



วารสารโรงพยาบาลนครพนม

NAKHONPHANOM HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2560

Volume 4 No. 2 May – August 2017

| | | | | |
|---------------------------|---|---------------------------------|--|--|
| วัตถุประสงค์ | เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข ไปสู่ผู้สนใจทั้งบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป | | | |
| เจ้าของ | โรงพยาบาลนครพนม | | | |
| บรรณาธิการที่ปรึกษา | นพ.ยุทธชัย ตรีสกุล | | | |
| | พญ.เพ็ญรักษ์ ร่วมเจริญ | รศ.นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า | | |
| | ภก.ศศ.ดร.แสวง วัชรระชนกิจ | ภญ.ศศ.ดร.จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์ | | |
| | รศ.ดร.สมจิตร แคนศรีแก้ว | รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์ | | |
| | ดร.อัญชลี เจตะภัย | อ.นพ.ฉัตรพล สันตระกูล | | |
| | ดร.ศิริลักษณ์ ใจช่วง | นายบารเมษฐ์ ภิราล้า | | |
| | ดร.กฤษฎิ์พัทธ์ พิษณะเดชนันต์ | | | |
| บรรณาธิการ | นพ.พงศ์ธร วงศ์สุวรรณ | | | |
| รองบรรณาธิการ | พญ.สุรธินีย์ คูสกุลวัฒน์ | | | |
| ผู้ช่วยบรรณาธิการ | นางรามย์ สุตรสุวรรณ | | | |
| กองบรรณาธิการ | นพ.ทศพล นุตตะรังค์ | พญ.นทวรรณ หุ่นพยนต์ | | |
| | นพ.ณรงค์ศักดิ์ ราชภักดี | ภก.วิชิต เหล่าวัฒนาถาวร | | |
| | ทพ.สุรจิตร คูสกุล | นายวรพงษ์ จินบุตร | | |
| | นางสาวสุดใจ ศรีสงค์ | นางสาวอรรรจิม่า ศรีชนม์ | | |
| คณะทำงาน | นายเวชสิทธิ์ เหมะธูลิน | นางเดือนฉาย ใจคง | | |
| | นางวิไล ฤทธิธาดา | นางสาวศิลปะกร อางวิชัย | | |
| | นางพรสวรรค์ สาหล้า | | | |
| กำหนดออก ส่งต้นฉบับที่ | ราย 4 เดือน เดือนมกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม นางพรสวรรค์ สาหล้า | | | |
| | กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลนครพนม 270 ด.อภิบาลบัญชา ด.โนนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 โทรศัพท์ 0-4251-1422 ต่อ 1016 โทรสาร 0-4251-3193 E-mail Training1016@hotmail.com | | | |
| พิมพ์ที่ | บริษัท นครหลังเลนส์ จำกัด เลขที่ 327/9 ด.เพ็ญนคร ด.โนนเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000 | | | |

สารบัญ

Original Article

1. ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลนครพนม 5
ชรินทร์ พนาอรุณวงศ์ พบ.ว.กุมารเวชศาสตร์
2. ผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยการใช้แนวทางดูแลรักษา
ผู้ป่วยโรคสมองเฉียบพลันและแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของโรงพยาบาลชุมแพ 19
ยศวีจันท์ พักเท่า พ.บ.
3. ภาวะแทรกซ้อนของการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอด
ในโรงพยาบาลชุมแพ 32
น้ำผึ้ง สุคันธรัตน์ พ.บ.
4. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลดงขวาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม 42
ชลลาภัทร คำพิมาน , พัฒนชัย รัชอินทร์
5. การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง
โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม 50
วิวรรธน์ วงศ์ตาชี
6. ลักษณะที่ต่างกันระหว่างผู้ป่วย HIV ตี๋อยาด้านไวรัสที่เสียชีวิต
และผู้ป่วยที่รอดชีวิต โรงพยาบาลนครพนม 69
รามย์ สุตรสุวรรณ , จินตนา จันทร์หลวง

นวัตกรรม

7. ผลการใช้นวัตกรรมการดึง Skin Traction แบบใหม่ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาแบบปิด
โรงพยาบาลนครพนม
ทัศนีย์ เจริญรัตน์ , สลักศรี กุลวงศ์ , ชนิตรนันท์ ศรีวระมย์

74





ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลนครพนม

ชรินทร์ พนาอรุณวงศ์ พบ.ว.กุมารเวชศาสตร์
 กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพนมในระหว่างเดือนเมษายน 2554 ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก การรักษา ภาวะแทรกซ้อน ผลการรักษา และอัตราการเสียชีวิต

ผลการศึกษา พบความชุกของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง 1.12 – 2.96 ต่อการเกิด 1,000 มีชีพ ทารกที่ถูกวินิจฉัยทั้งหมด 32 ราย เป็นเพศชาย 19 ราย (59.40%) เชื้อชาติไทย 28 ราย (87.50%) คลอดโดย วิธี normal labour มากที่สุดคือ 18 ราย (56.20%) ทารกถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน 13 ราย (40.60%) โดยมีอายุเฉลี่ยตอนที่มาถึงโรงพยาบาลนครพนม คือ 5.17 ชั่วโมง อายุครรภ์เฉลี่ย 40.42 ± 2.56 สัปดาห์ มี น้ำหนักเฉลี่ยแรกเกิด 3,243.13 ± 665.72 กรัม Apgar score เฉลี่ยที่ 1, 5 และ 10 นาที คือ 6.42 ± 3.12, 7.90 ± 2.55 และ 8.50 ± 2.36 ตามลำดับ อายุที่เริ่มมีภาวะ PPHN คือ 6.19 (0.33 – 30) ชั่วโมง สาเหตุ หลักที่พบร่วมกับ PPHN มากที่สุดคือ meconium aspiration syndrome (MAS) 78.10% ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ CMV โดยมีค่าเฉลี่ย PIP สูงสุดเท่ากับ 17 ± 2.58 ซม.น้ำ PEEP 4.13 ± 0.92 ซม.น้ำ mandatory rate 80.65 ± 19.65 ครั้ง ส่วนในรายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ HFOV มีค่าเฉลี่ย mean airway pressure และ amplitude คือ 18.45 ± 4.96 ซม.น้ำ และ 33.40 ± 7.34 ตามลำดับ มีการใช้ NSS ในทารก 29 ราย (90.62%), FFP 23 ราย (71.90%), PRC 12 ราย (37.50%) NaHCO₃ 10 ราย (31.25%) และยาเพิ่มความดันโลหิต 32 ราย (100%) ขนาดยาเฉลี่ยของ dopamine คือ 17.97 ± 3.99 mcg/kg/min, dobutamine 18.91 ± 3.00 mcg/kg/min, epinephrine 1.48 ± 0.87 mcg/kg/min และ norepinephrine 1.61 ± 0.47 mcg/kg/min นอกจากนี้ยังมีการใช้ MgSO₄ 5 ราย (15.60%), sildenafil 7 ราย (21.90%), intravenous iloprost 5 ราย (15.60%) และ iloprost + milrinone 1 ราย (3.10%) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ gastrointestinal bleeding 34.40% อัตรา การเสียชีวิตสูงถึง 59.40% และพบว่า กลุ่มที่เสียชีวิตมีความดันโลหิต SBP และ MAP เริ่มต้นสูงกว่ากลุ่มที่ รอดชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) กลุ่มที่เสียชีวิตมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นกว่า กลุ่มที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) กลุ่มที่รอดชีวิต 13 ราย ติดตามพัฒนาการได้ 7 ราย มีพัฒนาการปกติที่อายุ 2 ปี 4 ราย (57.14%) มีพัฒนาการช้า 1 ราย (14.29%)

สรุป ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดมีอัตราการเสียชีวิตที่สูง โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการสูด สำลักขี้เทา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ ดังนั้นการพัฒนาความรู้ สมรรถนะของบุคลากร และการพัฒนาระบบ เครือข่ายในการดูแลทารกแรกเกิด ทั้งในด้านการป้องกันและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตรา การเสียชีวิตได้

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิด ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด

Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn at Nakhon Phanom Hospital

Charinporn Panaarunwong M.D., Thai Board of Pediatrics

Department of Pediatrics, Nakhon Phanom Hospital

Abstract

This retrospective study was to review patients with persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) at Nakhon phanom hospital from April 2011 to May 2017. The purpose of this study was to describe the prevalence, demographic pattern, clinical description, treatment, complication outcome and mortality rate.

The results showed that the prevalence of persistent pulmonary hypertension of the newborn were 1.12 – 2.96 per 1,000 live births. 19 of 32 diagnosed PPHN newborns were males (59.40%). Thai nationality 28 cases (87.50%). 56.20% were delivered by normal labour. 13 newborns (40.60%) were transfer from other hospitals with average age 5.17 hours. The average gestational age were 40.42 ± 2.56 weeks, birth weight $3,243.13 \pm 665.72$ grams and the Apgar score at 1, 5 and 10 minutes were 6.42 ± 3.12 , 7.90 ± 2.55 และ 8.50 ± 2.36 respectively. The diagnosed PPHN age was 6.19 (0.33 – 30) hours. The most common cause of PPHN was MAS (78.10%). The PPHN newborns were on CMV setting MAX PIP 17 ± 2.58 cmH₂O, MAX PEEP 4.13 ± 0.92 cmH₂O and mandatory rate 80.65 ± 19.65 times/minute. Max mean airway pressure and amplitude in HFOV setting were 18.45 ± 4.96 cmH₂O and 33.40 ± 7.34 respectively. The newborns received crystalloid (NSS) 29 cases (90.62%), FFP 23 cases (71.90%), PRC 12 cases (37.50%) and NaHCO₃ 10 cases (31.25%). All of them received inotropic drugs. The average dose of dopamine, dobutamine, epinephrine and norepinephrine were 17.97 ± 3.99 , 18.91 ± 3.00 , 1.48 ± 0.87 and 1.61 ± 0.47 mcg/kg/min respectively. MgSO₄, sildenafil, intravenous iloprost and iloprost with milrinone were used for pulmonary blood pressure reducing in PPHN newborns for 5 cases (15.60%), 7 cases (21.90%), 5 cases (15.60%) and 1 cases (3.10%) respectively. Gastrointestinal bleeding was found 34.40% as the most common complication in this study. Mortality rate was 59.40%. The died newborns group had higher SBP, MAP than the survivor group with statistically significant ($p < 0.05$) and shorter length of stays than the survivor group with statistically significant ($p < 0.01$). The followed survivors had normal development at 2 years old was 57.14% and delayed development 1 case (14.29%).

Conclusion The mortality rate of PPHN was high. The majority cause was meconium aspiration syndrome that could be preventable. Therefore, the development of healthcare personnel knowledge, skill performance and effective neonatal care networks should be established for decrease in mortality rate.

Keywords : newborn persistent pulmonary hypertension of the newborn

บทนำ

ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด resistant pulmonary hypertension of the newborn: PPHN) เป็นภาวะที่ความต้านทานและความดันในหลอดเลือดแดงในปอดไม่ลดลงตามปกติหลัง คลอด ทำให้เลือดที่จะไหลเวียนไปปอด ไหลลัดไปทาง ductus arteriosus และ foramen ovale (right to left shunt) ทำให้ทารกขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง และเสียชีวิตได้⁽¹⁾ ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์เกิด 0.38 - 2.80 ต่อการเกิดมีชีวิต 1000 คน^(2,3) และพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 24.0 - 39.5 ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่^(3,4)

พยาธิสภาพของการเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูง เกิดจากกลไก 3 อย่าง⁽⁵⁾ ได้แก่ 1) มีการเพิ่มของ pulmonary vascular resistance 1.1 Underdevelopment ได้แก่ congenital diaphragmatic hernia, congenital lung hypoplasia, lung dysgenesis ซึ่งมักไม่ตอบสนองต่อการรักษา 1.2 Maldevelopment มีการสร้างชั้นกล้ามเนื้อของเส้นเลือดปอดหนาผิดปกติ ซึ่งพบในกลุ่มที่มี chronic hypoxia (placental insufficiency) เช่น postterm, meconium staining, meconium aspiration syndrome (MAS), idiopathic PPHN เป็นกลุ่มที่มีพยากรณ์ของโรคกลางๆ 1.3 Functional maladaptation บางสภาวะหลัง เกิดกระตุ้นทำให้มี functional vasoconstriction เช่น acidosis, hypoxia, hypercarbia, hypothermia, hypoglycemia กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เราป้องกันได้ และมีพยากรณ์ของโรคดีที่สุด 2) มีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต เกิด shunts และมีการทำงานที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ 3) การทำงานของหัวใจห้องล่าง ขวาผิดปกติ หลักในการรักษาภาวะความดันเลือดปอดสูง คือ การลดความต้านทานและความดันเลือดปอด การทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ และการรักษาประคับประคองจนกว่าปอดของทารกจะกลับมาเป็น ปกติ ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยแนวทางการรักษาในปัจจุบัน ประกอบด้วย 1) การใช้เครื่องช่วย หายใจซึ่งมีทั้งแบบ conventional mechanical ventilation (CMV) และ high frequency oscillatory ventilation (HFOV) 2) การรักษาระดับความดันโลหิตโดยการให้ inotropic drugs. ต่าง ๆ 3) การแก้ไข ภาวะความ

เป็นกรดของเลือด 4) การให้ยา sedative ต่าง ๆ เพื่อให้ทารกสงบและไม่เกิดอาการเจ็บปวด 5) การให้ยาขยายหลอดเลือดในปอด เช่น inhaled nitric oxide, magnesium sulphate, sildenafil, prostacyclin เป็นต้น และ 6) extracorporeal membrane oxygenation (ECMO)^(1,2,14) ซึ่งการรักษาด้วย inhaled nitric oxide และ ECMO เป็นวิธีการรักษาที่มีการศึกษายืนยันว่าได้ผลดี สามารถลดอัตราการ เสียชีวิตลงได้^(1,6,7) แต่อย่างไรก็ตามทั้ง 2 วิธียังจำกัดอยู่เฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์ เท่านั้น

โรงพยาบาลนครพนม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครพนม จังหวัดใกล้เคียง รวมทั้งสาธารณสุขวิชาชีพไทยประชาชนลาว จากสถิติที่ผ่านมาถึงแม้ว่าจะมีจำนวนทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดไม่มากแต่อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราที่สูง⁽⁸⁾ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีวิธีการและยาต่างๆที่ใช้ในการรักษาภาวะนี้มากขึ้น ตลอดจนเครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (HFOV) ซึ่งเป็นเครื่องช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ยังคงพบอัตราการเสียชีวิตที่สูงอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาความชุก ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะทางคลินิก การรักษา ผลการรักษา และอัตราการเสียชีวิต เพื่อใช้วางแผนงานในการป้องกันและพัฒนาการรักษาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในจังหวัดนครพนม
2. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก ของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงใน โรงพยาบาลนครพนม
3. เพื่อศึกษามลการรักษาและอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงใน โรงพยาบาลนครพนม

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณน่าย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากเวชระเบียนของผู้ป่วย ทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเดือนเมษายน 2554 ถึงเดือนพฤษภาคม 2560 จำนวน 32 ราย เวชระเบียนทุกรายที่ศึกษาได้รับการ

วินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้⁽⁵⁾

1. มีภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) หอบ หายใจเร็ว หายใจเร็วกว่า 70 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป
2. มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่และพบมีความต่างของ preductal-postductal oxygen saturation มากกว่า 10% ขึ้นไป (lability of oxygenation)
3. ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นกลุ่มอาการสำคัญซีเทา (meconium aspiration: MAS) ลมรั่วในช่องปอด (pneumothorax) ปอดอักเสบแต่กำเนิด (congenital pneumothorax) การติดเชื้อ (sepsis) การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (birth asphyxia) ตัวเย็น (hypothermia)
4. ไม่มีโรคหัวใจชนิดเขียวแต่กำเนิด (congenita cyanotic heart disease)

โดยได้ศึกษาข้อมูลในรายละเอียดต่างๆ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป : เพศ เชื้อชาติ สถานที่เกิด วิธีการคลอด อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด ข้อมูลของมารดา: อายุ จำนวนทารกในครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และโรคประจำตัว ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัยโรคและ ภาวะร่วม การรักษา การตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ (ventilator setting) ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ผลของการรักษา อัตราการเสียชีวิต และการ ติดตามพัฒนาการ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความ แตกต่างโดยใช้สถิติ chi-square และ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง

อุบัติการณ์ทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในจังหวัดนครพนมคือ 1.12 – 2.96 ต่อการเกิด 1,000 มีชีพเกิด 1,000 มีชีพ (ตารางที่ 1) โดยทารกที่ได้รับการวินิจฉัยว่า PPHN มีจำนวน 32 ราย เป็นเพศชาย 19 ราย (ร้อยละ 59.40) เชื้อชาติไทย 28 ราย (ร้อยละ 87.50) คลอดโดยวิธี normal labour มากที่สุดคือ 18 ราย (ร้อยละ 56.20) ทารกเกิดที่โรงพยาบาลนครพนม 18 ราย (ร้อยละ 56.20) ทารกถูกส่งตัว

ที่ 1, 5 และ 10 นาที คือ 6.42 ± 3.12 , 7.90 ± 2.55 และ 8.50 ± 2.36 ตามลำดับ อายุที่เริ่มมีภาวะความดัน เลือดปอดสูงคือ 6.19 ชั่วโมง (0.33 – 30) แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะรายที่มีสาเหตุจาก meconium aspiration pneumonia อายุที่เริ่มมีภาวะความดันเลือดปอดสูงคือ 5.67 ชั่วโมง (0.33 – 22) (ตารางที่ 2)

โรคหรือภาวะร่วมที่เป็นสาเหตุหลักที่พบมากที่สุดคือ meconium aspiration pneumonia พบ 25 ราย (ร้อยละ 78.10) รองลงมาคือ congenital pneumonia 2 ราย (ร้อยละ 6.20), sepsis 2 ราย (ร้อยละ 6.20), birth asphyxia 2 ราย (ร้อยละ 6.20) และ RDS 1 ราย (ร้อยละ 3.10) ในการศึกษา นี้ไม่พบภาวะไส้เลื่อนกระบังลม (congenital diaphragmatic hernia) นอกจากนี้ยังพบว่ามีความผิดปกติร่วมด้วย 11 ราย คิด เป็นร้อยละ 34.38 (ตารางที่ 2)

ข้อมูลด้านมารดาพบว่า อายุเฉลี่ยของมารดาคือ 28.87 ± 6.53 ปี ทั้งหมดเป็นการตั้งครรภ์ทารกคนเดียว ลำดับการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป (ร้อยละ 75.00) มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ฝาก ครรภ์ 7.93 ± 4.76 ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก 13.65 ± 6.09 สัปดาห์ พบว่าไม่ฝาก ครรภ์ 3 ราย (ร้อยละ 9.40) และฝากครรภ์มากที่สุดที่ รพ.สต./PCU 14 ราย (ร้อยละ 43.80) 1 รายที่มีโรคประจำตัวคือโรคต่อมไทรอยด์ (ตารางที่ 3)

ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ที่พบมากที่สุดคือ meconium stained amniotic fluid 25 ราย (ร้อยละ 78.10), oligohydramnios 3 ราย (ร้อยละ 9.40), PIH 3 ราย (ร้อยละ 9.40), GDM 2 ราย (ร้อยละ 6.20) และ chorioamnionitis 1 ราย (ร้อยละ 3.10) (ตารางที่ 3)

ด้านการรักษามีการใช้ NSS ในทารก 29 ราย (ร้อยละ 90.62), FFP 23 ราย (ร้อยละ 71.90), PRC 12 ราย (ร้อยละ 37.50) ยาเพิ่มความดันโลหิต 32 ราย (ร้อยละ 100) โดยมีการใช้ยา 1 ตัว, 2 ตัว, 3 ตัว และ 4 ตัว ร้อยละ 31.20, 31.20, 28.20 และ 9.4 ตามลำดับ ขนาดยาเฉลี่ยของ dopamine คือ 17.97 ± 3.99 mcg/kg/min, dobutamine 18.91 ± 3.00 mcg/kg/min, epinephrine 1.48 ± 0.87 mcg/kg/min และ norepinephrine 1.61 ± 0.47 mcg/kg/min นอกจากนี้ยังมีการใช้ NaHCO_3 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.25 (ตารางที่ 2)

ส่วนยาที่ออกฤทธิ์ลดความดันหลอดเลือดแดงที่ปอด ถูกนำมาใช้หลายตัว โดยพบว่ามีการใช้ $MgSO_4$ 5 ราย (ร้อยละ 15.60), sildenafil 7 ราย (ร้อยละ 21.90), intravenous iloprost 5 ราย (ร้อยละ 15.60) และ iloprost + milrinone 1 ราย (ร้อยละ 3.10) (ตารางที่ 2)

ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ CMV อย่างเดียว 10 ราย (ร้อยละ 31.20) HFOV อย่างเดียว 1 ราย (ร้อยละ 3.10) และใช้ทั้ง 2 แบบ 21 ราย (ร้อยละ 65.60) สำหรับ CMV พบว่าค่าเฉลี่ย PIP สูงสุดเท่ากับ 17 ± 2.58 ซม.น้ำ PEEP 4.13 ± 0.92 ซม.น้ำ mandatory rate 80.65 ± 19.65 ครั้ง ส่วน HFOV พบว่าค่าเฉลี่ย mean airway pressure และ amplitude คือ 18.45 ± 4.96 ซม.น้ำ และ 33.40 ± 7.34 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ gastrointestinal bleeding 11 ราย (ร้อยละ 34.40) รองลงมา คือ sepsis 9 ราย (ร้อยละ 28.10) pneumothorax 8 ราย (ร้อยละ 25.00), hypoxic ischemic encephalopathy 6 ราย (ร้อยละ 18.80), renal insufficiency 5 ราย (ร้อยละ 15.60) และ ventilator associated pneumonia 4 ราย (ร้อยละ 12.50) (ตารางที่ 2)

ผลการรักษา พบทารกเสียชีวิตจำนวน 19 ราย (ร้อยละ 59.40) รอดชีวิตจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 44.82) ในกลุ่มที่รอดชีวิตสามารถติดตามพัฒนาการต่อได้เพียง 7 ราย (ร้อยละ 53.84) พบว่าพัฒนาการปกติ สมวัยที่อายุ 2 ปีจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 57.14) พัฒนาการล่าช้า 1 ราย (ร้อยละ 14.29) 2 รายอายุยังไม่ถึง 2 ปี ซึ่งยังอยู่ในระหว่างการติดตามพัฒนาการ (ร้อยละ 28.57) ส่วนอีก 6 ราย (ร้อยละ 46.15) ไม่สามารถติดตามพัฒนาการได้เนื่องจากการย้ายที่อยู่ทำให้ไม่สามารถติดต่อได้ (ตารางที่ 2)

2. เปรียบเทียบข้อมูลของทารก กลุ่มที่รอดชีวิตกับทารกกลุ่มที่เสียชีวิต

พบว่า เพศ เชื้อชาติ วิธีการคลอด น้ำหนักแรกเกิด สถานที่เกิด อายุครรภ์ อายุมารดา การฝากครรภ์ Apgar score ที่ 1, 5 และ 10 นาที อายุที่เริ่มมีภาวะ PPHN อายุของทารกที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ผลการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ pre และ post ductal oxygen saturation ค่าเฉลี่ยของความเข้มข้นของเลือด ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกาย ค่าเฉลี่ย pulse rate พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ด้านความดันโลหิตทารกกลุ่มที่รอดชีวิตมีค่าเฉลี่ย systolic blood pressure และ mean arterial blood pressure เท่ากับ 57.15 และ 41.46 mmHg ตามลำดับ ทารกกลุ่มที่เสียชีวิตที่มี ค่าเฉลี่ย 71.26 mmHg และ 51.16 mmHg ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.018$, $p = 0.027$) ตามลำดับ สำหรับการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ (ventilator setting) ทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทารกกลุ่มที่รอดชีวิตมีค่าเฉลี่ย 7.15 วัน ทารกกลุ่มที่เสียชีวิตมีค่าเฉลี่ย 1.86 วัน ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลในทารกกลุ่มที่รอดชีวิตมีค่าเฉลี่ย 17.46 วัน ทารกกลุ่มที่เสียชีวิตมีค่าเฉลี่ย 2.12 วัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$, $p = 0.000$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

การวินิจฉัยโรคและภาวะร่วมอื่นๆ ได้แก่ meconium aspiration syndrome (MAS), respiratory distress syndrome (RDS), congenital pneumonia, sepsis, birth asphyxia) และ hypothermia พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ด้านการรักษาระหว่างทารกกลุ่มที่รอดชีวิตกับทารกกลุ่มที่เสียชีวิต การใช้ 0.9%NSS, FFP, PRC, 7.5% $NaHCO_3$, inotropic drugs และยากลดความดันหลอดเลือดแดงในปอด พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทางสถิติ (ตารางที่ 5) แต่พบว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจ HFOV ในกลุ่มที่เสียชีวิต (16 ราย) มากกว่ากลุ่มที่รอด ชีวิต (6 ราย) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.023$) (ตารางที่ 6)

ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ gastrointestinal bleeding, sepsis, pneumothorax, hypoxic ischemic encephalopathy (HIE), renal insufficiency, ventilator associated pneumonia (VAP), pulmonary hemorrhage พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 7)

วิจารณ์

ภาวะ persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) พบความชุก 1.12 – 2.96 ต่อการเกิด 1,000 มีชีพ ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ^(2,3,9) เป็นปัญหาสำคัญสำหรับกุมารแพทย์และทีมรักษาในโรงพยาบาลนครพนม โดยพบว่ามียัตราตายร้อยละ 59.4 สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา^(3,4) ซึ่งอัตราการตายนี้มีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ตั้งเช่นการศึกษาในโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนุเคราะห์ที่พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 55.8⁽¹⁰⁾ ซึ่งก็ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการรักษาเช่น ไม่สามารถรักษาด้วย inhaled nitric oxide หรือ ECMO ซึ่ง การรักษาทั้งสองวิธีมีการรายงานยืนยันว่ามีผลลัพธ์การรักษาที่ดี^(6,7,11) แต่ยังคงจำกัดอยู่เฉพาะโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ดังนั้นจึงเป็นผลให้อัตราการเสียชีวิตมีความแตกต่างกัน สาเหตุหลักที่เป็นภาวะร่วมที่พบมากที่สุดคือภาวะ meconium aspiration syndrome (MAS) (78.10%) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายที่ในประเทศไทยที่พบว่า MAS เป็นภาวะร่วมที่พบมากที่สุดเป็นลำดับหนึ่งโดยพบร้อยละ 30.46- 55.0^(10,12,13) สำหรับต่างประเทศที่เคยศึกษาไว้พบเป็นลำดับหนึ่งเช่นเดียวกันแต่พบเพียงร้อยละ 41⁽¹⁾ เมื่อพิจารณาการเสียชีวิตพบว่ามีส่วนเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาล ด้วยโรงพยาบาลนครพนมเป็น โรงพยาบาลที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง อาจทำให้การเข้าถึงบริการล่าช้า ถึงแม้จากการศึกษาครั้งนี้จะพบว่า สถานที่เกิด และอายุของทารกที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างกลุ่มที่รอดชีวิตและกลุ่มที่เสียชีวิต ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ทั้งนี้ข้ออธิบายได้ว่าอาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนน้อยจึงทำให้ผลการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาตามลักษณะข้อมูลก็พบว่าในกลุ่มที่รอดชีวิตมีอายุเฉลี่ยเมื่อมาถึงโรงพยาบาลนครพนม 3.63 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มที่เสียชีวิต มีอายุเฉลี่ย เมื่อมาถึงโรงพยาบาลนครพนม 5.79 ชั่วโมง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยอายุแตกต่างกัน 2.16 ชั่วโมง จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการที่รวดเร็วจะทำให้ได้รับการรักษาได้ทันท่วงที

