป็นจริง

วรุณกาญจน์ ทุ่งสว่าง ภ.ม., พลิ้วไผ่ ชัยเดชะ สุขมาก ภ.ม., พีรพงศ์ ประไพ ภ.บ.,
ธิดารัตน์ ว่องทวีเจริญพร ภ.บ., ณัฐพร ณ นคร ภ.ม., นิภาพร เชาว์บวร ภ.บ.
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: องค์ความรู้เรื่องยาที่สอดคล้องกับปัญหาขององค์กร เป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยกระตุ้นให้องค์กรเห็นความสำคัญของการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ทราบปัญหาที่แท้จริง และนำมาสร้างแนวทางปฏิบัติในการทำงานที่ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยาโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์: เพื่อกระตุ้นให้มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สร้างองค์ความรู้เรื่องยาให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และศึกษาความพึงพอใจโดยภาพรวมก่อนและหลังจัดการความรู้ทางยาในกลุ่มงานเภสัชกรรมและทีมสหวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและศัลยกรรม

วัสดุและวิธีการศึกษา: วิเคราะห์รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่พยาบาลบันทึกลงในแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาและส่งมายังเภสัชกรห้องจ่ายยาผู้ป่วยใน ร่วมกับใช้แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดการความรู้ (ตุลาคม-ธันวาคม 2561และ มกราคม-มีนาคม 2562) ตามลำดับ

ผลการศึกษา: หลังการจัดการความรู้ พบว่า 1) การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในงานบริการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและศัลยกรรมเพิ่มขึ้น จาก 294 ครั้งเป็น 600 ครั้ง 2) องค์ความรู้ด้านยาที่จัดทำขึ้นในช่วงก่อนและหลังการจัดการความรู้มีจำนวน 103และ 62 เรื่อง ตามลำดับ 3) ร้อยละความพึงพอใจโดยภาพรวมในการจัดการความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86.25 เป็นร้อยละ100

สรุป: การจัดการความรู้ทางยาเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการกระตุ้นการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาสำหรับงานบริการผู้ป่วยใน ทำให้เพิ่มความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเพราะสามารถนำองค์ความรู้เรื่องยาที่สอดคล้องกับปัญหาในองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง

คำสำคัญ: องค์ความรู้ ปัญหาขององค์กร ความคลาดเคลื่อนทางยา

The Medication Knowledge Management for Resolution of Under Reported Medication Errors Problem in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Warunkan Tungsawang, M.Sc., Pliwphai Chaidecha Sukmak, M.Sc., Peerapong Prapai, Pharm.D., Thidarat Wongthaweejarempon, Pharm.D., Nattthaporn Na Nakorn, M.Pharm., Nipaporn Chaoborvorn, B.Pharm.
Department of Pharmacy, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Introduction: Medication knowledge conforming to the problems of the organization was the important key that encourage the organization to realize the significance of the medication error (ME) report. Likewise, it emphasized the actual problems to provide the best practice guideline for patient safety regarding medication use under the collaboration of the healthcare team (HCT).

Objectives: To encourage the in-patient ME reports, to create medication knowledge for the best practice in-patient care and to study the overall satisfaction of pharmacy officers and HCT in Pediatrics and Surgical wards.

Materials and Methods: We analyzed nurse ME report that sent to pharmacists who worked at in-patient dispensing unit and used questionnaires to compare HCT's satisfaction before and after knowledge management (KM) implementation (October-December 2018 and January-March 2019) respectively in order to create medication knowledge for sharing in HCT.

Results: After implementation of KM, we found that 1) the in-patient ME reports were increased from 294 to 600 reports, 2)medication knowledge was created before and after implementation of KM as 103 and 62 topics, respectively, 3) the overall satisfaction of HCT was increased from 86.26% to 100%.

Conclusion: KM in medication was the appropriate strategy to encourage the in-patient ME reports resulting in HCT's satisfaction improved because they could practically apply KM which conformed to the problems of the organization.

Keywords: KM, problem of organization, medication error

บทนำ

การนำองค์ความรู้เรื่องยาที่สอดคล้องกับปัญหาขององค์กรมาปฏิบัติงานจริง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา ที่สำคัญบุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีการศึกษาพบว่าความสำเร็จในการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) จะขึ้นกับการสร้างสมรรถภาพขององค์กรเป็นหลัก (capability prospective) กลยุทธ์ที่เหมาะสมในเชิงปฏิบัติการ คือ ผู้บริหารระดับสูงร่วมรับผิดชอบและสนับสนุน (surge strategy) คณะทำงานด้านพัฒนาทรัพยากรบุคคลรับผิดชอบ (cultivate strategy) และคณะทำงานในองค์กรแต่ละด้านทุกคณะร่วมรับผิดชอบ เป็นการปฏิรูปองค์กร (transform strategy)[1,2] จากการทบทวนผลการให้บริการความรู้ด้านยาของงานเภสัชสนเทศ และดำเนินโครงการพัฒนาระบบยาอย่างยั่งยืนในปีงบประมาณ 2561 พบว่าอันดับหนึ่งของความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ คือ การบริหารยาอย่างปลอดภัย ได้แก่ การบริหารยาฉีดด้วยความเข้มข้นและอัตราเร็วที่เหมาะสม ความเข้ากันได้ของยาฉีด ความคงตัวของยาฉีดหลังเปิดใช้ การเก็บยา การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา ยาที่ใช้ได้อย่างปลอดภัยในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร การปรับขนาดยาในผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยเด็ก ตามลำดับ และที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือ วิธีการปฏิบัติงานเรื่องการติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากยา การติดตามยากลุ่มเสี่ยงสูง การติดตามความสอดคล้องต่อเนื่องในการใช้ยา การติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา การบริหารความเสี่ยงยาเคมีบำบัด ดังนั้น กลุ่มงานเภสัชกรรมได้เล็งเห็นความสำคัญจึงประสานความร่วมมือกับคณะทำงานด้านยาของโรงพยาบาลและงานเภสัชสนเทศ จัดทำองค์ความรู้เรื่องยาที่สอดคล้องกับปัญหาขององค์กร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจโดยภาพรวมก่อนและหลังจัดการความรู้ทางยาในกลุ่มงานเภสัชกรรมและทีมสหวิชาชีพในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและศัลยกรรม
2. สร้างองค์ความรู้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีในการทำงาน
3. เพื่อกระตุ้นให้มีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

