



การพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้า

สมรัก ชูวานิชวงศ์, พ.บ.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้า

วัสดุและวิธีการ เป็นการวิจัยและพัฒนาระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ ถึง พฤษภาคม ๒๕๕๔ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สอบถามความต้องการของบุคลากรดำเนินการในเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน ๒๕๕๓ ระยะที่ 2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลจิตเวช 2 แห่ง เพื่อยกร่างแนวปฏิบัติที่พัฒนาครั้งที่ 1 และทดสอบเบื้องต้นในเดือนธันวาคม ๒๕๕๓ และระยะที่ 3 ปรับปรุง แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และทดลองใช้ครั้งที่ 2 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม ๒๕๕๔ ประเมินผลด้วยการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้า ในโรงพยาบาลศรีธัญญา และส่งแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบฟอร์มการรักษาด้วยไฟฟ้าให้โรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 7 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผล ระยะที่ 1 บุคลากรจำนวน 62 คน ตอบแบบสอบถามระบุบริการที่ต้องการได้รับ ระยะที่ 2 ร่างแนวปฏิบัติครั้งที่ 1 เพื่อประเมินผู้ป่วยจำนวน 14 คน หลังจากแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีส่วนร่วมของสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติครั้งที่ 2 ประเมินผู้ป่วยจำนวน 34 ราย สามารถระบุและติดตามปัญหาแทรกซ้อนได้จำนวน 7 ราย ผลการสนทนากลุ่มพบว่า แนวปฏิบัติทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการให้บริการมีแนวทางชัดเจนในการประเมินติดตามอาการผู้ป่วย และประเมินจากแบบสอบถามความคิดเห็นจากหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตเห็นด้วยกับแนวปฏิบัติดังกล่าว และให้เพิ่มเติมปรับแก้บางประเด็นเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่จริงในปัจจุบัน

สรุป แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าพัฒนาจากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ ตลอดจนทบทวนความรู้เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น นำไปสู่แนวการให้บริการที่ปลอดภัยโดยสหวิชาชีพ

คำสำคัญ : การรักษาด้วยไฟฟ้า แนวปฏิบัติ

โรงพยาบาลศรีธัญญา



Guideline for electroconvulsive treatment

Somrak Choovanichvong, M.D.

Abstract

Objective To develop a guideline for electroconvulsive treatment.

Materials and Methods This guideline was developed from October 2010 to May 2011 and divided into 3 phases. Phase 1, starting from October to November 2010, was to sound out the expectation of the Srithanya staff. Phase 2, December 2010, was to discuss with other hospitals to draft the first development plan and to carry out the initial trial. Phase 3, February to March 2011 was to revise the first draft and carry out the second trial. Evaluation had been made after a focus group interview with Srithanya personnel involving in ECT and a conclusion of the questionnaire sent out to 7 hospitals. The qualitative analysis was achieved through content analysis.

Results Phase 1, there were 62 personnel indicated their expectation and requirement. Phases 2, the first guideline draft was tried out in 14 patients. Then information was exchanged with other hospitals in order to revise the guideline. Phase 3, the revised draft was applied to 34 patients. Complications were detected on 7 cases. From the focus group discussion, personnel became more confident in their service and had a clear standard for decision making. Feedback from 7 hospitals agreed with the revised draft and made a few comments finalize the guideline and led to the current guideline.

Conclusion The guideline for ECT was completed with help from experienced frontline personnel. Content knowledge and exchange of information with other hospitals had been reviewed for a safety ECT service.

Key words : electroconvulsive treatment (ECT), guideline

Srithanya Hospital

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๘๘ ซึ่งเป็นแบบ unmodified คือไม่ต้องดมยาสลบ¹⁻⁵ ในประเทศที่พัฒนาแล้วรวมทั้งโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทย จะให้การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ modified ส่วนโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต (ยกเว้น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาล-สวนปรุง) ให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบ unmodified เนื่องจากยังขาดความพร้อมด้านบุคลากร³ ปี ๒๕๔๗ โรงพยาบาลศรีธัญญาเริ่มมีแนวปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า พัฒนาโดยทีมนำทางคลินิก ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ใช้โดยพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แพทย์มีส่วนร่วมการประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังทำ ในปี ๒๕๕๓ พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้าในระดับรุนแรงจำนวน 2 ราย คือ กระตุกชักเกร็ง 1 ราย และกระตุกสั่นหลังทนต์ 1 ราย จึงเป็นโอกาสในการทบทวนแนวปฏิบัติสำหรับสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาด้วยไฟฟ้าในโรงพยาบาลศรีธัญญามีความปลอดภัยเกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงสุด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนาโดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีของกรมสุขภาพจิต⁶ และ National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE⁷ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ ถึง พฤษภาคม ๒๕๕๔ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๓ ถึง พฤศจิกายน ๒๕๕๓ สอบถามความคิดเห็น

ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวน 62 คน ได้แก่ แพทย์ 12 คน พยาบาล 25 คน และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 25 คน ด้วยคำถาม ถ้าญาติของท่านต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ท่านต้องการให้มีการดูแลและปฏิบัติต่อญาติของท่านอย่างไรในแต่ละขั้นตอน และทบทวนเอกสารการให้ความยินยอม ทบทวนเอกสารแนวปฏิบัติให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการค้นคว้าและทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 1

ระยะที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาในเดือนธันวาคม ๒๕๕๓ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 14 ราย ณ ศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญาร่วมกับแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการจัดทำแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ unmodified กับโรงพยาบาลจิตเวช 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในเดือนมกราคม ๒๕๕๔ นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งที่ 2

ระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม ๒๕๕๔ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 34 ราย ณ ศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญา ส่งแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าให้แก่แพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลศรีธัญญา และทำสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าในโรงพยาบาลศรีธัญญา คือสนทนากลุ่มแพทย์จำนวน 14 คน สนทนากลุ่มพยาบาลจำนวน

10 คน ร่วมกับแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องแนวปฏิบัติ การรักษาด้วยไฟฟ้ากับองค์วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าของโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ นำข้อมูลที่ได้จากทั้ง 3 ส่วน มาพัฒนาจัดทำแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์เพื่อใช้ในโรงพยาบาลศรีธัญญา

เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ unmodified 2) แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ unmodified ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ฉบับร่าง ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบฟอร์มสั่งการรักษาด้วยไฟฟ้า หนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยไฟฟ้า แบบบันทึกการให้บริการก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า แบบบันทึกการให้บริการระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า แบบบันทึกการให้บริการหลังรักษาด้วยไฟฟ้า และแบบบันทึกการประเมินผลการรักษาด้วยไฟฟ้า และ 3) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ unmodified ของโรงพยาบาลศรีธัญญา สำหรับแพทย์และพยาบาลเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด และคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่พบ และข้อเสนอแนะ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญาเมื่อเดือนกันยายน ๒๕๕๓

ผล

ระยะที่ 1 แพทย์จำนวน 12 คน พยาบาลจำนวน 25 คน และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยจำนวน 25 คน ในประเด็นเกี่ยวกับการให้ความยินยอม ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และให้ญาติร่วมตัดสินใจ ระยะก่อนการรักษาควรอธิบายวิธีการปฏิบัติ และมีระบบประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมระหว่างรับการรักษาต้องมีผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะดูแลใกล้ชิดจนกว่าจะปลอดภัยหลังการรักษา ควรมีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญระหว่างศูนย์ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าและหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เผื่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะอยู่ที่หอผู้ป่วย จึงดำเนินการปรับแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ 1 หน้า ต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า 1 ครั้ง เพื่อให้ทุกวิชาชีพประเมินรวมในหน้าเดียวกันทั้งหมด ตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา กำหนดการใช้กระแสไฟฟ้าคงที่ คือ ร้อยละ 15 ($15 \text{ joules} \pm 7.5\% (\text{Vp})$)⁸ ในทุกกลุ่มอายุ เพิ่มการประเมินความรุนแรงของอาการที่เป็นข้อบ่งชี้ใช้ CGI (Clinical Global impression) of severity และ CGI of improvement ประเมินผลการรักษา และปรับรายการยาที่มีผลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า

ระยะที่ 2 ติดตามผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วย 14 ราย เพศหญิงจำนวน 10 ราย เพศชาย 4 ราย จำนวนครั้งการรักษาด้วยไฟฟ้าคือ 6 ครั้ง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้ใช้แนวปฏิบัติลงบันทึกข้อมูลครบถ้วน แต่ไม่สะดวกต่อการดูข้อมูลของครั้งก่อน เช่น การใช้กระแสไฟฟ้า ระยะเวลาการชัก ส่วนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการจัดทำแนวปฏิบัติการรักษา

