



นครศรีธรรมราช เวชสาร

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๑ กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕



**MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT
MEDICAL JOURNAL**

Vol.6 No.1 July-December 2022 ISSN: 2586-8365

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลสนใจเกี่ยวกับการทำงานวิจัยและเขียนบทความทางวิชาการ
2. เป็นแหล่งเผยแพร่ประสบการณ์ ผลการวิจัยและผลงานทางด้านวิชาการต่างๆ
3. เป็นศูนย์รวมบทความวิชาการทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กำหนดการตีพิมพ์ ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

กำหนดออก เดือนมกราคมและเดือนกรกฎาคม

คณะที่ปรึกษา

นายทรงเกียรติ	เล็กตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
นายสมพร	สหจรรพพัฒน์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 1
นางจันทร์จิรา	กังอุบล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2
		ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
นางเสาวรส	จันทมาศ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นายธรรมรัตน์	รัตนาวินกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นายเอกชัย	ศิริพานิช	ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

บรรณาธิการ

นายพีระพัชร	ไทยสยาม	กลุ่มงานอายุรกรรม
-------------	---------	-------------------

กองบรรณาธิการ

นางสาวอจจิมาวดี	พงศ์คารา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
นายวิรัชชัย	สนธิเมือง	กลุ่มงานศัลยกรรม
นางสาวกาญจนา	วงศ์ศิริ	กลุ่มงานจิตเวช
นางสาวอนัญญา	ชุดิมารัตน์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นายวาที	วุฒิมานพ	กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
นายสมปอง	กรุณา	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางสาวสมพร	อยู่ดี	กลุ่มการพยาบาล
นางสาวณัฐพร	ณ นคร	กลุ่มงานเภสัชกรรม
นายปรีชา	แก่นอินทร์	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
นางสาวธนัชฐา	แสงแพรว	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล

กองบรรณาธิการจากภายนอก

ดร.ชุติมา	รักษ่างแหลม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครราชสีมา
ดร.ไพฑูริย์	ชุมพวง	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
นางสาวแววดาว	สงวนวงศ์	วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลทุ่งสง

ผศ.ดร.พญ.รัชมี สังข์ทอง

นายเอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ
รศ.ดร.จรรยา สุวรรณบำรุง
ดร.ภญ.ศิราณี ยงประเดิม

นายธีระพันธ์ สงน้อย
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ผศ.พิเศษทพญ พัทรี กัมพลานนท์
นายณอชนา วิเชียร

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสิชล
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
หัวหน้าสาขาวิชานักวิชาเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนครศรีธรรมราช
สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นางสาวโชติกา ทับเจริญ	กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม
นางสาวกฤตยา เลิศนาคร	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
นายชัชชัย หอมเกตุ	กลุ่มงานรังสีวิทยา
นางสาวณิกานต์ ชื่นขาว	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางสาวณฐารัตน์ ไชแสง	กลุ่มงานนิติเวช
นางสาวนิจีสากร นังคลา	กลุ่มการพยาบาลผู้คลอด
นางสาววรัตน์ ไสสุข	กลุ่มการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ
นางชฎาภรณ์ เพิ่มเพชร	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
นางกรรณิการ์ ปลื้มสง	กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน
นายวศิน ปัญจวิรัตน์	กลุ่มงานศัลยกรรม
นางสาววาสนี ราชนิยม	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
นายธน์สม แซ่อู่	กลุ่มงานอายุรกรรม
นางสาวสิริวรรณ ปรงพันธ์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นายสุธิพร พรหมอักษร	กลุ่มงานพยาธิวิทยา
นางสาวสรพรพร อุตมานันท์	กลุ่มงานจักษุวิทยา
นางสาวศิริพร พนิตจิตบุญ	กลุ่มงานทันตกรรม
นางสาวศศิธร กิจไพบูลย์ทวี	กลุ่มงานเภสัชกรรม
นางสุธิดา ไตรวงศ์ย้อย	กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
นางวิภาภัทร ชูจร	กลุ่มการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

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

แฟลชการ์ดในเด็ก: ปัจจัยเสี่ยงและผลของการรักษาด้วยการผ่าตัด

วิรัช สอนธิเมือง พ.บ.,ว.ว.กุมารศาสตร์

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
- วิจัย
- 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 โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

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 หากตรวจบริเวณบาดแผลด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบลักษณะของเชื้อราเป็นเซลล์กลมสีน้ำตาลมีผนังกัน บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี โรคประจำตัวเป็น Nephrotic syndrome มาโรงพยาบาลด้วยแผลเรื้อรังที่หลังข้อเท้าขวา มา 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
- วิเคราะห์
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.3 บทความพินิจวิชาการ (Review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ บทความพินิจวิชาการควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์และสถาบันของผู้พิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy)

กึ่งเพชร 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)

เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิบัติกับบทความพินิจวิชาการที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทนำ บทสรุปและเอกสารอ้างอิง

1.5 บทพิกณกะ (Miscellany) เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภทใดๆ ข้างต้น

1.6 จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) เป็นจดหมายที่ใช้ติดต่อกันระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์ สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง	สั้น แต่ได้ใจความ ครอบคลุมเกี่ยวกับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	เขียนตัวเต็มทั้งชื่อตัวและนามสกุลทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน รวมทั้งบอกถึงหน้าที่ของผู้ร่วมนิพนธ์ในบทความ
เนื้อหา	เขียนให้ตรงกับวัตถุประสงค์ เนื้อเรื่องสั้น กระชับรัดกุมแต่ชัดเจนใช้ภาษาง่าย ถ้าเป็นภาษาไทยควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด ยกเว้น ศัพท์ภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ใจความ หากจำเป็นต้องใช้ คำน้อยต้องเขียนคำเต็มเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก และบทความควรประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ 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 “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิงนอกจากมีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องอ้างอิง ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบต่างๆ

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 หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่าง

1. พิชัย โชตินพรัตน์ภัทร, สมภาพ ลิ้มพวงศานุรักษ์, พงษ์ศักดิ์ จันทรงาม. ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546; 47: 223-30.

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

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

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

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

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

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราขจร, ประอร ขวลิตธารง, พิภพ จิรปัญญา, 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 ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียนตามตัวอย่าง

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

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

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

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

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

4. การพิมพ์และการส่งบทความ

1. พิมพ์โดยใช้กระดาษ A4 หน้าเดียว ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้าโดยใช้ โปรแกรมและบันทึกไฟล์ใน Microsoft word

2. กรณีมีแผนภูมิ - กราฟ ให้ทำเป็นภาพสี่ และวางในตำแหน่งที่ต้องการ

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

5. การส่งต้นฉบับมีช่องทางดังนี้

1. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อม CD file ข้อมูลมาที่ กองบรรณาธิการวารสารกลุ่มพัฒนาระบบบริการ
สุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัด
นครศรีธรรมราช 80000 โทรศัพท์ 075-340-250

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

3. ส่งผ่าน www.mecnst.com/NSTMJ/index.php

สารจากบรรณาธิการ

ก้าวสู่ปีที่ 6 แล้วสำหรับ “มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร” ซึ่งนับเป็นวารสารวิชาการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดที่เผยแพร่งานต่างๆ จากผู้ที่สนใจทั้งจากภายในและภายนอกจังหวัดนครศรีธรรมราช สำหรับฉบับนี้ยังอัดแน่นไปด้วยเนื้อหาสาระในวงการสาธารณสุขอย่างมากมายเช่นเดิม บรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการตอบรับที่ดีแบบนี้ตลอดไปและขอให้ทุกท่านเตรียมความพร้อมที่จะใช้ชีวิตอยู่กับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จะถูกประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่นในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 นี้ได้อย่างปลอดภัย



นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม
บรรณาธิการ

สารบัญ: Content

หน้า / page

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

- อุบัติการณ์การพบเนื้อร้ายในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุ และบทบาทการส่องตรวจชิ้นเนื้อ
ทางพยาธิวิทยาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 1
Incidence of Malignancy and The Role of Gastric Biopsy in Patients with
Perforated Gastric Ulcer in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital
ณัฐภา แข็งแรง
- การศึกษาผลลัพธ์ระยะสั้นหลังผ่าตัดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียวและสองข้าง 9
Short Term Post-Operative Outcomes of Unilateral and Bilateral Total
Knee Arthroplasty
กฤตนันท์ เพ็งสุวรรณ
- ผลการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด 18
เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
The Effect of Home Visit Model in Patients with Post-Operative Hip Fracture
in Contracting Unit for Primary Care Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital
กรรณิการ์ ปลื้มสง
- ผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 31
Result of Nasopharyngeal Carcinoma Treatment in Maharaj Nakhon Si
Thammarat Hospital
ปานชนก แก้วกุล สุรียน อู่ยตระกูล
- ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง 44
Factors Affecting Self-Regulatory of Cancer Patients on Chemotherapy,
Thungsong Hospital
ทิพรัตน์ อีววังโส

สารบัญ: Content

หน้า / page

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหารajah นครศรีธรรมราช 54

The Factors Associated with Mortality Rate in Patients with STEMI and Percutaneous Coronary Intervention (PCI) at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

อนุวัตร์ รินทวีทรัพย์

ผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระจกต่อความรู้ และ ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลทุ่งสง 66

The Effects of Using Video Media Usage for Pre-Operative Preparation on The Knowledge and Satisfaction of Patients Undergoing Cataract Surgery at Thungsong Hospital

พรทิพย์ บุญญานพวงศ์

ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน 78

The Effect of Care and Discharge Planning Program based on IDEAL Model on Knowledge, HbA1C, Readiness for Hospital Discharge and Readmission Rate in Diabetes Patients with Complex Problems

ศิริมา มณีโรจน์

ปัจจัยทำนายทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน 92

Clinical Predictors for Ruptured Appendicitis in Acute Appendicitis Patients

ไพจิตร อธิไกริน

สารบัญ: Content

หน้า / page

ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเด็กโรงพยาบาลรามธิบดี	102
The Performance Time of Pediatric Echocardiography in Ramathibodi Hospital	

อุเทน บุญมี

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

การทำเพดานเทียมในผู้ป่วยที่มีช่องโหว่ที่เพดานปาก : รายงานผู้ป่วย	110
Palatal Obturator Prosthesis for Oro-Antral Communication Patient: A Case Report	

วนัสนันท์ วิชชุไตรภพ

กรณีทีละช้าของ Thumb Trigger ที่มีมาแต่กำเนิด	120
Delayed Case of Congenital Trigger Thumb	

ปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม

การรักษาความพิการในสันกระดูกเบ้าฟันโดยวิธีการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่	126
ร่วมกับการปลูกถ่ายกระดูก : รายงานผู้ป่วย 1 ราย	

Treatment of Intrabony Defect by Guided Tissue Regeneration with Allogenic Bone Graft: A Case Report	
--	--

มนัสนันท์ ชูลิวิ

บทปกิณกะ (Miscellany)

Coping with Shift Work in Healthcare Provider	141
“เมื่อต้องทำงานเป็นกะ” กิน-นอน อย่างไรดี	

ณิกานต์ บุญยก

อุบัติการณ์การพบเนื้อร้ายในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุและบทบาท การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช

ณัฐตา แข็งแรง พ.บ.

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 21 มกราคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 6 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 30 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : กระเพาะอาหารทะลุเป็นภาวะที่พบและได้รับการรักษาด้วยวิธีศัลยกรรมแบบฉุกเฉินบ่อยที่สุดในประเทศไทยภาวะดังกล่าวอาจมีสาเหตุมาจากเนื้อร้ายซึ่งไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคขั้นต้นออกจากแผลกระเพาะอาหารทะลุทั่วไก่อนการรักษาทางศัลยกรรม ปัจจุบันมีรายงานแนวทางการรักษาต่าง ๆ โดยแนะนำให้ส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (Histopathology) ร่วมด้วยทุกรายหลังการรักษาทางศัลยกรรม แต่การศึกษาในประเทศไทยพบอัตราการเกิดเนื้อร้ายร่วมกับภาวะกระเพาะอาหารทะลุค่อนข้างต่ำ คือร้อยละ 2-3 เปรียบเทียบกับในต่างประเทศเป็น ร้อยละ 5-16 โดยผู้ป่วยไทยมักมีอายุน้อยและพบเกี่ยวข้องกับการซื้อยาในกลุ่มยาต้านการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ (NSAID) มารับประทานด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ : เพื่อหาอุบัติการณ์ของเนื้อร้ายที่พบร่วมกับภาวะกระเพาะอาหารทะลุและลักษณะทางคลินิกของแผลที่นำไปสู่การวินิจฉัยเบื้องต้นของเนื้อร้ายและการพิจารณาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราชระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นและหลังการรักษาทางศัลยกรรมเป็นภาวะกระเพาะอาหารทะลุ ผู้ป่วยทุกรายมีผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาข้อมูลต่าง ๆ ได้จากการทบทวนบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในบันทึกการผ่าตัดและรายงานผลทางพยาธิวิทยา

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยจำนวน 210 ราย ที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือก ชาย 125 คน หญิง 85 คน ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 57 ปี มีผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเป็นเนื้อร้ายชนิด adenocarcinoma จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.9) ลักษณะทางคลินิกของแผลกระเพาะอาหารทะลุเป็นแบบต่าง ๆ คือแผลขอบเรียบที่เพิ่งเกิดใหม่ (acute ulcer) ในผู้ป่วย 203 ราย (ร้อยละ 96.6) ทุกรายมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาที่ไม่เป็นเนื้อร้ายและแผลขอบหนาเรื้อรัง (chronic ulcer) ในผู้ป่วย 4 ราย (ร้อยละ 1.94) มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นเนื้อร้าย 1 ราย (ร้อยละ 25) นอกจากนี้ยังพบลักษณะเป็นก้อน (tumor) 3 ราย (ร้อยละ 100) โดยทุกรายมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นเนื้อร้าย จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบลักษณะทางคลินิกของแผลกระเพาะอาหารทะลุเกี่ยวข้องกับการเป็นเนื้อร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และตำแหน่งของแผลทะลุที่ไม่ได้อยู่บริเวณ pre-pyloric มีโอกาสเป็นเนื้อร้ายสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 68.3, $p < 0.01$)

สรุป: ผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุในประเทศไทยมีโอกาสน้อยมากที่เกิดร่วมกับภาวะเนื้อร้ายโดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของต่างประเทศ ลักษณะและตำแหน่งของแผลเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้รักษาควรให้ความสนใจและนำมาประกอบการตัดสินใจส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา

คำสำคัญ : การเจาะแผลในกระเพาะอาหาร มะเร็งกระเพาะอาหาร การตรวจชิ้นเนื้อในกระเพาะอาหาร

Incidence of Malignancy and The Role of Gastric Biopsy in Patients with Perforated Gastric Ulcer in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Natthak Haengrang

General Surgery Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Perforated gastric ulcer is one of the most common diseases that require emergency surgery. The main etiology of perforation is benign ulcer but malignant ulcer is found in 5-16% of cases and difficult to be preoperatively diagnosed. Then routine gastric biopsy is recommended. But difference in behavior, characters, and etiology of gastric ulcer in Thai patient raise the question of the real incidence of gastric malignancy and the role of gastric biopsy in Thai patients.

Objectives : To determine the incidence of gastric malignancy and to explore the associated risk factors in the patients with perforated gastric ulcer, and to assess the role of gastric biopsy in the patient with gastric ulcer perforation at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, Thailand.

Materials and Methods: A retrospective study was conducted by reviewing medical records who were diagnosed of perforated gastric ulcer during January 1st, 2016 to December 30th, 2020 in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Results: The 210 records which had sufficient data were enrolled into the study. The incidence of malignancy in perforated gastric ulcer was 1.9% (4 of 210 patients). Two statistical significant factors that associated to malignancy were gross appearance of ulcer (OR 67.6, $P < 0.001$) and the location of ulcer. The gross appearance of ulcer which associated to malignancy were chronic ulcer (25%, 1 of 4 patients) and mass like lesion (100%, 3 of 3 patients). None of 203 acute ulcers was malignancy. The ulcers that located at non-prepyloric area were significant associated to malignancy (OR 68.3, $p < 0.001$).

Conclusion: The incidence of malignancy in perforated gastric ulcer was very low in this study. Two statistically significant factors that associated to malignancy were gross appearance and location of ulcer. Gastric biopsy maybe not necessary in acute ulcer that located at pre-pyloric area

Keywords: Gastric ulcer perforation, Gastric cancer, Gastric biopsy.

บทนำ

ภาวะกระเพาะอาหารทะลุเป็นโรคที่พบบ่อยและการผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุเป็นหนึ่งใน การผ่าตัดฉุกเฉินที่พบบ่อยที่สุด⁽¹⁾ โดยเฉพาะในประเทศไทย⁽²⁾ ส่วนใหญ่ภาวะกระเพาะอาหารทะลุ มักพบที่เกิดจากสาเหตุที่ไม่ได้มาจากเนื้องาย⁽³⁾ แต่ส่วนน้อยอาจพบการทะลุที่มีสาเหตุมาจากเนื้องาย ได้จากรายงานพบว่าอัตราการพบภาวะกระเพาะอาหารทะลุจากมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นร้อยละ 5-16⁽⁴⁻⁵⁾ ซึ่งโดยทั่วไปไม่สามารถแยกจากแผลทะลุทั่วไปก่อนการผ่าตัดได้ รวมทั้งอาการแสดงและการตรวจร่างกายก็ไม่สามารถแยกได้การวินิจฉัย สิ้นสุดของภาวะกระเพาะอาหารทะลุจากสาเหตุ มะเร็งจึงต้องอาศัยผลตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา (Histopathology)⁽⁶⁾ ด้วยเหตุผลดังกล่าวปัจจุบัน จึงแนะนำให้ส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาทุกราย ที่ทำผ่าตัด⁽⁷⁻⁹⁾

การศึกษาในประเทศไทยพบว่าอัตราการ พบเนื้องายในกระเพาะอาหารทะลุต่ำกว่าใน รายงานจากต่างประเทศ คือร้อยละ 2-3 ซึ่ง สัมพันธ์กับผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่มีอายุน้อย และมีประวัติการซื้อยาแก้ปวดกลุ่มยาต้านการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ (NSAID) มา รับประทานเองและพบการติดเชื้อจาก H.pylori น้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ⁽¹⁰⁻¹¹⁾ และจาก การศึกษายังพบว่าลักษณะแผลกระเพาะอาหารที่มี ขนาดเล็กกว่า 0.5 ซม. และความหนาที่น้อยกว่า 0.6 ซม. ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปีพบ อุบัติการณ์การเจาะมะเร็งต่ำมาก⁽¹²⁾ ทำให้ผู้วิจัย สนใจศึกษาว่าการส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ทุกรายที่ผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุในประเทศไทย มีประโยชน์และมีความคุ้มค่าหรือไม่ โดยมี วัตถุประสงค์คือศึกษาอุบัติการณ์การพบเนื้องายใน

ผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุและปัจจัยเสี่ยงที่ สัมพันธ์กับเนื้องายและประเมินความจำเป็นของส่ง ตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในโรงพยาบาล มหราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง เชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและใบบันทึกการผ่าตัด ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาด้วยการผ่าตัด กระเพาะทะลุในโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ถึง 30 ธันวาคม 2563 โดยเกณฑ์การคัดออกคือได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งก่อนการผ่าตัด กระเพาะ ทะลุจากอุบัติเหตุและสาเหตุอื่น และไม่มีรายงาน ผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาในการผ่าตัด โดยการ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้ Chi-square test และ The Mann-Whitney U- test โดยใช้โปรแกรม วิเคราะห์ SPSS 19.0 และแปลผลนัยสำคัญทาง สถิติที่ p-value < 0.05

โดยงานวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบผู้ป่วยจำนวน 210 คน ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 57.5 ปี และมีจำนวน 79 ราย (ร้อยละ 37.6) มี อายุมากกว่า 60 ปี จากการศึกษารายการเกิด ภาวะกระเพาะอาหารทะลุในเพศชายสูงกว่าเพศ หญิง (ร้อยละ 88.1 และร้อยละ 11.9 ตามลำดับ) และพบอัตราการเกิดสูงในบุคคลที่มีพฤติกรรม เสี่ยงเช่นสูบบุหรี่ (ร้อยละ 40.5) ดื่มสุรา (ร้อยละ 36.7) และการใช้ยาบางตัวเช่นยาต้านการอักเสบ

ชนิดไม่มีสเตียรอยด์ (NSAID) และยาแอสไพริน ASA (ร้อยละ 35.7) ลักษณะแสดงของแผลกระเพาะอาหารที่พบมากที่สุดคือลักษณะแผลขอบเรียบใหม่ (acute ulcer) 203 ราย (ร้อยละ 96.6) โดยตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ pre-pyloric (ร้อยละ 99) ในขณะที่ลักษณะแผลขอบหนาเรื้อรัง (chronic ulcer) พบในผู้ป่วย 4 ราย และลักษณะเป็นก้อนที่กระเพาะอาหารพบในผู้ป่วย 3 รายโดยอัตราการพบมะเร็งกระเพาะอาหารจากผู้ป่วยทั้งหมดเป็นร้อยละ 1.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปและลักษณะแผลที่กระเพาะอาหาร

ตามตารางที่ 1 และการคำนวณความเชื่อมโยงกับภาวะกระเพาะอาหารทะลุตามตารางที่ 2 พบว่ามี 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับเนื้อร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือลักษณะของแผลทะลุ (OR 67.6, $P < 0.001$) โดยพบว่าลักษณะแผลขอบเรียบใหม่ (acute ulcer) ไม่พบเนื้อร้ายจากผู้ป่วย 203 ราย พบเนื้อร้าย 1 รายในลักษณะแผลขอบหนาเรื้อรัง (chronic ulcer) และพบเนื้อร้าย 3 รายในแผลที่มีลักษณะเป็นก้อนที่พบในระหว่างการผ่าตัด (ร้อยละ 100) ปัจจัยที่สองคือตำแหน่งของบาดแผลโดยแผลที่ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากบริเวณ pre-pyloric มีโอกาสเป็นเนื้อร้ายสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR 68.3, $p < 0.001$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย

	จำนวนผู้ป่วย [N =210]	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<40	38	18.1
40-50	46	21.9
50-60	47	22.4
>60	79	37.6
mean 57.5		
เพศ		
ชาย	185	88.1
หญิง	25	11.9
สูบบุหรี่	85	40.5
ใช้ยา NSAID และ ASA	75	35.7
ดัชนีมวลกาย		
<20	78	37.1
20-25	131	62.4
>25	1	0.5
mean 20.06		
ดื่มสุรา	77	36.7

	จำนวนผู้ป่วย [N =210]	ร้อยละ
ลักษณะแสดงของแผล (gross appearance of ulcer)		
acute ulcer	203	96.6
chronic ulcer	4	1.9
mass like lesion	3	1.4
ตำแหน่งของแผล		
Pre pyloric	208	99
Lesser curve	2	1
body	-	
ติดเชื้อ H.pylori	19	9.0
กระเพาะอาหารทะลุจากมะเร็ง	4	1.9

ตารางที่ 2 ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งกระเพาะอาหาร

ลักษณะเฉพาะ	จำนวน กระเพาะอาหารทะลุ	จำนวนกระเพาะอาหาร ทะลุจากมะเร็ง	OR (p-value)
อายุ (ปี)			
<60	130	1 (0.7%)	
>60	76	3 (3.7%)	5.1 (0.53)
เพศ			
ชาย	182	1 (0.5%)	
หญิง	24	3 (11.1%)	22.75 (0.41)
ดัชนีมวลกาย			
<20	76	2 (2.5%)	
20-25	129	2 (1.5%)	
>25	1	0 (0%)	0.58 (0.88)
สูบบุหรี่			
สูบ	83	2 (2.3%)	
ไม่สูบ	123	2 (1.6%)	0.67 (0.69)

ลักษณะเฉพาะ	จำนวน กระเพาะอาหารทะลุ	จำนวนกระเพาะอาหาร ทะลุจากมะเร็ง	OR (p-value)
การใช้ NSAID และ ASA			
ใช้	73	2 (2.6%)	0.54 (0.54)
ไม่ใช้	133	2 (1.4%)	
การดื่มสุรา			
ดื่ม	75	2 (2.6%)	0.57 (0.57)
ไม่ดื่ม	131	2 (1.5%)	
ลักษณะแสดงของแผล (gross appearance of ulcer)			
acute ulcer	203	0 (0%)	67.6 (0.001)*
chronic ulcer	3	1 (25%)	
mass like lesion	0	3 (100%)	
ตำแหน่งของแผล			
prepyloric area	205	3 (1.4%)	68.3 (0.001)*
Non pre pyloric area	1	1 (50%)	
ติดเชื้อ H.pylori			
ติดเชื้อ	19	0 (0%)	0.4 (0.52)
ไม่ติดเชื้อ	187	4 (2%)	
p< 0.05			

วิจารณ์

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุพบว่ามี ความต่างกันของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของประเทศ ฝั่งเอเชียและทางฝั่งประเทศตะวันตกและจากการ วิจัยครั้งนี้พบว่าอายุเฉลี่ยต่ำกว่าการศึกษาที่เคยทำ ไว้ในประเทศไทยและจากการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ (systemic review) และพบว่า อัตราการพบมะเร็งต่ำกว่าการศึกษาอื่น ๆ ใน ต่างประเทศ⁽¹³⁾ ซึ่งจากการวิเคราะห์สามารถ อธิบายได้จากการพบอัตราการใช้ยาต้านการ อักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ (NSAID) และยา

แอสไพริน (ASA) ในอัตราที่มากกว่าปกติในการ วิจัยนี้⁽¹⁴⁾ ซึ่งทำให้สะท้อนให้เห็นว่ามีปัญหาการใช้ ยาต้านการอักเสบชนิดไม่มีสเตียรอยด์ (NSAID) อย่างไม่เหมาะสมในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย โดยจากการศึกษานี้มีอัตราการพบมะเร็งกระเพาะ อาหารที่ต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้โดยพบเพียง 4 ราย และอาจจะยากที่จะบอกสาเหตุแน่ชัดของการเกิด มะเร็งกระเพาะอาหาร แต่จากการเก็บข้อมูลพบว่า มีปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับเนื้อร้ายอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ คือลักษณะแผลและตำแหน่งของแผล จากข้อมูลของผู้ป่วยที่มีลักษณะแผลขอบเรียบใหม่ (acute ulcer) 203 รายไม่พบว่าเจอมะเร็ง

กระเพาะอาหารเลย โดย 99% ของแผลที่เกิดขึ้นพบบริเวณ pre-pyloric เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นพบว่าการพบแผลที่ตำแหน่งอื่นที่ไม่ใช่บริเวณ pre-pyloric มีอัตราการเจอมะเร็งที่มากกว่าบริเวณ pre-pyloric

จากข้อมูลนี้พบว่าการส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาอาจไม่จำเป็นในลักษณะแผลขอบเรียบใหม่ (acute ulcer) ซึ่งพบในบริเวณ pre-pyloric และแนะนำให้ส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาในผู้ป่วยลักษณะแผลขอบหนาเรื้อรัง (chronic ulcer) ลักษณะแผลเป็นก้อน (mass like lesion) หรือพบแผลบริเวณอื่นที่นอกเหนือบริเวณ pre-pyloric. จากการวิจัยนี้พบว่าจุดบกพร่องของข้อมูลในการอธิบายในคำนิยามของคำว่าแผลขอบเรียบใหม่ (acute ulcer) และแผลขอบหนาเรื้อรัง (chronic ulcer) เนื่องจากเก็บข้อมูลมาจากการใบบันทึกการผ่าตัด (operative note) ของศัลยแพทย์แต่ละท่านแต่ได้มีการศึกษาของ Emre Ergul et al⁽¹²⁾ แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุที่มีขนาดแผลเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 0.5 ซม. และขอบหนามากกว่า 0.6 ซม.⁽¹²⁾ มีโอกาสพบมะเร็งกระเพาะได้มากกว่า ดังนั้นคำนิยามว่าแผลขอบหนาเรื้อรัง (chronic ulcer) ควรรวม

หมายถึงแผลที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางที่ใหญ่และขอบหนาแข็ง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือจำนวนของผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะอาหารมีจำนวนน้อยจึงไม่สามารถแปลความหมายของคำว่าแผลขอบเรียบใหม่และขอบหนาเรื้อรังได้ชัดเจนและในการศึกษานี้พบว่ากว่าร้อยละ 30 ของแผลขอบเรียบใหม่ที่มีขนาดเล็กไม่ได้รับการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาหากมีการศึกษาในครั้งต่อไป จำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นและมีรายละเอียดของข้อมูลทั่วไปที่มากขึ้นเช่นอาชีพ การเลือกบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม ขนาดและความหนาของแผลซึ่งอาจสามารถบอกถึงปัจจัยการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหารได้

สรุป

อุบัติการณ์ของมะเร็งกระเพาะในผู้ป่วยกระเพาะอาหารทะลุมีอัตราที่ต่ำมากและพบ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับเนื้อร้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือลักษณะของแผลทะลุและตำแหน่งของแผล ดังนั้นการส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยาจึงไม่มีความจำเป็นในผู้ป่วยแผลขอบเรียบใหม่และตำแหน่งบริเวณ pre-pyloric.

เอกสารอ้างอิง

1. Sung JJ, Kuipers EJ, El-Serag HB. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease. Aliment Pharmacol Ther; 29(9): 938-46.
2. C.suriya, diagnosis indicators for peptic ulcer perforation at a tertiary care hospital in Thailand.
3. Ergul E, Gozetlik EO. Emergency spontaneous gastric perforations: ulcer versus cancer. Langenbecks Arch Surg 2009; 394(4): 643e6.

4. Wysocki A, Budzynski P, Kulawik J, Drozd W. Changes in the localization of perforated peptic ulcer and its relation to gender and age of the patients throughout the last 45 years. *World J Surg* 2011; 35(4): 811e6.
5. Lehnert T, Buhl K, Dueck M, Hinz U, Herfarth C. Two-stage radical gastrectomy for perforated gas-tric cancer. *Eur J Surg Oncol* 2000; 26(8): 780e4.
6. Adachi Y, Aramaki M, Shiraishi N, Shimoda K, Yasuda K, Kitano S. Long-term survival after perfora-tion of advanced gastric cancer: Case report and review of the literature. *Gastric Cancer* 1998; 1(1): 80-3.
7. McGee GS, Sawyers JL. Perforated gastric ulcers. A plea for management by primary gastric resection. *Arch Surg* 1987; 122(5): 555e61.
8. Courtney M, Townsend R, Daniel B, Mark E, Kenneth L. Sabiston textbook of surgery 20th edition. Philadelphia: Elsevier; 2017.
9. Charles B, Dana K, Timothy R, David L, John G, Jeffrey B, Raphael E. Schwartz textbook of surgery 10th edition. Los Angelis: McGraw-Hill Education / Medical; 2014.
10. Wilairatana S1, Kladchareon N, Israsena S, Wilairatana P. Epidemiology of peptic ulcer disease in Thailand. *Gastroenterol Jpn* 1991 ;26 Suppl 3: 265-6.
11. Tantrachoti P, Werawatganon D, Soontornmanokul T, Rerknimitr R, Gonlachanvit S. Epidemio-logical Study of Helicobacter pylori Infection and Endoscopic Findings in Thailand Epidemiological Study of Helicobacter pylori Infection and Endoscopic Findings in Thailand. *Thai J Gastroenterol* 2013; 110.
12. Emre Ergul, Erdal G. Emergency spontaneousEmergency spontaneous gastric perforation: ulcer versus cancer. *Langenbecks Arch Surg* 2009; 394: 643-6.
13. Ozmen MM, Zulfikaroglu B, Kece C, Aslar AK, Ozalp N, Koc M. Factors influencing mortality in spontaneous gastric tumor perforations. *J Int Med Res* 2002; 30(2): 180-4.
14. James Y, Colin W, Howden d, David C, Metz e. Systematic Review of the Epidemiology of Complicated Peptic Ulcer Disease: Incidence, Recurrence, Risk Factors and Mortality. *Digestion* 2011;84(2): 102-13.

การศึกษาผลลัพธ์ระยะสั้นหลังผ่าตัดของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียวและสองข้าง

กฤตนันท์ เพ็งสุวรรณ พบ.ว.ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์

กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

(วันรับบทความ : 25 มกราคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 23 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 6 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกันผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งผลลัพธ์ค่อนข้างดี ผู้ป่วยหายปวดเข่า และกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีที่ยังไม่มั่นใจผลลัพธ์ของการผ่าตัดกลัวต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลหลายวัน และอาการปวดหลังผ่าตัด อาจทำให้ปฏิเสธการผ่าตัด จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลลัพธ์ระยะสั้นของการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียวและสองข้างในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาแบบย้อนหลัง จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2564 โดยดูข้อมูลพื้นฐาน และผลลัพธ์หลังการผ่าตัด

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 40 ราย มีคุณสมบัติที่เข้าได้กับการศึกษาในครั้งนี้ 39 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียว 29 ราย และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสองข้างในคราวเดียว 10 ราย มีอายุเฉลี่ย 69.51 และ 64.30 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.53 และ 27.53 กก.ม² มีระดับความปวดเฉลี่ยในวันแรก (VAS) 2.93 และ 3.40 ในวันที่สอง 2.96 และ 2.90 ได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีนเฉลี่ย 3.30 และ 2.40 มิลลิกรัมเสียเลือดโดยวัดจากความเข้มข้นเลือดร้อยละ 4.03 และ 4.80 นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.93 วัน และ 4.00 วันตามลำดับ โดยผู้ป่วยทุกรายเดินได้ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและไม่พบภาวะแทรกซ้อน

สรุป: ผลการรักษาของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียว และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมทั้งสองข้างในคราวเดียวกันได้ผลดี โดยผู้ป่วยมีอาการปวดไม่มากไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น

คำสำคัญ : โรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

Short Term Post-Operative Outcomes of Unilateral and Bilateral Total Knee Arthroplasty

Grittanan Pengsuwan, MD.

Department of orthopedics, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Increasing in old age group. The number of knee osteoarthritis patient was also increase. Many patients need to undergo total knee arthroplasty (TKA) that show good outcome. But some patients in Maharaj hospital were hesitated due to long hospitalization and post-operative pain.

Objectives: To study short term post-operative outcomes during hospitalization of unilateral and bilateral total knee arthroplasty in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital.

Material and Methods: Retrospective study inpatient and outpatient data of patients who underwent total knee arthroplasty by single orthopedic surgeon during august 2020 to august 2021 in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital.

Results: Total of 40 patients, one was excluded. 29 unilateral TKA and 10 bilateral TKA data were collected. Unilateral TKA and bilateral TKA patients had pain in VAS score day 1 2.93 and 3.40, day 2 2.96 and 2.90. Morphine consumption 3.30 mg and 2.40 mg. Blood loss (hematocrit) 4.03% and 4.80%. Length of stay 3.93 days and 4.00 days respectively. All patients can walk in first 24 hour and none of them have complication.

Conclusion: The results of unilateral and bilateral total knee arthroplasty were good. All patients can walk in first 24 hours and had no complication. Not severe pain and short duration of hospitalization that make patient confident and can return to daily life activity better.

Keyword: Knee osteoarthritis, Total knee arthroplasty

บทนำ

ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้น จากสัดส่วนประชากรเมื่อเทียบกับ 10 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน^(1,2) โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากภาวะที่กระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อโดนทำลาย มีปัจจัยมาจากหลายสาเหตุ เช่น อายุที่มากขึ้น การบาดเจ็บบริเวณข้อเข่า โรคข้ออักเสบต่างๆ เนื้อกระดูกตาย หรือสาเหตุอื่นๆ ทำให้เกิดเข่าบวมอักเสบ เข่าโก่ง ขาดรูป ทำให้มีอาการปวดมาก เวลาเดิน การขยับเข่า (range of motion) ทำได้ลดลง⁽³⁾ จนนำไปสู่การใช้ชีวิตประจำวันได้ยากลำบาก เป็นภาระแก่ครอบครัว และอาจทำให้สุขภาพจิตเสื่อมโทรมตามมาได้

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นการผ่าตัดนำผิวข้อที่เสื่อมออกแล้วใส่ผิวข้อเทียมแทน^(3,4) โดยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในกรณีผู้ป่วยมีข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือยังมีอาการที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษาภาวะข้อเข่าเสื่อมที่ได้ผลดี ผู้รับการผ่าตัดมีความพึงพอใจสูง สามารถกลับมาเดินหรือใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น⁽⁵⁾ จากการศึกษาผลของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม พบว่าร้อยละ 92.5 ของผู้ป่วยมีอาการปวดดีขึ้น⁽⁶⁾ และร้อยละ 82.5 ของผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในข้อเข่าเสื่อมมีการใช้งานเข่าที่ดีขึ้นและยังทำให้สุขภาพร่างกายดีขึ้น⁽⁷⁾ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 81.7 มีสุขภาพร่างกายดีขึ้น 15.1 หน่วย (Veterans RAND 12-Item Health Survey)⁽⁸⁾

โดยทั่วไปการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมมักจะผ่าตัดข้างที่ปวดทีละข้าง เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลาผ่าตัดค่อนข้างนาน และมีอาการ

ปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงปวดมากหลังผ่าตัด ยากต่อการฟื้นฟูและกายภาพบำบัด แต่มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการปวดมากทั้งสองข้าง หรือมีเข่าโก่งผิดรูปมากทั้งสองข้าง จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทั้งสองข้าง ในอดีตมักจะผ่าตัดข้างหนึ่งก่อนเมื่อเดินได้ดีแล้ว จึงมาผ่าตัดอีกข้าง ทำให้ใช้เวลาหลายเดือน ในการรักษาให้ผู้ป่วยกลับไปเดินได้ดี ซึ่งในปัจจุบันได้พัฒนาวิธีการผ่าตัด วิธีการบริหารยาเพื่อลดปวด จนผู้ป่วยปวดน้อยลง ทำให้บางโรงพยาบาลสามารถผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสองข้างได้ในคราวเดียว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกลับไปเดินได้ดีเร็วขึ้น ไม่ต้องรอผ่าตัดสองครั้ง

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียวมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่สั้นกว่า ปวดน้อยกว่า และผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างในคราวเดียว แต่การผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้าง ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้ายทั้งสองข้าง มีระยะเวลาฟื้นฟูรวมสั้นกว่า ค่าใช้จ่ายโดยรวมน้อยกว่า^(9,10,11)

โรงพยาบาลมหาราชนครศิริธรรมราชเพิ่งเริ่มการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสองข้างในคราวเดียว ยังไม่มีการศึกษาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสองข้างในคราวเดียวก่อนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวนหนึ่งที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดยังมีความกังวลเรื่องอาการปวดหลังการผ่าตัด ปัญหาเรื่องการเดินหลังผ่าตัด การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด จำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาล และความเสี่ยงในการผ่าตัดจึงเป็นที่มาของการศึกษาผลลัพธ์ระยะสั้นของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยศึกษาตั้งแต่วันผ่าตัดจนถึงวันผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ระยะสั้นของการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียวและสองข้างในคราวเดียวกัน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ 49/2564 เอกสารรับรองเลขที่ 28/2564 โดยได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนโดยไม่ได้รับระบุตัวผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาลในการยืมเวชระเบียนในการศึกษาค้างนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโดยใช้การระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เข้าช่องไขสันหลัง (spinal block) ในช่วงวันที่ 1 สิงหาคม 2563 - 31 สิงหาคม 2564 ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เกณฑ์การคัดเข้า(Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้วินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม รักษาด้วยวิธีอนุรักษนิยมแล้วอาการไม่ดีขึ้น และได้รับการผ่าตัด
2. ผ่าตัดโดยศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ท่านเดียวกันซึ่งมีวิธีการผ่าตัด standard protocol ในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพรวมถึง discharge criteria แบบเดียวกัน

3. มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

1. มีโรคร่วมที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเดินหลังผ่าตัดได้แก่โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงชนิดต่าง ๆ
2. มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ขั้นตอนการศึกษา

1. ค้นหาและรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HosXp version 4.0) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชโดยใช้ keywords “total knee arthroplasty” หรือ “TKA”
2. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
3. บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล
 - บันทึกข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว
 - ระดับความปวด วัดโดย VAS score โดยบันทึกข้อมูลระดับความปวดที่มากที่สุดในวันหลังผ่าตัดวันที่ 1 และวันที่ 2
 - ปริมาณการใช้มอร์ฟิน โดยนับรวมปริมาณมอร์ฟินที่ใช้หลังจากออกจากห้องผ่าตัด จนถึงวันจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

- ความเข้มข้นเลือดที่ลดลง วัดโดยใช้ความเข้มข้นของเลือดก่อนผ่าตัด และ ความเข้มข้นของเลือดหลังผ่าตัดที่เวลา 6.00 น. ของวันหลังผ่าตัดวันที่ 1
- จำนวนวันนอนโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวก่อนผ่าตัด จนถึงวันที่ผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมีเกณฑ์ในการให้กลับบ้าน คือ สัญญาณชีพคงที่ คะแนนความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน (VAS score) สามารถงอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา และสามารถเดินได้โดยใช้ walker

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างแสดงด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ผลลัพธ์ระยะสั้น ได้แก่ ระดับความปวด ปริมาณการใช้มอร์ฟีน ความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง จำนวนวันนอนโรงพยาบาล แสดงด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์เปรียบเทียบกับ The Mann-Whitney U Test

3. กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มข้อมูลประวัติผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในช่วงวันที่ 1 เดือน สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 40 ราย มีการคัดออก 1 ราย เนื่องจากมีโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (amyotrophic lateral sclerosis) ทำให้การรายงานผลการศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 39 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียว 29 ราย และผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสองข้างในคราวเดียว 10 ราย

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว เป็นเพศชาย 6 ราย (ร้อยละ 20.69) เพศหญิง 23 ราย (ร้อยละ 79.31) อายุเฉลี่ย 69.51 ± 6.82 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.53 ± 3.72 กก.ม² ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้าง เป็นเพศชาย 2 ราย (ร้อยละ 20) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 80) อายุเฉลี่ย 64.30 ± 4.21 ปี และดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.53 ± 5.38 กก.ม² ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 ลักษณะทางคลินิกทั่วไปของกลุ่มที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียวและสองข้างพร้อมกัน

ลักษณะ	ผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว (n=29)	ผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้าง (n=10)
เพศ		
ชาย	6	2
หญิง	23	8
อายุ (ปี) mean $\pm$ SD	69.51 $\pm$ 6.82	64.30 $\pm$ 4.21
ดัชนีมวลกาย mean $\pm$ SD	26.53 $\pm$ 3.72	27.53 $\pm$ 5.38
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	5	1
โรคความดันโลหิตสูง	1	3
โรคไขมันในเลือดสูง	12	3

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียวมีระดับความปวด วัดโดย visual analog scale ในวันแรก 2.93 ± 1.66 และวันที่สอง 2.96 ± 1.56 ในกลุ่มผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้าง มีอาการปวดในวันแรก 3.40 ± 1.26 และวันที่สอง 2.90 ± 1.10 และมีการใช้ยาระงับปวดมอร์ฟินในกลุ่มผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียวเฉลี่ย 3.30 ± 4.26 มิลลิกรัม ในกลุ่มผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างเฉลี่ย 2.40 ± 3.68

มิลลิกรัมความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ที่ลดลงในผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว ร้อยละ 4.03 ± 2.55 และกลุ่มผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้าง ร้อยละ 4.80 ± 1.87 ผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว นอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.93 ± 1.03 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้าง นอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.00 ± 1.05 วัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผลลัพธ์ระยะสั้นหลังการผ่าตัดของกลุ่มที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียวและสองข้างพร้อมกัน

	ผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว (n=29)	ผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้าง (n=10)	P value
ระดับความปวด (VAS)			
หลังผ่าตัดวันที่ 1	2.93 ± 1.66	3.40 ± 1.26	.365
หลังผ่าตัดวันที่ 2	2.96 ± 1.56	2.90 ± 1.10	.962
ปริมาณการใช้มอร์ฟิน (มิลลิกรัม)	3.30 ± 4.26	2.40 ± 3.68	.646
ความเข้มข้นของเลือดที่ลดลง (ร้อยละ)	4.03 ± 2.55	4.80 ± 1.87	.316
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	3.93 ± 1.03	4.00 ± 1.05	.912

VAS = visual analog scale

โดยผู้ป่วยทั้งหมด 39 ราย สามารถเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยเดินชนิดสี่ขา (walker) ได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สามารถงอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา ก่อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเช่น แผลติดเชื้อ เส้นเลือดและเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าประชากรผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียวสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างพร้อมกันเนื่องจากตามการวิจัยก่อนหน้านี้การผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างในคราวเดียวมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว⁽¹⁶⁾ แพทย์จึงมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างในผู้ที่มีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยอยู่ในภาวะอ้วน (obese I) มีโรคประจำตัวในทั้ง 2 กลุ่มการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียวและสองข้างพร้อมกันมีระดับความปวดหลังผ่าตัดวันแรกและวันที่สองไม่แตกต่างกัน ปริมาณการใช้มอร์ฟินไม่แตกต่างกัน ความเข้มข้นของเลือดลดลงไม่แตกต่างกัน มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน โดยสามารถเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดทุกรายมีอาการปวดน้อยเพียง 3-4 คะแนน (VAS) สามารถกลับบ้านได้เร็ว และยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งแสดงให้เห็นในเบื้องต้นว่า ผลลัพธ์ระยะสั้นของการผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างพร้อมกัน มีระดับความปวดไม่แตกต่างกัน และสามารถกลับบ้านได้ในระยะเวลาใกล้เคียงกับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายเรื่องก่อนหน้านี้ที่แสดงผลของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมซึ่งพบว่าการผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างพร้อมกัน และการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว ได้ผลดีทั้งคู่ ในแง่การลดปวดและความสามารถในการใช้งานเข้า โดยไม่ได้มีนัยทางสถิติที่แตกต่างกัน และไม่มีผลแทรกซ้อนรุนแรงที่ต่างกันในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสองข้างและข้างเดียว และยังแนะนำการผ่าตัดสองข้างพร้อมกันสำหรับผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมทั้งสองข้าง^(12,13) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็ว ไม่มีผลต่อการกลับมาอนโรยบาลซ้ำ และยังมีประโยชน์ในแง่ลดค่าใช้จ่ายโดยรวมได้อีกด้วย⁽¹⁵⁾ แต่ก็ยังมีบางการศึกษาพบว่า การผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างพร้อมกัน มีความสัมพันธ์กับผลแทรกซ้อนมากกว่าการผ่าตัดข้อเข่าเทียมข้างเดียว⁽¹⁶⁾

แต่อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือ ยังมีจำนวนผู้ป่วยน้อย อาจไม่เพียงพอที่จะเปรียบเทียบผลลัพธ์โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือศึกษาผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ ต้องทำการศึกษาเพิ่มในอนาคตเมื่อมีจำนวนผู้ป่วยพอเพียงและทำการศึกษาระยะสั้นเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาความแตกต่างของผลลัพธ์ระยะยาว และผลแทรกซ้อนที่ตามมาภายหลังออกจากโรงพยาบาล

สรุป

ผลลัพธ์ของการศึกษาครั้งนี้ ได้บ่งชี้ว่าการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมข้างเดียวและผ่าตัดสองข้างในคราวเดียวได้ผลดี สามารถเดินได้ภายใน 24 ชั่วโมงทุกรายงอเข้าได้อย่างน้อย 90 องศา มีอาการปวดน้อยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับบ้านได้เร็ว ลดระยะเวลาการรักษาฟื้นฟูระยะเวลาที่ต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไป

ใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้นโดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปอ้างอิง และชี้แจงให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระยะสุดท้ายทั้งสองข้างที่รักษาโดยวิธีอนุรักษนิยมแล้วไม่ได้ผล ได้รับทราบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจในการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาเป็นผลการผ่าตัดโดยแพทย์ท่านเดียว การผ่าตัดโดยแพทย์ท่านอื่น อาจจะมีวิธีการผ่าตัด การให้ยาที่แตกต่างกัน อาจได้ผลลัพธ์ที่แตกต่างจากการศึกษานี้ ทั้งนี้ต้องคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมในการผ่าตัด ร่วมกับการมีหน่วยงานสนับสนุนในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพพร้อมด้วย เช่น กลุ่มงานวิสัญญี กลุ่มงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานอายุรกรรม เพื่อได้ทำการผ่าตัดและรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- Wallace I, Worthington S, Woods R, Lieberman D. Knee osteoarthritis has doubled in prevalence since the mid-20th century. Proc Natl Acad Sci U S A 2017; 114(35):9332-6.
- Felson D. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis. Epidemiol Rev 1988; 10(1): 1-28.
- Mora J, Przkora R, Cruz-Almeida Y. Knee osteoarthritis: pathophysiology and current treatment modalities. J Pain Res 2018; 11: 2189-96.
- Du Souich P. Comments on "OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis". Osteoarthritis Cartilage 2014; 22(6): 888-9.
- Walker L, Clement N, Deehan D. Predicting the Outcome of Total Knee Arthroplasty Using the WOMAC Score: A Review of the Literature. J Knee Surg 2019; 32(8): 736-41.
- Roos EM, Lohmander LS. The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes 2003; 1: 64.

2. เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมสองข้างในคราวเดียวกันมีจำนวนไม่มาก มีเพียงประมาณ 10 คนต่อปีควรมีระยะเวลาการเก็บข้อมูลศึกษาเรื่องนี้มากขึ้นเพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อความเหมาะสมของการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาต่อไป และการทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าและมีการควบคุม จะทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้ละเอียดขึ้น ลดปัจจัยที่ทำให้ผลการศึกษาเบี่ยงเบน

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเก็บข้อมูลผลลัพธ์การผ่าตัด ระยะกลาง และระยะยาว มีการเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัดในแง่ต่างๆ เช่น มุมของขาที่เปลี่ยนไป พิสัยการงอเหยียดเข่า คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรต่างๆ และความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นต้น

7. Perruccio AV, Davis AM. The development of a short measure of physical function for knee OA KOOS-Physical Function Shortform (KOOS-PS) - an OARSI/OMERACT initiative. *Osteoarthritis Cartilage* 2008; 16(5): 542-50.
8. Kazis LE, Fincke RG. Patient-reported measures of health: The Veterans Health Study. *J Ambul Care Manage* 2004; 27(1): 70-83.
9. Powell R, Pulido P, Tuason M, Colwell C, Ezzet K. Bilateral vs Unilateral Total Knee Arthroplasty: A Patient-Based Comparison of Pain Levels and Recovery of Ambulatory Skills. *J Arthroplasty* 2006; 21(5): 642-9.
10. Malahias M, Manolopoulos P, Nikolaou V, Sculco P. Safety and outcome of simultaneous bilateral unicompartmental knee arthroplasty: A systematic review. *J Orthop* 2021; 24: 58-64.
11. Berend K, Lombardi A, Adams J. Perioperative Complications of Simultaneous versus Staged Unicompartmental Knee Arthroplasty. *Clin OrthopRelat Res* 2011; 469(1): 168-73.
12. Alghadir A, Iqbal Z, Anwer S, Anwar D. Comparison of simultaneous bilateral versus unilateral total knee replacement on pain levels and functional recovery. *BMC Musculoskelet Disord* 2020; 21(1): 246.
13. Bakirhan S. Comparison of early postoperative functional activity levels of patients undergoing unilateral and bilateral total knee arthroplasty. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009; 43(6): 478-83.
14. Harnik A, Hilton R. The Evaluation of Single-Sided Total Knee Arthroplasty Versus Simultaneous Bilateral Total Knee Arthroplasty Improvements and Postoperative Progression Based on Patient-Based Outcome Scoring: A Rural Retrospective Clinical Orthopaedic Study. *J Am AcadOrthop Surg Glob Res Rev* 2019; 3(7): e069.
15. Barad S, Howell S, Tom J. Is a shortened length of stay and increased rate of discharge to home associated with a low readmission rate and cost-effectiveness after primary total knee arthroplasty? *Arthroplast Today* 2015; 4(1): 107-12.
16. Memtsoudis SG, Ma Y, González Della Valle A, Mazumdar M, Gaber-Baylis LK, MacKenzie CR, et al. Perioperative outcomes after unilateral and bilateral total knee arthroplasty. *Anesthesiology* 2009; 111(6): 1206-16.

ผลการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กรรณิการ์ ปลื้มสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 29 มกราคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 5 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 23 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : พบอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ สูงขึ้นจากปีละ 180 รายต่อแสนประชากร เป็น 450-750 ต่อแสนประชากรภายในปี 2558 จากสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2560-2562 พบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด 169 ราย 182 รายและ 263 ราย และพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ แผลกดทับ กระดูกหักซ้ำ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และเป็นผู้ป่วยติดเตียง

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านและศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre- Experimental Research) กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน(ADL) แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่บ้าน แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค ด้านความรู้ เท่ากับ 0.61 ด้านเจตคติ เท่ากับ 0.72 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามระหว่าง ตุลาคม 2563 - ตุลาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา : ได้รูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการเยี่ยมบ้าน 5 ครั้ง ใน 8 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 7 วันและติดตามเยี่ยมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้หลักการเยี่ยมบ้าน INHOMESS ประกอบกับการใช้วิดีโอและคู่มือประจำตัวผู้ป่วย ส่วนสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ติดตามเยี่ยมบ้านผ่านทางโทรศัพท์ หลังการเยี่ยมบ้านทุกครั้งจะมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Smart cocและHosxp เพื่อส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต.ติดตามดูแลผู้ป่วยและพบว่าหลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความพึงพอใจในรูปแบบการเยี่ยมบ้านในระดับมาก

สรุป : รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดต่อเนืองที่บ้านและชุมชนได้

คำสำคัญ : รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ

The Effect of Home Visit Model in Patients with Post-Operative Hip Fracture in Contracting Unit for Primary Care Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Kunnikar Pluemsong

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: The incidence of hip fractures was found among the elderly. Increased from 180 per 100,000 population per year to 450-750 per 100,000 population by 2015. According to statistics of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital in 2017-2019, 169, 182 and 263 hip fracture patients received surgery, respectively and found complications after surgery, namely pressure ulcers, repeated fractures, inability to perform daily activities and being bedridden patients.

Objective: To develop a home visit model and study the effectiveness of the home visit model in hip fracture patients undergoing network surgery at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Materials and Methods: This research is a pre-experimental research with a single group measuring the results before and after. The sample consisted of hip fracture patients undergoing surgery in the Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital network. By selectively selecting 30 people, the tools used in the research were: The researcher's self-developed home visit model and the tools used to collect data are questionnaires, which consist of 5 parts of information, namely personal data. Daily Activity Assessment (ADL) Complications Record at Home Health care behavior assessment form and satisfaction of service users which were verified for content validity by experts and confidence test by Cronbach's Alpha method, knowledge was 0.61, attitude was 0.72. 2021. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation. and inference statistics such as Wilcoxon Signed Ranks Test

Results: A home visit pattern was obtained in hip fracture patients undergoing surgery. There were 5 home visits in 8 weeks, the 1st after the patient was discharged 7 days from the hospital, and followed up at home in the 4th and 8th weeks, using the INHOMESS home visit principle in conjunction with the use of video and manuals. patient identification the week part 2nd week 6 Follow up home visits via phone. After every home visit, data will be recorded in Smart coc and Hosxp programs to pass on to them. The Ministry of Health followed up with the patients and found that after using the developed home visit model, the patient's level of ability to perform daily activities, knowledge, attitude, and practice were statistically

significantly increased at the 0.000 level and there were no complications. They were satisfied with the form of home visits at a high level.

Conclusion: The developed home visitation model is effective. It can be used to care for hip fracture patients who are undergoing ongoing surgery at home and in the community.

Keywords: home visit form Hip fracture patients undergoing surgery Complications in hip fracture patients undergoing surgery daily routine healthy behavior

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นอุบัติเหตุที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลอันตรายต่อชีวิต หรือมีความพิการ กระดูกสะโพกหัก เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ อุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักทั่วโลกตั้งแต่ ปี ค.ศ.1990 มากกว่า 1,300,000 ราย ซึ่งคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 7,000,000-21,000,000 ราย ใน ปี ค.ศ. 2050 ⁽¹⁾ มีการศึกษาพบว่ายุโรปและ อเมริกาเหนือมีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหัก ในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150-250 รายต่อแสนประชากร ในแถบเอเชีย คาดว่าจะมีผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45 ในปี 2568

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging Society คาดว่า ในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้อายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 23.5⁽²⁾ และพบอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุชาวไทยจะสูงขึ้นจากปีละ 180 รายต่อแสนประชากร เป็น 450-750 ต่อแสนประชากรภายในปี พ.ศ. 2558 ⁽³⁾

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 20⁽⁴⁾ จะเสียชีวิตในช่วงปีแรกและยังพบว่าผู้ที่มิชีวิตอยู่หลังจาก 1ปี จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว รวมทั้งมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะกระดูกสะโพกหักจะก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก จนส่งผลทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การอยากอาหารน้อยลง จนทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ มีความวิตกกังวล ซึมเศร้าและสิ้นหวังในชีวิตเนื่องจากไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้และ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองตามปกติ มีความเครียดจากการปรับตัวที่ต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา การมีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว ทำให้มี

ปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ซึ่งภาวะกระดูกสะโพกหักนี้หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะไม่สามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ทำให้ทุพพลภาพและอาจเสียชีวิตในที่สุด

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสภาพให้ปกติโดยเร็วและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การผ่าตัดเป็นทางเลือกหลักสำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษาในรายที่ไม่มีข้อจำกัด เพื่อช่วยให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ภายหลังการผ่าตัด คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น อย่างไรก็ตามแม้การผ่าตัดจะมีผลที่ดีมากและผู้ป่วยสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ แต่ก็ยังพบปัญหาแทรกซ้อนได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อทางระบบปัสสาวะ แผลกดทับ ที่พบบ่อยมากคือ การเลื่อนหลุดของข้อสะโพกซ้ำ ที่เป็นภาวะแทรกซ้อน สำคัญที่เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการระดับตติยภูมิ มีการรักษาโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การรักษาและผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเป็นการรักษาที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2560-2562 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย กระดูกสะโพกหัก และได้รับการผ่าตัด 169 ราย 182 รายและ 263ราย ตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และได้รับการผ่าตัด 33 ราย 42 รายและ69 ราย⁽⁵⁾ พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ แผลกดทับ 8 ราย 6 รายและ 4 ราย และมีอุบัติการณ์หกล้มและมีกระดูกหักซ้ำในปี 2561 จำนวน 3 ราย และปี 2562 จำนวน 2 ราย จากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์

ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยต้องการทราบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและความพึงพอใจก่อนและหลัง การนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเคลื่อนย้าย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชไปทดลองใช้ และนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงและพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและผู้ป่วยโรคอื่น ๆ จึงได้จัดทำวิจัยนี้ขึ้นมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre- Experimental Research) กลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเคลื่อนย้าย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การ

ประเมินกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน ความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนการทดลอง หลังจากนั้นดำเนินการเยี่ยมบ้านตามรูปแบบที่กำหนดไว้ และให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามการประเมินกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความพึงพอใจหลังการทดลอง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดในเคลื่อนย้าย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 – ตุลาคม 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยรูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเคลื่อนย้ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จากแนวคิดการเยี่ยมบ้านของสำนักงานพยาบาล ร่วมกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และสามารถดูแลตนเอง ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังนี้

รูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเคลื่อนย้ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

1. การเยี่ยมบ้าน 3 ขั้นตอน
ก่อนการเยี่ยม ขณะเยี่ยม หลังการเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดการเยี่ยมที่บ้าน 3 ครั้ง ทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง รวม 8 สัปดาห์
2. การดูแลตนเอง
- ความรู้เรื่องโรค
- การปฏิบัติตัว สานักการออกกำลังกายหลังการผ่าตัด กระตุ้นให้มีการลุกนั่งและเดิน
ผ่านคู่มือประจำตัวผู้ป่วยและวิดิทัศน์การปฏิบัติตัวขณะดูแลตนเองที่บ้าน
จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. ภาวะแทรกซ้อน
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ สร้างโดยผู้วิจัย โดยใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ร่วมกับการดูแลตนเองตามทฤษฎีของโอเร็ม กำหนดการเยี่ยมที่บ้าน 3 ครั้ง ครั้งแรกหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 7 วัน ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สอบถามการดูแลสุขภาพตามแบบสอบถามก่อนดำเนินการเยี่ยมบ้าน หลังจากนั้นดำเนินการ สานิตการออกกำลังกายขณะเยี่ยมบ้าน และใช้สื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวขณะดูแลต่อเรื่องที่บ้าน จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย และมอบคู่มือประจำตัวผู้ป่วยในการประเมินและติดตามสุขภาพ การเยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 8 ติดตามการเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 รวมติดตามเยี่ยมบ้าน 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว เป็นแบบเลือกตอบและแบบเลือกเติม

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่บ้าน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อบริเวณข้อสะโพกเทียม และการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม โดยการบันทึกว่ามีหรือไม่มี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) เกณฑ์การประเมินความสามารถ ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิลแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีทั้งหมด 10 กิจวัตร แต่ผู้วิจัยจะนำมาวัดเฉพาะกิจวัตรการเคลื่อนไหว

ได้แก่ การลุกนั่งจากเตียงไปเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได 1 ชั้น เพราะกิจวัตรดังกล่าวเป็นผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลโดยวัดเป็นระดับคะแนน แต่เนื่องจากผู้วิจัยศึกษาเฉพาะกิจวัตรประจำวันในการเคลื่อนไหวจึงปรับเกณฑ์โดยอิงของกรมอนามัยดังนี้

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีช่วยเหลือตนเองได้

มีผลรวม คะแนน ADL 6 - 8

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

มีผลรวม คะแนน ADL 2-5

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองไม่ได้

มีผลรวม คะแนน ADL 0-1

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การวัดความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหัก จำนวน 10 ข้อ การวัดเจตคติเกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหัก จำนวน 10 ข้อ การวัดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10 ข้อผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ความตรงของเนื้อหา(Content validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งกลับให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาคะแนนและวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นดังนี้

ด้านความรู้ เท่ากับ 0.61

ด้านเจตคติ เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อการเยี่ยมบ้าน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความพึงพอใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการศึกษา

พัฒนาแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โดยมีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน 5 ครั้งใน 8 สัปดาห์ โดยเยี่ยมที่บ้านครั้งที่ 1 หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 7 วันและติดตามเยี่ยมที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

โดยใช้หลักการเยี่ยมบ้าน INHOMESS ประกอบกับการสาธิต การใช้สื่อทัศนความรู้ การปฏิบัติตัว การออกกำลังกายเกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและคู่มือประจำตัวผู้ป่วย ส่วนสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 6 ติดตามเยี่ยมบ้านผ่านทางโทรศัพท์ ติดตามอาการ ให้คำแนะนำตามสภาพปัญหา กระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย การลุกนั่งและเดิน โดยผ่านสื่อทัศน หลังการเยี่ยมบ้านทุกครั้งจะมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Smart coc และ Hosxp เพื่อส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. ในเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ส่วนประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ ได้ผลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุ 80-89 ปี ร้อยละ 33.3 สถานภาพหม้าย ร้อยละ 53.3 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 36.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	25	83.3
ชาย	5	16.7
อายุ(ปี)		
≤60	2	6.7
61-69	9	30.0
70-79	8	26.7
80-89	10	33.3
≥90	1	3.3
สถานภาพสมรส		
หม้าย	16	53.3
สมรส	14	46.7
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา/ปวช	15	50.0
ประถมศึกษา	12	40.0
อนุปริญญา/ปวส	3	10.0
อาชีพ		
ค้าขาย	11	36.7
ไม่ได้ทำงาน	9	30.0
รับจ้าง	6	20.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	10.0
เกษตรกร	1	3.3
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	21	70.0
- โรคความดันโลหิตสูง	15	50.0
- ไขมันในเลือดสูง	3	10.0
- โรคหัวใจ	2	6.7
- โรคเบาหวาน	1	3.3
ไม่มีโรคประจำตัว	9	30.0

2. ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านไม่พบภาวะแทรกซ้อนเรื่องแผลกดทับ การติดเชื้อแผลผ่าตัดบริเวณข้อสะโพก และการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

3. ผลการประเมินระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ADL)การลุกนั่งจากเตียงไปเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได1ชั้น ก่อนการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ADL (2-5คะแนน) หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ ADL (6-8คะแนน) ร้อยละ 80.0 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดไม่

ถูกต้องในเรื่อง การห้ามไขว้หรือบิดขาเข้าใน ขณะนั่ง ยืน เดินและห้ามนั่งไขว่ห้าง การรับประทานอาหารที่เป็นเนื้อสัตว์ และการเดินหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีความรู้ถูกต้องร้อยละ100 เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน พบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ100.0 ด้านเจตคติพบว่ามีความเจตคติที่ไม่ดีในเรื่องการรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ไข่ เพราะคิดว่าจะทำให้แผลเปื่อยหายช้าและการฝึกเดินหรือลงน้ำหนักหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์เร็วเกินไปอาจจะทำให้กระดูกที่หักไม่ติดได้ หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มีเจตคติอยู่ในระดับดีเกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหักร้อยละ 100 ด้านการปฏิบัติก่อนการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่เคยฝึกเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน และออกกำลังกายขาทั้ง 2 ข้าง หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวเป็นประจำ และอยู่ในระดับดีร้อยละ 100 รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำแนกตามระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับคะแนนความรู้ เจตคติและการปฏิบัติก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน

ระดับคะแนนรายด้าน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ADL (0-1 คะแนน)	4	13.3	0	0.0
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ADL (2-5 คะแนน)	24	80.0	6	20.0
ช่วยเหลือตนเองได้ ADL (6-8 คะแนน)	2	6.7	24	80.0
ด้านความรู้				
ต่ำ (0-5 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง (6-7 คะแนน)	5	16.7	0	0.0
สูง (8-10 คะแนน)	25	83.3	30	100.0
ด้านเจตคติ				
ไม่ดี (0-17 คะแนน)	1	3.3	0	0.0
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	12	39.6	0	0.0
ดี (24-30 คะแนน)	17	56.1	30	100.0
ด้านการปฏิบัติ				
ไม่ดี (0-17 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ปานกลาง (18-23 คะแนน)	6	20.0	0	0.0
ดี (24-30 คะแนน)	24	60.0	30	100.0

4. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่

ได้รับการผ่าตัดเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ การปฏิบัติก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

ด้าน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Wilcoxon Value	Wilcoxon Prob
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				
ก่อนการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน	4.06	1.50	4.77	.000
หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน	7.33	1.39		
ด้านความรู้				
ก่อนการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน	8.30	.87	4.8	.000
หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน	9.93	.25		
ด้านเจตคติ				
ก่อนการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน	24.8	4.02	4.38	.000
หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน	29.4	1.06		
ด้านการปฏิบัติ				
ก่อนการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน	24.86	1.52	4.89	.000
หลังการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน	29.5	.77		

5. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านมาก คิดเป็นร้อยละ 100

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่จัดทำขึ้น มีประสิทธิผลทำให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์⁽⁶⁾ ซึ่งพบว่าโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน (LATH) มีประสิทธิภาพทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านร่วมกับการ

โทรศัพท์ และการใช้สื่อการสอนทั้งคู่มือ วิดีทัศน์ รวมถึงการสาธิตโดยทีมสหวิชาชีพ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและ อสม. ขณะเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ เจตคติที่ดีและสามารถปฏิบัติตัวถูกต้อง มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะพักรักษาตัวที่บ้าน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจกรรมการลุกนั่งจากเตียงไปเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได1ชั้นและผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากในรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่จัดทำขึ้น

ดังนั้น รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด เครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ซึ่งส่งผลต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ลดภาวะพึ่งพิง ไม่เป็นภาระให้กับลูกหลานหรือผู้ดูแล ขณะเดียวกันพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยดูแลและส่งเสริมการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรเพิ่มทักษะให้กับผู้ดูแลเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุป

รูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นโดยมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วัน โดยทีมสหวิชาชีพพยาบาล นักกายภาพและ อสม. มีการให้ความรู้ปรับเปลี่ยนเจตคติ ฝึกปฏิบัติ โดยการสาธิตและใช้สื่อวีดิทัศน์ เอกสารคู่มือประจำตัวผู้ป่วยและโทรศัพท์เยี่ยม สลับกัน ในสัปดาห์ต่อมา มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันได้เร็วขึ้น มีความรู้เพิ่มขึ้น มีเจตคติที่ดี มีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะพัก รักษาตัวที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ แพทย์หญิงปรานีรัตน์ โรจน์เจริญงาม หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ คุณสุพิชญ์ ฤทธิชาญชัย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ คุณพัชรภรณ์ ขจรวัฒนากุล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และทีมสหวิชาชีพที่ร่วมในการเยี่ยมบ้าน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและขอขอบคุณผู้ป่วยญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Parker M, Johansen A. Hip fracture. BMJ 2006; 333: 27-30.
2. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา [อินเทอร์เน็ต] 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2563]; 3 : 3-5. เข้าถึงได้จาก http://senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF.
3. จิตติมา เอกวิโรจน์สกุล. การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562; 38: 39-49.
4. อุไรวรรณ พลชา, พรรณวรดา สุวัน. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560; 3: 259-72.
5. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. รายงานสถิติประจำปี 2562โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. 2562.
6. จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. ผลของโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562; 30: 89-101.

ผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช

ปานชนก แก้วกุล¹, สุริยน อู่ตระกูล²

พ.บ.,ว.ว.โสต คอ นาสิกวิทยา กลุ่มงานโสต คอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช¹

ภ.บ.Ph.D.M.Sc., สาขาการบริบาลทางเภสัชกรรมสำนักวิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์²

(วันรับบทความ : 9 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 5 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 12 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย โดยมีอุบัติการณ์พบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีฉายรังสีและให้ยาเคมีบำบัดขั้นตอนการรักษาใช้เวลานาน โดยเฉพาะเมื่อต้องส่งผู้ป่วยไปรับการฉายรังสีจากสถาบันอื่น ๆ ที่มีความพร้อมมากกว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราชได้พัฒนาความพร้อมด้านการฉายรังสีจึงน่าจะได้ศึกษาผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกของสถาบัน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช โดยพิจารณาอัตราการรอดชีวิต (Overall survival rate) และการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (Recurrence rate) ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยทบทวนเวชระเบียนหรือข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราชในระยะเวลา 3 ปีการคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคโดยผลการตรวจทางมิถุนวิทยาจากพยาธิแพทย์ภายนอกหรือภายในโรงพยาบาล การรักษาแบ่งเป็น 4 วิธี คือ วิธีที่ 1 ฉายรังสีอย่างเดียว วิธีที่ 2 ให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี วิธีที่ 3 ให้ยาเคมีบำบัดเป็นตามหลังฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด วิธีที่ 4 ให้ยาเคมีบำบัดสูตรนำก่อนให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีอาจให้ยาเคมีบำบัดหลังการฉายรังสีหรือไม่ก็ได้ เลือกวิธีรักษาโดยพิจารณาจากแนวทางมาตรฐาน NCCN (The National Comprehensive Cancer Network) บันทึกอัตราการรอดชีวิตในช่วงเวลา 3 ปี และการกลับมาเป็นซ้ำนับจากการรักษาสิ้นสุดจนจบการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา อัตราการรอดชีวิตและการกลับเป็นซ้ำวิเคราะห์ด้วย survival analysis และปัจจัยที่มีผลจะวิเคราะห์ด้วย Spearman correlation analysis

ผลการศึกษา: มีผู้ผ่านเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา 42 รายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 78.57) อายุเฉลี่ย 53.71 ปีผู้ป่วยครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กก/ม2การวินิจฉัยทางมิถุนวิทยาส่วนใหญ่เป็นชนิด poorly differentiated squamous cell carcinoma (ร้อยละ47.62) โดยครึ่งหนึ่งอยู่ในระยะที่3อาการนำของโรคที่พบมากที่สุดคือ ต่อม้ำน้ำเหลืองโต (ร้อยละ 54.76) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ 4 จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 38.10) ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษา 3 ปี พบอัตราการรอดชีวิตรวมร้อยละ 90.47 อัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคร้อยละ 7.14 โดยพบว่าระยะของโรคมะเร็งมีผลต่อทั้งอัตราการรอดชีวิตและอัตราการ

กลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.028 และ 0.022 ตามลำดับ) ส่วนการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรครอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.033)

สรุป : ภายหลังที่โรงพยาบาลมหาราชฯ ได้พัฒนาวิธีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกครบทุกบริบท โดยเฉพาะฉายรังสีและเคมีบำบัดจึงน่าจะมีส่วนช่วยให้อัตราการรอดชีวิตและอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคดีขึ้น มี overall survival และ disease free survival ที่ดีใกล้เคียงกับศูนย์การรักษาทั้งในและต่างประเทศทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นซ้ำคือการมีโรคประจำตัวและระยะของโรคมะเร็ง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยคือระยะของโรคมะเร็ง

คำสำคัญ : มะเร็งหลังโพรงจมูก ผลการรักษา มะเร็งหลังโพรงจมูก อัตราการรอดชีวิต อัตราการกลับเป็นซ้ำ

Result of Nasopharyngeal Carcinoma Treatment in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Panchanok Kaewkul MD.¹, Suriyon Uitrakul Pharm.D., M.Sc. Ph.D.²,

Department of Otorhinolaryngology, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital¹,

Department of Pharmaceutical Care, School of Pharmacy, Walailak University²

Abstract

Background: Nasopharyngeal Carcinoma was a common malignancy in Southeast Asia. In Thailand, Second most common following oral cavity carcinoma. Most treatments are radiation therapy and chemotherapy. Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital has a machine for radiation therapy since 29 January 2019, but no patient data and treatment outcomes of nasopharyngeal carcinoma have been reported.

Objective: The aim of this study was to assess the outcomes of the treatment of nasopharyngeal carcinoma, including overall survival and recurrence rates.

Material and Methods: Medical records of patients with nasopharyngeal carcinoma who were treated at the hospital from 29 January 2019 to 29 January 2022 were retrospectively reviewed. There were four protocols of treatment including RT alone, CCRT, CCRT then adjuvant CCRT, induction CCRT +-adjuvant CMR. Select the treatments by NCCN guideline. Their characteristics were analyzed using descriptive statistics. Overall survival and recurrence rates were analyzed using survival analysis, and the factors affecting rates were analyzed using Spearman correlation analysis.

Results: 42 patients met the inclusion criteria and were recruited to this study. Majority of them were male (78.57%) average age is 53.71 with the age of more than or equal to 50 years (33.33% each group), BMI less than 23 kg/m². Patients mostly had poorly differentiated SCCA type of cancer cell (47.62%). Most patients came to the hospital with stage 3 cancer (50%) and with chief complaint of lymph node enlargement (54.76%). The results indicated that overall survival rate was 90.47% and recurrence rate was 7.14%. The factors associated with overall survival were stage of disease, while the factor associated with recurrence was patient's underlying disease and stage of disease.

Conclusion: During 3 years of completed process of treatment (oral preparation chemotherapy and radiation therapy; VMAT) at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, the results of

treatment were considerably satisfying maybe because of fast and convenient process, including overall survival rate and recurrence rates, compared to other studies. Additionally, patient's stage of cancer was associated with both overall survival and recurrence, while their underlying disease was correlated with recurrence rate.

Keyword: nasopharyngeal carcinoma, nasopharyngeal carcinoma treatment outcome, overall survival rate, recurrence rate

บทนำ

มะเร็งหลังโพรงจมูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทางใต้ของจีน และฮ่องกง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกในระยะลุกลาม (Advanced stage)⁽¹⁾ การศึกษาในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ในเพศชาย 2.8 คน ต่อประชากร 100,000 คน รองจากมะเร็งช่องปาก ส่วนเพศหญิงพบอุบัติการณ์ 0.9 คน ต่อประชากร 100,000 คน รองจากมะเร็งต่อมไทรอยด์และมะเร็งช่องปาก⁽²⁾ ส่วนในยุโรป พบมะเร็งหลังโพรงจมูกน้อยกว่า 1 คน ต่อประชากร 100,000 คน ทั้งนี้เชื่อว่าเป็นเพราะความไวต่อการเป็นโรคและการสัมผัสสารภายนอกที่แตกต่างกันของประชากร รวมไปถึงการติดเชื้อไวรัสเอ็บสไตบาร์ (Epstein-Barr virus/EBV) ซึ่งส่งผลต่อการเป็นมะเร็งหลังโพรงจมูกโดยเชื่อว่าคนแถบเอเชียหรือเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีลักษณะทางพันธุกรรมที่ทนทานต่อการติดเชื้อที่น้อยกว่า⁽³⁾ ปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งชนิดนี้ได้แก่ พันธุกรรม ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม และการติดเชื้อ EBV^(2,3) และปัจจัยที่มีผลต่อการมีชีวิตรอดจากการรักษา ได้แก่ อายุของผู้ป่วยขนาดของมะเร็งการลุกลามของโรคมะเร็งถึงกระดูกฐานกะโหลกหรือกระดูกใบหน้า⁽²⁾ ยาเคมีบำบัดที่ใช้⁽⁴⁾ และการแพร่กระจายของมะเร็ง (metastasis)⁽⁵⁾

โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไปทั้งที่อยู่ภายในและภายนอกจังหวัดนครศรีธรรมราชก่อน พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช ต้องส่งผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกไปรับการฉายรังสียังสถาบันต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หรือโรงพยาบาลใน

กรุงเทพมหานคร ทำให้เกิดปัญหาความล่าช้าในการรักษาและความยุ่งยากในการเดินทาง ผู้ป่วยบางรายจึงพลาดโอกาสรับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราชได้ติดตั้งเครื่องฉายรังสีรักษาทำให้ตรวจรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกโดยวิธีการฉายแสงและให้ยาเคมีบำบัดได้อย่างครบวงจร และเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ได้เพิ่มอีกหนึ่งเครื่อง โดยใช้เทคนิค 2 แบบ คือ 3DRT และ VMAT โดยยังไม่มีเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารหัสวิเคราะห์ผลการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช โดยพิจารณาอัตราการรอดชีวิต (overall survival rate(OS) และการกลับมาเป็นซ้ำของโรค(recurrence rate)รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งหลังโพรงจมูก และรับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช ในระยะเวลา 3 ปี (มกราคม 2562 – มกราคม 2565) โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยดังนี้ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคโดยผลการตรวจทางมีพยาธิวิทยาจากพยาธิแพทย์ภายนอกหรือภายในโรงพยาบาล การรักษาแบ่งเป็น 4 วิธี คือ วิธีที่ 1 ฉายรังสีอย่างเดียว(RT alone), วิธีที่ 2 ให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี (Concurrent

chemoradiation therapy), วิธีที่3ให้ยาเคมีบำบัดหลังยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสี (Concurrent chemoradiation therapy + adjuvant chemo therapy), วิธีที่4 ให้ยาเคมีบำบัดสูตร induction ก่อนการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการฉายรังสีโดยจะมีการให้ยาเคมีบำบัดตามหลังหรือไม่ก็ได้ (Induction chemotherapy + Concurrent chemoradiation therapy +/- Adjuvant CMT)) เลือกวิธีรักษาโดยพิจารณาตามมาตรฐานการรักษา NCCN⁽⁶⁾ ผู้ป่วยต้องรักษาจนครบขั้นตอนและมาติดตามผลการรักษาจนครบเวลาที่เก็บข้อมูลบันทึกผลการรักษาเป็นจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตในช่วง 3 ปี นับเป็นอัตราการรอดชีวิตและการกลับมาเป็นซ้ำนับตั้งแต่หลังการรักษาสิ้นสุดจนถึงวันที่ตรวจพบโรคซ้ำภายในช่วงเวลาการศึกษาโดยติดตามอาการของผู้ป่วยโดยใช้วิธีตรวจร่างกายและส่องกล้องเพื่อดูบริเวณหลังโพรงจมูกและถ่ายภาพทางรังสีในบางราย

ข้อมูลอื่นๆที่นำมาวิเคราะห์ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ภูมิถิ่นอาศัยของผู้ป่วย อาการนำที่ทำให้มาพบแพทย์ ชนิดของเซลล์มะเร็งระยะของมะเร็ง (เก็บในระบบ TNM) โรคทางระบบของผู้ป่วย วิธีรักษา ผลการรักษา และอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา ระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของการรักษาจะถูกบันทึกไว้ประกอบด้วยระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งมาพบแพทย์ ระยะเวลารอดผลทางมิถุนวิทยา ระยะเวลาดังแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนเริ่มรักษา ระยะเวลารักษาและระยะเวลาติดตามผลการรักษา

การวิเคราะห์ผลการศึกษาแบ่งดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยรวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอใน

รูปความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และร้อยละสำหรับการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการรักษาคือการรอดชีวิตโดยรวม(หมายถึงการรอดชีวิตจากการตายทุกสาเหตุ) และการกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยจะใช้สถิติ survival analysis โดยรายงานผลเป็น Kaplan-survival curve สำหรับปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตและการกลับเป็นซ้ำนั้นจะคำนวณโดยสถิติ Spearman correlation analysis วิเคราะห์สถิติทั้งหมดด้วย IBM SPSS Statistics version 19 และกำหนดค่า p-value ที่มีนัยสำคัญอยู่ที่ <0.05

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลขที่รับรอง 24/2564

ผลการศึกษา

ทั้งสิ้น 42 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดใกล้เคียง คุณลักษณะของผู้ป่วยดัง ตารางที่ 1 ผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 53.71 ปีส่วนใหญ่อายุเกิน 50 ปี (ร้อยละ 68.2) และไม่มีภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 50) เซลล์มะเร็งที่พบในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือชนิด poorly differentiated squamous cell carcinoma (ร้อยละ 47.62) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมะเร็งระยะ T2-T3 (ร้อยละ 71.43) และ N1-N2 (ร้อยละ 85.71) และผู้ป่วยทั้งหมดเป็นมะเร็งในระยะที่ยังไม่ลุกลาม (M0) อย่างไรก็ตาม เมื่อจัดระยะของมะเร็งของผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วย 21 รายเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 (ร้อยละ 50.00) และ 12 รายเป็นมะเร็งในระยะที่ 4a (ร้อยละ 28.57) โดยอาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์มากที่สุด 3 อันดับแรก คือต่อมน้ำเหลืองโตหูกอื้อ และคัดจมูก (ร้อยละ 54.76,

42.86, 28.57 ตามลำดับ)ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนมาพบแพทย์คือ 0.75-12 เดือน (เฉลี่ย 4 เดือน)

วิธีการรักษาและผลการรักษา (ตารางที่ 2) พบว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนเริ่มการรักษา 5-201 วัน (เฉลี่ย 49.79 วัน) สาเหตุของความล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยรอเตรียมช่องปาก รอยางรังสี และรอให้ยาเคมีบำบัดโดยการฉายรังสีใช้เทคนิค 3DRT ร่วมกับ VMAT จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.38) และ VMAT จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 80.95) ระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 97.05 วัน (ค่าต่ำสุด 49 วันค่าสูงสุด 205 วัน)

ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการรักษา 4 ราย โดย 2 รายเป็นการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อแทรกซ้อนและอีก 2 รายเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง อัตราการรอดชีวิตรวมร้อยละ 90.47 เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีที่ 1-4 มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 50, 88.89, 93.33, 93.35 ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวมเฉลี่ย (mean overall survival rate) จำแนกตามแนวทางการรักษา (ภาพที่ 1) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ 1 มีระยะเวลาการรอดชีวิตเฉลี่ย 22.00 เดือน (95%CI 22.00 – 22.00) วิธีที่ 2 คือ 28.83 เดือน (95%CI 24.96 – 32.71) วิธีที่ 3 คือ 32.00 เดือน (95%CI 28.28 – 35.72) และวิธีที่ 4 คือ 28.46 เดือน (95%CI 25.57 – 31.34) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติแล้วพบว่าระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวมเฉลี่ยของทั้ง 4 แนวทางการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (log-rank test, p-value 0.289)

นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยรวม ได้แก่

เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ชนิดของเซลล์มะเร็ง และระยะของโรคมะเร็ง พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่อาจมีผลต่อระยะเวลาการรอดชีวิตคือระยะของโรคมะเร็งของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (p-value 0.028) กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะท้าย (เช่นระยะที่ 4) จะมีระยะเวลาการรอดชีวิตสั้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต้น (เช่นระยะที่ 2) สำหรับปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และชนิดของเซลล์มะเร็งไม่มีผลต่อระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

สำหรับอัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรค (Disease free survival rate) (DFS) พบว่ามีผู้ป่วย 3 รายที่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลังจากการรักษา คิดเป็นร้อยละ 7.14 ของผู้ป่วยทั้งหมด เมื่อจำแนกตามแนวทางการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ 2 มีอัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรคร้อยละ 87.50, 90.90, 93.75 ตามลำดับเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติแล้วพบว่าอัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรคของการรักษาทั้ง 4 วิธีไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (log-rank test, p-value 0.978) (ภาพที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีผลต่ออัตราการกลับเป็นซ้ำ พบว่าการมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.033) (ตารางที่ 3) นอกจากนี้ระยะของโรคมะเร็งที่พบมีผลต่อระยะเวลาการมีชีวิตโดยปราศจากโรคของผู้ป่วย (p-value 0.022) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะท้ายจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต้น

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา (n=42)

คุณลักษณะ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	33	78.57
	หญิง	9	21.43
อายุน้อยกว่า 40 ปี		6	14.29
	40 – 50 ปี	8	19.05
	50 – 60 ปี	14	33.33
	มากกว่า 60 ปี	14	33.33
ดัชนีมวลกาย (Body mass index (BMI))			
	น้อยกว่า 23kg/m ²	21	50.00
	23 – 25 kg/m ²	8	19.05
	มากกว่า 25 kg/m ²	13	30.95
ชนิดของเซลล์มะเร็ง (การตรวจทางมิถุวิทยา)			
	Poorly differentiated squamous cell carcinoma	20	47.62
	Non-keratinizing undifferentiated squamous cell carcinoma	6	14.28
	Non-keratinizing squamous cell carcinoma	5	11.90
	อื่นๆ	11	26.19
ระยะ T			
	T1	3	7.14
	T2	17	40.48
	T3	13	30.95
	T4	9	21.43
ระยะ N			
	N0	2	4.76
	N1	11	26.19
	N2	25	59.52
	N3	4	9.53
ระยะ M			
	M0	42	100.00
ระยะของมะเร็ง (Stage)			
	ระยะที่ 2	9	21.43
	ระยะที่ 3	21	50.00
	ระยะที่ 4	12	28.57

