



SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม 2564 Vol. 30 No. 2 September – December 2564

ISSN 2773-9066 (Online) ISSN 2773-8876 (Print)

บทความวิจัย (Research article)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พงศกร ฉ่ำพึ้ง
- การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอนสำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สุรัตน์ ผิวสว่าง
- การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำเพื่อช่วยเพิ่มการมองเห็นตับอ่อน บุศยรินทร์ ศุภาโกลนันท์
- การศึกษาเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงแรก และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังการผ่าตัดระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ

กรณีศึกษา (Case study)

- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังและไขสันหลังพกด้า จิรภา สิงห์สูง
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว: กรณีศึกษา ยุพา พลเสน
- การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการผ่าตัด ตัดต่อลำไส้: กรณีศึกษา ยุพิน เกตุดี
- การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด: กรณีศึกษา ขนิษฐา สุขทอง



SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์:	1. เพื่อเผยแพร่ผ่านวารสารและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่เป็นประโยชน์แก่สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล 2. เพื่อเผยแพร่และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ผลงานวิจัย บทความวิชาการ กรณีศึกษาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ในการนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่	
ประธานที่ปรึกษา:	นพ.พงษ์นรินทร์ ชาดิรังสรรค์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี
คณะที่ปรึกษา:	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
บรรณาธิการ:	พญ.ปวีตรา วาสุเทพรังสรรค์	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี
รองบรรณาธิการ:	พญ.กานตนิจ สือวิโรจนกุล	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี
คณะบรรณาธิการ:	พว.ทองเปลว ชมจันทร์ พว.ดร.ปราณี มีหาญพงษ์ พว.สัญญา โพธิ์งาม ภก.ชัชวาล บุญญฤทธิ์ พญ.สุกฤทัย อนุพันธ์ไพบูลย์ พญ.สุภาวี แสงบุญ ผศ.ดร.มนพร ชาดิขันธ์ รศ.ดร.วลัยพร นันทศุภวัฒน์ อ.ปวีศร ช่อมศิลป์ อ.ศศิพร ทองนิล	APN สาขาอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิงห์บุรี กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ นักวิชาการอิสระ ศูนย์การแปลและบริการทางภาษา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต โรงเรียนเทศบาล ๑ บ้านโคกสำโรง
ผู้จัดการ:	พว.สัญญา โพธิ์งาม	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี
ผู้ช่วยผู้จัดการ:	น.ส.เกวลี แจ้งสว่าง นายกิตติพิชญ์ อินวูล น.ส.กมลวรรณ จันทร์จวนสุข	โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี โรงพยาบาลสิงห์บุรี

เจ้าของ: โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ระเบียบการ: กำหนดเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

- ฉบับที่ 1 พฤษภาคม – สิงหาคม
- ฉบับที่ 2 กันยายน – ธันวาคม
- ฉบับที่ 3 มกราคม – เมษายน

สำนักงาน: กองบรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี
เลขที่ 917/3 ถนนขุนสรณ์ ตำบลบางพุทรา อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000
โทร 036 – 511060 ต่อ 5205

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

Singburi Hospital Journal เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทความในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ซึ่งบทความจะได้รับการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ (Peer review) 2 ท่าน ด้วยรูปแบบ Double-blinded โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล และหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการลงพิมพ์ โดยให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

1. ประเภทบทความ

บทความวิชาการ (Academic article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ และเอกสารอ้างอิง ไม่ควรเกิน 10 ปี ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10-12 หน้าพิมพ์

บทความวิจัย (Research Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บททวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case study)

เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อยและต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือ

การดำเนินโรค (Clinical Course) ที่ไม่ตรงแบบที่พบไม่บ่อย ประกอบด้วย บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ), รายงาน Case, วิจารณ์/อภิปราย, สรุปผลและเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมบทความ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (Subtitle) และชื่อเรื่องภาษาอังกฤษใช้ตัวใหญ่เฉพาะคำแรกหรือชื่อเฉพาะ เช่น สถาบัน

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (ไม่ใช่คำย่อ) และหน่วยงานหรือสถาบัน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.1.3 ชื่อ และที่อยู่ของผู้พิมพ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ 5 หัวข้อหลัก ประกอบด้วย บทนำ (Introduction) วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (Methods) ผลการศึกษา (Result) สรุป (Conclusion) ซึ่งต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) ของปีวารสาร (Volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก โดยต้องมีอย่างน้อย 3-5 คำ เรียงตาม Alphabet (โดยภาษาไทยเรียงตามภาษาอังกฤษ)

2.4 บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษาให้บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์

2.3 วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร, ตัวแปร, เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ, การรับรองจริยธรรมการวิจัย (ระบุเลขที่รับรอง), การเก็บรวบรวมข้อมูล, ระยะเวลา, การวิเคราะห์ข้อมูล

2.4 ผลการศึกษา (Results)

ต้องสอดคล้องตามวัตถุประสงค์หรือสมมติฐานของการวิจัยนั้น หากมีตารางแสดงผลการศึกษาให้ใช้เส้นตารางแนวนอน แบบเส้นเดียว ไม่ใช่คำย่อ (กรณี คำย่อให้ใช้คำอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

2.5 อภิปราย และ ข้อเสนอแนะ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษากับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้วิจัยไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใด วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์

2.6 ข้อสรุป (Conclusion)

สรุปผลตามวัตถุประสงค์งานวิจัย

2.7 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ให้แทรกในเนื้อหาที่กล่าวถึงและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมโดยเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนที่จะได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

2.8 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขยกกำลัง (ไม่ต้องใส่วงเล็บ) หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับเนื้อหาที่อ้างอิง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตาม รูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการ มีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทยชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน หรือ 6 คนแรก (สุดแต่คำแนะนำของแต่ละวารสารแล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวิวัฒน์, พัชร เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกตพิณ, ยุติ ตาทิพย์, การสำรวจความครอบคลุม และการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Child-hood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow up. Br J Cancer 1996; 73: 1006-12.

3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจ เนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538 ; 24 : 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

1. Cancer in South Africa [editorial] S Afr Med J 1994; 84: 15.

3.1.4 บทความในฉบับแรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ. ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 [ฉบับผนวก]: 153-61.

3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรหลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน [บรรณาธิการ]. สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996; 347: 1337.

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงศ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- หนังสือบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้เอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman U, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตจ่าง, พิภพ จิรปัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540: 425-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

3.2.3 รายงานการประชุม สัมมนา ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณานิการ. นโยบายสาธารณสุข และเพื่อสุขภาพ.เอกสารประกอบการประชุม วิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโป๊ปเบทาเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editor. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992-p1561-5.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

แนวทางการจัดทำตาราง ดังนี้

- ให้แทรกในเนื้อหาที่กล่าวถึงและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนที่จะได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

- หัวคอลัมน์ ให้ใช้คำเต็ม กรณีคำย่อให้ใช้คำอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัวแถว (Row headings) ใช้ตัวหนา

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีสไลด์สีคุณภาพดี หรือ File ภาพ Digital ความละเอียดไม่น้อยกว่า 300 dpi ขนาดภาพไม่น้อยกว่า 800 x 600 pixels

- กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่นต้องขออนุญาตและแสดงความขอบคุณ ซึ่งควรมีการอ้างอิง

5. การส่งต้นฉบับ

5.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ ด้านบนและซ้ายมือ 3 ซม. และด้านล่างและขวามือ 2.5 ซม. ใส่เลขหน้าตามลำดับที่มุมขวามือ

5.2 ส่งข้อมูลผ่านทาง E-mail : singhosp-journal@hotmail.com ซึ่งต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียว ส่งเป็นไฟล์ Microsoft Word และ PDF พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word 2010 ขึ้นไป ด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ตัวอักษรขนาด ๑๖ นิ้ว หัวข้อหลักใช้ตัวหนา พร้อมทั้งแจ้งชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ E-mail และที่อยู่ติดต่อกลับให้ครบถ้วน