ด้วยไฟฟ้าแบบ unmodified กับโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีข้อสรุปให้มีแบบบันทึกที่แสดงความต่อเนื่องของการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย และแต่ละวิชาชีพ มีวิธีการประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยปรับจาก pain scale มีการประเมินภาวะสับสน ทันตแพทย์มีส่วนร่วมในการประเมินช่องปากและฟันผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วยไฟฟ้า และนักกายภาพบำบัดร่วมประเมินระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง พร้อมกันนี้ได้จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้ในแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าขึ้น

ระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม ๒๕๕๔ ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 34 ราย เป็นเพศหญิง 18 ราย เพศชาย 16 ราย จำนวนครั้งการรักษาด้วยไฟฟ้าคือ 6 ครั้ง พบผู้ป่วยมีภาวะสับสนมากขึ้นเมื่อปรับพลังงานไฟฟ้าสูงขึ้นตามอายุของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังตรวจพบภาวะแทรกซ้อนเนื่องจาก ปวดหลัง 1 ราย และมีภาวะความดันโลหิตสูง 1 ราย ต้องหยุดการรักษา มีปัญหาทันตกรรม และได้รับการดูแลต่อเนื่อง 5 ราย

จากการสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าในโรงพยาบาลศรีธัญญา คือ สนทนากลุ่มแพทย์จำนวน 14 คน สนทนากลุ่มพยาบาลจำนวน 10 คน พบว่า การใช้แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใหม่ ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจในการให้บริการ มีแนวทางในการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยมากขึ้น มีความชัดเจนว่าต้องทำอะไร

อะไรที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ซึ่งแรกๆ รู้สึกยุ่งยาก มีสิ่งที่ต้องปฏิบัติมาก เมื่อคุ้นเคยจะไม่ยาก และมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้ามากขึ้น ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ คือ ลดความวิตกกังวล มีความมั่นใจว่าปลอดภัยต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินสภาพสมองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย The Mini-Mental State Examination-Thai Version 2002 (MMSE-T)⁹ มีคะแนนอยู่ในระดับปกติ รวมทั้งได้รับการดูแลเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนเร็วขึ้น

สรุปข้อคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งตอบโดยบุคลากรจากสถาบันโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 7 แห่ง มีโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 2 แห่ง ตอบแบบสอบถามไม่ครบ โดยไม่ตอบเรื่องการนำไปใช้ทั้งหมด หรือตอบบางหัวข้อ จำนวน 6 ชุด ไม่ตอบในส่วนของแพทย์ เรื่องการสั่งการรักษา 1 ชุด และไม่ตอบในส่วนของการพยาบาล เรื่อง การให้บริการก่อนการรักษา จำนวน 3 ชุด

ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยในระดับมากถึงมากที่สุด มีเพียง 1 แห่ง ที่เห็นด้วยในระดับปานกลาง ส่วนการประเมิน MMSE-T เห็นด้วยในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด และการประเมินโดยแพทย์เจ้าของก่อนย้ายหรือจำหน่าย เห็นด้วยในระดับปานกลางถึงน้อยที่สุด

มีข้อเสนอแนะตรงกันในเรื่อง 1) การเฝ้าระวังโรคทางกาย และยาที่ต้องเฝ้าระวัง และระยะเวลาที่ได้รับยา และให้ระบุความรุนแรงของอาการแทรกซ้อนที่เฝ้าระวัง 2) การประเมิน MMSE ผลการประเมินไม่ชัดเจนและไม่สามารถเปรียบเทียบ

ก่อนและหลังทำการรักษาได้ 3) ให้ตัดบางหัวข้อที่ไม่จำเป็นออก หรือข้อที่ซ้ำซ้อน เช่น หัวข้อในข้อบ่งชี้ อุณหภูมิ นาย นาง เพศ และ 4) ให้ปรับหัวข้อบางหัวข้อที่ผิดความหมายให้ถูกต้อง เช่น ภาวะแทรกซ้อน เป็นอาการข้างเคียงจากการรักษา

ทั้งนี้จากข้อมูลผลการดำเนินการทั้งหมดได้นำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยไฟฟ้าโรงพยาบาลศรีธัญญาฉบับล่าสุด เริ่มใช้ในเดือน มิถุนายน ๒๕๕๕¹⁰

