นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

วันรับ : 16 กรกฎาคม 2567
วันแก้ไข : 6 สิงหาคม 2567
วันตอบรับ : 14 สิงหาคม 2567

สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, พ.บ., สว่างจิตร วสุวัต, พย.ม.
กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์, พย.บ.
โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนาในโรงพยาบาลจิตเวช 7 แห่ง ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามกรอบการพัฒนาเทคโนโลยี ได้แก่ การวิเคราะห์ความต้องการ การพัฒนากรอบแนวคิด การร่างต้นแบบ การตรวจสอบคุณภาพ การทดลองใช้ และการขยายผล เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้ใช้แนวปฏิบัติ และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การสั่งการรักษา การขอความยินยอม การดูแลก่อนการรักษา การดูแลระหว่างการรักษา การดูแลหลังการรักษาในห้องสังเกตอาการ การดูแลหลังการรักษาในหอผู้ป่วย และการประเมินผลการรักษา มีการปรับตามข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การทบทวนแนวทางการสั่งการรักษาด้วยยาตามหลักฐานทางวิชาการปัจจุบัน การขอความยินยอมที่อิงกฎหมายปัจจุบัน เกณฑ์การติดตามสัญญาณชีพในระหว่างและหลังการรักษา เกณฑ์การประเมินภาวะสับสน และการเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนทางกายและการรู้คิดหลังการรักษา

สรุป : แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่พัฒนาขึ้นสามารถเป็นต้นแบบและปรับใช้แนวปฏิบัตินี้ในโรงพยาบาลจิตเวชตามแต่บริบทเพื่อส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

คำสำคัญ : การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก, แนวปฏิบัติ, โรงพยาบาลจิตเวช

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น; e-mail: 2santichai@gmail.com

Original article

The development of clinical guidelines for modified electroconvulsive therapy

Received : 16 July 2024
Revised : 6 August 2024
Accepted : 14 August 2024

Santichai Chamchitchun, M.D., Sawangjit Wasuwat, M.N.S.,
Kantarat Chaothat, B.N.S.
Srithanya Hospital, Department of Mental Health

Abstract

Objective: To develop clinical guidelines for modified electroconvulsive therapy (ECT) for multidisciplinary professionals in psychiatric hospitals.

Methods: A research and development study was conducted in seven psychiatric hospitals in Thailand from September 2022 to June 2024, employing the technology development framework; needs analysis, conceptual framework development, prototype drafting, validity testing, pilot trial, and scaling up. Data were collected using expert panels and focus group discussions with practitioners and relevant multidisciplinary professionals. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The clinical guidelines for modified ECT comprised seven phases; prescription of treatment, informed consent, pre-treatment care, intra-procedural care, post-procedural care in the recovery room, post-procedural care in the ward, and evaluation of treatment outcomes. Based on feedback and suggestions from informants, the final guidelines were updated to incorporate evidence-based medication review in treatment planning, adherence to legal frameworks for informed consent, standardized criteria for vital sign monitoring during and post-procedure, and defined criteria for assessing confusion, physical complications, and cognitive side effects following ECT.

Conclusion: The guidelines serve as a prototype that could be adapted in different contexts of psychiatric hospitals to promote better outcomes among patients receiving modified ECT.

Keywords: clinical guideline, modified electroconvulsive therapy, psychiatric hospitals

Corresponding author: Santichai Chamchitchun; e-mail: 2santichai@gmail.com

ความรู้เดิม : โรงพยาบาลจิตเวชมีแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) เฉพาะแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก (unmodified ECT) ที่อิง พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ความรู้ใหม่ : แนวปฏิบัติรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT) พัฒนาขึ้นตามบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชอย่างมีโครงสร้างและอิงหลักฐานและกฎหมายที่เป็นปัจจุบัน ได้แก่ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ครอบคลุมระยะการสั่งการรักษา การขอความยินยอม การบริการก่อนรักษา ระหว่างรักษา และหลังรักษาที่ห้องสังเกตอาการและหอผู้ป่วย โดยมีการปรับแนวทางการให้ยาที่มีผลต่อการชักและการประเมินภาวะสับสน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวปฏิบัติ modified ECT ตามแต่ละบริบทเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) เป็นการรักษาทางการแพทย์โดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองของผู้ป่วยเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการชักซึ่งส่งผลให้อาการทางจิตเวชดีขึ้น[1] การรักษาด้วยไฟฟ้าแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก (unmodified ECT) และแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (modified ECT)[2] เมื่อเปรียบเทียบการรักษาทั้ง 2 แบบ พบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกมีอาการไม่พึงประสงค์ (adverse effect) ที่น้อยกว่า เช่น ผลกระทบกับความจำ ภาวะสับสน อาการปวดศีรษะ และอาการปวดกล้ามเนื้อ[2-4] ดังนั้นสถานที่ (setting) ที่มีความพร้อมทางบุคลากร อุปกรณ์ และงบประมาณจึงนิยมเลือกใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกมากกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก[5-7] รวมถึงตำราการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในประเทศไทย[8] พบว่ามีการนำเสนอแนวปฏิบัติแบบมีโครงสร้าง ครอบคลุมการเตรียมผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยก่อนการรักษา ระหว่างรักษา และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่แนวปฏิบัติดังกล่าวเหมาะสำหรับบริบทที่มีวิสัญญีแพทย์ด้วย ซึ่งเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาลจิตเวชที่ในทีมรักษาประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพจิตเวช และวิสัญญีพยาบาล

ประเทศไทยมีโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 13 แห่งที่มีการบริการรักษาด้วยไฟฟ้า โดย 10 แห่ง ให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และ 3 แห่งให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น[9] แต่ยังไม่มีแนวปฏิบัติสำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลเบื้องต้นของแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช โดยใช้แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึกเป็นต้นแบบในการพัฒนา[9]

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ในโรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ใบรับรอง STY.COA010/2565 รหัสโครงการ STY.IRB009/2565 วันที่ 17 มีนาคม 2565 (ต่ออายุครั้งที่ 1 เมื่อ 16 มีนาคม 2566 และครั้งที่ 2 เมื่อ 16 มีนาคม 2567) ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ตามกรอบการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความต้องการความจำเป็นในการพัฒนา (need analysis) 2) การกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) 3) การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ (prototype development) 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (testing) 5) การทดลองใช้ (pilot study) 6) การขยายผล (scale up) และ 7) การประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่อง (evaluation and

continuous improvement)[10] โดยการศึกษานี้ดำเนินการขั้นตอนที่ 1 ถึง 6 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ทีมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกของโรงพยาบาล ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และวิสัญญีพยาบาล 2 คน ในประเด็นความต้องการการใช้แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน และปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินการที่ผ่านมา เช่น ขั้นตอนการสั่งการรักษา ขั้นตอนการขอความยินยอม ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยก่อนระหว่างและหลังการรักษา และความสอดคล้องระหว่างขั้นตอนการดูแลและแบบบันทึกการรักษา

2. การกำหนดกรอบแนวคิด ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 โดยประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

3. การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ ดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยประชุมทีมวิชาชีพของโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 5 ปี ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ 3 คน พยาบาลจิตเวช 4 คน และวิสัญญีพยาบาล 3 คน เพื่อออกแบบและกำหนดเนื้อหาต้นร่างแนวปฏิบัติและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

4. การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 โดยทีมวิจัยส่งร่างแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกและเครื่องมือประเมินผลให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 10 ปี 4 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 1 คน จิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง 1 คน พยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา 1 คน และวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา 1 คน เพื่อสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1

5. การทดลองใช้ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยทดลองใช้แนวปฏิบัติที่ปรับครั้งที่ 1 และส่งแบบสอบถามความเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและแบบบันทึกให้จิตแพทย์ผู้สั่งการรักษาด้วยไฟฟ้า 1 คน จิตแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยไฟฟ้า 1 คน พยาบาลจิตเวชศูนย์บำบัดด้วยไฟฟ้า 1 คน พยาบาลจิตเวชหอผู้ป่วย 1 คน และวิสัญญีพยาบาล 2 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2

6. การขยายผล ดำเนินการในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 เพื่อสำรวจความเห็นของทีมวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวชอื่นซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างออกไปจากโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยส่งแนวปฏิบัติที่ปรับครั้งที่ 2 ทดลองใช้ในโรงพยาบาลจิตเวช 6 แห่ง ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ และส่งแบบสอบถามความเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติและแบบบันทึกในขั้นตอนต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยให้ทีมวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 5 ปี ได้แก่ จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน วิสัญญีพยาบาล 2 คนจากแต่ละแห่ง (ยกเว้นโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวิสัญญีพยาบาลเพียง 1 คน) รวม 34 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3 เป็นแนวปฏิบัติฉบับท้ายสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. คู่มือการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

2. แบบบันทึกต่าง ๆ ในการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่

2.1 แบบฟอร์มสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับจิตแพทย์ เพื่อบันทึกข้อบ่งชี้ ภาวะที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการรักษาด้วยไฟฟ้า และการทบทวนยาที่มีผลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า

2.2 หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

2.3 แบบบันทึกการบริการก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับพยาบาลจิตเวชประจำหอผู้ป่วย เพื่อบันทึกการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสำหรับการรักษา เช่น การงดอาหารและน้ำ สัญญาณชีพ และการตรวจสอบยาที่เฝ้าระวัง