และมีโอกาสรอดชีวิตสูง ดังนั้นเมื่อพบทารกที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ควรมีการประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ เมื่อพบอาการควรรีบส่งต่อทันทีเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็วโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ

2. การวินิจฉัยและเฝ้าระวัง พบว่าอาจมีปัญหาในการวินิจฉัยและเฝ้าระวังภาวะ PPHN ในทารกที่มี ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะดังกล่าว พบว่าค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ pre และ postductal oxygen saturation เริ่มต้นในการศึกษานี้คือ 7.81% ซึ่งควรเฝ้าระวังภาวะนี้ตั้งแต่เริ่มมีความแตกต่างกัน 3-5% เพื่อให้การรักษาได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมต่อไป และจากการศึกษาที่พบอายุเฉลี่ยของทารกที่เกิดภาวะ PPHN คือ 6.19 ชั่วโมง (โดยพบเกิดเร็วที่สุดคือ 33 นาที และมากที่สุดคือ 30 ชั่วโมง) ดังนั้นทีมผู้ดูแลควรเฝ้าระวัง ภาวะนี้ตั้งแต่ทารกที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเกิดและควรติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องโดยเฉพาะใน 6 ชั่วโมงแรก

ระดับความดันโลหิตเริ่มต้นทั้ง systolic blood pressure (SBP) และ mean arterial blood pressure (MAP) ในกลุ่มที่เสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 71.26 และ 51.16 mmHg กับ 57.15 และ 41.46 mmHg ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเกิดจากความพยายามปรับตัวทางสรีรวิทยาของ ทารกที่มีความรุนแรงของ PPHN มากกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเข้าใจผิดได้เพราะเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้นการติดตามค่าความดันโลหิตเป็นระยะๆ จึงมีความสำคัญในการวางแผนการรักษาโดยเฉพาะ ในช่วงแรก เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการให้รักษา

3. การรักษา ทารกทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วยสารน้ำรักษาด้วยสารน้ำ สารเลือด ยาเพิ่มความดันโลหิต 7.5% NaHCO₃ ยาลดความดันหลอดเลือดแดงที่ปอดทารกทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วยสารน้ำ สารเลือด ยาเพิ่มความดัน โลหิต 7.5% NaHCO₃ ยาลดความดันหลอดเลือดแดงที่ปอด ไม่แตกต่างกัน เป็นที่น่าสังเกตว่าขนาดของยาเพิ่มความดันโลหิตที่ใช้ค่อนข้างสูงใน ทุกตัว dopamine 17.97 mcg/kg/min, dobutamine 18.91 mcg/kg/min, epinephrine 1.48 mcg/kg/min และ norepinephrine 1.61 mcg/kg/min ซึ่งในขนาด ดังกล่าวนอกจากเพิ่ม systemic blood pressure แล้วยังเพิ่ม pulmonary pressure ด้วย (14) ซึ่งอาจทำให้ ภาวะ PPHN แย่ลงและเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยได้ จึงควรใช้อย่างระมัดระวัง ในขนาดที่เหมาะสม

ทารกกลุ่มที่เสียชีวิตมีการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ HFOV มากกว่ากลุ่มที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มนี้มีความรุนแรงของโรครุนแรงกว่า และจากการศึกษานี้พบว่า setting ของการ ช่วยหายใจแบบ HFOV ในกลุ่มที่เสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต (mean airway pressure/ amplitude 19.50/34.38 กับ 15.67/30.80) ซึ่งการตั้งค่าสูงจะมีผลทำให้ hemodynamic ของทารกแย่งและเกิด barotrauma ได้

ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลในกลุ่มที่เสียชีวิตคือ 1.86 และ 2.12 วัน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่รอดชีวิตคือ 7.15 และ 17.46 วัน พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(10,15) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่เสียชีวิตมีความรุนแรงของโรครุนแรงกว่าจึงเสียชีวิตในเวลารวดเร็ว หรืออาจบ่งว่าการดูแลผู้ป่วย PPHN ในช่วงแรกอาจยังทำได้ไม่เหมาะสม นัก ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะแรกๆของการดำเนินโรค ปัญหาจะเกิดจากผู้รักษาขาดประสบการณ์รวมทั้ง ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างชัดเจนทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์และปรับแผนการรักษาให้ทันท่วงทีได้

ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ gastrointestinal bleeding, sepsis, pneumothorax, hypoxic ischemic encephalopathy (HIE), renal insufficiency, ventilator associated pneumonia (VAP), pulmonary hemorrhage ถึงแม้จะพบว่าไม่แตกต่างกันในทารกทั้งสองกลุ่ม แต่จากลักษณะข้อมูลก็พบว่า กลุ่มที่รอดชีวิตที่มีจำนวน 13 รายเกิดภาวะแทรกซ้อน VAP ถึง 3 ราย (ร้อยละ 15.78) ขณะที่กลุ่มเสียชีวิตมี จำนวน 19 รายเกิดเพียง 1 ราย (ร้อยละ 5.26) ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มรอดชีวิตต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล และใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่าจึงมีโอกาสเกิด VAP สูงกว่ากลุ่มที่เสียชีวิต

4. การป้องกัน จากการศึกษาพบว่ามารดาของผู้ป่วย PPHN มีค่าเฉลี่ยการฝากครรภ์ 7.93 ครั้ง อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก 13.65 สัปดาห์ ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ พบว่ามี 3 ราย (9.40%) ที่ไม่ ฝากครรภ์ มีภาวะ meconium stained amniotic fluid มากที่สุด 25 ราย (78.10%) รองมาคือ oligohydramnios 3 ราย (9.40%), PIH 3 ราย (9.40%), GDM 2 ราย (6.20%) และ chorioamnionitis 1 ราย (3.10%) อายุครรภ์เฉลี่ยในกลุ่มที่เสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่รอดชีวิต

คือ 40.98 และ 39.58 สัปดาห์ตามลำดับ แม้ว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มที่เสียชีวิตเป็นกลุ่มที่ตั้งครรภ์ เกินกำหนด (> 40 สัปดาห์) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าถ้ามีการดูแลมารดาในช่วงตั้งครรภ์จนถึงคลอดอย่างมีคุณภาพจะสามารถลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดได้

สรุป

ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดเป็นภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตสูง สาเหตุหลักที่เกิดร่วมมากที่สุดคือ meconium aspiration syndrome (MAS) รองลงมาคือ congenital pneumonia, sepsis และ birth asphyxia ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ gastrointestinal bleeding sepsis , pneumothorax , HIE และ VAP หลักการรักษาคือการลดความต้านทาน และความดัน เลือดในปอด โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยาขยายหลอดเลือดแดงในปอด การแก้ไขภาวะความเป็นกรดของเลือด การให้สารน้ำและการรักษาประคับประคอง จนกว่าอาการจะดีขึ้น การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็วโดยทีมผู้ดูแลที่มีความรู้เชี่ยวชาญจะทำให้ลดอัตราการเกิด PPHN และลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง ควรมีการเสริมสร้างความรู้และสมรรถนะให้กับบุคลากร ร่วมกับการพัฒนาเครือข่ายในการ ดูแลทารกแรกเกิดภายใน จังหวัดและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยวิกฤตเด็ก เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชระเบียนโรงพยาบาลนครพนม ที่ช่วย ค้นหาเวชระเบียน เพื่องานวิจัย และคุณสุจิต ศรีสงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่กรุณาให้คำแนะนำทำให้การศึกษาค้นคว้านี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

ตารางที่ 1 ความชุกของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงในจังหวัดนครพนม

| ปีงบประมาณ | จำนวนทารกเกิดมีชีพ (คน) | จำนวนทารกที่ PPHN (คน) | อุบัติการณ์ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ |
|--------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------|
| 2558 | 5,357 | 6 | 1.12 |
| 2559 | 5,184 | 6 | 1.15 |
| 2560 (ต.ค.2559-พ.ค.2560) | 3,377 | 10 | 2.96 |

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก การรักษา ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือด ปอดสูง

ข้อมูล

| | | |
|--|---|--------------------|
| เพศ | ชาย (ราย) | 19 (59.40%) |
| | หญิง (ราย) | 13 (40.60%) |
| เชื้อชาติ | ไทย (ราย) | 28 (87.50%) |
| | ลาว (ราย) | 4 (12.50%) |
| วิธีการคลอด | Normal labour (ราย) | 18 (56.20%) |
| | Cesarean section (ราย) | 13 (40.60%) |
| | Forceps (ราย) | 1 (3.10%) |
| สถานที่เกิด | โรงพยาบาลนครพนม (ราย) | 18 (56.20%) |
| | โรงพยาบาลชุมชน (ราย) | 11 (34.40%) |
| | ที่บ้าน (ราย) | 3 (9.40%) |
| ทารกที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน | (ราย) | 13 (40.60%) |
| อายุของทารกที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน | (ชั่วโมง) | (1.7-15) 40.42 ± |
| อายุครรภ์เฉลี่ย | (สัปดาห์) | 2.56 3,243.13 ± |
| น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย | (กรัม) | 665.72 6.42 ± 3.12 |
| Mean Apgar score ที่ 1 นาที | | 7.90 ± 2.55 8.50 ± |
| Mean Apgar score ที่ 5 นาที | | 2.36 |
| Mean Apgar score ที่ 10 นาที | | 25 (78.10%) |
| โรคที่เป็นสาเหตุหลัก | Meconium aspiration syndrome (MAS) (ราย) | 2 (6.20%) |
| | Congenital pneumonia (ราย) | 2 (6.20%) |
| | Sepsis (ราย) | 2 (6.20%) |
| | Birth asphyxia (ราย) | 1 (3.10%) |
| | Respiratory distress syndrome (RDS) (ราย) | |

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก การรักษา และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง (ต่อ)

ข้อมูล

| | |
|--|------------------|
| อายุที่เริ่มมีภาวะความดันเลือดปอดสูง (ชั่วโมง) | 6.19 (0.33 – 30) |
| ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ pre และ post ductal oxygen saturation (%) เริ่มต้น | 7.84 ± 3.99 |
| ค่าเฉลี่ยของความเข้มข้นของเลือด (%) | 54.10 ± 6.63 |
| ค่าเฉลี่ย systolic blood pressure (mmHg) | 65.53 ± 16.9 |
| ค่าเฉลี่ย mean arterial blood pressure (mmHg) | 47.22 ± 12.42 |
| ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกาย (°c) | 37.22 ± 2.07 |
| ค่าเฉลี่ย pulse rate (ครั้ง/นาที) | 144.91 ± 15.06 |
| Ventilator setting | |
| Mean Max PIP (cmH2O) | 17 ± 2.58 |
| Mean Max PEEP (cmH2O) | 1.13 ± 0.92 |
| Mean IMV (rate/min) | 80.65 ± 19.65 |
| Mean Max MAP of HFOV (cmH2O) | 18.45 ± 4.96 |
| Mean Max Amplitude of HFOV | 33.40 ± 7.34 |
| การรักษา | |
| 0.9%NSS (ราย) | 29 (90.62%) |
| Fresh frozen plasma (ราย) | 23 (71.87%) |
| Packed red cell (ราย) | 12 (37.5%) |
| 7.5% NaHCO ₃ (ราย) | 30 (93.75%) |
| Dopamine (mcg/kg/min) | 17.97 ± 3.99 |
| Dobutamine (mcg/kg/min) | 18.91 ± 3.00 |
| Epinephrine (mcg/kg/min) | 1.48 ± 0.87 |
| Norepinephrine (mcg/kg/min) | 1.61 ± 0.47 |
| Magnesium sulphate (ราย) | 5 (15.60%) |
| Sildenafil (ราย) | 7 (6.20%) |
| Intravenous iloprost (ราย) | 6 (18.75 %) |
| Milrinone (ราย) | 1 (6.20%) |

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิก การรักษา และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง (ต่อ)

ข้อมูล

| | | |
|---------------------------------|--|-------------|
| ภาวะแทรกซ้อน | | |
| Gestational bleeding | | 11 (34.40%) |
| Sepsis | | 9 (28.10%) |
| Pneumothorax | | 8 (25.00%) |
| HIE | | 6 (18.75%) |
| Renal insufficiency | | 5 (15.62%) |
| Ventilator associated pneumonia | | 4 (12.50%) |
| Pulmonary hemorrhage | | 4 (12.50%) |
| ผลการรักษา | | |
| หาย | | 13 (40.60%) |
| เสียชีวิต | | 19 (59.40%) |

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง

| | | |
|---|---------------------------------------|--------------|
| อายุมารดา (ปี) | | 28.87 ± 6.53 |
| การตั้งครรภ์ทารกคนเดียว (ราย) | | 32 (100%) |
| ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ (ครั้ง) | | 7.93 ± 4.76 |
| ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์) | | 13.65 ± 6.09 |
| สถานที่ฝากครรภ์ | ไม่ฝากครรภ์ (ราย) | 3 (9.40%) |
| | โรงพยาบาลนครพนม (ราย) | 2 (6.20%) |
| | โรงพยาบาลชุมชน (ราย) | 5 (15.60%) |
| | คลินิก (ราย) | 4 (12.50%) |
| | รพ.สต. / PCU (ราย) | 14 (43.80%) |
| ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ | GDM A1 (ราย) | 1 (3.10%) |
| | GDM A2 (ราย) | 1 (3.10%) |
| | PIH (ราย) | 3 (9.40%) |
| | Oligohydramnios (ราย) | 3 (9.40%) |
| | Chorioamnionitis (ราย) | 1 (3.10%) |
| | Meconium stained amniotic fluid (ราย) | 25 (78.10%) |
| มีโรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์ (ราย) | | 1 (3.10%) |

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มทารกที่รอดชีวิตกับกลุ่มทารกที่เสียชีวิต

| ข้อมูล | กลุ่มที่รอดชีวิต (n=13) | กลุ่มที่เสียชีวิต (n=19) | p-value | |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------|-------|
| เพศ | | | | |
| | ชาย | 8 (61.54%) | 11 (57.89%) | 0.873 |
| | หญิง | 5 (38.46%) | 8 (42.11%) | |
| เชื้อชาติ | | | | |
| | ไทย | 11 (84.61%) | 17 (89.47%) | 0.683 |
| | ลาว | 2 (15.39%) | 2 (10.53%) | |
| อายุมารดา (ปี) | 30.15 ± 6.94 | 27.94 ± 6.25 | 0.361 | |
| ลำดับการตั้งครรภ์ | | | | |
| | ครรภ์แรก | 5 (38.46%) | 3 (15.79%) | 0.146 |
| | ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป | 8 (61.54%) | 16 (84.21%) | |
| ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ฝากครรภ์ (ครั้ง) | 9.82 ± 3.57 | 6.62 ± 5.13 | 0.087 | |
| ค่าเฉลี่ยอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์) | 14.00 ± 5.74 | 13.38 ± 6.56 | 0.816 | |
| สถานที่ฝากครรภ์ | | | | |
| | โรงพยาบาลนครพนม | 9 (69.23%) | 9 (47.37%) | 0.165 |
| | อื่นๆ | 4 (30.76%) | 10 (52.63%) | |
| อายุครรภ์ (สัปดาห์) | 39.58 ± 1.82 | 40.98 ± 2.87 | 0.101 | |
| น้ำหนักแรกเกิด (กรัม) | 3,383.85 ± 564.9 | 3,146.84 ± 725.54 | 0.331 | |
| Apgar ที่ 1 นาที | 5.62 ± 3.57 | 7.00 ± 2.70 | 0.253 | |
| Apgar ที่ 5 นาที | 7.17 ± 3.41 | 8.39 ± 1.72 | 0.269 | |
| Apgar ที่ 10 นาที | 7.58 ± 3.39 | 9.11 ± 1.02 | 0.155 | |
| อายุที่เริ่มมีภาวะ PPHN (ชั่วโมง) | 6.25 ± 9.41 | 6.14 ± 4.59 | 0.970 | |
| อายุของทารกที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน (ชั่วโมง) | 3.63 ± 1.31 | 5.79 ± 3.87 | 0.305 | |
| ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ pre และ post ductal oxygen saturation (%) เริ่มต้น | 6.40 ± 3.20 | 8.75 ± 4.27 | 0.148 | |
| ค่าเฉลี่ยของความเข้มข้นของเลือด (%) | 53.30 ± 7.20 | 54.66 ± 6.36 | 0.580 | |
| ค่าเฉลี่ย systolic blood pressure (mmHg) | 57.15 ± 18.94 | 71.26 ± 12.94 | 0.018* | |
| ค่าเฉลี่ย mean blood pressure (mmHg) | 41.46 ± 13.31 | 51.16 ± 10.35 | 0.027* | |

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ลักษณะทางคลินิกระหว่างกลุ่มทารกที่รอดชีวิตกับกลุ่มทารกที่เสียชีวิต (ต่อ)

| ข้อมูล | กลุ่มที่รอดชีวิต (n=13) | กลุ่มที่เสียชีวิต (n=19) | p-value |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| ค่าเฉลี่ยอุณหภูมิกาย | 36.94 ± 0.74 | 36.42 ± 2.63 | 0.527 ^(°c) |
| ค่าเฉลี่ย pulse rate (ครั้ง/นาที) | 149.54 ± 12.65 | 141.74 ± 16.06 | 0.153 |
| Ventilator setting | | | |
| Mean Max PIP (cmH2O) | 17.23 ± 3.29 | 16.83 ± 2.00 | 0.680 |
| Mean Max PEEP (cmH2O) | 4.46 ± 1.05 | 3.89 ± 0.76 | 0.088 |
| Mean IMV (rate/min) | 78.46 ± 22.30 | 82.22 ± 18.00 | 0.607 |
| Mean Max MAP of HFOV (cmH2O) | 15.67 ± 3.39 | 19.50 ± 5.13 | 0.108 |
| Mean Max Amplitude of HFOV | 30.80 ± 3.76 | 34.38 ± 8.21 | 0.327 |
| ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน) | 7.15 ± 4.22 | 1.86 ± 3.11 | 0.000** |
| ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล (วัน) | 17.46 ± 5.69 | 2.12 ± 3.00 | 0.000** |

p* < 0.05 p** < 0.01

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบภาวะที่พบร่วมกับภาวะความดันเลือดปอดสูงระหว่างทารกกลุ่มที่รอดชีวิต และกลุ่มที่ เสียชีวิต

| ภาวะร่วม | กลุ่มที่รอดชีวิต (n=13) จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มที่เสียชีวิต (n=19) จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|----------------------|---|--|---------|
| MAS | 10 (76.92) | 15 (78.95) | 0.892 |
| RDS | 0 (0.00) | 1 (5.26) | 0.401 |
| Congenital pneumonia | 0 (0.00) | 2 (10.53) | 0.277 |
| Sepsis | 1 (7.70) | 1 (5.26) | 0.780 |
| Birth Asphyxia | 2 (15.38) | 0 (0.00) | 0.077 |
| Hypoxia | 6 (46.15) | 5 (26.31) | 0.246 |

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการรักษาระหว่างทารกกลุ่มที่รอดชีวิตกับกลุ่มที่เสียชีวิต

| การรักษา | กลุ่มที่รอดชีวิต (n=13) | กลุ่มที่เสียชีวิต (n=19) | p-value |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------|
| 0.9%NSS | 13 (100%) | 16 (84.31%) | 0.168 |
| Fresh frozen plasma | 8 (61.53%) | 15 (78.95%) | 0.282 |
| Packed red cell | 5 (38.46%) | 7 (36.84%) | 0.926 |
| 7.5%NaHCO ₃ | 2 (15.38%) | 8 (42.11%) | 0.109 |
| Dopamine (mcg/kg/min) | 18.46 ± 3.75 | 17.63 ± 4.21 | 0.572 |
| Dobutamine (mcg/kg/min) | 20.00 ± 0.00 | 18.08 ± 3.84 | 0.096 |
| Epinephrine (mcg/kg/min) | 1.40 ± 0.00 | 1.50 ± 1.00 | 0.934 |
| Norepinephrine (mcg/kg/min) | 1.30 ± 0.00 | 1.65 ± 0.49 | 0.520 |
| Magnesium sulphate | 1 (7.69%) | 4 (21.51%) | 0.787 |
| Sildenafil | 1 (7.69%) | 6 (31.57%) | 0.108 |
| Intravenous iloprost | 1 (7.69%) | 5 (26.31%) | 0.185 |
| Milrinone | 0 (0.0%) | 1 (5.26%) | 0.401 |
| เครื่องช่วยหายใจ HFOV | 6 (46.15%) | 16 (84.21%) | 0.023* |

p* < 0.05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนระหว่างทารกกลุ่มที่รอดชีวิตและกลุ่มที่เสียชีวิต

| ภาวะร่วม | กลุ่มที่รอดชีวิต (n=13) จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มที่เสียชีวิต (n=19) จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|--------------------------------------|---|--|---------|
| Gastrointestinal bleeding | 3 (23.07) | 5 (26.31) | 0.246 |
| Sepsis | 5 (38.46) | 4 (21.05) | 0.282 |
| Pneumothorax | 3 (23.07) | 5 (26.31) | 0.385 |
| HIE | 4 (30.77) | 2 (10.53) | 0.150 |
| Renal insufficiency | 2 (15.38) | 3 (15.79) | 0.985 |
| Ventilator associated pneumonia(VAP) | 3 (23.07) | 1 (5.26) | 0.135 |
| Pulmonary hemorrhage | 2 (15.38) | 2 (10.53) | 0.683 |

เอกสารอ้างอิง

1. Walsh MC, tock EK. Persistent pulmonary of newborn: rational therapy base on pathophysiology. Clin Perinatol 2001;28(3):609-627.
2. Khorana M, Yookaseam T, Layangool T, Kanjanapattanakul W, Paradevisut H. Outcome of oral sildenafil therapy on persistent pulmonary hypertension of the newborn at Queen Sirikit National Institute of Child Health. J Med Assoc Thai 2011;94 Suppl 3:S64-73.
3. Nakwan N, Pithaklimnuwong S. Acute kidney injury and pneumothorax are risk factors for mortality in persistent pulmonary hypertension of the newborn in Thai neonates. J Matern Fetal Neonatal Med 2016;29(11):1741-6.
4. Chotigeat U, Jaratwashirakul S. Inhaled iloprost for severe persistent pulmonary hypertension of the newborn. J Med Assoc Thai 2007;90(1):167-70.
5. Barbara JS, Robirt MK. Respiratory tract disorders. Nelson textbook of pediatrics 17 th edition 2004;584-6.
6. Chotigeat U, Khorana M, Kanjanapattanakul W. Outcome of neonates with persistent pulmonary hypertension of the newborn treated with inhaled nitric oxide. J Med Assoc Thai 2002;85(7)
7. Barrington KJ, Finer N, Pennaforte T, Altit G. Nitric oxide for respiratory failure in infants born at or near term. Cochrane Database Syst Rev 2017;5;1:CD000399. doi 10. 1002/14651858. CD000399.pub3.
8. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลนครพนม. รายงานเวชสถิติโรงพยาบาลนครพนมประจำปี 2559. นครพนม : โรงพยาบาลนครพนม; 2560.
9. Ann R Stark , Eric C Eichenwald. Persistent pulmonary hypertension of newborn. (serial online) (Cite 2017 Mar 14) Available from : URL: // w.w.w. uptodate.com
10. อุกฤษฏ์ จิระปิติ, วรางคณา มหาพรหม. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันโลหิตในปอดสูงในโรงพยาบาลเชิงรายประชาคุณุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร 2557; 6(1): 57-66.
11. Joaquim EB, Jaques B. Persistent pulmonary hypertension of the newborn: recent advances in pathophysiology and treatment. J Pediatr (Rio J) 2013;89(3):226-242
12. อุไรวรรณ โชติเกียรติ, มิรา โครานา, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, วราภรณ์ แสงทวีสิน, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. ผลการรักษาความดันหลอดเลือดปอดสูงในเด็กทารก (PPHN) ด้วยเครื่องช่วยหายใจความถี่สูง(HFOV): ประสบการณ์ 5 ปี. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2546; 42: 1-8.
13. อุไรวรรณ โชติเกียรติ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์, วิไล ราตรี สวัสดิ์. ผลการรักษา Persistent pulmonary hypertension of newborn. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2542; 38: 200-8.
14. Martina AS, Laura LJ, Rebecca JB, Colin P, Elizabeth ER, Roberta LK. Persistent pulmonary hypertension of the newborn in late preterm and term infants in California. Pediatrics 2017;139(1):e20161165
15. วรนาฏ จันทร์ขจร. ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร. 2549;30:151-8.

Original Article

ผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยการใช้แนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเฉียบพลันและแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของโรงพยาบาลชุมแพ

ยศวิจน์ พักเท่า พ.บ.

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความสำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตสูง แต่หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและทันเวลาจะทำให้ผู้ป่วยภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตลง ในปัจจุบันมีการรักษาภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันโดยในการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำซึ่งได้รับการศึกษาจากหลายสถาบันว่ามีประสิทธิภาพที่ดีถ้าได้รับภายในเวลาที่กำหนด

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมแพ โดยการใช้แนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเฉียบพลันและแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของโรงพยาบาลชุมแพ

สถานที่ทำการศึกษา : โรงพยาบาลชุมแพ

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึง กันยายน 2559 เก็บข้อมูลผู้ป่วย 372 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค หลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มาเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมแพ บันทึกอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) แรกรับ, เวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับยา (door to needle time), เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (onset to treatment time), เวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้ถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมอง (door to CT time), เวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (door to LAB time), การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาโดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมอง และการเสียชีวิตในโรงพยาบาลหลังได้รับยา

สถิติที่ใช้ : แบบพรรณนาแสดงในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเข้าระบบ Stroke Fast Track จำนวน 372 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันจำนวน 110 ราย (ร้อยละ 72.85) และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 36.36%) ค่าเฉลี่ย National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) แรกรับก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือดเท่ากับ 8, เวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด 145.70 นาที, มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 95 ที่ใช้เวลาเฉลี่ยตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับยาน้อยกว่า 30 นาที, ผู้ป่วยร้อยละ 77.95 ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที ตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้ถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์สมอง (CT SCAN) และผู้ป่วยร้อยละ 95 ได้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการภายในเวลาน้อยกว่า 30, จำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาโดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมอง ร้อยละ 7.5 และไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพก่อนกลับบ้าน

สรุป : ระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยใช้แนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเฉียบพลันและแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดของโรงพยาบาลชุมแพ มีผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกับสถาบันอื่นที่ทำการศึกษามาก่อนหน้านี้ โดยการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันตลอดจนการมีระบบการดูแลรักษาที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำที่เร็วขึ้น ส่งผลให้ความพิการและการเสียชีวิตจากโรคลดลงตามมาอีกด้วย

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน, การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

Outcome of Chumphae Stroke Fast Track guideline and intravenous thrombolytic therapy for acute ischemic stroke patients.

Yosawaj Pugtao, M.D.

ABSTRACT

Background : Intravenous thrombolytic therapy (recombinant tissue plasminogen activator ;rt-PA) in ischemic stroke patient within the first 4.5 hours for all patients who do not have contraindications for systemic thrombolysis is most important treatment. The chief benefit of thrombolysis is improved final functional outcome through reperfusion salvage of threatened tissue.