วัสดุและวิธีการศึกษา

สถานที่

กลุ่มงานเภสัชกรรมและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมและศัลยกรรม

กลุ่มเป้าหมาย

ทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกรที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ระยะเวลาดำเนินงาน

ก่อนการจัดการความรู้ (ตุลาคม - ธันวาคม 2561) และหลังการจัดการความรู้ (มกราคม - มีนาคม 2562)

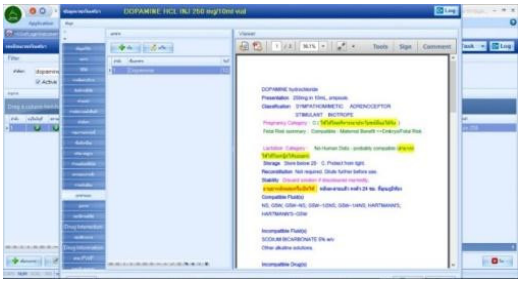
ขั้นตอนการดำเนินงาน[3,4]

1. ค้นหาองค์ความรู้ที่ยังเป็นปัญหาในการปฏิบัติงาน ทบทวนคำถามที่พบบ่อย และลงเยี่ยมหน้างาน ครั้งที่ 1
2. จัดทำองค์ความรู้ด้านยา
3. เผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น เฟสบุ๊คโครงการพัฒนาระบบยา STAR MEM 2561 (รูปที่ 1) ข้อมูลยาลงในโปรแกรม HOSxP4 (รูปที่ 2) แฟนเพจศูนย์เภสัชสนเทศ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รูปที่ 3) จัดทำคิวอาร์โค้ดความรู้ด้านยา (รูปที่ 4)
4. ส่งมอบคู่มือและจัดทำเอกสารไว้ที่จุดเตรียมยาของทุกหน่วยงาน (รูปที่ 5)
5. ให้ความรู้แก่ทีมสหวิชาชีพบนหอผู้ป่วยและภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม (รูปที่ 6 - 7)
6. ลงเยี่ยมหน้างานครั้งที่ 2
7. หากเกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาแล้วลงเยี่ยมหน้างานเพื่อแก้ไขปัญหาภายใน 48 ชั่วโมง สื่อสารผ่านป้าย “ME ตัวทีสื่อรัก” (รูปที่ 8)
8. ประสานเลขาคณะทำงานพัฒนาระบบติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาลเพื่อ

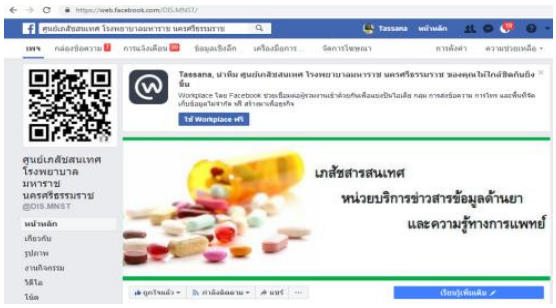
ส่งรายงานความคลาด เคลื่อนทางยามายังงานเภสัชสนเทศ

9. สรุปผลการวิเคราะห์ผ่านเลขาคณะทำงานความคลาดเคลื่อนทางยาโรงพยาบาล

*รูปที่ 1*เฟสบุ๊คโครงการพัฒนาระบบยา STAR MEM

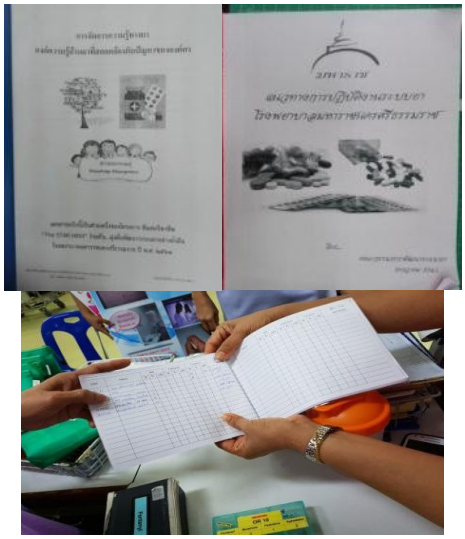


รูปที่ 2 ลงข้อมูลยาผ่านโปรแกรม HOSxP4



รูปที่ 3 แฟนเพจศูนย์เภสัชสนเทศ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