2.4 แบบบันทึกการให้บริการระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และวิสัญญีพยาบาล เพื่อบันทึกขนาดประจุไฟฟ้าที่ใช้ ระยะเวลาของการชัก ขนาดของยานำสลบและยาคลายกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพระหว่างการรักษา และภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา

2.5 แบบบันทึกความปลอดภัยทางวิสัญญี สำหรับวิสัญญีพยาบาล เพื่อประเมินความเสี่ยงของการให้ยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างและหลังการรักษา

2.6 แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องสังเกตอาการ สำหรับพยาบาลจิตเวชที่หน่วยการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

2.7 แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย สำหรับพยาบาลจิตเวชที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินสัญญาณชีพและภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา

2.8 แบบบันทึกการประเมินผลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก สำหรับจิตแพทย์ผู้สั่งการรักษา เพื่อประเมินผลลัพธ์และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

3. แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อคู่มือและแบบบันทึกการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นความคิดเห็นต่อคู่มือการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้าตามแบ่งตามขั้นตอนในคู่มือ ส่วนหลังเป็นความคิดเห็นต่อแบบบันทึกในข้อ 2.1 ถึง 2.8

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แบบ thematic analysis โดยผู้วิจัยหลัก แหล่งข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าจากโรงพยาบาลจิตเวชทั้ง 7 แห่ง วิเคราะห์และสังเคราะห์ในประเด็นเป็นด้านวิธีการปฏิบัติ ผลลัพธ์ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของแต่ละขั้นตอนการรักษา

ผล

1. การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา การสนทนากลุ่มจิตแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และวิสัญญีพยาบาล 2 คน พบว่า การดำเนินการที่ผ่านมาเคยมีการปรับแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้าจากแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึกมาเป็นแบบใช้ยาระงับความรู้สึกแล้ว 1 ครั้ง แต่ไม่ได้ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา แบบบันทึกมีหลายส่วนที่ยังไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคคือการขาดแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่เป็นรูปธรรมและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ

2. การกำหนดกรอบแนวคิด ทีมวิจัยกำหนดกรอบความคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยเลือกใช้ต้นทุนเดิมที่กรมสุขภาพจิตมีอยู่คือ แนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน[10] ซึ่งการศึกษานี้ดำเนินการถึงขั้นตอน 6 ส่วนในขั้นตอนที่ 7 ต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามออกไปอีกช่วงหนึ่ง ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษานี้

3. การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ ทีมวิชาชีพของโรงพยาบาลศรีธัญญาร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติร่างแบบโดยอิงแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าของต่างประเทศและประเทศไทยเป็นต้นแบบ[5-8] แบ่งกระบวนการการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่ การสั่งการรักษา การขอความยินยอม การบริการก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก การให้บริการระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก การให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องสังเกตอาการ การให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้

ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และการประเมินผลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลและแบบประเมินสำหรับแนวปฏิบัติ ได้แก่ หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แบบบันทึกการบริการก่อนรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แบบบันทึกการให้บริการระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก แบบบันทึกความปลอดภัยทางวิสัญญี แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องสังเกตอาการ แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย แบบบันทึกการประเมินผลการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อคู่มือและแบบบันทึกการให้บริการการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ การสำรวจความเห็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีประสบการณ์ทำงานเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกมาอย่างน้อย 10 ปีนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาและปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1 ดังนี้

ขั้นตอนสั่งการรักษา ได้แก่ เพิ่มยากลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA)[11,12] ลงในรายการยาที่ต้องทบทวนพิจารณาลดหรือหยุดยา เพิ่มการตรวจสอบผลการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ขั้นตอนการให้บริการระหว่างรักษา ได้แก่ การตัด energy ซึ่งมีหน่วยเป็น joule ออก คงไว้แต่ charge ซึ่งมีหน่วยเป็น millicoulomb (mC) เพื่อให้สอดคล้องกับเครื่องให้การรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การปรับค่า impedance จากไม่เกิน 2500 Ohms เป็นไม่เกิน 1000 Ohms และในกรณีระยะชักนานกว่า 2 นาที แพทย์พิจารณาให้ thiopental 100 - 150 mg หรือ propofol 30 - 50 mg ทางหลอดเลือดดำ

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่ห้องสังเกตอาการ ได้แก่ การเพิ่มการวัดและบันทึกความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation: O_2 Sat) ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และ 60 นาที 1 ครั้ง และการประเมิน modified Aldrete score และบันทึกคะแนนรวม (คะแนน > 9 ย้ายกลับหอผู้ป่วยได้)

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่หอผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลประเมินหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าตามระยะเวลา คือ เมื่อกลับมาถึงตึกทันที และ 8 ชม. 16 ชม. 24 ชม. หลังการรักษา