วิจารณ์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าในครั้งนี้เป็นการทบทวนวิธีการปฏิบัติ ที่ถือปฏิบัติมาแต่ดั้งเดิม ทบทวนเอกสารเพิ่มเติม ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในแต่ละขั้นตอน พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นที่มีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ unmodified แล้วพัฒนาขึ้นให้มีความชัดเจน ให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนแสดงความคิดเห็น ทดลองใช้ ประเมินผล และหาข้อสรุปเป็นแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลศรีธัญญาในปัจจุบันมากที่สุด

ข้อดีของการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ คือ ได้แบบบันทึกที่สะดวกในการใช้งานของผู้ปฏิบัติ มีแนวทางในการให้บริการที่ชัดเจนขึ้นกว่าเดิม และยังได้ใช้ประกอบการให้ข้อมูลแก่ญาติและผู้ป่วย ก่อนที่จะตัดสินใจรับบริการรักษาด้วยไฟฟ้าให้มีความเชื่อมั่นว่าจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและปลอดภัย การมีส่วนร่วมของวิชาชีพอื่นในการพัฒนาแนวปฏิบัติในครั้งนี้ ทันตแพทย์ได้ให้เกณฑ์ ที่ชัดเจนขึ้นว่าผู้ป่วยรายใดควรได้รับการดูแลก่อน หลังการรักษาด้วยไฟฟ้า และรายใดสามารถทำการรักษาได้เลยโดยไม่เป็น

อันตราย นักกายภาพบำบัดได้เข้ามามีส่วนทบทวนวิธีการประกอบร่างกายของผู้ป่วยขณะให้การรักษาใหม่ ร่วมประเมินอาการปวดหลัง และแนะนำวิธีการตรวจ และแก้ไขให้กับผู้ป่วยและทีม เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูกสันหลัง และมีการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามมาตรา 18 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาครบตามจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง มี 2 ราย ที่ต้องหยุดการรักษา ก่อนกำหนด เนื่องจากมีอาการปวดหลังอย่างรุนแรง 1 ราย อีก 1 ราย มีความดันโลหิตสูงมาก 200/110 mmHg ที่หน่วย ECT ซึ่งเกิดความกลัวก่อนรับบริการ แม้ได้รับยาลดความดันโลหิตและการดูแลทางจิตใจแล้ว ซึ่งกรณีความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโรคจิตเวชหากมีความดันโลหิตได้ก็สามารถให้การรักษาด้วยไฟฟ้าได้ แต่กรณีที่ความดันโลหิตไม่ลด ควรดการักษาด้วยไฟฟ้าไว้ก่อน ส่วนผู้ป่วยที่ปวดหลังรุนแรงเป็นผลโดยตรงจากการรักษาด้วยไฟฟ้า จากการเกร็งตัวอย่างรุนแรงในระยะ tonic ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเกิดกระดูกสันหลังยุบได้ ดังนั้น จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่ร่างกายกำยำจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดกระดูกสันหลังยุบตัวได้มากกว่าผู้ที่ร่างกายผอมบาง¹⁶ การป้องกันด้วยการประคองร่างกายด้วยหมอนและมือในตำแหน่งที่เหมาะสมขึ้น โดยไม่ฝืนการชักที่มีอาการเกร็งตัวจนยกตัวขึ้นจากเตียง อาจจะป้องกันหรือลดปัญหาการบาดเจ็บนี้ได้ การใช้กระแสไฟฟ้าที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงการเกร็งตัวอย่างรุนแรง อาจเป็นอีกทางหนึ่งในการลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ และกระดูกสันหลัง ซึ่งยังต้องทำการศึกษาและออกแบบการติดตามประเมินอย่างรัดกุมต่อไป

การพิจารณาหยุดยาที่กำหนดไว้ก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า 48 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับยาเหล่านี้เพื่อรักษาอาการทางจิต แต่ยังมีอาการรุนแรงเมื่อพิจารณาถึงการรักษาด้วยไฟฟ้าผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าทันที เนื่องจากวันที่ให้บริการไม่มีทุกวัน และนโยบายที่ให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลระยะสั้น ทำให้การพิจารณาหยุดยาตามกำหนดมีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย จึงอนุโลมให้แพทย์พิจารณาความเหมาะสมเป็นรายๆ ซึ่งพบว่าแพทย์มีแนวโน้มหยุดยา lithium และ clozapine ส่วนยากันชักและ benzodiazepine ไม่มีคำสั่งดยาระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า พบว่ามีบางรายเท่านั้นที่มีผลต้องเพิ่มพลังงานไฟฟ้า ซึ่งอาจเป็นเพราะพลังงานไฟฟ้าที่กำหนดในแนวปฏิบัตินี้สูงกว่าค่า threshold ของผู้ป่วยอยู่มาก จึงควรมีการศึกษาติดตามผลในผู้ป่วยดังกล่าวต่อไป