5.3 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์กองบรรณาธิการจะให้วารสารผู้พิมพ์จำนวน 2 เล่ม

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบการเตรียมบทความที่วารกำหนด
2. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น กรณีทำการศึกษาในคนจะต้องมีหนังสืออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์แนบมาด้วย
3. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดจากการศึกษาหรือการทำวิจัย โดยไม่บิดเบือนข้อมูล
4. ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นหากมีการนำผลงานนั้นมาใช้ในผลงานของตนเอง
5. ผู้นิพนธ์ต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของกองบรรณาธิการและผู้ประเมินบทความ กรณีที่มีเหตุไม่สามารถแก้ไขได้ต้องเขียนคำชี้แจงและเหตุผลส่งมาพร้อมบทความที่แก้ไขแล้ว
6. ผู้นิพนธ์ต้องส่งบทความที่แก้ไขแล้วกลับมาภายในระยะเวลาที่กำหนด

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการต้องเป็นผู้พิจารณาคุณภาพของบทความ และต้องให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้นิพนธ์ เพื่อตีพิมพ์บทความตามมาตรฐาน

2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมิน ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ และผู้ประเมิน
4. บรรณาธิการต้องมีการตรวจสอบบทความ ด้านการคัดลอกผลงานของผู้อื่น
5. บรรณาธิการต้องตัดสินใจเลือกบทความมาตีพิมพ์หลังผ่านกระบวนการประเมินแล้ว โดยพิจารณาจากบทความที่ส่งผลให้มีการพัฒนางานด้านวิชาการและเป็นบทความที่มีความสำคัญชัดเจน เชื่อถือได้ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบทความ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความตามหลักวิชาการของบทความ โดยไม่ใช้ความคิดเห็นส่วนตัว
2. ผู้ประเมินบทความความประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์
4. ผู้ประเมินบทความต้องไม่นำบทความที่ประเมินไปใช้ให้เกิดประโยชน์ส่วนตน
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 ก.ย. – ธ.ค. 2564

สารบัญ

	หน้า
บรรณาธิการแถลง	ก
บทความวิจัย (Research article)	
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พงศกร ฉ่ำพึ้ง	1-13
● การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอนสำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สุรัตน์ ผิวสว่าง	14-25
● การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำเพื่อช่วยเพิ่มการมองเห็นตับอ่อน บุศยรินทร์ ศุภาโกลนันท	26-38
● การศึกษาเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงแรกและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังการผ่าตัดระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ	39-52
รายงานผู้ป่วย (Case study)	
● การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังและไขสันหลังพกดขี่ จิรภา สิงห์สูง	53-61
● การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว: กรณีศึกษา ยุพา พลเสน	62-77
● การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการผ่าตัดตัดต่อลำไส้: กรณีศึกษา ยุพิน เกตุดี	78-94
● การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด: กรณีศึกษา ขนิษฐา สุขทอง	95-108

บรรณาธิการแถลง

Singburi Hospital Journal ฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร และคณะบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้จัดพิมพ์ Singburi Hospital Journal ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 ก.ย. – ธ.ค. 2564 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

(แพทย์หญิงปวีตรา วาสุเทพรังสรรค์)

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

พงศกร ฉ่ำพึ้ง

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Received: 31 ส.ค.64

Revised: 8 ธ.ค.64

Accepted: 9 ธ.ค.64

บทคัดย่อ

ที่มาและวัตถุประสงค์: ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลางในการรักษามักจะพิจารณาส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทุกราย พบว่าการส่งตรวจมีจำนวนมาก แต่ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยที่มีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูง การศึกษานี้ต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วยกลุ่มนี้

วิธีการศึกษา: ทำการศึกษาย้อนหลังโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงที่มีความเสี่ยงปานกลางที่ได้รับการส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เป็นระยะเวลา 1 ปี ทำการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด 792 ราย พบว่ามีเลือดออกในกะโหลกศีรษะร้อยละ 14.64 พบ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ (1) Glasgow Coma Score (GCS) 13 – 14 คะแนน (odd ratio : OR = 8.57, 95% confidence interval : CI = 4.91 – 14.96, p = 0.000) (2) เพศชาย (OR = 2.18, CI = 1.19 – 4.00, p = 0.011) (3) ระยะเวลาเกิดเหตุจนถึง CT น้อยกว่า 1 ชั่วโมง (OR = 0.02, CI = 0.00 – 0.24, p = 0.001) (4) อาเจียน (OR = 2.33, CI = 1.30 – 4.17, p = 0.004) (5) มีผู้อื่นเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ (OR = 2.20, CI = 0.99 – 4.89, p = 0.050)

สรุปผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ ค่า GCS 13 – 14 คะแนน เพศชาย ระยะเวลาเกิดเหตุจนถึง CT น้อยกว่า 1 ชั่วโมง มีอาการอาเจียน มีผู้อื่นเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงมีความเสี่ยงปานกลาง, เลือดออกในกะโหลกศีรษะ, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

Factors Associated with Intracranial Hemorrhage in Mild Traumatic Brain Injury Patients with Moderate Risk at King Narai Hospital

Pongsakorn Champueng

Emergency department, King Narai Hospital

Abstract

Background: Mild traumatic brain injury patients with moderate risk in ER usually obtain computed tomography (CT) scanning for evaluation which results in high expense due to small presence of abnormal finding in CT scanning. This study aimed to investigate relevant factors associated with intracranial hemorrhage in mild traumatic brain injury patients with moderate risk.

Material and Methods: This retrospective cohort study investigated 792 patients who were diagnosed with mild traumatic brain injury and had moderate risk at King Narai Hospital. The study was conducted for 1 year to identify factors associated with intracranial hemorrhage.

Result: Seven hundred ninety-two patients were the participants in this study. In 14.64% of them, significant factors associated with the presence of intracranial hemorrhage in CT scan were found as follows: (1) Glasgow Coma Score (GCS) of 13 – 14 (odd ratio : OR = 8.57, 95% confidence interval : CI = 4.91 – 14.96, $p = 0.000$), (2) Male gender (OR = 2.18, CI = 1.19 – 4.00, $p = 0.011$), (3) Time from onset to CT-brain of less than 1 hour (OR = 0.02, CI = 0.00 – 0.24, $p = 0.001$), (4) Presence of vomiting (OR = 2.33, CI = 1.30 – 4.17, $p = 0.004$), and (5) Presence of dead people at the scene (OR = 2.20, CI = 0.99 – 4.89, $p = 0.050$).

Conclusion: Factors associated with intracranial hemorrhage in mild traumatic brain injury patients with moderate risk were GCS of 13 – 14, Male gender, Time from onset to CT-brain of less than 1 hour, Presence of vomiting, and Presence of dead people at the scene.

Keywords: Mild traumatic brain injury, Moderate risk, Intracerebral hemorrhage, Computed tomography of brain

บทนำ

ปัญหาจากบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญของโลก มีอุบัติการณ์สูงเนื่องจากสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจร (road traffic injury)¹ จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีของประเทศไทย พบว่าการบาดเจ็บจากการจราจรในปี 2561 มีผู้บาดเจ็บ 1,036,096 ราย ผู้เสียชีวิต 16,137 ราย ปีพ.ศ.2562 มีผู้บาดเจ็บ 924,966 ราย ผู้เสียชีวิต 17,245 ราย และปี พ.ศ.2563 มีผู้บาดเจ็บ 1,014,421 ราย ผู้เสียชีวิต 15,748 ราย² จากข้อมูลของ worldatlas.com ประเทศไทยเป็นประเทศมีอัตราการตายจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ 1 ของโลก คือ มีอัตราเสียชีวิต 36.2 ต่อประชากร 100,000 ราย จากสถิติดังกล่าวบ่งบอกถึงภาระหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการและภาระของบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องดูแลผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มากขึ้น รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ.2559 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ (Intracranial injury) เป็นจำนวนถึง 2,460 ล้านบาท³