ขั้นตอนการประเมินผลการรักษา ได้แก่ แพทย์เจ้าของประเมินผลการรักษาเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างน้อยเมื่อครบ 3 ครั้งหรือเมื่อได้รับรายงานอาการไม่พึงประสงค์

5. การทดลองใช้ หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่โรงพยาบาลศรีธัญญาและการสำรวจความเห็นผู้ใช้แนวปฏิบัตินำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาและปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2 ดังนี้

ขั้นตอนการบริการก่อนรักษา ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์สัญญาณชีพที่ผิดปกติ ได้แก่ ชีพจรน้อยกว่า 60 หรือมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg อุณหภูมิมากกว่า 38°C การหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที จากเดิมที่มีเพียงภาวะความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg และการเพิ่มภาวะที่ต้องเฝ้าระวังให้ประเมินซ้ำที่หน่วย ECT เช่น การวัด O_2 Sat ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) และหอบหืด (asthma) และการวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (dextrostix: DTx) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ขั้นตอนการให้บริการระหว่างรักษา ได้แก่ การเพิ่มตาราง ECT - stimulus dose titration method (bilaterally - placed electrode) ลงในคู่มือและการประเมินความปลอดภัยทางวิสัญญีที่บันทึกโดยวิสัญญีพยาบาล

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่หอผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินอาการไม่พึงประสงค์ (รายละเอียดดังตารางที่ 1) ขั้นตอนการประเมินผลการรักษา ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์การให้คะแนน clinical global impression scale-improvement (CGI-I) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

6. การขยายผล การสำรวจความเห็นและข้อเสนอแนะนักวิชาชีพ 34 คนของโรงพยาบาลจิตเวชที่มีการบริการ

การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก 6 แห่ง ตอบกลับแบบสอบถาม 27 คน เป็นจิตแพทย์ 11 คน พยาบาลจิตเวช 7 คน และวิสัญญีพยาบาล 9 คน นำมาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3 เป็นฉบับท้ายสุด ดังนี้

ขั้นตอนสั่งการรักษา ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์การให้คะแนน clinical global impression scale-severity (CGI-S) (รายละเอียดดังตารางที่ 1) การยุบรวมโรคทางกายที่เพิ่มความเสี่ยงในการรักษาด้วยไฟฟ้ามาไว้ใน relative contraindication[8] ได้แก่ ภาวะที่มีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (increased intracranial pressure) เนื่องจากมี space-occupying cerebral lesions เช่น เนื้องอกสมอง (brain tumour) ภาวะเลือดออกในสมอง (cerebral hemorrhage) ภาวะสมองขาดเลือด (recent cerebral infarction) ภาวะหลอดเลือดแดงโป่งพอง (aneurysm) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (recent myocardial infarction) ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina) ภาวะความดันเลือดสูง (hypertension) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคเนื้องอกของต่อมหมวกไต (pheochromocytoma) ภาวะจอประสาทตาลอก (retinal detachment) และภาวะต้อหินมุมปิดแบบเฉียบพลัน (acute angle closure glaucoma) และการจัดหมวดหมู่ยาในส่วนคู่มือโดยแบ่งเป็นกลุ่มยาที่เพิ่ม seizure threshold อันส่งผลให้ระยะเวลาการชักสั้นลง กลุ่มยาที่ลด seizure threshold อันส่งผลให้ระยะเวลาการชักยาวนานขึ้น และกลุ่มยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และปรับยาที่ห้ามให้มาไว้กับกลุ่มยาที่ควรหยุดหรือลดขนาดในช่วงที่รักษาด้วยไฟฟ้า คือ theophylline[8,11] (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ขั้นตอนการขอความยินยอม ได้แก่ การกำหนดให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้อธิบายข้อบ่งชี้หรือความจำเป็น ข้อดี ข้อเสีย ความเสี่ยง ผลของการรักษา ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ให้ความยินยอม และการอ้างอิงมาตรา 18 มาตรา 20/1 มาตรา 21 วรรค 3 และมาตรา 22 ใน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 แทน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ขั้นตอนการบริการก่อนรักษา ได้แก่ การกำหนดให้ส่งผู้ป่วยทุกคนปรึกษาทันตแพทย์เพื่อรับการประเมินปัญหาฟันและช่องปาก

ขั้นตอนการให้บริการระหว่างรักษา ได้แก่ การระบุว่าตาราง ECT stimulus titration method (bilaterally-placed electrodes) ใช้กับเครื่อง Mecta spectrum 5000Q ถ้าไม่ชักหรือระยะเวลาการชักสั้นเกินไป (missed seizure) คือ สั้นกว่า 20 วินาที ให้รอ 60 - 90 วินาทีแล้วกระตุ้นใหม่ (ไม่เกิน 3 ครั้ง)[6]