Objective : We present outcome of stroke fast track guideline for acute ischemic stroke patient with intravenous thrombolytic therapy (rt-PA) in Chumphae hospital and compare the results with previously published data.

Setting : Chumphae hospital and the hospital network.

Method : A retrospective descriptive study was done in 372 patients with acute onset symptoms of stroke in Chumphae between October 2015 and September 2016. The main outcome measure were IV thrombolytic treatment rate, initial National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score, door to needle time, onset to treatment time, door to CT time, door to LAB time, intracerebral hemorrhage and inhospital mortality after intravenous thrombolytic therapy, rate of physical therapeutic program before discharge from hospital.

Result : A 372 patients were present with symptoms of stroke. 110 patient were ischemic stroke (72.85%) and recruited to Stroke Fast Track guideline. Forty patients (36.36%) were received IV thrombolytic therapy. The mean of initial National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score before thrombolytic therapy was 8, 95% of patients had been used mean door to needle time less than 30 minutes, mean onset to treatment time was 145.70 minutes, 77.95% of patients had been used mean door to CT time less than 30, 95% of patients had been used mean door to LAB time less than 30 minutes, intracerebral hemorrhage was 7.5% and no inhospital death after onset. All most patients had recieved physical therapeutic program before discharge from hospital. These outcomes are same as previously published data from other hospital, such as Buriram Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Chiangmai neurological hospital and Srinagarind Hospital.

Conclusion : The stroke patients were treated by Chumphae Stroke Fast Track guideline and intravenous thrombolytic therapy in Chumphae hospital was effectively as the standards. Empowerment of network and Stroke alert promotion in community can reproduce the experience and outcome that should improve the rate of thrombolytic therapy.

Keywords : Acute Stroke Fast Track , intravenous thrombolytic therapy.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization : WSO) รายงานสาเหตุการจากตายโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี และในแต่ละปีมีคนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 6 ล้านคน ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2558 คนทั่วโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.5 ล้านคน¹ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย จากข้อมูล กระทรวงสาธารณสุขปี 2560 พบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มคนที่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 144,960 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.78 ของประชากรในช่วงอายุเดียวกันทั้งหมด และมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15,070 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.08 ของประชากรในช่วงอายุเดียวกัน² อาการของโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุสองอย่าง คือ เกิดจากการขาดเลือดจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันและการมีเลือดออกในสมองโดยผู้ป่วยส่วนมากประมาณร้อยละ 80 เกิดจากการขาดเลือด ในแง่ของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาผู้ป่วยเท่าใดนัก ส่วนการรักษาภาวะสมองขาดเลือดได้มีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด³ โดยมีการศึกษาของ National Institute of Neurological Disorders and Stroke ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด (tissue plasminogen activator;rt-PA) ทางหลอดเลือดดำภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดภาวะสมองขาดเลือดจะสามารถลดอัตราการตายและความถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการรักษาด้วยยา rt-PA พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ในระยะยาว^{5,6} ในประเทศไทยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของการรักษาด้วยยา rt-PA พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ในระยะยาว^{5,6} ในประเทศไทยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนให้มีการบริหารจัดการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีการจัดทำมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง

ได้สนับสนุนให้มีการบริหารจัดการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีการจัดทำมาตรฐาน/แนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง พิจารณาได้⁴ และผลที่ได้จะดีขึ้นถ้าให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 90 นาที ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ผลข้างเคียงที่สำคัญคือมีเลือดออกในสมองซึ่งพบได้ร้อยละ 6 สอดคล้องกับการศึกษาของ NINDS มีการจัดสรรงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วย สนับสนุนค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์สมอง ตลอดจนถึงการทำการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทันทั่วถึงที่แต่โดยส่วนใหญ่แล้วการให้บริการยังมีจำกัดในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลทั่วไป มีการศึกษาเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยในกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1,000 ราย ทั้งจากโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน พบว่าผู้ป่วยที่รับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ร้อยละ 24.6 ได้รับการรักษาแอสไพรินขนาด 300 มิลลิกรัม ภายใน 42 ชั่วโมง ร้อยละ 71.1 และ ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 3.8 ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.16 วัน โดยสามารถกลับบ้านได้ในสภาพใกล้เคียงปกติเพียงร้อยละ 26.1 และเสียชีวิตร้อยละ 3.2 อีกทั้ง ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 25,669 บาท/ราย⁷

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันด้วยแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในเขตจังหวัดขอนแก่นตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2559

วิธีการศึกษา

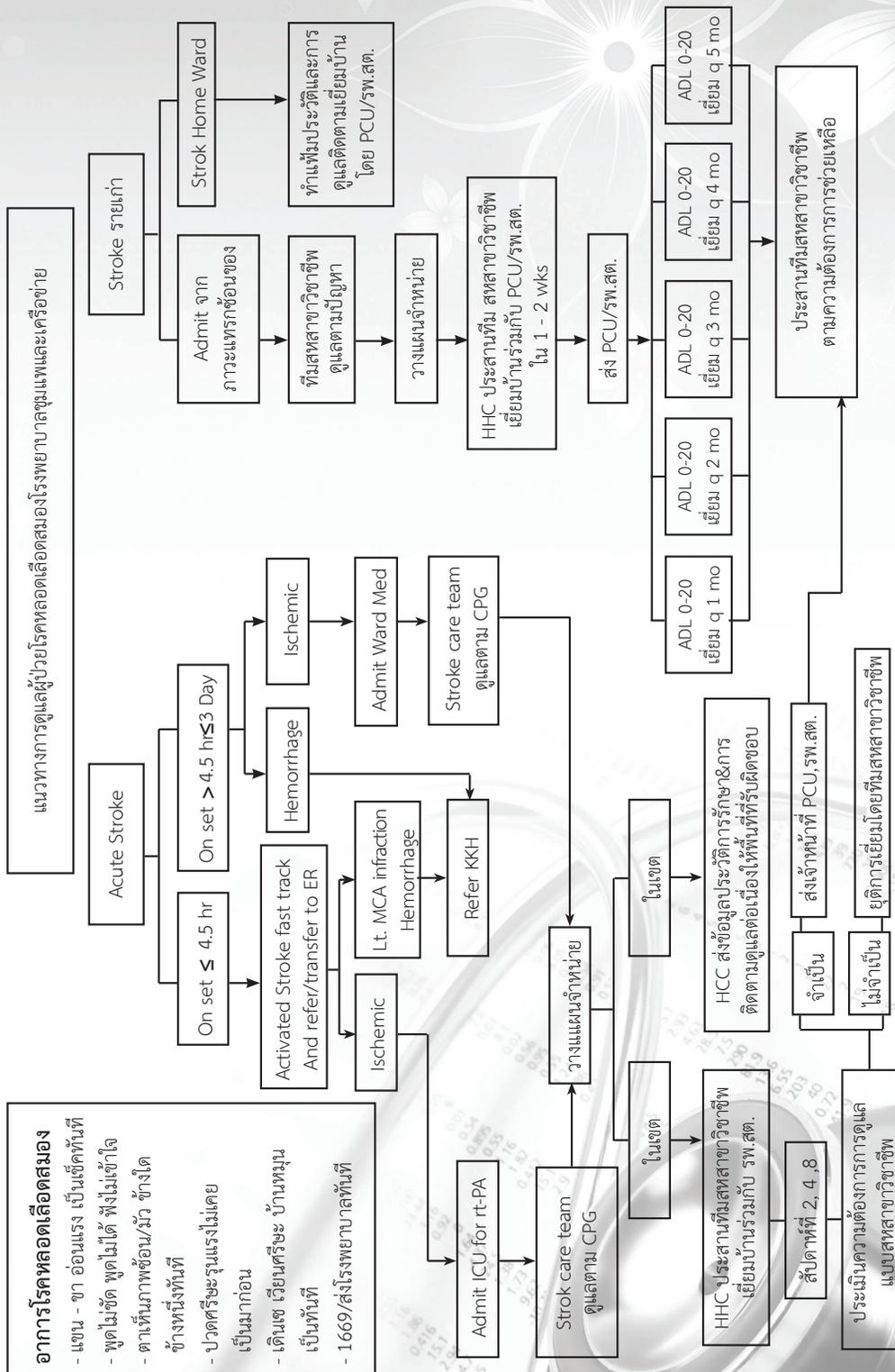
เป็นการศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในเขตและรับการส่งต่อจากอำเภอใกล้เคียง ระหว่าง

เดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกันยายน 2559 บันทึกข้อมูลพื้นฐาน เช่น เพศ, อายุ, ผลตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์สมอง, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) แรกรับ, อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด, เวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับยา (door to needle time), เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (onset to treatment time), เวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์สมอง (door to CT time), เวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (door to LAB time), ผลลัพธ์หลังจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาโดยเฉพาะเฉพาะภาวะเลือดออกในสมอง, การเสียชีวิตในโรงพยาบาล, การได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะก่อนกลับบ้านและการได้รับการประเมินและฟื้นฟูการกลืน โดยใช้สถิติแบบพรรณนา แสดงผลในรูปร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีการจัดกระบวนการดูแลรักษาเป็นระบบตั้งแต่กระบวนการจัดตั้ง “แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของโรงพยาบาลชุมแพ (Chumphae Stroke Fast Track guideline) ซึ่งมีการทำงานเป็นระบบเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลชุมแพ โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงในเขตจังหวัดขอนแก่น เช่น โรงพยาบาลสีชมพู โรงพยาบาลภูผาม่าน และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดใกล้เคียง เช่น โรงพยาบาลคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ โรงพยาบาลน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ และโรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย ตลอดจนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในส่วนการดูแลรักษา โรงพยาบาลชุมแพและโรงพยาบาลในเครือข่ายได้ร่วมกันจัดตั้งและวางระบบเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่มีข้อบ่งชี้ให้เข้าถึงการยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลาที่ โดยการวางระบบ Chumphae Stroke Fast Track ดังแสดงในรูปภาพที่ 1 เริ่มตั้งแต่ระบบคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องได้ถูกอบรมให้ความรู้เรื่องการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยว่าน่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยใช้ NIHSS score รวมไปถึงการส่งต่อที่รวดเร็วเพื่อทำการตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์

สมอง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การส่งผู้ป่วยเพื่อประเมินโดยแพทย์เวรห้องฉุกเฉินและอายุรแพทย์ซึ่งอยู่เวรประจำการตลอด 24 ชั่วโมงก่อนจะส่งผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดตามข้อบ่งชี้และข้อห้ามดังแสดงในรูปภาพที่ 2 โดยได้จัดทำใบคำสั่งการให้การรักษ (standing order) เพื่อให้มีคำสั่งการรักษามีมาตรฐานในรูปแบบดังแสดงในรูปภาพที่ 3

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ มีจำนวนทั้งสิ้น 372 ราย ซึ่งมีลักษณะทั่วไปดังตารางที่ 1 มีผู้ป่วย 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.59 ของผู้ป่วยทั้งหมด มาถึงห้องฉุกเฉินภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง หลังจากที่มีผู้ป่วยเริ่มมีอาการและได้เข้าสู่กระบวนการ stroke fast track ซึ่งในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.15 ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเนื่องจากตรวจพบว่ามีการเลือดออกสมองจากการตรวจด้วยภาพถ่ายคอมพิวเตอร์สมอง ส่วนผู้ป่วยอีก 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.85 ที่ไม่มีเลือดออกในสมอง นำส่งหอผู้ป่วยวิกฤติเพื่อพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำต่อไป



รูปภาพที่ 1 แสดงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของโรงพยาบาลชุมแพและเครือข่าย

**ข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน
ด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โรงพยาบาลชุมแพ**

ข้อบ่งชี้ (must all be YES)

1. มีอาการของหลอดเลือดสมองตีบ ภายใน 4.5 ชั่วโมง (ในกรณีไม่ทราบเวลาที่เริ่มมีอาการอย่างชัดเจน หรือมีอาการหลังตื่นนอน ให้นับเวลาล่าสุดที่มีพยานยืนยันว่ายังเป็นปกติ เป็นเวลาที่เริ่มมีอาการ) Yes No
2. อายุ > 18 ปี Yes No
3. ผล CT brain ไม่พบว่ามึเลือดออกในสมองหรือชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง Yes No

ข้อห้าม (must all be NO)

1. ความดันโลหิตช่วงก่อนให้การรักษาสูง (SBP ≥185 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP ≥100 มิลลิเมตรปรอท) และไม่สามารถลดความดันโลหิตลงได้ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด Yes No
2. CT brain พบมีสมองขาดเลือด > ขนาด 1/3 ของ Cerebral hemisphere หรือพบการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของหลอดเลือดสมองตีบขนาดใหญ่ เช่น สมองบวม, mass effect, sulcal effacement Yes No
3. มีประวัติเลือดออกในสมองหรือกะโหลกศีรษะ ใน 3 เดือน Yes No
4. มีอาการที่สงสัยว่ามีเลือดออกชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) Yes No
5. มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรือบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน Yes No
6. มีประวัติได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยมีค่า Prothrombin time ≥ 15 วินาที หรือมีค่า International normalized ratio (INR) ≥ 1.7 Yes No
7. ได้รับยา heparin ภายใน 48 ชั่วโมง และมีค่า Partial-thromboplastin time (PTT) ผิดปกติ Yes No
8. มีปริมาณเกร็ดเลือด ≤ 100,000/ลูกบาศก์มิลลิเมตร Yes No
9. ตรวจร่างกายพบมีภาวะเลือดออก (active bleeding) Yes No
10. มีการแทงหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ในตำแหน่งที่ไม่สามารถกดได้ภายใน 7 วัน Yes No
11. มีระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (2.7 มิลลิโมล/ลิตร) Yes No
12. อาการทางระบบประสาทดีขึ้นอย่างรวดเร็วจนเกือบเป็นปกติ หรือมีอาการอย่างเดียวไม่รุนแรง เช่น แขนขาอ่อนแรงเล็กน้อยโดย NIHSS < 4 ยกเว้นมี Aphasia หรือมี hemianopia Yes No
13. มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน Yes No
14. มีเลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน Yes No
15. อาการชักค้อนเริ่มมีอาการร่วมกับอ่อนแรงหลังชัก (Todd paralysis) Yes No
16. ประวัติมี recent myocardial infarction ภายใน 3 เดือน Yes No

ข้อห้ามเพิ่มเติมกรณีให้ยาในผู้ป่วยที่มีอาการระหว่าง 3 ถึง 4.5 ชั่วโมง

1. มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Warfarin) โดยไม่พิจารณาว่า INR Yes No
2. อายุ > 80 ปี Yes No
3. เป็นเบาหวานร่วมกับเคยมีโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมาก่อน Yes No
4. NIHSS > 25 Yes No

*หมายเหตุ กรณีอายุต่ำกว่า หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมายให้อยู่ในดุลพินิจของผู้ปกครอง

ลงชื่อแพทย์.....ผู้ประเมิน

ชื่อผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

HN.....AN.....ward.....



Chumphae Hospital
Doctor order

| Order for one day | Order for continue | Progress note | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------|--------|--|--|---|---------|--|--|---|---------|--|--|---|----------------|--|--|---|------------------|--|--|--|
| <p>Dx.....</p> <p>-Activated order at.....</p> <p><input type="checkbox"/> Lab : CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, BS</p> <p><input type="checkbox"/> (Blood clot 1 tube) at.....</p> <p><input type="checkbox"/> CT Brain non contrast at.....</p> <p><input type="checkbox"/> CXR at.....</p> <p><input type="checkbox"/> EKG at.....</p> <p><input type="checkbox"/> 0.9% NaCl IVml/hr</p> <p>Admit ICU at..... E.....V.....M..... BW.....kg</p> <p><input type="checkbox"/> rt-PA (1 mg : 1 ml)</p> <p>Total dose = 0.9 mg x BW (kg) = mg (max dose = 90 mg) แบ่งให้ดังนี้</p> <p>rt-PA (10%) =mg IV bolus in 1 minute then</p> <p>rt-PA (90%) =mg IV drip in 60 minute</p> <p><input type="checkbox"/> Monitor EKG 24 hrs</p> <p><input type="checkbox"/> Check V/S, N/S, NIHSS after infusion</p> <p> q 15 mins for 4hrs then</p> <p> q 30 mins for 6 hrs then</p> <p> q 1 hrs until 24 hrs</p> <p><input type="checkbox"/> If BP \geq 185/110 or \leq 110/60 mmHg, please notify</p> <p><input type="checkbox"/> UA, stool occult blood</p> <p>- ข้อควรหลีกเลี่ยงหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA</p> <p>* Foley catheter in 24 hrs</p> <p>* NG tube in 24 hrs</p> <p>* central venous access, arterial puncture, IM injection</p> <p>* Antiplatelet drugs for first 24 hrs</p> <p>คำสั่งสัปดาห์เดือออกในตนเอง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stop infusion of the thrombolytic drug 2. Repeat CBC, platelet, INR, PTT, PT 3. CT brain stat 4. Cross matching for FFP 6 units (or 10ml/kg) 5. Prepare refer KKH | <p>Date...../...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> NPO except medications for 24 hrs.</p> <p><input type="checkbox"/> Bed rest</p> <p><input type="checkbox"/> Record V/S,I/O</p> <p>Medication</p> <p><input type="checkbox"/> Omeprazole 40 mg IV OD</p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>พยาบาล</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>เภสัชกร</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>โภชนากร</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>นักกายภาพบำบัด</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Home Health Care</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | พยาบาล | | | 2 | เภสัชกร | | | 3 | โภชนากร | | | 4 | นักกายภาพบำบัด | | | 5 | Home Health Care | | | |
| 1 | พยาบาล | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | เภสัชกร | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | โภชนากร | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | นักกายภาพบำบัด | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Home Health Care | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแพด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

| ผู้ป่วยโรคสมองเฉียบพลัน | จำนวน (N=372) |
|---|------------------|
| เพศ | |
| ชาย | 213 (57.26%) |
| หญิง | 159 (42.74%) |
| อายุ | |
| น้อยกว่า 60 ปี | 96 (25.80%) |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี | 276 (74.20%) |
| เฉลี่ย | 66.96±11.19 |
| การเข้าถึงบริการ stroke fast track | |
| มาถึงโรงพยาบาลภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง | 151 (40.59%) |
| มาถึงโรงพยาบาลเกินกว่า 4.5 ชั่วโมง | 221 (59.41%) |
| ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง | |
| มีเลือดออกในสมอง | 58 (15.59%) |
| ไม่มีเลือดออกในสมอง | 314 (84.41%) |

โดยมีผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำทั้งสิ้น 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.36 ของผู้ป่วย หลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่เข้าสู่กระบวนการ stroke fast track นอกจากนี้มีผู้ป่วยจำนวน 16 ราย ที่มีข้อห้ามในการให้ยา ดังแสดงในตารางที่ 2 ผู้ป่วย 27 ราย ปฏิเสธการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ มีผู้ป่วย 22 ราย มีคะแนน NIHSS ที่น้อยและมีอาการดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยวิกฤต และอีก 5 รายที่มีภาวะสมองตายขนาดใหญ่และได้รับการส่งตัวต่อที่ห้องฉุกเฉิน ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาผลการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดพบว่า ผู้ที่ได้รับยาทั้งหมด 40 ราย เป็นเพศชาย 20 ราย เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 65.78±12.79 ปี โดยระยะเวลา นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนถึง ได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 145.70 นาที ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยใช้เวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับการ ตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์สมองน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยใช้เวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 93.95 ของผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทาง หลอดเลือดดำมีอัตราการลดลงคะแนน NIHSS ลดลงมากกว่าร้อยละ 70 และ ไม่พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำเสียชีวิตในโรงพยาบาล นอกจากนี้ในกระบวนการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 90.24 ยังได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะก่อนกลับบ้าน และผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนร้อยละ 87.5 ได้รับการประเมิน และฟื้นฟูการกลืนก่อนกลับบ้าน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงการเข้าถึงการได้รับบริการรักษาโรคสมองเฉียบพลัน ตามแนวทาง Chumphae stroke fast track

| การเข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชั่วโมง | จำนวน |
|---|--------------|
| ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง | N=151 |
| มีเลือดออกในสมอง | 41 (21.15%) |
| ไม่มีเลือดออกในสมอง | 110 (72.85%) |
| การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ | N=110 |
| ได้รับยา | 40 (36.36%) |
| ไม่ได้รับยา | 70 (63.63%) |
| เหตุผลที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ | N=70 |
| มีข้อห้ามใช้ยา | 16 (22.86%) |
| ปฏิเสธการได้รับยา | 27 (38.57%) |
| NIHSS score น้อยและ/หรืออาการดีขึ้นก่อนมาถึง ICU | 22 (31.43%) |
| ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า | 5 (7.14%) |

ตารางที่ 4 แสดงการเข้าถึงการได้รับบริการรักษาโรคสมองเฉียบพลัน ตามแนวทาง Chumphae stroke fast track

| | จำนวน (N=40) | เป้าหมาย* | ชุมแพ | เชียงใหม่ ⁽⁸⁾ | ขอนแก่น ⁽⁹⁾ | จุฬาลงกรณ์ ⁽¹⁰⁾ |
|--|-----------------|-----------|--------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 20 (50.00%) | | | | | |
| หญิง | 20 (50.00%) | | | | | |
| อายุ | | | | | | |
| น้อยกว่า 60 ปี | 2 (30.00%) | | | | | |
| มากกว่า หรือเท่ากับ 60 ปี | 28 (70.00%) | | | | | |
| เฉลี่ย | 65.78±12.79 | | | 63.26±12.69 | | |
| NIHSS เฉลี่ย ก่อนได้รับยา | | | 8 | 9.81 ± 4.84 | 8.38 + 4.24 | 18.2 |
| เวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยา | | <270 | 145.70 | 171.23 | 170.48 | 142.9 |
| ละลายลิ่มเลือด (นาที) | | | | | | |
| (Mean Onset to needle time) | | | | | | |
| ร้อยละของเวลาเฉลี่ยตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน จนได้รับยาภายใน 60 นาที (Door to needle time) | ≥80% | 95.00% | 40.94% | 87.02% | 70.90% | |
| ร้อยละของเวลาเฉลี่ยตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน จนได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์สมอง ภายในเวลา 30 นาที (Door to CT scan time) | ≥80% | 77.95% | N/A | N/A | N/A | |
| ร้อยละของเวลาเฉลี่ยตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน จนได้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 30 นาที (Door to Lab time) | ≥80% | 95.00% | N/A | N/A | N/A | |
| NIHSS score improvement | ≥70% | 93.95% | N/A | N/A | N/A | |
| Intracerebral hemorrhage and major bleeding | ≥ 5% | 7.50% | N/A | 7.60% | 11.60% | |
| อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลหลังได้ยา | ≥ 3% | 0 | N/A | 3.80% | 5.80% | |
| สลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ | | | | | | |
| ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะก่อนกลับบ้าน | 100% | 90.24% | N/A | N/A | N/A | |
| ผู้ป่วยได้รับการประเมินและฟื้นฟูการกลืน | ≥70% | 87.50% | N/A | N/A | N/A | |

* เป้าหมายตามแผนกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ปี 2558 ⁽¹¹⁾

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบสมองเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพตั้งแต่เดือนตุลาคม 2558 ถึง กันยายน 2559 และเข้าสู่กระบวนการดูแลตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Chumphae Stroke Fast Track guideline) ซึ่งจัดรูปแบบการรักษาตามมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมอง⁽¹²⁾ พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการ stroke fast track ร้อยละ 40.59 และมี ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 36.36 ซึ่งสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปในระดับเดียวกันและโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่าเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์⁽⁹⁾ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์⁽¹⁰⁾ และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่⁽⁸⁾ ที่มีผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ stroke fast track และได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ร้อย ละ 16, 28.57, 20.2 และ 11.25 ตามลำดับ สอดคล้องกับระยะเวลาเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยา ละลายลิ่มเลือด (Mean Onset to needle time) ที่โรงพยาบาลชุมแพเท่ากับ 145.70 นาที เปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ที่ เวลา 154, 170.48, 142.9 และ 171.23 นาที ตามลำดับ ซึ่งจะอาจเนื่องจากโรงพยาบาลชุมแพและโรงพยาบาลเครือข่ายมีระยะห่างไม่ไกลมาก อีกทั้งยังสามารถทำให้ผู้ป่วย ญาติ ตลอดจนบุคลากรทางแพทย์ เองตระหนักถึงอาการที่สงสัยว่าจะมีภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ทำให้สามารถเข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็วในเวลาซึ่งแสดงให้เห็นได้จากร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำใช้เวลาโดยเฉลี่ยตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับยาภายในเวลาน้อยกว่า 60 นาที (Door to needle time) ใน แงของภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ พบว่ามีอัตราของการมีเลือดออกใน สมองไม่ต่างจากโรงพยาบาลอื่นคือร้อยละ 7.5 เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ร้อยละ 7.6 และ 11.76 ตามลำดับ โดยพบว่าไม่มีผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทาง หลอดเลือดดำ แล้ว เสียชีวิตในโรงพยาบาลเลย อาจเนื่องจากโรงพยาบาลชุมแพ ไม่มีประสาทศัลยแพทย์ เมื่อ เกิดภาวะเลือดออกในสมองหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วมีความจำเป็นต้องส่ง

ต่อไปยังโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่า นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่า ร้อยละของเวลาเฉลี่ยตั้งแต่รับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินจนได้รับ การตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์สมองภายในเวลา 30 นาที (Door to CT scan time) ยังต่ำกว่าเกณฑ์ของ เขต คือ ร้อยละ 77.95 สาเหตุที่พบบ่งชี้สอดคล้องกับการศึกษาของหน่วยรังสีวินิจฉัย ภาควิชารังสีวิทยา คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น⁽¹⁴⁾ คือ เวิร์กโฟลว์รับและส่งใช้เวลารอขนาน ขาดการสื่อสารว่าทำไมจึงต้อง ทำอย่างรวดเร็ว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถแก้ไขได้โดยการพัฒนาในเชิงระบบต่อไป

สรุป

การให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของโรงพยาบาลชุมแพ มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการมาก่อนหน้านี้ ทั้งในแง่ของการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย การได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ และภาวะแทรกซ้อน สิ่งที่ทำหยาต่อไปคือกระบวนการที่จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการสำคัญของภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และระบบส่งต่อที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วยิ่งขึ้นกว่าเดิม

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Campaign. [Online].; 2017 [cited 2017 May 13. Available from: <http://www.worldstrokecampaign.org/about-the-world-stroke-campaign/why-act-now.html>.
2. กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุข. [Online].; 2017 [cited 2017 May 13. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180ee_d7d1ce0155e11.
3. ดิษยา รัตนกร , ชาญพงศ์ ตั้งคณะกุล , สามารถ นิธินันท์ , นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา , สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล , ยงชัย นิละนนท์. Current Practical guide to Stroke Management กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์; 2554.
4. Group TNiONDaSrPSS. Tissue Plasminogen Activator for Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med. 1995 December; 333(24): p. 1581-1588.
5. Group TNtPSS. Intracerebral hemorrhage after intravenous t-PA therapy for ischemic stroke. Stroke. 1997 November; 28(11): p. 2109-18.
6. Fagan SC , Morgenstern LB , Petitta A , Ward RE , Tilley BC. Cost-effectiveness of tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. NINDS rt-PA Stroke Study Group. Neurology. 1998 Apr; 50(4): p. 883-90.
7. นพมณีจำรัสเลิศ งานพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. [Online].; 2017 [cited 2017 May 13. Available from: www.si.mahidol.ac.th/th/division/soqd/admin/news_files/470_18_5.doc.
8. Hospital CN. Chiangmai Neurological Hospital. [Online].; 2014 [cited 2017 May 13. Available from: <http://www.cmneuro.go.th/TH/load/%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B8%B1%E0%B8%A2/r57-1.pdf>.
9. ศิโรตม จันทรักษา , สมศักดิ์ เทียมเก่า , กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ. Stroke Management in Accidental and Emergency Department in Srinagarind Hospital. North-Eastern Thai journal of neuroscience. 2012 october; 7(4).
10. Suwanwela NC , Phanthumchinda K , Suwanwela N , Tantivatana J , Janchai A. Thrombolytic treatment for acute ischemic stroke: a 2 year-experience at King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Med Assoc Thai. 2001 Jun; 84(1): p. S428-36.
11. สุรกิจ ยศพล , ชลิตา ไชยศิริ , พชรวรรณ คูสกุลรัตน์ , จริญญา ปากดี. แผนกกลยุทธ์การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ เขตบริการสุขภาพที่ 7 ปี 2558. 1st ed. ขอนแก่น: บริษัท เพ็ญปรี้นตั้ง จำกัด; 2557.
12. Jauch EC, Saver JL, Adams P, Bruno. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2013 March; 44: p. 870-947.
13. เวชภัณฑ์เกษัช ส. ประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันโดยการสร้าง ระบบเครือข่าย และแนวทางการให้ยาลดไขมันเลือดทางหลอดเลือดดำ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2554 กันยายน-ธันวาคม; 26(3): p. 353-366.
14. มหาวิทยาลัยขอนแก่น หกค. พัฒนางาน CT Brain in Stroke Fast Track โรงพยาบาลศรี นครินทร์. North-Eastern Thai journal of neuroscience. 2012 July; 7(3): p. 292-3.
15. กนกวรรณ วัชรศักดิ์ศิลป์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร (Stroke Network) โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. Journal of Thai Stroke Society. 2015 January; 14(1): p. 23-34.