จากสถิติผู้บาดเจ็บที่ศีรษะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในปี พ.ศ. 2561 – 2563 มีจำนวน 2,666 ราย, 2,834 ราย และ 2,687 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ จำนวน 847 ราย, 1,032 ราย และ 1,253 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.79, 36.41 และ 46.63 ตามลำดับ ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด ซึ่งจะเห็นว่ามีผู้ป่วยเลือดออกในกะโหลกศีรษะ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในการประเมินผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการใช้ Glasgow Coma Score (GCS) ทำการแบ่งผู้บาดเจ็บที่ศีรษะออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่รุนแรง (mild head injury) หมายถึง

ผู้ป่วยมีคะแนนรวม GCS 13 – 15 คะแนน ระดับรุนแรงปานกลาง (moderate head injury) มีคะแนน GCS 9 – 12 คะแนน และระดับรุนแรงมาก (severe head injury) มีคะแนนรวม GCS ต่ำกว่า 9 คะแนน การบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่รุนแรงพบเป็นร้อยละ 70 – 90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Levin H.S.(1996)⁴ พบว่าผู้บาดเจ็บที่ศีรษะที่พบมากในห้องฉุกเฉิน เป็นกลุ่มระดับไม่รุนแรง ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด และประมาณร้อยละ 15 ของผู้บาดเจ็บมีคะแนน GCS 15 คะแนน จะตรวจพบความผิดปกติจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้ และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น มีความจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดสมองต่อไป จากการศึกษาของวสันต์ ลิ้มสุริยกันต์ (2019)⁵ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในสมองในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ได้แก่ Systolic Blood Pressure (SB) อยู่ระหว่าง 140 – 179 มม.ปรอท และสูงกว่า 179 มม.ปรอท, การใช้ยา warfarin, กลไกการบาดเจ็บ เช่น การล้ม การตกจากที่สูง และผู้บาดเจ็บที่มีลักษณะของฐานกะโหลกแตก และจากการศึกษาของ Archana Wagnerkar และคณะ (2018)⁶ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจพบเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้บาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ เพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี, ต้มแอลกอฮอล์, ประวัติหมดสติ, อาเจียน, มีอาการชัก, มีเลือดออกจากหูจากจมูก และ $GCS \leq 12$ จากการศึกษาของ Adam L Sharp และคณะ (2017)⁷ พบว่า ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 33 ไม่จำเป็นต้องส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ถ้าได้คัดกรองตาม Canadian CT Head Rule ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Saleh Salehi Zahabi และคณะ (2020)⁸ พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง จะพบความผิดปกติจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพียงร้อยละ 0.2 จึงควรลดการส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่จำเป็น

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง จะแยกออกเป็น 3 กลุ่ม โดยอาศัยอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยร่วมกับประวัติการเกิดเหตุการณ์มาแยกระดับความเสี่ยงของการเกิด intracranial hemorrhage โดยแยกเป็นความเสี่ยงระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง⁹ ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รักรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงมีความเสี่ยงระดับปานกลาง ร้อยละ 49.68 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทั้งหมด การดูแลรักษาผู้ป่วยจะสังเกตอาการทางสมองที่หอผู้ป่วยในและได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทุกราย จากสถิติในปี พ.ศ.2563 จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งมาทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจำนวน 2,554 ครั้ง ซึ่งทำให้โรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ผู้วิจัยได้เล็งเห็นปัญหาการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ให้ผลปกติ ซึ่งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและลดการส่งตรวจที่ไม่จำเป็นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง

วัสดุและวิธีการ

ระเบียบวิธีวิจัยและกลุ่มประชากร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective cohort study) จากเวชระเบียน ในปี พ.ศ.2563 (1 มกราคม – 31 ธันวาคม) โดยคัดผู้ป่วยจากทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจจากแพทย์และได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพร้อมทั้งอ่านผลจากรังสีแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง และรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ กลไกการบาดเจ็บที่รุนแรง อาการแสดง สิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกายและผลการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นการเลือกเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงที่มีความเสี่ยงปานกลาง รักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม พ.ศ.2563 มีจำนวน 792 ราย

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงที่มีความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัว (GCS) เท่ากับ 13 – 15 หรือผู้ป่วยที่มี GCS เท่ากับ 15 และมีอาการต่อไปนี้ 1 ข้อ ได้แก่ (1) อาเจียน < 2 ครั้ง (2) สูญเสียความรู้สึกตัว (3) มีอาการปวดศีรษะ (4) มีการสูญเสียความทรงจำ (5) มีการใช้เครื่องมือแอลกอฮอล์ (6) มีการใช้ยาที่เสี่ยงต่อเลือดออกง่าย

(7) กลไกการบาดเจ็บรุนแรง (ในกรณีผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี จะต้องไม่มีการสูญเสียความทรงจำหรือสูญเสียความรู้สึกตัว)

ระดับความรู้สึกตัว หมายถึง การประเมินความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ในผู้ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี ใช้ Glasgow Coma Scale (GSC) และในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีใช้ Pediatric Glasgow Coma Scale (pGCS)

กลไกการบาดเจ็บรุนแรง หมายถึง (1) ตกจากที่สูงมากกว่า 0.9 เมตร หรือ 3 ฟุต (2) ศีรษะถูกกระแทกอย่างแรง (3) อุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซด์ (4) อุบัติเหตุจากรถที่ผู้ป่วยกระเด็นออกจากรถยนต์ (5) มีผู้อื่นเสียชีวิต (6) รถยนต์พลิกคว่ำ (7) ถูกรถชนในขณะที่เดิน (8) ได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะจากของไม่มีคม (9) ถูกทำร้ายร่างกาย (10) ยานพาหนะอื่นๆ ที่ใช้ความเร็วมากกว่า 64 กิโลเมตรต่อชั่วโมงหรือผู้บาดเจ็บติดภายในมากกว่า 20 นาที

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงระดับปานกลาง
2. ผู้ป่วยได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองอย่างน้อย 1 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีการบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
2. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS version 26 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการ

วิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการพบ intracranial hemorrhage โดยใช้ Chi – square หรือ Fisher’s Exact test โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ จากนั้นนำปัจจัยที่ได้จากการทำ univariate analysis ไปเข้ากระบวนการ multivariate risk regression analysis เพื่อหาปัจจัยที่เป็นอิสระจากปัจจัยอื่น ๆ กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี หนังสือรับรอง เลขที่ EC KNH 13/2564 ลงวันที่ 20 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไม่รุนแรงมีความเสี่ยงปานกลางได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในปีพ.ศ.2563 มีจำนวน 792 ราย เป็นเพศชาย 472 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.60 อายุเฉลี่ย 44.30 ปี มีโรคความดันโลหิตสูง 342 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.20 ส่วนมากใช้ยา ASA ร้อยละ 39.42 กลไกการบาดเจ็บรุนแรงมากที่สุด คือ อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ 470 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.30 รองลงมาคือ หกล้ม 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.10 มีการใช้เครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์ 246 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.10 มีอาการปวดศีรษะ 598 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.50 มีประวัติสลบ 498 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.90 สูญเสียความทรงจำ 196 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.70 ราย มีอาการอาเจียน 1 ครั้ง 400 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.50 ระดับความรู้สึกตัว (GCS) เท่ากับ 15 มี 560 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.70 ระยะเวลาที่เกิดเหตุจนมา

โรงพยาบาล < 1 ชั่วโมง 464 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.60 ระยะเวลาที่เกิดเหตุจนได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 1 – 6 ชั่วโมง มี 640 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.80 ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่ามีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.60

เมื่อทำการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะพบว่า (1) เพศ (2) ค่า systolic blood pressure (3) อาเจียน (4) ประวัติสลับ (5) มีเลือดออกง่าย (6) รถยนต์พลิกคว่ำ (7) รับประทานยา Clopidogrel (8) ระยะเวลาที่เกิดเหตุจนถึงทำ CT (9) คะแนนความรู้สึกตัว (GCS) (10) ปวดศีรษะ (11) รับประทานยา Aspirin (12) ใช้เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (13) บาดเจ็บจากรถจักรยานยนต์ (14) มีผู้อื่นเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ และเมื่อนำปัจจัยทั้ง 14 ปัจจัยไปเข้ากระบวนการ