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่ห้องสังเกตอาการ ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์การประเมินภาวะสับสน (รายละเอียดดังตารางที่ 1) และกำหนดให้มีการประเมินหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 10 นาที 15 นาที 30 นาที และ 60 นาที กรณีผู้ป่วยมีภาวะสับสนระดับ 3 เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที ให้พยาบาลรายงานแพทย์ที่ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อพิจารณาลดพลังงานไฟฟ้าในครั้งต่อไป

ขั้นตอนการให้บริการหลังรักษาที่หอผู้ป่วย ได้แก่ การเพิ่มเกณฑ์การประเมินภาวะสับสน (รายละเอียดดังตารางที่ 1) กรณีผู้ป่วยมีภาวะสับสนปานกลางขึ้นไปและไม่ลดลงภายใน 24 ชั่วโมง ให้พยาบาลรายงานแพทย์ผู้สั่งการรักษาทราบเพื่อพิจารณาปรับการรักษาและประเมินภาวะสับสนต่อเนื่อง กรณีพบภาวะสับสนตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปในวันที่ทำให้รายงานแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อพิจารณาลดพลังงานไฟฟ้าในครั้งนั้น

ขั้นตอนการประเมินผลการรักษา ได้แก่ การตรวจสภาพจิตในหัวข้อความจำ (memory) ได้แก่ recall recent และ remote memory

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยการวิเคราะห์ความต้องการ การกำหนดกรอบแนวคิด การออกแบบและจัดทำร่างต้นแบบ การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก

	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
1. ขั้นตอนการสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้า	- เพิ่มยากลุ่ม tricyclic antidepressant (TCA) ลงในรายการยาที่ต้องทบทวนพิจารณาลดหรือหยุดยา - การตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ EKG CXR Electrolyte BUN Cr และ DTx		- เกณฑ์การให้คะแนน CGI-S (ปกติ = 1, เกือบรุนแรง = 2, รุนแรงเล็กน้อย = 3, รุนแรงปานกลาง = 4, รุนแรงชัดเจน = 5, รุนแรงมาก = 6, รุนแรงมากที่สุด = 7) - ยาที่ต้องทบทวนก่อนสั่งการรักษา[8,11,12] - ยาที่เพิ่ม seizure threshold ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาการชักสั้นลงหรือไม่ชัก: กลุ่มยา benzodiazepine/ กลุ่มยากันชัก (anticonvulsant) - ยาที่ลด seizure threshold ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาการชักยาวนานขึ้น : theophylline (เสี่ยงต่อระยะเวลาชักยาวนานขึ้นในระหว่างการรักษา และ status epilepilepticus หลังการรักษา)/ bupropion/ clozapine (ในขนาดยามากกว่า 600 mg) - ยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะไม่พึงประสงค์อื่น : trazodone (ในขนาดยามากกว่า 100 mg)/ TCA (เสี่ยงต่อผลข้างเคียงที่เกิดกับระบบหัวใจและหลอดเลือด)/ lithium (เสี่ยงต่อภาวะ delirium, prolonged apnea และ spontaneous seizure)
2. ขั้นตอนการขอความยินยอม			- ให้อ้างอิง “พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2552” แทน “พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551” - การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า กระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใด ที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร ให้กระทำได้ในกรณี ดังต่อไปนี้ (1) กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือเพื่อการบำบัดรักษานั้น โดยผู้ป่วยได้รับทราบเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรืออาจเป็นผลทำให้ไม่สามารถแก้ไขให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมและประโยชน์ของการบำบัดรักษา (2) กรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยหากมิได้บำบัดรักษาจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งโดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (มาตรา 18)