รูปที่ 4 คิวอาร์โค้ดความรู้ทางยา 2562



รูปที่ 5 คู่มือการจัดการความรู้ทางยาและแนวทางที่ดีในการปฏิบัติงาน (Work in)

รูปที่ 6 แลกเปลี่ยนเรียนรู้บนหอผู้ป่วยและเสริมพลังการเรียนรู้ ลงเยี่ยมหน้างานภายในกลุ่มงาน

รูปที่ 7 การพัฒนาระบบยาในแต่ละหอผู้ป่วย/ห้องจ่ายยา

รูปที่ 8 ลงเยี่ยมหน้างานภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ผลการศึกษา

ประเภทขององค์ความรู้

องค์ความรู้เรื่องยาที่ค้นหาและนำเผยแพร่ลงสู่การปฏิบัติครั้งที่ 1 ประกอบด้วย

1. การเก็บรักษายาอย่างถูกต้องและเหมาะสม
2. อาการอันไม่พึงประสงค์จากยา/ปฏิกิริยาระหว่างยา
3. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
4. การบริหารยาเพื่อความปลอดภัย
5. การใช้ยาเดิมในผู้ป่วยอย่างปลอดภัย
6. วิธีปฏิบัติงาน (Work in ระบบยาแต่ละด้าน) จัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาโรงพยาบาล

องค์ความรู้เรื่องยาเพื่อแก้ไขปัญหาภายใน 48 ชั่วโมง ผ่านระบบการลงเยี่ยมหน้างานผ่านป้าย “ME ตัวทีสื่อรัก” ประกอบด้วย

1. แนวทางการใช้ยารักษาวัณโรคแก้ไขปัญหาการใช้ยาเกินขนาด
2. การเฝ้าระวังยารูปคล้ายเสียงพ้อง HRIG/HBIG แก้ไขปัญหาจ่ายยาผิดชนิด
3. การจ่ายยา 6MP ขนาด ¼ เม็ด กินวันเว้นวัน อย่างถูกต้องในผู้ป่วยเด็ก แก้ไขปัญหาจ่ายยาไม่ครบจำนวน
4. การใช้คำสั่งฉีดยา Rabies vaccine for post-exposureprophylaxis แก้ไขปัญหาสั่งผิดวิธีใช้
5. แนวทางการจ่ายยาปนชนิดกัน Dexamethasone injection /Tramadol injection แก้ปัญหาจ่ายยาผิดชนิด
6. แนวทางการบริหารยาฉีดเจือจางในสารน้ำและอัตราเร็วเหมาะสมแก้ปัญหาการใช้สารน้ำเจือจางและอัตราเร็วไม่เหมาะสม
7. การเก็บรักษายาฉีดหลังเปิดใช้ในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาแก้ไขปัญหาการสำรองยาเกินจำนวน และเพิ่มประสิทธิผลในการใช้ยาไม่ใช้ยาหมดอายุ
8. การบริหารยาฉีดในหอผู้ป่วยวิกฤตในผู้ใหญ่ เพื่อเพิ่มความรู้ให้แก่เภสัชกรจ่ายยาผู้ป่วยใน
9. การบริหารยาฉีดในหอผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตเพื่อเพิ่มความรู้ให้แก่แพทย์พยาบาล และเภสัชกรในการบริหารยาอย่างปลอดภัย
10. การเก็บรักษายา antiseptics ที่เปิดใช้แล้วเพื่อให้ทุกหน่วยงานมีมาตรฐานในการเก็บรักษาและใช้ยา antiseptics อย่างมีประสิทธิผล ลดต้นทุนค่ายา
11. แนวทางการบริหารยาฉีดกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น Nicardipine, Norepinephrine, Cisatracurium เพื่อแก้ไขปัญหาการเจือจางในสารน้ำและอัตราเร็วในการให้ยาไม่เหมาะสมเป็นต้น

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่ามีการสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านยาในองค์กร และสามารถนำลงสู่การปฏิบัติงานจริงได้และทำให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้นหลังการจัดการความรู้ให้แก่ทีมสหวิชาชีพในห้องจ่ายยาผู้ป่วยในและหอผู้ป่วย (ตารางที่1-2)

ตารางที่ 1 องค์ความรู้ด้านยาที่เผยแพร่ลงสู่การปฏิบัติงานจริง

ตัวชี้วัด	ช่วงเวลา	
	ต.ค.-ธ.ค.61	ม.ค.-มี.ค.62
จำนวนองค์ความรู้ใหม่ที่งานเภสัชสนเทศนำไปเผยแพร่และใช้ประโยชน์ที่สอดคล้องกับปัญหาขององค์กร (เรื่อง)	103	62
ความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อองค์ความรู้ที่ได้รับ (ร้อยละ)		
2.1 สื่อโครงการพัฒนาระบบยา/เฟสบุ๊ค/แฟนเพจ/เอกสารที่จุดเตรียมยาทุกหน่วยงาน	86.25	
2.2 ลงเยี่ยมหน้างานผ่านสื่อ Mobile ตัวทีสื่อรักภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา		100

ตารางที่ 2 การรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนและหลังการจัดการความรู้ทางยา

ระดับความรุนแรง	ความถี่การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (ครั้ง)	
	ต.ค.-ธ.ค.61	ม.ค.-มี.ค.62
B (ไม่เกิดอันตราย ผู้ป่วยไม่ได้รับยา)	278	565
C (ไม่เกิดอันตราย ผู้ป่วยได้รับยา)	6	32
D (ติดตามพารามิเตอร์หลังได้รับยา)	10	3
รวม	**294**	**600**

ยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาสูงสุดอันดับแรกคือ Cefazolin injection ลักษณะความคลาดเคลื่อนทางยา คือ จัดและจ่ายไม่ถูกต้องมักสับสนกับยา Ceftriaxone, Ceftazidime, Cefoxitin, Cefotaxime จึงมีการสร้างแนวทางปฏิบัติที่ดี (best practice) ในการเฝ้าระวังยารูปคล้ายเสียงพ้องและคู่มือองค์ความรู้ด้านยาที่สอดคล้องกับปัญหาขององค์กร (รูปที่ 10 คิวอาร์โค้ด เล่ม KM update)

รูปที่ 10 คิวอาร์โค้ด เล่ม KM update

วิจารณ์

องค์ความรู้ใหม่ด้านยาเพื่อการบริหารยาอย่างปลอดภัย เช่น การบริหารยาฉีด การเก็บรักษายาฉีดที่เปิดใช้แล้วหรือเจือจางแล้ว การเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากยาการเฝ้าระวังยารูปคล้ายเสียงพ้อง การติดตามความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะยากลุ่มเสี่ยงสูง ต้องให้ทีมสหวิชาชีพเข้ามาช่วยสร้างองค์ความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) แต่องค์ความรู้ที่ต้องค้นหาและพัฒนาต่อยอดเพิ่มเติม คือ การเกิดการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือดการปรับขนาดยา Vancomycin/Fosfomycinในผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น

สรุป

การจัดการความรู้ทางยาเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการกระตุ้นการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาสำหรับงานบริการผู้ป่วยใน ทำให้เพิ่มความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพเพราะสามารถนำองค์ความรู้เรื่องยาที่สอดคล้องกับปัญหาในองค์กรไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง พบว่าการลงเยี่ยมหน้างานผ่าน Mobile ตัวทีสื่อรักภายใน 48 ชั่วโมง สามารถประสานให้เกิดการรายงานข้อมูลผ่านคณะทำงานพัฒนาระบบติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลจะทำให้การเชื่อมโยงการทำงานเกิดเป็นวงล้อคุณภาพที่ดี สามารถทราบปัญหาที่แท้จริง สร้างแนวทางปฏิบัติที่ดีในการทำงาน ทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดองค์ความรู้ทางยาและสุดท้ายแล้วผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. ประสิทธิ์ วัฒนาภา (2559). บทเรียนการประชุมวิชาการงานมหกรรมคุณภาพ (Quality Fair) ปี 2559 ปาฐกถาพิเศษเรื่อง “Siriraj Safety Organization ศิริราช องค์กรแห่งความปลอดภัย”. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 18 สิงหาคม 2559. หน้า 6.
2. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2559). การประชุมเชิงปฏิบัติการ Act to Re-accreditation รุ่นที่ 5 ภาคกลาง หัวข้อเรื่อง “HA Update & Global Quality Update”. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).26-27กรกฎาคม 2559. หน้า 139.
3. ไพโรจน์ มิตรมโนชัย, ปณิชา สิริกรรณะ, กนกรัตน์ แสงอำไพ (2559). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 17 หัวข้อเรื่อง “Root Cause Analysis: RCA ไปให้ถึงคำตอบที่สร้างสรรค์และได้ผล”. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 18 ธันวาคม 2560. หน้า 24.
4. World Health Organization. High 5s: Action on Patient Safety. [อินเทอร์เน็ต] 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2560]. Available from; http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/ps_injec_medicine_fs Mar_2011.pdf.

แบบหล่อซิลิโคนสร้างครอบฟันชั่วคราวสำเร็จรูปในฟันหลัง

รุกขจี มากดี ทบ.
กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลวารินชำราบ

บทคัดย่อ

บทนำ: การทำครอบฟันชั่วคราวที่มีการปั้นแต่งข้างเก้าอี้ใช้เวลาในการทำหัตถการช่วงนี้ค่อนข้างนานหรือแม้แต่จะส่งช่างทันตกรรมทำครอบชั่วคราวก็จะเสียเวลาทั้งทันตแพทย์และคนไข้อีกทั้งค่าใช้จ่ายยังเพิ่มสูงขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนในการทำงานข้างเก้าอี้ในการทำครอบฟันชั่วคราว

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการประดิษฐ์แบบหล่อซิลิโคนทำครอบฟันชั่วคราวอะคริลิกเรซินแบบบ่มด้วยตัวเองขึ้นมาในฟันหลังเตรียมไว้พร้อมใช้งาน

ผลการศึกษา: เมื่อมีการเตรียมครอบฟันชั่วคราวฟันหลังเตรียมไว้แล้วนำมาใช้งานจริงพบว่าสามารถลดระยะเวลาในการทำงานข้างเก้าอี้ช่วงปั้นแต่งครอบชั่วคราวจาก 30 นาที เหลือ 10 นาที และลดจำนวนครั้งในการรักษาคนไข้จาก 3 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง ทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายในการส่ง Lab ภายนอก 200 บาทต่อซี่ เหลือ 20 บาทต่อซี่

สรุป: การประดิษฐ์แบบหล่อซิลิโคนทำครอบฟันชั่วคราวอะคริลิกเรซินแบบบ่มด้วยตัวเองขึ้นมาในฟันหลังเตรียมไว้พร้อมใช้งานสามารถลดระยะเวลาและจำนวนครั้งในการรักษาทำครอบฟันลงและเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่สนใจ

คำสำคัญ: แบบหล่อซิลิโคน ครอบฟันชั่วคราว

Silicone Model Block for Making Posterior Temporary Crown

Rukkajee Makdee, DDS.