ทำ multivariate risk regression analysis ตามตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงมีความเสี่ยงปานกลาง ประกอบด้วย (1) คะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) 13 – 14 คะแนน (odd ratio : OR = 8.57, 95% confidence interval : CI = 4.91 – 14.96, p = 0.000) (2) เพศชาย (OR = 2.18, CI = 1.19 – 4.00, p = 0.011) (3) ระยะเวลาเกิดเหตุจนถึง CT น้อยกว่า 1 ชั่วโมง (OR = 0.02, CI = 0.00 – 0.24, p = 0.001) (4) อาเจียน (OR = 2.33, CI = 1.30 – 4.17, p = 0.004) (5) มีผู้อื่นเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ (OR = 2.20, CI = 0.99 – 4.89, p = 0.050) (6) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 91 – 140 มม.ปรอท (OR = 26.94, CI = 8.32 – 87.16, p = 0.000) และ (7) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 141 – 180 มม.ปรอท (OR = 4.22, CI = 1.36 – 13.02, p = 0.012)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง ได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (N = 792)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	472	59.60
- หญิง	320	40.40
อายุ		
- 1 เดือน – 10 ปี	16	2.00
- 11 - 20 ปี	98	12.40
- 21 - 30 ปี	150	18.90
- 31 – 40 ปี	108	13.60
- 41 – 50 ปี	110	13.90
- 51 - 60 ปี	110	13.90
- 61 – 70 ปี	96	12.10
- 71 – 80 ปี	56	7.10
- > 80 ปี	48	6.10

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง ได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (N = 792)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
- ความดันโลหิตสูง	342	43.20
- เบาหวาน	212	26.80
- หลอดเลือดสมอง	88	11.10
- หัวใจ	46	5.80
- หัวใจเต้นผิดจังหวะ	0	0.00
ยาที่รับประทานประจำ		
- Aspirin	312	39.40
- Clopidogrel	2	0.3
- Doble anti – platelet	22	2.80
Glasgow Coma Score		
- GCS = 15 คะแนน	560	70.70
- GCS = 13 - 14 คะแนน	232	29.30
อาการแสดง		
- อาเจียน	400	50.50
- สลบ	498	62.90
- ปวดศีรษะ	598	75.50
- สูญเสียความทรงจำ	196	24.70
- ใช้เครื่องมือมีแอลกอฮอล์	246	31.10
- มีเลือดออกง่าย	2	0.30
กลไกการบาดเจ็บรุนแรง		
- จากระถางจักรยานยนต์	470	59.30
- รถยนต์พลิกคว่ำ	86	10.90
- หกล้ม	88	11.10
- ได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ	36	4.50
- ถูกทำร้ายร่างกาย	48	6.10
- ตกจากที่สูง	38	4.80
- ถูกชนกระเด็น	30	3.80
- มีผู้อื่นเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ	72	9.10
- ถูกชนขณะเดิน	30	3.80
- ยานพาหนะอื่นๆ	52	6.60

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง ได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (N = 792)	ร้อยละ
ผลการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง		
- No intracranial hemorrhage	676	85.40
- Epidural hemorrhage	32	4.00
- Subdural hemorrhage	62	7.80
- Subarachnoid hemorrhage	40	5.10
- Brain contusion	12	1.50
- Intra-ventricular hemorrhage	12	1.50

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ((N = 792)				P = value
	ไม่มีเลือดออกในกะโหลก ศีรษะ (N = 676 คน)		มีเลือดออกในกะโหลก ศีรษะ (N = 116 คน)		
	N	%	N	%	
เพศ	676	100.00	116	100.00	0.002*
- ชาย	388	57.40	84	72.41	
- หญิง	288	42.60	32	27.59	
อายุ	676	100.00	116	100.00	0.054
- 0.1 – 10 ปี	16	2.37	0	0	
- 11 - 20 ปี	74	10.95	24	20.69	
- 21 - 30 ปี	126	18.64	24	20.69	
- 31 – 40 ปี	94	13.90	14	12.07	
- 41 – 50 ปี	96	14.20	14	12.07	
- 51 - 60 ปี	92	13.61	18	15.52	
- 61 – 70 ปี	88	13.02	8	6.90	
- 71 – 80 ปี	50	7.40	6	5.17	
- > 80 ปี	40	5.92	8	6.90	

ตารางที่ 2 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ((N = 792)				P = value
	ไม่มีเลือดออกในกะโหลก ศีรษะ (N = 676 คน)		มีเลือดออกในกะโหลก ศีรษะ (N = 116 คน)		
	N	%	N	%	
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP)	676	100.00	116	100.00	0.000*
- < 90 มม.ปรอท	6	0.89	0	0	
- 91 – 140 มม.ปรอท	462	68.34	26	22.41	
- 141 – 180 มม.ปรอท	196	29.00	78	67.24	
- > 180 มม.ปรอท	12	1.78	12	10.34	
- โรคความดันโลหิตสูง	302	44.67	40	34.48	0.48
- โรคเบาหวาน	190	28.11	22	18.97	0.40
- โรคหลอดเลือดสมอง	74	10.95	14	12.07	0.722
- โรคหัวใจ	40	5.92	6	5.17	0.751
- รับประทานยา ASA	272	40.24	40	34.48	0.241
- รับประทานยา Clopidogrel	0	0	2	1.72	0.001*
- รับประทานยา Doble anti - platelet	20	2.96	2	1.72	0.455
กลไกของการบาดเจ็บรุนแรง					
- รถจักรยานยนต์	406	60.06	64	55.17	0.322
- รถยนต์พลิกคว่ำ	64	9.47	22	18.97	0.002*
- หกล้ม	80	11.83	8	6.90	0.118
- ได้รับการกระทบกระเทือนที่ศีรษะ	28	4.14	8	6.90	0.118
- ถูกทำร้ายร่างกาย	44	6.51	4	3.45	0.202
- ตกจากที่สูง	32	4.73	6	5.17	0.838
- ถูกชนกระเด็น	22	3.25	8	6.90	0.058
- มีผู้อื่นเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ	46	6.80	26	22.41	0.000*
- ถูกชนขณะเดิน	22	3.25	8	6.90	0.058
- ยานพาหนะอื่นๆ	40	5.92	12	10.34	0.075

ตารางที่ 2 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ((N = 792)				P = value
	ไม่มีเลือดออกในกะโหลก ศีรษะ (N = 676 คน)		มีเลือดออกในกะโหลก ศีรษะ (N = 116 คน)		
	N	%	N	%	
อาการแสดง					
- อาเจียน	322	47.63	78	67.24	0.000*
- สลบ	412	60.95	86	74.14	0.007*
- ปวดศีรษะ	502	74.26	96	82.76	0.049*
- สูญเสียความทรงจำชั่วขณะ	168	24.85	28	24.14	0.869
- มีเลือดออกง่าย	0	0.00	2	1.72	0.001*
- ใช้เครื่องมือมีแอลกอฮอล์	202	29.88	44	37.93	0.075
Glasgow Coma Score	676	100.00	116	100.00	0.000*
- GCS = 15 คะแนน	524	77.51	36	31.03	
- GCS = 13 - 14 คะแนน	152	22.46	80	68.97	
ระยะเวลาเกิดเหตุจนถึง รพ.	676	100.00	116	100.00	0.128
- < 1 ชม.	464	68.64	78	67.24	
- 1 – 6 ชม.	192	28.40	38	32.76	
- > 6 ชม.	20	2.96	0	0.00	
ระยะเวลาเกิดเหตุจนถึงทำ CT	676	100.00	116	100.00	0.000*
- < 1 ชม.	2	0.30	6	5.17	
- 1 – 6 ชม.	640	94.67	110	94.83	
- 6 - 24 ชม.	30	4.44	0	0	
- > 24 ชม.	4	0.60	0	0	