ตารางที่ 2 แนวทางการรักษาและผลการรักษา

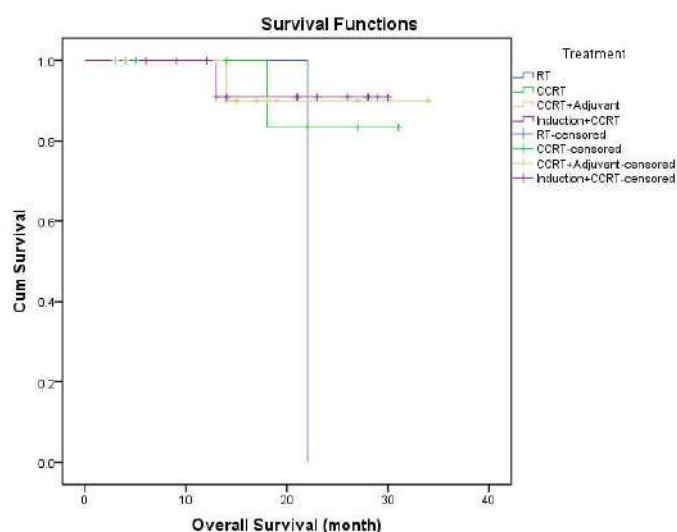
แนวทางการรักษา	จำนวนผู้ป่วย (คน)	ร้อยละ	ผลการรักษา	
			รักษาหาย(คน)	กลับมาเป็นซ้ำ
วิธีที่ 1 RT	2	4.76	2	0
วิธีที่ 2 CCRT	9	21.43	8	1
วิธีที่ 3 CCRT+Adjuvant CMT	15	35.71	14	1
วิธีที่ 4 CMT+ CCRT+/- Adjuvant CMT)	16	38.10	15	1

ตารางที่ 3 Spearman correlation analysis แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่อาจมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survivalrate) และอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence rate)

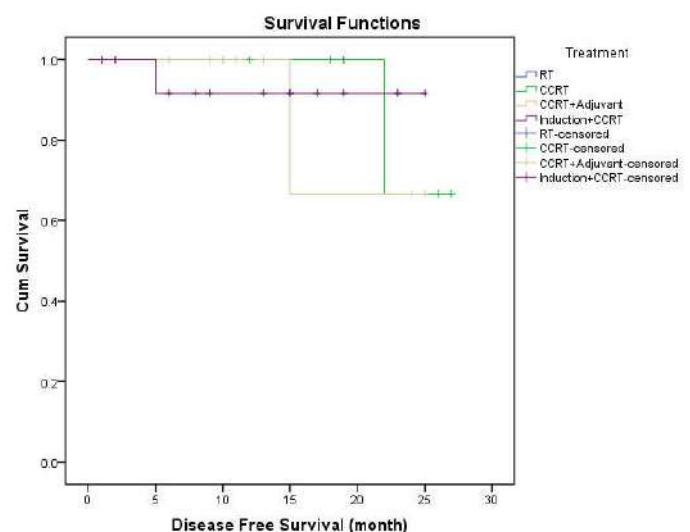
ตัวแปร	อัตราการรอดชีวิต	ระยะเวลาการรอดชีวิต	อัตราการกลับเป็นซ้ำ	ระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ
การมีโรคประจำตัว	r = -0.010 p-value 0.950	r = 0.228 p-value 0.146	r = -0.077 p-value 0.651	r = 0.357* p-value 0.033
ระยะของมะเร็ง (Stage)	r = 0.197 p-value 0.211	r = -0.339* p-value 0.028	r = -0.021 p-value 0.903	r = -0.375* p-value 0.022

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value <0.05

ภาพที่ 1 อัตราการรอดชีวิตโดยรวม (overall survival rate) ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งศีรษะและลำคอ จำแนกตามแนวทางการรักษา (n=42)



ภาพที่ 2 อัตราการรอดชีวิตโดยปราศจากโรค (disease free survival rate) ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งศีรษะและลำคอ จำแนกตามแนวทางการรักษา (n=42)



ได้ติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยใช้วิธีตรวจร่างกายและส่องกล้องเพื่อดูบริเวณหลังโพรงจมูก ผู้ป่วยจะถูกนัดติดตามอาการหลังการรักษาทุกๆ 1-4 เดือน ขึ้นกับแพทย์แต่ละราย สำหรับการฉายภาพทางรังสีหลังการรักษาพบว่าการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ 17 ราย (ร้อยละ 40.48) การถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า 2 ราย (ร้อยละ 4.76) ส่งทำสองอย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 7.14) และไม่มีการส่งใด ๆ จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 54.76) ซึ่งจะพบว่ามีมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีการฉายภาพใดๆ หลังการ

วิจารณ์

จากแนวทางการรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกทั้ง 4 วิธี พบอัตราการรอดชีวิตโดยรวมและอัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรค ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญแต่รักษาวิธีที่ 4 มี OS และ DFS สูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 93.75 และ 93.75 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Susanna และคณะ⁽⁷⁾ อาจเนื่องจากเป็นสูตรการรักษาที่ได้รับยารักษาเต็มที่มากที่สุดส่วนระยะเวลาการรอดชีวิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

อัตราการรอดชีวิตรวม อยู่ที่ร้อยละ 90.47 ซึ่งมากกว่าการศึกษาในต่างประเทศของ Ch'ng และคณะ⁽⁸⁾ และในไทยของพนา กล่ำคำ⁽²⁾ ที่มีค่าซึ่งมีค่าอยู่ที่ร้อยละ 75.5 กับ 67.53 ตามลำดับ อาจจะเป็นเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยระยะเวลาและใช้เทคนิคการรักษาที่ต่างกัน แต่พบว่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Ni และคณะ⁽⁹⁾, Huang⁽¹⁰⁾ และคณะที่ใช้การฉายแสงชนิด VMAT เหมือนกับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในระยะยาวระยะเวลาการรอดชีวิตโดยรวม

เฉลี่ยของการรักษาทั้ง 4 วิธี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และชนิดของเซลล์มะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ ต่างจากงานวิจัยของ Susanna และคณะ⁽⁷⁾ อาจเนื่องจากจำนวนประชากรและระยะเวลาการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน แต่เมื่อเทียบกับงานวิจัยของ Dou และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า เพศชาย อายุมากกว่า 50 ปี และ ส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญนั้น งานวิจัยชิ้นนี้ ก็พบผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงสุดเช่นกันทั้งนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะท้าย (เช่นระยะที่ 4) จะมีระยะเวลาการรอดชีวิตสั้นกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต้นสอดคล้องการศึกษาของพนา กล่ำคำ, Clement และคณะ^(2,12)

อัตราการมีชีวิตโดยปราศจากโรคในทุกๆ การรักษาของงานวิจัยพบว่าใกล้เคียงกับการศึกษา Mäkitie และคณะ⁽¹³⁾ และ Ni และคณะ⁽⁹⁾ ที่มีค่าร้อยละ 82.8 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว และ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะท้ายจะมีระยะเวลาการมีชีวิตโดยปราศจากโรคน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระยะต้นมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ Dou และคณะ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้การมีโรคประจำตัวของผู้ป่วยมีผลต่อการกลับมาเป็นซ้ำของโรคอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันที่ไม่ดีหรือร่างกายไม่แข็งแรงพอที่จะได้รับการรักษาแบบเต็มที่

ผู้ป่วยจำนวน 37 รายเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษา คิดเป็นร้อยละ 88.09 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเมื่อแจกแจงแต่ละอาการ พบร้อยละของผู้ป่วยน้อยกว่าเทคนิคการฉายรังสีแบบ

3DRT และ โกล้เคียงIMRT^(14,15) ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องฉายรังสีของรพ.เป็นแบบ VMAT ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดอาการไม่พึงประสงค์ แต่พบว่าแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันไม่ส่งผลต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

รายละเอียดด้านคุณลักษณะของผู้ป่วยเพศ อายุระยะที่พบ ผลมิญชวิทยา อาการนำ ที่พบมาก ไม่แตกต่างจากงานวิจัยอื่นๆทั้งในประเทศและต่างประเทศ^(7,16,17,18)ของกระบวนการการรักษา ระยะเวลารอผลมิญชวิทยา 1-34 วัน(เฉลี่ย 9วัน)แนวโน้มพบว่าระยะเวลาการรายงานผลน้อยลงเรื่อยๆ เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีแพทย์พยาธิวิทยาเพิ่มขึ้น จาก 1 คน เป็น 4 คน ระยะเวลารอคอยการฉายรังสีแนวโน้มสั้นลงเนื่องจากมีเครื่องฉายรังสีเพิ่มเป็น 2 เครื่องและมีแพทย์รังสีรักษาเพิ่มขึ้นเป็น 2 คน จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลมีการพัฒนากระบวนการรักษาอย่าง

ต่อเนื่อง ซึ่งระยะเวลาการรอคอยที่สั้นลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคและผลการรักษาที่ดีขึ้น

สรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่เริ่มมีการรักษาด้วยการฉายแสงเองชนิด VMAT เป็นระยะเวลา 3 ปี รวมถึงการให้เคมีบำบัด เตรียมช่องปาก ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วขึ้น สะดวกต่อการติดตามผลการรักษาครบทุกบริบท จึงน่าจะมีส่วนช่วยให้อัตราการรอดชีวิตและอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคดีขึ้น โกล้เคียงกับกับศูนย์การรักษาทั้งในและต่างประเทศทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นซ้ำคือการมีโรคประจำตัวและระยะของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมีชีวิตของผู้ป่วยคือระยะของโรคมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

1. Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niprako JK, Robbins KT, Thomas JR, et al. Cummings otolaryngology head and neck surgery. 6thed. Philadelphia: Elsevier Inc; 2015.
2. พนา กล้าคำ, รุติ ชุมทอง, จเร เกียรติศิริชัย, สุพิชา วงษ์พูล, ไนยรัฐ ประสงค์สุข,ธีรยสณิมนานนท์ และคณะ. อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่าง พ.ศ. 2552-2560. เวชสารแพทย์ทหารบก 2561; 71(4): 235-43.
3. Stelow EB, Wenig BM. Update From The 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Nasopharynx. Head and Neck Pathol 2017; 11: 16-22.
4. Wang W, Feng M, Fan Z, Li J, Lang J. Clinical outcome and prognostic factors of 695 nasopharyngeal carcinoma patients treated with intensity-modulated radiotherapy. Biomed Res Int 2014; 2014: 1-10.

5. Siti-Azrin AH, Norsaadah B, Naing NN. Prognostic factors of nasopharyngeal carcinoma patients in a tertiary referral hospital: a retrospective cohort study. BMC Notes 2017; 10: 705.
6. Pfister DG, Spencer S, Delstein DA, Adkins D, Brizel DM, Bruce JY. et al. NCCN guideline version 1.2021 Head and Neck Cancers National comprehensive cancer network. 2020.
7. Ch' ng WPP, Law KB, Khoo JYY. Nasopharyngeal carcinoma: A retrospective review of outcome in a single institution. Ann Oncol 2019; 30: ix100.
8. Huang TL, Tsai MH, Chuang HC, Chien CY, Lin YT, Tsai WL, et al. Quality of life and survival outcome for patients with nasopharyngeal carcinoma treated by volumetric-modulated arc therapy versus intensity-modulated radiotherapy. Radiation Oncology 2020: 1-9.
9. Dou H, Hu D, Lam C, Liu Y, Wang X, Zhang W. Retrospective analysis of result of treatments for nasopharyngeal carcinoma in Macao. Chin J Cancer Res 2014; 26(2): 148-58.
10. Clement A, Hao R, Xiaofeng W, Xue JZ, Sha L, Ping Z, et al. Retrospective Analysis of 5-Year Survival Rate of Nasopharyngeal Carcinoma: Correlation with Clinical Features and Prognosis. J Cancer Res Therap Oncol 2019; 7: 1-16.
11. Mäkitie A, Ruuskanen M, Bentzen J, Brun E, Gebre-Medhin M, Friesland S, et al. The management and survival outcomes of nasopharyngeal cancer in the Nordic countries. Acta Oncologica 2018; 57(4): 557-62.
12. AbdElW SA, Mohammed DA, Gaballah AM, Abdallah MM. Three-Dimensional Conformal versus Intensity Modulated Radiation Therapy in Treatment of Nasopharyngeal Carcinoma. Egypt J Hosp Med 2018; 71: 3492-9.
13. Simo R, Robinson M, Lei M, Sibbain A, Hickey S. Nasopharyngeal carcinoma: United Kingdom national multidisciplinary guidelines. The journal of laryngology & otology 2016; 130: S97-103.
14. Ni W, Qi W, Xu F, Cao W, Xu Ch, Gao Y, et al. Prognostic value of nasopharynx tumour volume in local-regional advanced nasopharyngeal carcinoma. ATM 2020; 8(5): 1-11

15. Farias TP, Dias FL, Lima RA, Kligerman R, Da sa GM, Barbosa MM, et al. Prognosis factor and outcome for nasopharyngeal carcinoma. Arch otolaryngol head neck surg 2003; 129: 794-9.
16. พรเทพ เกษมศิริ, คัททียา ร่องทอง, กฤติกา สุวรรณรุ่งเรือง. อัตราการรอดชีวิตในการรักษามะเร็งหลังโพรงจมูกในโรงพยาบาลศรีนครินทร์: ศึกษาย้อนหลัง 10 ปี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2558; 30(2): 80-6.
17. Wu L, Liu Y, Jiang N, Fan Y, Wen J, Huang Sh. Ten-year survival outcomes for patients with nasopharyngeal carcinoma receiving intensity-modulated radiotherapy: An analysis of 614 patients from a single center. Oral Oncol 2017; 69: 26-32.
18. Susanna HH, Daniel H, Kartika WT, Mardiah SH, Ibnu P, IbnuRI. Survival outcome and prognostic factors of patients with nasopharyngeal cancer in Yogyakarta, Indonesia: A hospital-based retrospective study. PLOS One 2021; 1-20.

ปัจจัยที่มีผลต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง

ทิพรรัตน์ อีววังโส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 14 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 6 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 25 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : การกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ทัศนคติและการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล สังคม ยิ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการขับเคลื่อนความสามารถในการกำกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ : 1) ศึกษาระดับในการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิต ต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด

วัสดุและวิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เก็บแบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่การแจกความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา : ระดับในการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง โดยรวมอยู่ในระดับสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}=11.86, SD=1.95$) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดเป็นสัมพันธ์เชิงบวกเรียงลำดับความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value}=0.01$) ตามลำดับ ดังนี้ ทัศนคติการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=.697$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์/พยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=.651$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=.544$) และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r=.261$)

สรุป : ระดับในการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง โดยรวมอยู่ในระดับสูงและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดเป็นสัมพันธ์เชิงบวก

คำสำคัญ : ผู้ป่วยมะเร็ง ยาเคมีบำบัด การกำกับดูแลตนเอง

Factors Affecting Self-Regulatory of Cancer Patients on Chemotherapy, Thungsong Hospital

Thipharat Aewwangso. Registered nurse

Department of Nursing care of surgical patients, Thungsong Hospital

Abstract

Background: Self-regulation of cancer patients receiving chemotherapy was positively associated with quality of life knowledge, attitude and receiving support from people, society. It is an important variable that drives the ability to regulate self-care behaviors.

Objective: The objectives of this research were 1) to study the level of self-regulation of cancer patients receiving chemotherapy and 2) to study the relationship of knowledge about self-practice, optimism social support in predicting quality of life on self-regulation of cancer patients receiving chemotherapy.

Materials and Methods: This research is correlation research by collected from cancer patients who received chemotherapy during June 2021-September 2021. The sample consisted of 90 people. The statistics used in the data analysis by distributing frequency, percentage value, mean standard deviation and Pearson correlation analysis

Results: The level of self-regulation of cancer patients receiving chemotherapy at Thungsong Hospital overall the high scores were averaged ($\bar{x}=11.86, SD=1.95$) and Factors associated with self-regulation among cancer patients receiving chemotherapy were positive and statistically significant correlation ($p \text{ value}=.01$) in order as follows : optimistic attitude have a positive relationship ($r=.697$), social support from doctors and nurses have a positive relationship ($r=.651$), social support from families have a positive relationship ($r=.544$) and knowledge of self-care on chemotherapy have a positive relationship ($r=.261$)

Conclusion: The level of self-regulation of cancer patients receiving chemotherapy at Thungsong Hospital is overall at a high level and factors associated with self-regulation among cancer patients receiving chemotherapy were positive.

Keyword: Cancer, Chemotherapy, self-regulation

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในประเทศไทยทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เผยข้อมูลสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยโดยตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลล่าสุดปี 2561 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าปัจจุบันคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ 221 คน หรือ 80,665 คนต่อปี และมีคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ 336 หรือ 122,757 คนต่อปี เป็นอันดับที่ 93 ของโลก โดยเพศชายป่วยเป็นมะเร็ง 169.3 คนต่อประชากร 1 แสนคนหรือ 59,662 รายต่อปีคิดเป็นอันดับที่ 15 ของเอเชียซึ่งโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี อันดับสอง คือ มะเร็งปอด และอันดับสาม คือ ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนเพศหญิงป่วยเป็นมะเร็ง 151 คนต่อประชากร 1 แสนคน หรือ 63,095 รายต่อปีคิดเป็น อันดับ 18 ของเอเชีย โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงคือ มะเร็งเต้านม อันดับสอง คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนอันดับสามคือ มะเร็งปากมดลูก⁽¹⁾

การรักษาโรคมะเร็งตามมาตรฐานแผนปัจจุบันมี 3 วิธีหลัก⁽²⁾ ได้แก่การผ่าตัด การฉายแสง และการให้ยาเคมีบำบัด การที่จะเลือกวิธีการใดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยปัจจัยหลักคือตัวคนไข้ เช่น อายุ ความสมบูรณ์แข็งแรง โรคประจำตัวต่างๆ สำหรับการรักษาโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาโดยใช้ยาในการยับยั้งการเจริญเติบโตหรือหยุดการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากโรคซึ่งกลไก

สำคัญของยาเคมีบำบัดจะไปยับยั้งการสร้างโปรตีนและยับยั้งการแบ่งตัวในวงจรชีวิตของเซลล์มะเร็งและเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽³⁾

การดูแลกำกับตนเอง การมองโลกในแง่ดี^(4,5) แรงสนับสนุนทางสังคม^(6,7,8) และแรงสนับสนุนของแพทย์/พยาบาล⁹ มีความสำคัญต่อผู้ป่วยในยามเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ซึ่งโรงพยาบาล พุ่งส่งเสริมให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้านศัลยกรรม ตั้งแต่การการตรวจคัดกรอง การผ่าตัด และให้ยาเคมีบำบัด สำหรับการให้ยาเคมีบำบัดพบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดเกิดผลข้างเคียงจากยาเกิดอาการรบกวนต่างๆทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาต่อเนื่องได้ผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมและรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ / พยาบาล ที่สามารถทำนายนายการกำกับตนเองในการต่อสู้กับโรคเพื่อให้ภาวะความเจ็บป่วยหายไปหรือเป็นปัญหากับผู้ป่วยน้อยที่สุด และเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดเพื่อให้มีการดำเนินชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับในการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมในการทำนายคุณภาพชีวิต ต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research) กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมจำนวน 90 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยโรคมะเร็งและได้รับการรักษาโดยการให้ยาเคมีบำบัดแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช รับการรักษาในระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 – กันยายน 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติการมองโลกในแง่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ / พยาบาล

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลกำกับตนเอง

การตรวจสอบเครื่องมือ

เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคมะเร็งและการให้ยาเคมีบำบัด ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.995 และทดสอบหาความเชื่อมั่นโดยนำเครื่องมือไปทดสอบใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด จำนวน 30 คน และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽¹⁰⁾ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ.923 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเท่ากับ.912 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ / พยาบาลเท่ากับ.836 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลกำกับตนเองเท่ากับ.872 ในส่วนของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัดหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.736

วิธีการเก็บข้อมูล

หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่เอกสารรับรอง : REC-TH001/2021 ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช หลังจากแจ้งวัตถุประสงค์และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อธิบายกระบวนการและขั้นตอนกับกลุ่มตัวอย่างชัดเจน จากนั้นให้ผู้ยินยอมทุกรายลงนามด้วยความเต็มใจ/สมัครใจในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บ

ข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

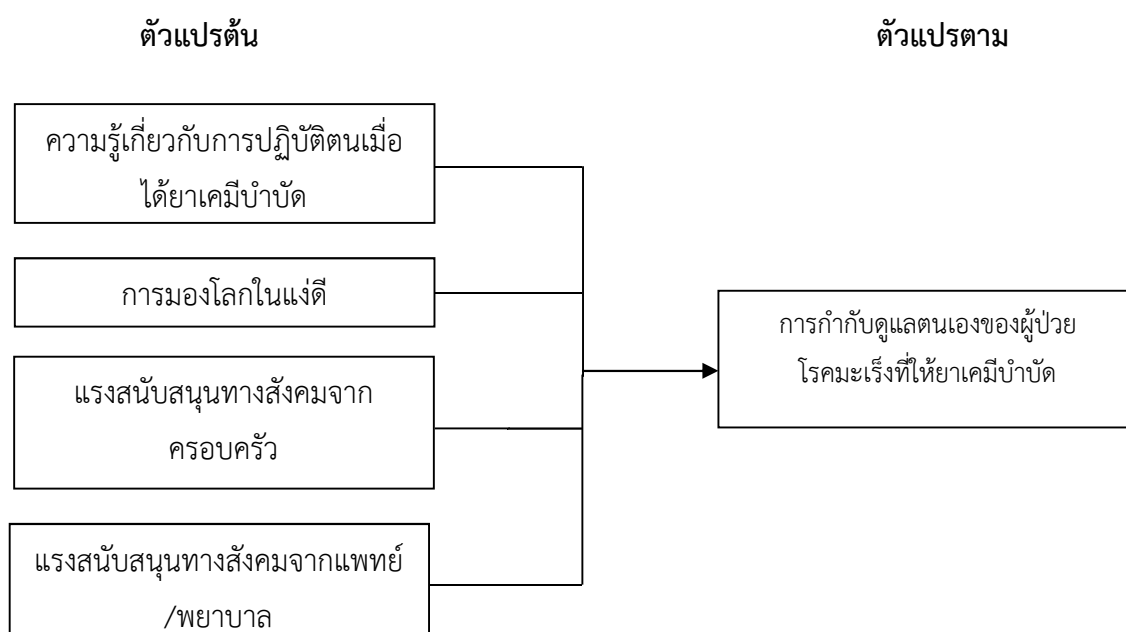
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ค่าคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมระดับพฤติกรรมในการกำกับตนเองโดยใช้คำ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์

ต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้นิยามเคมีบำบัด โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่เอกสารรับรอง : REC-TH001/2021

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้นิยามเคมีบำบัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมะเร็งพบในกลุ่มช่วงอายุ 51-60 ปี จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 มีสถานภาพการสมรสคู่ จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 82.22 ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ

51.11 ประวัติการป่วยของคนในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มี จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 ได้รับยาเคมีบำบัดในการรักษาส่วนใหญ่รักษาเสริมเพื่อร่วมกับการรักษาแบบอื่น จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 84.44 อาการข้างเคียงหลังการได้รับยาส่วนใหญ่อยู่ในเกรด 1

1. มีอาการข้างเคียงเล็กน้อย จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 58.89 รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

พอใช้ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 ชนิดของมะเร็งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 52.22 และระยะเวลาที่ป่วย (เริ่มนับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง) ส่วนใหญ่ มีระยะเวลา 1 เดือน จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67

2. ผลการศึกษาระดับในการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด พบว่าการดูแลกำกับตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ =4.49, SD=0.32) คิดเป็นร้อยละ 89.80

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด สามารถสรุปเป็นรายด้านดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัด อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ =11.86, SD=1.95) คิดเป็นร้อยละ 84.71 การมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ =4.50, SD=0.34) คิดเป็นร้อยละ 90.00 รองลงมาแรง

สนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ /พยาบาลอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ =4.48, SD=0.26) คิดเป็นร้อยละ 89.60 และแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ =4.44, SD=0.38) คิดเป็นร้อยละ 88.80

3.2 ความสัมพันธ์ด้านทัศนคติการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์เชิงบวก (r =.697) กับการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด มากที่สุด รองลงมาแรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์/พยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวก (r =.651) กับการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวก (r =.544) กับการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์เชิงบวก (r =.261) กับการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัด ปัจจัยด้านทัศนคติการมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์/พยาบาล และการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด ที่มารับบริการโรงพยาบาลทุ่งสง

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Y
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัด (X ₁)	1.00				
การมองโลกในแง่ดี (X ₂)	.196*	1.00			
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (X ₃)	.028	.425**	1.00		
แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ /พยาบาล (X ₄)	.055	.632**	.405**	1.00	
การดูแลกำกับตนเอง (Y)	.261*	.697**	.544**	.651**	1.00

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005

4. ตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง ได้แก่ตัวแปรการมองโลกในแง่ดี (X_2) สามารถทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง ได้ร้อยละ 48.60 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (X_3) สามารถทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.5 แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ /พยาบาล (X_4)

สามารถทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัด (X_1) สามารถทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 โดยสามารถร่วมกันทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง ได้ร้อยละ 42.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัด ปัจจัยทางด้านการมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์/พยาบาล ที่ส่งผลต่อการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง

ลำดับที่ของตัวแปรที่เข้าสมการ	R	R ²	Adj R ²	R ² change	B	Beta	t
1. การมองโลกในแง่ดี (X_2)	.697	.486	.480	.486	.365	.387	4.256*
2.แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (X_3)	.749	.561	.551	.075	.229	.271	3.589*
3. แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ / พยาบาล (X_4)	.771	.595	.581	.034	.318	.259	2.993*
4. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัด (X_1)	.778	.420	.602	.028	.156	.104	2.389*
Constant (a) = -.292		S.E.=.469		F=34.709*			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าระดับในการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับมาก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลตนเองในการกระทำ ควบคุมความคิด ความรู้สึกใน

การที่จะดูแลกำกับตนเองในการปฏิบัติตนเองในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการดูแลกำกับตนเองในระดับมากที่สุดได้แก่ หลีกเลี้ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รองลงมาหลีกเลี้ยง

รับประทานอาหารหมักดองนอนหลับได้อย่างเพียงพอพยายามดื่มน้ำให้ได้วันละ 8-9 แก้ว/วัน เมื่อมีอาการซีดมาก อ่อนเพลียมาก เหนื่อยหอบ หรือหน้ามืดมีไข้ทำนรีมาพบแพทย์ทันทีที่ทำความสะดวกห้องอย่างสม่ำเสมอ และให้แสงแดดส่องถึงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 วันและ พยายามควบคุมอารมณ์ไม่ให้โกรธหรือเครียดในการทำงาน ตลอดจนสามารถปรับภารกิจต่างๆ ให้เหมาะสมกับตนเองเมื่อรู้สึกอ่อนเพลียหรือมีอาการป่วยได้มีที่เหลื่ออยู่ในระดับมาก

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การมองโลกในแง่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายคุณภาพชีวิต ต่อการกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด พบว่า ด้านทัศนคติการมองโลกในแง่ดี ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์/พยาบาล เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัดโรงพยาบาลทุ่งสง ได้ร้อยละ 42.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแสดงผลดังนี้

1.1 ทัศนคติการมองโลกในแง่ดี เป็นตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็นสมการอันดับที่ 1 สามารถทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง ได้ร้อยละ 48.60 แสดงว่าการมองโลกในแง่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัดส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลกำกับตนเอง อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อหายาเคมีบำบัดแล้วมักจะมีความหวังว่าจะมีโอกาสที่จะหายจากโรคที่เป็น มีความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ลดน้อยลง สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องการได้อย่างเหมาะสมตลอดจนมีความหวังว่าแพทย์จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

1.2 แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็นสมการอันดับที่ 2 สามารถทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.5 แสดงว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลกำกับตนเอง อภิปรายได้ว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย หากได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ให้ความช่วยเหลือส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยทำให้การรักษาผ่านพ้นไปได้ด้วยดี 1.3 แรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ /พยาบาลได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็นสมการอันดับที่ 3 สามารถทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.4 แสดงว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์ /พยาบาลส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลกำกับตนเองอภิปรายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัดที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากจากแพทย์ /พยาบาลมาก จะมีแนวโน้มในการดูแลกำกับตนเองได้ดี

1.4 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัดได้รับการคัดเลือกเข้ามาเป็นสมการอันดับที่ 4 สามารถทำนายการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด โรงพยาบาลทุ่งสง เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.8 แสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่หายาเคมีบำบัด ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลกำกับตนเอง อภิปรายได้ว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับมาก จะมีแนวโน้มในการดูแลกำกับตนเองได้ดี

สรุป

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาล ห่งสง ทำให้ทราบว่าทัศนคติการมองโลกในแง่ดี เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลกำกับตัวเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จากแพทย์ / พยาบาลและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัดตามลำดับ ส่วนระดับการดูแลกำกับตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลห่งสงโดยรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก ดังนั้นการศึกษานี้จึงส่งผลดีต่อการนำไปใช้ออกแบบการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ให้ยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทัศนคติการมองโลกในแง่ดี ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดฝึกมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยสร้างความหวัง และให้อยู่กับความ

จริงที่เปลี่ยนแปลงด้วยสติและใจที่เป็นสุขส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจากแพทย์ / พยาบาลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อได้ยาเคมีบำบัดเป็นปัจจัยรองลงมาผู้ป่วยควรได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและได้รับแรงสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้เกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ มีความเข้มแข็งสามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวต่อการเจ็บป่วยทำให้การรักษาผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ สุนทร อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัยที่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เอาใจใส่ สละเวลาอันมีค่าเพื่อทุ่มเทให้ผู้วิจัยรู้จักคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ ตามหลักวิชาการ ให้กำลังใจ และให้แนวคิดที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ : บริษัทนิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2562.
- วีรวิทย์ อิมสำราญ. รู้ทันมะเร็ง : รักษาอะไรที่ไหนดี [ออนไลน์] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2563]; Available from http://thaicancernews.nci.go.th/_v2/index.php/2019/12/30/yn3377js4000db/
- อมรรัตน์ จุฬาสวัสดิ์ (2563) เคมีบำบัด” กับการรักษามะเร็ง [ออนไลน์] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 4 กันยายน 2563]; Available from http://thaicancernews.nci.go.th/_v2/index.php/category/lf3573je2427fj.
- วิวรรณ ธาราธิรัฐโชติ (2561). มองโลกในแง่ดี : ข้อคิดจากทีมหมูป่า [ออนไลน์] 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2563]; จาก <https://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/645127>.
- วรทัศน์นันท ชุณณะโชติ. อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2561.

6. เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และ สุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559) . ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์
7. วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. วารสารเกื้อการุณย์ 2559; 23 (2): 199-216.
8. บุญทราตรีส์ วานิชรัตนกุล, สุรีพร ธนศิลป์ และ จรรยา ฉิมหลวง. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยยาต้านมะเร็งชนิดรับประทานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2561; 30(1) : 35-47.
9. ศุภลักษณ์ พื้นทอง,ทวีศักดิ์ กสิผลและชฎาภา ประเสริฐทรง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง
10. ครอบครัวกับความผาสุกของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(2): 165-71.
11. ยศยง จันทรวงศา.การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต] ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2558
12. Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing. (5th ed.). New York : Harper Collins Publishers.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

อนุวัตร รินทรวิฑูรย์ พ.บ. ว.ว. อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 16 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 6 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 30 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation เป็นโรคที่มีการเสียชีวิตสูงแต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาเปิดหลอดเลือดหัวใจอย่างรวดเร็ว รวมถึงรู้ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก็สามารถช่วยป้องกันรักษา ทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาเป็นแบบ Cross-sectional ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยจำนวน 98 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 23% พบว่าผู้ป่วยภาวะ Killip class IV 69.6% Cardiogenic shock 82.6% ค่าของไตผิดปกติก่อนการสวนหัวใจ หรือ หลังจากการสวนหัวใจ มีค่าของไตผิดปกติ และ ค่า cardiac troponin สูง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากการสวนหัวใจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ หัวใจวาย (Odd ratio 115.5) มีเลือดออก (Odd ratio 4.93) และใส่ท่อช่วยหายใจ (Odd ratio 161) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

สรุป : จากการศึกษาพบว่า ก่อนการสวนหัวใจ ผู้ป่วยมีภาวะ Killip class IV Cardiogenic shock ค่าการทำงานของไตที่ผิดปกติ หรือ หลังจากการสวนหัวใจ ค่าการทำงานของไตที่ผิดปกติ ค่า cardiac troponin สูง ภาวะหัวใจวาย มีเลือดออก และใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การเสียชีวิต

The Factors Associated with Mortality Rate in Patients with STEMI and Percutaneous Coronary Intervention (PCI) at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Anuwat Rintaravitoon, MD.

Department Internal medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Acute ST Elevated myocardial infarction (STEMI) is a disease with high mortality rate. The Percutaneous Coronary Intervention (PCI) has been one of the fastest therapeutic intervention for patients with STEMI. However, the mortality of patients with STEMI after PCI is uncertain currently.

Objective: To study the factors associated with mortality rate In STEMI patients undergoing at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Material and Method: This study was a Cross-sectional study include 98 patients who were diagnosed ST Elevated myocardial infarction between 1 July 2018 to 30 September 2019

Results: Of the 98 patients, mortality rate 23%. patients had Killip class IV 69.6%, cardiogenic shock 82.6%, decreased renal function before undergoing cardiac catheterization or if, after CAG, patients had decreased renal function and high cardiac troponin were statistically significant factors in mortality. This study found that after CAG, patients who had CHF (odd ratio 115.5), bleeding (odd ratio 4.93) and intubation (odd ratio 161) were risk factors for mortality in STEMI patients undergoing CAG.

Conclusion: Before cardiac catheterization the patients who had Killip class IV, cardiogenic shock, abnormal renal function, or after cardiac catheterization the patients who had abnormal renal function, elevated cardiac troponin, heart failure, bleeding and intubation were the factors associated with mortality rate In STEMI patients undergoing Percutaneous Coronary Intervention (PCI) at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Keyword: STEMI , Mortality

บทนำ

จากข้อมูล Thai ACS registry พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ร้อยละ 17⁽¹⁾ และในประเทศไทยพบว่า ทุก 60 นาที จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด⁽²⁾ สำหรับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ. 2560-2561 เท่ากับ 1,212 ราย และ 1,313 ราย อัตราเสียชีวิตร้อยละ 14.53 และ 12.49 การรักษาสวนหัวใจเป็นการป้องกันการกำเริบของหัวใจ และลดอัตราการตายของผู้ป่วย⁽³⁾

จากข้อมูลของประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ปัจจัยที่เพิ่มอัตราการตายเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยคือ อายุมากกว่า 75 ปี, เพศหญิง, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, หัวใจปืบตัวล้มเหลว, ภาวะความดันโลหิตต่ำ และหัวใจหยุดเต้น จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิต⁽¹⁾

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในเขตรับผิดชอบและจังหวัดใกล้เคียง โดยการวินิจฉัยและรักษา โดยเริ่มจัดตั้งห้องสวนหัวใจ พ.ศ 2559 เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยการใช้บอลลูนถ่างขยายหลอดเลือดและใส่ขดลวด และจากการรักษาพบว่าอัตราการตายและเสียชีวิตของผู้ป่วยอยู่ที่ 15% ,13.2% ในปี พ.ศ. 2560 และ 2561 ผู้ศึกษาต้องการศึกษาปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่เสียชีวิตหลังจากได้รับการรักษาด้วยบอลลูนถ่างขยายและใส่ขดลวดมีปัจจัยใดบ้างที่เพิ่มอัตราการตาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำมาใช้ในการป้องกันและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่มารักษาการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบวิจัย

การศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการเก็บข้อมูลของ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน 1 กรกฎาคม 2561 ถึง เดือน 30 กันยายน 2562

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยได้รับการรับรองการพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รหส์ A05/2565)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง เวชระเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation หลังได้รับการสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชตั้งแต่ เดือน กรกฎาคม 2561 ถึง เดือน กันยายน 2562 โดยค้นตาม ICD I210-I213 โดยค้นเวชระเบียนทั้งหมดจำนวน 268 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดST Elevation
3. ผู้ป่วยได้รับการสวนหัวใจและเสียชีวิต

เกณฑ์ในการคัดเลือกรออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับการสวนหัวใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนจนครบตามจำนวน 98 รายและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป แสดงในรูป จำนวน (ร้อยละ) และ mean $\pm$ SD
2. โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test
3. ปัจจัยแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Univariate logistics regression test และแสดงผลในรูปแบบ Odd ration(OR)

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดST Elevation หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ เดือน 1 กรกฎาคม 2561 ถึง 30 เดือนกันยายน 2562 จำนวน 98 ราย ผู้ป่วยรอดชีวิต จำนวน 75 ราย (77%) เสียชีวิต จำนวน 23 ราย (23%) ส่วนใหญ่ มีอายุ 61.97 ± 13.9 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 74.5 โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการ primary percutaneous coronary intervention จำนวน 66 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยาละลายลิ่มเลือด streptokinase ก่อนสวนหัวใจ จำนวน 22 ราย จากคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่าเป็นโรคที่ตำแหน่ง Anterior wall ร้อยละ 48 เป็นตำแหน่ง Inferior wall ร้อยละ 48 มีระดับความรุนแรงของโรค Killip class I,II,III,IV จำนวนร้อยละ 52 , 10.2 , 13.3 , 24.5 ตามลำดับ หลังจากผู้ป่วยได้รับการสวนหัวใจพบเส้นเลือดที่เกิดการอุดตัน เส้นเลือด left main พบ 7 ราย เส้นเลือด left anterior descending พบ 50 ราย เส้นเลือด left circumflex 21 ราย เส้นเลือด right coronary artery พบ 51 ราย ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

	ทั้งหมด (n=98)	เสียชีวิต (n=23)	รอดชีวิต (n=75)	p-value
อายุ	61.97 $\pm$ 13.9	66.09 $\pm$ 11.39	60.71 $\pm$ 14.41	0.105
เพศ				
หญิง	25 (25.5%)	6 (26.1%)	19 (25.3%)	0.942
ชาย	73 (74.5%)	17 (73.9%)	56 (74.7%)	0.942
ความสูง	161.57 $\pm$ 8.56	160.83 $\pm$ 9.17	161.8 $\pm$ 8.41	0.635
น้ำหนัก	61.86 $\pm$ 12.17	62.35 $\pm$ 14.62	61.71 $\pm$ 11.43	0.826
ดัชนีมวลกาย	23.66 $\pm$ 4.13	24.04 $\pm$ 5.01	23.54 $\pm$ 3.86	0.612
ประวัติสูบบุหรี่	50 (51%)	11 (47.8%)	39 (52%)	0.726

	ทั้งหมด (n=98)	เสียชีวิต (n=23)	รอดชีวิต (n=75)	p-value
โรคประจำตัว				
หลอดเลือดสมองตีบ	2 (2%)	0 (0%)	2 (2.7%)	0.429
ความดันโลหิตสูง	29 (29.6%)	10 (43.5%)	19 (25.3%)	0.095
เบาหวาน	18 (18.4%)	4 (17.4%)	14 (18.7%)	0.89
ไขมันในหลอดเลือด	15 (15.3%)	3 (13%)	12 (16%)	0.731
Lesion จาก ECG				
Anterior wall	47 (48%)	10 (43.5%)	37 (49.3%)	0.623
Inferior wall	47 (48%)	11 (47.8%)	36 (48%)	0.988
Lateral wall	4 (4.1%)	2 (8.7%)	2 (2.7%)	0.201
Killip class				
1	51 (52%)	4 (17.4%)	47 (62.7%)	<0.001*
2	10 (10.2%)	1 (4.3%)	9 (12%)	0.289
3	13 (13.3%)	2 (8.7%)	11 (14.7%)	0.46
4	24 (24.5%)	16 (69.6%)	8 (10.7%)	<0.001*
Cardiogenic shock	39 (39.8%)	19 (82.6%)	20 (26.7%)	<0.001*
Contrast	90 (60, 130)	100 (80, 160)	80 (55, 120)	0.021*
IABP	23 (23.5%)	17 (73.9%)	6 (8%)	<0.001*
IVUS	49 (50%)	12 (52.2%)	37 (49.3%)	0.812
Pace marker	7 (7.1%)	5 (21.7%)	2 (2.7%)	0.002*
Thrombuster	14 (14.3%)	7 (30.4%)	7 (9.3%)	0.011*
การรักษาเส้นเลือดตีบ				
DES	88 (89.8%)	18 (78.3%)	70 (93.3%)	0.037*
POBA	10 (10.2%)	5 (21.7%)	5 (6.7%)	0.037*

หมายเหตุ IABP = Intra-Aortic Balloon Pump ,IVUS = Intravascular ultrasound, DES = Drug-eluting stent, POBA = Percutaneous Old Balloon Angioplasty

ตารางที่ 2 ค่าห้องปฏิบัติการก่อนและหลังสวนหัวใจ

ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ก่อนสวนหัวใจ	ทั้งหมด (n=98)	เสียชีวิต (n=23)	รอดชีวิต (n=75)	p-value
CBC				
Hb	13.02 ± 1.99	12.6 ± 1.74	13.17 ± 2.06	0.236
Hct	39.92 ± 5.72	38.68 ± 5.09	40.34 ± 5.89	0.231
WBC	21448.57 ± 50020.38	16743.48 ± 6098.35	23040 ± 57780.32	0.605
Platelet	276318.7 ± 87831.52	250000 ± 76732.71	285220.6 ± 90061.31	0.097

ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ก่อนสวนหัวใจ	ทั้งหมด (n=98)	เสียชีวิต (n=23)	รอดชีวิต (n=75)	p-value
Coagulogram				
PT	31.71 ± 47.06	31.02 ± 36.34	32.02 ± 51.59	0.936
INR	1.46 ± 0.83	1.37 ± 0.58	1.5 ± 0.92	0.568
aPTT	61.91 ± 73.79	62.68 ± 87.92	61.58 ± 67.87	0.955
BUN	15.73 ± 6.38	18.8 ± 6.03	14.69 ± 6.2	0.007*
Cr	1.09 ± 0.42	1.32 ± 0.59	1.02 ± 0.32	0.025*
GFR	74.24 ± 24.61	59.6 ± 23.78	79.19 ± 23.01	0.001*
Troponin T	2011.91 ± 3122.07	2900.17 ± 4027.38	1758.13 ± 2799.16	0.272
Electrolyte				
Na	138.44 ± 3.9	139.61 ± 5.16	138.03 ± 3.3	0.181
K	3.72 ± 0.52	3.77 ± 0.71	3.71 ± 0.44	0.726
Cl	100.72 ± 3.85	100.87 ± 5.15	100.66 ± 3.32	0.858
Co2	21.11 ± 3.9	18.14 ± 4.68	22.15 ± 2.98	0.001*
FBS	153.46 ± 61.37	183.22 ± 49.16	145.09 ± 62.51	0.100
ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ หลังสวนหัวใจ	ทั้งหมด (n=98)	เสียชีวิต (n=23)	รอดชีวิต (n=75)	p-value
CBC				
Hb	12.46 ± 1.97	11.77 ± 1.82	12.69 ± 1.97	0.057
Hct	37.88 ± 5.79	35.79 ± 5.92	38.59 ± 5.61	0.049*
WBC	19073.56 ± 36503.48	24077.27 ± 26626.28	17380 ± 39324.37	0.460
Platelet	238406.9 ± 80260.07	187154.6 ± 53946.64	255753.9 ± 80576.06	<0.001*
Coagulogram				
PT	43.29 ± 53.01	100.1 ± 81.92	29.08 ± 35.43	0.032*
INR	1.7 ± 0.69	2.3 ± 1.21	1.54 ± 0.43	0.388
aPTT	162.02 ± 115.71	65.57 ± 61.72	186.13 ± 114.79	0.108
BUN	19.41 ± 11.12	31.43 ± 12.37	15.57 ± 7.39	<0.001*
Cr	1.33 ± 0.83	2.31 ± 1.09	1.02 ± 0.37	<0.001*
GFR	68.8 ± 28.88	36.13 ± 18.71	79.38 ± 23.1	<0.001*
Troponin T	4907.59 ± 4188.49	8993.45 ± 1844.77	2098.56 ± 2735.08	<0.001*

ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ หลังสวนหัวใจ	ทั้งหมด (n=98)	เสียชีวิต (n=23)	รอดชีวิต (n=75)	p-value
Electrolyte				
Na	139.49 ± 4.25	141.5 ± 5.3	138.84 ± 3.66	0.037*
K	3.94 ± 0.69	4.45 ± 1	3.78 ± 0.47	0.006*
Cl	100.83 ± 5.78	97.05 ± 7.86	102.06 ± 4.34	0.009*
Co2	21.26 ± 4.93	15.47 ± 5.79	23.14 ± 2.68	<0.001*
FBS	155.12 ± 49.98	212.5 ± 78.49	146.93 ± 42.77	0.082

จากค่าปฏิบัติการก่อนการสวนหัวใจพบว่าถ้าผู้ป่วยมีค่าการทำงานของไตผิดปกติก่อนการสวนหัวใจจะมีค่าความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีค่าไตปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและ ค่าปฏิบัติการหลังการสวนหัวใจสำหรับการทำงานของไตผิดปกติหลังจากการสวนหัวใจจะมีค่าความเสี่ยง

ต่อการเสียชีวิตมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีค่าไตปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ดังตารางที่ 2 และ พบว่าถ้ามีค่าผลเลือด Troponin T หลังการสวนหัวใจสูงมีผลต่อการเสียชีวิตมากกว่าค่า Troponin ที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคหลังจากการสวนหัวใจพบว่า มีผลต่อการเสียชีวิตมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะช็อคหลังจากการสวนหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการสวนหัวใจที่เป็นปัจจัยความเสี่ยงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation

	ทั้งหมด (n=98)	เสียชีวิต (n=23)	รอดชีวิต (n=75)	p-value
ภาวะแทรกซ้อนหลังสวนหัวใจ				
Fever	22 (22.4%)	5 (21.7%)	17 (22.7%)	0.926
Shock	38 (38.8%)	23 (100%)	15 (20%)	<0.001*
Heart failure	34 (34.7%)	22 (95.7%)	12 (16%)	<0.001*
Stroke	1 (1%)	0 (0%)	1 (1.3%)	0.578
Blood transfusion	4 (4.1%)	2 (8.7%)	2 (2.7%)	0.201
Bleeding	9 (9.2%)	5 (21.7%)	4 (5.3%)	0.017*
ET-tube	31 (31.6%)	22 (95.7%)	9 (12%)	<0.001*
Cardioversion/defibrillation	8 (8.2%)	7 (30.4%)	1 (1.3%)	<0.001*

จากภาวะแทรกซ้อนหลังการสวนหัวใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดST-Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ

ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวและพบภาวะเลือดออกเป็น ปัจจัยเสี่ยงสูงในการเสียชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดัง ตารางที่ 3

ตารางที่ 4 แสดงภาวะแทรกซ้อนหลังการสวนหัวใจที่เป็นปัจจัยความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันชนิดST Elevation

	OR	95%CI	p-value
ภาวะแทรกซ้อนหลังสวนหัวใจ			
Fever	0.95	0.31 - 2.93	0.926
Heart failure	115.5	14.19 - 940.31	<0.001*
Blood transfusion	3.48	0.46 - 26.18	0.227
Bleeding	4.93	1.2 - 20.25	0.027*
ET-tube	161.33	19.33 - 1346.22	<0.001*
Cardioversion/defibrillation	32.37	3.72 - 281.81	0.002*

หมายเหตุ OR = Odd ration , CI = Confidence interval

จากตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดST-Elevation หลังการสวนหัวใจพบภาวะแทรกซ้อน ภาวะหัวใจวาย ภาวะเลือดออกง่าย ภาวะหัวใจเต้นผิด

จังหวะ การใส่ท่อช่วยหายใจ การทำcardioversionจะ เพิ่มอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหมือน เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

วิจารณ์

จากการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิดST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวน หัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2561 ถึง เดือนกันยายน 2562 จำนวน 98 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase 37 รายก่อนการสวนหัวใจ เป็นผู้ผู้ป่วยที่ได้ทำ Primary Percutaneous intervention 61 ราย และพบผู้ป่วย เสียชีวิต จำนวน 23 ราย (23%) เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษาการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยทั้งประเทศไทย2550 ที่ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการสวนหัวใจ 27.76% ถือว่า ใกล้เคียงกัน¹ จากการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation มีภาวะ

cardiogenic shock ภาวะหัวใจวาย หรือ killip class IV ก่อนการได้รับการสวนหัวใจเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่ม อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี การศึกษาในผู้ป่วยSTEMI ที่ได้รับการสวนหัวใจของ Lourdes Vicent และคณะ ทำการศึกษาในผู้ป่วย 1111 ราย พบว่าถ้าผู้ป่วย มี killip class IV จะพบว่าอัตราการตาย สูง เมื่อเปรียบเทียบกับ killip class I,II,III อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และพบอัตราการตายถึงร้อยละ 36.7⁽¹⁹⁾ ผลทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการสวน หัวใจของผู้ป่วย STEMI พบว่าถ้าผู้ป่วยมีค่าการทำงานของไตลดลงทั้งก่อนและหลังการสวนหัวใจจะเพิ่มอัตรา การเสียชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Goran Loncar และคณะ พบว่าในผู้ป่วย STEMI ที่มีค่าการ

ทำงานของไตลดลงจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ถึง 6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่การทำงานของไตปกติ โดยจากการศึกษานี้มีการเสียชีวิตถึงร้อยละ 41 ในผู้ป่วยประมาณ 5337 ราย และภาวะการทำงานของไตลดลงยังมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในระยะเวลา 1 ปี ร่วมด้วย ในผู้ป่วยที่มีค่าไตลดลงจากการสวนหัวใจ เกิดจากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ค่าไตลดลงร่วมด้วยเช่น อายุมาก มีโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นต้น ในการทำการสวนหัวใจก็มีผลทำให้ค่าการทำงานของไตลดลงด้วยเช่นกัน เช่น สารทึบรังสี ที่ใช้ในการสวนหัวใจ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน เป็นต้น²⁰ ในส่วนค่า Cardiac troponin T พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีค่าสูงก่อนหลังสวนหัวใจเหมือนเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ค่าไม่สูง พบว่าเป็นปัจจัยเพิ่มอัตราการเสียชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษา Saman Rasoul และคณะ ศึกษาการทำนายโดยใช้ค่า cardiac troponin T ในผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการสวนหัวใจ จากการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีค่า cardiac troponin T สูง จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และใน 30 วัน หลังจากการเป็นโรค cardiac troponin T ก็ยังเป็นตัวทำนายว่าผู้ป่วยก็ยังมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเช่นกัน⁽²¹⁾ ในส่วนภาวะแทรกซ้อน หรือ ภาวะหลังจากผู้ป่วยได้รับการสวนหัวใจ ที่ได้รับการรักษาในผู้ป่วย STEMI พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว odd ratio 115 จากการศึกษาของ Damian J. Kelly และคณะ โดยศึกษาอุบัติการณ์และการทำนายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการสวนหัวใจ ในผู้ป่วย 3343 ราย พบว่า ก่อนการรักษาผู้ป่วยพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประมาณร้อยละ 20.4 และยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย²² จากการศึกษาของ Ricardo Costa, MD และคณะ ศึกษาการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากการสวนหัวใจในผู้ป่วย 700 ราย พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่

ผู้ป่วยอายุมาก มีโรคเบาหวาน และการทำงานของการทำงานของหัวใจ (LVEF <50%) และพบว่าถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว⁽²³⁾ จะเพิ่มอัตราการตายเช่นกัน ภาวะเลือดออกหลังจากการสวนหัวใจก็เป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเลือดออก จากการศึกษา Pham et al การที่มีเลือดออกฉับพลันหลังจากการสวนหัวใจจะเพิ่มอัตราการเสียชีวิต เกิดจากเมื่อมีการสูญเสียเลือด จะมีการหลั่ง ฮอร์โมน เช่น norepinephrine, angiotensin, endothelin-1, and vasopressin เพื่อทำให้ความดันคงที่ ทำให้เกิดความผิดปกติของหัวใจ และภาวะเลือดออกจะทำให้เกิดออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยง coronary artery ลดลง และ เพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁽²⁴⁾

การนำเอาไปใช้ประโยชน์

ถ้าเราทราบถึงปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI จะสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ การนอนโรงพยาบาล การเฝ้าระวังติดตามอาการแทรกซ้อน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดฉับพลัน (STEMI) ของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และสามารถให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ

สรุป

ก่อนการสวนหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มี Killip Class IV , cardiogenic shock , ค่าการทำงานของไตลดลง และหลังจากการสวนหัวใจ ถ้า ค่าการทำงานของไตลดลง ค่า troponin T สูง เกิดภาวะหัวใจวาย, มีเลือดออก และ ใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ที่ได้รับการรักษาสวนหัวใจในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เอกสารอ้างอิง

1. Sanguanwong S, Srimahachota S, Tungsubutra W, Srichaiveth B, Kiatchoosakun S. Predictors of in-hospital mortality in Thai STEMI patients: results from TACSR. J Med Assoc Thai 2007; 90 Suppl 1: 91-7.
2. DeWood MA, Spores J, Notske R, Mouser LT, Burroughs R, Golden MS, et al. Prevalence of total coronary occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction. N Engl J Med 1980; 303: 897-902.
3. Boersma E, Mercado N, Poldermans D, Gardien M, Vos J, Simoons ML. Acute myocardial infarction. Lancet 2003; 361(9360): 847-58.
4. Chotechuan Y, Phrommintikul A, Kuanprasert S, Muenpa R, Patumanond J, Chaichuen T, et al. Cardiovascular outcomes of early versus delayed coronary intervention in low to intermediate-risk patients with STEMI in Thailand: a randomised trial. Heart Asia 2019; 11(2): e011201.
5. Jolly SS, Amlani S, Hamon M, Yusuf S, Mehta SR. Radial versus femoral access for coronary angiography or intervention and the impact on major bleeding and ischemic events: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Am Heart J 2009; 157(1): 132-40.
6. Abdelaal E, Brousseau-Provencher C, Montminy S, Plourde G, MacHaalany J, Bataille Y, et al. Risk score, causes, and clinical impact of failure of transradial approach for percutaneous coronary interventions. JACC Cardiovasc Interv 2013; 6(11): 1129-37.
7. Rathore S, Stables RH, Pauriah M, Hakeem A, Mills JD, Palmer ND, et al. Impact of length and hydrophilic coating of the introducer sheath on radial artery spasm during transradial coronary intervention: a randomized study. JACC Cardiovasc Interv 2010; 3(5): 475-83.
8. Goldberg SL, Renslo R, Sinow R, French WJ. Learning curve in the use of the radial artery as vascular access in the performance of percutaneous transluminal coronary angioplasty. Cathet Cardiovasc Diagn 1998; 44(2): 147-52.
9. Kiemeneij F. Prevention and management of radial artery spasm. J Invasive Cardiol 2006; 18(4): 159-60.

10. Rogers TL, Ostrow CL. The use of EMLA cream to decrease venipuncture pain in children. *J Pediatr Nurs* 2004; 19(1): 33-9.
11. Joly LM, Spaulding C, Monchi M, Ali OS, Weber S, Benhamou D. Topical lidocaine-prilocaine cream (EMLA) versus local infiltration anesthesia for radial artery cannulation. *Anesth Analg* 1998; 87(2): 403-6.
12. Young SS, Schwartz R, Sheridan MJ. EMLA cream as a topical anesthetic before office phlebotomy in children. *South Med J* 1996; 89(12): 1184-7.
13. Schreiber S, Ronfani L, Chiaffoni GP, Matarazzo L, Minute M, Panontin E, et al. Does EMLA cream application interfere with the success of venipuncture or venous cannulation? A prospective multicenter observational study. *Eur J Pediatr* 2013; 172(2): 265-8.
14. Yamamoto LG, Boychuk RB. A blinded, randomized, paired, placebo-controlled trial of 20-minute EMLA cream to reduce the pain of peripheral i.v. cannulation in the ED. *Am J Emerg Med* 1998; 16(7): 634-6.
15. Smith M, Gray BM, Ingram S, Jewkes DA. Double-blind comparison of topical lignocaine-prilocaine cream (EMLA) and lignocaine infiltration for arterial cannulation in adults. *Br J Anaesth* 1990; 65(2): 240-2.
16. Pirat A, Karaaslan P, Candan S, Zeyneloglu P, Varan B, Tokel K, et al. Topical EMLA cream versus prilocaine infiltration for pediatric cardiac catheterization. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2005; 19(5): 642-5.
17. Joly LM, Spaulding C, Monchi M, Ali OS, Weber S, Benhamou D. Topical lidocaine-prilocaine cream (EMLA) versus local infiltration anesthesia for radial artery cannulation. *Anesth Analg* 1998; 87(2): 403-6.
18. Latsios G, Toutouzas K, Antonopoulos AS, Melidi E, Synetos A, Vogiatzi G, et al. Anesthetic ointment only (lidocaine/prilocaine) instead of injectable local lidocaine in trans-radial catheterization: A viable no-needle alternative. *J Interv Cardiol* 2017; 30(4): 382-6.

19. Vicent L, Velásquez-Rodríguez J, Valero-Masa MJ, Díez-Delhoyo F, González-Saldívar H, Bruña V, et al. Predictors of high Killip class after ST segment elevation myocardial infarction in the era of primary reperfusion. *Int J Cardiol* 2017; 248: 46-50.
20. Loncar G, Barthelemy O, Berman E, Kerneis M, Petroni T, Payot L, et al. Impact of renal failure on all-cause mortality and other outcomes in patients treated by percutaneous coronary intervention. *Arch Cardiovasc Dis* 2015; 108(11): 554-62.
21. Rasoul S, Nienhuis MB, Ottervanger JP, Slingerland RJ, de Boer MJ, Dambrink JH, et al. Predictors of elevated cardiac troponin T on admission in ST-segment elevation myocardial infarction. *Ann Clin Biochem* 2006; 43: 281-6.
22. Kelly DJ, Gershlick T, Witzenbichler B, Guagliumi G, Fahy M, Dangas G, et al. Incidence and predictors of heart failure following percutaneous coronary intervention in ST-segment elevation myocardial infarction: the HORIZONS-AMI trial. *Am Heart J* 2011; 162(4): 663-70.
23. Costa R, Trêpa M, Oliveira M, Frias A, Campinas A, Luz A, et al. Heart Failure Incidence Following ST-Elevation Myocardial Infarction. *Am J Cardiol* 2022; 164: 14-20.
24. Pham PA, Pham PT, Pham PC, Miller JM, Pham PM, Pham SV. Implications of bleeding in acute coronary syndrome and percutaneous coronary intervention. *Vasc Health Risk Manag* 2011; 7: 551-67.

ผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูก และ ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลทุ่งสง

พรทิพย์ บุญญานพวงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 21 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 10 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 24 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : ต้อกระจกเป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะตาบอด การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเพิ่มโอกาสการมองเห็น การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดให้ได้รับข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอแก่ผู้ป่วย ในทุกขั้นตอนการรักษาตลอดจนกลับไปดูแลต่อที่บ้านเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลหอผู้ป่วยตา

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการได้รับข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลทุ่งสง

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว เก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้และแบบประเมินความพึงพอใจเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการชมวีดิทัศน์ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และคะแนนความพึงพอใจใช้ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการรับชม สูงกว่าก่อนการรับชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $<0.01^{**}$ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.74 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุป : การให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดทำให้ระดับความรู้เพิ่มสูงขึ้นเกิดความพึงพอใจระดับมากที่สุด ควรนำมาเป็นต้นแบบและพัฒนาใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ : สื่อวีดิทัศน์ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระดับความรู้ ความพึงพอใจ

The Effects of Using Video Media Usage for Pre-Operative Preparation on The Knowledge and Satisfaction of Patients Undergoing Cataract Surgery at Thungsong Hospital

Porntip Boonyanupong. Registered nurse

Department of Nursing care of Eye, Ear, Nose, Throat patients, Thungsong Hospital.

Abstract

Background: A Cataracts is a disease that causes blindness. Uncomplicated cataract surgery with IOL implantation increases the chance of improve vision. Preparation before surgery includes obtaining necessary and sufficient information for patients in all processes of treatment, as well as the recovery phase for home care, which is an important role of ophthalmic nurse.

Objective: To compare knowledge before and after obtaining video media material, as well as to assess the level of satisfaction of cataract patients at Thungsong Hospital.

Material and Methods: This research was a quasi-experimental study, employing the one group pretest-posttest design. The collected data included personal information, knowledge and satisfaction questionnaire. For the test of knowledge, the mean scores before and after watching the video were compared using Wilcoxon Signed Ranks Test. The satisfaction enumerated by mean.

Result: the difference of the knowledge mean scores between before and after treatment was statistically significant $<0.01^{**}$ The degree of satisfaction was at the high level (4.74).

Conclusion: Providing information through video media increases the patient's knowledge. The findings of this study can be utilized to develop a model for providing preoperative information in all surgical operations. Future study is required to determine this intervention can assist to good practice of pre-post operation cataract surgery.

Keywords: video media, pre-operative preparation, knowledge, satisfaction

บทนำ

ต่อกระจกเป็นโรคทางจักษุที่เป็นสาเหตุสำคัญทั่วโลก ทำให้เกิดภาวะตาบอดหรือสายตาสั้น ร้อยละ 95 เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมตามวัยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรตาบอดทั่วโลกประมาณ 37 ล้านคน โดยมีสาเหตุหลักเกิดจากโรคต่อกระจกถึงร้อยละ 47.8⁽¹⁾ และจากการสำรวจสภาวะตาบอดประเทศไทย ครั้งที่ 4 ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่าร้อยละ 51 มีสาเหตุมาจากโรคต่อกระจก⁽²⁾ การรักษาต่อกระจกยังไม่มีวิธีการอื่นยืนยันว่าได้ผลดี นอกจากการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม⁽³⁾

การผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในปัจจุบันเทคโนโลยีพัฒนาไปมาก ใช้วิธีการฉีดยาเฉพาะที่ การผ่าตัดทำให้เกิดแผลเล็กหลังใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่ ส่งผลให้ร่างกายผู้ป่วยกลับสู่ปกติได้เร็วและพึงพอใจต่อการรักษา แต่การรักษาจะมีประสิทธิผลมากที่สุดถ้ามีการเตรียมตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างถูกต้อง หากเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้องอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก แผลแยก เลนส์แก้วตาเทียมเลื่อน ติดเชื้อหลังผ่าตัด อาจมีปัญหารุนแรงทำให้สูญเสียการมองเห็น ส่งผลเสียต่อครอบครัว เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้⁽⁴⁾

พฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่แตกต่างกัน อาจเกิดจากความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ที่พบเจอ หรือความเชื่อในด้านต่างๆจากทฤษฎีการเรียนรู้กล่าวว่า การเรียนรู้คือ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ (knowledge) ความเข้าใจ (understand) ความคิด (Cognitive) ด้านทัศนคติ ค่านิยม (Affective) และด้านทักษะพิสัย (Psychomotor)

แล้วก่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่อย่างถาวร⁽⁵⁾ ดังนั้นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก ถ้าได้รับการให้คำแนะนำจนเกิดความรู้ ความเข้าใจจะทำให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และนำไปสู่พฤติกรรมดูแลตนเองก่อน ขณะ และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ⁽³⁾ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุต้องการอิสระทางการเรียนรู้ การให้ความเคารพซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลนั้นจะช่วยเสริมสร้างปฏิสัมพันธ์⁽⁶⁾ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ คือ มีสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจจดจำ พร้อมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อความรู้นั้น ว่ามีความสำคัญต่อตนเองจึงจะนำไปสู่การปฏิบัติ หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์จัดเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสูงที่ผ่านทางประสาทสัมผัสทางตา หู ทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด สะดวกในการใช้งาน แสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียด^(7,8) สามารถฉายซ้ำได้เมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจหรือทบทวน ทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาครบถ้วนคงที่ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมผ่าตัดที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจ ความวิตกกังวลลดลง ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด ส่งผลให้การผ่าตัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁽⁸⁾ และจะเกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีได้นั้น ก็ต่อเมื่อข้อมูลที่ได้รับตรงความต้องการของผู้รับบริการหรือบรรลุจุดหมายในสิ่งที่ต้องการ เป็นความรู้สึกในทางบวกที่เกิดขึ้นจากการประเมินบริการต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้ให้บริการ⁽⁹⁾

ปัญหาของการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดคือ วิธีการและเนื้อหาที่มีความแตกต่างกันในการให้คำแนะนำจากหลายแหล่งข้อมูลจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมไม่ครบถ้วน ดังนั้นหากมีการนำสื่อวีดิทัศน์ เข้ามาเสริมการเตรียมความพร้อมที่มีอยู่เดิม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นได้ครบถ้วนและช่วยให้สามารถเรียนรู้เข้าใจได้มากขึ้น ด้วยเหตุนี้ในงานวิจัยนี้จึงได้สร้างสื่อวีดิทัศน์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัดมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องทั้งก่อนขณะ และหลังได้รับการผ่าตัด มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความรู้สึกพึงพอใจและให้ความร่วมมือ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพและบ่งชี้ความสำเร็จของการบริการพยาบาล⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการได้รับข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลทุ่งสง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการได้รับข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลทุ่งสง

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (one group pretest-posttest design) ดำเนินการเก็บข้อมูล ณ หอผู้ป่วย ตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลทุ่งสง ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างวันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 ธันวาคม 2564 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) สำหรับสถิติ t-test เป็น 1 กลุ่ม ก่อนและหลังเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

โดย กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ 0.35 ระดับแอลฟาที่ 0.05 ค่า Power เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 90 คน จากการคำนวณโปรแกรม G*Power (version 3.1.9.4)⁽¹¹⁾ และป้องกันความสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่สูญมา ร้อยละ 10 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือก (inclusion criteria) ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถตอบแบบสอบถามได้
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดระยะเวลา

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยมีเกณฑ์ในการตัดสินระดับความรู้ในการดูแลตนเองมีดังนี้

คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน (80-100%) หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

คะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน (60-79%) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า 9 คะแนน (<60%) หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำบทวิธีทัศน์ที่สร้างขึ้นเรื่องการเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลทุ่งสง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระดูก การรักษาผ่าตัด การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและแบบวัดความพึงพอใจหลังได้รับข้อมูลด้วยสื่อวิธีทัศน์ ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความครอบคลุม เหมาะสมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ให้เกณฑ์ระดับคุณภาพความตรงด้านเนื้อหา ของสื่อวิธีทัศน์อยู่ในระดับที่ดีมาก แบบสอบถามความรู้พบว่ามีความตรงเท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามความพึงพอใจได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ 0.96

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 กันยายน ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการ

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลทุ่งสง รหัสโครงการ REC-TH002/2021 เมื่อวันที่ 1 เดือนมิถุนายน 2564 และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งสงให้เก็บข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยได้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด

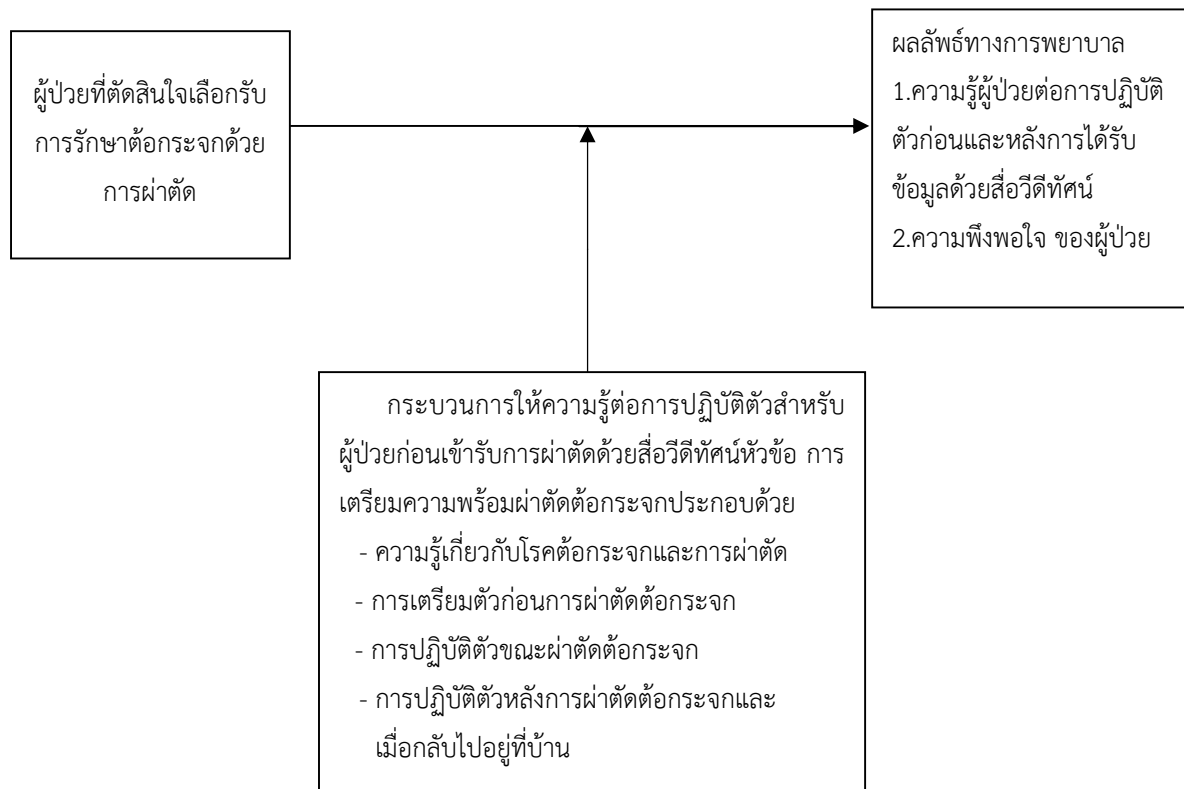
และวัตถุประสงค์งานวิจัย การเข้าร่วมโครงการรวมทั้งสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และมีเอกสารยินยอมโดยให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลความรู้ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับข้อมูลด้วยสื่อวิธีทัศน์ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test
3. ข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังการได้รับข้อมูลด้วยสื่อวิธีทัศน์แจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

Donabedian⁽¹²⁾ กล่าวถึงคุณภาพการบริการที่ดี (Outcome) สัมพันธ์กับกระบวนการดูแลผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ (Process) ที่สอดคล้องกับลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องแต่ละสถานพยาบาลนั้น (Structure) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ต้องการทราบผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวิธีทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลทุ่งสง โดยคาดหวังให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้และคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นภายหลังการให้การข้อมูลด้วยสื่อวิธีทัศน์ (ตามภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก จำนวน 90 ราย เพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 54.40 และ 5.60 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 64.40 รองลงมาอยู่ในช่วง 70-79 ปีร้อยละ 27.80 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 71.10 และสถานภาพสมรสร้อยละ 73.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-15,000 บาทเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 33.30 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 53.30 รองลงมาคือรับจ้างร้อยละ 13.30 สิทธิการรักษาพยาบาลมากที่สุดคือสิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 57.80 รองลงมา

คือสิทธิข้าราชการ เบิกต้นสังกัด ร้อยละ 30.10 น้อยที่สุดคือสิทธิประกันสังคม ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรหลาน และคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 47.80 และ 40.00 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 72.20 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดต่อกระดูกคิดเป็นร้อยละ 86.70 (ตารางที่ 1)

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ เตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกพบว่า กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ก่อนการรับชมวีดิทัศน์ได้คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 7 คะแนน และสูงสุดเต็ม 15 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.76 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.14 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับชมสื่อวีดิทัศน์และทำ

การทดสอบซ้ำพบว่า ได้คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 15 คะแนนเต็ม มีคะแนนเฉลี่ย 14.56 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการทำแบบทดสอบความรู้ ก่อนและหลังการรับชมวิดีโอทัศนโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า หลังการรับชมวิดีโอทัศนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สูงกว่า ก่อนการรับชม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<0.01^{**}$ (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลโดยใช้สื่อวิดีโอทัศนเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดต่อกระดูก มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในช่วง 4.46-4.79 ซึ่งด้านที่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด คือพยาบาลมีความกระตือรือร้นในการให้ข้อมูลต่างๆ และการเตรียม ตัวก่อนการผ่าตัดต่อกระดูก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.79 รองลงมา ในด้านการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก เท่ากับ 4.74 ซึ่งความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวิดีโอทัศนเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกต่อความรู้และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูกโรงพยาบาลทุ่งสงพบว่า

1. ระดับความรู้ : หลังจากได้รับการชมสื่อวิดีโอทัศนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการได้รับชมสื่อ อาจเป็นเพราะการให้คำแนะนำโดยปากเปล่าด้วยวิธีเดิมนั้นอาจเร็วเกินไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดต่อกระดูก อาจมองไม่เห็นภาพและจำไม่ได้ การใช้สื่อวิดีโอทัศนประกอบการแนะนำนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นภาพหรือการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงหรือรายละเอียดต่างๆ อย่างชัดเจน^(7,8) ได้เห็นของจริง โดยอาศัยการออกแบบและใช้งานมัลติมีเดียที่ประกอบด้วย 5 ส่วนสำคัญ ได้แก่ ข้อความ (Text) เสียง (Sound) ภาพ (Picture) วิดีโอ (Video) การปฏิสัมพันธ์ (Interaction)⁽¹³⁾ ส่งผลให้ผลการเรียนรู้หรือผลสัมฤทธิ์เพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive structure) จากนั้นมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถนำข้อมูลที่จัดเก็บมาใช้เป็นแนวทางของพฤติกรรมที่มีเป้าหมายซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมถือว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ ทำให้เกิดความสามารถที่จะเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามได้เป็นผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเอง (Behavioral control) และเหตุการณ์ได้สามารถพิจารณาตัดสินใจใช้วิธีการจัดการกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁴⁾

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก
โรงพยาบาลทุ่งสง (n=90)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เพศ			6. อาชีพ		
ชาย	49	54.40	เกษตรกร	48	53.30
หญิง	41	45.60	รับจ้าง	12	13.30
2. อายุ			รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	3.50
ต่ำกว่า 59 ปี	23	25.60	ค้าขาย	4	4.40
60-69 ปี	31	34.40	พ่อบ้าน/แม่บ้าน	14	15.60
70-79 ปี	25	27.80	พนักงานบริษัท	1	1.10
80 ปีขึ้นไป	11	12.20	7. สิทธิการรักษา		
3. ระดับการศึกษา			บัตรประกันสุขภาพ	52	57.80
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.10	ข้าราชการ, เบิกต้นสังกัด	28	31.10
ประถมศึกษา	64	71.10	ชำระเงินเอง	9	10.10
มัธยมศึกษา	10	11.10	ประกันสังคม	1	1.10
ปวช., ปวส.	3	3.30	8. ผู้ดูแลหลัก		
อนุสัญญา	5	5.60	บุตรหลาน	43	47.80
ปริญญตรีขึ้นไป	7	7.80	คู่สมรส	36	40.00
4. สถานภาพสมรส			ญาติ	9	8.00
โสด	8	8.90	ไม่มีผู้ดูแลหลัก	4	3.50
สมรส	66	73.30	9. โรคประจำตัว		
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	16	17.80	มี	65	72.20
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			ไม่มี	25	27.80
ไม่มีรายได้	20	22.20	10. ประสบการณ์การผ่าตัดต่อกระดูก		
น้อยกว่า 5,000 บาท	19	21.10	มี	12	13.30
5,000-15,000 บาท	30	33.30	ไม่มี	78	86.70
มากกว่า 15,000 บาท	21	23.30			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการรับชมสื่อวีดิทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test (n=90)

การวัดความรู้	คะแนนเต็ม	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	Asymp.sig (2-tailed)
ก่อนการรับชมสื่อวีดิทัศน์	15	7	15	12.76	2.14	<0.01**
หลังการรับชมสื่อวีดิทัศน์	15	10	15	14.56	0.86	

*p < 0.05

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อการได้ข้อมูลจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลทุ่งสง (n=90)

บริการที่ได้รับ	ระดับความพึงพอใจ					ค่าเฉลี่ย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านได้รับการบริการที่สะดวกก่อนเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก	49 (54.4)	40 (44.4)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0.0)	4.53
2. โรงพยาบาลมีความกระตือรือร้นในการให้ข้อมูลต่างๆ และการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดต่อกระดูก	72 (80.0)	17 (18.9)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0.9)	4.79
3. ท่านได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูก	65 (72.2)	25 (27.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0.0)	4.72
4. สถานที่รับชมวีดิทัศน์มีความเหมาะสม	51 (56.7)	35 (38.9)	4 (4.4)	0 (0)	0 (0.0)	4.52
5. วีดิทัศน์มีน้ำเสียงที่เหมาะสม ไม่ดัง และไม่เบาจนเกินไป	50 (55.6)	34 (37.8)	6 (6.7)	0 (0)	0 (0.0)	4.49
6. ระยะเวลาในการอธิบายและการดูวีดิทัศน์ประกอบการอธิบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกได้อย่างเหมาะสม	41 (45.6)	49 (54.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0.0)	4.46
7. โรงพยาบาลอธิบายประกอบการดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกได้อย่างเหมาะสม	62 (68.9)	26 (28.9)	2 (2.2)	0 (0)	0 (0.0)	4.67
8. โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถาม	56 (62.2)	28 (31.1)	6 (6.7)	0 (0)	0 (0.0)	4.56
9. ท่านได้รับการพยาบาลที่สะดวกหลังการผ่าตัดต่อกระดูก	64 (71.1)	24 (26.7)	2 (2.2)	0 (0)	0 (0.0)	4.69
10. ความพึงพอใจในภาพรวมเกี่ยวกับการผ่าตัดต่อกระดูก	69 (76.7)	19 (21.1)	2 (2.2)	0 (0)	0 (0.0)	4.74

2. ความพึงพอใจ : การศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการได้ข้อมูลจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลทุ่งสงพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมากและมากที่สุด โดยภาพรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการให้บริการที่ดีขึ้น การจัดบริการเพื่อให้เกิดคุณภาพควรคำนึงถึงสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากร ขั้นตอนการบริการ สิ่งอำนวยความสะดวก การให้ความสำคัญและการตอบสนองต่อผู้รับบริการเกิดความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจ^{(8),(15)}

ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์สามารถจินตนาการมองเป็นปัญหาหรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้⁽¹⁶⁾ พยาบาลจึงจำเป็นต้องนำกระบวนการทางการพยาบาลเทคนิคในการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจมาประยุกต์ใช้ควบคู่กับการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ไปใช้ประกอบกิจกรรมการพยาบาล 4 กิจกรรม ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อม อันส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเห็นความสำคัญในการกวดูแลตนเอง ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดความรู้ ความเข้าใจ จดจำได้ง่ายและนานขึ้น⁽¹⁵⁾ การประเมินการปฏิบัติ และชี้แนะเพิ่มเติมในด้านที่เป็นปัญหาในการปฏิบัติที่ประเมินได้ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น⁽¹⁷⁾ และจำเป็นต้องมีการพัฒนา

คุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างตรงประเด็น⁽¹⁰⁾

สรุป

การได้รับคำแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ถือเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจลดความวิตกกังวล เกิดความพึงพอใจและให้ความร่วมมือในการผ่าตัด จากผลการศึกษาผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เตรียมความพร้อมผ่าตัดต่อกระดูกต่อความรู้และความพึงพอใจ จำนวน 90 ราย พบว่าระดับความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการได้รับชมสื่อวีดิทัศน์และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรนำสื่อวีดิทัศน์มาพัฒนาและใช้อย่างต่อเนื่องในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ทัศนีย์ สุนทร รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ที่ให้คำปรึกษา และชี้แนะตลอดการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Rao GN, Khann R, Payal A. The global burden of cataract. Wolters Kluwer Health. 22(4): 4–9.
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาจักษุ). บทที่ 1 แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาจักษุ. : แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาจักษุ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2556: 2–3.
3. ยุวดี ขาดีไทย, นภาพร วาณิชกุล, สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์. ผลของการใช้คำแนะนำผ่านสื่อวีดิทัศน์ และหุ่นสาธิตต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต้อกระจก ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2559; 36(2): 159–70.
4. ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, กาญจนา หัดรังษี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดต้อกระจก แบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. 2563; 29(5): 864–75.
5. Krathwohl DR. A revision of bloom' taxonomy. Theory Pract 41(4): 212–8.
6. ปิยะ ศักดิ์เจริญ. ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองกระบวนการเรียนรู้ เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต. วารสารพยาบาลทหารบก. 2558; 16(1): 8–13.
7. อารีย์ ธวัชพัฒนานันท์, วารินทร์ ปินโฮเซ็น. ผลการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนผ่าตัดต้อความวิตกกังวลในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกแบบไม่ค้างคืน. มหราชนครศรีธรรมราช สาร 2563; 3(2): 19–29.
8. เพ็ญศรี จະนู. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต่ระดับความรู้และความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ห้องผ่าตัด หู คอ จมูก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. TUH J Online 2018; 3(2): 47–65.
9. ศุภางค์ ดำเกิงธรรม, ยุพาพร หงษ์สามสิบเจ็ด, เพชรสนิย์ ทั้งเจริญกุล. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาต้อความรู้สึกละเลยต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โรงพยาบาลแพร่. Journal of the Phrae Hospital 2021; 29(1): 50–64.
10. นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์. การพัฒนาแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการพยาบาล. รามาธิบดี พยาบาลสาร 2011; 17(2): 264–77.

11. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. 579 p.
12. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. 3rd ed. Vol. 2003. New York: Oxford university press;
13. นุสรานามเดช, ดวงดาว อุบลแย้ม, นงคาร รางแดง, พนิดา เหลืองประทีป. การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อการเรียนรู้ เรื่องการพยาบาลโรควิตกกังวล สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2564; 14(1): 48–62.
14. ทิพาภัทร เอกวงษา. ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบผู้ป่วยนอกต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระเจก. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ 2563; 2(1): 71–9.
15. กนกพร อริยวงษ์, ศุภพร ไพโรดม, ทานตะวัน สลึงค์. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562; 2(3): 17–30.
16. Rajput SK, Tiwari T, Chaudhary AK. Effect of preoperative multimedia based video information on perioperative anxiety and hemodynamic stability in patients undergoing surgery under spinal anesthesia. J Fam Med Prim Care 2021; 10(1): 237–42.
17. ปาลิดา นราวุฒิพร, ศากุล ช่างไม้, สมพันธ์ หิญาธิระนันท์. ผลลัพธ์ของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2558; 8(4): 41–60.

ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ต่อความรู้ ระดับน้ำตาลสะสม ความพร้อมในการจำหน่ายและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน

ศิริมา มณีโรจน์ พย.ม.

งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 22 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 10 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 17 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ: เบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์รวมทั้งให้ความสำคัญกับการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายต่อความรู้ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความพร้อมในการจำหน่าย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง รูปแบบของโปรแกรมพัฒนาตามแนวทาง I-D-E-A-L Model กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งเข้ารับการรักษานาน 2 และอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 โดยมีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 38 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่าย และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่ (pair t-test)

ผลการศึกษา : พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-16.77, p<.001$) ระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.51, p<.001$) และหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ระดับสูง ($M= 66.18, S.D.=6.11$) และกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 1 ราย

สรุป : โปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่าย โดยใช้ IDEAL MODEL ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้น มีความพร้อมในการจำหน่ายในระดับสูง และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ จึงควรนำโปรแกรมห้ไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ซับซ้อนและผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การวางแผนจำหน่าย เบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน โปรแกรม IDEAL

The Effect of Care and Discharge Planning Program based on IDEAL Model on Knowledge, HbA1C, Readiness for Hospital Discharge and Readmission Rate in Diabetes Patients with Complex Problems

Sirima Maneeroj, MS.N

Medicine nursing department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Background: Diabetes is important problem in health care. Admission rate of diabetes patients has increased in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, Therefore, caring for these patients may need evidence-based practice as well as importance of discharge planning for continuity of self-care from the hospital to home and community.

Objective: To study the effect of care and discharge planning programs on knowledge of diabetes, HbA1C levels, readiness for hospital discharge, and readmission rate in diabetes patient with complex problems at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

Materials and Methods: The quasi-experimental one group pretest-posttest design was used. The program was developed based on I-D-E-A-L Model. The sample was a diabetes patient with complex problems who were admitted between June and November 2021 at medical wards number 2 and 3, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. Purposive sampling was used for selecting the sample totally of 36 participants. Data collection was undertaken by using 3 sets of questionnaires; the knowledge of diabetic questionnaire, the readiness for hospital discharge scale, and a record form of hospital readmission. Data were analyzed by descriptive statistics and pair t-test statistics.

Result: The study found that, Diabetes patients after receiving a program of care and discharge planning, there was a statistically significant increase in diabetes knowledge than before the program ($t=-16.77$, $p<.001$), a statistically significant decrease HbA_{1C} levels ($t=7.51$, $p<.001$). After receiving a program diabetes patients have a high mean score of readiness for hospital discharge ($M=66.18$, $S.D=6.11$) and only one patient readmission within 28 days.

Conclusions: The program of care and discharge planning using the IDEAL MODEL can help diabetes patients to have the knowledge, better control HbA1C, high level of readiness for hospital discharge and decrease readmission rate. Therefore, the program should be used as a guideline for nursing practice. To care for diabetes patients and other chronic diseases who are hospitalized.