Department of dentistry, Warinchumrab Hospital

Abstract

Background: Making temporary crown by molding chairside which takes quite a long time to complete this procedure or if send to dental technician for prepare a temporary crown will be a waste of time for both the dentist and the patient and higher cost**.**

Objective: To reduce time and steps of making temporary crown by chairside.

Materials and Methods: Fabrication of silicone model block to make temporary crowns in the posterior teeth then made a temporary crown from acrylic resin prepared for patient.

Results: When temporary crowns are prepared. It's can shorten the time spent working chairside during temporary molding from 30 minutes to 10 minutes. Reduced visits of treatment from 3 to 2 visits and save the cost of sending an external lab 200 baht per tooth remaining 20 baht per tooth.

Conclusions: Fabrication of silicone model block to make temporary crowns in the posterior teeth then made a temporary crown from acrylic resin prepared for used was found to be able to reduce the steps and time spent working chairside and to be model for other hospitals that are interested.

Keywords: silicone model block, temporary crown

บทนำ

สิ่งบูรณะชั่วคราวในงานฟันเทียมติดแน่นมีส่วนสำคัญในการจำลองครอบฟันหรือสะพานฟันตัวจริง[1] เพื่อประเมินความสวยงาม ความสำเร็จหรือล้มเหลวของสิ่งประดิษฐ์ก่อนผลิตชิ้นงานฟันเทียมติดแน่นขึ้นมา Shilling burg[2] กล่าวว่าครอบชั่วคราวที่ดีควรมีคุณสมบัติดังนี้ ปกป้องโพรงประสาทฟัน ป้องกันการเคลื่อนหรือการบิดหมุนของฟัน คงสภาพการทำงานของด้านบดเคี้ยว สามารถทำความสะอาดได้ง่าย วัสดุต้านทานต่อแรงกัด ขัดแต่งได้สวยงาม ผิวครอบฟันชั่วคราวไม่เป็นที่สะสมของคราบจุลินทรีย์และขอบครอบฟันชั่วคราวไม่ทำลายเนื้อเยื่อเหงือกให้เกิดพยาธิสภาพ Dr.David G. Charlton ได้กล่าวคุณสมบัติครอบชั่วคราวที่ดีเพิ่มเติมอีก คือ มีขอบแนบสนิทไม่รั่วซึม ทำหน้าที่บดเคี้ยวได้ ผู้ป่วยใส่ครอบชั่วคราวสบาย มีความสวยงามและออกเสียงได้ชัดเจน มีความทึบแสงรังสีเพียงพอ การใช้งานผสมง่าย ขัดแต่งง่าย สีคงที่ การหดตัวน้อย มีการยืดหยุ่นเพียงพอไม่หลุดง่ายวัสดุที่นำมาสร้างครอบชั่วคราวต้องมีคุณสมบัติทั้งเชิงกล ความสวยงามและทางชีวภาพที่เหมาะสม[3] สามารถแบ่งครอบฟันชั่วคราวเป็นสำเร็จรูปกับแบบปั้นแต่งเองวัสดุที่ทำครอบฟันชั่วคราวมีทั้งทำในช่องปากโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือผสมกันทั้งสองแบบ ระยะเวลาใส่ครอบฟันชั่วคราวหลังการกรอแต่งฟันแตกต่างกันไป ตั้งแต่ 2-3 วัน หลายสัปดาห์หรืออาจจะหลายเดือนในกรณีการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน ปัจจุบันมีเทคโนโลยี CAD-CAM ช่วยในการทำครอบฟันชั่วคราวแต่ก็ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

วัสดุที่ใช้ทำครอบฟันชั่วคราวมีทั้งแบบสำเร็จรูปและแบบปั้นเอง พวกสำเร็จรูปจะแบ่งเป็นจำพวกพลาสติกและโลหะ แบบปั้นเองจะมีทั้งแบบบ่มตัวด้วยตัวเองบ่มตัวด้วยแสง บ่มตัวด้วยความร้อนโลหะผสมจะไม่ถูกนำมาใช้จะใช้ในการ casting ซึ่งจะมีทั้งโลหะพวกโคบอล์ต-โครเมียม หรือนิเกิล-โครเมียมครอบฟันชั่วคราวสำเร็จรูป (pre-form crowns) ทำจากพลาสติกหรือโลหะผสม ข้อดีคือการนำมาใช้ได้ง่าย ข้อด้อยคือในเรื่องของการเสริมด้านใน (reline) ตามขอบการปรับแต่ง พวกพลาสติกปกติจะทำจากโพลีคาร์บอเนตและอะคริลิกสำหรับฟันหน้า ส่วนในฟันหลังจะทำจากโลหะ วัสดุอาจเป็นชนิดบ่มตัวด้วยแสงหรือบ่มด้วยตัวเอง ใช้เทคนิคโดยตรงหรือโดยอ้อม จะมีพวก โพลีเมธิลเมธาคริเลต polymethyl methacrylate (PMMA) เช่น ไวนิล อะคริลิก โพลีเอธิลเมธาคริเลต polyethyl methacrylate (PEMA) บิส-อคริลิก (Bis-acrylics) เรซินที่บ่มตัวด้วยแสง (Visible light cured resin)