ตารางที่ 3 ผลจากการทำ multivariable risk regression analysis ด้วยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงมีความเสี่ยงปานกลาง

ปัจจัย	P - value	Odds ratio	95% confidence interval
- GCS = 13 – 14 คะแนน	0.000	8.57	4.91 - 14.96
- เพศชาย	0.011	2.18	1.19 – 4.00
- ระยะเวลาเกิดเหตุถึงทำ CT (น้อยกว่า 1 ชั่วโมง)	0.001	0.02	0.00 – 0.24
- อาเจียน	0.004	2.33	1.30 – 4.17
- มีผู้อื่นเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ	0.050	2.20	0.99 - 4.89
- SBP 91 - 140	0.000	26.94	8.32 - 87.16
- SBP 141 - 180	0.012	4.22	1.36 – 13.02

ยา ASA, ยา Clopidogrel, รถจักรยานยนต์, รถยนต์พลิกคว่ำ, ใช้เครื่องมือมีแอลกอฮอล์, ปวดศีรษะ และมีเลือดออกง่าย ไม่พบความมีนัยสำคัญทางสถิติจากการทำ multivariable analysis

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ไม่รุนแรงมีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ 1) คะแนนความรู้สึกตัว 13 – 14 คะแนน 2) เพศชาย 3) อาเจียน 4) มีผู้อื่นเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงตรงข้ามคือ ระยะเวลาเกิดเหตุจนถึง CT น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในช่วง 60 นาทีแรกจะลดโอกาสการพบเลือดออกในสมอง

สำหรับในส่วนของ ค่าความดันโลหิตนั้น เนื่องจากข้อมูลมีการกระจุกตัวในช่วงความดันโลหิตซิสโตลิกช่วง 91 – 140 มม.ปรอท และ 141 – 180 มม.ปรอท ทำให้เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วไม่น่าเชื่อถือ พอผลออกมาพบความสัมพันธ์แล้วไม่สามารถอธิบายที่มาที่ไปได้ จึงขอตัดออกจากปัจจัยที่มีผลต่อความสัมพันธ์

ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงมีความเสี่ยงปานกลาง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จะใช้แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ⁽¹⁾แห่งประเทศไทย (Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury) ซึ่งมี 2 ทางเลือก คือ 1) ทำ CT หรือ 2) admitted และสังเกตอาการ ซึ่งแพทย์ที่ดูแลจะใช้แนวทาง คือ admitted และทำ CT ด้วยทุกราย เนื่องจากกรณีการฟ้องร้องในการดูแลผู้ป่วยมีมากขึ้น

จากการศึกษานี้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง ความเสี่ยงปานกลาง ในแต่ละพื้นที่ที่มีความเหมือนและความแตกต่างกันโดยขึ้นกับอายุ โรคประจำตัว การใช้ยาประจำตัว สาเหตุการเกิดการบาดเจ็บ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลางรวม 792 ราย เป็นข้อมูลของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่ผ่านการตรวจจากแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินทุกราย พบว่ามีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ 116 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.64 ดังนั้นงานวิจัยนี้น่าจะสามารถบอกถึงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะได้ ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยตามผลการศึกษา น่าจะมีความเสี่ยงต่ำต่อการมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ จึงอาจช่วยแพทย์ในการพิจารณาไม่ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทุกราย การปฏิบัติตามแนวทางการรักษา คือให้ admitted และสังเกตอาการซึ่งถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลง มีอาการผิดปกติ ให้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ จะทำให้อัตราการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ลดลง สามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ด้วย

งานวิจัยนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตลอด 1 ปี คือ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2563 บ่งบอกถึงข้อความเสี่ยงที่อาจพบร่วมในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง มีความเสี่ยงปานกลาง แล้วมีโอกาสเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีถึงร้อยละ 49.68 ในการดูแลรักษาแพทย์จะให้นอนโรงพยาบาลสังเกตอาการ พร้อมทั้งส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จากรายจากการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบว่าผลไม่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ร้อยละ 85.40 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อรับตัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้นอนโรงพยาบาลแล้วก็ให้สังเกตอาการ อาจไม่จำเป็นต้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร่วมด้วย^{7,8,10,11} ผลการวิจัยนี้สามารถช่วยบอกได้เพียงการทำนายปัจจัย และผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยนี้ไปประกอบในจัดทำแนวทางการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วย

กลุ่มนี้ ซึ่งอาจจะเพิ่มความมั่นใจของแพทย์ในการไม่ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง นอกจากนั้นผู้วิจัยอาจจะเก็บข้อมูลต่อไปว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะหรือไม่ต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังทำให้เกิดการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานสารสนเทศทางการแพทย์ และกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. นครชัย เพื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ กรุงเทพมหานคร :บริษัทพรอสเพอริสพลัส จำกัด. 2562
2. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ THAI RSC. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยบนท้องถนน 2021. Available from. <http://www.thairsc.com>
3. สุรกานต์ ยุทธเกษมสันต์. เอกสารเผยแพร่ในคณะทำงานจัดทำแนวเวชปฏิบัติ กรณีบาดเจ็บที่ศีรษะ. สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร, พฤศจิกายน 2561.
4. Levin HS. Outcomes from mild head injury. In : Narayan RK, Wilbergen JE, Povlishock JT, editors. Neurotrauma. New York, NY Mc Graw – Hill, 1996.
5. วสันต์ ลิ้มสุริยกันต์, พิมพ์กานต์ หล่อวนิชย์. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด

- เลือดออกในสมองในผู้บาดเจ็บศีรษะระดับความรุนแรงน้อยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. TUH Journal online Volume 4 No.3 September – December 2019
6. กรวรรณ หาญประกอบสุข, การสังเกตเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะของโรงพยาบาลลำปาง. วารสารกรมการแพทย์ ปี 42 ฉบับที่ 5 กันยายน – ตุลาคม 2560 ; 85 – 92
 7. Adam L Sharp, Ganesh Nagaraj, Ellen J Rippberger, Ernest Shen, Clifford J Swap. Computed Tomography use for adults with head injury. Academic Emergency Medicine, January 2017, Volume 24, No 1:22-30
 8. Saleh Salehi Azhabi, Hooman Rafiei, Faranak Torabi, Amir Salehi, Bareza Rezaei. Evaluation of causes of brain CT scan in patients with minor injury. International Journal of Surgery Open 27 2020 : 22-24
 9. Madhusudhan Nagesh. Role of repeat CT in mild to moderate head injury: an institutional Study. Neurosurg Focus 47 (5):E2, 2019
 10. J-L afGeijerstam, M Britton. Mild head injury: reliability of early computed tomographic Findings in triage for admission. Emerg Med J 2005; 22:103-107
 11. Dr.Lutfi KirdarKartal. Early and Delayed Ct Findings in Patients with Mild-to-Moderate Head Trauma Turkish Neurosurgery 2011, Vol:21, No:4, 591 – 598

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอนสำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

สุรัตน์ ผิวสว่าง

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Received: 12 ก.ย.64

Revised: 30 พ.ย.64

Accepted: 1 ธ.ค.64

บทคัดย่อ

บทนำ: การนอนหลับมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขนิสัยการนอนของทารกจากการศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ อิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครอง รูปแบบการกินของทารก พื้นอารมณ์ของเด็ก การศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อมในบ้าน/ครอบครัว ช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน และสภาพแวดล้อมในการนอน ยังมีข้อมูลที่จำกัด ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอน และความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดี สำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ Cross-sectional Analytic study เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามของผู้ปกครองที่พาบุตรหลานเข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือนเมษายน – กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 100 คน โดยจำแนกเป็นกลุ่มที่มีสุขนิสัยการนอนที่ดี ซึ่งต้องประกอบด้วย Sleep consolidation คือ การหลับกลางวันช่วงสั้นๆ และนอนในช่วงกลางคืนยาวอย่างต่อเนื่อง และ Sleep regulation คือ การควบคุมให้เริ่มนอนหลับได้ด้วยตนเอง และหลับต่อได้เองเมื่อตื่นกลางดึก