ภาวะแทรกซ้อนของการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดในรพ.ชุมแพ

น้ำผึ้ง สุคันธรัต พบ.
วิสัญญีแพทย์ กลุ่มงานวิสัญญี โรงพยาบาลชุมแพ

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ในปัจจุบันการผ่าตัดคลอดมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นซึ่งวิธีการระงับความรู้สึกที่นิยมใช้คือการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง(spinal anesthesia) ร่วมกับยาแก้ปวด เพื่อลดความเสี่ยงจากการดมยาสลบ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจยาก แต่การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังสามารถเกิดผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนได้เช่นกัน

สถานที่ทำการศึกษา : โรงพยาบาลชุมแพ, จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา : เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort study) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาระงับความรู้สึกโดยความรู้สึก โดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอด ตั้งแต่เดือนมกราคม 2542 ถึงเดือน สิงหาคม 2558 โดยการทบทวนประวัติการรักษาระหว่างผ่าตัดของผู้ป่วยและข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย(อายุ, เพศ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, physical status),โรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพก่อนผ่าตัด ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ข้อมูลระหว่างการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับระหว่างผ่าตัด ชนิดของยากระตุ้นความดันโลหิต และ ยาคลายกล้ามเนื้อ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัด ระดับการชา ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการให้การระงับความรู้สึก ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ

สถิติที่ใช้ : แบบพรรณนาแสดงในรูปจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : ผู้หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดจำนวน 1,300 คน ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดโดยวิธีการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลชุมแพทั้งหมด จากผู้หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 1,300 คน พบอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตต่ำ 908 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.9 ภาวะหนาวสั่นจำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.13 ภาวะคลื่นไส้และอาเจียนร้อยละ 6.46 และ 6.77 ตามลำดับ และอาการคัน (ร้อยละ 6.15) พบภาวะhigh block จำนวน 1 ราย ไม่พบอาการปวดหลังและภาวะกดการหายใจ

สรุป : ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดจากการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังร่วมกับยามีอร์ฟินในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ คือความดันโลหิตต่ำ และ ภาวะแทรกซ้อนรองลงมาที่พบได้ คืออาการหนาวสั่น และคลื่นไส้อาเจียนตามลำดับ การหาสาเหตุ แนวทางป้องกัน เฝาระวัง และลดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะความดันโลหิตต่ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลชุมแพและควรมีการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะแทรกซ้อน, การให้ยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง, ผ่าตัดคลอด

Complications after Spinal Anesthesia for Cesarean Section at Chumphae hospital, Thailand

Numphung Sukantararat MD.

Physician anesthesiologist, Department of anesthesiology,
Chumphae Hospital, Khonkaen

ABSTRACT

Background : The numbers of patients undergone cesarean section have been increasing over the past decade. Avoiding an issue of difficult airway in general anesthesia, Spinal anesthesia with intrathecal morphine is most common anesthetic technique used for cesarean sections in Thailand. However, side effects and complications from spinal anesthesia were reported in studies.

Objective : To study side effects and complications post spinal anesthesia with intrathecal morphine

Setting : Chumphae hospital, Khonkaen, Thailand

Method : A retrospective cohort study was done in 1,300 patients undergone cesarean sections from January 2006 to August 2015 in Chumphae hospital. The retrospective medical record were reviewed for patient demographic factors including sex, age, body weight, height, American Society Of Anesthesiologists (ASA) classification of Physical health, preoperative condition, operative data (type and duration of operation), anesthetic data (total intravenous fluid intake volume, type of vasoactive and sedative agents used, sensory level of spinal blockage) and intra-operative and immediate post-operative complications such as hypotension, shivering, nausea and vomiting.

Result : 1,300 pregnant women undergone cesarean section at Chumphae hospital successfully received spinal anesthesia from January 2006 to August 2015. Hypotension was observed in 69.9% of women. Other observable complications were shivering (7.13%), nausea (6.46%), vomiting (6.77%), and pruritus (6.15%). High block was found in one pregnant women. No incidence of backache and respiratory distress were observed.

Conclusion : The most common complication was hypotension. The others were shivering, nausea and vomiting. Further studies should try intervention such as co-load fluid 10 ml/kg to prevent hypotension.

Keywords : *Complication, Spinal Anesthesia, Caesarean section*

บทนำ

ในหลายประเทศมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น เช่น ในสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 33)¹ ในสหราชอาณาจักร (ร้อยละ 15-16) รวมถึงประเทศไทย² (ร้อยละ 22.4) จากรายงานของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อัตราการผ่าตัดคลอดในช่วงปี พ.ศ. 2530-2539 คิดเป็นร้อยละ 20.9 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.0 ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2546 สูงขึ้นเรื่อยๆ ใน 15 ปีที่ผ่านมา^{3,4} การผ่าตัดคลอดต้องอาศัยการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อระงับความรู้สึกเจ็บปวดโดยเทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผ่าตัดคลอดมี 2 วิธี^{5,6} คือ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนทั้ง epidural และ การให้ยาเข้าทางช่องไขสันหลัง ขึ้นกับข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด ภาวะผิดปกติหรือโรคอื่นๆ ในมารดา ความพึงพอใจของมารดา และการตัดสินใจของวิสัญญีแพทย์แต่ละท่าน³

ในอดีตเทคนิคที่นิยมใช้คือ การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) เพื่อการผ่าตัดคลอด ต่อมาในปี พ.ศ. 2516 เริ่มมีการนำเทคนิคการให้ยาเฉพาะส่วนแบบ epidural ในประเทศไทยปี พ.ศ.2546 (มี.ค.-ต.ค.) มีการประมาณว่าใช้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนแบบ spinal ร้อยละ 69, epidural ร้อยละ 4 และการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร้อยละ 25.33 จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันนิยมใช้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังมากกว่าการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป^{5,6}

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงทำให้มารดาเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดา คือการสำลักอาหารและน้ำย่อยเข้าปอด^{6,7} ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อาทิเช่น การใส่ท่อช่วยหายใจยาก รู้สึกตัวขณะผ่าตัด คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ หนาวสั่น ตกเลือด เพราะมดลูกไม่แข็งตัวจากยาระงับความรู้สึกและทารกอาจได้รับยาร่วมด้วย เจ็บคอ ริมฝีปากแตก ฟันโยกหรือหักจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ปวดตามกล้ามเนื้อ⁶

ในปัจจุบันวิธีระงับความรู้สึกที่นิยมใช้ในการผ่าตัดคลอดคือ การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง² ซึ่งมีข้อดีคือ ลดเรื่องอัตราการเสียชีวิตในมารดาเนื่องจากการเสี่ยงสำคัญได้^{5,6} ลดเรื่องยาผ่านไปสูทารก สามารถควบคุมอาการ

ปวดหลังผ่าตัดและความต้องการยาหลังการผ่าตัดน้อยกว่า การให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป⁶ การเสียเลือดน้อยกว่า⁶ มารดาสามารถฟื้นตัวและมีการทำงานของลำไส้กลับมาปกติได้อย่างรวดเร็ว⁵ ที่สำคัญสามารถสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรได้^{3,6} แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ต้องระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาชาและมอร์ฟินทางไขสันหลังด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่น การมีภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้มากที่สุด^{3,8,5,6,2,4} จากการยับยั้งระบบประสาท sympathetic ทำให้ความต้านทานหลอดเลือดลดลงเกิดความดันต่ำโลหิตได้⁴ นอกจากนี้หลังให้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังอาจทำให้มีอาการเหนื่อยได้ ซึ่งอาการเหนื่อยนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตต่ำ ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นที่สามารถเกิดขึ้นได้ คือ อาการคลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ คัน และ กตการหายใจ เป็นต้น⁸⁻⁹

ใน รพ.ชุมแพ เริ่มมีวิสัญญีแพทย์ ปี 2554 วิธีการให้การระงับความรู้สึกในผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังมากขึ้น ผู้วิจัยต้องการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดคลอดใน รพ.ชุมแพ เพื่อที่จะนำไปใช้ในการศึกษาสาเหตุการวางแผนป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ต่อไป

วัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา

เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการระงับความรู้สึกผ่านทางไขสันหลังร่วมกับการให้มอร์ฟินทางไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดในรพ.ชุมแพ

วิธีการศึกษา

ทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดคลอดด้วยวิธีการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลังร่วมกับมอร์ฟินในโรงพยาบาลชุมแพจังหวัดขอนแก่น ในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2558 โดยการทบทวนข้อมูลจากใบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (anesthetic record) แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (Post anesthetic record) ข้อมูลที่รวบรวม ได้แก่

ข้อมูลการประเมินก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ American Society of Anesthesiologists classification

of Physical health (ASA physical status) น้ำหนัก ส่วนสูง body mass index (BMI) โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัด ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น complete blood count (CBC)

ข้อมูลระหว่างผ่าตัด เช่น ปริมาณยาชาที่ได้รับ ระดับ การขาด ปริมาณยากระตุ้นการหดตัวของเลือด ยาระงับประสาท ยาป้องกันการคลื่นไส้อาเจียน ยาช่วยให้มดลูกหดตัว การให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ ปริมาณเลือด และส่วนประกอบของเลือดที่ได้รับ ปริมาณการเสียเลือด ระยะเวลาการผ่าตัด และระยะเวลาการได้รับการระงับความรู้สึก

ข้อมูลหลังผ่าตัด ได้แก่ คะแนนความปวด ระดับความ ปวด และ post anesthesia care unit time (PACU time) ปริมาณสารน้ำที่ได้รับหลังผ่าตัดรวมถึงเลือดและส่วนประกอบ ของเลือดที่ได้รับ

ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความดันโลหิต ต่ำ (ความดัน systolic ที่ลดลงมากกว่า 20 percent ของ ความดันเลือดขณะพักหรือ systolic blood pressure < 100 mmHg)⁸ ภาวะหัวใจเต้นช้า ภาวะ high spinal หรือ total block อาการ ปวดหลัง อาการปวดศีรษะหลังฉีดยาชาเข้าช่อง ไขสันหลัง (Post-Dural Puncture Headache: PDPH) อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการ คัน อาการหนาวสั่น ภาวะกด การหายใจ และภาวะง่วงซึม

วิธีการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งมีเวชระเบียนที่มีความครบถ้วน สมบูรณ์ จำนวน 1,300 ราย โดยเกณฑ์การคัดออกของการ ศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการดมยาสลบหรือได้รับการฉีดยาชา ทางช่องไขสันหลังแล้วระดับการขาดไม่เพียงพอต้องใช้วิธีการ ดมยาสลบร่วมด้วย

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows Version 16.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่

(Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับการ ผ่าตัดคลอดและได้รับการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง 1,300 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยของหญิงตั้งครรภ์ คือ 28 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 70 กิโลกรัม body mass index (BMI) เฉลี่ย 28.6 kg/m² หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จัดอยู่ใน ASA physical status class 1 และเป็นการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน (elective case) โดยคิดเป็นร้อยละ 72.3 ความดันเฉลี่ย systole ของผู้ป่วย 121.8 mmHg ความดันเฉลี่ย diastole ของผู้ป่วย 78.7 และอัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นเลือดเฉลี่ย 37% ผู้ป่วยที่มีระดับการระงับ ความรู้สึกมากกว่า T5 มีจำนวน 487 คนคิดเป็นร้อยละ 62.5 เวลาที่ใช้ในห้องผ่าตัดเฉลี่ยประมาณ 50 นาที การเสียเลือด ในการผ่าตัดรวมเฉลี่ย 450 มิลลิลิตร ได้สารน้ำในห้องผ่าตัด เฉลี่ย 1,500 มิลลิลิตร

Table 1 Demographic, Anesthetic and Surgical Factors of Patients

| Parameter | N (%) | Mean+SD | Median (min,max) |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| Total Number of Patients | 1,300 (100.0) | | |
| Age of patient | | 28.0 (6.0) | 28.0 |
| Body Weight | | 71.1 (11.9) | 70.0 |
| Height | | 157.6 (6.0) | 157.0 |
| Body Mass Index | | 28.6 (4.4) | 28.0 |
| ASA Classification | | | |
| Class I | 984 (75.7) | | |
| Class II | 185 (14.2) | | |
| Class III | 131 (10.1) | | |
| Type of surgery | | | |
| Elective | 940 (72.3) | | |
| Emergency | 360 (27.7) | | |
| Systolic Blood pressure (mmHg) | | 121.8 (12.2) | 121.0 |
| Diastolic Blood pressure (mmHg) | | 78.7 (10.1) | 79.0 |
| Heart Rate (time/min) | | 90.8 (12.7) | 90.0 |
| HCT(%) | | 37.3 (3.6) | 37.3 |
| Anesthetic level | | | |
| ≥ T 5 | 487 (62.5) | | |
| < T 5 | 813 (37.5) | | |
| Anesthetic time | | 51.3 (10.4) | 50.0 |
| Blood loss | | 492.8 (221.2) | 450.0 |
| Intra operative / IV fluid intake | | 1,567.8 (598.0) | 1500.0 |

ในการศึกษาพบว่าปัญหาก่อนได้รับการผ่าตัดของผู้ป่วย อันดับ 1 คือ โรคอ้วน (obesity) คิดเป็นร้อยละ 8.8 อันดับ 2 คือ โรคเบาหวานจากการตั้งครรภ์และเบาหวาน (Gestational Diabetic Mellitus: GDM and Overt DM) คิดเป็นร้อยละ 5.1 อันดับ 3 คือ โรคความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension: PIH and Hypertension) และ อันดับสี่ คือภาวะโลหิตจาง (Anemia) ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2 Preoperative Medical Problems

| Medical problems | Number (%) |
|-------------------------------|------------|
| Obesity | 114 (8.77) |
| GDM [§] and Overt DM | 66 (5.08) |
| PIH* and HT related | 51 (3.92) |
| Anemia | 27 (2.08) |

[§]Gestational Diabetic Mellitus* Pregnancy Induced Hypertension

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด 5 อันดับแรก ดังตารางที่ 3 คือ อันดับแรก คือ ความไม่สัมพันธ์กันระหว่างทารกในครรภ์และช่องท้องเชิงกราน (Cephalopelvic Disproportion: CPD) ร้อยละ 54.54 อันดับ 2 เคยผ่าตัดคลอดก่อนมาก่อน (Previous cesarean) ร้อยละ 26.15 อันดับ 3 การที่เด็กอยู่ในท่าก้น (Breech presentation) อันดับ 4 ผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ (PIH) และอันดับที่ 5 คือทารกที่อยู่ในภาวะที่แพทย์ไม่มั่นใจในความปลอดภัยของทารก (Fetal non reassuring)

Table 3 Indications for Surgery

| Medical problems | Number (%) |
|----------------------|-------------|
| CPD [§] | 709 (54.54) |
| Previous cesarean | 340 (26.15) |
| Breech presentation | 118 (9.08) |
| PIH* | 40 (3.08) |
| Fetal non reassuring | 36 (2.77) |

[§]Cephalopelvic Disproportion* Pregnancy Induced Hypertension

และส่วนใหญ่การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดคลอดเพียงอย่างเดียว (Cesarean section) คิดเป็นร้อยละ 59.15 ในตารางที่ 4

Table 4 Operative Procedures

| Operative Procedures | Number (%) |
|---|-------------|
| Cesarean section | 769 (59.15) |
| Cesarean section with tubal resection | 486 (36.00) |
| Cesarean section with tubal resection with appendectomy | 57 (4.38) |
| Cesarean section with appendectomy | 6 (0.46) |

ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันเลือดต่ำมากที่สุด จำนวน 908 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.69 ต่อมาเป็นภาวะหนาวสั่นจำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.13 ต่อมาคือ ภาวะคลื่นไส้และอาเจียน จำนวน 84 และ 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.46 และ 6.77 ตามลำดับ อันดับ 5 คือ อาการคันจำนวน 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.15 พบภาวะหัวใจเต้นช้าจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.62 ลำดับต่อมาก็คือ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.54 และ อาการปวดศีรษะจากการให้การระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 ในการศึกษาพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ Total spinal block จำนวน 1 ราย ไม่พบการกดการหายใจและการอาการปวดหลัง (ตารางที่ 5)

Table 5 Complications and Side Effects from Spinal Anesthesia and Intrathecal Morphine

| Complications and Side Effects | Number (%) |
|-------------------------------------|-------------|
| Hypotension | 906 (69.69) |
| Shivering | 95 (7.13) |
| Nausea | 84 (6.46) |
| Vomiting | 88 (6.77) |
| Pruritus | 80 (6.15) |
| Bradycardia | 21 (1.62) |
| Arrhythmia | 7 (0.54) |
| Post Dural Puncture Headache (PDPH) | 2 (0.15) |
| High Spinal/Total Spinal Block | 1 (0.08) |

หมายเหตุ : ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการ Back Pain หรือ Respiratory Depression

อภิปรายผล (Discussion)

จากการศึกษาพบว่าความดันโลหิตต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด โดยพบในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดและได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังได้ร้อยละ 69.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายฉบับที่ผ่านมา เช่น การศึกษาในรพ. จุฬาลงกรณ์ และ รพ. ศิริราช ปี พ.ศ. 2549 โดยมีอัตราการเกิดความดันโลหิตต่ำ ร้อยละ 50-8010 ซึ่งความแตกต่างของร้อยละที่เห็นนี้ขึ้นกับนิยามของภาวะความดันโลหิตต่ำโดยการศึกษานี้ได้ให้ความหมายความดันโลหิตต่ำ คือ ความดัน systolic blood pressure <100 mmHg หรือ ความดันโลหิตต่ำกว่า 20% ของความดัน systolic⁵ ซึ่งในการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำสามารถเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา โดยการที่ยาชาไประงับระบบประสาท sympathetic ทำให้มีการขยายตัวของเส้นเลือดแดงและเส้นเลือดดำ ส่งผลให้ systemic vascular resistance (SVR) ลดลง เป็นผลทำให้ความดันโลหิตลดลง⁵ และภาวะความดันโลหิตต่ำยังมีความสัมพันธ์กับระดับยาชาที่สูงเกินระดับ T58 ซึ่งในการผ่าตัดคลอด ระดับยาชาที่ต้องการที่สามารถผ่าตัดได้โดยผู้ป่วยสุขสบายจะอยู่ที่ระดับนี้ นอกจากนี้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ มดลูกจะมีการขยายขนาดใหญ่ขึ้นส่งผลให้มีการกด เส้นเลือดใหญ่ inferior vena cava ทำให้เกิดภาวะ supine hypotensive syndrome ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ได้⁵ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่นผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดความดันโลหิตต่ำได้มากกว่า⁵, ความดันโลหิตต่ำ systolic ตั้งต้น < 120 mmHg ก่อนทำการผ่าตัด¹¹ การศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบวิธีที่สามารถป้องกันความดันโลหิตต่ำได้ดีที่สุด^{8,5} จึงใช้การรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อมีภาวะนั้นเกิดขึ้นโดยการรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำประการแรกคือการให้สารน้ำในการศึกษานี้ถึงแม้ได้มีการให้สารน้ำ 500-1,000 มิลลิลิตรก่อนการผ่าตัดก็ไม่สามารถป้องกันภาวะความดันโลหิตได้^{9,5,11} ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมามีการให้สารน้ำระหว่างการให้การระงับความรู้สึกทางไขสันหลังช่วยเรื่องความดันโลหิตได้ดีกว่า⁵ เรื่องชนิดสารน้ำที่พบว่าทำให้ colloid สามารถลดการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้ดีกว่า crystalloid แต่ต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงของ colloid เช่น อาการแพ้ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างการผ่าตัดด้วย⁵ ในส่วนของการใช้

ยากระตุ้นความดันพบว่า การให้ยา phenylephrine สามารถช่วยรักษาความดันโลหิตต่ำและลดปริมาณยาที่จะไปสู่ทารกได้มากกว่าทำให้เกิดภาวะ fetal acidosis ได้น้อยกว่าการใช้ ephedrine ซึ่งควรได้รับการเตรียมไว้ก่อนการผ่าตัด

ภาวะหนาวสั่นที่สามารถเกิดจากการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ในการศึกษาที่พบในหญิงตั้งครรภ์ผ่าตัดคลอดและได้รับการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังได้ร้อยละ 7.13 ซึ่งใกล้เคียงกับร้อยละที่พบในการศึกษาของ Chanida⁸ ซึ่งพบภาวะหนาวสั่นในคนไข้กุ่มเดียวกันร้อยละ 4.3 โดยการนับอุบัติการณ์การเกิดอาการหนาวสั่นเมื่อมีการเมื่อมีอาการสั่นของกล้ามเนื้อเท่านั้น ไม่ได้นับรวมภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร่วมกับอาการหนาวสั่นเหมือนกับการศึกษาของ Butwick และ Roy JD ซึ่งพบได้ร้อยละ 60-85⁸ การเกิดภาวะหนาวสั่นเกิดจากการที่เส้นเลือดส่วนปลายขยายตัวหลังฉีดยาชาเฉพาะที่ทำให้เกิดการสูญเสียความร้อน^{8,9,10} นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับ อุณหภูมิของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ห้องผ่าตัดที่อุณหภูมิอยู่ที่ 20-25 องศาเซลเซียส และการดมยาสลบกับยาที่เลือกในการผ่าตัดซึ่งในการศึกษานี้เลือกการให้ยาชาเฉพาะที่ผ่านทางช่องไขสันหลัง ในการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดได้เตรียมสารน้ำที่อุ่นร่วมกับใช้ผ้าห่มลมร้อน (force air warmer) เพื่อช่วยลดอาการหนาวสั่น ถึงแม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าให้ผ้าห่มอุ่นในขณะที่มีการผ่าตัดจะสามารถลดการเกิดอุณหภูมิต่ำและการหนาวสั่นได้ดีโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการทำ epidural anesthesia เท่านั้น⁵ และเมื่อเกิดภาวะหนาวสั่นแล้วยาที่ใช้กับผู้ป่วยคือ meperidine ขนาด 12.5-25 มิลลิกรัมสามารถใช้ในการแก้อาการสั่นได้อย่างเพียงพอ

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนเป็นอีกภาวะหนึ่งที่สามารถเกิดได้หลังจากการให้ยาชาเฉพาะที่ ในการศึกษาที่เกิดขึ้นร้อยละ 7 ซึ่งพบได้น้อยกว่าในการศึกษาของทั้ง Chanida⁸ Chua-In³ และ Chestnut⁵ ซึ่งรายงานพบว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนถึงร้อยละ 45-80 เนื่องจากการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะผ่าตัดเท่านั้น และต้องมีการรักษาด้วย antiemetic drug ส่วนอาการคลื่นไส้ พะอืดพะอม เพียงอย่างเดียว หรือไม่ได้ยา จะไม่ได้รวมอยู่ด้วย จึงทำให้พบอุบัติการณ์การอาการคลื่นไส้อาเจียนต่ำกว่าการศึกษาชนิดอื่นที่รวมอาการคลื่นไส้อาเจียนโดยไม่ได้รับการรักษาด้วย antiemetic drug สำหรับสาเหตุ

ของภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด คือภาวะความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเกิดจากการให้ยาชาเฉพาะที่ผ่านทางไขสันหลังเป็นผลทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง กระตุ้นศูนย์ควบคุมอาการคลื่นไส้อาเจียน และยังเกิดจากการที่ลำไส้ขาดเลือดส่งผลให้มีการหลั่งสารกระตุ้นอาการคลื่นไส้อาเจียน เช่น serotonin มีการศึกษาของ Datta et al.⁵ พบว่าผู้เข้ารับการผ่าตัดสามารถเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ถ้าความดันโลหิตลดลง 30% ของความดันโลหิตตั้งต้นหรือมากกว่า แต่พบน้อยในลง 10% ในผู้เข้ารับการผ่าตัดที่สามารถคงความดันโลหิตเดิมไว้ได้ ส่วนที่สาเหตุอื่นๆ อาการคลื่นไส้อาเจียนอาจสามารถเกิดได้จาก การกระตุ้นจากการผ่าตัดของท้อง ภาวะเลือดออกผลข้างเคียงจากยา เช่น ยากระตุ้นมดลูกบีบรัดตัว oxytocin สามารถทำให้เกิดคลื่นไส้อาเจียนได้จากกลไกเดียวกันกับภาวะความดันโลหิตต่ำ การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน⁵ ส่วนยาที่สามารถรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ คือ metoclopramide และ ondansetron เป็นต้น

ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ พบภาวะหัวใจเต้นช้าหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะร้อยละ 1.68 และ 0.54 ตามลำดับซึ่งแก้ไขโดยการให้ยา atropine ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าร่วมกับความดันโลหิตต่ำ และยังพบอุบัติการณ์ของปวดศีรษะ (PDPH) ร้อยละ 0.08 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยสำหรับการให้ยามอร์ฟิน ทางช่องไขสันหลังคือ อาการคลื่นไส้อาเจียนและอาการคัน ซึ่งอาการคันเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดใน การศึกษานี้ พบ ร้อยละ 6.15 ซึ่งจะต่ำกว่าการศึกษา Charuluxananan ซึ่งพบอาการคันร้อยละ^{6,44,7,8,10-12-9}

เนื่องจากการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยขณะการผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งตามปกติแล้วอาการคันสามารถเกิดได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและรุนแรง คือ การกดทางเดินหายใจซึ่งไม่พบอุบัติการณ์ในการศึกษานี้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษานี้ สามารถนำไปวางแผนและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตลอดโดยใช้การระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ที่ได้รับความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตต่ำทั้งในเรื่องการให้สารน้ำ

การเตรียมยากระตุ้นความดันโลหิต รวมถึงการทำผู้ป่วยในการทำผ่าตัด และยังสามารถนำข้อมูลไปทำ guideline ป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำต่อไปได้ นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตต่ำที่พบได้บ่อยแล้วยังสามารถดูแลและป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้

สรุป

ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดโดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาผ่านทางช่องไขสันหลังร่วมกับยามอร์ฟินในหญิงตั้งครรภ์ที่มาผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนคือ ความดันโลหิตต่ำ และ อาการที่พบได้รองลงมา คืออาการหนาวสั่น และคลื่นไส้อาเจียนตามลำดับ ซึ่งต้องศึกษา หาแนวทางป้องกันและเฝ้าระวัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกโดยฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังหลังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Labor NL. Interrupted Cesareans, “cascading interventions,” and finding a balance of sensible care Harvard Magazine 2012 November - December 22-6.
2. Pitchya Ohpasanon MD TCM, Patcharee Sriswasdi MD, Siriporn Srichu MD. Prospective Study of Hypotension after Spinal Anesthesia for Cesarean Section at Siriraj Hospital: Incidence and Risk Factors, Part 2. J Med Assoc Thai 2008;91:75-80.
3. W C-I. New trend Anesthesia for cesarean section. Srinagarind medical journal 2005;20:1-12.
4. Pranom Ruengchotsatien BNS. Development of Clinical Practice Guideline for the Prevention of Hypotension during Spinal Anesthesia for Cesarean Section in Anesthetic Department, Surin Hospital. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2556;28:81-91.
5. Lawrence C. Tsen M. Anesthesia for Cesarean Delivery. In: Chestnut DH, ed. Chestnut’s obstetric anesthesia Fifth edition ed2014:545-93.
6. Afolabi BB LF, Merah NA. Regional versus general anaesthesia for caesarean section (Review). Cochrane Library 2007:1-44.
7. DG. B. Predicting spinal hypotension during Caesarean section. Southern African Journal of Anesthesia and Analgesia 2014;20:170-3.
8. อนุวัธนวิทย์ ช. การศึกษาผลการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลตราด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า 2012 Apr. - Jun. ;29:129-32.
9. พนาวรรณ จันทระเสนา มค, อรวรรณ แสงมณี. ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังในมารดาผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลคีตสรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556 ตุลาคม - ธันวาคม;1:105-16.
10. พ.บ. ปส. ภาวะความดันโลหิตต่ำภายหลังได้รับการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลังของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า. วิทยุสื่อสาร 2554 มกราคม - มีนาคม;37:18-25.
11. ปราการรัตน์. ศพอ. ตำราวิทยุสื่อสาร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เอ-พลัส พริน 2556.
12. Thitima Chinachoti MD, Soomboon Saetia, M.D., Peeraya Chaisiri, M.D., Thara Tritrakarn, M.D. . Incidence and Risk Factors of Hypotension and Bradycardia During Spinal Anesthesia. Siriraj Med J.2006;58:696-701.