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติครั้งนี้ได้คำนึงถึงการประเมินการทำหน้าที่ทางสมองที่เป็นผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยไฟฟ้าและการใช้ยาบางขนานร่วมได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินคือ MMSE แต่มักไม่สามารถทำก่อนการรักษาได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการมากและไม่ร่วมมือ ได้ทำ MMSE เฉพาะหลังจากทำการรักษาครบชุดแล้วและผลค่าคะแนน MMSE อยู่ในเกณฑ์ปกติทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ทำให้สมองเสื่อม แต่ผู้ปฏิบัติเห็นว่าใช้เวลามาก ไม่สามารถเปรียบเทียบผลได้ จึงเสนอให้ตัดการประเมินนี้ไป

สรุป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ unmodified เน้นกระบวนการดูแลโดยสหวิชาชีพ ที่ผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจนขึ้น มีกระบวนการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น ระหว่างการรักษา จนถึงสิ้นสุดการรักษาและมีสหวิชาชีพเข้ามามีบทบาท โดยเฉพาะจิตแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจสั่งการรักษา การวางแผนการรักษา และการประเมินผลที่สอดคล้องกับข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้าแต่ละกลุ่มอาการ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัติ ที่ชัดเจนควรมีการอภิปรายหารือในระดับวิชาชีพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชูติชัย ปานปรีชา, พิเชฐ อุดมรัตน์, วรลักษณ์ ธีราโมกข์. การรักษาด้วยไฟฟ้า: อดีตและปัจจุบัน ตอนที่ 1 ประวัติและวิวัฒนาการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2527;29:225-37.
2. American Psychiatric Association Task Force Report on ECT: the practice of ECT: recommendations for treatment, training, and privileging. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001.
3. วรวัฒน์ จันทร์พัฒน. ประวัติการรักษาด้วยไฟฟ้า วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543;45:371-80.
4. วรวัฒน์ จันทร์พัฒน. การรักษาด้วยไฟฟ้าในโรคจิตเภท วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542;44:156-70.
5. วรวัฒน์ จันทร์พัฒน. การรักษาด้วยไฟฟ้าต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทชนิดที่ดื้อยา. เข้าถึงได้ที่ <http://research.trf.or.th/node/243>.
6. กรมสุขภาพจิต คู่มือการดำเนินงานวิจัย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2550.

7. How NICE clinical guidelines are developed: an overview for stakeholders, the public and the NHS. National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE เข้าถึงได้ที่ http://www.nice.org.uk/aboutnice/howwework/developing_nice_clinical_guidelines/developing_nice_clinical_guidelines.jsp.
8. Richard A. and Conrad M.S. THYMATRON™ SYSTEM IV instruction manual. 6thed. 2001.
9. กรมการแพทย์. แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI. 2002.
10. โรงพยาบาลศรีธัญญา. แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ unmodified. 2554.
11. Charles H. Kellner. John T. Pritchett. Mark D. Beale. C. Edward Coffey. Handbook of ECT.American Psychiatric 1997:15-7.
12. Richard D.Weiner, Donald W.Hammersley. Iver F.Small. Louis A. Moench. Harold Sackeim. The practice of electroconvulsive therapy recommendations for treatment, training and privileging. American Psychiatric Association. 1990:6-8.
13. Max F. electroconvulsive therapy. Oxford university press. London. 2009:3-9.
14. วีระ ลีลำนันทกิจ. การรักษาด้วยไฟฟ้า:ทฤษฎีและภาคปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1 ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2553.
15. David T. Carol P. and Shitij K. Foundation rust prescribing guidelines 10th edition informa healthcare 2009:187-8.
16. ทีมนำทางคลินิก. เอกสารประกอบการนำเสนอของทีมนำทางคลินิก. โรงพยาบาลศรีธัญญา. 2547.