ผลการศึกษา: ความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดี คิดเป็นร้อยละ 7 ประกอบด้วยกลุ่มที่มี Sleep consolidation ร้อยละ 55 และ Sleep regulation ร้อยละ 9 โดยผู้ปกครองที่ร่วมวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กในฐานะบิดามารดา เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่มที่มีสุขนิสัยการนอนที่ดี ($P\text{-value}=0.003$) และกลุ่ม Sleep regulation ($P\text{-value}=0.014$) ในส่วนของกลุ่มที่มี Sleep consolidation พบว่า ปัจจัยเรื่องสถานะของบิดามารดาซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกันกับเด็ก เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.019$)

สรุป: บิดามารดาที่เป็นผู้ดูแลเด็ก มีบทบาทที่ส่งเสริมสุขนิสัยการนอนที่ดี และความสามารถในการควบคุมการนอนได้ด้วยตนเองของทารกได้มากกว่าบุคคลอื่น รวมถึงสถานะระหว่างบิดาและมารดาที่อยู่ร่วมกัน เป็นปัจจัยเสริมต่อการนอนในช่วงกลางคืนยาวต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยสร้างเสริมการนอนหลับที่มีคุณภาพ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก และป้องกันปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็กในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: ทารก, การนอนต่อเนื่อง, สุขนิสัยการนอน, การควบคุมการนอน

A Study of Factors Affecting Sleep Hygiene in One-Year-Old Children at Well Child Clinic, King Narai Hospital

Surat Piwsawang

Department of Pediatrics, King Narai Hospital

Abstract

Introduction: Sleep is essential to a child's growth and development. The factors affecting the sleep hygiene of the infants from past studies were the relationship between parents and children, eating patterns, and children's temperament. However, Studies of other factors such as home/family environment, bedtime, activities before going to bed and sleeping environment provided limited information. Therefore, this research investigated factors affecting sleep hygiene and prevalence of good sleep hygiene in 1-year-old children.

Methods: In this cross-sectional study, data were collected using questionnaires from 100 parents having 1-year-old children who received medical services from Well Child Clinic, King Narai Hospital from April to September 2021. Data were divided into good and poor sleep hygiene. The good sleep hygiene group consisted children with sleep consolidation, a short nap during the day and a continuous sleep during the night and those with sleep regulation, the ability to start falling asleep on their own and sleep when awake.

Results: The prevalence of good sleep hygiene was 7%, divided into 55% sleep consolidation and 9% sleep regulation. In the good sleep hygiene group and the sleep regulation group, paternal and maternal relationship was a statistically significant factor (p -value = 0.003, 0.014). In the sleep consolidation group, parents' marital status was a statistically significant factor (P -value=0.019).

Conclusion: Parents could better promote their children's healthy sleeping hygiene than others. Infants' self-regulating ability to sleep and parents' marital status were supporting factors contributing to a continuous sleep during the night, good sleep hygiene, and the optimal development and growth of children and preventing behavioral problems of children in the future.

Keyword: Infant, Sleep consolidation, Sleep hygiene, Sleep regulation

บทนำ

การนอนหลับไม่ใช่เป็นเพียงการพักผ่อนเท่านั้น แต่สมองมีกระบวนการทำงานทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อนเกิดขึ้นมากมาย ทั้งระยะเวลา คุณภาพ และมีโครงสร้างแบบแผนการนอนที่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความจำเป็นในการดำรงชีวิต¹ โดยระยะเวลาการนอนหลับแต่ละช่วงจะเพิ่มขึ้นตามอายุ เด็ก 3 เดือนแรกจะนอนช่วงละ 3-4 ชั่วโมง และเพิ่มขึ้นเป็น 6-8 ชั่วโมงต่อครั้งเมื่ออายุ 4-6 เดือน วัยทารกจะมีพัฒนาการการนอนหลับช่วงสั้นๆ ในตอนกลางวันและนอนหลับในช่วงกลางคืนยาวอย่างต่อเนื่องได้ (Sleep consolidation) ซึ่งพบได้ร้อยละ 70-80 ของเด็กอายุ 9 เดือน และในวัยนี้เด็กสามารถเรียนรู้การควบคุมให้เริ่มนอนหลับได้ด้วยตนเอง และหลับต่อได้เองเมื่อตื่นขึ้นมากลางดึก โดยผู้ปกครองไม่ต้องช่วยเหลือ (Sleep regulation)² การส่งเสริมเชื่อมโยงกิจกรรมก่อนการเข้านอนตามวัยที่เหมาะสมของเด็ก เริ่มได้ตั้งแต่อายุ 2-4 เดือน อาจจะทำให้นมและกล่อมจนเคลิ้มหลับก่อนวางลงบนที่นอน หลังอายุ 6 เดือนเมื่อเด็กง่วงนอนสามารถให้วางให้เด็กนอนหลับบนที่นอนได้ด้วยตนเอง³

การนอนหลับมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพและระยะเวลาไม่เพียงพอจากปัญหาการนอนหลับต่างๆ ส่งผลถึงพัฒนาการด้านสติปัญญา ความจำ สมาธิ พฤติกรรมชน/อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ความสัมฤทธิ์ผลทางการเรียน อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด โกรธง่าย ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่สบายตัวอ่อนเพลียเมื่อเช้า รวมถึงการเจริญเติบโตของเด็กและภาวะตึงเครียดในครอบครัว เนื่องจากผู้ปกครองมักจะได้รับผลกระทบจากปัญหาการนอนหลับของเด็กด้วย⁴⁻⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขนิสัยการนอนของเด็กมากมาย Libby Averill Rosen ศึกษาในปี 2008 พบว่า ลักษณะการนอนของทารกมีอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กและผู้ปกครองเป็นอย่างมาก โดยพบว่ารูปแบบของการกินของทารก และพื้นที่อารมณ์ของเด็กมีผลต่อลักษณะการนอนของเด็กแต่ละคน⁶ ในปี 2016 Ni Jian และคณะ ได้ศึกษา Emotional availability หรือความสามารถของผู้ปกครองในการตอบสนองทางอารมณ์อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเด็ก การมีเวลาคุณภาพด้วยกัน การจัดรูปแบบตารางการเตรียมเข้านอนกับลูก การเล่นและพูดคุยกับเด็กก่อนเวลาเข้านอน กับพัฒนาการการนอนของทารก พบว่าการมี Emotional availability ที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพการนอนของทารก ทั้งนี้ยังพบว่า พื้นที่อารมณ์ของเด็ก ก็ส่งผลต่อ Emotional availability ของผู้ปกครองด้วยเช่นกัน⁷ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Barbara M. และคณะในปี 2015 ที่พบว่าพื้นที่อารมณ์ของเด็กที่ไม่ดี สัมพันธ์กับปัญหาการนอน ระยะเวลาในการที่จะนอนยาวต่อเนื่อง และการตื่นนอนช่วงกลางคืน ในขณะที่ความเครียดของมารดา สัมพันธ์กับระยะเวลาในการนอนกลางวันของทารก บ่งชี้ให้เห็นว่า ทารกและลักษณะของมารดาส่งผลต่อการนอนที่แตกต่างกันออกไป⁸ การศึกษาเกี่ยวกับมื้ออาหารก่อนนอนกับการนอนของทารก โดย M. L. Macknin และคณะ ในปี 1989 พบว่า การให้อาหารก่อนทารกจะเริ่มเข้านอน ไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพการนอนตลอดคืนของทารก⁹ Rachel Butler และคณะ ศึกษาเปรียบเทียบการใช้จุลหุลอก เปรียบเทียบกับ การดูนิวของเด็กตามธรรมชาติ ว่าส่งผลต่อการนอนของทารกอย่างไร พบว่า เด็กทารกที่ดูนิว มีการตื่นกลางดึกน้อยกว่า และสามารถนอนยาวในช่วงเวลากลางคืนได้นานกว่า¹⁰