Keywords : Discharge planning, Diabetes patient with complex problem, IDEAL Program

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและประเทศไทยสมาคมเบาหวานนานาชาติ (IDF) ประเมินว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ.2563 จากจำนวน 463 ล้านคน และในปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน⁽¹⁾ และข้อมูลจากภาคพื้นแปซิฟิกพ.ศ. 2560 รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 4.4 ล้านคนซึ่งมากเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น⁽²⁾

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีพันธกิจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 1,064 1,118 และ 1,442 คน ตามลำดับ และโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 ลำดับโรคแรกที่รับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม⁽³⁾ ซึ่งสาเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาลคือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (diabetes ketone acidosis : DKA) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (sever hypoglycemia) และภาวะติดเชื้อต่าง ๆ เช่นมีผลที่เท้า นอกจากนี้ข้อมูลตัวชี้วัดและผลดำเนินงานในปีพ.ศ. 2562-2564 พบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำ (readmitted) เท่ากับ 1.87, 1.74 และ 1.34 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (<0.5% ต่อ 1000 วันนอน) ทั้งนี้สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุมบุคลากรมีการปฏิบัติไม่ต่อเนื่องและขาดการประเมินผลที่ชัดเจน

จากการทบทวนสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา พบว่าจะเป็นการพูดคุยหรือคำแนะนำสั้นๆตามปัญหา และให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาหรือเหตุการณ์เฉพาะ

หน้าในวันจำหน่าย เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การมาพบแพทย์ตามวันเวลาที่นัดไม่มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและตรวจสอบซ้ำหรือติดตามประเมินผล และจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ (need & experience of patient) พบว่าผู้ป่วยบางรายยังไม่เข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเองมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน รวมทั้งญาติผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายอยู่ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตอนที่ III-3.2 ของกระบวนการดูแลผู้ป่วย⁽⁴⁾ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประสบความสำเร็จในบริการสุขภาพและทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น โดยอาศัยการทำงานเป็นทีมและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งลดความคลาดเคลื่อนทางยา ลดความล่าช้าในการรักษาและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁽⁵⁾ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย พบว่าการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง สามารถช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ⁽⁶⁾ นอกจากนี้งานวิจัยเรื่องผลการใช้ LIMA Model ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานประเทศอินโดนีเซียประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) แรกรับ 2) 1 วันก่อนจำหน่าย และ 3) วันจำหน่าย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีคะแนนความพร้อมในการจำหน่ายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$)⁽⁷⁾

IDEAL Model เป็นรูปแบบหนึ่งในการวางแผนจำหน่ายประยุกต์จากแนวปฏิบัติทาง

คลินิกของ AHRQ สภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย⁽⁸⁾ ซึ่งมีขั้นตอนหรือวิธีการตามอักษรย่อ 5 ตัวคือ I-Including D-Discussion, E-Education, A-Assessment และ L-Listen ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ได้นำรูปแบบ IDEAL Model ไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน⁽⁹⁾ และผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นและไม่พบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อาการภายใน 28 วันนอกจากนี้มีการนำแนวทางการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ IDEAL Model ร่วมกับวิธี D-METHOD ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง พบว่าทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะกลับสู่บ้านและชุมชนได้ดีขึ้น⁽¹⁰⁾ ดังนั้นแนวคิดดังกล่าวจึงมีความเหมาะสมในการพัฒนาความรู้หรือทักษะการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจนำแนวทาง IDEAL Model มาประยุกต์ใช้ในการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างครอบคลุมองค์รวม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาที่ซับซ้อน

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาที่ซับซ้อน

3. เพื่อศึกษาความพร้อมในการจำหน่ายของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาที่ซับซ้อน

4. เพื่อศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้อาศัยแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ IDEAL Model ซึ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) หลักการสร้าง ความผูกพัน การเข้าถึงและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างทีมผู้ให้การดูแล ผู้รับบริการและครอบครัว (patient and family engagement) ประกอบด้วย 5 กิจกรรมตามตัวย่อ I-D-E-A-L⁽⁸⁾ ดังนี้คือ

1) Including คือการค้นหาผู้ดูแลหลัก และนำเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลและวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2) Discussion คือการพูดคุยตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้น 5 ประเด็นหลักคือ (1) วิถีชีวิตหรือความเป็นอยู่ที่บ้านของผู้ป่วย (2) ทบทวนการใช้ยา ทั้งยาเดิมและยาที่ได้รับในปัจจุบัน รวมทั้งการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพ (3) อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจต่าง ๆ (4) สัญญาณเตือน/อาการสำคัญและปัญหาที่ควรเฝ้าระวังและ (5) วางแผนร่วมกันในการดูแลต่อเนื่องและนัดติดตาม

3) Education คือการให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลในทุกโอกาสหรือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

4) Assess คือการทวนสอบหรือประเมินความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในแต่ละประเด็นที่สอน

5) Listening คือการรับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล สอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่อยากรู้เพิ่มเติมรวมทั้งการประเมินความพร้อมในการจำหน่ายและสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามทางโทรศัพท์หรือผ่านแอปพลิเคชันไลน์ดังภาพที่ 1

โปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่าย

กิจกรรม I (Include) : ค้นหาผู้ดูแลหลักและนำเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและวางแผนจำหน่าย

กิจกรรม D (Discuss): พูดคุยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักโดยเน้น 5 ประเด็นหลัก

กิจกรรม E (Educate) : การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในทุกโอกาสและเมื่อผู้ป่วย/ญาติต้องการ

- ประเมินครั้งที่ 1 ก่อนให้ความรู้(pre test)

กิจกรรม A(Assess) : ประเมินความถูกต้องในแต่ละประเด็นเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

- ประเมินครั้งที่ 2 หลังให้ความรู้ 1 วัน (post test)

กิจกรรม L (Listen): รับฟังปัญหาและสนับสนุนการดูแลตนเองต่อเนื่องร่วมกับติดตามทางโทรศัพท์หรือผ่านแอปพลิเคชันไลน์

- ประเมินครั้งที่ 3 ความพร้อมในการจำหน่าย(วันจำหน่าย)

- นัดติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์หรือผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในวันที่ 1 , 7 และ 14 วัน

- ประเมินครั้งที่ 4 ติดตามผลระดับน้ำตาลสะสม HbA1C (8-12 สัปดาห์)เมื่อมาตรวจ F/U ตามนัด

ผลลัพธ์

- ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน
- ระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1C})
- ความพร้อมในการจำหน่าย
- การกลับมารักษซ้ำ



ภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนซึ่งเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 และอายุรกรรม 3 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้คือ 1) มีระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) มากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์ 2) มีข้อบ่งชี้บางอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หรือมีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาเบาหวานมากกว่า 1 ครั้ง / ปี เช่นภาวะกรดในเลือดจากน้ำตาลในเลือดสูง (diabetes ketone acidosis: DKA) หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด hyperglycemic hyperosmolar state (HHS) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เป็นผู้ป่วยรายใหม่ หรือได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินเป็นครั้งแรก 3) มีผู้ดูแลหลักหรือญาติผู้ดูแล 4) สามารถอ่านสื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาการได้ยิน 5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์หรือผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 6) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

คือกลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะศึกษาหรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างขอลอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

คือ โปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ IDEAL MODEL ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับช่วงเวลาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีสื่อต่าง ๆ ประกอบการจัดกิจกรรมดังนี้คือ

1.1 ภาพพลิก เรื่องความรู้โรคเบาหวาน จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นสื่อประกอบในการให้ความรู้ขณะสนทนากับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 คู่มือ “การควบคุมเบาหวาน” ซึ่งจัดทำโดยฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อให้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน

1.3 เอกสารแผ่นพับประกอบการดูแลตนเองได้แก่ การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การฉีดอินซูลิน การดูแลเท้าและการเลือกรองเท้า

1.4 แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยมีปัญหา/ความต้องการอะไร 2) การให้คำแนะนำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามมี 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ถ้าผู้ป่วยตอบใช่ในข้อที่ถูกและตอบไม่ใช่ในข้อที่ผิด ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ในข้อที่ถูก ตอบใช่ในข้อที่ผิด และตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน ค่าคะแนนมากหมายถึงมีความรู้มาก

2.3 แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ของแสงเดือน กันทะขู้ และคณะ⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) สุขภาพร่างกายและจิตใจ 2) ความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน 3) ความสามารถในการเผชิญปัญหา และ 4) ความคาดหวังการได้รับการความช่วยเหลือจำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนนรวม 0-80 คะแนน แปลผลโดยแบ่งกลุ่มคะแนนตามอันตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ คือ 0-26 คะแนน หมายถึง ความพร้อมระดับต่ำ 27-53 คะแนน หมายถึง ความพร้อมระดับปานกลาง และ 54-80 คะแนน หมายถึง ความพร้อมระดับสูง

2.4 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ ประกอบด้วย ชื่อ-สกุลผู้ป่วย HN AN วันที่เข้ารับการรักษาล่าสุด วันที่เข้ารับการรักษาลำบากสาเหตุการกลับเข้ามารับการรักษาลำบากในโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .90 หลังจากปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเบาหวานไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครูดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson [KR-20]) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.81

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินความพร้อมในการจำหน่ายได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ณ.หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 20 คนและนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบคุณภาพความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 20/2564 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอธิบายให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลรวมทั้งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยได้ดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้คือ

กิจกรรม I: Include การระบุผู้ดูแลหลักและนำเข้มามีส่วนร่วมในการดูแลและการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม

กิจกรรม D: Discuss การพูดคุยปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้น 5 ประเด็นหลักคือ 1) วิถีชีวิตของผู้ป่วยที่บ้าน 2) ทบทวนการใช้ยาเดิมและยาที่ได้รับในปัจจุบันรวมทั้งการบริหารยาให้มีประสิทธิภาพ 3) อธิบายเกี่ยวกับผลการตรวจต่าง ๆ 4) สัญญาณเตือน/อาการสำคัญและปัญหาที่ควรเฝ้าระวังและ 5) วางแผนร่วมกันในการดูแลต่อเนื่องและนัดติดตาม

กิจกรรม E: Education การพัฒนาความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และประเมินความรู้ (pre test) โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ตามความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อพบประเด็นปัญหาที่ซับซ้อน จะประสานกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรม A: Assess การทวนสอบความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละประเด็นที่สอนโดยจะดำเนินการอย่างต่อเนื่องและจะทบทวนความรู้ทุกวัน ครั้งละ 15-20 นาที รวมทั้งตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยสงสัย และจะประเมินความรู้ (post test) หลังการสอน 1 วัน

กิจกรรม L: Listen การรับฟังปัญหาและให้โอกาสแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวสอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่อยากรู้เพิ่มเติมและวันที่จำหน่ายจะประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย และอธิบายขั้นตอนการมาตรวจตาม

นัดให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ รวมทั้งวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายในวันที่ 1, 7 และ 14 ในช่วงเวลา 8.30-16.30 โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีเพื่อสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน หรือให้กำลังใจในการดูแลตนเองและให้คำปรึกษาแนะนำเพิ่มเติมในบางกรณี และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือปัญหาในการดูแลตนเองสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ในเวลา 10.00-18.00 ทุกวัน และผู้วิจัยติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด และเก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความพร้อมในการจำหน่ายและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยสถิติบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov test

วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t- test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่าย จำนวน 38 รายเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.94 เพศชาย ร้อยละ 21.05 อายุระหว่าง 36-82 ปี อายุเฉลี่ย 59.68 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.05 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.84

จบการศึกษาระดับประถมมากที่สุดร้อยละ 71.05 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.68 ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 1-30 ปี เฉลี่ย 12.03 ปี โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.47 ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 86.84 โรคแทรกซ้อนที่พบมากคืออาการตามัว ต้อกระจกและเบาหวานขึ้นตา ร้อยละ 31.57 และภาวะไตเสื่อม ร้อยละ 18.42 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ร้อยละ 34.21 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ร้อยละ 21.05 ภาวะกรดในเลือดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (diabetes ketone acidosis: DKA) ร้อยละ 13.16 และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด (hyperglycemic hyperosmolar state:HHS) ร้อยละ 81.58

**ผลของโปรแกรมการดูแลและวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนก่อน
และหลังได้รับโปรแกรมฯ มีดังนี้คือ**

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเท่ากับ 9.66 คะแนน (S.D.= 3.65) โดยผู้ป่วยร้อยละ 52.63 มีคะแนนความรู้ต่ำกว่า 10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน และหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 17.71 คะแนน (S.D.=1.20) และ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$

2) ระดับน้ำตาลสะสม (HbA_{1c}) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมก่อนได้รับโปรแกรมฯ อยู่ระหว่าง 8.4 -15.8% เฉลี่ยเท่ากับ 11.15 % (S.D.=1.89) ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ระยะเวลา 8 -12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมอยู่ระหว่าง 7.5 -13.0% เฉลี่ยเท่ากับ 9.50 % (S.D.=1.38) เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ดังตารางที่ 1

3) ความพร้อมในการจำหน่าย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมในการจำหน่ายโดยรวมคือ มีความพร้อมอยู่ในระดับสูง (M= 66.18, S.D. =6.11) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนความพร้อมสูงสุดคือ ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ (M=17.07, S.D. =1.79) ส่วนด้านที่มีคะแนนความพร้อมน้อยที่สุดคือความรู้ในการดูแลตนเอง (M= 15.81, S.D. =1.65) ดังตารางที่ 2

4) การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน มีจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.63)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลและวางแผนจำหน่าย (N=38)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		pair t-test		
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	t	df	P - value
ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน	9.66	3.65	17.71	1.20	-16.77	37	<.001
ระดับน้ำตาลสะสม	11.15	1.89	9.56	1.38	7.51	37	<.001

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพร้อมในการจำหน่ายหลังได้รับโปรแกรมฯ (N=38)

ความพร้อมในการจำหน่าย	Rang	Mean	S.D.	ระดับความพร้อม
ด้านร่างกายและจิตใจ	14-20	16.76	1.80	ระดับสูง
ด้านความรู้ในการดูแลตนเอง	13-18	15.82	1.65	ระดับสูง
ด้านความสามารถในการเผชิญปัญหา	14-20	16.52	1.87	ระดับสูง
ด้านคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ	15-20	17.08	1.79	ระดับสูง
คะแนนรวม	56-78	66.18	6.11	ระดับสูง

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปวัตถุประสงค์การวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิด IDEAL Model คำนึงถึงการสร้างความผูกพันของผู้ป่วยและครอบครัว (patient & family engagement) โดยนำมาเป็นส่วนหนึ่งของทีมและร่วมพูดคุยปัญหาโดยเน้นผู้ป่วยเป็น

ศูนย์กลาง (patient center) มีการสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้และสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยหรือบอกถึงสิ่งที่กังวลหรือไม่เข้าใจ รวมทั้งมีเอกสารคู่มือที่สามารถนำมาทบทวนที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณวรดาสุวัน, ลุนนี ราชไชย และณัฐวรรณ ชัยมีเขียวที่ใช้แนวทาง IDEAL Model ในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนครพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และจัดการตนเองได้ดีขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดมี

แนวโน้มลดลง⁽¹⁰⁾ ซึ่งรูปแบบการให้ความรู้ของโปรแกรมมาในครั้งมีความคล้ายคลึงกับระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้(education supportive nursing system) ซึ่งพัชรินทร์ เชื้อมทองและคณะนำมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁽¹²⁾

ความพร้อมในการจำหน่ายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากรูปแบบของกิจกรรมจะมีการสอนและฝึกทักษะการดูแลตนเองในแต่ละด้านที่จำเป็นและตรงตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะการสอนผู้ป่วยผู้สูงอายุจะไม่มีการเร่งรัดหรือกดดัน แต่จะมีการยืดหยุ่นและเพิ่มจำนวนครั้งหรือระยะเวลาที่สอนรวมทั้งปรับวิธีอธิบายให้เข้าใจได้ง่ายซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความพร้อมที่จะกลับไปอยู่ที่บ้านและมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง⁽¹³⁾ และสอดคล้องการศึกษาของOterhals et al ซึ่งพบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ตรงตามความต้องการทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน⁽¹⁴⁾ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย โดยการสอนก่อนจำหน่ายและประสานการดูแลต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังจำหน่าย⁽¹⁵⁾

จากการติดตามหลังจำหน่ายพบว่ามียุทธศาสตร์เพียง 1 รายที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ทั้งนี้เนื่องจากการนำครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะแรกรับและระยะหลังจำหน่ายมีการติดตาม

ทางโทรศัพท์เป็นระยะๆ จำนวน 3 ครั้งเพื่อสอบถามปัญหาหรืออุปสรรคและสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยพบว่า การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับงานวิจัยของปราณี เกสรสันต์ และคณะ ที่พบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายมีผลต่อการลดอัตราการกลับมารักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽⁷⁾ รวมทั้งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไต้หวัน เรื่องความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านพบว่าการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลรวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจ⁽¹⁷⁾

อย่างไรก็ตามการกลับมารักษาซ้ำในครั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (severe hypoglycemia) รวมทั้งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมานานมากกว่า 10 ปี มีโรคร่วมหลายโรคและผู้ดูแลต้องไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านตามลำพังและไม่สามารถจัดการตนเองได้เหมาะสม ดังนั้นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังซึ่งอาจจำเป็นต้องออกแบบกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่เฉพาะเจาะจงรวมทั้งควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทีมอื่น ๆ หรือแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ให้มากขึ้น

สรุป

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการนำแนวคิด IDEAL Model มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อน ช่วย

เพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ดีขึ้น รวมทั้งมีความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ในระดับสูง ซึ่งส่งผลให้การกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาลที่มีแนวโน้มลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: การประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย พยาบาลควรให้เวลากับผู้ป่วยและญาติเพื่อรับฟังปัญหาและเน้นย้ำเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์หรือผลการส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกต่าง ๆ เพื่อให้มีข้อมูลที่ครบถ้วนก่อนจำหน่ายจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและความพร้อมในการจำหน่ายเพิ่มมากขึ้น

2. ด้านการประสานงาน: ควรมีการประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ในชุมชนเช่น รพ.สต. อบต. อสม.กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายจะช่วยให้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาวิจัย: การวิจัยในครั้งต่อไปควรเพิ่มเติมการติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือคุณภาพชีวิต และควรศึกษาแบบสองกลุ่มหรือมีกลุ่มควบคุมเพื่อทำให้การเปรียบเทียบผลลัพธ์มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร.ยุพาวดี ชันทบัลลังก์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี ที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องด้านภาษา

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association (ADA).Standards of Medical Care in Diabetes-2017. Diabetes Care 2017; 40(1): 11-24.
2. รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน พ.ศ. 2563.สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. [เข้าถึงเมื่อวันที่12 กันยายน 2564]. แหล่งข้อมูล <http://www.dmthai.org>; 2564.
3. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2563.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (องค์กรมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท หนังสือนิตยสาร; 2562.
5. Black,R.L & Duval,C.Diabetes Discharge Planning and Transitions of Care : A Focused Review, Current Diabetes Reviews 2019; 15(2): 111-17.

6. Shepperd, S., Mc Claran J, Phillips, CO., et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2010; 20(1): CD000313.
7. Fitri, E.Y., Andhini, D., Natosba, J. Effect of LIMA Discharge Planning Model on Discharge Readiness Among Patients with Diabetes Mellitus. Advances in Health Sciences Research 2019; 25: 298-301.
8. National Health and Medical Research Council.(NHMRC) . A Guideline to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guidelines. 2013. Available from <http://www.nhmrc.gov.au>.
9. ปราณี่ เกสรสันต์, ณาตยา ขนุนทอง, ขนิษฐา พันธุ์สุวรรณ และวราพร พลายชุมพล. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL Patient Care Model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35 (2): 111-21.
10. พรรณดา สุวัน, ลุณนี ราชไชยและณัฐวรรณ ชัยมีเขียว. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานตามกรอบแนวคิด IDEAL โรงพยาบาลส่องดาว สกลนคร. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 4 “การวิจัยเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน” 2019: 671-84.
11. แสงเดือน กันทะขู้ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และ ฉัตรกนก ทุมวิภาต. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. J Nurs Sci 2009; 27 (2): 4-93.
12. พชรินทร์ เชื้อมทอง นิภา กิมสูงเนิน และรัชนี นามจันทร์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่. วารสารพยาบาลและสุขภาพ 2563; 43 (1): 78-86.
13. ดรุณศรี สิริยศธำรง ชนกวพร อุตตะมะ นาฏยา เอื้องไพโรจน์ และ ปรีชาติ ชันทรักษ์. ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารกองการพยาบาล 2559; 43 (1): 96-112.
14. Oterhals K, Hanestad BR, Eide GE, Hanssen TA. The relationship between in hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs 2006; 5: 303-10.

15. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร 2557; 41(4): 150-60.
16. อ่อนน้อม ธูปะวิโรจน์. ผลการใช้การวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำและความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
17. Shyu. Y. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home : a Taiwanese sample. Journal of Advanced Nursing 2000; 32: 619-25.

ปัจจัยทำนายทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

ไพจิตร อธิไกริน พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป

โรงพยาบาลท่าศาลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 29 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 5 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 24 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : ไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคทางศัลยกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการปวดท้องที่พบได้บ่อย และจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องฉุกเฉิน การวินิจฉัยต้องใช้อาการทางคลินิกเป็นหลัก พบว่าวินิจฉัยได้ยาก มีโอกาสวินิจฉัยผิดพลาด และมีความเสี่ยงต่อการเกิดไส้ติ่งแตกสูง นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ที่เป็นปัจจัยพยากรณ์โอกาสของการเกิดภาวะไส้ติ่งแตก

วัสดุและวิธีการศึกษา : การศึกษาเชิงพยากรณ์การวินิจฉัยแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันและเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลท่าศาลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน รวบรวมปัจจัยทางคลินิกที่สำคัญและปัจจัยเสี่ยง แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อการเกิดภาวะไส้ติ่งแตก

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่ได้รับการผ่าตัดและมีผลตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันทั้งหมด 659 คน พบภาวะไส้ติ่งแตกจำนวน 83 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.6 จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเกี่ยวกับ ระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง (adjusted OR=36.31, $p<0.001$) อาการเบื่ออาหาร (adjusted OR=3.48, $p=0.002$) อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส (adjusted OR=2.79, $p=0.005$) ตรวจท้องพบ localized guarding (adjusted OR=2.28, $p=0.019$) ผลเลือดมีปริมาณเม็ดเลือดขาวมากกว่า 14,000 (adjusted OR=2.81, $p=0.008$) และพบเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลมากกว่า 80% (adjusted OR=2.39, $p=0.02$) มีผลต่อการเกิดภาวะไส้ติ่งแตก โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p<0.05$)

สรุป: ปัจจัยทางคลินิกจากการศึกษานี้ อาจนำมาใช้พยากรณ์โอกาสเกิดไส้ติ่งแตกได้ สามารถนำไปใช้ได้ทั้งโรงพยาบาลระดับชุมชนและระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจในการส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อ หรือสร้างความตระหนักสำหรับแพทย์ จัดลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนของการรักษา รวมถึงการให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนายทางคลินิก ไส้ติ่งแตก ไส้ติ่งอักเสบ

Clinical Predictors for Ruptured Appendicitis in Acute Appendicitis Patients

Paijit Atipairin, MD

Thasala hospital, Nakornsithammarat

Abstract

Background: Acute appendicitis is a most common surgical condition and requires emergency surgery. Atypical clinical manifestation and missed diagnosis can lead ruptured appendicitis resulting in increasing morbidity and mortality.

Objective: To identify clinical appearance for predicting the ruptured appendicitis in acute appendicitis patients.

Materials and Methods: A retrospective cohort study included all patients who underwent appendectomy for acute appendicitis in Thasala hospital from 1st January 2019 to 30th September 2021, were confirmed by intraoperative finding and postoperative pathological results. Patients were divided into ruptured appendicitis and non-ruptured appendicitis. Demographic data, clinical presentation and laboratory results were collected and analyzed to determine clinical predictors for ruptured appendicitis.

Results: 659 patients with appendicitis were included in the study. 83 patients (12.6%) were ruptured appendicitis. Patients with ruptured appendicitis were significantly had duration of symptoms longer than 48 hours (adjusted OR=36.31, $p<0.001$), anorexia (adjusted OR=3.48, $p=0.002$), body temperature $>38^{\circ}\text{C}$ (adjusted OR=2.79, $p=0.005$), localized guarding on abdominal examination (adjusted OR=2.28, $p=0.019$), complete blood count showed WBC $>14,000$ (adjusted OR=2.81, $p=0.008$) and neutrophil count $>80\%$ (adjusted OR=2.39, $p=0.02$) as independent factors for ruptured appendicitis.

Conclusions: Clinical predictors from this study can predict the risk of ruptured appendicitis. It can also be used as a guideline for decision making in referral patient, appropriate treatment and informing the patient and their families.

Keywords: clinical predictors, ruptured appendicitis, acute appendicitis

บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) เป็นโรคทางศัลยกรรมที่มีความเร่งด่วนและพบได้บ่อยโดยมีอุบัติการณ์อยู่ที่ 100 ต่อ 100,000 คนของประชากร⁽¹⁾ แม้ในปัจจุบันจะมีการส่งตรวจพิเศษที่ช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน แต่ก็ยังพบภาวะไส้ติ่งแตก (Ruptured appendicitis) โดยมีอุบัติการณ์ที่ 2 ต่อ 10,000 คนของประชากร⁽²⁾ หากเปรียบเทียบเป็นอัตราส่วนของภาวะไส้ติ่งแตกต่อการเกิดไส้ติ่งอักเสบทั้งหมดอยู่ที่ประมาณ 25%⁽³⁾

การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ อาศัยข้อมูลจากการซักประวัติคือ อาการปวดท้องรอบสะดือแล้วย้ายมาปวดบริเวณขวาต่ำ อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กินได้น้อย เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว การตรวจร่างกายเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัย โดยเกือบทั้งหมดจะมีจุดกดเจ็บมากที่สุดบริเวณ McBurney ผลเลือดจะพบเม็ดเลือดขาว (White blood cell count) ปริมาณสูงกว่าปกติ มักมีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลเด่น^(4,5) การตรวจปัสสาวะอาจไม่ค่อยมีประโยชน์มากนัก แต่ช่วยวินิจฉัยแยกโรคอื่นได้บ้าง เช่น การพบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ อาจนึกถึงนิ่วในท่อไต ส่วนการตรวจพิเศษอื่นๆในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ชัดเจนว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบแล้ว อาจไม่มีความจำเป็น แต่ในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนนั้น การตรวจพิเศษเพิ่มเติมเช่นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) หรือการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) จะมีประโยชน์ในการวินิจฉัยและวินิจฉัยแยกโรคได้^(6,7)

การวินิจฉัยที่ขึ้นกับประวัติและการตรวจร่างกายเป็นหลักนั้น อาจส่งผลให้การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบล่าช้าออกไป ทำให้โรครมีความรุนแรงขึ้น

และเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น ภาวะไส้ติ่งแตก การเกิดฝีหนองที่ไส้ติ่ง ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ต้องมีการใช้ยาปฏิชีวนะยาวนานขึ้น เพิ่มจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจนอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้น การพยากรณ์ว่าผู้ป่วยมีภาวะไส้ติ่งแตก มีความสำคัญส่งผลต่อการเลือกวิธีในการรักษาว่าจะเลือกการรักษาแบบผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด (operative หรือ non-operative management) ระยะเวลาในการนำผู้ป่วยไปผ่าตัด การเลือกวิธีผ่าตัดและทำให้เกิดความตระหนักถึงอันตรายที่จะตามมาหากมีความล่าช้าในการรักษา

การรักษาไส้ติ่งอักเสบในปัจจุบัน มีทางเลือกในการรักษาแบบวิธีไม่ผ่าตัด (Non-operative management) โดยการใช้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยบางกลุ่มที่ยังไม่เหมาะสมในการทำผ่าตัด ซึ่งได้ผลการรักษาดีพอสมควร⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม การรักษาแบบวิธีผ่าตัด (Operative management) ก็ยังคงเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ หรือในรายที่รักษาแบบให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำแล้วไม่สำเร็จ แต่หากผู้ป่วยมีภาวะไส้ติ่งแตกแล้ว การรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือการผ่าตัดไส้ติ่งแบบฉุกเฉิน (Appendectomy) เพื่อกำจัดสาเหตุของการติดเชื้อ ลดการแพร่กระจายของอุจจาระในช่องท้อง ลดการติดเชื้อในกระแสเลือด และลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน⁽⁹⁾

จากข้อมูลของโรงพยาบาลท่าศาลา พบมีอุบัติการณ์ของภาวะไส้ติ่งแตก โดยพบอัตราการเกิดไส้ติ่งแตกในปี 2561 ร้อยละ 10.86, ปี 2562 ร้อยละ 11.69 และปี 2563 ร้อยละ 14.17 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบให้ดี ลด

อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะไส้ติ่งแตก โดยต้องวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และหากสามารถพยากรณ์การเกิดภาวะไส้ติ่งแตกได้ด้วยอาการทางคลินิกบางปัจจัย ทำให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางคลินิก ที่มีผลในการวินิจฉัยหรือทำนายโอกาสของการพบภาวะไส้ติ่งแตก ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจในการรักษา ลำดับความเร่งด่วนในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากขึ้น ความเร่งด่วนในการผ่าตัด เพื่อลดอุบัติการณ์ของภาวะไส้ติ่งแตก ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการฟ้องร้องต่อโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ที่เป็นปัจจัยสำคัญหรือทำนายโอกาสของการเกิดภาวะไส้ติ่งแตก

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา (Study design) :

การศึกษาเชิงพหุภาคี แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study)

ประชากร (Population) :

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบและผ่าตัดในโรงพยาบาลท่าศาลา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2564 มีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วท้อง (generalized peritonitis) และข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ (Statistical analysis): การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย

โปรแกรม R version 4.1.1 ในการวิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลข้อมูลใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานโดยตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variables) นำเสนอในรูปแบบร้อยละ (พิสัยควอไทล์) Median (IQR) ส่วนข้อมูลตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (Discrete variables) นำเสนอในรูปแบบจำนวน (ร้อยละ)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรต่อเนื่องระหว่างกลุ่ม (Rupture และ Non-rupture) โดยใช้สถิติแบบ non-parametric ด้วย Wilcoxon rank-sum test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างตัวแปรไม่ต่อเนื่องระหว่างกลุ่ม (Rupture และ Non-rupture) โดยใช้ Pearson's Chi-squared test หรือ Fisher's exact test

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยระหว่างกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตกกับกลุ่มไส้ติ่งแตก โดยพิจารณาจาก univariate analysisแสดงผลด้วย Odds ratio (OR) และ 95% Confidence interval หาปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดไส้ติ่งแตกโดยการวิเคราะห์แบบ multivariate analysis และทดสอบ Co-linearity ของตัวแปร ก่อนวิเคราะห์แบบขั้นบันได (stepwise method) พิจารณาค่า AIC (Akaike information criterion) ที่ต่ำที่สุด โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical consideration) : ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ NSTPH 001/2565

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน และได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลท่าศาลา จำนวน 659 ราย เป็นกลุ่มไส้ติ่งแตก (ruptured appendicitis) จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 12.6) และกลุ่มที่ไส้ติ่งอักเสบไม่แตก (non-ruptured appendicitis) จำนวน 576 ราย (ร้อยละ 87.4) ลักษณะของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแสดงในตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มไส้ติ่งแตกและกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตก ไม่มีความแตกต่างกันในด้าน เพศ

อายุ ดัชนีมวลกาย อาการถ่ายเหลว และการตรวจร่างกายที่มีการกดเจ็บบริเวณท้องน้อยด้านขวา (RLQ tenderness) ส่วนในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องย้ายตำแหน่ง มีไข้ อัตราการเต้นหัวใจ ตรวจพบมี localized guarding และ rebound tenderness ปริมาณเม็ดเลือดขาวและปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไส้ติ่งแตก และกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตก

	กลุ่มไส้ติ่งแตก (N = 83) (%)	กลุ่มไส้ติ่งอักเสบ ไม่แตก (N = 576) (%)	p-value
ลักษณะโดยทั่วไป			
เพศ			0.057
ชาย	43 (51.8)	231 (40.1)	
หญิง	40 (48.2)	345 (59.9)	
อายุ (ปี)*	36 (13,57.5)	25 (16,42)	0.101
ดัชนีมวลกาย*	22.3 (18.3,57.5)	22.1 (19.4,25.8)	0.786
โรคประจำตัว			
ความดันโลหิตสูง	6 (7.2)	20 (3.5)	0.124
เบาหวาน	6 (7.2)	12 (2.1)	0.018
ไตวายเรื้อรัง	1 (1.2)	3 (0.5)	0.126
อาการและอาการแสดง			
ระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล (ชั่วโมง)*	48 (29.5,54)	15 (9,23)	<0.001
เบื่ออาหาร (anorexia)	74 (89.2)	324 (56.2)	<0.001
คลื่นไส้ อาเจียน (nausea/vomiting)	61 (73.5)	347 (60.2)	0.028

	กลุ่มไส้ติ่งแตก (N = 83) (%)	กลุ่มไส้ติ่งอักเสบ ไม่แตก (N = 576) (%)	p-value
ปวดท้องย้ายตำแหน่ง (migratory pain)	70 (84.3)	409 (71)	0.016
ถ่ายเหลว (diarrhea)	10 (12)	89 (15.5)	0.518
อุณหภูมิร่างกาย (°C)*	38.4 (38,39)	37.3 (36.9,38)	<0.001
อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที)*	104 (96,116)	92 (82,102)	<0.001
กดเจ็บท้องน้อยด้านขวา (RLQ pain)	82 (98.8)	571 (99.1)	0.556
ตรวจพบ localized guarding บริเวณขวาล่าง	48 (57.8)	124 (21.5)	<0.001
ปริมาณเม็ดเลือดขาว (WBC count)*	18440 (15300,23400)	14735 (11977,17360)	<0.001
ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (PMN)*	86 (81,89)	78 (70.6,84.3)	<0.001

หมายเหตุ *Median (interquartile range)

โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มไส้ติ่งแตก มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานถึง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.2 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตก ซึ่งพบมีโรคเบาหวานเพียง 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.1 ส่วนกลุ่มโรคประจำตัวอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง หรือไตวายเรื้อรัง ไม่พบมีความแตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกแบบ univariate logistic regression พบว่า เพศชาย ระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง อาการเบื่ออาหาร อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 °C อัตราการเต้นหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ตรวจพบ localized guarding รวมถึงผลเลือดที่มี WBC >14,000 และ PMN >80% เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไส้ติ่งแตก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยทางคลินิกที่สัมพันธ์กับภาวะไส้ติ่งแตก จากการวิเคราะห์แบบ Univariate logistic regression

ตัวแปร	Ruptured appendicitis		
	Odd Ratio	95% CI	p-value
เพศชาย	1.61	1.01-2.55	0.045*
ระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล > 48 ชั่วโมง	42.28	21.03-84.98	<0.001*
เบื่ออาหาร (anorexia)	6.4	3.14-13.02	<0.001*

ตัวแปร	Ruptured appendicitis		
	Odd Ratio	95% CI	p-value
คลื่นไส้อาเจียน (nausea/vomiting)	1.02	0.99-1.04	0.184
ปวดท้องย้ายตำแหน่ง (migratory pain)	0.75	.037-1.51	0.405
อุณหภูมิร่างกาย > 38 °C	7.8	4.73-12.87	<0.001*
อัตราการเต้นของหัวใจ > 100 ครั้ง/นาที	3.69	2.3-5.92	<0.001*
ตรวจพบ localized guarding	5	3.1-8.07	<0.001*
ปริมาณเม็ดเลือดขาว > 14,000	3.53	1.97-6.32	<0.001*
ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล > 80%	4.58	2.68-7.85	<0.001*

หมายเหตุ *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

จากการวิเคราะห์แบบ Multivariable logistic regression เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆแล้ว พบว่า ปัจจัยทำนายทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไส้ติ่งแตก ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล >48 ชั่วโมง อาการเบื่ออาหาร อุณหภูมิร่างกาย >38°C ตรวจพบ localized guarding ผลเลือดแสดงค่า WBC >14,000 และ PMN >80% โดยที่ ระยะเวลา ตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล >48 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดภาวะไส้ติ่งแตกเพิ่มขึ้น 36.31 เท่า (Adjusted

OR=36.31, 95% CI=13.78-95.69) อาการเบื่ออาหาร มีโอกาสเกิดไส้ติ่งแตกเพิ่มขึ้น 3.48 เท่า อุณหภูมิร่างกาย >38 °C มีโอกาสเกิดไส้ติ่งแตกเพิ่มขึ้น 2.79 เท่า ตรวจพบ localized guarding มีโอกาสเกิดไส้ติ่งแตกเพิ่มขึ้น 2.28 เท่า ผลเลือดมีปริมาณ WBC>14,000 มีโอกาสเกิดไส้ติ่งแตกเพิ่มขึ้น 2.81 เท่า ผลเลือดพบมี PMN >80% มีโอกาสเกิดภาวะไส้ติ่งแตกเพิ่มขึ้น 2.39 เท่า โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value <0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งแตก จากการวิเคราะห์แบบ multivariate logistic regression

ตัวแปร	Ruptured appendicitis		
	Adjusted OR	95% CI	p-value
เพศชาย	1.64	0.58-4.65	0.36
ระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาล > 48 ชั่วโมง	36.31	13.78-95.69	<0.001*
เบื่ออาหาร (anorexia)	3.48	1.45-8.35	0.002*
อุณหภูมิร่างกาย > 38 °C	2.79	1.37-5.71	0.005*
อัตราการเต้นของหัวใจ > 100 ครั้ง/นาที	1.92	0.9-4.07	0.091
ตรวจพบ localized guarding	2.28	1.15-4.5	0.019*
ปริมาณเม็ดเลือดขาว > 14,000	2.81	1.26-6.27	0.008*
ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล > 80%	2.39	1.12-5.07	0.02*

หมายเหตุ *แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

วิจารณ์

การศึกษาที่ผ่านมา เป็นเพียงแค่การทำให้ระบบคะแนนเพื่อดูโอกาสของการเป็นไส้ติ่งอักเสบ ได้แก่ Alvarado score, Modified Alvarado Scoring System (MASS), RIPASA score เป็นต้น⁽¹⁰⁻¹²⁾ แต่ไม่ได้บอกโอกาสของการเกิดไส้ติ่งแตก ซึ่งจุดเด่นของการศึกษานี้ คือการใช้ปัจจัยทางคลินิกเบื้องต้นในการทำนายโอกาสเกิดไส้ติ่งแตก จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) ไม่ได้นำปัจจัยทางคลินิกที่ซับซ้อน เช่น การส่งตรวจ bilirubin, C-reactive protein หรือการส่งตรวจพิเศษ เช่น การตรวจด้วยเครื่องเสียงความถี่สูง (Ultrasound) หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) มาศึกษาและวิเคราะห์เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้ สามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงหรือโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ได้มีเครื่องมือ

ผลของการศึกษานี้ พบว่าลักษณะทั่วไปในเรื่องของ เพศ อายุและดัชนีมวลกาย ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มไส้ติ่งแตกและกลุ่มไส้ติ่งอักเสบไม่แตก (ตารางที่ 1) แต่หากนำแต่ละปัจจัยมาวิเคราะห์กลุ่มย่อยจะพบว่า มีความแตกต่างทางสถิติอยู่บ้าง ได้แก่ อายุ หากแบ่งกลุ่มอายุเป็น 3 ช่วงอายุ คือ น้อยกว่า 20 ปี, อายุ 20-60 ปี และมากกว่า 60 ปี จะพบว่ากลุ่มช่วงอายุมากกว่า 60 ปี มีคนไข้ไส้ติ่งแตกจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.3 และมีคนไข้ไส้ติ่งอักเสบไม่แตกจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.6เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วย univariate analysis พบช่วงอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสไส้ติ่งแตกเพิ่มขึ้น 3.11 เท่า (OR=3.11, 95%CI=1.59-6.07) ที่ p-value <0.001 เมื่อเทียบกับช่วงอายุอื่น ดัชนีมวลกาย (BMI) หากแบ่งเป็น

5 ช่วง คือ BMI น้อยกว่า 18.5, 18.5-22.9, 23-24.9, 25-29.9 และมากกว่า 30 จะพบว่าช่วง BMI <18.5 จะมีคนไข้ไส้ติ่งแตกจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.9 และคนไข้ไส้ติ่งอักเสบไม่แตกจำนวน 106 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.4 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วย multivariate logistic regression พบว่าคนไข้ที่มี BMI <18.5 มีโอกาสไส้ติ่งแตกเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า (OR=2.5, 95%CI=1.32-4.73) ที่ p-value 0.005 เมื่อเทียบกับช่วง BMI อื่นๆ

ปัจจัยทำนายทางคลินิกต่อการเกิดไส้ติ่งแตกในการศึกษานี้ ที่ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญที่สุด (strong indicator) คือ ระยะเวลาตั้งแต่ปวดท้องจนถึงโรงพยาบาลมากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹³⁻¹⁴⁾ เมื่อระยะเวลาผ่านไปมากขึ้น ยังมีโอกาสการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกได้มากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นการซักประวัติระยะเวลาปวดท้องจึงมีความสำคัญ และหากพบปัจจัยทางคลินิกอื่นๆร่วมด้วย เช่น อาการเบื่ออาหาร มีไข้มากกว่า 38 °C ตรวจพบมี localized peritonitis ก็ยิ่งเพิ่มความเร่งด่วนในการรักษาให้มากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือเป็นการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแห่งเดียว (single center) ดังนั้น จึงควรมีการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและความหลากหลายทางปัจจัยคลินิก การศึกษาย้อนหลังในเวชระเบียนผู้ป่วย (retrospective chart review) อาจทำให้ข้อมูลไม่ครบหรือไม่ถูกต้อง จากการมีอคติจากการเลือก (selection bias) หรือบันทึกปัจจัยทางคลินิกไม่ครบถ้วน (risk factor confounder) ซึ่งการศึกษานี้ลดอคติด้วยการกำหนด exclusion criteria โดยคัดแยกเวชระเบียนที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนออกจากการศึกษา

สรุป

ปัจจัยทำนายทางคลินิกจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้พยากรณ์ภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบได้ ทั้งในโรงพยาบาลระดับชุมชนและระดับจังหวัด เพื่อสามารถส่งตัวผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการผ่าตัดได้ การ

รณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไปที่มีอาการ อาการแสดงของโรคที่สงสัยภาวะไส้ติ่งอักเสบ สร้างความตระหนักสำหรับแพทย์ จัดลำดับความสำคัญและความเร่งด่วนของการรักษา รวมถึงการให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้

เอกสารอ้างอิง

1. Ferris M, Quan S, Kaplan BS, Molodecky N, Ball CG, Chernoff GW, et al. The Global incidence of Appendicitis: A Systematic Review of Population-based Studies. *Ann Surg* 2017; 266(2): 237-41.
2. Mike KL, Roland EA, Bernard MJ, David HB. The appendix. In: Brunickardi FC, Andersen DK, Billar TR, Dunn LD, Hunter GJ, Matthew BF, editors. *Schwartz's principles of surgery*. 10th ed. Ohio: McGraw-Hill Education 2015: 1241-59.
3. Bickell NA, Aufses AH, Jr., Rojas M, Bodian C. How Time Affects the Risk of Rupture in Appendicitis. *J Am Coll Surg* 2006; 202(3): 401-6.
4. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ* 2006; 333(7567): 530-4.
5. Ahmed T, Ali Z, Ali A, Anjum S. Perforated appendix: Contributing factors. *JUMDC* 2010; 1(2): 11-6.
6. Al-Ajerami Y. Sensitivity and specificity of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2012; 18(1): 66-9.
7. Hernanz-Schulman M. CT and US in the diagnosis of appendicitis: an argument for CT. *Radiology* 2010; 22(1): 3-7.
8. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World Journal of Emergency Surgery* 2020; 15(27).
9. Sirikurnpiboon S, Amornpornchareon S. Factors Associated with Perforated Appendicitis in Elderly Patients in a Tertiary Care Hospital. *Surg Res Pract* 2015; 2015: 681-847.

10. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: a systematic review. BMC Medicine 2011; 9(1): 139.
11. Kalan M, Talbot D, Cunliffe WJ, Rich AJ. Evaluation of the modified Alvarado score in the diagnosis of acute appendicitis: a prospective study. Ann R Coll Surg Engl 1994; 76(6): 418-9.
12. Shuaib A, Shuaib A, Fakhra Z, Marafi B, Alsharaf K, Behbehani A. Evaluation of modified Alvarado scoring system and RIPASA scoring system as diagnostic tools of acute appendicitis. World J Emerg Med 2017; 8(4): 276-80.
13. Brender SG, Marcuse EK, Koepsell TD, Hatch EI. Childhood appendicitis: factors associated with perforation. Pediatrics 1985; 76(2): 301-6.
14. Bonado W, Peloquin P, Brazg J, Scheinbach I, Saunders J, Okpalaji C, et al. Appendicitis in preschool aged children: Regression analysis of factors associated with perforation outcome. J Pediatric Surgery 2015; 50(9): 1569-73.

ระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเด็กโรงพยาบาลรามาริบัติ

อุเทน บุญมี

สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

(วันรับบทความ : 31 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 11 เมษายน 2565, วันตอบรับบทความ : 5 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

บทนำ : ระยะเวลาในการตรวจสะท้อนความสามารถในการรองรับปริมาณการตรวจในแต่ละวันซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญแต่ยังไม่มีการศึกษาแพร่หลาย

วัตถุประสงค์ : ศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาในการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเด็ก

วัสดุและวิธีการศึกษา : ศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง จากข้อมูลเวลาที่ปรากฏในภาพการตรวจ โดยนำเสนอระยะเวลาในการตรวจด้วยสถิติเชิงพรรณนา Mean $\pm$ SD และเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจในผู้ป่วยแต่ละประเภท ทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่แยกชนิดความซับซ้อนของโรคหัวใจด้วยสถิติ Mann-Whitney test

ผลการศึกษา : พบว่าการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเด็ก 200 ราย อายุ 1 วัน – 14 ปี ของโรงพยาบาลรามาริบัติส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที (77%) โดยผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดไม่ซับซ้อนใช้เวลาน้อยกว่าโรคหัวใจชนิดซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.8 ± 0.05 vs 27.4 ± 1.8 minutes, P -value < 0.05) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดซับซ้อนที่เป็นผู้ป่วยใหม่ไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อนใช้เวลานานกว่ากลุ่มที่เคยได้รับการตรวจแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (33.7 ± 2.84 vs 21.1 ± 1.84 minutes, P -value < 0.05) ในจำนวนนี้มีเพียง 6% ที่ใช้เวลาตรวจเกินหนึ่งชั่วโมง

สรุป : การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเด็ก โรงพยาบาลรามาริบัติ ส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที โดยผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดไม่ซับซ้อนใช้เวลาน้อยกว่าโรคหัวใจชนิดซับซ้อน และในกลุ่มนี้พบว่าผู้ป่วยใหม่ไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อนใช้เวลานานกว่ากลุ่มที่เคยรับการตรวจแล้ว

คำสำคัญ : ระยะเวลาตรวจ เด็ก ตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ

The Performance Time of Pediatric Echocardiography in Ramathibodi Hospital

Uthen Bunmee

Division of Cardiology, Department of Pediatric, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract

Background: The duration of performance time echocardiographic examination affect the ability to support the amount of patients per day, There was a few study.

Objective: Compare and studytime required to perform echocardiographic examination

Material and Method: Retrospective study, All 200 patients (Simple cardiac disease, complexcardiac disease, New patient, Oldpatient), 1 day for age to 14 years old. Calculated echocardiography duration from time in first echo picture and last picture. Compared duration time by Mann-Whitney test.

Result: Found average time of echocardiography was less than 30 minutes (77%), The complex heart disease was spent time more than simple case (27.4 ± 1.8 vs 17.8 ± 0.05 minutes, P -value < 0.05). New patient of complex heart disease was spent time more than old patient (33.7 ± 2.84 vs 21.1 ± 1.84 minutes, P -value < 0.05) and only 6% of the new patients was spent time more than 1 hour.

Conclusion: Average time of echocardiography was 30 minutes; the complex heart disease was spent time more than simple case. New patient of complex heart disease was spent time more than old patient.

Keyword: Performance time, Pediatric, Echocardiography

บทนำ

โรงพยาบาลรามารามิบัติ เป็นโรงพยาบาล ตติยภูมิขนาดใหญ่ที่รับส่งต่อรักษาโรคหัวใจเด็กทุก ชนิดจากทั่วทุกภูมิภาค การตรวจคลื่นเสียงสะท้อน หัวใจ (Echocardiography) ปัจจุบันมีแพทย์ นัก เทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกเป็นผู้ตรวจ ภายใต้ ลักษณะ Comprehensive echocardiography คือ เน้นตรวจหา พยาธิสภาพหลักของโรคและวัด ค่าพารามิเตอร์เฉพาะที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การ วางแผนเลือกแนวทางการรักษาซึ่งเป็นลักษณะการ ตรวจที่กระชับเวลาโดยเฉพาะการตรวจ Pediatric echocardiography ที่ส่วนใหญ่เน้นการตรวจ โครงสร้างกายวิภาคของหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นเวลาที่ใช้ในการตรวจนอกจากบ่งบอก ความเร็วหรือช้าแล้วยังสะท้อนความสามารถใน การรองรับปริมาณการตรวจในแต่ละวันด้วยซึ่งใน แ่งการพัฒนาคุณภาพบริการข้อมูลเวลามี ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าจำนวนผู้ตรวจและ จำนวนเครื่อง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาและ รายงานระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจคลื่นเสียง สะท้อนหัวใจเด็กที่โรงพยาบาลรามารามิบัติอย่าง ชัดเจนว่าส่วนใหญ่ใช้เวลากี่นาที การให้คำแนะนำ ผู้มารับบริการและการพัฒนาคุณภาพอาศัยเพียง การประมาณระยะเวลาคร่าวๆ โดยบุคลากรซึ่ง ส่วนใหญ่จะให้ค่าตัวเลขที่แตกต่างกันออกไปและ เพื่อให้ได้คิวนัดตรวจที่เร็วการนัดหมายมักลืมนำ คำนึงถึงประเภทผู้ป่วยและความยากง่ายของโรค สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความไม่สอดคล้องของ จำนวนผู้ป่วยกับเวลาที่ใช้อย่างจริงจังจนอาจส่งผลให้ผู้ป่วย ต้องเสียเวลารอตรวจนานกว่าปกติหรืออาจต้องปิด ทำการเกินเวลาจนกระทบกับแผนอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้ สาขาวิชาโรคหัวใจ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารามิบัติ

มหาวิทยาลัยมหิดล เล็งเห็นถึงความสำคัญของ ปัญหา การศึกษาวิจัยและการจัดการเวลาอย่าง เหมาะสมซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา คุณภาพบริการให้สอดคล้องกับมาตรฐาน^(1,2) จึง สร้างงานวิจัยนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ Echocardiography เด็ก
2. เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดซับซ้อนและชนิด ไม่ซับซ้อน
3. เปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยใหม่และกลุ่มผู้ป่วยเก่า

วัสดุและวิธีการศึกษา

ศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospectively study) จากฐานข้อมูลผลตรวจคลื่นเสียงสะท้อน หัวใจเด็ก ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารามิบัติ เลขที่ MURA 2021/108

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ 200 ราย อายุน้อยกว่า 15 ปี ที่มารับการตรวจ Echocardiography ใน โรงพยาบาลรามารามิบัติ ระหว่าง 1 มกราคม 2560 – 31 ธันวาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงปีที่ฐานข้อมูลมีความ สมบูรณ์และต้องการได้ข้อมูลจากหลายช่วงปี แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มโรคหัวใจไม่ซับซ้อนและ เป็นผู้ป่วยใหม่ 2) กลุ่มโรคหัวใจไม่ซับซ้อนและเป็นผู้ป่วยเก่า 3) กลุ่มโรคหัวใจซับซ้อนและเป็นผู้ป่วย ใหม่ 4) กลุ่มโรคหัวใจซับซ้อนและเป็นผู้ป่วยเก่า (หมายเหตุ : โรคหัวใจไม่ซับซ้อน (Simple heart disease) หมายถึง มีความผิดปกติทางโครงสร้างและ

การทำงานของหัวใจที่เป็นปัญหาเพียงอย่างเดียว หากมีรอยโรคที่แสดงอาการ (Lesion) และเป็นปัญหาตั้งแต่ 2-3 อย่างขึ้นไปจัดเป็นโรคหัวใจชนิดซับซ้อน (Complex heart disease)⁽²⁾ และผู้ป่วยใหม่ (New patient) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย Echocardiography โรงพยาบาลรามธิบดีมาก่อน หากเคยรักษาหรือมีการรายงานผลตรวจอยู่แล้วจัดเป็น Old patient)

เกณฑ์การคัดเข้า

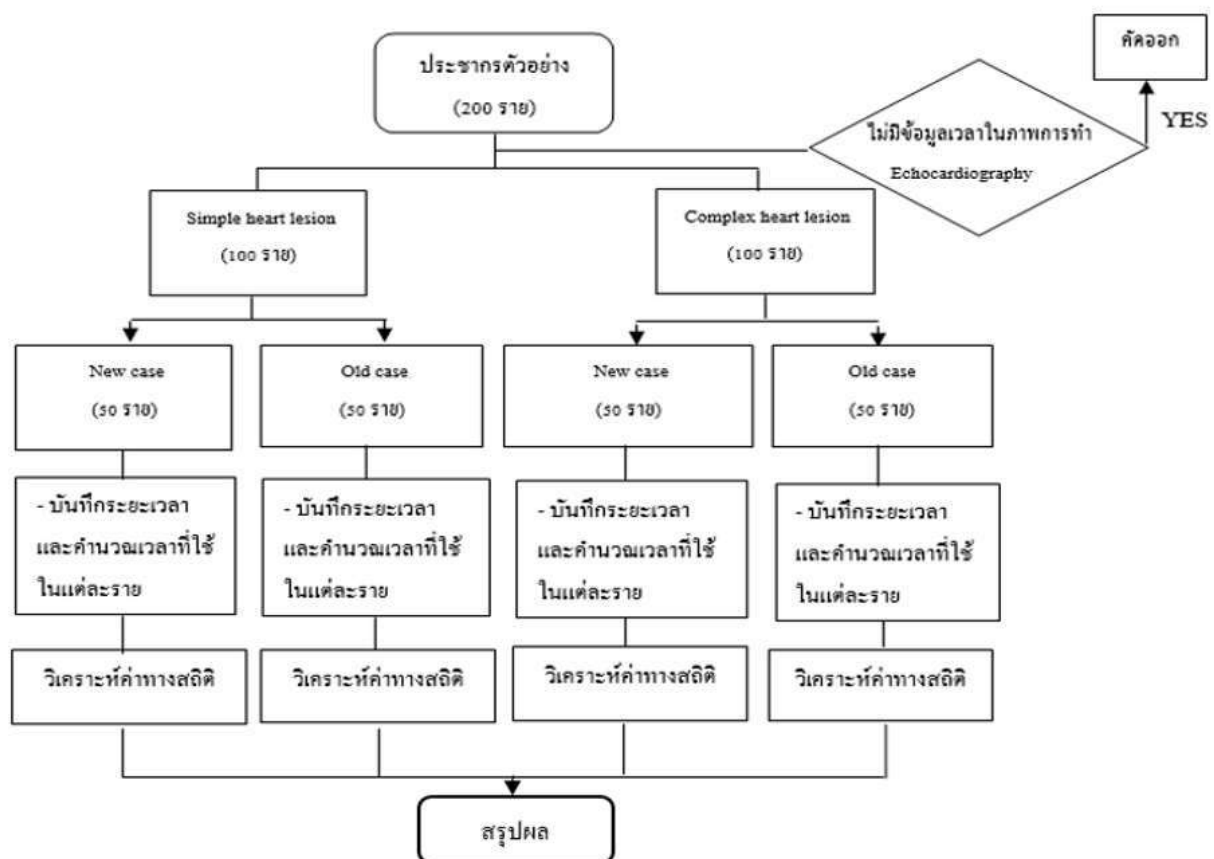
1. อายุน้อยกว่า 15 ปี เข้ารับบริการตรวจ Echocardiography โรงพยาบาลรามธิบดี

2. มีผลตรวจอยู่ในฐานข้อมูลผลตรวจ Echocardiography ระหว่าง 1 มกราคม 2560 – 31 ธันวาคม 2563

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่มีผลตรวจ Echocardiography ในโรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่าง 1 มกราคม 2560 – 31 ธันวาคม 2563
2. ข้อมูลเวลาไม่มีความคลาดเคลื่อนหรือไม่สามารถอ่านค่าได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล



รูปที่ 1 แสดงขั้นตอนการเก็บข้อมูลและวิจัย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. แสดงระยะเวลาที่ใช้ตรวจและจำนวนผู้ป่วยแต่ละเวลาด้วยสถิติเชิงพรรณนา Mean $\pm$ SD ความถี่ (ร้อยละ)

2. เปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการตรวจผู้ป่วยทั้งโรคหัวใจชนิดซับซ้อนและไม่ซับซ้อน ประเภทผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าที่ข้อมูลกระจายตัวไม่ปกติ

ด้วย Mann-Whitney test ยอมรับความต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P -value < 0.05

ผลการศึกษา

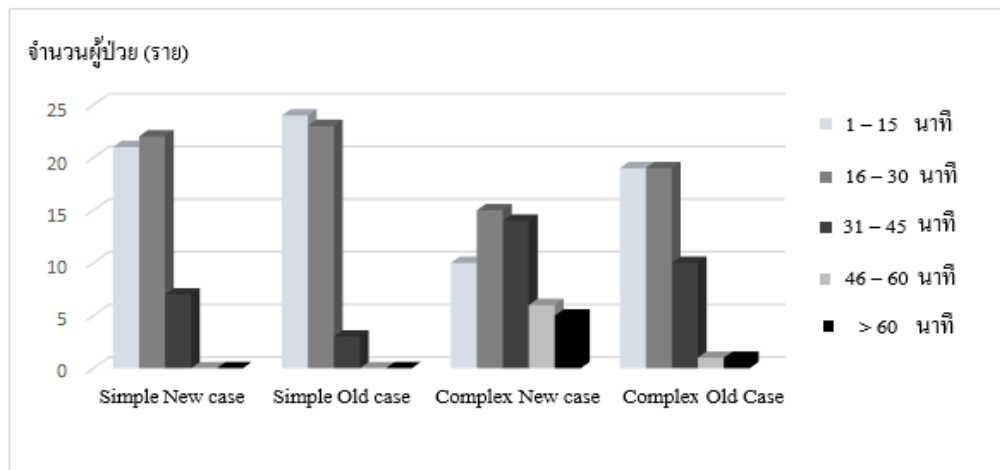
กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 200 ราย อายุน้อยกว่า 15 ปี (1 วัน – 14 ปี) เพศชายร้อยละ 43.5 (n=87) เพศหญิงร้อยละ 56.5 (n=113)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาที่ใช้ในการตรวจ Echocardiography เด็ก

เวลาที่ใช้ (นาทีก)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)						รวม (ร้อยละ)
	Simple heart disease			Complex heart disease			
			รวม (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)	
	New case	Old case		New case	Old Case		
1 – 15	21	24	45 (45%)	10	19	29 (29%)	74 (37%)
16 – 30	22	23	45 (45%)	15	19	34 (34%)	79 (39.5%)
31 – 45	7	3	10 (10%)	14	10	24 (24%)	34 (17%)
46 – 60	-	-	-	6	1	7 (7%)	7 (3.5%)
> 60	-	-	-	5	1	6 (6%)	6 (3%)

หมายเหตุ : โรคหัวใจชนิดซับซ้อน (Complex heart disease) ได้แก่ Tetralogy of Fallot, Double outlet right ventricle with ventricular septal defect and pulmonic valve stenosis, Tricuspid atresia, Pulmonary atresia with ventricular septal defect, Transposition of great arteries, Anomalous pulmonary venous return, Cor-triatrimum, Hypoplastic left heart syndrome, Shone 's complex, Ebstein 's anomaly, Truncus

arteriosus และโรคหัวใจชนิดไม่ซับซ้อน (Simple heart disease) ได้แก่ Atrial septal defect, Ventricular septal defect with Patent foramen ovale, Ventricular septal defect with Patent ductus arteriosus, Valvular pulmonic stenosis, Mitral valve regurgitation, Mitral valve prolapse, Coarctation of aorta, Kawasaki disease with normal coronary artery, Rheumatic heart disease เป็นต้น



รูปที่ 2 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ Echocardiography

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการตรวจ Echocardiography

กลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลาตรวจ (นาที)				P-value
	Group A		Group B		
All (n=200)	New	26.4±1.71	Old	18.8±1.10	<0.01
All (n=200)	Simple	17.8±0.05	Complex	27.4 ±1.80	<0.01
Simple heart disease (n=100)	New	19.1±1.24	Old	16.5±1.14	<0.01
Complex heart disease (n=100)	New	33.7±2.84	Old	21.1±1.84	<0.01

วิจารณ์

การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเด็ก โรงพยาบาลราชบุรี ส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที (77%) โดยผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดไม่ซับซ้อน ใช้เวลาน้อยกว่าโรคหัวใจชนิดซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.8 ± 0.05 vs 27.4 ± 1.8 minutes, P -value < 0.05) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดซับซ้อนที่เป็นผู้ป่วยใหม่ไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อนจะใช้เวลานานกว่ากลุ่มที่เคยได้รับการตรวจแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (33.7 ± 2.84 vs 21.1 ± 1.84 minutes, P -value < 0.05) ในจำนวนนี้มีเพียง 6% ที่ใช้เวลาตรวจเกินหนึ่งชั่วโมง

จากตารางที่ 1 และรูปที่ 2 แผนภูมิแสดงจำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจ

ชนิดซับซ้อนมีแนวโน้มใช้เวลาตรวจ Echocardiography นานกว่าแต่ส่วนใหญ่จะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ส่วนโรคหัวใจชนิดไม่ซับซ้อนนั้นร้อยละ 90 ใช้เวลาตรวจไม่เกิน 30 นาที และไม่เกิน 15 นาที อย่างละเท่าๆ กัน เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะในกลุ่มโรคหัวใจชนิดซับซ้อนพบว่าผู้ป่วยที่เคยได้รับการตรวจแล้วใช้เวลาตรวจน้อยกว่าผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยเลยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ทั้งนี้เพราะในผู้ป่วยรายใหม่ผู้ตรวจจะต้องตรวจสอบโครงสร้างกายวิภาคของหัวใจ สรีรวิทยาการไหลเวียนเลือดของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งค้นหาพยาธิสภาพด้วยจึงใช้เวลามากกว่าเพื่อรวบรวมข้อมูลและป้องกัน Miss diagnosis ส่วนกลุ่มที่เคยตรวจแล้วผู้ตรวจจะให้ความสำคัญ

กับปัญหาที่พบใหม่เพิ่มเติมจากสิ่งที่รายงานไว้แล้ว ทำให้ใช้เวลาน้อยกว่า ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า การตรวจ Echocardiography ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที/รายขึ้นไป^(3,4,5)

จาก Guideline and standard for Performance of pediatric Echocardiography และ IAC standards and guidelines for adult Echocardiography Accreditation จาก Intersocietal accreditation commission Echocardiography; IAC ระบุว่ามาตรฐานระยะเวลาตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Performance time) ที่แนะนำควรอยู่ที่ 30 นาทีเป็นอย่างต่ำ และสำหรับรายที่มีความซับซ้อนจะใช้เวลา 45-60 นาทีขึ้นไป^(1,2) สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่ใช้เวลาตรวจผู้ป่วยโรคหัวใจซับซ้อน 31-45 นาที ถึงร้อยละ 24 และใช้เวลา 46 นาทีขึ้นไปมีถึงร้อยละ 13 แต่อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดด้านพื้นที่ให้บริการ บุคลากร เครื่องมือ และปริมาณผู้ป่วยที่มีมาก ทำให้จำเป็นต้องลดทอนขั้นตอนและเวลาในการตรวจให้กระชับแม้จะเป็นโรคซับซ้อนแต่ก็ไม่ได้ใช้เวลาถึง 45-60 นาทีทุกรายไป ทั้งนี้เพื่อให้สามารถบริการผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามจำนวนภายในระยะเวลาที่จำกัด แต่ยังคงคำนึงถึงความถูกต้องของผลตรวจและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

สรุป

การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเด็ก (Pediatric Echocardiography) โรงพยาบาลรามาริบัติ ส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที

(77%) โดยผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดไม่ซับซ้อนใช้เวลา น้อยกว่าโรคหัวใจชนิดซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.8 ± 0.05 vs 27.4 ± 1.8 minutes, P -value < 0.05) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดซับซ้อนที่เป็นผู้ป่วยใหม่ไม่เคยได้รับการตรวจมาก่อนจะใช้เวลานานกว่ากลุ่มที่เคยได้รับการตรวจแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (33.7 ± 2.84 vs 21.1 ± 1.84 minutes, P -value < 0.05) ในจำนวนนี้มีเพียง 6% ที่ใช้เวลาตรวจเกินหนึ่งชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ปรับตารางเวลานัดหมาย ปรับจำนวนผู้ป่วย ให้สอดคล้องพอดีกับความสามารถของผู้ตรวจและเวลาที่ใช้ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัส COVID-19 ทำให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยจากการลดความแออัดของผู้ที่มาตรวจ จึงลดความเสี่ยงในการสัมผัสและแพร่เชื้อ อย่างไรก็ตามแต่ละสถานพยาบาลอาจใช้เวลาในการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเด็กต่างกัน ขึ้นกับทักษะและจำนวนพารามิเตอร์ที่วัดด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณห้องสมุดรามาริบัติและฝ่ายทรัพยากรการเรียนรู้ที่เอื้อเพื่อสถานที่และเครื่องมือสารสนเทศในการทำวิจัย และขอบคุณอาจารย์แพทย์หญิงผกาพรรณ กิตติโชคชัย กุมารแพทย์โรคหัวใจ ผู้ให้คำปรึกษาด้านสถิติและตรวจทานภาษาอังกฤษ

เอกสารอ้างอิง

1. Intersocietal accreditation commission Echocardiography. IAC Standards and Guidelines for Adult Echocardiography Accreditation. 2014
2. Lai W. Task Force of the Pediatric Council of the American Society of Echocardiography; Paediatric Council of the American Society of Echocardiography. Guidelines and standards for performance of a pediatric echocardiogram: A report from the Task Force of the Paediatric Council of the American Society of Echocardiography. J Am Soc Echocardiography 2006; 19: 1413-30.
3. Badano LP, Nucifora G, Stacul S, Gianfagna P, Pericoli M, Del Mestre L, et al. Improved workflow, sonographer productivity, and cost- effectiveness of echocardiographic service for inpatients by using miniaturized systems. European Journal of Echocardiography 2009; 10(4): 537-42.
4. Kimura BJ, DeMaria AN. Time requirements of the standard echocardiogram: implications regarding limited studies. Journal of the American Society of Echocardiography 2003; 16(10): 1015-8.
5. Picard MH, Adams D, Bierig SM, Dent JM, Douglas PS, Gillam LD, et al. American Society of Echocardiography recommendations for quality echocardiography laboratory operations. Journal of the American Society of Echocardiography 2011; 24(1): 1-10.

การทำเพดานเทียมในผู้ป่วยที่มีช่องโหว่ที่เพดานปาก : รายงานผู้ป่วย

วนัสนันท์ วิชชุไตรภพ ท.บ., ว.ท. ทันตกรรมประดิษฐ์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสิชล

(วันรับบทความ : 29 ตุลาคม 2564, วันแก้ไขบทความ : 10 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 24 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

การผ่าตัดทางศัลยกรรมในคนไข้มะเร็งเพดานปากจะทำให้เกิดช่องโหว่ที่เพดานปาก ซึ่งทำให้คนไข้มีความบกพร่องในการพูด การกลืน การเคี้ยว การหายใจและทำให้คุณภาพชีวิตคนไข้ลดลง โดยเฉพาะคนไข้ที่มีช่องโหว่ขนาดใหญ่ ดังนั้นการใส่เพดานเทียมเพื่อปิดช่องโหว่ที่เพดานปาก มีข้อดีคือ ทำให้ไม่เกิดปัญหาของเหลวหรือสารคัดหลั่งค้างอยู่ในจมูก ใช้กับช่องโหว่ได้หลายลักษณะ ค่าใช้จ่ายไม่สูง ไม่ต้องผ่าตัดหลายครั้ง บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 45 ปี มาพบทันตแพทย์เนื่องจากเพดานเทียมเดิมหลวมและตะขอกหัก จากการตรวจพบว่ามีช่องโหว่ที่เพดานปากจากการผ่าตัดมะเร็งชนิดอะดินอยด์ซิสติก แผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายนี้คือ การทำเพดานเทียมซึ่งเป็นมาตรฐานโลหะให้ผู้ป่วย ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจสามารถใช้งานเพดานเทียมได้ดี และมีความมั่นใจมากขึ้น

คำสำคัญ: เพดานเทียม ช่องโหว่กลางเพดาน

Palatal Obturator Prosthesis for Oro-Antral Communication Patient: A Case Report

Wanassanun Witchutraiphob, D.D.S., Dip. (Prosthodontics)

Department of Dentistry, Sichon Hospital

Abstract

Surgical treatment for palatal cancer result in oro-antral communication, which impairs in speech, swallowing, chewing, breathing and reducing their quality of life especially in cases with large communication. Placement of an obturator is one of the methods available to reconstruct the maxilla after trauma or surgical resection of a tumor. Management of OAC with obturator shows several advantages as it prevents any food or saliva accumulation, cost effective and patient minimizes surgical reconstruction. This paper reported a 45-year-old woman presented with ill-fitting palatal obturator with a broken clasp. Intra-oral examination showed OAC following adenoid cystic carcinoma surgery. Palatal obturator was management of choice in this patient. The result was satisfying, the patient could function very well and gain more confident.

Key words: Obturator, Oro-antral communication

บทนำ

เนื้องอกที่พบในช่องปากมีต้นกำเนิดจากเนื้อเยื่อหลายชนิด เช่น เยื่อเมือกช่องปาก เนื้อเยื่อต่อมน้ำลาย และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบของฟัน มีทั้งที่เป็นเนื้องอกร้าย (malignant tumor) และเนื้องอกไม่ร้าย (benign tumor) โดยพิจารณาจากพฤติกรรมของก้อนเนื้องอกและลักษณะทางพยาธิวิทยาของเซลล์ กรณีเป็นเนื้องอกร้ายการรักษาหลักๆมีอยู่ 3 วิธี คือ ผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพในการรักษา โดยอาจจะรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งหรือรักษาร่วมกันขึ้นกับระยะและพฤติกรรมของโรค ซึ่งการรักษาส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การเกิดช่องโหว่ที่เพดานปาก (oro-antral communication) เป็นลักษณะที่มีการเชื่อมระหว่างภายในช่องปากและโพรงจมูก แบ่งลักษณะการเกิดได้เป็นลักษณะความผิดปกติแต่กำเนิด กับ

รอยโรคที่เกิดภายหลังโดยเกิดได้จากภาวะแทรกซ้อนจากการถอนฟัน, การติดเชื้อ, ผลจากรังสีรักษา, อุบัติเหตุ, การเอาถุงน้ำหรือมะเร็งออกในขากรรไกรบน เป็นต้น^(1,2) การเกิดช่องโหว่ที่เพดานทำให้มีปัญหาในการออกเสียงลักษณะเสียงจะเป็นเสียงขึ้นจมูก เกิดการรั่วของน้ำและอาหารเข้าไปในโพรงจมูก และมีปัญหาด้านการบดเคี้ยว⁽³⁾ การรักษาเพื่อปิดช่องโหว่สามารถทำได้โดยวิธีศัลยกรรม และการใส่เพดานเทียม

การแบ่งประเภทของสันเหงือกกว้างไร้ฟันบางส่วน The American College of Prosthodontists (ACP)⁽⁴⁾ ได้แบ่งประเภทของสันเหงือกกว้างไร้ฟันบางส่วนจากการตรวจและวินิจฉัยโรค ซึ่งจะช่วยในการรักษาให้เหมาะสมในคนไข้แต่ละคน ได้แบ่งเป็น 4 ประเภท ตาม (รูปที่ 1) ซึ่งในคนไข้ที่มีช่องโหว่กลางเพดานจัดอยู่ในประเภทที่ 4

	Class I	Class II	Class III	Class IV
Location & Extent of Edentulous Areas				
Ideal or minimally compromised—single arch				
Moderately compromised—both arches				
Substantially compromised—>5 teeth				
Severely compromised—guarded prognosis				
Congenital or acquired maxillofacial defect				
Abutment Condition				
Ideal or minimally compromised				
Moderately compromised—1-2 sextants				
Substantially compromised—3 sextants				
Severely compromised—4 or more sextants				
Occlusion				
Ideal or minimally compromised				
Moderately compromised—local adjunctive tx				
Substantially compromised—occlusal scheme				
Severely compromised—change in OVD				
Residual Ridge				
Class I Edentulous				
Class II Edentulous				
Class III Edentulous				
Class IV Edentulous				
Conditions Creating a Guarded Prognosis				
Severe oral manifestations of systemic disease				
Maxillomandibular dyskinesia and/or ataxia				
Refractory patient				

NOTE: Individual diagnostic criteria are evaluated and the appropriate box is checked. The most advanced finding determines the final classification.

Guidelines for use of the worksheet

1. Any single criterion of a more complex class places the patient into the more complex class.
2. Consideration of future treatment procedures must not influence the diagnostic level.
3. Initial preprosthetic treatment and/or adjunctive therapy can change the initial classification level.
4. If there is an esthetic concern/challenge, the classification is increased in complexity by one level in Class I and II patients.
5. In the presence of TMD symptoms, the classification is increased in complexity by one or more levels in Class I and II patients.

รูปที่ 1 ตารางการแบ่งประเภทของสันเหงือกกว้างไร้ฟันบางส่วนตาม ACP

ในปี 1978 Aramany ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ตัดขากรรไกรบน 123 คน และจำแนกการสูญเสียของขากรรไกรได้เป็น 6 กลุ่ม⁵ ซึ่งแต่ละ

กลุ่มมีแนวทางการออกแบบเพดานเทียมที่แตกต่างกันออกไป^(6,7,8) โดยเพดานเทียมเป็นสิ่งประดิษฐ์ที่ออกแบบพิเศษเฉพาะบุคคลเพื่อใช้ปิดช่องโหว่ที่

เพดานปาก การใช้เพดานเทียมมีข้อดีคือ สามารถใช้กับช่องโหว่ได้หลายลักษณะ ค่าใช้จ่ายไม่สูง ไม่ต้องผ่าตัดหลายครั้ง ไม่มีผลจากการใช้เนื้อเยื่อในการติดตามการกลับเป็นซ้ำ ไม่เกิดปัญหาของเหลวและสารคัดหลั่งค้างอยู่ในช่องจมูก สามารถบูรณะความอูมนูนของโบรินหน้าได้ดี เพดานเทียมจำแนกตามช่วงเวลาได้ 3 กลุ่ม คือ เพดานเทียมคัลยกรรม (surgical obturator) เพดานเทียมเฉพาะกาล (provisional / interim obturator) และ เพดานเทียมขั้นสุดท้าย (definitive obturator)^(6,9) เพดานเทียมขั้นสุดท้ายเป็นเพดานเทียมที่บูรณะโบรินหน้า การพูดการเคี้ยวและการกลืนได้สมบูรณ์ที่สุด ทำบนชิ้นหล่อที่ได้จากรอยพิมพ์ที่เก็บรายละเอียดของปากครบถ้วนที่สุด มักจะทำหลังจากผ่าตัด 6 เดือน โดยระยะเวลาขึ้นกับขนาดของรอยโรค การหายของแผล การพยากรณ์โรคของก้อนเนื้อหลังจากผ่าตัดระยะเวลาหลังการให้รังสีรักษาหรือเคมีบำบัดประสิทธิภาพของเพดานเทียมเดิม และการมีหรือไม่มีฟัน ถ้าคนไข้มีการฝังรากเทียมต้องรอให้รากเทียมติดดีและไม่มีลักษณะการอักเสบของรากเทียมก่อน⁽¹⁰⁾

ปัญหาหลักที่ส่งผลต่อเสถียรภาพของเพดานเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐาน คือการยุบตัวของที่ต่างกันของสิ่งรองรับ Steffel ได้แนะนำ 3 วิธีในการแก้ปัญหาได้แก่ การใช้ตัวผ่อนความเค้น (stress breakers) การพิมพ์ปากด้วยวิธีพิมพ์สันเหงือกในสภาพที่รับแรง (Physiologic or functional basing) เพื่อให้ได้รอยพิมพ์ของเนื้อเยื่อในขณะใช้งาน และการขยายขอบเขตฟันเทียมให้ได้มากที่สุดเพื่อช่วยกระจายความเค้น (broad stress distribution)⁽¹¹⁾ โดยการพิมพ์สันเหงือกในสภาพที่รับแรง ใช้เทคนิคการ

พิมพ์โดยการเปลี่ยนแปลงชิ้นหล่อ (altered cast technique) เป็นอีกหนึ่งวิธีที่ได้รับการยอมรับมากในปัจจุบัน เนื่องจากวิธีนี้จะทำให้ได้ฐานฟันเทียมที่มีความแนบสนิท และได้รับการรองรับสูงสุดจากสันเหงือก ซึ่งจะช่วยลดการยับของฐานฟันเทียมด้านท้าย และลดแรงที่กระทำต่อฟันหลักยึดได้ การพิมพ์ปากด้วยเทคนิคการเปลี่ยนแปลงชิ้นหล่อนี้มักถูกใช้ในฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐานชิ้นล่างฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐานชิ้นบนที่มีฟันหายไปหลายซี่ หรือเพดานเทียมที่มีช่องโหว่ขนาดใหญ่และฟันหายไปหลายซี่ เนื่องจากมีพื้นที่รองรับแรงจำกัด จึงต้องอาศัยการขยายขอบเขตและพิมพ์ปากครั้งที่สองบริเวณเนื้อเยื่ออ่อนด้านท้ายอีกทีเพื่อให้ได้รอยพิมพ์สันเหงือกกว้างในสภาพที่รับแรงได้ ซึ่งมีข้อดีคือทำให้ฐานฟันเทียมขยับน้อยกว่าการพิมพ์ปากแบบขั้นตอนเดียวตามปกติ^(12,13)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 45 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญคือ เพดานเทียมเดิมหลวมและตะขอกหัก(รูปที่2) เวลาใช้งานมีเศษอาหารติดบริเวณขอบเพดานเทียม โดยผู้ป่วยให้ประวัติว่าเป็นมะเร็งชนิดอะดีโนยด์ซิสติก(adenoid cystic carcinoma) และได้รับการผ่าตัดขากรรไกรบน(maxillectomy) เมื่อปี 2557 ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยไม่ต้องฉายรังสีรักษาหรือเคมีบำบัด ปัจจุบันมีนัดติดตามอาการกับแพทย์เจ้าของไข้ทุก 1 ปี และไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำของโรค

จากการตรวจภายในช่องปากพบรูทะลุบริเวณเพดานด้านบนขวา ขนาด 12x16 ตารางมิลลิเมตรสามารถเก็บรักษาเพดานปากส่วนหน้าได้ และไม่มี การสูญเสียเพดานข้ามแนวกลาง มีสันเหงือกกว้าง

บริเวณฟันซี่ 17-15 (รูปที่ 2) โดยเมื่อแบ่งประเภทของสันเหงือกกว้างไร้ฟันบางส่วนตาม ACP เป็น

คลาส 4 (class IV) ซึ่งถือว่าเป็นประเภทที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนที่สุด



รูปที่ 2 ภาพเพดานเทียมเดิมและลักษณะภายในช่องปากด้านบดเคี้ยวในขากรรไกรบนและล่าง

ทำการส่งถ่ายภาพรังสีพาโนรามาและภาพรังสีปลายรอบรากฟันในฟันหลัก โดยพบว่าอัตราส่วนตัวฟันต่อรากฟัน (crown root ratio) ในฟันหลักยึดซี่ 14, 24, 27 เท่ากับ 1:1.5 สันกระดูกเข้าฟัน (crestal bone) โดยทั่วไปอยู่ใน

ระดับ 2-3 มิลลิเมตร จากระยะต่อระหว่างเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน ไม่มีพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน ความกว้างของช่องเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament space) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 ภาพรังสีพาโนรามา และภาพรังสีปลายรอบรากฟันในฟันหลัก

การรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. ทำการพิมพ์ปากขึ้นต้นด้วยอัลจินต โดยในช่องโหว่เพดานปาก ใช้ผ้าก๊อสดึงกับไหมขัดฟันใส่บริเวณช่องโหว่ เพื่อกันไม่ให้อัลจินตหลุดเข้าไปในช่องโหว่ จากนั้นนำขึ้นหล่อที่ได้มาสำรวจความพอดี กำหนดวิธีการถอดใส่ ออกแบบเพดานเทียม และส่งทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล

2. กรอเตรียมฟันหลักตามที่ได้วางแผนไว้ ทำการปั้นขอบ (border molding) ด้วยคอมปาวด์ (green stick compound) จากนั้นพิมพ์สันเหงือกกว้างขั้นสุดท้าย (final impression) ด้วยโพลีไวนิลซิลอกเซน (polyvinyl siloxane) (รูปที่ 4) นำขึ้นหล่อปฏิบัติงานที่ได้ไปทำเป็นโครงโลหะ



รูปที่ 4 ถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลหลังจากทำการบั่นขอบ และรอยพิมพ์ขั้นสุดท้าย

3. ลองโครงโลหะในปากผู้ป่วยโดยใช้ขี้ผึ้งป้ายตรวจสอบ (disclosing wax, Kerr®) จากนั้นสร้างแท่นกักบนโครงโลหะบนร่วมกับใช้ aluwax บันทึกการสบฟันในศูนย์ (centric occlusion)

4. ส่งชิ้นงานไปที่แลปเพื่อเรียงฟัน แต่งขี้ผึ้ง นำชิ้นงานกลับมาตรวจเช็คความเรียบร้อย และส่งชิ้นงานกลับไปแลปเพื่ออัดด้วยอะคริลิกชนิดป่นตัวด้วยความร้อน (heat activated acrylic resin)

5. ใส่ชิ้นงานเพดานเทียมในปากผู้ป่วย (รูปที่ 5) ตรวจสอบความแนบสนิทของโครงโลหะปรับแต่งขอบและฐานฟันเทียม ประเมินการผนึกขอบ (border seal) และการยึดอยู่ (retention) ลองให้คนไข้รับประทานน้ำว่ามีการรั่วของน้ำเข้าไปในโพรงจมูกหรือไม่กรอปรับการสบฟันทั้งตำแหน่งการสบฟันใน ศูนย์และการสบฟันนอกศูนย์ให้เป็นไปตามแผนการรักษาที่วางไว้แนะนำวิธีการถอดและใส่การดูแลรักษา และการรักษาสุขภาพช่องปาก



รูปที่ 5 ภาพขณะใส่เพดานเทียมด้านบดเคี้ยว เพดานเทียมด้านเนื้อเยื่อ ขณะใส่เพดานเทียมในตำแหน่งสบสนิทที่สุด ด้านข้างขวา ด้านหน้า และด้านข้างซ้าย

6. นัดผู้ป่วยกลับมาเช็คในระยะเวลา 24 ชั่วโมง 3 วัน 7 วัน จนผู้ป่วยใช้งานได้ดีไม่มีปัญหา

และให้ผู้ป่วยกลับมาพบทันตแพทย์เป็นประจำทุก 6 เดือน

วิจารณ์

การออกแบบเพดานเทียมใช้หลักพื้นฐานเดียวกับการออกแบบฟันเทียมถอดได้ ที่ต่างกันคือต้องพิจารณาเพิ่มในส่วนของช่องโหว่ คือ ขนาดและตำแหน่งของช่องโหว่ ความสัมพันธ์ของช่องโหว่กับฟันและโครงสร้างที่เหลืออยู่ และการใช้ประโยชน์จากความคอดไว้ในบริเวณช่องโหว่เพื่อเสริมการติดอยู่ โดยการออกแบบส่วนเชื่อมต่อใหญ่ (major connector) ต้องมีความแข็งแรงทั้ง 2 ฝั่ง, ส่วนพักด้านบดเคี้ยว (occlusal rest) ช่วยถ่ายทอดและกระจายแรงไปยังฟันหลักและช่วยพยุงไม่ให้เพดานเทียมเคลื่อนไปกดเนื้อเยื่อ, ระนาบนำ (guide plane) ช่วยให้เกิดความเสถียร การโอเวอร์ลอป และช่วยในการยึดอยู่, มีการขยายขอบเขตให้มากที่สุดเพื่อกระจายแรงบดเคี้ยว และตะขอ (clasp) ช่วยในการต้านการหลุดในแนวที่ตั้งกับระนาบสบฟัน โดยจะออกแบบตะขอให้น้อยที่สุด แต่เพียงพอสำหรับยึดเพดานเทียมให้อยู่ในปากได้ เพื่อลดการติดของเศษอาหารบริเวณตะขอ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดฟันผุและเกิดการสูญเสียฟันตามมา

สิ่งสำคัญที่สุดที่เกี่ยวกับความเสถียรของเพดานเทียมคือลักษณะการสบฟัน การกระจายแรงบดเคี้ยวทำให้ลดการเคลื่อนที่ของเพดานเทียม การสบฟันในบริเวณช่องโหว่ให้เป็นการสบฟันเบาๆ ลดแรงในแนวด้านข้างโดยเมื่อคนใช้เคลื่อนขากรรไกรไปทางด้านข้างให้มีการแตะกันเฉพาะส่วนของฟันแท้ กำจัดการเกิดการสบก่อน (premature occlusal contact) ลดความชันของซี่ฟันเทียมโดยมีการกรอปรับแต่งความชันของซี่ฟันเทียมในฟันหลัง และกระจายให้เกิดความเสถียรของส่วนประกอบต่าง ๆ^(5,14)

การเปลี่ยนแปลงลักษณะของเนื้อเยื่อในกรณีที่เป็นการบูรณะใบหน้าและขากรรไกร จะมี การเปลี่ยนแปลงที่มากกว่าฟันเทียมทั่วไป ดังนั้นจึงต้องมีการนัดคนไข้มาเช็คเพื่อเสริมฐานเพดานเทียมสำหรับการชดเชยการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่เกิดขึ้น และตรวจลักษณะการสบฟันว่ายังเหมาะสมหรือไม่^(7,15)

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการสำคัญคือเพดานเทียมหลวมและตะขอหัก เมื่อพิจารณาจากเพดานเทียมเดิมพบว่าเป็นแบบฐานพลาสติก จึงแนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนใหม่เป็นแบบฐานโลหะ ซึ่งมีความแข็งแรงมากกว่า ใส่สบายกว่า อายุการใช้งานนานกว่า การทำเพดานเทียมในขากรรไกรบนเป็นลักษณะฟันเทียมบางส่วนถอดได้ขยายฐาน ซึ่งในกรณีนี้ไม่ได้ทำการพิมพ์โดยการเปลี่ยนแปลงขึ้นหล่อ แต่ใช้วิธีขยายขอบเขตของเพดานเทียมให้ได้มากที่สุดเนื่องจากฟันหายไปเพียง 3 ซี่ สันกระดูกอมูนูน เนื้อเยื่อบนสันเหงือกดีไม่มีการเคลื่อนไหว ช่องโหว่กลางเพดานไม่ได้มีขนาดใหญ่ สามารถเก็บเพดานปากส่วนหน้าและส่วนกลางเพดานไว้ได้ การรองรับที่มีถือว่าดีแต่ถ้าเป็นกรณีที่มีฟันหายไปหลายซี่ มีการตัดขากรรไกรบนขนาดใหญ่ และช่องโหว่มีความกว้างมากจะใช้การพิมพ์โดยการเปลี่ยนแปลงขึ้นหล่อ ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคลและทำการปั้นขอบร่วมกับการพิมพ์ขึ้นสุดท้าย เพื่อหาขอบเขตของฟันเทียมและลักษณะของช่องโหว่กลางเพดาน หลังจากใส่เพดานเทียมต้องเช็คการรั่วของน้ำและอาหารว่ามีการรั่วเข้าไปในช่องโหว่หรือไม่ โดยให้ลองบ้วนน้ำและกลืนเช็คการออกเสียงว่าสามารถออกเสียงได้ชัดหรือไม่

การศึกษาของ Chen C และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาจะ

มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เพดานเทียมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา และลักษณะของรอยโรคที่มีขนาดใหญ่จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าในรอยโรคที่มีขนาดเล็ก ในผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้รับรังสีรักษาและรอยโรคมีขนาดใหญ่การใส่เพดานเทียมไม่ได้มีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตมากนักสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว

การศึกษาของ Kornblith AB และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการตัดขากรรไกรบนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการใส่เพดานเทียม ในแง่ของการออกเสียง การเคี้ยวและการกลืน ในผู้ป่วยรายนี้พบว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีการรั่วของน้ำหรืออาหารเข้าไปในโพรงอากาศ มีการออกเสียงพูดที่ชัดเจน มีความสบายในการใส่มากขึ้น และมีความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น

การศึกษาของ Riaz N⁽¹⁸⁾ และ Depprich⁽¹⁹⁾ ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังใส่เพดานเทียมได้ผลคล้ายกันคือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เพดานเทียมได้แก่ การบกพร่องใน

การเคี้ยว การพูด และความสวยงามของใบหน้า การรักษาที่ยาวนาน และความเจ็บที่ยังเหลืออยู่หลังจากรักษา ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยควรมีการอธิบายการรักษาแต่ละขั้นตอนให้ผู้ป่วยทราบก่อนรักษา มีการดูแลสภาวะทางจิตใจ มีการฝึกการพูดและการกลืนหลังจากใส่เพดานเทียมจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเมื่อสอบถามผู้ป่วยรายนี้เรื่องคุณภาพชีวิต ในเพดานเทียมเดิมจะมีปัญหาเรื่องการออกเสียงและการเคี้ยวเนื่องจากเพดานเทียมเดิมหลวมและมีความหนา แต่หลังจากใส่เพดานเทียมใหม่พบว่าออกเสียงได้ชัดเจน และการบดเคี้ยวดีขึ้น

สรุป

การทำเพดานเทียมให้ผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยมีการบดเคี้ยวที่มีประสิทธิภาพ สามารถพูดออกเสียงได้ชัด ไม่มีน้ำหรืออาหารรั่วเข้าไปในช่องโหว่ มีความมั่นใจในการเข้าสังคม สามารถใส่แล้วรู้สึกสบาย และได้มีการนัดกลับมาติดตามผลการรักษาทุก 6 เดือนหรือเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับเพดานเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. Phull S, Phull G, Chugh D, Sheokand P. Treatment of recurrent oro-antral fistula in left maxillary posterior region: A secondary repair procedure with buccal fat pad advancement technique. Asian Pac J Health Sci 2014; 1: 47-9.
2. Guven O. A clinical study on oroantral fistulae. J Craniomaxillofac Surg 1998; 26: 267-71.
3. Clalian VA, Drane JB, Standish SM. Maxillofacial prosthetics Multidisciplinary practice. 1sted. Maryland: The Williams and Wilkins Co; 1972.