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

นางสาวชลลภภัทร คำพิมาน *

นายพัฒนชัย รัชอินทร์ **

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดี่ยว (One group pretest – posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 จำนวน 50 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดคุณสมบัติในเขตตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สถิติ Paired t-test

ผลของการศึกษาพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 74 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 96 สถานภาพสมรส จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000บาท จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 74 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรม 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68 โรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 70 (2) ความรู้เกี่ยวกับโรคไต มีคะแนนความรู้ก่อนการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น (p-value <0.001) (3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีคะแนนการดูแลตนเองก่อนการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 63 หลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92 (p-value <0.001) (4) การทำงานของไต eGFR กลุ่มตัวอย่างมีระดับการทำงานของไต eGFR ก่อนการได้รับโปรแกรม การทำงานของไต GFR ลดลงปานกลางระดับ 3 ร้อยละ 24 และการทำงานของไตผิดปกติหรือ GFR ลดลง ระดับ 2 ร้อยละ 50 หลังการได้รับโปรแกรมมีระดับการทำงานของไตปานกลางระดับ 3 ลดลงหรือคงที่ ร้อยละ 12 และการทำงานของไตผิดปกติหรือ GFR เพิ่มขึ้น ระดับ 2 เป็นร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับการทำงานของไตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำงานของไต eGFR เพิ่มขึ้นในทางที่ดี (p-value<0.001)

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม,โรคไตเรื้อรัง ,การชะลอไตเสื่อม
*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ **นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

Effects of Behavior Modification Program for Delayed Nephropathy Progression in Diabetes Mellitus and Hypertension Patient with Chronic Kidney Disease Stage 1 to 3at DongKhwangSub-district, Mueang NakhonPhanom District, NakhonPhanom Province.

Miss.Chalpat Khumpiman

Mr.Patanachai Racha-in

Abstract

The quasi – experimental research (One group pretest – posttest design) aims to study effects of behavior modification program for delayed nephropathy progression in diabetes mellitus and hypertension patient with chronic kidney disease (CKD) stage 1 to 3 at Dong Khwang sub-district, MueangNakhonPhanom district, NakhonPhanom province. The samples were 50 chronic kidney disease stage 1 to 3 patients. The researcher selected the sample that passed the inclusion and exclusion criteria. Data distribution was performed by descriptive statistics were frequency, percentage, mean and inferential statistics Paired t-test was also utilized.

The results showed that majority of the samples were female (37 people, 74percent) and 48 people hold primary education degree or higher (96 percent). Most of them married (32 people, 64percent) and 37 people got monthly income lower than 3,000 Baht (74 percent). More than haft of them agriculturist (34 people, 68 percent) and main of the participant were diabetes mellitus patients (35 people, 70 percent).

The knowledge score about chronic kidney disease of patients before provides program were a low level at 36 percent but after provided program the participant has higher knowledge about chronic kidney disease score in significant level (p-value < 0.001). The patient's self-care behavior score before provide program were poor level at 63 percent but after provided program the participant have patients self-care behavior score in good level at 92 percent; moreover after provided program the participants has higher patient's self-care behavior score in significant level (p-value < 0.001)

To encapsulate, before providing program the patients who got moderate decrease in Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) (CKD stage 3) at 24 percent and kidney damage with a mild decrease in GFR (CKD stage 2) at 50 percent. After they received the program CKD patients stage 3 were decrease or stable at 12 percent and CKD patients stage 2 were increased at 60 percent. Patient's eGFR after they received the program higher than baseline (p-value<0.001).

Keywords : Behavior modification program, Chronic kidney disease, Delayed nephropathy progression

*Registered nurse, practitioner level at DongKhwang Sub-district Health promoting hospital.

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่ พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้องค์การอนามัยโลกออกมาเตือนประเทศสมาชิก ต้องลดการบริโภคเกลือลง ร้อยละ 30 ซึ่งหมายถึงการลดการบริโภคเค็มลง จะช่วยประหยัดค่ารักษาพยาบาลให้กับภาครัฐได้ ปีละหลายหมื่นล้านบาท และยังลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ ลง ซึ่งคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพพลานามัย ทั้งนี้คนไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุส่วนใหญ่ที่สุดร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่ง 2 โรคนี้มีสถิติผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน ผลที่ตามมา ทำให้ไตเสื่อม หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต โดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และโดยปัจจุบัน ข้อมูลล่าสุดพบคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคนป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง จะเกิดโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิต มีผู้ป่วยที่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอการผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่ประมาณ 40,000 ราย ซึ่งมีขั้นตอนในการรักษายุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละประมาณ 2 แสนบาทต่อคน ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีเพียงปีละ 400 รายเท่านั้น นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดคือขาดแคลนผู้บริจาคไต ผู้ป่วยจึงต้องรักษาเพื่อยืดอายุโดยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือล้างของเสียออกทางหน้าท้อง โดยในปี 2555 ใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี และคาดว่าในปี 2560 อาจจะต้องใช้งบประมาณกว่า 17,000 ล้านบาท มีผู้เสียชีวิตจากไตวาย

13,536 คน ประมาณ 1 ใน 3 ตายก่อนวัยอันควร อายุน้อยกว่า 60 ปี จากการรายงานของสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 8 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 10,000 คน ซึ่งโรคกลุ่มนี้เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) คาดการณ์ว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายประมาณ 2 แสนคน และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มปีละประมาณ 1 หมื่นคน สำหรับสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 36.6 มาจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.8 มาจากโรคความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 22.8 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2559)

ตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม จังหวัดนครพนม จึงเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันและชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งหน่วยบริการทั้งในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและระดับตติยภูมิ นับได้ว่าเป็นหน่วยบริการที่มีความสำคัญที่จะต้องพัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพเชื่อมโยงทุกระดับ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบบริการให้บริการลดและชะลอการเจ็บป่วยและลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ (สาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2559) จังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดชายแดน ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนของประเทศไทย มีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบสูง ตามแนวเขาวงกตแม่น้ำโขง 12 อำเภอ 97 ตำบล 1,123 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 704,730 คน อาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกรรม กรรมกร และค้าขาย มีประเพณีตามฮีต 12 คอง 14 พบโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพลำดับที่ 3 รองจากปัญหาโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดี และปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จังหวัดนครพนม มีผู้ป่วยที่มารับบริการชั้นทะเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น ในปี พ.ศ. 2554-2556 จำนวน 1550 ราย, 4438 ราย, 8504 ราย ตามลำดับ ปัจจุบันพบว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบประคับประคองจำนวน 304 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.62, การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องจำนวน 146 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.71, การรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด

จำนวน 155 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.82 ส่วนการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการผ่าตัดปลูกถ่ายไตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.03 (วารสารโรงพยาบาลนครพนม,2559)

ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ประชากรทั้งหมด 8,823 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในปี 2557 - 2559 จำนวน 336 ราย, 324 ราย, 319 ราย ตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ Creatinine ติดตามระดับการทำงานของไต eGFR ภาวะไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-5 ในปี 2557-2559 จำนวน 314 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.45, 268 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.72, 280 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.77 ตามลำดับ และติดตามระดับการทำงานของไต eGFR ที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 1-3 ในปี 2557-2559 จำนวน 281 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.50, 241 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.93, 244 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.14 ตามลำดับ และติดตามการทำงานของไต eGFR มีภาวะไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 4-5 ในปี 2557-2559 จำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.50, 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.07, 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.86 (สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม, 2559)

จากที่กล่าวมาข้างต้นและผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษา ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยการทดลองใช้โปรแกรมนี้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ในเขตตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม โดยจัดทำโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ให้คำแนะนำป้องกัน ควบคุมตามโปรแกรมการชะลอไตเสื่อม และมีการติดตามระดับการทำงานของไต eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ในเขตตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม เพื่อผลที่ได้จะเป็นองค์ความรู้สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ชะลอไตเสื่อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ และติดตามระดับการทำงานของไต eGFR ชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

สมมติฐานของการวิจัย

ค่าเฉลี่ยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ การทำงานของไต eGFR ชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม แตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. โปรแกรมการปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อชะลอไตเสื่อมได้ ของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง
2. เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะต้น มีความรู้ในการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้
3. เป็นข้อมูลสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตำบลดงขวาง ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 3 อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม

ขอบเขตของการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียว (One group pretest – posttest design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ที่อาศัยอยู่ในตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 50 คน (สาธารณสุขอำเภอเมือง นครพนม,2559)

- ความรู้ ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ประเมินการทำงานของไต eGFR

นิยามศัพท์เฉพาะ

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อม หมายถึง การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ใช้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้ ชะลอไตเสื่อม ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
2. โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ

หน้าที่ของการทำงานของไต ความหมายของโรคไตเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม

3. ไตเสื่อม หมายถึง โรคที่ทำให้มีการสูญเสียเนื้อไต และมีการเสื่อมของการทำงานของไตอย่างช้าๆ อาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี เมื่อไตเสื่อมมากก็จะเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น บวม ซีด ในการประเมินจะเป็นโรคไต ติดตามระดับการทำงานของไตโดยการตรวจค่า eGFR

การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

| ระยะ | คำจำกัดความ | GFR (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) |
|------|------------------------|-----------------------------------|
| 1 | ปกติ หรือสูง | > 90 |
| 2 | ลดลงเล็กน้อย | 60-89 |
| 3a | ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง | 45-59 |
| 3b | ลดลงปานกลาง ถึงมาก | 30-44 |
| 4 | ลดลงมาก | 15-29 |
| 5 | ไตวายระยะสุดท้าย | < 15 (หรือต้องรับการบำบัดทดแทนไต) |

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบกลุ่มเดียว (One group pretest – posttest design) โดยศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1 ถึง 3 ที่อาศัยอยู่ในตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 50 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 3 อายุ 40 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลดงขวาง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม จำนวน 244 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1- 3
2. ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป
3. สามารถ พูด ฟัง และสื่อสารภาษาไทยได้
4. มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน)
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามแผน ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ มีผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 50 คน

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทางประชากรของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ระยะที่ 1 ถึง 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 3 ในตำบลดงขวาง ที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ทั้งปลายปิดและปลายเปิด เก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียวก่อนการพัฒนารูปแบบ

2. แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง

3. แบบพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพตนเอง

4. แบบบันทึกติดตามระดับการทำงานของไต eGFR หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1-3

5. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-3

จุดประสงค์เพื่อให้ความรู้เรื่องไตเรื้อรัง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และติดตามระดับการทำงานของไต eGFR ก่อนหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 เดือน หรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงขวาง ตำบลดงขวาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม ระยะเวลาในการศึกษา ธันวาคม 2559 – พฤษภาคม 2560

สถิติที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ผลของการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 74 ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 61 ปีขึ้นไป จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 52 อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 85 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 96 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000บาท จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 74 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรรม 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68 ส่วนมากมี โรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 70

ผลการศึกษาพฤติกรรมชะลอ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลังการได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องมากที่สุดคือ กินยาตรงตามคำสั่งแพทย์ทุกมื้อ มีค่าเฉลี่ย 4.84 (S.D. = 0.88) รองลงมาคือ กินอาหารให้ได้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว 2 ทัพพีต่อมื้อ มีค่าเฉลี่ย 4.28 (S.D. = 1.05) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องน้อยที่สุดคือ กินอาหารและขนมที่ทำจากส่วนผสมจากมะพร้าว เช่น กะทิ 2.06 (S.D. = 1.01) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88 หลังการได้รับโปรแกรมมีคะแนนพฤติกรรมกรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปานกลางขึ้นเฉลี่ย 2.38 คะแนน ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังอยู่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องมากที่สุดคือ ไตของคน ปกติมีสองข้าง จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ไตมีหน้าที่ขับถ่ายของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารโปรตีนที่กินเข้าไป จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78 และผู้โรคไตเรื้อรังของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ โรคไตเรื้อรังของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28 กลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องมากที่สุดคือ ไตของคน ปกติมีสองข้าง ไตมีหน้าที่ขับถ่ายของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารโปรตีนที่กินเข้าไป จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน

เป็นอาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 48 คน คิดเป็น ร้อยละ 96 และมีความรู้ถูกต้องน้อยที่สุดคือ การควบคุม ระดับความดันโลหิต ควบคุมได้ด้วยยาเท่านั้น จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44 คะแนน ความรู้ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 6.14 ± 1.29 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน) ต่ำสุด 4 คะแนนและ สูงสุด 8 คะแนน รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 52 เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น เฉลี่ย 2.06 คะแนน ผลของการประเมินทำงานของไต eGFR ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการ ได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การทำของไต ผิดปกติหรือ GFR ลดลง ระดับ 2 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา ระดับ 1 จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 26 และ การทำงานของไต GFR ลดลงปานกลาง ระดับ 3 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24 สำหรับการทำงานของไต eGFR หลังการ ได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การทำของไต ผิดปกติ หรือ GFR ลดลง ระดับ 2 จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมา การทำงานไตผิดปกติและ GFR ปกติหรือเพิ่มขึ้น ระดับ 1 จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28 และการทำงาน

ของไต GFR ลดลงปานกลาง ระดับ 3 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 12 จะเห็นได้ว่าหลังการได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม การทำงานของไตหรือค่า GFR ลดลง หรือชะลอไตเสื่อมไม่ทำให้ผู้ป่วยได้พอกไตในระยะ 4-5

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาครั้งนี้ ถึงแม้มีข้อจำกัด เรื่องระยะเวลาในการติดตามผลการดำเนินงานโครงการแต่ การศึกษาก็ได้ผลระดับหนึ่ง ถ้าจะให้สมบูรณ์มากกว่านี้ ควร ศึกษารวมมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลและเพิ่มความแม่นยำ มากยิ่งขึ้น ด้วยผล complete lab หลังการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมชะลอไตเสื่อม โดยการเพิ่มระยะเวลา เพื่อจะได้เห็น การเปลี่ยนแปลง อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ อาจารย์สุรัชย์ พิมหา อาจารย์ กิตติพงษ์ สอนล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สาธารณสุขอำเภอเมืองนครพนมที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ในการทำวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือปฏิบัติการเพื่อ ดำเนินงานลดโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (CKD Prevention project 2559). เอกสารประกอบการประชุม วันที่ 8 พฤศจิกายน 2558. สืบค้น จาก www.slideshare.net/KamolKhositrangsikun/ckd-2559
2. ธรรมนูญรัตน์ ธีรพรเลิศรัฐ. (2556). ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทเฮลท์เวิร์คจำกัด.
3. ธรรมนูญรัตน์ ธีรพรเลิศรัฐ. (2559). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการวินิจฉัยโรคไตวายเรื้อรังและแนวทางการคัดกรอง.โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. 25 กุมภาพันธ์ 2559. สืบค้นจาก www.brkidney.org/
4. สกานต์ บุญนาค. (2558). แนวทางการ implement NCD และ CKD clinic แบบบูรณาการ. กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ สืบค้นจาก www.sawanghospital.com/sawang/count.php?id=428
5. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2558). คำแนะนำ สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังก่อนบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. สืบค้น จาก www.nephrothai.org/สาระความรู้เรื่องโรคไต/12-2558
6. สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ สมเกียรติโพธิ์สัตย์ จักรกริช ไვศิริ สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพศิริวิไทย.(2555). แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
7. เอกสารการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังสำหรับโรงพยาบาลชุมชน. สืบค้น จาก www.thaincd.com/document/file/.
8. นันธิญา พันอินากุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. 2553

การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

วิวรรณ วงศ์ตาซี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลวังยาง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อการพัฒนา (Development Research) เพื่อพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนมทั้งหมด 29 คน และผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวังยาง ในช่วง วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบที (Paired simples t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด คือร้อยละ 72.41 อายุเฉลี่ย 28.07ปี (S.D. = 5.20) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 65.52 และสถานภาพโสด ร้อยละ 68.97 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 68.97 มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 5.43 ปี (S.D. = 4.79) มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปีถึงร้อยละ 62.07
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ เรื่องพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการของบุคลากร พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม เท่ากับ 16.66 (S.D. = 2.14) และคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรม เท่ากับ 22.10 (S.D. = 2.45) เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม พบว่า ระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ด้านทัศนคติ พบว่า บุคลากรทีมพยาบาลมีการพัฒนาด้านทัศนคติต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อการปฏิบัติงานในทางที่ดีขึ้น เปิดเผยตนเอง และตระหนักในความเป็นตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน สามารถบอกกล่าวความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้อื่นรับรู้ได้ เปลี่ยนทัศนคติและพร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น
4. ด้านทักษะ พบว่า ทีมพยาบาลมีทักษะในการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้กลยุทธ์การป้องกัน และการจัดการพฤติกรรมรุนแรงตามระดับความรุนแรงได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับต่างๆ ดังนี้
 - 4.1 ทีมพยาบาลใช้กลยุทธ์การป้องกันในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 1 โดยการสอนให้ความรู้ ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้
 - 4.2 ทีมพยาบาลใช้กลยุทธ์การจัดการและการสกัดกั้นในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 2 โดยใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากที่สุด และในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 3 ใช้วิธีการฉีดยามากที่สุด รองลงมาคือ การใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดและการผูกมัด

5. ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการประเมินระดับพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 7 คน ประกอบด้วย มีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 1 จำนวน 3 คน มีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 2 จำนวน 2 คน และมีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 3 จำนวน 2 คน ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ทั้งต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน

จากการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยผ่านกระบวนการ ทำกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกทีมไม่กลัวเกิดความมั่นใจที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจในทีม สามารถจัดการปัญหา ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เกิดความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ

คำสำคัญ : สมรรถนะทางการพยาบาล, ผู้ป่วยจิตเภท

The development of nursing competency to provide nursing care for schizophrenia patients with violence behavior at Wungyang Hospital, Nakhonpanom Province

Wiwat Wongtakee
Registered Nurse Professional Level
Wungyang Hospital

Abstracts

This research is a development research to develop the competency of nursing team in the care of schizophrenia patients with violent behavior. Practicing patient care in Wang Yang Hospital All 29 patients in Nakhon Phanom and schizophrenic patients with violent behavior. Admitted to Wang Yang Hospital during the period from July 1, 2017 to July 31, 2017. Data were analyzed according to statistical methods. By using the program. Statistics include: Frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired simples t-test. The research found that

1. The general characteristics of the target group were 72.41%, mean age 28.07 years (SD = 5.20). Most of them graduated with bachelor degree or equivalent 65.52% and single status was 68.97%. To be nurse 68.97%. Had an average working age of 5.43 years (SD = 4.79), less than 5 years experience 62.07%.

2. Cognitive side Severe behavior in schizophrenic patients. And personnel management found that the mean score before the training was 16.66 (SD = 2.14) and the mean score after training was 22.10 (SD = 2.45). Training showed that the average knowledge score after training increased significantly.

3. The attitudes toward nursing staffs' perception of self-esteem towards others and their performance in a better way, self-revelation and self-awareness. Have a sense of trust in each other. Can tell the feelings. Let others know change your attitude and be ready to change your behavior. Improve performance.

4. In skill areas showed that the nursing team had skills in managing the patients with violent behavior. By employing strategies to prevent and mannage violent behavior based on severity of violence. Using skills to care for patients with severe behavioral levels as follows.

4.1. Nursing teams use prevention strategies in patients with severe behavioral disorders. Helps patients to choose the right coping. Protect violent behavior.

4.2. Nursing teams use management strategies and interventions in patients with severe second- degree behavior using most therapeutic communication skills. For patients with severe behavioral disorders, Level 3 uses the most injections, followed by the use of communication skills for therapy and bonding.

5. Patients with schizophrenia who were assessed for severity of violent behavior for 7 persons, Level 1 had 3 persons, Level 2 had 2 persons, and Level 3 had 2 persons. Safe for the patient, property any other person.

Research indicates that. How to care severe schizophrenia patient. By making group that show nurses do not fear, Onfident help schizophrenia patients. There is trust, Management patient. Safety everybody : Patient and Provider.

Keywords : *Nursing competency, Schizophrenic patient*

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ซึ่งพบความชุกร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2003 อ้างถึงในปัญญา ทองทัฬห, 2556) และพบความชุกชั่วชีวิตร้อยละ 0.3 – 0.7 ในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคน ผู้ป่วยจิตเภททั่วโลกมีความชุกถึง 24 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ในประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของการเกิดโรคจิตเภท 13 ต่อ 1,000 ประชากร (พิเชษฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) และพบอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทประมาณ 15.2 ต่อ 1,000 ประชากร (ปัญญา ทองทัฬห และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2556) ผลของการเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมของการดำรงชีวิตในสังคม ความสามารถในการทำงาน การช่วยเหลือตนเอง แม้แต่กิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการดำเนินของโรคที่มีอาการหลงเหลืออยู่ (residual symptoms) จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ และลดการกลับเป็นซ้ำ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยมากและถือเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช อาการสำคัญที่ทำให้ญาตินำผู้ป่วยมารับการรักษา คือ พฤติกรรมรุนแรง ร้อยละ 81.97 ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนจะเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ได้แก่ การพูดจาหยาบคาย ต่ำ เออะอะ โวยวาย เสียงดัง ทูบทำลายข้าวของ ช่มชู้ ทำร้ายญาติ/ผู้ดูแล

พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอื่น สิ่งแวดล้อม รวมถึงพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือถูกรุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้ 2) ผลกระทบต่อผู้ป่วยอื่น ทำให้ได้รับบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายหรือเป็นที่น่าหวาดกลัวสำหรับผู้ป่วยรายอื่น โดยพบว่าผู้ป่วยอื่นถูกผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายร้อยละ 55.2 (Chou et al., 2002) 3) ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้สิ่งแวดล้อมและทรัพย์สินได้รับความเสียหาย และ 4) ผลกระทบต่อบุคลากร พบว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะถูกคุกคามจากผู้ป่วยสูงมากเมื่อเทียบกับบุคลากรอื่น เพราะพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่

จะเป็นขณะที่เข้าไปจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (อวัชชัย กฤษณะประกรกิจและคณะ, 2543) และบุคลากรได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมรุนแรงจากผู้ป่วย ร้อยละ 88 แบ่งลักษณะการบาดเจ็บได้ดังนี้ พยาบาลบาดเจ็บเฉพาะร่างกาย ร้อยละ 27 พยาบาลบาดเจ็บทางจิตใจร้อยละ 21 พยาบาลถูกผู้ป่วยทำร้ายทั้งร่างกายและจิตใจร้อยละ 25 (Delaney et al., 2001 อ้างถึงใน วาสนา สุระภักดิ์, 2552) ทำให้บุคลากรบางคนเกิดความรู้สึกกลัวและโกรธอยากหนีไปจากที่ทำงาน ส่วนการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งเป็นการจัดการในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องอาศัยทีมในการจัดการช่วยเหลือ เนื่องจากในบางครั้งบุคลากรไม่สามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยได้ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงคนเดียว จำเป็นต้องมีการร่วมมือกันในทีมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น หากการจัดการไม่มีประสิทธิภาพสถานการณ์อาจทวีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม (Barlow et al., 2000) กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการใช้คำพูดเพื่อการรักษาแบบตัวต่อตัว จำเป็นต้องอาศัยทีมรักษาในการจัดการช่วยเหลือ (Team approach) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระที่ 3 คือ ระยะเวลาที่กระทำพฤติกรรมรุนแรงออกมา (Actual violence attack) เป็นระยะที่มีอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน การช่วยเหลือต้องแยกผู้ป่วยออกจากเหตุการณ์รุนแรง การช่วยเหลือแบบทีมต้องลงมือควบคุมแบบฉุกเฉิน ต้องมีการประสานความร่วมมือตั้งแต่เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ เตรียมห้องเตรียมเตียงสำหรับใช้ผูกมัดผู้ป่วยตลอดทั้งเตรียมที่ปรึกษาให้พร้อม

โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม เป็นสถานบริการฝ่ายกายระดับทุติยภูมิ (Secondary care) เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กเปิดให้บริการขนาด 10 เตียง เปิดให้บริการเป็นระยะเวลาเพียง 2 ปี จัดรูปแบบบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยทั้ง 3 แผนกใช้บุคลากรชุดเดียวกันโดยจัดให้มีการปฏิบัติงานตามตารางเวรในทุกแผนก จากการสังเกตผู้ป่วยที่มารับบริการ พบผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในพื้นที่จำนวนมาก ไม่มีจิตแพทย์ในการรักษา แต่มีพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ให้บริการปรึกษาเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) จำนวน 4 แห่งในพื้นที่อำเภอวังยาง จากรายงานสถิติ

อำเภอวังยาง จังหวัดนครพนม พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 48 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.34 ของประชากร และจากการติดตามผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ปี 2557 พบผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ร้อยละ 16 และพบผู้ป่วยที่ไม่ยอมรักษา ร้อยละ 5 จากการสอบถามญาติผู้ดูแลหลักพบว่า ญาติมีความเบื่อหน่าย มีความทุกข์ใจ ในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องยาวนาน เนื่องจากผู้ป่วยมีความดื้อรั้น ไม่ยอมกินยา รู้สึกเป็นภาระครอบครัวอย่างมาก โดยเฉพาะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มักจะคุ้มคลั่ง อาละวาด ทำให้ญาติผู้ดูแลกลัว ผู้ป่วยไปทำร้ายผู้อื่นและก่อความรำคาญให้สังคมและชุมชน จากการสำรวจความต้องการจากญาติผู้ดูแล พบว่า อยากให้มียารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ต้องการให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุรา ไม่ต้องการให้คนในชุมชนล้อเลียนผู้ป่วยว่า “ผีบ้า” และต้องการได้รับการเยี่ยมเยียนบ่อยๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะเวลาผู้ป่วยขาดยาและมีอาการคุ้มคลั่ง อาละวาดหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อยากมีคนช่วยเหลืออย่างมาก จึงจำเป็นต้องนำส่งโรงพยาบาลวังยางเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ในปี 2559 มีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มารักษา 2-3 รายต่อเดือน ถ้ามองที่ตัวเลขอาจมีจำนวนน้อย แต่ถ้าที่มพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลช่วยจะเป็นปัญหามาก เพราะความกลัว ไม่มั่นใจ ไม่อยากช่วยหรือช่วยไม่เป็น สิ่งตามมาคือการช่วยเหลือที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย แขนหัก 1 ราย เจ้าหน้าที่ซ่อมมือเคล็ด 2 ราย เครื่องวัดความดันโลหิตแตกหักเสียหาย เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทอำเภอวังยาง พบว่า สาเหตุสำคัญคือ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากเกิดจากความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับการรักษา ขาดผู้ดูแลหลัก ทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ และค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทาง และในส่วนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวังยางก็ยังมีขาดทักษะและความมั่นใจ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เช่นเดียวกัน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานสูงสุด 7 ปี ต่ำสุด 1 ปี ทำให้เกิดปัญหาในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงขณะมารับบริการที่โรงพยาบาลวังยาง ทั้งใน ส่วนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช ปัญหา

การขาดการรักษา ขาดยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้เกิดอาการกำเริบ เกิดผลข้างเคียงจากยา บางคนดื่มสุราและใช้สารเสพติด อาละวาดคุ้มคลั่ง มีพฤติกรรมที่รุนแรง ญาติหวาดกลัวไม่มีใครกล้าดูแล นำไปสู่การ ล่ามขังผู้ป่วยหรือการทอดทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามยถากรรม ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอย รู้สึกว่าตนเอง มีมด้อย ไร้ค่า เป็นภาระครอบครัว นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทตามมา

จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การบริบาลผู้ป่วยตลอดเวลา ทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้เร็วที่สุด และเป็นผู้ที่เชื่อมประสานให้กระบวนการดูแลรักษาเป็นไปตามแผนอย่างมีคุณภาพ โดยจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ที่ทันสมัย มีเจตคติที่ดีต่อการให้บริการ มีทักษะด้านการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีความรู้ความสามารถเฉพาะในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลที่จัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและต่อผู้ให้การช่วยเหลือ รวมทั้งทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรและสมรรถนะทีมพยาบาลในการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้สอดคล้องกับบริบทและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของโรงพยาบาลวังยาง ซึ่งจะส่งผลให้การจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้ามีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม ได้ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2560 โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ ทีมพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนมทั้งหมด 29 คน และผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวังยาง ในช่วง วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2560 ดังนี้

1.1 ทีมพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม ประกอบด้วย

พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พยาบาลที่มีหน้าที่ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย คัดกรองส่งต่อผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน วางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สนทนากับผู้ป่วยเพื่อการลดความรุนแรงและเพื่อการบำบัด เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในการรักษาตามแผนการรักษา บันทึกทางการพยาบาล ประสานงานกับพยาบาลในทีมรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางกายและทางจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม จำนวน 20 คน

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หมายถึง บุคลากรที่มีบทบาท เป็นพี่เลี้ยงและเป็นแม่บ้าน มีหน้าที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและที่พัก จัดอาหารแก่ผู้ป่วยภายใต้การควบคุมดูแลของพยาบาล ดูแลการหลับนอนของผู้ป่วย ช่วยเหลือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เช่น ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม จำนวน 6 คน

พนักงานทั่วไป หมายถึง บุคลากรที่มีบทบาท เป็นผู้ดูแลความเรียบร้อย รักษาความปลอดภัย มีหน้าที่รับผิดชอบ คือ ดูแลความสงบเรียบร้อยในโรงพยาบาล นำส่งผู้ป่วยไปยังจุดต่างๆ ช่วยเหลือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เช่น ช่วยดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง ไม่ให้หลบหนี ไม่ให้ทะเลาะวิวาท ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม จำนวน 3 คน

1.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม ที่มีลักษณะพฤติกรรมรุนแรง 4 ด้าน คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกาย

ตัวเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายคนอื่น พฤติกรรมทำลายสิ่งของ และมีระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ในระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวังยาง ในช่วง วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2560 จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ทีมพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ คือ

1.1 แบบประเมินความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล จำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งเนื้อหา ดังนี้

- 1) ความหมายและกลไกการเกิดพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 3 ข้อ
- 2) ลักษณะอาการที่แสดงออกถึงพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 4 ข้อ
- 3) สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 5 ข้อ
- 4) การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย จำนวน 14 ข้อ

วิธีการตอบคำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ () ใช่ () ไม่ใช่ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาล (จามจุรี อุดรสาร, 2548) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันในการใช้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยแบบประเมินผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของสำนวนภาษา และความชัดเจนของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน ที่ได้รับการขออนุญาตแต่งตั้งจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และเชี่ยวชาญทางจิตเวช 2 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 4 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางจิตวิทยา 1 ท่าน

1.2 แบบประเมินทัศนคติของบุคลากร โดยบุคลากรประเมินการตระหนักรู้ในตนเอง โดยการเขียนประเมินตนเอง

ภายหลังการร่วมกิจกรรมการสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง ประกอบด้วย ทักษะคิดต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อการปฏิบัติงาน และต่อผู้ป่วย โดยตอบคำถามดังนี้ 1) จากการเข้าร่วมกิจกรรม ท่านมีความคิดความรู้สึกอย่างไร 2) ให้อธิบายการรับรู้ของตนเอง

1.3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะพฤติกรรมรุนแรง โดยประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามลักษณะพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย 4 ด้านของธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ที่ปรับปรุงจากการประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ของ Yudofsky et Al. (1998) ซึ่งจะประเมินพฤติกรรมรุนแรง 4 ด้านและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม 4 ระดับ

2. ผู้ป่วย

2.1 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนา การศึกษา อาชีพ สัญชาติ เชื้อชาติ ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติครอบครัวและสังคม และประวัติการเกิดพฤติกรรมรุนแรง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง ของ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ปรับปรุงจากการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ของ Yudofsky et Al. (1998) ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 โดยแบบบันทึกพฤติกรรมรุนแรงนี้มีข้อความถามสะดวกต่อการบันทึก สามารถเข้าใจได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้ระยะเวลาานาน ทำให้สังเกตได้ชัดเจน บุคลากรภายในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วย สามารถบันทึกพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานในแต่ละเวรได้ ใช้ระยะเวลาสั้น ทำให้ไม่เป็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากร ซึ่งแบบประเมินนี้ จะประเมินพฤติกรรมรุนแรง 4 ด้าน คือ พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น และพฤติกรรมรุนแรงต่อวัตถุสิ่งของ โดย ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ (2543) ได้เพิ่มเกณฑ์การให้คะแนนระดับความรุนแรงของพฤติกรรมเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 0 หมายถึง อาการสงบ,

ระดับ 1 หมายถึง อาการหงุดหงิด เริ่มเสียงดัง แต่ฟังคำเตือนแล้วสงบได้, ระดับ 2 หมายถึง เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และระดับ 3 หมายถึง ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

3. โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาล ประกอบด้วย

3.1 การสอนความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสอนความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรงให้บุคลากรในทีมพยาบาล เนื้อหาความรู้ประกอบด้วย ความหมาย ลักษณะ พฤติกรรมรุนแรง สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง

3.2 การสอนการประเมินพฤติกรรมรุนแรง สอนการประเมินให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินลักษณะ และระดับความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS)

3.3 การสอนทักษะการจัดการผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้กลยุทธ์การจัดการ 3 ขั้นตอน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 1 ระดับ 2 และระดับ 3 ดังนี้

1) **ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 1** ใช้กลยุทธ์การป้องกัน ดังนี้

การสอนให้ความรู้ผู้ป่วย ตามโปรแกรมการสอนผู้ป่วยในการเลือกเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม โดยให้ความรู้รายบุคคล ครั้งละ 30-45 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ **กิจกรรมที่ 1** การค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ (Identify anger) ที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรง

กิจกรรมที่ 2 การแสดงอารมณ์ และความรู้สึก (Give permission for anger feelings) การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนเกิดพฤติกรรมรุนแรง

กิจกรรมที่ 3 การฝึกแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม (Practice the expression of anger) โดยการแสดงบทบาทสมมติ (Role play)

ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การฝึกทักษะในการเลือกเผชิญที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 ทักษะการสื่อสาร เพื่อบอกความต้องการและความรู้สึก (Assertiveness training)

กิจกรรมที่ 3 ทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธ โดยการนับ 1-50

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการส่งเสริมการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง (Apply to a real situation) และวางแผนการช่วยเหลือการเผชิญกับบุคคลหรือต้นเหตุที่ทำให้มีอารมณ์โกรธ (Confrontation with a person who is a source of anger)

2) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 2 และระดับ 3 ใช้กลยุทธ์การจัดการและกลยุทธ์การสกัดกั้น โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม มีผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานทั่วไป เป็นสมาชิกทีมในการจัดการช่วยเหลือกลยุทธ์ต่างๆ ประกอบด้วย ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด (Communication), การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม (Environment change), การจัดการด้านพฤติกรรม (Behavioral action), การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Psychopharmacology), การปฏิบัติวิธีการแยกผู้ป่วย (Seclusion) และ การผูกมัด (Restraint)

3.4 การพัฒนาทัศนคติสำหรับบุคลากร โดยการสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง มีขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นสร้างองค์ความรู้ ผู้ศึกษาเกริ่นนำโดยการถามสมาชิกถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง และให้ข้อมูลสมาชิกเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง รวมถึงความสำคัญในการตระหนักรู้ในตนเองกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท และความสำคัญในการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด ตามใบความรู้ การพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง โดยใช้หน้าต่างพฤติกรรมบุคคล (Jo-Hari Window)

2) ขั้นการวิเคราะห์การตระหนักรู้ในตนเอง โดยให้สมาชิกวิเคราะห์ความเป็นตัวของตัวเอง โดยใช้หน้าต่างพฤติกรรมบุคคล (Jo-Hari Window) ตามกิจกรรมถนนชีวิต และให้สมาชิกวิเคราะห์จุดเด่น และจุดด้อยของตนเอง และวิเคราะห์ผู้อื่นตามที่ตนรับรู้ว่าเขาเป็นคนอย่างไร โดยเขียนจุดเด่น และจุดด้อยทั้งของตนเองและของผู้อื่น ตามที่ตนเองรับรู้ใส่ใน

กระดาษรูปหัวใจ

3) ขั้นประเมินการตระหนักรู้ ให้สมาชิกแต่ละคนประเมินตนเองหลังจากการร่วมกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง คือ จากการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ละคนมีความคิด ความรู้สึกอย่างไร และวิเคราะห์การรับรู้ของตนเองตามที่ตนเองรับรู้ กับการรับรู้ตามที่บุคคลอื่นรับรู้ว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร

4. ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

4.1 ขั้นเตรียมการ

4.1.1 ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ประสานงานกับหัวหน้างานผู้ป่วยนอก งานผู้ป่วยใน และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานทั่วไป ที่ปฏิบัติงานในแผนก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังยาง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินโครงการพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นการพัฒนางานบริการด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.2 ประชุมชี้แจงรายละเอียดแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำความเข้าใจสถานการณ์ และปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อประสานความร่วมมือในการร่วมโครงการพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งพยาบาลทุกคนยินดีเข้าร่วมการพัฒนาในครั้งนี้

4.2 การดำเนินการ

การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดำเนินการพัฒนาใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านทักษะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ด้านความรู้บุคลากร

โดยผู้ศึกษาสอนความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทให้บุคลากรในทีมพยาบาล ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้ศึกษาประเมินความรู้ ความเข้าใจบุคลากรในทีมพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง สาเหตุ และระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อนดำเนินการสอน โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ก่อน และ

หลัง การอบรม (จามจุรี อุดรสาร, 2548)

2) สอนให้ความรู้ให้แก่บุคลากรในทีมพยาบาล ประกอบด้วย 3 เรื่อง คือ

2.1) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง ประกอบด้วย ความหมายของพฤติกรรมรุนแรง ลักษณะและระดับความรุนแรงของพฤติกรรม สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง ใช้วิธีการสอน โดยการนำเสนอภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย ตามคู่มือความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช

2.2) การประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช สอนวิธีการประเมินและการใช้แบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) ให้แก่พยาบาลวิชาชีพ โดยชี้แจงเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อใช้ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรม 4 ระดับ โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินทุกครั้ง พร้อมทั้งลงวันที่ เวลา ที่เกิดพฤติกรรมรุนแรงนั้นตามแบบประเมินพฤติกรรมรุนแรง

2.3) กลยุทธ์การจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง สอนกลยุทธ์การจัดการผู้ป่วย ที่มีพฤติกรรมรุนแรง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทั่วไป โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีม มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานทั่วไปเป็นสมาชิกทีมในการจัดการช่วยเหลือ โดยใช้กลยุทธ์การป้องกันและการจัดการพฤติกรรมรุนแรง (Preventing and managing violence behavior) ของ Hamolia (2005) ประกอบด้วยกลยุทธ์ 3 ขั้นตอน ดังนี้

(1) กลยุทธ์การป้องกัน (Preventive strategies) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 1 โดยผู้ศึกษาสอนพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้เกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องพฤติกรรมรุนแรง และสามารถเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง ผู้ศึกษาใช้วิธีการบรรยายตามโปรแกรมการสอนผู้ป่วยในการเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

(2) กลยุทธ์การจัดการ (Anticipatory strategies) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับ 2 และระดับ 3 โดยผู้ศึกษาสอนกลยุทธ์การจัดการ คือ ทักษะการสื่อสาร การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การจัดการด้านพฤติกรรม และจิตเวชสาขา โดยการทำยาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง

ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

(3) กลยุทธ์การสกัดกั้น (Containment strategies) ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระดับ 2 และระดับ 3 โดยผู้ศึกษาสอนกลยุทธ์การสกัดกั้น คือ การจัดการในภาวะวิกฤต วิธีการแยกผู้ป่วย และการผูกมัดเพื่อการบำบัด โดยผู้ศึกษาใช้วิธีการบรรยายตามคู่มือความรู้เรื่อง กลยุทธ์การจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง

3) ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของบุคลากรในทีมพยาบาล ภายหลังจากเสร็จสิ้นการสอนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง การประเมิน และการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่อง พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช ก่อน และ หลัง การอบรม (จามจุรี อุดรสาร, 2548)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างทัศนคติ

โดยการสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง โดยผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1) การสร้างองค์ความรู้ ผู้ศึกษาเกริ่นนำ โดยการถามทีมพยาบาลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง

2) ผู้ศึกษาให้ข้อมูลแก่บุคลากรในทีมพยาบาล เกี่ยวกับการตระหนักรู้ในตนเอง และความสำคัญของการตระหนักรู้ในตนเองกับการพยาบาลจิตเวช และความสำคัญของการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดตามใบความรู้

3) ผู้ศึกษาให้ข้อมูลการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง โดยใช้หน้าต่างพฤติกรรมบุคคล (Jo-Hari Window) ประกอบด้วย การฟังตนเอง การฟังผู้อื่น การเปิดเผยตนเอง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้อื่น

4) ให้ข้อมูลถึงประโยชน์ของการเปิดเผยตนเองในด้าน การบำบัดรักษา

5) พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเอง โดยให้บุคลากรในทีมพยาบาลวิเคราะห์ การตระหนักรู้ในตนเอง โดยใช้หน้าต่างพฤติกรรมบุคคล และวิเคราะห์ความเป็นตัวของตัวเอง และให้ข้อมูลแก่สมาชิกคนอื่นว่าตนเป็นใคร ตามกิจกรรมถนนชีวิต และกิจกรรมเปิดใจ

6) การประเมินผล โดยให้บุคลากรแต่ละคน ประเมินตนเอง (Self report) หลังจากการร่วมกิจกรรมการสร้างการตระหนักรู้ในตนเอง โดยการตอบแบบประเมิน ดังนี้

(1) จากการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ละคนมีความคิด ความรู้สึกอย่างไร

(2) วิเคราะห์การรับรู้ของตนเอง ตามที่ตนเอง รับรู้ และตามที่บุคคลอื่นรับรู้ว่ามีแตกต่างกันอย่างไร

ขั้นตอนที่ 3 ฝึกทักษะการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วย จิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2560 ถึง วันที่ 14 กรกฎาคม 2560 โดยใช้กลยุทธ์การจัดการ 3 ขั้นตอน ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ดังนี้

1) **ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระดับ 1** ใช้กลยุทธ์ ป้องกัน ประกอบด้วย

การสอนให้ความรู้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรง สาเหตุ และผลกระทบ จากพฤติกรรมรุนแรง และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทาง ในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยจัดให้ผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมรุนแรง ระดับ 1 เข้ารับการเรียนรู้รายบุคคล รวม 3 ครั้งติดต่อกัน ครั้งละ 30-45 นาที ตามโปรแกรมการสอน โดย ผู้ศึกษาเป็นผู้สาธิตการสอน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล วิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพฝึกทักษะการสอนผู้ป่วยในการเลือก เผชิญปัญหาที่เหมาะสม โดยผู้ศึกษาเป็นผู้นิเทศ และชี้แนะ แนวทางในการสอนทุกครั้ง

การเรียนรู้ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ (Identify anger) ที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรุนแรง และ กิจกรรมที่ 2 การแสดงอารมณ์และความรู้สึก (Give permission for anger feelings) การรับรู้สัญญาณเตือนก่อนเกิด พฤติกรรมรุนแรง

การเรียนรู้ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การฝึกทักษะในการเลือกการเผชิญปัญหาที่ เหมาะสม กิจกรรมที่ 2 ทักษะการสื่อสาร เพื่อบอกความต้องการ และความรู้สึก (Assertiveness training) และกิจกรรมที่ 3 ทักษะการควบคุมอารมณ์โกรธ โดยการนับ 1-50

การเรียนรู้ครั้งที่ 3 ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง (Apply to real situation) และวางแผนช่วยเหลือการเผชิญกับบุคคล หรือต้นเหตุที่ทำให้มีอารมณ์โกรธ (Confrontation with a person who is a source of anger)

2) **ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 2 และระดับ 3** โดยใช้กลยุทธ์การจัดการและกลยุทธ์การสกัดกั้น โดยผู้ศึกษา ทำร่วมกับบุคลากรทุกคนในทีม และจัดการช่วยเหลือต่อเนื่อง ในทุกเวร โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมในการจัดการ ช่วยเหลือ มีผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานทั่วไป เป็นสมาชิก ทีมในการจัดการช่วยเหลือ ดังนี้

2.1 **ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด** เริ่มจาก การพูดคุย เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ตนเองที่แสดงออกเชิงเหตุผล เป็นวิธีที่ทำให้พยาบาลสามารถ สร้างสัมพันธ์ภาพและความร่วมมือกับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาโดยวิธีการพูด พยาบาลนำทักษะการสื่อสารใช้กับผู้ป่วยซึ่งขาดการควบคุม ตนเองอย่างรุนแรงมาเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ เพื่อลด ความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย

2.2 **การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม** (Environment change) โดยเน้นการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัดภายในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลวังยาง ที่เอื้อให้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนอยู่ในครอบครัว และเอื้อต่อการให้ บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยของทีมพยาบาล รวมทั้งกำหนด กิจกรรมบำบัดไว้ในแผนการรักษา

2.3 **การจัดการด้านพฤติกรรม** (Behavioral action) กรณีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับ เช่น ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น มีพฤติกรรมที่ทำให้ ผู้อื่นเกิดความรู้สึกประหวั่นพรั่นพรึง แสดงออกซึ่งความรุนแรง ต่อผู้อื่น ทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้นกับผู้ป่วยด้วยกัน เป็นวิธีการ หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสงบลง ได้แก่

2.3.1 **จำกัดขอบเขตของพฤติกรรม** (Setting limits) หรือการจำกัดบริเวณ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยได้สงบลง ในการจำกัด ขอบเขตของพฤติกรรม โดยบุคลากรไม่ตัดสินในพฤติกรรมของ ผู้ป่วย การจำกัดขอบเขตกระทำโดยใช้คำพูดท้วงติง ผูกมัด กักตัว แยกไว้ต่างหาก หรือโดยการใช้ยาตามคำสั่งแพทย์ และ การจำกัดเวลา

2.3.2 **การจับผู้ป่วยไว้ให้อยู่นิ่ง** (Holding limits) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ คือ การทำให้ผู้ป่วย หยุดการเคลื่อนไหว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหยุดการใช้วิธีต่างๆ ของร่างกายไปทำร้ายผู้อื่น

2.3.3 การแยกผู้ป่วยโดยไม่นำไปไว้ในห้องจำกัดพฤติกรรม (Isolation without seclusion) ใช้ในกรณีที่พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นหรือสิ่งของมาก ช่วยให้ผู้ป่วยหยุดหรือลดพฤติกรรมรุนแรงลงได้ให้ผู้ป่วยได้มีเวลาคิดและไตร่ตรองพฤติกรรมของตนเอง

2.4 การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เป็นวิธีการจัดการที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งสำหรับการจัดการพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากเป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Allen et al, 2003 อ้างถึงใน วาสนา สุรภักดิ์, 2552) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงอย่างรวดเร็ว และลดความรุนแรงของพฤติกรรม โดยใช้แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง ด้วยยาต้านความก้าวร้าว (อวิชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ, 2543)

2.5 การผูกมัดเพื่อการบำบัด (Restraint) การผูกมัด โดยการใช้ผ้าผูกเพื่อการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีอาการคลุ้มคลั่ง ซึ่งพฤติกรรมอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และเกิดความเสียหายต่อสิ่งแวดล้อม (ภาคผนวก ค) เป็นการป้องกันผู้ป่วยทำอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม เมื่อใช้วิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่มากระตุ้นผู้ป่วย และใช้เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด ซึ่งการผูกมัดผู้ป่วยเป็นวิธีสุดท้ายหรือในกรณีเร่งด่วนที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย หลังจากใช้วิธีอื่นไม่ได้ผลแล้ว เช่น การให้ยา และการพูดคุยกับผู้ป่วย เป็นต้น

4.3 การประเมินผลลัพธ์

1) ประเมินความรู้ความเข้าใจบุคลากร เรื่องพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจากการสอน โดยใช้แบบประเมินความรู้และการจัดการพฤติกรรมรุนแรง ก่อน - หลังการสอน (จามจุรี อุดรสาร, 2548)

2) ประเมินทัศนคติของบุคลากร จากการตระหนักรู้ในตนเอง โดยการเขียนประเมินตนเอง (Self-report)

3) ประเมินทักษะการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงขณะปฏิบัติงาน โดยสังเกตพฤติกรรมขณะปฏิบัติการพยาบาล (Performance observation) โดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired samples t-test

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ขออนุญาตทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน จังหวัดนครพนม เลขที่ 6 /2560 อนุมัติเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2560 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด คือร้อยละ 72.41 อายุเฉลี่ย 28.07 ปี (S.D. = 5.20) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 65.52 และสถานภาพโสด ร้อยละ 68.97 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 68.97 มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 5.43 ปี (S.D. = 4.79) มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ถึงร้อยละ 62.07 และทุกคนไม่เคยรับการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลเลย ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเป้าหมาย จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (n = 29)

| คุณลักษณะทั่วไป | จำนวน(คน) | ร้อยละ |
|---|-----------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 8 | 27.59 |
| หญิง | 21 | 72.41 |
| อายุ (ปี) | | |
| 20 - 30 ปี | 22 | 75.86 |
| 31 - 40 ปี | 6 | 20.69 |
| 41 - 50 ปี | 1 | 3.45 |
| $(\bar{X} = 28.07 \text{ S.D.} = 5.20)$ | | |
| ระดับการศึกษา | | |
| มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า | 6 | 20.69 |
| ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า | 19 | 65.52 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 1 | 3.45 |
| อื่นๆ | 3 | 10.34 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 20 | 68.97 |
| คู่ | 8 | 27.59 |
| หม้าย (คู่ชีวิตเสียชีวิต) | 1 | 3.45 |
| ปฏิบัติงานในตำแหน่ง | | |
| พยาบาล | 20 | 68.97 |
| ผู้ช่วยเหลือคนไข้ | 6 | 20.69 |
| พนักงานทั่วไป | 3 | 10.34 |
| ประสบการณ์ในการทำงาน | | |
| ≤ 5 ปี | 18 | 62.07 |
| 5 - 10 ปี | 8 | 27.59 |
| > 10 ปี | 3 | 10.34 |
| $(\bar{X} = 5.43 \text{ S.D.} = 4.79)$ | | |

2. ด้านความรู้ความเข้าใจ เรื่องพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการของบุคลากร พบว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจ เรื่องพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการของบุคลากรก่อนการอบรม มีคะแนนต่ำสุด 12 คะแนน สูงสุด 20 คะแนน และ คะแนนหลังการอบรมต่ำสุด

17 คะแนน สูงสุด 25 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม พบว่า มีระดับคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม เท่ากับ 16.66 (S.D. = 2.14) และเฉลี่ยหลังการอบรม 22.10 (S.D. = 2.45) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับคะแนนความรู้ของกลุ่มเป้าหมายที่ตอบ แบบทดสอบเรื่องพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการของบุคลากรได้ถูกต้อง (n = 29)

| ระดับความรู้ | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) | t | p |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------|------|
| ก่อนการอบรมความรู้ ความเข้าใจ | 16.66 | 2.14 | -14.997 | .000 |
| หลังการอบรมความรู้ ความเข้าใจ | 22.10 | 2.45 | | |