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
2. ขั้นตอนการขอความยินยอม (ต่อ)			- ในกรณีผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปี หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาให้คู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ปกครองดูแลบุคคลนั้นแล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอม (มาตรา 21 วรรค 3) - ในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา แต่ขาดความสามารถในการตัดสินใจในการให้ความยินยอม และไม่มีผู้ให้คามยินยอมแทน (มาตรา 21/1) หรือในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเป็นกรณีเร่งด่วน (มาตรา 22) แพทย์เจ้าของและพยาบาลในหอผู้ป่วยลงนาม และเสนอเรื่องให้เจ้าหน้าที่นิติจิตเวชแจ้งให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบเพื่อพิจารณาลงมติแสดงความเห็นชอบ - ปรับหนังสือแสดงความยินยอม โดยตัดข้อความในส่วนผู้ยินยอมสละสิทธิฟ้องร้องแพทย์และองค์กรออก
3. ขั้นตอนการดูแลก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า		- การตรวจสัญญาณชีพ เพิ่มภาวะที่ผิดปกติ ได้แก่ ชีพจร < 60 หรือ > 100 ความดันโลหิต ต่ำกว่า 90/60 mmHg อุณหภูมิมากกว่า 38°C การหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/นาที - ภาวะที่ต้องเฝ้าระวังให้ประเมินซ้ำที่หน่วย ECT เช่น วัด O_2 Sat ในผู้ป่วย COPD/Asthma เจาะ DTX ในผู้ป่วยเบาหวาน	- ผู้ป่วยทุกรายส่งปรึกษาทันตแพทย์เพื่อรับการประเมินปัญหาเกี่ยวกับฟันละช่องปาก
4. ขั้นตอนการดูแลระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า ณ หน่วย ECT	- ตัดคำว่า Energy ซึ่งมีหน่วยเป็น Joule ออก คงไว้แต่ Charge ซึ่งมีหน่วย เป็น MC (millcoulomb) - เปลี่ยนค่าของ Impedance จาก 2500 Ohms เป็น 1000 Ohms ดังนี้ หากมีค่ามากกว่า ปรับ electrode ให้แนบกับผิวหนังโดยไม่มีเส้นผมปิดบัง - ในกรณีระยะชัก > 2 นาที แพทย์พิจารณาให้ Thiopental 100 - 150 mg หรือ Propofol 30 - 50 mg ทางหลอดเลือดดำ - เพิ่มการบันทึกการวางแผนการรักษาครั้งต่อไป และปัญหาอุปสรรค/ข้อควรระวัง	- ใส่ตาราง ECT - Stimulus dose titration method (Bilaterally - placed electrode) ลงในคู่มือ	- ระบุว่าตาราง ECT-stimulus titration method (bilaterally-placed electrodes) ใช้กับเครื่อง Mecta spectrum 5000Q - ถ้าไม่ชักหรือ missed seizure ให้รอ 60 - 90 วินาทีแล้วกระตุ้นใหม่ (ไม่เกิน 3 ครั้ง)

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
5. ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ห้องสังเกตอาการ ณ หน่วย ECT	- เพิ่มการวัดและบันทึก O_2 Sat ทุก 15 นาที 2 ครั้ง และ 60 นาที 1 ครั้ง - ประเมิน Modified Aldrete score และบันทึกคะแนนรวม (คะแนน > 9 ย้ายกลับหอผู้ป่วยได้)		- เกณฑ์การประเมินภาวะสับสน ประเมินหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 5 นาที ดังนี้ ระดับ 0 หมายถึง ไม่สับสน หลับ เมื่อตื่นรู้สึกตัวดี รับรู้ บอกชื่อได้ถูกต้องทำตามคำสั่งได้ ระดับ 1 หมายถึง สับสนเล็กน้อย เรียกชื่อรับรู้ ทำตามคำสั่งได้บ้าง ดิ้นยกแขนไปมาเล็กน้อย ระดับ 2 หมายถึง สับสนปานกลาง เรียกชื่อรับรู้บ้าง ดิ้นกระสับกระส่ายบิดตัวพลิกไปมาอาจลุกนั่ง ระดับ 3 หมายถึง สับสนมาก เรียกชื่อไม่รับรู้ ส่งเสียงร้องดัง บิดตัวไปมา กระวนกระวาย ประเมินหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 10 นาที 15 นาที 30 นาที และ 60 นาที กรณีสับสนระดับ 3 ระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 15 นาที พยาบาลรายงานแพทย์ที่ทำ ECT ทราบเพื่อพิจารณาลดพลังงานไฟฟ้าในครั้งต่อไป
6. ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าที่หอผู้ป่วย	-พยาบาลประเมินหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าตามระยะเวลา คือ เมื่อกลับมาถึงตึกทันที 8 ชม. 16 ชม. และ 24 ชม. หลังการรักษา - ประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ การบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ อาการปวด(ระบุระดับการปวด) หรืออาการอื่น ๆ ประเมินทุกหัวข้อ ว่า มีปัญหาหรือไม่มี โดยประเมินว่ามีเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือรายงานแพทย์	- การประเมินผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ การบาดเจ็บกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ อาการปวด (ระบุระดับการปวด) หรืออาการอื่น ๆ ประเมินทุกหัวข้อว่ามีปัญหาหรือไม่มี โดยประเมินว่ามีปัญหาหรือไม่มีเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาหรือรายงานแพทย์	- เกณฑ์การประเมินภาวะสับสนให้ประเมินการรับรู้เวลาสถานที่ และการให้คะแนน การรับรู้เวลา 0 ไม่ผิดปกติ 1 เวลาคลาดเคลื่อนไม่เกิน 2 ชั่วโมง 2 บอกได้คร่าว ๆ ว่าเช้าหรือเย็น 3 ตอบไม่ได้ หรือตอบผิดกลางวันเป็นกลางคืน การรับรู้สถานที่ 0 ไม่ผิดปกติ 1 ไม่แน่ใจ แต่บอกได้ว่าเป็นโรงพยาบาล 2 ผิดปกติ บอกว่าเป็นสถานที่อื่น 3 ไม่ตอบ หรือตอบไม่ตรงกับคำถาม คะแนนรวม นำคะแนนที่ได้จากการประเมินการรับรู้เวลาและสถานที่มารวมกัน 0 หมายถึง ไม่มีภาวะสับสน (0) 1 - 2 หมายถึง มีภาวะสับสนน้อย (1) 3 - 4 หมายถึง มีภาวะสับสนปานกลาง (2) 5 - 6 หมายถึง มีภาวะสับสนมาก (3)