4. McGarry TJ, et al. Classification system for partial edentulism. J Prosthodont 2002; 11: 181-93.
5. Aramany MA. Basic Principles of obturator design for partially edentulous patients. PartI: Classification. JProsthet Dent 1978; 40: 554-7.
6. Curtis TA, Beumer III J. Maxillofacial rehabilitation: Prosthodontic and surgical considerations. 1sted. Missouri: St. Louis :IshiyakuEuroAmericaInc.; 1979.
7. Aramany MA. Basic Principles of obturator design for partially edentulous patients. PartII: design principles. JProsthet Dent 1978; 40: 656-62.
8. GR, Tharp GE, Rahn AO. Prosthodontic principles in the framework design of maxillary obturator prostheses. J Prosthet Dent 1989; 62: 205-12.
9. Weins JP. Acquired maxillofacial defects from motor vehicle accidents: Statistics and prosthodontics considerations. J Prosthet Dent 1990; 63: 172-81.
10. Beumer III J, Marunick MT, Esposito SJ. Maxillofacial rehabilitation. 3thed. Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc; 2011.
11. Steffel VL. Fundamental principles involved in partial denture design. J Am Dent Assoc 1951; 42: 534-4.
12. Holmes JB. Influence of impression procedures and occlusal loading on partial denture movement. J Prosthet Dent 1965; 15: 474-81.
13. Leupold RJ, Flinton RJ and Pfeifer DL. Comparison of vertical movement occurring during loading of distal extension removable partial denture bases made by three impression techniques. J Prosthet Dent 1992; 68: 290-3.
14. Buckner H. Construction of a denture with hollow obturator, lid, and soft acrylic lining. J Prosthet Dent 1974; 31: 95-9.
15. Academy of denture prosthetics. principles, concepts, and practices in prosthodontics. J Prosthet Dent 1989; 61: 88-109.

16. Chen C, Ren WH, Huang RZ, Gao L, Hu ZP, Zhang LM et al. Quality of life in patients after maxillectomy and placement of prosthetic obturator. *Int JProsthodont* 2016; 29: 363-8.
17. Kornblith AB, Zlotolow IM, Gooen J, Huryn JM, Lerner T, Strong EW et al. Quality of life of maxillectomy patients using an obturator prosthesis. *Head Neck* 1996; 18: 323-4.
18. Riaz N, Warriach RA. Quality of life in patients with obturator prostheses. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22: 121-5.
19. Depprich R, Naujoks C, Lind D, Ommerborn M, Meyer U, Kübler NR et al. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2011; 40: 71-9.

กรณีที่ล่าช้าของ Thumb Trigger ที่มีมาแต่กำเนิด

ปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม น.บ.,พบ.,สส.ม.,ว.ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์,อว.เวชศาสตร์ป้องกัน

กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

(วันรับบทความ : 2 มีนาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 5 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 10 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

นิ้วหัวแม่มือล็อกแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติที่พบได้ไม่บ่อยในเด็กแนวทางการรักษาได้แก่ วิธือนุรักษ์นิยมไปจนถึงผ่าตัด ทั้งนี้ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนหากแพทย์วินิจฉัยโรคนี้ได้เร็ว การรักษาแบบอนุรักษ์นิยมก็จะได้ผลดีโดยเฉพาะในเด็กที่อายุน้อยกว่า 9 เดือน แต่แพทย์ส่วนหนึ่งจะมีความสับสนในการวินิจฉัยแยกโรคนี้จากภาวะกระดูกข้อต่อนิ้วหัวแม่มือเคลื่อนถ้าเด็กมีประวัติอุบัติเหตุรุนแรงมาก่อน นำไปสู่การรักษาที่ล่าช้าได้

บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 5 ปี มาโรงพยาบาลด้วยปัญหานิ้วหัวแม่มือขวางอึดรูปไม่สามารถเหยียดออกได้หลังหกล้ม เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยว่ากระดูกข้อต่อนิ้วหัวแม่มือเคลื่อนและส่งตัวมาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช แพทย์ทำการดัดจัดกระดูกข้อนิ้วหัวแม่มือเข้าที่แต่เมื่อกลับไปบ้านนิ้วหัวแม่มือขวางอึดรูปก็กลับมาอึดรูปไม่สามารถเหยียดออกได้อีกแพทย์จึงคิดว่าน่าจะเป็นนิ้วหัวแม่มือล็อกแต่กำเนิดที่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแก้ไขนิ้วล็อก หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผลผ่าตัดดี ผู้ป่วยใช้งานขยับนิ้วหัวแม่มือได้ปกติ

คำสำคัญ: Congenital trigger thumb

Delayed Case of Congenital Trigger Thumb

Pranpawee Rojcharoenngam LL.B.,MD.,M.P.H,

Certified Thai Specialty Board of Orthopedic Surgery, Thai Board of Preventive Medicine

Department of Orthopedic Surgery Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Congenital trigger thumb is not a common disorder in children. Theed me-thods of treatment still controversy between conservative and surgery. If diagnose early conservative treatment is effective, especially in children younger than 9 months. But sometime it could be difficult to differentiating this disorder from dislocation of the inter phalangeal thumb joint if the child had a history of trauma, lead to delayed treatment.

This article presents a 5-year-old girl who came to the hospital with a deformity of thumb, unable to stretch out after fallen. Underwent treatment at a community hospital. The doctor diagnosed as the inter phalangeal joint dislocation and was sent to Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. The doctor reduced the Inter phalangeal joint into place. But when returning home, the thumb still deformed, unable to stretch again. So, the doctors suspected it might be a late-diagnosed congenital trigger thumb. The patient received open release surgery trigger thumb.2 weeks after the surgery, the surgical wound is healed, the patient gets full function of thumb.

Key word: Congenital trigger thumb

บทนำ

Congenital trigger thumb หรือ นิ้วหัวแม่มือ ล็อคแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติที่พบได้ในเด็กประมาณ 3.3 คนจากทั้งหมด 1,000 คน และ 25% ของผู้ป่วยจะพบเกิดได้ในหัวแม่มือทั้งสองข้าง⁽¹⁾ พยาธิสภาพเกิดจากการตีบของ tenosynovitis ของ Flexor Pollicis Longus ที่ระดับของ annular pulley แรก ตำแหน่งบนเส้นเอ็นจะแสดงให้เห็นการหนาตัวซึ่งเรียกว่า Notta's nodule เหนือต่อบริเวณที่มีการตีบของปลอกหุ้มด้วยเหตุนี้ จึงกระตุ้นเด็กให้เกิดอาการเจ็บปวดและเกิดการบิดงอของข้อต่อ interphalangeal (IP) ของนิ้วหัวแม่มือหากไม่ได้รับการแก้ไขเด็กอาจมีความหย่อนยานของข้อต่อ metacarpophalangeal (MCP) และเกิดการแอ่นตัวของข้อผิดปกติ เกิดการผิดรูปในลักษณะข้อต่อ inter phalangeal (IP) ของนิ้วหัวแม่มือองค่าง และข้อต่อ metacarpophalangeal (MCP) โคนของนิ้วหัวแม่มือแอ่นไปหลัง⁽²⁾ แพทย์สามารถวินิจฉัยได้จากอาการที่แสดงความผิดปกติดังกล่าว ภาพถ่ายทางรังสีจะปกติ แต่บางครั้งหากมีประวัติได้รับอุบัติเหตุก่อนมาพบ แพทย์อาจสับสนกับภาวะกระดูกข้อต่อนิ้วหัวแม่มือเคลื่อนได้ และการดูภาพถ่ายทางรังสีกระดูกข้อต่อเด็กต้องอาศัยแพทย์ที่มีประสบการณ์เพียงพอการรักษา นิ้วหัวแม่มือล็อคแต่กำเนิดแบบอนุรักษ์นิยมทำได้ในช่วงอายุระหว่าง 0-3 ปีด้วยการดัดยืด นิ้วหัวแม่มือและใส่อุปกรณ์พยุงตามไว้ แต่จะได้ผลดีมากในช่วงอายุก่อน 9 เดือน⁽³⁾ แนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัดหากเด็กมาพบแพทย์หลังจาก

อายุ 3 ขวบหรือหากการรักษาแบบอนุรักษ์นิยมล้มเหลวไม่แนะนำให้ทำการผ่าตัดในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีเนื่องจากอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงผลลัพธ์การผ่าตัดจะดีมาก หากทำก่อนเด็กอายุ 4 ปี⁽⁴⁾

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 5 ปี ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งด้วยอาการนิ้วหัวแม่มือขวางอผิดรูปไม่สามารถเหยียดออกได้หลังหกล้ม แพทย์ส่งตรวจภาพถ่ายทางรังสีไม่พบว่ามีกระดูกหัก จึงให้การวินิจฉัยว่ากระดูกข้อต่อนิ้วหัวแม่มือขวางเคลื่อนและส่งตัวมาโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการดัดจัดกระดูกนิ้วหัวแม่มือขวางกลับเข้ารูปปกติและใส่อุปกรณ์พยุงตามไว้ 1 สัปดาห์ หลังถอดอุปกรณ์พยุงผู้ป่วยนิ้วหัวแม่มือขวางอผิดรูปไม่สามารถเหยียดออกได้อีก มารดาจึงพากลับมาพบแพทย์ แพทย์สงสัยโรคนิ้วหัวแม่มือล็อคแต่กำเนิด จึงถามประวัติมารดาผู้ป่วยซ้ำ ได้ความว่าไม่ได้เลี้ยงลูกเอง ฝากไว้กับตายายจึงไม่ทราบประวัติแน่ชัดตายายเด็กบอกว่าเด็กล้ม แต่ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าเด็กล้มก่อนหรือหลังนิ้วหัวแม่มือขวางอผิดรูป เพราะไม่ได้สังเกตมาก่อน แพทย์ทำการตรวจร่างกายอย่างละเอียดอีกครั้ง พบข้อต่อ interphalangeal (IP) ของนิ้วหัวแม่มือขวางอค้างอยู่ที่ 40 องศา ข้อต่อ metacarpophalangeal (MCP) โคนนิ้วหัวแม่มือขวางแอ่นไปหลังคลำได้ Notta's nodule เหนือต่อ metacarpophalangeal (MCP) 2x2 ซม. กดไม่เจ็บ เด็กไม่สามารถขยับนิ้วหัวแม่มือขวาได้ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ลักษณะทางคลินิก Congenital trigger thumb

แพทย์ตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยรายนี้ เพราะวินิจฉัยได้เมื่ออายุ 5 ปีแล้ว โดยทำการผ่าตัดภายใต้การดมยาสลบใช้สายรัดห้ามเลือดที่ต้นแขน ลงมีดบาดแผลที่ผิวหนังตามยาว ตรงรอยพับของข้อต่อ metacarpophalangeal (MCP) เส้นประสาทและเส้นเลือดถูกดึงกันไว้ ด้านข้างแผล annular pulley แรกที่หนาตัวอยู่

รวมถึงพังผืดที่ตีบแคบส่วนเหนือต่อannular pulley แรกถูกตัดออกตามแนวยาว นิ้วหัวแม่มือขวาผู้ป่วยติดเหยียดออกในทันที และสามารถจับเคลื่อนไหวได้ปกติเย็บปิดแผลด้วยไหม Nylon 4.0 หลังติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ตัดไหมแล้ว แผลดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวนิ้วหัวแม่มือขวาได้ปกติ (รูปที่2)



รูปที่ 2 การผ่าตัด released Congenital trigger thumb

วิจารณ์

โรค Congenital trigger thumb หรือนิ้วหัวแม่มือล็อกแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติที่พบในเด็กไม่บ่อย ทำให้แพทย์อาจไม่ได้ตรวจหรือสังเกตเห็นความผิดปกติของนิ้วหัวแม่มือเด็กหลังคลอด หรือแม้แต่ตอนช่วงทารก มักมาถูกพบความผิดปกติเมื่อเด็กมีการหยิบจับสิ่งของใช้มือมากขึ้นว่านิ้วหัวแม่มือค้างอยู่ในท่างอเหยียดออกไม่ได้ ทำให้ได้รับการรักษาแบบอนุรักษนิยมด้วย

การดัดยัดนิ้วหัวแม่มือและใส่อุปกรณ์พยุงตามไว้ได้ผลลัพธ์ไม่ดี เพราะควรทำในช่วงอายุระหว่าง 0-3 ปี และได้ผลดีมากหากทำในช่วงอายุก่อน 9 เดือน⁽³⁾ ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ 5 ปี จึงควรรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งผลลัพธ์โดยวิธีการผ่าตัดก็จะดีในกรณีผ่าตัดก่อนอายุ 4 ปี⁽⁴⁾

สาเหตุของโรคนิ้วหัวแม่มือล็อกแต่กำเนิดยังไม่เป็นที่เข้าใจกันดีนักได้มีการส่งตรวจชิ้นเนื้อไปlookหุ้มข้อและ Notta's nodule ก่อนหน้านี้ แต่

ไม่สามารถระบุพยาธิสภาพที่แน่ชัดได้⁽⁵⁾ การรักษา นิ้วหัวแม่มือล็อกแต่กำเนิดยังมีหลายแนวทางไม่ ชัดเจนทั้งแบบอนุรักษ์นิยมไปจนถึงการผ่าตัดใน การศึกษาการรักษา นิ้วหัวแม่มือล็อกแต่กำเนิดของ R.A. Dunsmuir et al พบว่า 11% ของ นิ้วหัวแม่มือผู้ป่วยที่ล็อกแต่กำเนิดมีการฟื้นตัวตาม ธรรมชาติ⁽⁴⁾ Baek GH et al รายงานการฟื้นตัว โดยธรรมชาติใน 63% ของ นิ้วหัวแม่มือผู้ป่วยที่ ล็อกแต่กำเนิด⁽⁶⁾ Lee ZL et al รายงานว่าการ รักษาด้วยการดัดยืดนิ้วหัวแม่มือและใส่อุปกรณ์ พยุงตามไว้ดีกว่าการปล่อยให้ฟื้นตัวตาม ธรรมชาติ⁽³⁾ แต่ Ger E et al พบว่าการปล่อยให้ นิ้วหัวแม่มือผู้ป่วยที่ล็อกแต่กำเนิดฟื้นตัวตาม ธรรมชาติหรือการรักษาด้วยการดัดยืดนิ้วหัวแม่มือ และใส่อุปกรณ์พยุงตามล้วนไม่ได้ผล และเลือกใช้ วิถีการผ่าตัด โดยแนะนำให้ผ่าตัดให้ผู้ป่วยเมื่ออายุ มากกว่า 1 ปี ถ้าการรักษาแบบอนุรักษ์นิยมไม่ได้ผล⁽⁷⁾ การผ่าตัดส่วนใหญ่ แพทย์จะลงมีดบาดแผลที่ผิวหนัง ตาม ข ว า ง ต ร ง ร อ ย พ ับ ข อ ง ขั อ ต่ อ metacarpophalangeal (MCP) แต่แพทย์บางส่วน จะเลือกลงมีดบาดแผลที่ผิวหนังตามยาวตรงรอยพับ ของข้อต่อ metacarpophalangeal (MCP) แทน เพราะมีข้อดีที่จะเกิดโอกาสบาดเจ็บต่อ เส้นประสาทและเส้นเลือดน้อยกว่า โอกาสในการ

กลับเป็นซ้ำของนิ้วหัวแม่มือล็อกแต่กำเนิดหลัง ผ่าตัดพบได้ 4% โดยมักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดก่อนอายุ 1 ปี เนื่องจากนิ้วหัวแม่มือยังเล็ก ทำให้ผ่าตัดเปิด annular pulley แรกที่หนาตัวอยู่ รวมถึงพังผืดที่ตีบแคบส่วนเหนือต่อ annular pulley แรกได้ไม่หมด⁽⁹⁾ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการ วินิจฉัยและผ่าตัดเมื่ออายุ 5 ปี ผลลัพธ์ระยะสั้น หลังการผ่าตัดที่ 2 สัปดาห์ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขยับนิ้วหัวแม่มือขวาได้ดีแต่ต้องได้รับการติดตาม อาการระยะยาว 3-6 เดือนต่อไป

สรุป

การวินิจฉัย Congenital trigger thumb หรือนิ้วหัวแม่มือล็อกแต่กำเนิดทำได้ง่ายโดยอาศัย เพียงการซักประวัติตรวจร่างกาย แต่เนื่องจากพบ ได้ไม่บ่อยทำให้แพทย์อาจไม่นึกถึงและให้การ วินิจฉัยล่าช้าได้ โดยเฉพาะหากมีประวัติอุบัติเหตุ มาทำให้สับสน การที่แพทย์สามารถตรวจพบและ วินิจฉัยโรคนี้ได้เร็วโดยเฉพาะก่อน 9 เดือน จะทำ ให้สามารถรักษาแบบอนุรักษ์นิยมได้ผลดี หาก ตรวจพบและวินิจฉัยได้หลังอายุ 1 ปีแล้ว มักต้อง รักษาด้วยการผ่าตัด และการผ่าตัดจะได้ผลดีควร ทำก่อนอายุ 4 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Noriaki K., Toshihiko O. Incidence and Development of Trigger Thumb in children. The Journal of Hand Surgery 2006; 31(4): 541-3.
2. Zhongyu Li, Ethan RW., Beth PS., et al. Surgical Treatment of Pediatric Trig ger Thumb with Metacar pophalangeal Hyperextension Laxity. Hand (N Y) 2009; 4(4): 380-84.

3. Lee ZL, Chang CH, Yang WY, et al. Extension splint for trigger thumb in children. *J Pediatr Orthop* 2006; 26(6): 785-7.
4. Dunsmuir R.A, Sherlock D.A. The outcome of treatment of trigger thumb in children. *J Bone Joint Surg [Br]* 2000; 82-B: 736-8.
5. Rafid K., Pieter VH., Barry G., et al. Pediatric Trigger Thumb in Identical Twins: Congenital or Acquired? *Orthopaedics* 2010; 33(3).
6. Back GH, Kim JH, Chung MS, et al. The natural history of pediatric trigger thumb. *J Bone Joint Surg Am.* 2008; 90(5): 980-5.
7. Ger E, Kupcha P, Ger D. The management of trigger thumb in children. *J Hand Surg Am.* 1991; 16(8): 944-7.
8. Li Z, Wiesler ER, Smith BP, et al. Surgical treatment of pediatric trigger thumb with metacarpophalangeal hyperextension laxity. *Hand (N Y)* 2009; 4(4): 380-4.
9. OY Leung, FK Ip, TC Wong, et al. Trigger thumbs in children: Results of surgical release. *Hong Kong Med J* 2011; 17(5): 372-5.

**การรักษาความพิการในสันกระดูกเข้าฟันโดยวิธีการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่
ร่วมกับการปลูกถ่ายกระดูก : รายงานผู้ป่วย 1 ราย**

มนัสนันท์ ชูลิรี ท.บ., วท.ม. ปรีทนต์ศาสตร์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศรีบรรพต

(วันรับบทความ : 23 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไขบทความ : 12 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 20 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

การชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือจีทีอาร์ เป็นวิธีการหนึ่งทางศัลยกรรมปริทันต์ที่สามารถนำมาใช้แก้ไขความพิการในสันกระดูกเข้าฟันและทำให้เกิดการสร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์ ผู้ป่วยรายนี้จากการตรวจทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีพบร่องลึกปริทันต์และความพิการในสันกระดูกเข้าฟันที่มีผนังกระดูก 2-3 ด้าน ร่วมกับความพิการง่ามรากฟันในฟันกรามล่างขวาซี่ที่ 1 หลังจากทำศัลยกรรมปริทันต์ด้วยการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือจีทีอาร์ โดยใช้แผ่นกั้นชนิดสลายเองร่วมกับกระดูกปลูกถ่ายเอกพันธ์ชนิดผ่านการทำให้แห้งภายใต้สภาวะแช่แข็งหรือเอพดีบีเอ ติดตามผลการรักษาที่ 7 เดือน พบว่าสามารถลดร่องลึกปริทันต์และเพิ่มระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ จากภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันพบปริมาณกระดูกเข้าฟันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ความพิการในกระดูกเข้าฟัน กระดูกปลูกถ่ายเอกพันธ์

Treatment of Intrabony Defect by Guided Tissue Regeneration with Allogenic Bone Graft : A Case Report

ManutsanunChoosiri D.D.S., M.Sc. Periodontology,
Dental Department, Sri Banphot Hospital

Abstract

Guided tissue regeneration (GTR) is one type of periodontal surgical treatment used to regenerate the new periodontal apparatus at the periodontal intrabony defect. The present case report, clinical and radiographic assessment found deep periodontal probing depth and 2-3 combination intrabony defects with furcation involvement at the right mandibular first molar. The surgical treatment is guided tissue regeneration (GTR) with resorbable membrane and Freeze Dried Bone Allograft (FDBA). 7 month safter treatment, the defect site showed reducing in periodontal probing depth and gaining in clinical attachment. Periapical radiographic findings exhibited alveolar bone fill.

Keywords : Guided tissue regeneration, Intrabony defect, Allograft

บทนำ

โรคปริทันต์อักเสบเรื้อรัง (Chronic periodontitis) มีสาเหตุหลักมาจากเชื้อก่อโรคปริทันต์ในคราบจุลินทรีย์ (dental plaque) ส่งผลให้เกิดการอักเสบและการทำลายของอวัยวะปริทันต์ (periodontium) ซึ่งอวัยวะปริทันต์ ประกอบด้วย เอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament) เหงือก (gingiva) เคลือบรากฟัน (cementum) และกระดูกเบ้าฟัน (alveolar bone) นอกจากนี้อาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคปริทันต์มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ และโรคเบาหวาน⁽¹⁾ ลักษณะทางคลินิกของโรคปริทันต์อักเสบจะพบ เหงือกมีสีแดง บวม น้ำ มีร่องลึกปริทันต์ (periodontal probing depth: PPD) มีเลือดออกขณะหยั่งด้วยเครื่องมือตรวจร่องลึกปริทันต์ (bleeding on probing: BOP) ฟันโยก และอาจพบการทำลายของกระดูกเบ้าฟันในภาพถ่ายรังสี

ความพิการของกระดูกเบ้าฟันสามารถแบ่งตามทิศทางการสูญเสียกระดูกเบ้าฟันเป็น 2 ประเภทได้แก่ ความพิการของกระดูกเบ้าฟันในแนวนอน (horizontal bone loss) และความพิการของกระดูกเบ้าฟันในแนวตั้ง (vertical bone loss) นอกจากนี้อาจจำแนกความพิการของกระดูกเบ้าฟันตามจำนวนของผนังกระดูกเบ้าฟันที่เหลืออยู่ เช่น ความพิการของกระดูกเบ้าฟันในแนวตั้งที่ผนังกระดูกเหลือ 3 ด้าน 2 ด้าน และ 1 ด้าน (3 wall, 2 wall, 1 wall intrabony defects)⁽²⁾ ความพิการของกระดูกเบ้าฟันที่เกิดจากการทำลายของโรคปริทันต์อักเสบมักมีรูปแบบผสมผสาน อาจพบเป็นลักษณะความพิการในสันกระดูกเบ้าฟันผนังกระดูก 3 ด้าน (3 wall intrabony defects) ในส่วนล่าง (apical) และพบความพิการในสันกระดูกเบ้าฟันผนังกระดูก 2 ด้านหรือ 1 ด้านใน

ส่วนบน (coronal) เรียกความพิการในสันกระดูกเบ้าฟันแบบผสมผสานลักษณะนี้ว่า combination intrabony defects⁽³⁾ โดยปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความพิการของกระดูกเบ้าฟันในแนวตั้งได้แก่ การบาดเจ็บจากการสบฟัน (trauma from occlusion) อาหารอัดติดซอกฟัน (food impaction) หรือการมีลักษณะทางกายวิภาคที่เอื้อให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ เช่น การมีฟันผุอยู่ใกล้ขอบเหงือก การมีขอบวัสดุอุดเกิน (overhang restoration)

เป้าหมายของการรักษาโรคปริทันต์อักเสบคือการควบคุมเชื้อที่เป็นสาเหตุและกำจัดปัจจัยเสริมต่างๆที่ทำให้เกิดโรค สามารถหยุดการลุกลามของโรค และผู้ป่วยมีสุขภาพช่องปากที่ดีสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แผนการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ ประกอบด้วย การรักษาโรคปริทันต์อักเสบขั้นต้น (initial phase) ได้แก่ การขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน (scaling and root planing) ร่วมกับการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์และกำจัดปัจจัยเสริมต่างๆ อย่างไรก็ตามในรายที่มีการทำลายของอวัยวะปริทันต์ขั้นรุนแรงและมีการทำลายของกระดูกเบ้าฟัน อาจจำเป็นต้องทำศัลยกรรมปริทันต์ในขั้นแก้ไข (corrective phase) เพื่อแก้ไขความพิการของอวัยวะปริทันต์ให้กลับสู่สภาพที่ดีและเอื้อต่อการทำความสะอาดด้วยตัวผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นจะประเมินเข้าสู่การรักษาในขั้นคงสภาพ (maintenance phase) ต่อไป

การพยากรณ์โรคปริทันต์ (periodontal prognosis) เป็นการทำนายอนาคตของฟันที่เป็นโรคปริทันต์ โดยทั่วไปการพยากรณ์โรคจะทำหลังจากการวินิจฉัยโรคเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการรักษา อย่างไรก็ตามการให้การพยากรณ์โรคอาจเปลี่ยนแปลงไปตาม

ประสบการณ์ในการรักษาของทันตแพทย์แต่ละคน ได้ McGuire และ Nunn⁽⁴⁾แบ่งระดับการพยากรณ์โรคสำหรับ ฟันแต่ละซี่ (individual tooth prognosis) ออกเป็น 5 ระดับได้แก่ good, fair, poor, questionable และ hopeless โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ระดับกระดูกเบ้าฟัน ระดับร่องลึกปริทันต์ การโยกของฟัน และรอย

โรคบริเวณง่ามรากฟัน (furcation involvement) แสดงดังตารางที่ 1 นอกจากนี้จะต้องพิจารณาปัจจัยเสริมอื่นๆที่อาจส่งผลต่อการดำเนินของโรคหรือการตอบสนองต่อการรักษา เพื่อปรับระดับการพยากรณ์โรคให้เหมาะสม เช่น ปัจจัยโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ความร่วมมือของผู้ป่วยหรือปัจจัยเฉพาะที่อื่นๆ เป็นต้น

ตารางที่ 1 การพยากรณ์โรคสำหรับฟันแต่ละซี่ ตาม McGuire และ Nunn

ระดับการพยากรณ์	คำอธิบาย
Good	ฟันที่ควบคุมปัจจัยที่ก่อโรคได้ มีอวัยวะปริทันต์ที่เพียงพอทั้งจากการตรวจทางคลินิกและภาพรังสี สามารถดูแลคงสภาพฟันได้ง่ายทั้งโดยผู้ป่วยและทันตแพทย์
Fair	ฟันที่สูญเสียอวัยวะปริทันต์ไปร้อยละ 25 จากทางคลินิกและภาพรังสี และหรือมีรอยโรคที่ง่ามรากฟันระดับ 1 ที่มีตำแหน่งและความลึกของง่ามรากฟันสามารถทำความสะอาดได้และผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี
Poor	ฟันที่สูญเสียอวัยวะปริทันต์ไปร้อยละ 50 และมีรอยโรคที่ง่ามรากฟันระดับ 2 ที่มีตำแหน่งและความลึกของง่ามรากฟันสามารถทำความสะอาดได้ยาก
Questionable	ฟันที่สูญเสียอวัยวะปริทันต์ไปมากกว่าร้อยละ 50 ทำให้มีอัตราส่วนของตัวฟันต่อรากฟัน (crown to root ratio) ไม่เหมาะสม ลักษณะรากที่ไม่เหมาะสม มีรอยโรคที่ง่ามรากฟันระดับ 2 ที่ทำความสะอาดได้ยาก หรือมีรอยโรคที่ง่ามรากฟันระดับ 3 ฟันโยก ระดับ 2-3 และมีรากฟันอยู่ใกล้กันมาก (root proximity)
Hopeless	ฟันที่มีระดับอวัยวะปริทันต์ไม่เพียงพอที่จะทำให้ฟันคงอยู่ได้ ไม่สามารถเก็บได้

การทำการศัลยกรรมปริทันต์เพื่อแก้ไขความพิการของอวัยวะปริทันต์มีได้หลายวิธี เช่น การผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือก (open flap debridement) การศัลยกรรมตัดแต่งเหงือก (gingivectomy) การศัลยกรรมตัดแต่งกระดูก (Osseous resective surgery) และการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือจีทีอาร์ (guided tissue regeneration: GTR)

การสร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์ (periodontal regeneration) เพื่อทดแทนอวัยวะปริทันต์ที่ถูกทำลายไปถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการรักษาโรคปริทันต์อักเสบ การชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือการทำจีทีอาร์เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับว่าให้ผลที่ดีในการรักษาความพิการในสันกระดูกเบ้าฟัน⁽⁵⁻⁷⁾ โดยใช้หลักการ คือ การหาย

ของแผลผ่าตัดจะกำหนดโดยชนิดของเซลล์ที่มายังบริเวณผิวดรากฟัน กล่าวคือ ถ้าเซลล์นั้นมาจากเซลล์กระดูก (bone cells) จะทำให้เกิดการละลายของผิวดรากฟัน (root resorption) และเกิดภาวะฟันยึดแข็ง (ankylosis) หากเป็นเซลล์เยื่อเหงือก (gingival epithelial cells) จะเกิดการหายแบบเยื่อเหงือกเชื่อมต่อบนแนวยาว (long junctional epithelium) กรณีเป็นเซลล์เนื้อเยื่อยึดต่อเหงือก (gingival connective tissue cells) จะทำให้เกิดการละลายของผิวดรากฟัน แต่ในกรณีที่ เป็นเซลล์จากเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal ligament cells) จะทำให้เกิดการยึดเกาะใหม่ (new connective tissue attachment) ของ อวัยวะปริทันต์ เนื่องจากเซลล์เอ็นยึดปริทันต์เป็น เซลล์ต้นกำเนิด (multipotent stem cells) ที่มี ศักยภาพพัฒนาไปเป็นเซลล์ที่มีความจำเป็นต่อการ สร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์ได้⁽⁸⁾ ดังนั้นการชักนำ ให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือการทำจี้ที่อาร์จึง เป็นการส่งเสริมเหนี่ยวนำให้มีการเจริญของเซลล์ ที่มาจากเอ็นยึดปริทันต์ โดยนำแผ่นกั้น (barrier membrane) มาขวางเซลล์ที่ไม่ต้องการ (cells exclusion) ได้แก่ เซลล์เยื่อเหงือก Nyman และคณะ⁽⁹⁾ นำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการแก้ไข ความพิการในสันกระดูกเบ้าฟันจากการลุกลามของ โรคปริทันต์อักเสบ โดยใช้แผ่นกั้น Millipore® วาง ระหว่างผิวดรากฟันและแผ่นเหงือก ประเมิน ผลการรักษาทางจุลพยาธิวิทยา (histology) พบ การสร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์เกิดขึ้น

คุณสมบัติของแผ่นกั้น ได้แก่ สามารถเข้ากับเนื้อเยื่อได้ดี (biocompatibility) สามารถกั้น เซลล์ที่ไม่ต้องการ (cell exclusion) รักษาช่องว่าง ระหว่างแผ่นเหงือกและรอยโรค (space

maintenance) ยึดติดกับแผ่นเหงือกได้ (tissue integration) และใช้งานได้ง่าย⁽¹⁰⁾

แผ่นกั้นสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ⁽¹¹⁾

1. แผ่นกั้นชนิดสลายไม่ได้ (non-resorbable membrane) ข้อดี คือ มีความทนต่อ แรงดึงและความคงรูปร่างได้นานเท่าที่ต้องการ แต่ต้องมีการผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อนำแผ่นกั้นออก ตัวอย่างเช่น โพลีเตตราฟลูออโรเอธิลีน (Expanded polytetrafluoroethylene: e-PTFE) หรือ Gore-TEX™

2. แผ่นกั้นชนิดสลายได้ (resorbable membrane) เป็นแผ่นกั้นที่สามารถละลายได้เอง ไม่ต้องมีการผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อนำออก แต่มี ข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาการคงสภาพ และแผ่น กั้นไม่คงรูป ทนต่อแรงดึงได้จำกัด ตัวอย่างเช่น คอลลาเจน (collagen) จากวัว และ หมู (BioMend®, BioGuide®) โพลีไกลโคลิคแอซิด (polyglycolic acid) หรือกลุ่มโคโพลิเมอร์ (copolymer)

การรักษาความพิการในสันกระดูกเบ้าฟัน และรอยโรคที่ง่ามรากฟันด้วยวิธีจี้ที่อาร์ให้ ผลสำเร็จทางคลินิกที่ดีกว่าการรักษาด้วยวิธีการ ผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือก โดยการรักษาด้วยวิธีจี้ที่อาร์ สามารถเพิ่มระดับการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์ (clinical attachment) และลดระดับร่องลึกปริทันต์ได้มากกว่าเมื่อติดตามผลการรักษาที่ 6 เดือน เมื่อทำการเปรียบเทียบการใช้แผ่นกั้นพบว่าแผ่น กั้นทั้ง 2 ชนิดสามารถเพิ่มระดับการยึดเกาะอวัยวะ ปริทันต์และลดระดับร่องลึกปริทันต์ไม่แตกต่างกัน⁽⁵⁾ รวมถึงเมื่อติดตามผลการรักษาด้วยวิธีจี้ที่อาร์ใน ระยะยาวพบว่าสามารถรักษาระดับการยึดเกาะ ของอวัยวะปริทันต์ให้ยังคงอยู่อย่างน้อย 2 มิลลิเมตร และไม่พบการเปลี่ยนแปลงของความ

หนาแน่นกระดูก (bone density) เมื่อทำการติดตามผลที่ 3 ปี⁽¹²⁾ ดังนั้นการใช้แผ่นกั้นชนิดสลายเองเป็นทางเลือกในการหลีกเลี่ยงการผ่าตัดครั้งที่ 2 ในช่วง 4-6 สัปดาห์เพื่อนำแผ่นกั้นออกซึ่งอาจไปรบกวนการสร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์และมีความเสี่ยงที่จะเกิดเหงือกอักเสบอีกด้วย

แผ่นกั้นชนิดสลายเองได้ ชนิดคอลลาเจน มักทำจากเอ็นของหมูและวัว ร่างกายสามารถย่อยสลายได้เองภายในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ ผ่านเอนไซม์คอลลาจีเนส (collagenase enzyme) ที่สร้างโดยเซลล์เม็ดเลือดขาว การศึกษาต่างๆที่ผ่านมา พบว่าความวิการในสันกระดูกเบ้าฟันที่ผนังกระดูกเหลือน้อยหรือมีขนาดใหญ่ เช่น ความวิการในสันกระดูกเบ้าฟันผนัง 2 ด้าน หรือรอยโรคที่งามรากฟันระดับ 2⁽¹³⁾ การรักษาด้วยวิธีการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือจี้ที่อาร์ร่วมกับการปลูกถ่ายกระดูก (bone graft) จะให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการทำจี้ที่อาร์หรือการปลูกถ่ายกระดูกเพียงอย่างเดียว⁽¹⁴⁾ โดยพบว่าสามารถลดร่องลึกปริทันต์และเพิ่มปริมาณกระดูกเบ้าฟันเมื่อประเมินด้วยภาพถ่ายรังสี เนื่องจากการปลูกถ่ายกระดูกร่วมด้วยจะป้องกันการยุบตัวของแผ่นกั้น (membrane collapse) สามารถคงสภาพก้อนเลือดไว้ (blood clot stabilization) และเป็นโครงเลี้ยงเซลล์ (scaffold) ส่งเสริมประสิทธิภาพให้เกิดการสร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์ได้ดียิ่งขึ้น^(15, 16) วัสดุกระดูกปลูกถ่ายที่ดีควรมีคุณสมบัติสามารถกระตุ้นการสร้างกระดูก (osteogenesis) มีความเข้ากันได้ทางชีวภาพ และใช้งานได้ง่าย

รายงานผู้ป่วยต่อไปนี้เป็น การนำเสนอผลการรักษาการแก้ไขความวิการในกระดูกเบ้าฟันซี่ 46 ด้วยการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือจี้ที่อาร์ร่วมกับการปลูกถ่ายกระดูก

รายงานผู้ป่วย

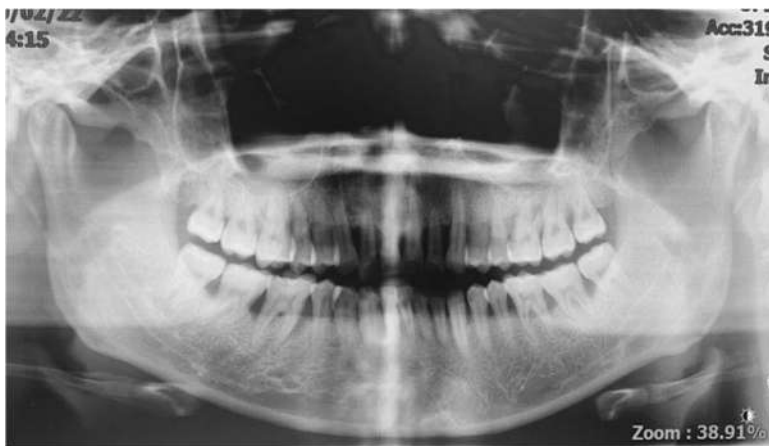
ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 26 ปี สถานภาพโสด ประกอบอาชีพพยาบาล มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการสำคัญ คือ มีฟันโยก และมีเหงือกบวมบริเวณฟันหน้าบนและล่างขวามานาน 6 เดือน ร่วมกับแปรงฟันมีเลือดซึมมาตลอดหลายเดือน ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและการแพ้ยา ผู้ป่วยเคยได้รับการอุดฟันน้ำลายเหนือเหงือกและอุดฟัน ผู้ป่วยแปรงฟันวันละ 2 ครั้งด้วยแปรงขนนุ่ม น้ำยาดัดตรง ร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ชนิดครีม ด้วยวิธีขยับ-ปิด (modified bass technique) มีการใช้ไหมขัดฟันเป็นบางครั้ง