3. ด้านทัศนคติ พบว่า บุคลากรทีมพยาบาลมีการพัฒนา ด้านทัศนคติ ดังนี้

3.1 ทัศนคติต่อตนเอง คือ บุคลากรทีมพยาบาล มีการเปิดเผยตนเองให้สมาชิกอื่นรับทราบ ได้สะท้อนจุดเด่น จุดด้อย ทั้งของตนเองและผู้อื่น การเปิดเผยและรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งทำให้สมาชิกทุกคนได้รู้จักพื้นฐานชีวิตของผู้อื่นมากขึ้น ในทางกลับกัน ทำให้บุคคลตระหนักในความเป็นตนเองมากขึ้น

3.2 ทัศนคติต่อผู้อื่น สมาชิกในทีมมีความรู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกันมากขึ้น สามารถบอกกล่าวความรู้สึกต่างๆ ให้ผู้อื่นรับรู้ได้ โดยปราศจากความคับข้องใจ ทำให้เข้าใจในเรื่องความแตกต่างระหว่างบุคคลมากขึ้น การปฏิบัติงานจะพูดคุยปรึกษาหารือ สมาชิกอื่นเพิ่มขึ้น

3.3 ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน สมาชิกมีการเปลี่ยนทัศนคติและพร้อมจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ปรับปรุงการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น และจะพัฒนางานตามแนวทางที่วางไว้ร่วมกันในการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัยและผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านทักษะ พบว่า ทีมพยาบาลมีทักษะในการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยใช้กลยุทธ์การป้องกัน และการจัดการพฤติกรรมรุนแรง คือ

4.1 กลยุทธ์การป้องกันในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คนมีทักษะในการสอนผู้ป่วยเรื่องการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ได้ถูกต้องครบถ้วนขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 1 จำนวน 3 คน สามารถเลือกแนวทางในการควบคุมตัวเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ คือ ผู้ป่วยเลือกวิธีการเดินหนีออกจากสถานการณ์ จำนวน 2 คน ร้องและเลือกการบอกกล่าวความรู้สึก จำนวน 1 คน

4.2 กลยุทธ์การจัดการและการสกัดกั้นในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 2 และระดับ 3 พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 2 จำนวน 2 คน พยาบาลใช้ทักษะการสื่อสารมากที่สุดจำนวน 5 ครั้ง ร้องมากได้แก่ การแยกผู้ป่วยจำนวน 2 ครั้ง และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับ 3 จำนวน 1 คน พยาบาลให้การช่วยเหลือด้วยการฉีดยามากที่สุดจำนวน 3 ครั้ง ร้องลงมา ได้แก่ การสื่อสารจำนวน 3 ครั้ง และการผูกมัด 1 ครั้ง

5. ด้านผู้ป่วย พบว่า ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 7 ราย มีดังนี้

| คนที่ | อาการแรกเริ่ม | ระดับความรุนแรง | การดูแลช่วยเหลือ | ผลการดูแลช่วยเหลือ |
|-------|---|-----------------|---|---|
| 1 | หงุดหงิด ใช้เสียงดัง ปิดประตูเสียงดัง | ระดับ 1 | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย - ประเมินความเข้าใจและการจัดการกับอารมณ์ตนเองในทางที่เหมาะสมของผู้ป่วยเพื่อจะให้ได้ให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง - ช่วยผู้ป่วยในการเลือกวิธีระบายความโกรธที่เหมาะสม เช่น เตะฟุตบอล ร้องตะโกน - บันทึกรายงาน เหตุการณ์ อาการเปลี่ยนแปลง | ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ปกติ อาการแสดง เสียงเบาลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พุดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย |
| 2 | หงุดหงิด ใช้เสียงดัง ทั้งสิ่งของ กระจัดกระจาย | ระดับ 1 | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย - ประเมินความเข้าใจและการจัดการกับอารมณ์ตนเองในทางที่เหมาะสมของผู้ป่วยเพื่อจะให้ได้ให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง - ช่วยผู้ป่วยในการเลือกวิธีระบายความโกรธที่เหมาะสม เช่น เตะฟุตบอล ร้องตะโกน - บันทึกรายงาน เหตุการณ์ อาการเปลี่ยนแปลง | ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ปกติ อาการแสดง เสียงเบาลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พุดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย |
| 3 | หงุดหงิด ใช้เสียงดัง ไม่นอน เดินไป-มา | ระดับ 1 | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย - ประเมินความเข้าใจและการจัดการกับอารมณ์ตนเองในทางที่เหมาะสมของผู้ป่วยเพื่อจะให้ได้ให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง - ช่วยผู้ป่วยในการเลือกวิธีระบายความโกรธที่เหมาะสม เช่น เตะฟุตบอล ร้องตะโกน - บันทึกรายงาน เหตุการณ์ อาการเปลี่ยนแปลง | ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ปกติ อาการแสดง เสียงเบาลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พุดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย |
| | | | | |

| คนที่ | อาการแรกเริ่ม | ระดับความรุนแรง | การดูแลช่วยเหลือ | ผลการดูแลช่วยเหลือ |
|-------|--|-----------------|---|---|
| 4 | ดำคำหยาบ คุกคาม ขว้างปา สิ่งของ ตะเก้าอี้ ทุบโต๊ะเก้าอี้ ดิ่งผม ช่วน ทำต่อยลม | ระดับ 2 | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง - แยกออกจากผู้ป่วยอื่น - จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้สงบ แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งกระตุ้น - ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยถึงความจำเป็นที่ต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะใช้การผูกมัดหรืออยู่ในห้องแยกหรือให้ยา PRN ตามแผนการรักษาตามแผนการรักษา - พิจารณาตัดสินใจให้ยาฉีดPRN ตามแผนการรักษาของแพทย์ - ตรวจสอบผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และดูแลความสุขสบายทั่วไป - บันทึกเหตุการณ์และอาการเปลี่ยนแปลง | ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ปกติ อาการแสดง เสียงเบาลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พุดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย |
| 5 | ดำคำหยาบ ตะ เก้าอี้ ทุบโต๊ะ เก้าอี้ กำแพง ตีตนเอง ช่วน ทำต่อยลม ชูจับเสื้อผ้า | ระดับ 2 | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง - แยกออกจากผู้ป่วยอื่น - จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้ป่วยได้สงบ แยกผู้ป่วยออกจากสิ่งกระตุ้น - ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยถึงความจำเป็นที่ต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะใช้การผูกมัดหรืออยู่ในห้องแยกหรือให้ยา PRN ตามแผนการรักษาตามแผนการรักษา - พิจารณาตัดสินใจให้ยาฉีดPRN ตามแผนการรักษาของแพทย์ - ตรวจสอบผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง และดูแลความสุขสบายทั่วไป - บันทึกเหตุการณ์และอาการเปลี่ยนแปลง | ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมตนเองได้ปกติ อาการแสดง เสียงเบาลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พุดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย |

| คนที่ | อาการแรกเริ่ม | ระดับความรุนแรง | การดูแลช่วยเหลือ | ผลการดูแลช่วยเหลือ |
|-------|--|-----------------|--|---|
| 6 | ชู่จะฆ่า ทูบ กระจก ขว้างปาลิ่งของ กรีดแขนตนเอง รอยขีดทำร้ายผู้อื่นเกิดการบาดเจ็บ ซ้ำบวม | ระดับ 3 | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง - ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยถึงความจำเป็นที่ต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย และจะยกเลิกการจำกัดพฤติกรรมเมื่อไร - พิจารณาให้การจำกัดพฤติกรรมและให้ยา PRN ตามแผนการรักษาของแพทย์ - ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง - ตรวจวัดสัญญาณชีพหลังให้ยา PRN ภายใน 30 นาที เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที จากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้ความดันโลหิตตก จากนั้นจึงเป็นทุก 4 ชั่วโมง หรือจนสัญญาณชีพเป็นปกติ - ในกรณีที่ญาติผู้ป่วยอยู่ด้วยขณะจำกัดพฤติกรรม ให้ชี้แจงกับญาติให้เข้าใจ - บันทึกเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น | ผู้ป่วยอาการสงบ นอนพักได้ เสียงเบา ลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พุดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ เพื่อการรักษาต่อที่เหมาะสม |
| 7 | ชู่จะฆ่า ทูบ กระจก จุดไฟเผา รอยขีด กัดจนเลือดออกทำร้ายผู้อื่นเกิดการบาดเจ็บ ซ้ำบวมเป็นแผลลึก ซ้ำใน | ระดับ 3 | <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการจัดการกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง - ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยถึงความจำเป็นที่ต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย และจะยกเลิกการจำกัดพฤติกรรมเมื่อไร - พิจารณาให้การจำกัดพฤติกรรมและให้ยา PRN ตามแผนการรักษาของแพทย์ - ร่วมในการผูกมัดผู้ป่วย - ตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง - ตรวจวัดสัญญาณชีพหลังให้ยา PRN ภายใน 30 นาที เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที จากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำให้ความดันโลหิตตก จากนั้นจึงเป็นทุก 4 ชั่วโมง หรือจนสัญญาณชีพเป็นปกติ - ในกรณีที่ญาติผู้ป่วยอยู่ด้วยขณะจำกัดพฤติกรรม ให้ชี้แจงกับญาติให้เข้าใจและเหตุผลที่ต้องผูกมัด - บันทึกเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น | ผู้ป่วยอาการสงบ นอนพักได้ เสียงเบา ลง กล้ามเนื้อลดการตึงตัว พุดคุยมีเหตุผล ร่างกายผ่อนคลาย ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช นครพนมราชนครินทร์ เพื่อการรักษาต่อที่เหมาะสม |

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

2.1 โปรแกรมการสอนผู้ป่วยในการเลือกการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ควรมีการปรับโปรแกรมให้สามารถสอนได้ในครั้งเดียวครบทุกขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยได้สามารถนำไปใช้ได้ภายหลังสิ้นสุดการสอน

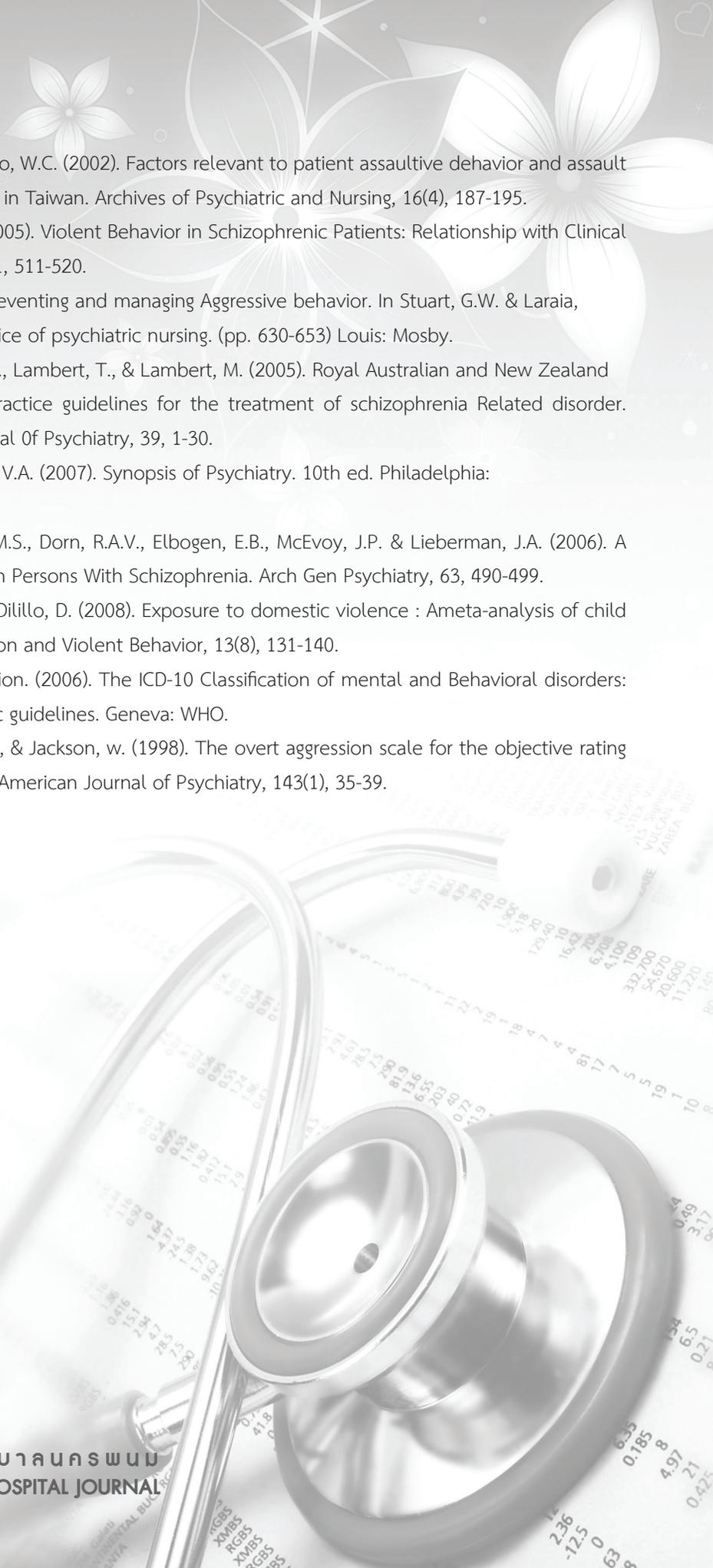
2.2 ในด้านสื่อการสอนให้ความรู้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงควรมีการพัฒนา แผนภาพให้มีความคงทนถาวรและชัดเจน เพื่อไว้ใช้เป็นแนวทางในการสอนประจำหอผู้ป่วย

2.3 ควรมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง เนื่องจากเครื่องมือจะประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลต่อพฤติกรรมรุนแรงในแต่ละลักษณะเท่านั้น ทำให้แบบประเมินมีการปฏิบัติการพยาบาลมีลักษณะที่ซ้ำซ้อน ควรมีการปรับปรุงแบบให้กระชับมากยิ่งขึ้น โดยรวมลักษณะพฤติกรรมรุนแรงทั้ง 4 ลักษณะไว้ด้วยกัน และสามารถประเมินการปฏิบัติการพยาบาลได้ทุกขั้นตอนเพื่อให้เกิดความสะดวกต่อการนำไปใช้และเป็นมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2550). ชุดความรู้และแนวทางปฏิบัติเรื่องการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท
2. กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: ดิจิตอลเวลด์ ก้อปปี.
3. กรมสุขภาพจิต. (2551). สถิติรายงาน. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
4. จามจุรี อุดรสาร. (2548). การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชหญิงหอแรกรับหญิง 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ. (2543). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรง. เอกสารประกอบการดูแล ผู้ป่วยก้าวร้าวรุนแรงหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
6. นพวรรณ เอกสุวิพงษ์ และนารัต เกษตรทัต. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(4), 412-428.
7. ปัญญา ทองทัฬหและกฤตยา แสงเจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4) 121-127
8. พิเชฐ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกานานท์. (2552) ตำราโรคจิตเภท. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
9. ละเอียด ปานนาค และสิรินภา จาติเสถียร. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการเผชิญปัญหาของผู้แลด้านการจัดการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(2), 16-29.
10. วาสนา สุระภักดิ์. (2552). การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์. (2554). บทความพื้นฐานวิชาการการพยาบาลผู้ป่วยที่พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 5(1), 35-45.
12. เวนิช บุราชรินทร์. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
13. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2555).
14. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ2555. กรุงเทพฯ: บางกอกบัสส์.
15. American Psychiatric Association. (2005). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed.).TextRevision. Washington, DC: Author.
16. Barlow, K., Granyer, B. & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Pravalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34(1), 967-974.
17. Buchanan, R.W., & Carpenter, W.T. (2005). Concept of schizophrenia. In B.J Sadock, & V.A. Sadock, E.d, Kaplan & Sadock, S. Comprehensive textbook of psychiatry (8 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
18. Cherry, A.L., Dillon, M.E., Hellman, C.M. (2007). 1 The AC-COD Screen: Rapid Detection of People With the Co-Occurring Disorder of Substance Abuse, Mental Illness, Domestic Violence, and Trauma. Journal of Dual Diagnosis, 4(1), 35-51.

19. Chou, K.R, Lu, R.B. & Mao, W.C. (2002). Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Archives of Psychiatric and Nursing*, 16(4), 187-195.
20. Meyenberg, N., et al. (2005). Violent Behavior in Schizophrenic Patients: Relationship with Clinical Symptoms. *Aggressive Behavior*, 31, 511-520.
21. Hamolia, C.D. (2005). Preventing and managing Aggressive behavior. In Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (8th ed.). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (pp. 630-653) Louis: Mosby.
22. McGorry, P., Killackey, E., Lambert, T., & Lambert, M. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia Related disorder. *Australian and New Zealand Journal Of Psychiatry*, 39, 1-30.
23. Sadock, B. J., & Sadock, V.A. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkin.
24. Swanson, J.W., Swart, M.S., Dorn, R.A.V., Elbogen, E.B., McEvoy, J.P. & Lieberman, J.A. (2006). A Nation Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 490-499.
25. Vans, E.E.S., Davies, C., Dilillo, D. (2008). Exposure to domestic violence : Ameta-analysis of child ana adolescent outcomes. *Agression and Violent Behavior*, 13(8), 131-140.
26. World Health Organization. (2006). *The ICD-10 Classification of mental and Behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
27. Yudofsky, S., Silver, J.M., & Jackson, w. (1998). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35-39.



Original Article

ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย HIV ดื้อยาต้านไวรัสที่เสียชีวิตและผู้ป่วยที่รอดชีวิต โรงพยาบาลนครพนม

รামী สุตรสุวรรณ,จินตนา จันทร์หลวง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ความสำคัญ : โรคติดเชื้อ เอช ไอ วี เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย ต้องรับประทานยาต่อเนื่องไปตลอดชีวิต เพื่อยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงมีอายุยืนยาว ใกล้เคียงกับคนปกติ แต่บางคน ไม่ประสบผลสำเร็จในการรักษา มีเชื้อไวรัสในกระแสเลือดสูงและเชื้อดื้อยาที่รับประทานอยู่ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

วัตถุประสงค์ : ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย HIV ดื้อยาต้านไวรัสที่เสียชีวิตและผู้ป่วยที่รอดชีวิต

รูปแบบศึกษา สถานที่ และผู้ป่วย : เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (situation analysis) รูปแบบ retrospective ในคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลนครพนมในผู้ป่วย HIV ดื้อยา จำนวน 31 ราย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557-2559

การวัดผล และวิธีการ : สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ดื้อยาจาก profile ของผู้ป่วย และข้อมูลจาก NAP Program จำนวนทั้งหมด 31 คน จำแนกเป็นกลุ่มดื้อยาเสียชีวิต 6 คน ดื้อยารอดชีวิต 25 คนศึกษาลักษณะทั่วไป เพศ อายุ ระดับ CD4 ปริมาณ VL และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยดื้อยา เพศหญิง, อายุ <35 ปี,ระดับ CD4 <50,ปริมาณ VL สูงและมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วย มีสัดส่วนที่สูงกว่าในผู้ป่วยที่เสียชีวิต

| ลักษณะที่ศึกษา | ดื้อยาเสียชีวิต | | ดื้อยารอดชีวิต |
|------------------|-----------------|---|----------------|
| หญิง | 4/6 | > | 10/25 |
| อายุ <35 ปี | 4/6 | > | 7/25 |
| CD4 <50 | 3/6 | > | 3/25 |
| VL>10,000 | 6/6 | > | 9/25 |
| ติดเชื้อฉวยโอกาส | 6/6 | > | 1/25 |

ข้อสรุป และข้อเสนอแนะ : ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ดื้อยา เพศหญิง,อายุ <35 ปี,ระดับ CD4 <50,จำนวน VL สูงหรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วย ควรเฝ้าระวังและดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

คำสำคัญ : การดื้อยา, โรคเอชไอวี, ปัจจัยเสี่ยง

ความสำคัญ

โรคติดเชื้อ เอชไอวี เป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด ผู้ติดเชื้อจะต้องมีวินัยในการรับประทานยาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ได้มีผลต่อการรักษา ยาต้านไวรัสเอช ไอ วี มีฤทธิ์ในการยับยั้งการแบ่งตัวและการเจริญเติบโตของเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น และมีอายุยืนยาวเหมือน หรือใกล้เคียงกับคนทั่วไปแต่ในความเป็นจริงของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ป่วยบางคน มีการกินยาบ้างหยุดบ้าง กินยาไม่ครบ ลืมกินยา ในที่สุด เชื้อ เอชไอวี ในร่างกายติดต่อยาต้านไวรัส⁽¹⁾ และเมื่อผู้ติดเชื้อคนทั่วไปมีเพศสัมพันธ์หรือใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่นผู้ติดเชื้อรายใหม่ก็จะมีเชื้อเอชไอวีติดตั้งแต่แรกรับเชื้อ⁽¹⁾

สถานการณ์จากข้อมูล ปีงบประมาณ 2559 ประเทศไทย มีผู้รับยาต้านไวรัสสูตรดื้อยาทั้งหมด 5,700คน และมีผู้รับยาต้านไวรัสสูตรดื้อยายอดสะสม 4.8 หมื่นคน⁽²⁾ ทั้งนี้กลุ่มผู้ต้องได้รับยาต้านไวรัสสูตรดื้อยามีมากขึ้นเรื่อยๆ และคาดว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยดื้อยาต้านไวรัสเอช ไอ วี สูงถึงร้อยละ 30 หากมีการดื้อยาค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้น 20-50 เท่า สถานการณ์โรงพยาบาลนครพนม พบผู้ป่วยดื้อยาต้านไวรัส ในปี 2557-2559 มีจำนวน 8,9 และ 13 คน ตามลำดับ

การดื้อยาต้านไวรัส ทำให้เกิดความยุ่งยากในการรักษา มากขึ้น และค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย แต่ที่สำคัญจะเกิดการเจ็บป่วยจากโรคเชื้อฉวยโอกาส อาจทำให้เสียชีวิตลงได้ ดังนั้น การทราบลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย HIV ดื้อต่อยาต้านไวรัสที่เสียชีวิต และ ผู้ป่วยที่ดื้อยาแล้วรอดชีวิต ที่รักษาที่คลินิกยาด้านไวรัสโรงพยาบาลนครพนม เพื่อ จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาตระหนักและใช้เป็นแนวทางป้องกันการดื้อยาต้านไวรัส เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและประเทศชาติต่อไป

วิธีการ

ศึกษาด้วยวิธี retrospective 3 ปี ย้อนหลัง สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยที่ดื้อยาจาก profile ของผู้ป่วย และข้อมูลจาก NAP Program จำนวนทั้งหมด 31 คน จำแนกเป็นกลุ่มดื้อยาเสียชีวิต 6 คน ดื้อยารอดชีวิต 25 คน ศึกษาลักษณะทั่วไป เพศ อายุ ระดับ CD4 ปริมาณ VL และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลนครพนม ในผู้ป่วย HIV ดื้อยา จำนวน 31 คน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557-2559 วิเคราะห์

ข้อมูล ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและลักษณะการดื้อยา ด้วย การแจกแจงข้อมูล การหาสัดส่วน แจกแจงความถี่ การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพนม

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 31 คน อายุตั้งแต่ 14 -57 ปี แยกเป็น ดื้อยาเสียชีวิต จำนวน 6 คน และดื้อยารอดชีวิตจำนวน 15 คน กลุ่มดื้อยาเสียชีวิต เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 2:1 ดื้อยาเสียชีวิตพบมากในกลุ่มอายุ <35 ปี อายุเฉลี่ยเสียชีวิต 33.66 ปี รอดชีวิตอายุเฉลี่ย 39.4 ปี การเสียชีวิตของผู้ป่วยดื้อยาทุกรายมี ระดับ CD4 ขณะดื้อยา CD4 <50 cells/ul, ปริมาณ VL> 10,000 copies/mL และมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ทำให้ผู้ป่วยดื้อยาเสียชีวิตมากที่สุด การขาดยาในผู้ป่วยดื้อยาเสียชีวิตและรอดชีวิต มีอัตราใกล้เคียงกัน

อภิปราย

ผลการศึกษาลักษณะที่แตกต่างกันระหว่าง ผู้ป่วย HIV ดื้อยาต้านไวรัสที่เสียชีวิต และ ผู้ป่วยที่รอดชีวิตโรงพยาบาลนครพนม

เพศหญิงดื้อยาต้านไวรัสเสียชีวิต มากกว่าเพศชาย ซึ่งพบในทางตรงกันข้ามกับ⁽³⁾ สาเหตุเนื่องจากลักษณะเฉพาะเพศหญิง บุคลิกภาพอ่อนแอ มีความอ่อนไหว วิดกกังวลสูง และช้อยเมื่อเกิดการดื้อยา ทำให้ไม่กล้ามาเอายา

อายุเฉลี่ย ดื้อยาเสียชีวิต 33.66 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 38.6 ปี^(4,5) ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในวัยทำงานทำให้ขาดการตระหนักในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ดื้อยาและเสียชีวิตในที่สุด

ระดับ CD4 ขณะดื้อยา CD4 <50 cells/ul พบ สัดส่วนดื้อยาเสียชีวิตมากกว่า การมีระดับ CD4 <100 cells/ul ยังผลให้การตอบสนองต่อการรักษาเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้มีโอกาสติดเชื้อโรคฉวยโอกาส และเสียชีวิตได้ง่าย และเมื่อมีการดื้อยาร่วมด้วย ยาไม่สามารถยับยั้งเชื้อไวรัสได้ ทำให้ภูมิคุ้มกันถูกทำลายปริมาณ CD4 ลดลงจนเสียชีวิต⁽⁶⁾ ระดับ CD4 T- lymphocyte ต่ำกว่า 200 cells/ul

จำนวนเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นสูง และ CD4 T- lymphocyte ถูกทำลายลงอย่างมาก จำนวน CD8 T- lymphocyte ลดลงโดยไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด ประกอบกับ Neutralizing antibody มีระดับต่ำหรือไม่สามารถตรวจพบได้ Lymphoid tissue ถูกทำลายอย่างมากจนสูญเสียหน้าที่ จึงทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections) และมะเร็งขึ้นในร่างกายของผู้ป่วยในระยะนี้⁽⁷⁾

ผู้ป่วยดื้อยาที่มี VL > 10,000 copies/mL พบว่าเสียชีวิตทุกราย การมีปริมาณไวรัสจำนวนมาก นำไปสู่การรักษาที่ล้มเหลว และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ท้ายที่สุดผู้ป่วยจะเสียชีวิตเร็วขึ้น หากมีปริมาณเชื้อไวรัส 10,000 - 50,000 copies/mL จะบ่งบอกว่าโรคกำลังดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว ถ้าหากกำลังรักษาด้วยยา แสดงว่ายานั้นรักษาไม่ได้ผล⁽⁸⁾

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ทำให้ผู้ป่วยดื้อยาเสียชีวิตมากที่สุด เนื่องจากวัณโรคมีผลเร่งการดำเนินของโรค⁽⁹⁾ ให้รุนแรงและมียาในการรักษาหลายขนานและมีอาการข้างเคียงของยามาก เมื่อผู้ป่วยต้องรักษาร่วมกับยาต้านไวรัสที่เป็นสูตรดื้อยา ที่มีปริมาณยามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทนต่อความรุนแรงของโรคและผลข้างเคียงของยาไม่ได้

การขาดยาในผู้ป่วยดื้อยาเสียชีวิตและรอดชีวิต มีอัตราใกล้เคียงกัน ซึ่งตรงข้ามกัน การขาดยาทำให้ผู้ป่วยดื้อยาและเสียชีวิตมากที่สุด⁽¹⁰⁾

ข้อสรุป และข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ดื้อยา เพศหญิง ไม่กล้ามาเอายา,อายุ <35 ปี จะขาดความร่วมมือในการรักษา,ระดับ CD4 <50,จำนวน VL สูงหรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสร่วมด้วย ควรเฝ้าระวังและดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

นายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพนม ศาสตราจารย์ ดร. นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ ภาควิชาระบาดวิทยาคลินิกและสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. มนูญ ลิเชวงวงศ์. ถึงเวลาตรวจดื้อยาด้าน 'HIV' ก่อนเริ่มรักษาผู้ติดเชื้อรายใหม่
เดลินิวส์ [วารสารออนไลน์] 29 พฤษภาคม 2559 [อ้างเมื่อ 13 ตุลาคม 2559] จาก <http://www.thaiaidsociety.org/>
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการข้อมูลสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อผู้่วยเอดส์ (ออนไลน์)
 2556 [อ้างเมื่อ 13 ตุลาคม 2559] จาก <http://napdl.nhso.go.th/NAPPWebReport/>
3. สุนีย์ เมธาจิรภัทร. การดื้อยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์
 2555;3:192-203.
4. Lucus M, Chaisson R, Moore R. High active antiretroviral therapy in a large ueban clinic: riskfactor-
 for virologic failure and adverse drug reactions. Ann intern Med 1999;131:2:81-7.
5. Tangvoraphonkchai K, Sungkanaparph S. The incedent and risk factors of virologic failure
 in HIV-infected patients receiving the first regimen of antiretroviral therapy. J infect Dis Antimicrob
 Agent 2011; 28: 161-8.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
แนวทางการให้บริการเพื่อเริ่มยาด้านไวรัสในทุกกระดับ CD4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
7. สุวรรณมา บุญยะสิทธิ์พรณ. โรคเอดส์: การพยาบาลแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
 โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554.
8. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย. กรุงเทพฯ:
 โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2557.
9. ศิวะพร เกตุจุมพล. **วัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี** [ออนไลน์] 2013 [อ้างเมื่อ 12 กรกฎาคม 2560].
 จาก <http://www.tncathai.org/data/data32.pdf>
10. **การรักษาโรคเอดส์** [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ 10 กรกฎาคม 2560]
 จาก http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/infectious/HIV/treatment.htm.