ตารางที่ 1 สรุปการปรับแนวปฏิบัติการดูแลรักษาด้วยไฟฟ้า

การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
1. ข้อบ่งชี้กำหนดตามตำราสากล ¹¹⁻¹³	1. แยกการวินิจฉัยออกจากข้อบ่งชี้ กำหนดข้อบ่งชี้เป็นสภาวะของ ผู้ป่วยที่แพทย์มักพิจารณา สั่งการรักษาด้วยไฟฟ้า	1. ตัดข้อบ่งชี้ agitation ออก
2. มีการประเมินความรุนแรงของ อาการที่เป็นข้อบ่งชี้โดยใช้ CGI (Clinical Global Impression) of severity	-	-
3. ประเมินผลการรักษาด้วย CGI of improvement	3. คงไว้ กำหนดว่าแพทย์ควรประเมิน ผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อการ รักษาด้วยไฟฟ้า 3 ครั้ง	3. ปรับเป็นดีขึ้นมาก, ดีขึ้นปานกลาง, ดีขึ้นเล็กน้อย, ไม่ดีขึ้น, แย่ลง
4. กำหนดห้ามการใช้ยาที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนด้านหัวใจ และหลอดเลือด คือ Reserpine และ Theophylline ^{12,15}	-	4. เพิ่ม Digoxin
5. ลดจำนวนชั่วโมงของการใช้ยาที่ควร พิจารณาหยุดก่อนรับการรักษาด้วย ไฟฟ้าจาก 72 ชั่วโมงเป็น 48 ชั่วโมง	5. เสนอให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาการหยุด หรือใช้ยาที่มีผลต่อการทำให้ชัก ¹¹	-
6. เพิ่มยาที่ควรพิจารณาอีก 2 รายการ คือ Bupropion และ Trazodone ^{14,15}	6. เสนอให้หยุด Lithium ตลอดช่วงรักษา ด้วยไฟฟ้า ^{14,15}	-
7. ปรับแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า ทุกขั้นตอนบันทึกใน 1 หน้า ต่อการ รักษา 1 ครั้ง	7. ปรับแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า ให้เห็นความต่อเนื่องในแต่ละขั้นตอน	7. ปรับ/แก้ไข 7.1 การให้การปรึกษา รายบุคคล / กลุ่มเป็นสื่อสาร / ให้ข้อมูล ECT แก่ผู้ป่วย 7.2 เฝ้าระวังผู้ป่วย asthma COPD ผู้ป่วยที่จัดต้องวัด O ₂ Sat 7.3 เรียงลำดับ Type of seizure ใหม่

การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 1	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 2	การปรับแนวปฏิบัติครั้งที่ 3
8. ใช้พลังงานไฟฟ้าคงที่ คือ ร้อยละ 15 (15 joules) ⁸	8. ใช้พลังงานไฟฟ้าตามสูตร program ของเครื่อง ⁸ $\text{Low } 0.5 \frac{\text{age}}{2}$	8. กำหนดพลังงานไฟฟ้า ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 25 ปี ให้เริ่มที่ 10% (10 joules) ⁸ ถ้าอายุมากกว่า 25 ปี ให้เริ่มที่ร้อยละ 15 (15 joules) ⁸ หรือเท่ากับพลังงานที่ใช้ในครั้งก่อน
	9. ปรับวิธีการประเมินผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยปรับ pain scale	-
	10. นักกายภาพบำบัดร่วมประเมินระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	-
	11. เพิ่มการมีส่วนร่วมของทันตแพทย์ในการประเมินช่องปากและฟันผู้ป่วยก่อนและระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า	-
	12. ทารือเรื่องการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการมีส่วนร่วมในการรักษาด้วยไฟฟ้า	-
	13. สร้างเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของการชัก ลับสนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า, การบาดเจ็บในช่องปากจากเลือดที่ติดกือสฟันยางรองฟัน	13. ปรับเกณฑ์ความรุนแรงของการชักใหม่ เหลือเป็นคำอธิบายการเกร็งกระดูกอย่างแรงมาก ตัดการประเมินการบาดเจ็บในช่องปากออก
	14. ให้พยาบาลประเมิน MMSE-T หลังสิ้นสุดการรักษาด้วยไฟฟ้า	14. ตัดการประเมิน MMSE-T
	15. ปรับปรุงหนังสือแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยไฟฟ้าให้สอดคล้องกับ พรบ.สุขภาพจิต ๒๕๕๑	-
	16. จัดทำคู่มือการใช้แบบบันทึกต่างๆ ที่ใช้ในการรักษาด้วยไฟฟ้า	16. แก้ไขให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่เปลี่ยนแปลง