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (ต่อ)

	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
6. ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าที่หอผู้ป่วย (ต่อ)			ถ้าผลการประเมินพบว่ามีภาวะสับสนตั้งแต่ปานกลางขึ้นไป และถ้าอาการสับสนไม่ลดลงภายใน 24 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์เจ้าของทราบเพื่อพิจารณาปรับการรักษา และพยาบาลประเมินภาวะสับสนต่อเนื่องและหากพบภาวะสับสนตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปในวันที่ทำ ECT ให้รายงานแพทย์ที่ทำ ECT เพื่อพิจารณาลดพลังงานไฟฟ้าในครั้งนั้น
7. การประเมินผลการรักษาด้วยไฟฟ้า	- แพทย์ประเมินผลการรักษาเมื่อ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ECT อย่างน้อยเมื่อครบ 3 ครั้ง หรือเมื่อได้รับรายงานภาวะแทรกซ้อน	- เพิ่มเกณฑ์การให้คะแนน CGI-I (ดีขึ้นมากอย่างเห็นชัด = 1, ดีขึ้นมาก = 2, ดีขึ้นเล็กน้อย = 3, ไม่เปลี่ยนแปลง = 4, แย่ลงเล็กน้อย = 5, แย่ลงมาก = 6, แย่ลงอย่างเห็นชัด = 7)	- เพิ่มการตรวจสภาพจิตในหัวข้อความจำ (memory) ได้แก่ recall recent และ remote memory

การทดลองใช้ และการขยายผล โดยทบทวนวิธีการปฏิบัติที่ถือปฏิบัติมาแต่เดิมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม และปรับตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้งจากโรงพยาบาลศรีธัญญาและหน่วยงานอื่น เพื่อหาข้อสรุปเป็นแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันมากที่สุด

จุดเด่นของการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ ได้แก่ แนวทางในการให้บริการที่ชัดเจนมากกว่าเดิม แบบบันทึกที่สะดวกในการใช้งานของผู้ปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพในการประเมินผู้ป่วย เช่น การมีทันตแพทย์ร่วมประเมินผู้ป่วยทุกคนก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยมีแนวทางการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติเดิมของการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก[9] ได้แก่ การประเมินความปลอดภัยทางวิสัญญี โดยใช้แบบบันทึกความปลอดภัยทางวิสัญญี เกณฑ์และแนวทางการประเมินภาวะสับสน และแนวทางการขอความยินยอมที่อ้างอิงกฎหมายที่เป็นปัจจุบัน เช่น การกำหนดญาติผู้ให้ความยินยอมแทนกรณีผู้ป่วยขาดสามารถในการให้ความยินยอมเองได้ (มาตรา 1 วรรค 3) กรณีผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอมเองได้ หรือมีภาวะอันตรายเร่งด่วน และไม่มีญาติผู้ให้ความยินยอมแทน ให้เสนอคณะกรรมการสถานบำบัดเพื่อขอความเห็นชอบลงมติเป็นเอกฉันท์ (มาตรา 18 (2) และมาตรา 22) และมีการปรับข้อความในหนังสือขอความยินยอมให้ระบุข้อบ่งชี้ที่จำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ทำให้กระบวนการขอความยินยอมมีความชัดเจนมากขึ้นในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่งานนิติจิตเวชและคณะกรรมการสถานบำบัด

การวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ประเด็นที่ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะตรงกันมากที่สุด คือ การระบุยาที่ต้องได้รับการทบทวนจากแพทย์เจ้าของผู้สั่งการรักษาด้วยไฟฟ้า แนวปฏิบัตินี้จึงจำแนกเป็นยาที่ส่งผลต่อระยะเวลาการชักสั้นลง การชักยาวนานขึ้น และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อื่น ๆ โดยทางปฏิบัติแนะนำให้หยุดยาดังกล่าวก่อนสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้าหรือหากมีความจำเป็นที่ต้องได้รับยาดังกล่าวต่อควรลดขนาดลงและใช้ด้วยความระมัดระวัง การทบทวนวรรณกรรมที่เป็นปัจจุบันพบว่า การส่งผลต่อระยะเวลาการชักหรือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์นั้นขึ้นอยู่กับขนาดของยา (dose-dependent manner) ผู้ป่วยจึงสามารถได้รับยานั้นต่อได้ โดยแนวปฏิบัตินี้กำหนดเพดานของขนาดยาไว้ เช่น clozapine ไม่ควรเกิน 600 มก./วัน trazodone ไม่ควรเกิน 100 มก./วัน และยาที่เคยถูกระบุว่าห้ามได้รับตลอดช่วงการรักษาด้วยไฟฟ้าในแนวปฏิบัติเดิม ได้แก่ lithium และ theophylline อาจสามารถให้ได้โดยลดขนาดของยาลง[8,11]