ความชุกของปัญหาการนอนในเด็ก ช่วงวัยทารก โดยการศึกษาของ Ariel A Williamson และคณะ ในปี 2019 โดยเก็บข้อมูลจากรายงานของผู้เลี้ยงดู พบว่าร้อยละ 17.1 มีปัญหาในการนอน¹¹ ส่วนการศึกษาของ Kelly C. และคณะในปี 2011 ซึ่งใช้ข้อมูลแบบสอบถามจากมารดาของเด็ก พบว่าเด็กทารกมีปัญหาในการนอนอยู่ที่ร้อยละ 21¹²

การคัดกรองปัญหาการนอนหลับ โดยใช้เครื่องมือลักษณะเป็นแบบสอบถามที่มักใช้อยู่ในปัจจุบัน มักเป็นการคัดกรองปัญหาการนอนหลับในช่วงที่อายุ 2 ปีขึ้นไป เช่น BEARS ซึ่งเป็นการคัดกรองการนอนหลับในเด็ก แบ่งเป็น 5 หัวข้อของการนอนหลับ คือ 1. B: Bedtime problems หรือปัญหาการเข้านอน 2. E: Excessive daytime sleepiness หรือการง่วงนอนอย่างมากตอนกลางวัน 3. A: awakenings during night หรือการตื่นกลางดึก 4. R: Regularity and duration of sleep หรือความสม่ำเสมอและระยะเวลาการนอนหลับ และ 5. S: Snoring หรือการนอนกรน เครื่องมือนี้มีตัวอย่างคำถามที่เหมาะสมกับเด็กอายุ 2-18 ปี¹³ แต่ด้วยข้อจำกัดของช่วงอายุ ทำให้การคัดกรองสุขนิสัยการนอนของเด็กอาจล่าช้า ซึ่งหากเราสามารถคัดกรองด้วยแบบสอบถาม หรือข้อคำถามที่ง่ายต่อกุมารเวชปฏิบัติ โดยยึดหลักการที่ว่าเด็ก 1 ปี ควรจะมี Sleep consolidation และ Sleep regularity แล้ว น่าจะช่วยในการค้นหาปัญหาเบื้องต้น และให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ปกครอง เพื่อนำไปปรับใช้ก่อนที่จะเกิดปัญหาต่อเด็กมากขึ้นในอนาคตได้

กุมารแพทย์มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโต พัฒนาการและพฤติกรรมอย่างเหมาะสมกับบริบทของเด็ก ร่วมกับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ครอบครัวและสังคม ซึ่งบทบาทนี้มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลรักษาและป้องกันโรคหรือ

ความผิดปกติตามระบบต่างๆ ของร่างกาย¹⁴

คลินิกสุขภาพเด็กดี กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชให้บริการประเมินการเจริญเติบโต คัดกรองพัฒนาการ และบริการวัคซีนในทุกช่วงวัยของเด็ก ตั้งแต่อายุ 1 เดือนจนถึง 4 ปี คณะผู้ทำวิจัยเล็งเห็นว่าช่วงอายุที่เหมาะสมในการประเมินสุขภาพการนอนของเด็ก คือช่วงอายุ 1 ปี ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของเด็กทารก ไปสู่เด็กวัยเตาะแตะ โดยในเวชปฏิบัติที่ผ่านมาพบว่า เด็กส่วนใหญ่ยังไม่สามารถที่จะนอนหลับยาวได้ด้วยตนเองได้ จึงเป็นสิ่งที่น่าศึกษาว่า ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อสุขภาพการนอนของเด็กในช่วงวัยนี้ และความชุกของเด็กที่ไม่สามารถนอนต่อเนื่องในเวลากลางคืน รวมถึงไม่สามารถควบคุมการนอนหลับด้วยตนเอง และหลับต่อได้เองเมื่อตื่นกลางดึก ในคลินิกเด็กดีของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นเท่าไร นอกจากนี้หากพบว่ามีปัญหาในสุขนิสัยการนอนของเด็กในช่วงวัยดังกล่าว จะสามารถช่วยให้คำแนะนำเพิ่มเติมอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมอื่น ๆ ที่มีสาเหตุจากการสุขภาพการนอนที่ไม่เหมาะสมตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอนสำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. ศึกษาถึงความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดีสำหรับเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามหลัก: ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขนิสัยการนอนของเด็กอายุ 1 ปี มีปัจจัยใดบ้าง

คำถามรอง: ความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดีของเด็กอายุ 1 ปี ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นเท่าไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

ทำการศึกษาแบบ Cross-sectional analytic studies โดยเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย จากกลุ่มผู้ปกครองที่พาบุตรหลานเข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โดยคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากตารางสำเร็จรูปของ ทาโร ยามาเน¹⁵ ที่สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 และระดับความเชื่อมั่น 95% โดยขนาดประชากรเด็กอายุ 1 ปีที่รับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชใน 1 ปีอยู่ที่ประมาณ 500 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ความคลาดเคลื่อน (e) ที่ $\pm 10\%$ ตามตาราง คือ 83 คน เก็บตัวอย่างเพิ่มเติมเพื่อป้องกันข้อผิดพลาด รวมทั้งสิ้น 100 คน

Inclusion criteria

- 1) เป็นผู้ปกครองของเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 12 เดือน ไปจนถึงไม่เกิน 14 เดือน
- 2) อ่านและเขียนตอบคำถามแบบสอบถามภาษาไทยได้

Exclusion criteria

- 1) ผู้เข้าร่วมงานวิจัย ไม่สามารถตอบแบบสอบถามจนครบถ้วนสมบูรณ์

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น: ปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู ปัจจัยจากตัวเด็กสภาพแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว ช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมในการนอน

ตัวแปรตาม: สุขนิสัยการนอนที่ดี ซึ่งรวมถึงจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอน ช่วงเวลาความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่อง (Sleep consolidation) และความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของ

ตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย (Sleep regulation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสุขนิสัยการนอนของเด็ก แบ่งเป็น ความถี่ในการนอน จำนวนชั่วโมงในการนอน วิธีที่ผู้ปกครองใช้ในการพาบุตรหลานเข้านอน ช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอนช่วงกลางคืน การตื่นนอนช่วงเวลากลางคืน สภาพแวดล้อมในการนอน โดยแบบสอบถามออกแบบโดยอ้างอิงข้อคำถามบางส่วนจากแบบคัดกรองการนอน BEARS¹³ โดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชกรรมพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม และมีการแจกแบบสอบถามนำร่อง (pilot) ให้กลุ่มผู้ปกครองทดลองตอบ เพื่อทดสอบความเข้าใจของคำถามในแบบสอบถาม

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสงานวิจัย KNH 06/2564 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการรับอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โดยใช้การติดป้ายประกาศประชาสัมพันธ์ ภายในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่ออาสาสมัครติดต่อสนใจเข้าร่วม คณะผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณสมบัติตามที่ระบุไว้ในงานวิจัย อาสาสมัครอ่านรายละเอียดคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย อาสาสมัครทำแบบสอบถาม

งานวิจัย รวมใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที คณะผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบเสร็จสมบูรณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมดครบตามจำนวนแล้ว นำมาแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ดี และกลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ไม่ดี โดยเกณฑ์ที่ใช้แบ่งกลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ดี คือ มีทั้ง Sleep consolidation และ Sleep regularity ซึ่งจะต้องประกอบด้วย มีเวลานอนรวมทั้งหมดภายใน 24 ชั่วโมง มากกว่า 12 ชั่วโมงขึ้นไป นอนหลับกลางวันไม่เกิน 2 ครั้ง นอนหลับยาวช่วงกลางคืนมากกว่า 8 ชั่วโมงขึ้นไป สามารถเริ่มนอนหลับได้ด้วยตนเอง และหลับต่อได้เองเมื่อตื่นขึ้นมากลางดึกโดยผู้ปกครองไม่ต้องช่วยเหลือ

2) กลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ไม่ดี คือ กลุ่มที่ไม่เข้ากับสุขนัยการนอนที่ดีข้างต้น