ลักษณะที่ศึกษา

ดื้อยาเสียชีวิต

ดื้อยารอดชีวิต

เพศ

ชาย

2/6

15/25

หญิง

4/6

10/6

อายุ (ปี)

14-35

4/6

7/25

36-47

1/6

13/25

48 ปี ขึ้นไป

1/6

5/25

Mean (SD)

33.66 (3.77)

39.4 (9.3)

ระดับ CD4 (cells/uI)

< 50

3/6

3/25

≥ 50 – 200

2/6

15/25

> 200 ขึ้นไป

1/6

7/25

ปริมาณ VL (copies/mL)

1,000 - 2,000

0/6

6/25

> 2,000 - 10,000

0/6

10/25

> 10,000 – 100,000

5/6

4/25

> 100,000 ขึ้นไป

1/6

5/25

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส

6/6

1/25

วัณโรค

4/6

1/25

Cryptococcosis

1/6

0/25

PCP

1/6

0/25

ขาดยา

3/6

13/25

ผลการใช้นวัตกรรมการดึง Skin Traction แบบใหม่ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิด โรงพยาบาลนครพนม

ทัศนีย์ เจริญรัตน์, สลักศรี กุลวงศ์, ชนิตร์นันท์ ศรีวะรมย์
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม

บทคัดย่อ

ความสำคัญ : การหักของกระดูกต้นขา (proximal femur) เป็นภาวะที่พบบ่อย พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เพศหญิงมากกว่าเพศชาย การรักษาที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหา ผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ นอนติดเตียง แผลกดทับ การติดเชื้ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 37 Skin traction เป็นวิธีการรักษาโดยอาศัยแรงดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักแบบปิด เพื่อรอการผ่าตัดและลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด แต่ในขณะดึงถ่วงน้ำหนักพบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น คัน แสบร้อนผิวหนัง เกิดแผลพุพอง ดังนั้น หน่วยงานศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม จึงประดิษฐ์นวัตกรรมการดึงถ่วงน้ำหนักแบบใหม่ขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของอาการคัน แสบร้อนผิวหนัง และการเกิดแผลพุพอง ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิด ที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก แบบนวัตกรรมใหม่ เปรียบเทียบกับ การดึงถ่วงน้ำหนักแบบมาตรฐาน

รูปแบบศึกษา สถานที่ และผู้ป่วย : เป็นการศึกษาเชิงประสิทธิภาพ รูปแบบ randomized controlled trial ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกระดูกต้นขาหักแบบปิด และได้รับการรักษาด้วยการดึงถ่วงน้ำหนักแบบ skin traction ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือนธันวาคม 2559 ถึงพฤษภาคม 2560 จัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มศึกษาด้วยกระบวนการสุ่ม เป็น 2 กลุ่มคือ 1. กลุ่มทดลอง ใช้ skin traction แบบนวัตกรรมใหม่ ซึ่งใช้ถุงแขนกันหนาวที่มีขายในท้องตลาดเย็บต่อกับผ้าดิบขนาดขา เพื่อสวมขาที่หัก แล้วพันทับด้วย elastic bandage และถ่วงน้ำหนักตามปกติ 2. กลุ่มเปรียบเทียบ ใช้ skin traction แบบมาตรฐาน (สำเร็จรูปจากแหล่งผลิต) กลุ่มละ 55 คน

การวัดผล และวิธีการ : รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึก ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย โรคประจำตัว ยาชนิดการหัก หลังทำ skin traction ติดตามผู้ป่วย จนถอด traction สอบถามอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการคัน แสบร้อนผิวหนัง แผลพุพอง เปรียบเทียบกลุ่มด้วยสถิติ t-test และ exact probability test

ผล : ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ skin traction แบบนวัตกรรมใหม่ มีอาการคัน แสบร้อนผิวหนัง และเกิดแผลพุพองระดับ 1 น้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ skin traction แบบมาตรฐาน นอกจากนี้ ยังมีความกระชับมากกว่า

| ดัชนีวัด | มาตรฐาน | | นวัตกรรม | | P-value |
|----------------------|---------|------|----------|------|---------|
| | n | % | n | % | |
| คัน | 19 | 34.6 | 5 | 9.1 | 0.002 |
| แสบร้อน | 12 | 21.8 | 0 | 0 | <0.001 |
| มีแผลพุพอง (ระดับ 1) | 20 | 36.4 | 5 | 9.1 | 0.001 |
| กระชับ | 10 | 18.2 | 13 | 23.6 | 0.640 |

ข้อยุติและการนำไปใช้ : ในผู้ป่วยที่ต้องใส่ skin traction ควรพิจารณาใส่ skin traction แบบนวัตกรรมใหม่ เนื่องจากการศึกษาพบว่า ช่วยลดอาการคันอาการแสบร้อนผิวหนังและลดการเกิดแผลพุพองระดับ 1 ได้ อย่างชัดเจน

ความสำคัญ

การหักของกระดูกโดยเฉพาะบริเวณต้นขาส่วนต้น (proximal femur) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยเช่นเดียวกับการหักของกระดูกสะโพก (fracture of hip) การหักบริเวณคอกระดูก (femoral neck fracture) และการหักของกระดูกสะโพกบริเวณ intertrochanteric(1)ภาวะกระดูกหักบริเวณสะโพกพบได้มากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป โดยเฉพาะในเพศหญิง อัตราการเกิด คิดเป็น 1,024 คนต่อประชากร 100,000 คน ในเพศหญิงที่อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป และ 452 คนต่อประชากร 100,000 คน ในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ภาวะกระดูกสะโพกหักสัมพันธ์กับอัตราการตายคิดเป็นร้อยละ 37 ภายหลังกระดูกเป็นระยะเวลา 1 ปี นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพ เป็นภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว สูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลทั้งในระยะวิกฤติและระยะฟื้นฟูสภาพ หรือใช้ระยเวลานานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน⁽²⁾

การรักษาด้วยการดึงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (skin traction) เป็นวิธีการรักษาโดยอาศัยแรงดึงผ่านผิวหนังไปยังกระดูกโดยอาศัยความฝืดระหว่าง พลาสเตอร์ (Adhesive tape) กับผิวหนังของผู้ป่วย(3)เป็นวิธีการรักษาที่พบได้บ่อยทางศัลยกรรมกระดูกดังกล่าวข้างต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ป้องกันกระดูกหักเคลื่อนที่ผิดตำแหน่ง ป้องกันอันตรายต่อหลอดเลือดและเนื้อเยื่อโดยรอบอาศัยแรงดึงในการจัดกระดูกก่อนการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้ คือ การเกิดแผลกดทับ การกดทับเส้นประสาท การเกิดตุ่มน้ำพุพอง และทำลายระบบหลอดเลือด นอกจากนี้อาจรบกวนการทำงานของพยาบาลร่วมด้วย⁽²⁾

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบกระดูก เอ็น ข้อต่อและกล้ามเนื้อ ทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ

จากสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยทั้งหมด 2,113 ราย พบว่ามีผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักจำนวน 85 ราย, กระดูกสะโพกหักบริเวณส่วนหัว จำนวน 28 ราย, กระดูกสะโพกหักบริเวณ intertrochanteric จำนวน 20 ราย ตามลำดับ ที่ต้องได้รับการรักษาโดยดึงน้ำหนักผ่านผิวหนังในปีงบประมาณ 2558 มีทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ จำนวนทั้งหมด 91 ราย จากสถิติพบว่า กรณีที่เป็นผู้ป่วยเด็กมักจะมีการหักของกระดูกต้นขาแบบปิด (closed fracture of femur) ผู้ป่วยเด็กบางรายดึงน้ำหนักผ่านผิวหนัง เพื่อให้กระดูกติดเองโดยไม่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาชนิดนี้เนื่องจากการหักของกระดูกสะโพกและต้นขาซึ่งมักพบในผู้สูงอายุเพื่อยึดกระดูกไว้รอคอยการผ่าตัดวิธีดึงถ่วงน้ำหนักจะช่วยลดอาการปวดและทำให้การผ่าตัดในภายหลังง่ายขึ้น ใช้กรณีที่ต้องถึงถ่วงน้ำหนัก หรือรอผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะหรือเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม จะใช้เวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ กรณีไม่ผ่าตัดขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์ที่จะให้การรักษาผู้ป่วยแต่ละราย⁽⁴⁾

ทั้งนี้จากประสบการณ์การทำงานพบว่า ผู้ป่วยมักประสบปัญหาขณะดึงถ่วงน้ำหนัก เช่น การแพ้พลาสเตอร์ที่ใช้ติดกับผิวหนังเนื่องจากความอ่อนแอของผิวหนังและระยะเวลาที่ใช้ดึงถ่วงก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย อาการคัน จำนวน 32 ราย ร้อยละ 35.16 บางรายมีอาการแสบร้อนถึงกับผิวหนังพุพอง แต่ยังไม่เป็นแผล จำนวน 5 ราย ร้อยละ 5.49 มีแผลถลอก 2 ราย ร้อยละ 2.19 ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ดึงอุปกรณ์ที่ใช้ดึงถ่วงน้ำหนักออกและมีการหลุดลวมของพลาสเตอร์ที่ใช้ติดผิวหนังทำให้ต้องเปลี่ยนชุดอุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักใหม่ จำนวน 11 ราย ร้อยละ 12.08

บุคลากรภายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม คิดค้นนวัตกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาด้วยวิธีการดึงถ่วงน้ำหนักโดยการใช้ถุงแขนกันหนาวที่มีขายในท้องตลาด เย็บต่อกับผ้าดิบขนานขา เพื่อสวมขาที่หัก แล้วพันทับด้วย elastic bandage และถ่วงน้ำ

คำสำคัญ : Skin Traction, Skin Irritation, Burning Sensation, Bleb, Close Fracture Femur

หนักตามปกติซึ่งสามารถใช้ได้จริง

ดังนั้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของอาการคัน แสบร้อนผิวหนัง และการเกิดแผลพุพอง ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิด ที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก แบบนวัตกรรมใหม่ เปรียบเทียบกับการดึงถ่วงน้ำหนักแบบมาตรฐาน

วิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงประสิทธิภาพ รูปแบบการศึกษา randomized controlled trial ที่ห่อผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม ระหว่างเดือน ธันวาคม 2559 ถึง พฤษภาคม 2560 ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบปิดที่ได้รับการรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนักจำนวน 110 คนจัดผู้ป่วยเข้าศึกษาด้วยกระบวนการสุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองใช้ skin traction แบบนวัตกรรมใหม่ กลุ่มเปรียบเทียบใช้ skin traction แบบมาตรฐาน (สำเร็จรูปจากแหล่งผลิต)

นวัตกรรม Skin traction ประกอบด้วย ผ้าดิบเย็บขนาดกว้าง 5 ซม. ยาว 100 ซม. นำถุงแขนก้นหนาขนาดกลับด้านเย็บต่อกับผ้าดิบ สวมขาที่หัก แล้วพันทับด้วย elastic bandage และถ่วงน้ำหนักตามปกติ (รูปที่ 2)

รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึก สอบถามอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการคัน แสบร้อนผิวหนัง แผลพุพอง หลังทำ skin traction ติดตามผู้ป่วย จนถอด traction

วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มด้วยสถิติ t-test และ exact probability test

ผลการศึกษา

การศึกษาดังนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกต้นขาอายุเฉลี่ย 67 ปี ในแบบมาตรฐาน อายุเฉลี่ย 68 ปี ในแบบนวัตกรรม และเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้ง 2 แบบ (ตารางที่ 1) Fracture Intertrochanteric พบมากในกลุ่มมาตรฐาน 40 % และ Fracture neck of femur พบมากในกลุ่มนวัตกรรม 41.8% ระยะเวลาดึง traction เฉลี่ย 3 วัน จากการสังเกตทั้ง 2 กลุ่ม การปวดลดลงไม่แตกต่างกันและไม่ส่งผลต่อการผ่าตัด (ตารางที่ 1)

อาการคัน ในกลุ่มมาตรฐานพบ 34.6% ซึ่งมากกว่าในกลุ่มนวัตกรรมที่ พบ 9.1% ($p=0.002$) แน่นกระชับ ในกลุ่ม

มาตรฐานพบ 18.2 % ในกลุ่มนวัตกรรมพบ 23.6% อาการแสบร้อน ในกลุ่มมาตรฐานพบ 21.8 % แต่ไม่พบในกลุ่มนวัตกรรม (<0.001) การเกิดแผลพุพองระดับ 1 ในกลุ่มมาตรฐานพบ 36.4 % ในกลุ่มนวัตกรรมพบ 9.1% ($p=0.001$) ผู้ป่วยพึงพอใจแบบนวัตกรรม 87.3% (<0.001) พยาบาลพึงพอใจแบบนวัตกรรม 92.7% (<0.001) (ตารางที่ 2)

อภิปราย

การรักษากระดูกต้นขาหักในระยะแรกจะใช้วิธีการดึงถ่วงน้ำหนัก (traction) แบบการใช้แรงดึงที่ผิวหนัง โดยทาเทปเจอร์เบนชอยที่ผิวหนัง ใช้ adhesive plaster ติดผิวหนังบริเวณขาแล้วใช้น้ำหนักเป็นตัวถ่วงตั้งแต่วินาทีแรกที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งได้รับการผ่าตัดมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ทุกข์ทรมานจากอาการคันอันเนื่องมาจากการแพทิงเจอร์เบนชอยและ plaster(6)ขณะดึงถ่วงน้ำหนักอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ อาการคัน แสบร้อนผิวหนัง และการเกิดแผลพุพองได้

ในกลุ่มดึง skin traction แบบนวัตกรรม เนื่องจากไม่ได้ใช้เทปเจอร์เบนชอยและ adhesive plaster มีโอกาสเลื่อนหลุดได้ ร้อยละ 5.4 แก้ไขด้วยการรื้อและพันผ้ายึดใหม่แต่ไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาของผู้ป่วย

ข้อยุติและการนำไปใช้:

ในผู้ป่วยที่ต้องใส่ skin traction ควรพิจารณาใส่ skin traction แบบนวัตกรรมใหม่ เนื่องจากการศึกษานี้พบว่า ช่วยลดอาการคัน อาการแสบร้อนผิวหนัง และลดการเกิดแผลพุพองระดับ 1 ได้ อย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ยุทธชัย ตรีสกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ศ.ดร.นพ.ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ ภาควิชาโรคบาดวิทย์คลินิก และสถิติศาสตร์คลินิก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รังสิตนพ.เกรียงไกร ประเสริฐ คณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลนครพนม เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Madni, A.A, Saqlain, A.H., Quereshi, A, & Hussain, S.S. (2006). To Find Out the Effectiveness of Skin Traction in Reducing Pain in Patients with Hip Fracture Prior to Undergoing Surgical Intervention. The Journal of Pakistan Orthopaedic Association. 21(1), 11-15.
2. Hardoll, H.H.G, Queally, J.M., Parker, M.J. (2011). Pre-operative traction for hip fracture in adults (Review). The Cochrane Collaboration. 12, 1-51.
3. สมชัย ปรีชาสูสุข และคณะ. (2544). ตำราออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โฆษิตการพิมพ์
4. กองออร์โธปิดิกส์.(2553). การปฏิบัติตนขณะดื่ง่างน้ำหนักบริเวณผิวหนัง. วันที่ค้นข้อมูล 10 เมษายน 2560, จากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (เวปไซต์) <http://www.bhumibolhospital.rtaf.mi.th/pageconfig/viewcont/viewcontent1>.
5. วินัย พากเพียร และคณะ 2555 แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์.
6. วรรรณา ปานทุ่ง และคณะ 2006 The Happiness of using Contraceptive Condom in ESRD patient who suffer from skin reaction with adhesive. วันที่ค้นข้อมูล 12 กรกฎาคม 2560, ศูนย์ไตเทียมโรงพยาบาลค่ายกาวิละ มณฑลทหารบกที่ 33 จังหวัดเชียงใหม่ (เวปไซต์)
7. Whittle A.P., Wood Guu. (1998). Fracture of lower extremity. In: Canale ST., Editor Campbell, s operation orthopaedics. 10 th Ed. Philadelphia. Mosby year book. Pp 2725-2559.
8. พิเชษฐศิริวัฒนสกุล 2550 แนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาแบบปิดหักโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชในวารสารวิชาการสาธารณสุข. 16(5)
9. รศ. นพ.ไพรัช ประสงค์จีน 2552 กระดูกหักและข้อเคลื่อน. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. วินัย พากเพียร และคณะ. (2555) แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์
11. Sanansilp V, Chuongsakul J, Rungmongkolsab P, Triyasunant N, Mande S, Wongyingsinn M, et al. Benzoin tincture increases adherence of the transparent film dressing over the epidural catheter in gynecologic patients. วิทยุณีสาร (Thai Journal of Anesthesiology). 2016;42(3):149-58.

ตารางที่ 1 : ลักษณะทั่วไป

| ลักษณะที่ศึกษา | มาตรฐาน (n=55) | | นวัตกรรม (n=55) | | p-value |
|-----------------------------------|----------------|-------------|-----------------|-------------|---------|
| | n | % | n | % | |
| Gender | | | | | |
| Male | 21 | 38.1 | 23 | 41.8 | 0.846 |
| Female | 34 | 61.8 | 32 | 58.1 | |
| Age(Year)(mean±SD) | 55 | 67.2(±20.0) | 55 | 68.0(±21.1) | 0.832 |
| Patient weight(Kg)(mean±SD) | 55 | 51.9(±10.4) | 55 | 51.3(±11.3) | 0.746 |
| Traction weight(Kg)(mean±SD) | 55 | 2.7(±0.4) | 55 | 2.7(±5.9) | 0.717 |
| Comorbidity | | | | | |
| DM | 19 | 34.5 | 9 | 16.36 | 0.48 |
| Chronic renal failure | 1 | 1.8 | 1 | 1.8 | 1 |
| HT | 15 | 27.2 | 9 | 16.36 | 0.248 |
| Cardio | 0 | 0 | 1 | 1.82 | 1 |
| Drug | | | | | |
| Steroid | 1 | 1.8 | 1 | 1.8 | 1 |
| ASA | 4 | 7.2 | 3 | 5.4 | 1 |
| Warfarin | 2 | 3.6 | 2 | 3.6 | 1 |
| Fracture distal femur | 1 | 1.82 | 2 | 5.4 | 0.618 |
| Fracture of femur | 13 | 23.6 | 12 | 21.8 | 1 |
| Fracture Intertrochanteric | 22 | 40 | 16 | 29.1 | 0.316 |
| Fracture neck of femur | 19 | 34.6 | 23 | 41.8 | 0.556 |
| length traction(cm)(mean±SD) | 55 | 43.4(±4.1) | 55 | 43.4(±4.1) | 0.789 |
| ระยะเวลาดึงtraction(วัน)(mean±SD) | 55 | 3.11(±2.5) | 55 | 3.15(±2.1) | 0.934 |

ตารางที่ 2 : ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจ

| ลักษณะที่ศึกษา | มาตรฐาน (n=55) | | นวัตกรรม (n=55) | | p-value |
|------------------------|----------------|------|-----------------|------|---------|
| | n | % | n | % | |
| คัน | 19 | 34.6 | 5 | 9.1 | 0.002 |
| แน่น | 10 | 18.2 | 13 | 23.6 | 0.64 |
| แสบร้อน | 12 | 21.8 | 0 | 0 | <0.001 |
| การเกิดแผลพุพองระดับ 1 | 20 | 36.4 | 5 | 9.1 | 0.001 |
| หลุด | 12 | 21.8 | 3 | 5.4 | 0.024 |
| ผู้ป่วยพึงพอใจ | 21 | 38.2 | 48 | 87.3 | <0.001 |
| พยาบาลพึงพอใจ | 26 | 47.3 | 51 | 92.7 | <0.001 |

รูปที่ 2 อุปกรณ์ที่ใช้ประติษฐ์ นวัตกรรม skin traction และวิธีการใช้



คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลนครพนมจัดทำขึ้นเพื่อ วัตถุประสงค์ที่จะเป็นสื่อกลางเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ไปสู่บุคลากรด้านสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย หรือดูแลตนเอง ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

ประเภทของบทความ

1. บทบรรณาธิการ (Editorial) เป็นบทความสั้นๆ ที่บรรณาธิการหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรเขียนแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่างๆ
2. บทความทบทวนความรู้ (Topic review) คือบทความที่มีลักษณะการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ อย่างสมบูรณ์ในเรื่องนั้น ควรเป็นเรื่องที่พบบ่อย มีผลต่อการดูแลรักษาหรือเป็นเรื่องที่กำลังอยู่ในความสนใจในขณะนั้น เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น
3. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) คืองานวิจัยของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านอื่นๆ จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ในงานวิจัยนั้น
4. รายงานคนไข้ที่น่าสนใจ (Interesting case) คือรายงานผู้ป่วยที่มีความน่าสนใจในด้านต่างๆ ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยพบบ่อย หรือผู้ป่วยที่พบไม่บ่อยแต่มีความน่าสนใจ เพื่อที่จะให้ผู้อ่านได้เห็นตัวอย่างและนำไปปรับปรุงการดูแลคนไข้ให้ดียิ่งขึ้น
5. นวัตกรรม คือผลงานหรือวิธีการที่คิดค้นขึ้นใหม่ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้การดูแลคนไข้ รวดเร็ว และมีคุณภาพมากขึ้น
6. เกร็ดความรู้ คือความรู้ด้านต่างๆ อาจไม่ใช่เรื่องทางการแพทย์โดยตรง แต่เป็นเรื่องที่น่าสนใจในขณะนั้น เพื่อที่จะทำให้ผู้อ่านได้รับรู้เหตุการณ์สำคัญๆ ในช่วงเวลานั้น
7. กิจกรรมการประชุมวิชาการ ทั้งที่จัดขึ้นโดยโรงพยาบาลนครพนม หรือจากผู้เชี่ยวชาญภายนอก
8. บทความหรือรายงานเหตุการณ์สำคัญ ที่กองบรรณาธิการเห็นว่าควรนำมาเผยแพร่เพื่อเป็นประโยชน์ต่อบุคคล โดยรวม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับให้พิมพ์ด้วยโปรแกรม microsoft word คอลัมน์เดียว พิมพ์ชิดด้านซ้าย ในกระดาษขา ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) เหลือขอบกระดาษแต่ละด้าน 1 นิ้ว พิมพ์หน้าเดียว ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า โดยใช้ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 นิ้ว จำนวนไม่เกิน 10 หน้า
2. หน้าแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (บางกรณีอาจ ใช้รูปถ่ายร่วมด้วย) เบอร์โทรติดต่อ, E.mail
3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานและควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด เว้นแต่ ไม่มีคำแปลภาษาไทย ให้ใช้ภาษาอังกฤษได้
4. รูปภาพและตาราง ให้พิมพ์แทรกในบทความ โดยเขียนหัวเรื่องกำกับไว้เสมอ
5. บรรณานุกรมใช้ตามระบบ Vancouver's International Committee of Medical Journal
6. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อมเขียนข้อมูลลง CD 1 แผ่น ส่งไปยังงานศึกษาอบรม โรงพยาบาล นครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทร. (042) 513193, (042) 511422 หรือ 511424 ต่อ 1016 โทรสาร (042) 513193 E-mail : training 1016 @hotmail.com

ตัวอย่างการเขียนบรรณานุกรม

1. วารสารทั่วไป

ชื่อผู้เขียนบทความ. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่(ฉบับที่): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
 พูลสุข จันทรโคตร. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สมาคมพยาบาลฯ
 สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556; 31(3): 186-194.
 Leelarasamee A. AIDS control: who is missing. J Infect Dis Antimicrob Agents 1996
 Sep-Dec; 13Z3): 123-5

2. หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.
 ประเสริฐ ทองเจริญ. เอดส์: กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2531.
 Lane NE. AIDS allergy and rheumatology. Totowa(NJ): Humana Press; 1997.

3. จากอินเทอร์เน็ต

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ออนไลน์]ปีพิมพ์[cited วันเดือนปีที่อ้าง]. Available from: URL
 ครรชิต มาลัยวงศ์. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการจัดการมาตรฐานไอซีที. [ออนไลน์]10 มีนาคม 2546.
 [อ้างเมื่อ 6 กรกฎาคม 2550] จาก http://www.drkanchit.com/ictstandard/ict_content/introict.pdf.
 Gordon CH, Simmons P, Wynn G. Plagiarism: what it is, and how to avoid it
 [online] 2001 [cited 2001 Jul 24]. Available from: <http://www.zoology.ubc.ca/bpg/plagiarism.htm>

เงื่อนไขในการลงตีพิมพ์

1. เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ
3. บทความที่นำมาตีพิมพ์ลงใน “วารสารโรงพยาบาลนครพนม” ไว้แล้ว ถ้ามีความประสงค์จะนำไปตีพิมพ์ที่อื่นต้องผ่านความเห็นชอบของเจ้าของบทความ และกองบรรณาธิการก่อน