โพลีเมธิลเมธาคริเลต (PMMA) ข้อดีคือมีความแข็งแรง ต้านทานการสึกดี เติมหรือซ่อมแซมง่าย อายุการใช้งานนานแต่มีข้อด้อยคือมีการหดตัวและความร้อนขณะเกิดขบวนการโพลีเมอไรเซชั่นความร้อนที่เกิดเกิดขึ้นอาจไปทำอันตรายต่อโพรงประสาทฟันได้[4] โพลีเอธิลเมธาคริเลต (PEMA) การหดตัวและความร้อนขณะเกิดขบวนการโพลีเมอไรเซชันจะน้อยกว่าแต่จะมีข้อด้อยในเรื่องการประสานไม่ค่อยดี ความสวยงามและความคงตัวของสีที่ไม่เสถียร[5,6] บิส-อคริลิก ข้อดีคือจะมีขอบที่ค่อนข้างแนบ การหดตัวขณะเกิดขบวนการโพลีเมอไรเซชันน้อย[7] แต่ข้อด้อยคือถ้าวัสดุบางจะเปราะแตกหักง่าย อย่างไรก็ดี โพลีเมธิลเมธาคริเลต (PMMA) เป็นวัสดุตัวเลือกในการทำครอบชั่วคราวในช่องปากที่ควรคำนึงถึงก่อน[8,9] เรซินที่บ่มตัวด้วยแสงจะมีคุณสมบัติเชิงกลที่ดี สีที่ค่อนข้างเสถียร ขอบที่แนบ ให้ความสวยงามที่ดีแต่ข้อด้อยคือราคาที่ค่อนข้างแพง[10]

โดยสรุป การทำสิ่งบูรณะชั่วคราวที่ดีต้องต้องใช้เวลาและความตั้งใจ โดยทั่วไปจะใช้ บิส-อคริลิกเรซินทำสิ่งบูรณะชั่วคราว แต่ถ้าสิ่งบูรณะชั่วคราวมีความยาวสามยูนิตขึ้นไปจะนิยมใช้ PEMA เพื่อหวังผลความแข็งแรงและสีที่คงที่ แล้วใช้ตัว PMMA เติมในช่องปาก ในฟันหน้าใช้ PMMA ที่บ่มตัวด้วยตัวเองได้[11]

สำหรับยางซิลิโคนที่ใช้หล่อแบบยี่ห้อ ELASTOSIL® M 4503 เป็นยางซิลิโคนเนื้อ

ละเอียด เหนียว แห้งช้า เนื้อนิ่มปานกลาง หล่อแบบได้หลายครั้งมากๆการใช้งานหล่อทำแม่พิมพ์ทั่วไป ปูนพลาสเตอร์ ปูนยิปซั่มเรซิ่น ฯลฯ ใช้งานได้หลายครั้งมากๆมีคุณสมบัติการไหล ทรงตัวได้ดี ทำให้เทง่าย ทำงานสะดวก ความทนทานสูงมากมีความทนทานต่อการฉีกขาดสูงคุณสมบัติหดตัวน้อยมาก คงที่ในทุกมิติทนทานต่อสารเคมี เช่น เรซิ่น ทำให้ยางเสื่อมสภาพช้ากว่ายางอื่นๆ มีความยืดหยุ่นเหนียว ทนทานต่องานอุณหภูมิสูงทนทานต่อกรดและด่างเวลาทำงาน (working time) 60-90 นาที เวลาแห้ง (curing time) 15-20 ชั่วโมง ทนทานต่อการฉีกขาด (Tear Strength) > 20 N/mm ทนทานต่อแรงดึง (Tensile Strength) 5 MPa การหดตัวลง Shrinkage < 0.5%[12]

การทำครอบฟันชั่วคราวหลังจากการกรอแต่งฟันบางกรณีต้องมีการปั้นแต่งข้างเก้าอี้ซึ่งใช้เวลาในการทำหัตถการช่วงนี้ค่อนข้างนาน หรือหากนัดมาเพื่อพิมพ์ปากเบื้องต้นส่งช่างทันตกรรมเพื่อทำครอบฟันชั่วคราวเตรียมไว้ ในการนัดหมายมาครั้งที่สองเพื่อกรอแต่งฟันจะเป็นการเสียเวลาทั้งทันตแพทย์และคนไข้และมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจากการส่งช่างทันตกรรมทำครอบฟันชั่วคราวเตรียมไว้ให้ จึงมีการประดิษฐ์แบบหล่อซิลิโคนเพื่อทำครอบฟันชั่วคราวขึ้นมาในฟันหลัง แล้วทำครอบฟันชั่วคราวที่ทำจากวัสดุอะคริลิกเรซิ่นในฟันหลังมาเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องทำครอบฟัน ผลจากการทำครอบฟันชั่วคราวเตรียมไว้พบว่าสามารถลดขั้นตอนและระยะเวลาในการทำงานข้างเก้าอี้ลงและช่วยลดต้นทุนของหน่วยงานลง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดระยะเวลาในการปั้นแต่งครอบฟันชั่วคราวข้างเก้าอี้
2. เพื่อลดจำนวนครั้งในการรักษาการทำครอบฟันในผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการศึกษา

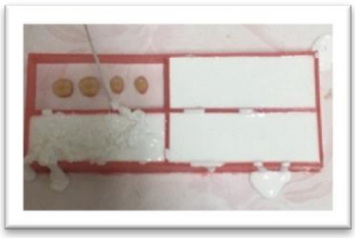
ขั้นตอนในการทำแบบหล่อซิลิโคนสร้างครอบฟันชั่วคราวสำเร็จรูปในฟันหลัง ประกอบด้วย

1. เลือกขนาดฟันหลังจากแผงฟันพลาสติกสำเร็จรูปโดยใช้ยี่ห้อ Major dent (รูปที่ 1)
2. นำฟันพลาสติกมาเรียงตั้งบนแผ่นกระเบื้องทำขี้ผึ้งล้อมเป็นกรอบ (รูปที่2) โดยเรียงตามตำแหน่งฟันหลังจากซี่ 17 ถึง 11, 21 ถึง 27 ,31 ถึง 37 และ 41 ถึง 47
3. ผสมซิลิโคนยี่ห้อ Wacker Elastosil silicone M 4503 เทให้ท่วมรอแข็งตัวเต็มที่ 24 ชั่วโมงแกะขี้ผึ้งและฟันพลาสติกออก จะได้แบบหล่อเพื่อทำครอบฟันชั่วคราวของฟันหลังซี่ต่างๆ ตามที่เรียงไว้ (รูปที่ 3-5)
4. ทำครอบฟันชั่วคราว โดยผสมผงอะคริลิกและน้ำที่ใช้ทำครอบฟันชั่วคราวแบบชนิดบ่มด้วยตัวเองชนิด PMMA แล้วเทในแบบซี่ฟันตามต้องการ ก่อนที่อะคริลิกจะแข็งตัวให้เสียบแท่งไม้ที่ทาวาสลีนแล้วลงไปตรงกลางโดยไม่ทะลุถึงด้านบดเคี้ยวของแบบ รออะคริลิกแข็งตัวแบบสมบูรณ์นำแท่งไม้ออกแล้วนำครอบฟันชั่วคราวมาขัดแต่งกำจัดส่วนเกิน (รูปที่ 6-10)

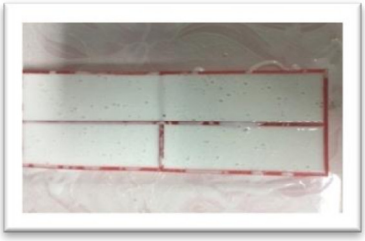
รูปที่ 1 แผงฟันพลาสติก

รูปที่ 2 แผ่นขี้ผึ้งล้อมกรอบ

รูปที่ 3 ซิลิโคนทำแบบหล่อ



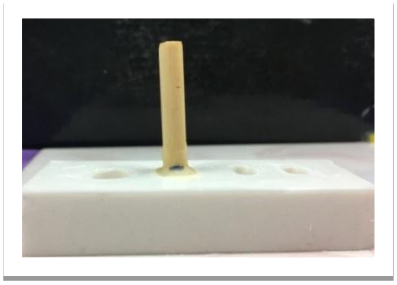
รูปที่ 4 เทซิลิโคนที่ผสมลงในกรอบบล็อค



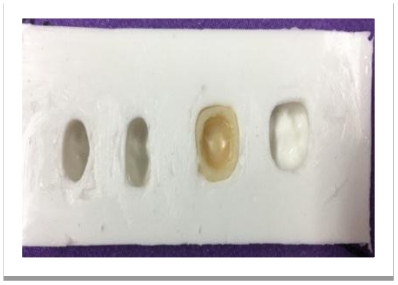
รูปที่ 5 รอซิลิโคนแข็งตัวเต็มที่

รูปที่ 6 แบบหล่อที่เสร็จเรียบร้อย

*รูปที่ 7*เทอะคริลิกเรซินลงแบบ



รูปที่ 8 เสียบแท่งไม้ตรงกลาง



รูปที่ 9 อะคริลิกแข็งตัวนำไม้ออก

รูปที่ 10 ครอบฟันหลังขัดแต่งเรียบร้อย

ผลการศึกษา

ทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์ ได้นำไปใช้ในคนไข้หลังจากขั้นตอนกรอแต่งฟันและพิมพ์ปากขั้นตอนสุดท้าย พบว่าครอบฟันสิ่งประดิษฐ์ที่ทำเองสามารถใช้งานได้ดีไม่แตกต่างจากครอบฟันที่ทำจาก Lab ภายนอก โดยก่อนนำไปใช้ในคนไข้ได้มีการควบคุมป้องกันการติดเชื้อโดยแช่ในน้ำยา Umonium 2.5% นาน 10 นาที แล้วล้างน้ำ running water 1-2 นาที จึงเตรียมงานใส่ให้คนไข้ และยังพบว่าการทำแบบหล่อซิลิโคนสร้างครอบฟันชั่วคราวสำเร็จรูปในฟันหลังสามารถ

1. ลดระยะเวลาในการทำงานข้างเก้าอี้จาก 30 นาที เหลือ 10 นาที
2. ลดจำนวนครั้งในการรักษาคนไข้จาก 3 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง
3. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการส่ง Lab ภายนอก 200 บาทต่อซี่ เหลือ 20 บาทต่อซี่
4. เป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่สนใจ