ความท้าทายในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ คือ บริบทของโรงพยาบาลจิตเวชที่ต่างกันทำให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมมีความหลากหลายและซับซ้อน การวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำมาปรับแนวปฏิบัติต้องคำนึงถึงความสมดุลระหว่างความครอบคลุมและการใช้งานง่าย ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติอิงจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion) และหลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา การทดลองใช้ยังจำกัดเฉพาะผู้ป่วยใน และการประเมินแนวปฏิบัติขาดการวัดผลที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย การพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งต่อไปควรอาศัยหลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ควรขยายการทดลองใช้ในบริบทอื่น ๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอกและสถานพยาบาลนอกเหนือจากโรงพยาบาลจิตเวช และควรมีการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ขั้นตอนที่ 7) โดยเพิ่มการวัดผลที่เกิดกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นประโยชน์ในเชิงต้นแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช โดยพิจารณาปรับใช้ตามบริบทที่แตกต่างกันไป

สรุป

แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกสำหรับสหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นโดยเน้นขั้นตอนการพัฒนาที่มีโครงสร้าง การอิงหลักฐานที่เป็นปัจจุบัน กระบวนการทำงานที่มีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ปฏิบัติมี

แนวทางการดูแลผู้ป่วยชัดเจน สอดคล้องกับสถานการณ์และหลักฐานในปัจจุบัน และครอบคลุมกระบวนการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น ระหว่างการรักษา จนถึงสิ้นสุดการรักษา ทั้งนี้การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในโรงพยาบาลจิตเวชหรือในสถานพยาบาลประเภทอื่น ๆ ควรพิจารณาปรับใช้ตามแต่บริบท

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น : ทบทวนวรรณกรรม ออกแบบการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; สว่างจิตร วสุวัต : เก็บข้อมูล ประสานงานทีมสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล ; กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์ : เก็บข้อมูล ประสานงานทีมสหวิชาชีพหน่วยงานต่างสถาบัน

เอกสารอ้างอิง

1. Maixner DF, Weiner R, Reti IM, Hermida AP, Husain MM, Larsen D, et al. Electroconvulsive therapy is an essential procedure. Am J Psychiatry. 2021;178(5):381-2. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20111647.
2. Narayan CL, Deepanshu M. Electroconvulsive therapy: a closer look into legal provisions in the MHCA, 2017. Indian J Psychol Med. 2022;44(3):293-6. doi:10.1177/02537176221077309.
3. Andrade C, Shah N, Tharyan P. The dilemma of unmodified electroconvulsive therapy. J Clin Psychiatry. 2003;64(10):1147-52. doi:10.4088/jcp.v64n1002.
4. Shukla GD. Modified versus unmodified ECT. Indian J Psychiatry. 2000; 42:445-6.
5. Thirthalli J, Sinha P, Sreeraj VS. Clinical practice guidelines for the use of electroconvulsive therapy. Indian J Psychiatry. 2023;65(2):258-69. doi:10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_491_22.
6. Weiss A, Hussain S, Ng B, Sarma S, Tiller J, Waite S, et al. Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists professional practice guidelines for the administration of electroconvulsive therapy. Aust N Z J Psychiatry. 2019;53(7):609-23. doi:10.1177/0004867419839139.
7. Procopio M. NICE guidelines and maintenance ECT. Br J Psychiatry. 2003;183(3):263. doi:10.1192/bjp.183.3.263.
8. Ittasakul P. Electroconvulsive therapy. 1st ed. Bangkok: Mahidol University; 2022. (in Thai)
9. Choovanichvong S. Guideline for electroconvulsive treatment. Journal of Mental Health of Thailand. 2012;20(1):9-18. (in Thai)
10. Palitnonkiat Y, Khunkhaumchoo P, Rujirachakhorn S, Saetae S. Manual of research and development for technology in mental health. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2001. (in Thai)
11. Zolezzi M. Medication management during electroconvulsant therapy. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016; 12:931-9. doi:10.2147/NDT.S100908.
12. Anderson IM. Interactions between ECT and prescribed medication. In: Ferrier IN, Waite J, editors. The ECT Handbook. 4th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2019. p. 218-33.

.