การตรวจภายในช่องปาก พบริมฝีปากเนื้อเยื่อในช่องปาก เพดานปากและกระพุ้งแก้มมีลักษณะปกติ สภาพเหงือกโดยทั่วไปมีสีแดงคล้ำ ขอบเหงือกมนกลมบวม น้ำเหงือกสามเหลี่ยมระหว่างฟัน (interdental papilla) มีลักษณะหุบและพบมีเลือดออกขณะหยั่งด้วยเครื่องมือตรวจร่องลึกปริทันต์โดยทั่วไป พบหินน้ำลายเหนือเหงือกและใต้เหงือกระดပ်ปานกลางพบการสบฟันก่อบาดเจ็บ (occlusal trauma) ที่ฟันซี่ 12/42, 13/43, 22/32, 23/33 พบคราบจุลินทรีย์สะสมระดับปานกลางโดยทั่วไป และมีเศษอาหารติดซอกฟันบริเวณระหว่างฟันซี่ 45/46 และ 36/37 ขอบเหงือกโดยทั่วไปอยู่ระดับรอยต่อเคลือบฟันและเคลือบรากฟัน (cemento-enamel junction: CEJ) บางตำแหน่งพบขอบเหงือกอักเสบ 1-2 มิลลิเมตร พบร่องลึกปริทันต์ 4-6 มิลลิเมตรโดยทั่วไปยกเว้นฟันซี่ 23, 24, 25, 26, 43, 12, 15, 16 พบ 7-9 มิลลิเมตร ส่วนฟันซี่ 46 ด้านใกล้กลาง (mesial) และไกลกลาง (distal) พบร่องลึกปริทันต์ 11 และ 10 มิลลิเมตร ตามลำดับตำแหน่งกึ่งกลางด้านลิ้น (midlingual) ฟันซี่ 46 พบ 9 มิลลิเมตรพบรอย

โรคที่ง่ามรากฟันระดับ 1 ทางด้านแก้ม (buccal) และด้านลิ้น (lingual) และเมื่อใช้เครื่องมือปริทันต์ สอดลงไปพบมีหนองซึม (pus) ฟันตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิต (positive to electrical pulp test) ตรวจระดับการโยกของฟันตามแนวทางของ Miller⁽¹⁷⁾ พบว่าฟันโยกระดับ 1 โดยทั่วไป ยกเว้นฟันซี่ 12,15,46 พบฟันโยกระดับ 2

ลักษณะภาพถ่ายรังสีปริทัศน์ (panoramic radiograph) (รูปที่ 1) และภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (periapical radiograph) (รูปที่ 2) พบการทำลายของกระดูกเบ้าฟันในระดับปานกลางโดยทั่วไป ฟันซี่ 46 ด้านใกล้กลางพบการทำลายของกระดูกเบ้าฟันในแนวตั้งระดับรุนแรง (severe vertical bone loss) และการทำลายของ

กระดูกบริเวณง่ามรากฟันให้การวินิจฉัย generalized moderate to severe chronic periodontitis⁽¹⁸⁾ และให้การพยากรณ์โรคในภาพรวมเป็นระดับกลาง (fair) เนื่องจากผู้ป่วยมีการสูญเสียอวัยวะปริทันต์ไปร้อยละ 25-50 ของความยาวรากฟัน ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี ให้ความร่วมมือในการรักษา และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี สามารถรับการรักษาย่างสม่ำเสมอเมื่อพิจารณาการพยากรณ์โรคสำหรับฟันแต่ละซี่ตาม McGuire และ Nunn⁽⁴⁾ พบว่าฟันซี่ 46 ให้การพยากรณ์โรคระดับ questionable เนื่องจากมีการสูญเสียอวัยวะปริทันต์ไปมากกว่าร้อยละ 50 ของความยาวรากฟัน ร่วมกับมีรอยโรคที่ง่ามรากฟันระดับ 1 และมีฟันโยกระดับ 2



รูปที่ 1 ภาพถ่ายรังสีปริทัศน์แสดงลักษณะกระดูกเบ้าฟันทั้งปากก่อนการรักษาในขั้นต้น



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันแสดงลักษณะกระดูกเบ้าฟันซี่ 46 ก่อนการรักษาในขั้นต้น

แผนการรักษาของผู้ป่วยการรักษารักษาขั้นต้น (initial phase) ทำการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟันทั้งปาก โดยแบ่งการรักษาเป็น 4 ครั้ง (4 Quadrants) ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ร่วมกับการฉีดล้างด้วย 0.12% คลอเฮกซีดีนกลูโคเนต (0.12% chlorhexidine gluconate) ให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านจุลชีพอะม็อกซิซิลิน (Amoxycillin) 500 มิลลิกรัมครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร

เป็นเวลา 7 วัน (ภายหลังการรักษาในครั้งแรก) ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก หลังจากนั้นประเมินสภาพปริทันต์ (re-evaluation) ที่ 4 สัปดาห์หลังการขูดหินน้ำลายและเกลารากฟัน พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ดี และพบคราบจุลินทรีย์เล็กน้อย ฟันซี่ 46 ยังคงพบร่องลึกปริทันต์ด้านใกล้กลาง 10 มิลลิเมตร และ 8 มิลลิเมตรทางด้านไกลกลางร่วมกับมีเลือดออก

ขณะยังด้วยเครื่องมือตรวจร่องลึกปริทันต์ ฟันโยก ระดับ 1 เคาะไม่เจ็บ (negative to percussion) และมีเหงือกอักเสบ ผู้ป่วยให้ประวัติยังมีเศษอาหารติดซอกฟันบางครั้ง ทำการขูดหินน้ำลายเกลารากฟันซ้ำ และวางแผนเข้าสู่ขั้นคงสภาพ (maintenance phase) ทุก 3 เดือน

การรักษาขั้นคงสภาพ นัดผู้ป่วยกลับมาเพื่อทำการขูดหินน้ำลายเกลารากฟัน และประเมินสภาวะปริทันต์ (6 เดือน) ยังคงพบเหงือกอักเสบเล็กน้อยโดยทั่วไปฟันซี่ 46 ยังคงเหลือร่องลึกปริทันต์ 7-9 มิลลิเมตรที่ด้านใกล้กลางและ 7 มิลลิเมตรที่ด้านไกลกลาง ร่วมกับมีเลือดออกขณะยังด้วยเครื่องมือตรวจร่องลึกปริทันต์ และตรวจไม่พบหนอง

ซีมี พบรอยโรคที่ง่ามรากฟันระดับ 1 ทางด้านแก้ม ฟันตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิต และฟันโยก ระดับ 1 ตรวจไม่พบการสบฟันก่อนบาดเจ็บ (รูปที่ 3) จากภาพถ่ายรังสีกัดปีกในแนวตั้ง (vertical bitewing radiograph) (รูปที่ 4) ฟันซี่ 46 ด้านใกล้กลางพบการทำลายของกระดูกเข้าฟันในแนวตั้งระดับรุนแรงที่มีระดับกระดูกเหลือร้อยละ 25 ของความยาวรากฟัน จึงวางแผนการรักษาขั้นแก้ไข (corrective phase) โดยพิจารณาศัลยกรรมปริทันต์ด้วยการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือใช้วิธีการร่วมกับการปลูกถ่ายกระดูกเพื่อหวังผลการเกิดการสร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์ที่ถูกทำลายไปและลดความลึกของความพิการในสันกระดูกเข้าฟัน



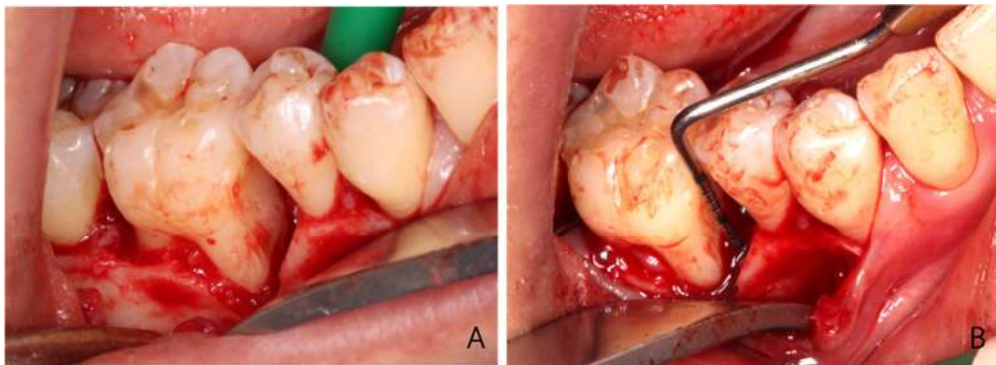
รูปที่ 3 ภาพทางคลินิกก่อนการทำศัลยกรรมปริทันต์ (ภายหลังการรักษาในขั้นต้น)



รูปที่ 4 ภาพถ่ายรังสีกัดปีกในแนวตั้งฟันซี่ 46 ภายหลังการรักษาในขั้นต้น 6 เดือน

ขั้นตอนการทำศัลยกรรมปริทันต์ทำการฉีดยาชาด้วย 2% lidocaine ที่มี epinephrine 1:100000 จำนวน 2 หลอด กรีดแผ่นเหงือกด้วยมีดผ่าตัดเบอร์ 15C โดยการกรีดในร่องเหงือก (sulcular incision) จากแนวบรรจบด้านใกล้กลางของฟันซี่ 44 (44 distal line angle) ถึงแนวบรรจบด้านใกล้กลางของฟันซี่ 47 (47 distal line angle) ทั้งด้านลิ้นและด้านแก้ม หลังจากนั้น เปิดแผ่นเหงือกแบบเก็บเยื่อหุ้มกระดูกไว้กับแผ่นเหงือก (full thickness flap) กำจัดเนื้อเยื่อ

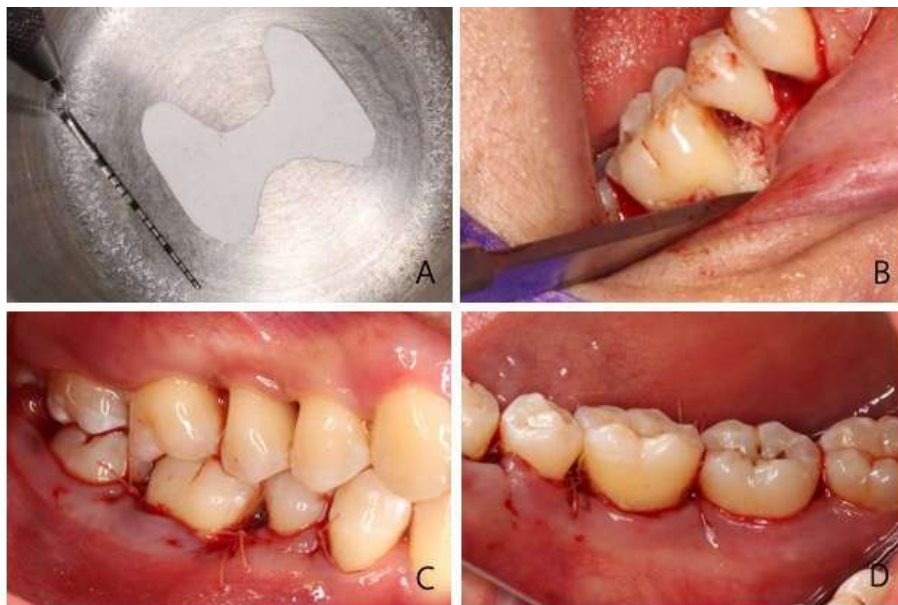
อักเสบ (degranulation) และเกลารากฟัน ทางด้านใกล้กลางของฟันซี่ 46 พบลักษณะความพิการในสันกระดูกเข้าฟันแบบผสมผสานที่มีผนังกระดูก 2-3 ด้าน (combination 2-3 wall intrabony defects) จุดลึกสุด 7 มิลลิเมตรกว้าง 4 มิลลิเมตร ส่วนด้านไกลกลางของฟันซี่ 46 พบความพิการในสันกระดูกเข้าฟันที่มีผนัง 3 ด้าน (3 wall intrabony defects) มีความลึก 1-2 มิลลิเมตร และพบความพิการของกระดูกที่ง่ามรากฟันระดับ 1 (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 ภาพทางคลินิกแสดงลักษณะความพิการในสันกระดูกเข้าฟันแบบผสมผสานที่มี
ผนังกระดูก 2-3 ด้าน (A,B)

จากนั้นลองแผ่นกั้นชนิดย่อยสลายได้ BioMend® ขนาดกว้าง 15 มิลลิเมตร และยาว 20 มิลลิเมตร ตัดเป็นรูปตัวไอให้ครอบคลุมในส่วนความพิการออกไปประมาณ 2 มิลลิเมตรโดยรอบ ทำการปิดแผ่นเหงือกและตรวจสอบพบว่าสามารถครอบคลุมแผ่นกั้นได้ทั้งหมด เติมกระดูกลงในรอยโรคซึ่งเป็นกระดูกปลูกถ่ายเอกพันธ์ชนิดผ่านการทำให้แห้งภายใต้สภาวะแช่แข็ง (Freeze Dried Bone Allograft : FDBA) SureOss® ขนาด 0.5 ซี

ซีที่ผ่านการเตรียมโดยผสมน้ำเกลือ (0.9% Normal Saline) วางแผ่นกั้น แล้วเย็บแผ่นเหงือกทั้งสองด้านปิดบนแผ่นกั้นด้วยไหมละลายชนิดเส้นใยเดี่ยว (monofilament) ขนาด 4-0 (Maxon™ 4-0) เย็บแผลแบบทีละปม (simple interrupted suture) ได้รอยเย็บแบบปฐมภูมิ (primary closure) ปิดแผลด้วยยาปิดแผลปริทันต์ (COE-PAK™ periodontal dressing) (รูปที่ 6)



รูปที่ 6 แผ่นเยื่อ BioMend® ที่ตัดให้ได้รูปร่างเหมาะสม (A) ภาพทางคลินิกฟันซี่ 46 หลังจากเติมกระดูกปลูกถ่าย FDBA (B) ภาพทางคลินิกเย็บปิดแผลด้วยไหม Maxon™ 4-0 ด้านแก้ม (C) และด้านลิ้น (D) ด้วยวิธีเย็บแบบทีละปม (simple interrupted suture)

การดูแลแผลหลังการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยงดการใช้งานบริเวณฟันที่ทำศัลยกรรมปริทันต์ ทำความสะอาดบริเวณช่องปากอื่นๆ ด้วยแปรงสีฟันให้สะอาด และใช้น้ำยาบ้วนปาก 0.12% คลอเฮกซีดินกลูโคเนต อมกั้วปากเข้าเย็น ครั้งละ 1 นาทีเป็นเวลา 14 วัน และรับประทานยาต้านจุลชีพอะม็อกซิซิลลิน (Amoxycillin) 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร เป็นเวลา 7 วัน ร่วมกับยาแก้ปวดพาราเซตามอล (Paracetamol) 500 มิลลิกรัม และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ไบบูโพรเฟน (Ibuprofen) 400 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารทันที เมื่อมีอาการปวด

ติดตามผลภายหลังการรักษาที่ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ทำการกำจัดยาปิดแผลปริทันต์ออกและล้างแผลด้วยน้ำเกลือ ตรวจไม่พบ membrane exposure นัดติดตามผลภายหลังการรักษาที่ 2 สัปดาห์ พบแผลหายดี ไม่มีการอักเสบ ตรวจไม่พบ membrane exposure ทำการล้างแผลและตัดไหมออกทั้งหมด หลังจากนั้นติดตามผลภายหลังการรักษาที่ 1 เดือนอีกครั้ง ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ แผลผ่าตัดหายเป็นปกติ พบเหงือกสามเหลี่ยม

ระหว่างฟันซี่ 45 และ 46 บวมแดงเล็กน้อย (mild bulbous interdental papilla) และพบฟันโยกระดับ 1 ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากและเน้นย้ำการใช้ไหมขัดฟัน

ติดตามผลการรักษาอีกครั้งที่ระยะเวลา 7 เดือนพบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ มีเหงือกอักเสบแดงเล็กน้อยบริเวณด้านลิ้น และมีคราบจุลินทรีย์สะสมเล็กน้อย ฟันซี่ 46 ด้านใกล้กลางจากเดิมมีร่องลึกปริทันต์ 11 มิลลิเมตร ลดลงเหลือ 4-5 มิลลิเมตรร่วมกับมีเลือดออกขณะหยั่งด้วยเครื่องมือตรวจร่องลึกปริทันต์ เหงือกกรนเพิ่มขึ้น 1 มิลลิเมตร ฟันโยกระดับ 1 ตรวจไม่พบรอยโรคที่ง่ามรากฟัน และผู้ป่วยให้ประวัติว่ายังคงมีเศษอาหารติดซอกฟันเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยทำความสะอาดได้ดี ลักษณะภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน พบว่ามีความสูงและความหนาแน่นของกระดูกเบ้าฟันเพิ่มมากขึ้น (รูปที่ 7) ทำการเน้นย้ำการใช้ไหมขัดฟันและชุดหินน้ำลายเกลารากฟันซ้ำและวางแผนนัดมาประเมินสภาพปริทันต์ทุก 3 เดือน และถ่ายภาพรังสีอีกครั้งที่ระยะเวลา 1 ปี



รูปที่ 7 ภาพทางคลินิกด้านแก้ม (A) ด้านลิ้น (B) และภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (C) ภายหลังการรักษา 7 เดือน ภาพถ่ายรังสีพบมีความสูงและความหนาแน่นของกระดูกเบ้าฟันเพิ่มมากขึ้น

วิจารณ์

การรักษาความพิการในสันกระดูกเข้าฟัน ด้วยวิธีการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือจี้ที่อาร์นั้น มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาในทุกขั้นตอน ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านลักษณะความพิการของกระดูก ด้านการผ่าตัดและการดูแลแผลหลังการผ่าตัด ลักษณะความพิการของกระดูกถือเป็นปัจจัยที่สำคัญ จำนวนผนังกระดูกมีผลต่อความสำเร็จในการรักษา โดยความพิการในสันกระดูกที่มีผนัง 3 ด้านจะให้ผลเพิ่มระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์และเพิ่มปริมาณกระดูกเข้าฟันได้ดี⁽¹⁹⁾ เนื่องจากมีโครงสร้างที่สามารถพยุงและรองรับวัสดุกระดูกปลูกถ่ายและแผ่นกั้นได้ (containable defect) ในขณะที่ความพิการในสันกระดูกที่มีผนัง 2 ด้าน จะคาดหวังผลสำเร็จได้ยากขึ้น ส่วนความพิการในสันกระดูกที่มีผนัง 1 ด้านมีความเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวมากกว่าชนิดผนัง 3 ด้าน 10.4 เท่า เมื่อพิจารณาความลึกของความพิการในสันกระดูกและมุมของรอยโรคกับผิวรากฟัน พบว่าความพิการในสันกระดูกที่มีความลึกตั้งแต่ 4 มิลลิเมตรขึ้นไป⁽⁷⁾ และมีลักษณะแคบหรือมีมุมของรอยโรคกับผิวรากฟันน้อยกว่า 25 องศา จะให้ผลเพิ่มระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์และปริมาณกระดูกเพิ่มขึ้นมากกว่ารอยโรคที่กว้างมากกว่า 37 องศา⁽⁶⁾ นอกจากนี้ความหนาของเหงือกยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง พบว่าเหงือกที่มีลักษณะบางน้อยกว่า 1 มิลลิเมตร จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเหงือกกร่นและฉีกขาด อาจเกิด membrane exposure ได้⁽²⁰⁾ ปัจจัยถัดมาคือระดับการโยกของฟัน โดยพบว่าฟันไม่ควรโยกเกินระดับ 1⁽²¹⁾ เนื่องจากฟันที่โยกจะทำให้เกิดการขยับของขอบแผล รบกวนการคงสภาพของลิ่มเลือด (blood clot stability) และส่งผลขัดขวางการงอกใหม่ของอวัยวะปริทันต์ได้ สำหรับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย การสูบบุหรี่

ส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษา Rosenberg และคณะ⁽²²⁾ พบว่าในผู้ที่สูบบุหรี่จะมีผลการรักษาทางคลินิกแย่งและมีโอกาสเกิด membrane exposure มากขึ้นด้วยนอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ควบคุมอนามัยช่องปากได้ดีและสามารถกลับมาทำการรักษาในชั้นคงสภาพได้อย่างสม่ำเสมอจะสามารถยกระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ได้ถึง 3 ปี⁽²³⁾ รายงานผู้ป่วยฉบับนี้สอดคล้องกับปัจจัยที่ได้กล่าวมาข้างต้น โดยพบความพิการในสันกระดูกเข้าฟันที่มีผนัง 2-3 ด้าน มีความลึกมากกว่า 4 มิลลิเมตร ร่วมกับมีรอยโรคที่ง่ามรากฟัน เหงือกไม่บาง ผู้ป่วยสามารถดูแลอนามัยช่องปากได้ดีและไม่สูบบุหรี่ จึงเหมาะสมที่จะเลือกวิธีการชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือจี้ที่อาร์ ร่วมกับการปลูกถ่ายกระดูก

ปัจจัยด้านผ่าตัด การปลูกถ่ายกระดูกด้วยเนื้อเยื่อกระดูกของผู้ป่วยเอง (autogenous bone graft) ให้ผลสำเร็จในการรักษาสูงเนื่องจากมีเซลล์สร้างกระดูกทำให้มีคุณสมบัติในการสร้างกระดูกใหม่ (osteogenesis) แต่มีข้อเสีย คือ ต้องมีแผลผ่าตัด 2 ตำแหน่ง ในกรณีผู้ป่วยรายนี้ไม่มีบริเวณสันกระดูกว่างที่มีพื้นที่เพียงพอในการที่จะเก็บเนื้อเยื่อกระดูก จึงเลือกใช้กระดูกปลูกถ่ายเอกพันธ์ชนิดผ่านการทำให้แห้งภายใต้สภาวะแช่แข็ง (Freeze Dried Bone Allograft : FDBA) เนื้อเยื่อกระดูกมีความคงรูป เพื่อหวังผลเป็นโครงสร้างให้เซลล์สร้างกระดูกเจริญเติบโตได้ (osteoconduction) และป้องกันการยุบตัวของแผ่นกั้นการศึกษายังพบว่าการใช้กระดูกปลูกถ่าย FDBA และกระดูกปลูกถ่ายเอกพันธ์ชนิดผ่านการละลายแร่ธาตุทำให้แห้งในอุณหภูมิต่ำ (Demineralized Freeze Dried Bone Allograft : DFDBA) ให้ผลเพิ่มปริมาณกระดูกไม่แตกต่างกัน⁽²⁴⁾ และกรณีผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้เป็นแผ่นกั้นชนิดสลายได้ BioMend® ทำจากคอลลาเจนวัว มีความ

อ่อนตัว ใช้งานง่าย ย่อยสลายภายใน 2 เดือน มีการตัดแผ่นกันได้ครอบคลุมความพิการ และสามารถเย็บปิดแผลได้แนบสนิท ไม่พบการเกิด membrane exposure และไม่ต้องมีการผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อนำแผ่นกันออก ทำให้ลดการสัมผัสกับแบคทีเรียที่จะรบกวนการสร้างใหม่ของอวัยวะปริทันต์และป้องกันการเกิดเหงือกกรันด้วย สำหรับการดูแลแผลหลังการผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพนาน 1 สัปดาห์ ร่วมกับใช้น้ำยาบ้วนปาก 0.12% คลอเฮกซีดีนกลูโคเนตเพื่อหวังผลลดปริมาณเชื้อจุลินทรีย์และป้องกันการติดเชื้อหลังการผ่าตัดที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการหายของแผล^(25, 26)

ผลการรักษาในผู้ป่วยรายนี้ได้ผลการรักษาที่ดี สอดคล้องกับผลการรักษาของ Laurel และคณะ⁽⁷⁾ รายงานไว้ว่าการทำจีทีอาร์เพื่อแก้ไขความพิการในสันกระดูกเบ้าฟันให้ผลเพิ่มระดับการยึดเกาะอวัยวะปริทันต์และลดร่องลึกปริทันต์เฉลี่ย 4 และ 5 มิลลิเมตร ตามลำดับ กรณีผู้ป่วยรายนี้สามารถลดร่องลึกปริทันต์ 6 มิลลิเมตร เพิ่มระดับการยึดเกาะของอวัยวะปริทันต์ 4 มิลลิเมตร พบความสูงและความหนาแน่นของกระดูกเบ้าฟันเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามการรักษาที่ระยะเวลา 7 เดือนสามารถช่วยให้การพยากรณ์โรคปริทันต์ในฟันซี่นี้ดีขึ้น โดยเปลี่ยนจากระดับ questionable เป็นระดับ fair ทำให้ลดโอกาสการสูญเสียฟันและสามารถเก็บรักษาฟันธรรมชาติไว้ใช้งานได้

ข้อจำกัดของกรณีผู้ป่วยรายนี้ คือยังคงมีปัจจัยเฉพาะที่ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคปริทันต์อักเสบ คือ อาหารอัดติดซอกฟัน (food impaction) ระหว่างฟันซี่ 45 และ 46 ร่วมกับการมีสัมผัสฟันหลวม (loose contact) ซึ่งจะเป็นตำแหน่งที่ส่งเสริมให้เกิดการสะสมของคราบจุลินทรีย์ และยังสัมพันธ์กับการ

เพิ่มของร่องลึกปริทันต์ด้วย⁽²⁷⁾ จึงได้เน้นย้ำการทำความสะอาดด้วยการใช้ไหมขัดฟัน ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมอนามัยช่องปากได้ดีทำการวางแผนการรักษาในขั้นคงสภาพ โดยนัดมาประเมินสภาพปริทันต์ทุก 3 เดือนเพื่อคงผลการรักษาที่ดีในระยะยาว

สรุป

การชักนำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ร่วมกับการปลูกถ่ายกระดูก เป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขความพิการในสันกระดูกเบ้าฟันที่ให้ผลการรักษาที่ดีในระยะยาวและช่วยยกระดับการพยากรณ์โรคในฟันซี่นั้นให้ดีขึ้น ทั้งนี้ต้องมีการวางแผนการรักษาและการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสม ทั้งลักษณะทิศทางการสูญเสียกระดูกเบ้าฟัน จำนวนผนังกระดูกที่เหลือ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลอนามัยช่องปากที่ดี สามารถรับการรักษาระดับคงสภาพได้อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงมีศักยภาพในเรื่องค่าใช้จ่ายด้วย ทันตแพทย์ต้องมีการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม สามารถวิเคราะห์และกำจัดปัจจัยเสริมต่างๆ ก่อนการทำศัลยกรรมปริทันต์ ในขั้นตอนผ่าตัดมีการเลือกใช้แผ่นกันและกระดูกปลูกถ่ายที่เหมาะสม ทำการผ่าตัดด้วยความนุ่มนวลและผู้ป่วยมีการดูแลแผลภายหลังการผ่าตัดที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้การรักษาประสบผลสำเร็จได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงอัษฎา ประเดิมดี ทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาปริทันต์ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ สำหรับคำแนะนำในการเขียนรายงานผู้ป่วย และทันตแพทย์หญิงมินทร์ฐิตา รุ่งเรืองพัฒนา กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลปราสาท สำหรับความช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Kornman KS. Mapping the Pathogenesis of Periodontitis: A New Look. *Journal of Periodontology* 2008; 79(8S): 1560-8.
2. Goldman HM, Cohen DW. The Infrabony Pocket: Classification and Treatment. *The Journal of Periodontology* 1958; 29(4): 272-91.
3. Papapanou PN, Tonetti MS. Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions. *Periodontol* 2000 2000; 22: 8-21.
4. McGuire MK, Nunn ME. Prognosis versus actual outcome. II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. *J Periodontol* 1996; 67(7): 658-65.
5. Murphy KG, Gunsolley JC. Guided tissue regeneration for the treatment of periodontal intrabony and furcation defects. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003; 8(1): 266-302.
6. Cortellini P, Tonetti MS. Focus on intrabony defects: guided tissue regeneration. *Periodontol* 2000 2000; 22: 104-32.
7. Laurell L, Gottlow J, Zybutz M, Persson R. Treatment of intrabony defects by different surgical procedures. A literature review. *J Periodontol* 1998; 69(3): 303-13.
8. Karring T, Nyman S, Gottlow J, Laurell L. Development of the biological concept of guided tissue regeneration--animal and human studies. *Periodontol* 2000 1993; 1: 26-35.
9. Nyman S, Lindhe J, Karring T, Rylander H. New attachment following surgical treatment of human periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1982; 9(4): 290-6.
10. Gottlow J. Guided tissue regeneration using bioresorbable and non-resorbable devices: initial healing and long-term results. *J Periodontol* 1993; 64(11 Suppl): 1157-65.
11. Aurer A, Jorgiè-Srdjak K. Membranes for Periodontal Regeneration. *Acta Stomatol Croat* 2004; 39.
12. Christgau M, Schmalz G, Wenzel A, Hiller KA. Periodontal regeneration of intrabony defects with resorbable and non-resorbable membranes: 30-month results. *J Clin Periodontol* 1997; 24(1): 17-27.

13. Hamp SE, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multirooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol* 1975; 2(3): 126-35.
14. Reynolds MA, Aichelmann-Reidy ME, Branch-Mays GL, Gunsolley JC. The efficacy of bone replacement grafts in the treatment of periodontal osseous defects. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003; 8(1): 227-65.
15. Reynolds MA, Kao RT, Camargo PM, Caton JG, Clem DS, Fiorellini JP, et al. Periodontal regeneration - intrabony defects: a consensus report from the AAP Regeneration Workshop. *J Periodontol* 2015; 86(2 Suppl): S105-7.
16. Sculean A, Nikolidakis D, Schwarz F. Regeneration of periodontal tissues: combinations of barrier membranes and grafting materials - biological foundation and preclinical evidence: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2008; 35(8 Suppl): 106-16.
17. Miller SC. *Textbook of Periodontia*. Philadelphia: Blakiston Co; 1950.:91.
18. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 1999; 4(1): 1-6.
19. Selvig KA, Kersten BG, Wikesjö UM. Surgical treatment of intrabony periodontal defects using expanded polytetrafluoroethylene barrier membranes: influence of defect configuration on healing response. *J Periodontol* 1993; 64(8): 730-3.
20. Anderegg CR, Metzler DG, Nicoll BK. Gingiva thickness in guided tissue regeneration and associated recession at facial furcation defects. *J Periodontol* 1995; 66(5): 397-402.
21. Trejo PM, Weltman RL. Favorable periodontal regenerative outcomes from teeth with presurgical mobility: a retrospective study. *J Periodontol* 2004; 75(11): 1532-8.
22. Rosenberg ES, Cutler SA. The effect of cigarette smoking on the long-term success of guided tissue regeneration: a preliminary study. *Ann R Australas Coll Dent Surg* 1994; 12: 89-93.
23. Cortellini P, Pini-Prato G, Tonetti M. Periodontal regeneration of human infrabony defects (V). Effect of oral hygiene on long-term stability. *J Clin Periodontol* 1994; 21(9): 606-10.

24. Rummelhart JM, Mellonig JT, Gray JL, Towle HJ. A comparison of freeze-dried bone allograft and demineralized freeze-dried bone allograft in human periodontal osseous defects. *J Periodontol* 1989; 60(12): 655-63.
25. Sanders JJ, Sepe WW, Bowers GM, Koch RW, Williams JE, Lekas JS, et al. Clinical evaluation of freeze-dried bone allografts in periodontal osseous defects. Part III. Composite freeze-dried bone allografts with and without autogenous bone grafts. *J Periodontol* 1983; 54(1): 1-8.
26. Nowzari H, Slots J. Microorganisms in polytetrafluoroethylene barrier membranes for guided tissue regeneration. *J Clin Periodontol* 1994; 21(3): 203-10.
27. Hancock EB, Mayo CV, Schwab RR, Wirthlin MR. Influence of interdental contacts on periodontal status. *J Periodontol* 1980; 51(8): 445-9.

Coping with Shift Work in Healthcare Provider

“เมื่อต้องทำงานเป็นกะ” กิน-นอน อย่างไรดี

ณิชากร บัญยกุล พ.บ.

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

(วันรับบทความ : 23 มกราคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 17 พฤษภาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 30 พฤษภาคม 2565)

การทำงานเป็นกะ (shift work) เป็นลักษณะงานที่พบในสถานที่ทำงานที่ต้องเปิดให้บริการ ตลอด 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลก็เป็นสถานที่หนึ่งที่มีบุคลากรส่วนใหญ่ทำงานเป็นกะ ซึ่งเป็นการทำงานที่ไม่ตรงกับนาฬิกาชีวภาพ (Circadian rhythm) อันเป็นวงจรของระบบการทำงานในร่างกายมนุษย์ตามธรรมชาติ โดยเวลากลางวันจะต้องตื่นเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ และกลางคืนเป็นช่วงเวลาของการพักผ่อน การทำงานเป็นกะจึงส่งผลโดยตรงต่อการใช้ชีวิตประจำวัน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการนอนหลับ^(1,2,8) หากผู้ทำงานเป็นกะไม่สามารถบริหารจัดการเวลาและการทำงานประจำวันได้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมาและย่อมส่งผลถึงประสิทธิภาพในการทำงานด้วย^(1,2,8)

ตัวอย่างการศึกษาเรื่องผลของการทำงานเป็นกะที่มีผลต่อการรับประทานอาหารในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศมอลตา ซึ่งเป็นประเทศที่มีอัตราของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากที่สุดในยุโรป พบว่า การทำงานเป็นกะส่งผลต่อพฤติกรรมการนอน การกิน และยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานเป็นกะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง⁽¹⁾

ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณีเอง มีบุคลากรหลายร้อยคนที่ต้องทำงานเป็นกะทั้งแพทย์ พยาบาลผู้ช่วยพยาบาล พนักงานเปล เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ แม่บ้าน ตลอดจนเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย บุคลากรจึงควรมีความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร วางแผนการนอนและการทำกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพจากการทำงานเป็นกะ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในบทความนี้ ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลหลักฐานทางวิชาการจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตัว ดังนี้

วางแผนมื้ออาหารอย่างไร ?

- รับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ โดยแนะนำให้รับประทานอาหารมื้อหลักก่อนการทำงาน หากทำงานเวรบ่าย ควรรับประทานอาหารมื้อหลักช่วงเวลาเที่ยงหรือถ้าทำงานเวรดึก ควรรับประทานอาหารมื้อหลักช่วงเย็นและสามารถพกพาอาหารว่างที่มีประโยชน์ อาทิเช่น ผลไม้ ถั่ว ธัญพืช แครกเกอร์ มารับประทานในช่วงระหว่างการทำงานได้^(3,8)
- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อใหญ่ในช่วงกลางคืน เนื่องจากจะทำให้เกิด

อาการปวดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย และท้องผูกได้^(3,8)

- ไม่ควรงดมื้ออาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง เนื่องจากจะทำให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะอดอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียได้ และไม่ควรรวบมื้ออาหารโดยรับประทานอาหารมื้อใหญ่เพียงมื้อเดียว เพราะจะทำให้ควบคุมปริมาณอาหารที่เหมาะสมได้ยาก มีโอกาสจะได้รับพลังงานมากเกินไปจนเกินความจำเป็นของร่างกาย^(3,8)
- ควรวางแผนการเลือกซื้ออาหาร หรือเตรียมอาหารที่จะรับประทาน ให้สอดคล้องกับเวลา ความสะดวกและสุขภาพของตนเอง โดยเลือกเมนูที่มีประโยชน์และอ่านฉลากโภชนาการก่อนตัดสินใจซื้อเสมอ⁽⁵⁾
- วางแผนเวลาในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม และพยายามทำให้ได้ตามตารางมากที่สุด หากมื้ออาหารจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนตามกะการทำงานที่เปลี่ยนแปลง แนะนำให้เว้นระยะของมื้ออาหารไม่เกิน 6 ชั่วโมงระหว่างมื้อ⁽⁸⁾

เลือกอาหารอย่างไร ?

- เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ในสัดส่วนที่เหมาะสม ให้ได้สารอาหารครบทุกประเภท โดยพลังงานที่ควรได้รับขึ้นกับอายุ เพศ โรคประจำตัว และลักษณะกิจวัตรประจำวัน^(4,6,8)
- หลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง หรืออุดมไปด้วยไขมัน เช่น ของทอด การรับประทานอาหารกลุ่มนี้ก่อนการทำงาน

จะทำให้เกิดอาการแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย และการรับประทานปริมาณมาก ยังเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและโรคเบาหวาน^(3,4,8)

- เลือกอาหารว่างที่มีประโยชน์ ได้แก่ ผลไม้ ถั่ว ธัญพืช และหลีกเลี่ยงอาหารว่างที่มีน้ำตาลสูง^(3,4,8)
- ดื่มน้ำเปล่าให้เพียงพอ อย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน (ประมาณ 1.5-2 ลิตรต่อวัน) การดื่มน้ำที่เพียงพอจะช่วยให้รู้สึกสดชื่น ไม่อ่อนเพลียตลอดระยะเวลาการทำงาน โดยแนะนำให้พกพาขวดน้ำดื่มไปทำงานด้วยเสมอ⁽⁵⁾
- นอกจากน้ำเปล่า ยังสามารถเลือกดื่มน้ำผักผลไม้แบบโซเดียมต่ำ น้ำสมุนไพรไม่หวาน แต่ควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์^(3,4,8)
- การดื่มน้ำกาแฟ ชา หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน จะช่วยให้ร่างกายตื่นตัวมากขึ้นขณะทำงาน แต่ไม่ควรดื่มเกินวันละ 2-3 แก้ว และควรจำกัดเวลาดื่ม ก่อนการสิ้นสุดการทำงานอย่างน้อย 4-5 ชั่วโมง เนื่องจากจะส่งผลต่อการนอนหลับหลังจากลงเฝ้าได้ และในช่วงระยะเวลา 6 ชั่วโมงก่อนการเข้านอน ควรเลือกเครื่องดื่มที่ไม่มีคาเฟอีนแทน^(6,8)

ควรนอนอย่างไร ?

การทำงานเป็นกะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานในเวรดึก ส่งผลอย่างมากต่อนาฬิกาชีวภาพของร่างกาย เป็นความพยายามในการทำงานที่ตรงข้ามกัน เนื่องจากเราต้องพยายามที่จะตื่นตัวในขณะที่วงจรร่างกายพยายามจะนอนหลับในช่วง

กลางคืน และหลังลงเวรตึก เมื่อเราต้องการจะเข้านอน นาฬิกาชีวภาพตามธรรมชาติของร่างกายและการได้รับแสงในช่วงกลางวันจะกระตุ้นให้ร่างกายกลับตื่นตัว^(6,7,8) จากหลายการศึกษาจึงมีคำแนะนำในการนอนหลับสำหรับผู้ทำงานเป็นกะ ดังนี้

- นอนหลับติดต่อกันเป็นเวลา 7-8 ชั่วโมงต่อทุก 24 ชั่วโมง และควรมีช่วงพักงีบหลับระหว่างการทำงาน ประมาณ 20-30 นาที จะช่วยลดอาการเหนื่อยล้าและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน^(6,8)
- หลังจากลงเวรตึกควรรีบเข้านอนให้เร็วที่สุด การเข้านอนช้าลงจะยิ่งทำให้ร่างกายตื่นตัวและนอนหลับได้ยากขึ้น และหลังจากตื่นนอนควรทำกิจกรรมกลางแจ้งที่ได้รับแสงธรรมชาติอย่างน้อย 20-30 นาที⁽⁸⁾
- ในคนที่ทำงานเฉพาะกะตึก ควรนอนในช่วงเวลาเดิมในทุกๆวัน แม้ว่าวันนั้นจะเป็นวันหยุดทำงาน เพื่อให้นาฬิกาชีวภาพของร่างกายยังคงสอดคล้องไปกับรูปแบบการนอน ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงเวลานอนในช่วงวันหยุดมาเป็นนอนช่วงกลางคืนแทน จะทำให้นาฬิกาชีวภาพของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป และจะนอนหลับได้ยากขึ้นเมื่อต้องกลับเข้าสู่การทำงานกะตึกตามปกติ^(7,8)
- แต่ในคนทำงานเป็นกะที่หมุนเวียน จะไม่สามารถนอนในช่วงเวลาเดิมได้ตลอด จะต้องปรับช่วงเวลานอนให้เป็นไปตามกะที่หมุนเวียนไป ยกตัวอย่างเช่น

การทำงานกะเวรบ่าย และกำลังจะเปลี่ยนไปสู่กะเวรตึก แนะนำให้ปรับเวลาเข้านอนช้าลงเรื่อยๆ 1-3 ชั่วโมงต่อวัน เมื่อเข้าสู่การทำงานกะใหม่ ร่างกายจะพร้อมกับการปรับเปลี่ยนวงจรการนอน^(7,8)

- หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน แม้ว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะช่วยให้หลับง่ายขึ้น แต่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนลดลง วงจรการนอนเข้าสู่ระยะการหลับลึกได้ยากขึ้น และจะทำให้รู้สึกอ่อนเพลียในเช้าวันรุ่งขึ้น^(6,8)
- หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่จะกระตุ้นในร่างกายตื่นตัว และนอนหลับได้ยากขึ้น^{6,8}
- จัดสถานที่นอนให้เงียบ ถ้าห้องนอนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน แนะนำให้ใช้ที่อุดหู และแนะนำให้ปิดเสียงโทรศัพท์เพื่อลดการรบกวนขณะนอนหลับ^(6,8)
- ห้องนอนควรมืด มีแสงแดดส่องเข้ามาในห้องน้อยที่สุด และมีอุณหภูมิที่เหมาะสมหรือเลือกใช้ผ้าปิดตาขณะนอนหลับได้ การได้รับแสงจะกระตุ้นสารเคมีในร่างกายและส่งผลกระทบต่อวงจรการหลับ-ตื่นของร่างกาย^(6,7,8)

การวางแผนกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารและการนอนที่เหมาะสม จะส่งผลให้เรามีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพควบคู่ไปกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี^(6,8)

เอกสารอ้างอิง

1. Seychell J, Reeves S. The effect of shift work on the diet of accident and emergency nurses at a general hospital in Malta. *Nutrition & Food Science* 2017; 47: 165-74.
2. Roskoden FC, Krüger J, Vogt LJ, Gärtner S, Hannich HJ, Steveling A, Lerch MM, Aghdassi AA. Physical Activity, Energy Expenditure, Nutritional Habits, Quality of Sleep and Stress Levels in Shift-Working Health Care Personnel. *PLoS One* 2017; 12:1.
3. Nicholls R, Perry L, Duffield C, Gallagher R, Pierce H. Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. *J Adv Nurs* 2017; 73: 1051-65.
4. Sirichakwal, PrapaisriSranacharoenpong, KittiTontisirin, Kraisid. Food based dietary guidelines (FBDGs) development and promotion in Thailand. *Asia Pacific journal of clinical nutrition* 2011; 20: 477-83.
5. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. 2015 – 2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th Edition. [internet]. 2015 [cited 2021 Nov 9];8:1-122. Available from: <https://health.gov/our-work/food-nutrition/previous-dietary-guidelines/2015>.
6. Shriane A, Ferguson S, Jay S, Vincent G. Sleep hygiene in shift workers: A systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews*. 2020; 53: 101336.
7. Shift Work and Sleep. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 2011; 53(Supplement 5S): S1-10.
8. Caruso CC, Geiger-Brown J, Takahashi M, Trinkoff A, Nakata A. Cincinnati, OH: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH training for nurses on shift work and long work hours.NIOSH [2015] [internet]. 2021[cited 2021 Nov 9]:2015-115. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/work-hour-training-for-nurses>.



โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT HOSPITAL

198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

TEL.075-340250 FAX. 075-343066