วิจารณ์

จากการทำแบบหล่อซิลิโคนสร้างครอบฟันชั่วคราวสำเร็จรูปในฟันหลัง ได้ใช้แผงฟันพลาสติกฟันหลังยี่ห้อ Major dent ที่มีขนาดใหญ่สุดทำเป็นเบ้า เพราะฟันพลาสติกมักจะมีขนาดเล็กกว่าฟันธรรมชาติของคนไข้ และยี่ห้อ Major dent มีขนาดที่ใหญ่กว่าฟันพลาสติกยี่ห้ออื่น ขนาดครอบชั่วคราวที่ได้จากแบบหล่อซิลิโคนในครั้งแรกที่ทำนำมาใช้ในคนไข้บางรายมีการปรับแต่งมากเพราะขนาดเล็กกว่าฟันธรรมชาติของคนไข้ จึงได้มีการพัฒนาต่อยอด โดยการทำแบบหล่อหลายขนาดโดยใช้แบบฟันปูนจากฟันผู้ป่วยที่มีสภาพฟันสมบูรณ์มาเลื่อยแบบฟันปูนเป็นชี่ๆ แล้วทำตามกระบวนการผลิตตามขั้นตอนก็จะได้ขนาดฟันที่หลายขนาดขึ้นพบว่าเมื่อเตรียมขนาดครอบฟันชั่วคราวไว้หลายขนาดสามารถลดระยะเวลาการปรับแต่งได้มากขึ้น สะดวกต่อการทำงานข้างเก้าอี้ สำหรับยางซิลิโคนที่ใช้ทำแบบหล่อใช้ยี่ห้อ ELASTOSIL® M 4503 เหมาะกับการใช้งานหล่อทำแม่พิมพ์ทั่วไป เพราะมีคุณสมบัติใช้งานได้หลายครั้งมากมีความทนทานต่อการฉีกขาดสูงคุณสมบัติหดตัวน้อยมาก คงที่ในทุกมิติทนทานต่อสารเคมีโดยเฉพาะกับวัสดุที่ใช้ทำครอบฟันชั่วคราวเสื่อมสภาพช้ากว่ายางอื่นๆ มีความยืดหยุ่น เหนียวทนทานต่ออุณหภูมิสูงที่เกิดจากปฏิกิริยาการเกิดโพลีเมอร์ไรเซชั่นของอคริลิกเรซินที่ใช้ทำครอบฟันชั่วคราว

สรุป

การทำแบบหล่อซิลิโคนสร้างครอบฟันชั่วคราวสำเร็จรูปในฟันหลัง สามารถช่วยลดระยะเวลาในการทำงานข้างเก้าอี้และลดจำนวนครั้งในกระบวนการทำครอบฟันให้คนไข้ ทั้งยังสามารถเป็นต้นแบบให้โรงพยาบาลอื่นที่สนใจและสามารถนำหลักการไปประยุกต์ใช้ประโยชน์ต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. Tom TN., Uthappa M.A., Sunny K., Begum F., Nautiyal M., Tamore S. Provisional restorations: An overview of materials used. J Adv Clin Res Insights 2016; 3: 212-4.
2. Shillingburg HT., Hobo S., Whitsett LD. Provisional restorations. Fundamentals of Fixed prosthodontics. 4th ed. Chicago: Quintessence International; 1998. p 225-56.
3. Wassell RW., St.Geroge G., Ingredew RP., Steele JG. Crowns and other extra-coronal restorations: Provisional restoration. Br Dent J 2002; 192: 619-30.

4. Moulding MB., Teplitsky PE. Intrapulpal temperature during direct fabrication of provisional restorations. Int J Prosth 1990; 3: 299-304.
5. Crispin BJ., Caputo AA. Color stability of temperature restorative materials. J Prosth Dent 1979; 42: 27-33.
6. Doray PG., Li D., Powers JM. Color stability of provisional restorative materials after accelerated aging. J Prostho Dent 2001; 10: 212-6.
7. Timming A. Bis-acryl provisional materials. CRA Newsletter 1977; 21: 3.
8. Haselton DR., Diaz-Arnold AM., Vargas MA. Flexural strength of provisional crown and fixed partial denture resins. J Prosth Dent 2002; 87: 225-8.
9. Robinson FG., Haywood VB., Myers M. Effect of 10 percent carbamide peroxide on color of provisional restoration materials. J Am Dent Assoc 1997; 128: 727-31.
10. Nivedita S., Prithviraj DR. A comparative study to evaluate the marginal accuracy of provisional restorations fabricated by light polymerized resin: A scanning electron microscope study. J Indian Prosth Soc 2066; 6: 122-7.
11. Degar S., Pakhan A., Tunkiwala A. An in-vitro evaluation of flexural strength of direct and indirect provisionalizationmaterials. J Indian Prosth Soc 2005; 5: 132-5.
12. ยางซิลิโคนเยอรมัน Wacker M 4503 [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน2562]. เข้าถึงได้จาก: https:/www.resinrungart.com/product/43034/ยางซิลิโคนเยอรมัน- wacker-m-4503

กิจกรรมท้ายเล่ม

RAD (Radiology) น่ารู้

ชัชชัย หอมเกตุ พ.บ.,ว.ว.รังสีวิทยาวินิจฉัย

ข้อที่ 1 A 19-year-male with history of IVDU, presented with fever

ข้อที่ 2 History of dyspnea on exertion

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL
198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
TEL.075-340250 FAX. 075-343066