นำข้อมูลที่ได้มาหาความชุกของสุขนัยการนอนที่ดีโดยใช้สถิติ ร้อยละ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยด้านต่างๆ ที่ได้จากแบบสอบถาม เปรียบเทียบผลต่อสุขนัยการนอนที่ดี ว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติ Chi-squared test และ Fisher's Exact test

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 100 คน สามารถจำแนกตามลักษณะนัยการนอนได้เป็นกลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ดี ร้อยละ 7 กลุ่มที่มีจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอน ช่วงเวลาความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่อง (Sleep consolidation) ร้อยละ 55 และกลุ่มที่มีความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย (Sleep regulation) ร้อยละ 9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความชุกของสุขนัยการนอน

ลักษณะสุขนัยการนอน	เข้าเกณฑ์	ไม่เข้าเกณฑ์	ความชุก (ร้อยละ)
สุขนัยการนอนที่ดี	7	93	7
Sleep consolidation	55	45	55
Sleep regulation	9	91	9

กลุ่มที่มีสุขนัยการนอนที่ดีมี จำนวน 7 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 4 คน (57.14%) น้ำหนักเฉลี่ย 9.35 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 71 เซนติเมตร ข้อมูลในส่วนของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว แสดงดังตารางที่ 2 โดยปัจจัยที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความสัมพันธ์ของ

ผู้ตอบแบบสอบถามที่อยู่ในฐานะบิดา/มารดาของเด็ก (P-value=0.003) ส่วนปัจจัยในด้านของช่วงเวลาและกิจกรรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมภายในห้องนอน ไม่พบปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และปัจจัยที่มีผลต่อสุขนัยการนอนที่ดี

ข้อมูลทั่วไป	สุขนัยการนอนที่ดี (n=7)	สุขนัยการนอนที่ไม่ดี (n=93)	P-value *Fisher's Exact
<u>ข้อมูลของเด็ก</u>			
เพศ ชาย	4 (57.14%)	56 (60.21%)	1*
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	9.35	9.89	0.995
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	71	74.44	0.184
สถานที่เกิด รพ.รัฐบาล	7 (100%)	90 (96.77%)	1*
อายุครรภ์ ครบกำหนด	7 (100%)	84 (90.32%)	1*
น้ำหนักแรกเกิด 2,501-4,000 กรัม	6 (85.71%)	73 (78.49%)	0.933
ประวัติพัฒนาการล่าช้า ไม่ล่าช้า	6 (85.71%)	78 (83.87%)	1*
สถานะของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน	6 (85.71%)	79 (84.95%)	0.773
พื้นอารมณ์ ปรับตัวง่าย	7 (100%)	80 (86.02%)	0.570
ภาวะโภชนาการ อาหารตามวัย 3 มื้อ	7 (100%)	56 (60.21%)	0.219
<u>ข้อมูลของผู้ปกครอง</u>			
เพศ หญิง	5 (71.42%)	84 (90.32%)	0.170*
อายุเฉลี่ย (ปี)	25.28	29	0.263
ระดับการศึกษา ม.ปลาย/ปวช	5 (71.42%)	28 (30.1%)	0.249
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 20,001-40,000 บาท	4 (57.14%)	36 (38.7%)	0.880
ความสัมพันธ์กับเด็ก บิดา/มารดา	6 (85.71%)	88 (94.62%)	0.003
ผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก บิดา/มารดา	6 (85.71%)	65 (69.9%)	0.837
<u>สิ่งแวดล้อมในบ้าน/ครอบครัว</u>			
ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านเดี่ยว/ทาวน์เฮ้าส์	6 (85.71%)	82 (88.17%)	0.423
ลักษณะสมาชิก ครอบครัวเดี่ยว	5 (71.42%)	75 (80.65%)	0.625*
เด็กคนอื่นในบ้าน ไม่มีเด็กคนอื่น	4 (57.14%)	55 (59.14%)	1*
<u>ช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน</u>			
เวลาที่เริ่มเข้านอน 20:01-22:00 น.	4 (57.14%)	54 (58.06%)	0.802
การแปรงฟัน แปรงเป็นประจำทุกวัน	4 (57.14%)	35 (37.63%)	0.509
กิจกรรมสุดท้ายก่อนนอน อ่านนิทาน	3 (42.86%)	39 (41.94%)	0.623
ความสม่ำเสมอของกิจกรรม สม่ำเสมอ	4 (57.14%)	57 (61.29%)	1*
<u>สภาพแวดล้อมในห้องนอน</u>			
เตียงที่นอน เดี่ยวเดียวกับผู้ปกครอง	7 (100%)	89 (85.7%)	1*
แสงไฟ ปิดไฟมืดสนิท	4 (57.14%)	35 (38.04%)	0.497
เสียง ปิดเสียงทุกชนิดเงียบสนิท	6 (85.71%)	54 (58.7%)	0.454

เมื่อแบ่งกลุ่มย่อยในกลุ่มที่มีจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอน ช่วงเวลาความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่องในการนอน (Sleep consolidation) มีจำนวน 55 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 33 คน (60%) น้ำหนัก

เฉลี่ย 10 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 74.39 เซนติเมตร ในส่วนของผู้ปกครองที่ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว กลุ่มเด็กที่มี Sleep consolidation แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep consolidation

ข้อมูลทั่วไป	มี Sleep consolidation (n=55)	ไม่มี Sleep consolidation (n=45)	P-value *Fisher's Exact
<u>ข้อมูลของเด็ก</u>			
เพศ ชาย	33 (60%)	27 (60.9%)	1*
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	10.0	9.68	0.435
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	74.39	73.6	0.135
สถานที่เกิด รพ.รัฐบาล	53 (96.36%)	44 (97.78%)	1*
อายุครรภ์ ครบกำหนด	51 (92.73%)	40 (88.89%)	0.728
น้ำหนักแรกเกิด 2,501-4,000 กรัม	45 (81.82%)	34 (75.56%)	0.370
ประวัติพัฒนาการล่าช้า ไม่ล่าช้า	49 (89.09%)	35 (77.78%)	0.171*
สถานะของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน	51 (92.73%)	34 (75.56%)	0.019
พื้นอารมณ์ ปรับตัวง่าย	51 (92.73%)	36 (80%)	0.167
ภาวะโภชนาการ อาหารตามวัย 3 มื้อ	35 (63.64%)	28 (62.22%)	0.259
<u>ข้อมูลของผู้ปกครอง</u>			
เพศ หญิง	48 (87.27%)	41 (91.11%)	0.750
อายุเฉลี่ย (ปี)	28.62	28.89	0.130
ระดับการศึกษา ม.ปลาย/ปวช	18 (32.73%)	15 (33.33%)	0.259
อาชีพ ลูกจ้างชั่วคราว	11 (20%)	5 (11.11%)	0.214
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว น้อยกว่า 20,001 บาท	25 (46.30%)	27 (60%)	0.339
ความสัมพันธ์กับเด็ก บิดา/มารดา	52 (94.55%)	42 (93.33%)	0.555
ผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก บิดา/มารดา	44 (80%)	27 (60%)	0.080
<u>สิ่งแวดล้อมในบ้าน/ครอบครัว</u>			
ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านเดี่ยว/ทาวน์เฮ้าส์	48 (87.27%)	40 (88.89%)	0.311
ลักษณะสมาชิก ครอบครัวเดี่ยว	42 (76.36%)	38 (84.44%)	0.452*
เด็กคนอื่นในบ้าน ไม่มีเด็กคนอื่น	30 (54.55%)	29 (64.44%)	0.414*

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep consolidation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือปัจจัยในด้านสถานะของบิดามารดาที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ที่ $p\text{-value} = 0.019$ ส่วนปัจจัยด้านช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมในห้องนอน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อแบ่งกลุ่มย่อยในกลุ่มที่มีความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย (Sleep regulation) มีจำนวน 9 คน โดยแบ่งเป็นเพศชาย 6 คน (66.67%) น้ำหนักเฉลี่ย

9.55 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 72.2 เซนติเมตร ในส่วนของข้อมูลผู้ปกครอง และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน/ครอบครัว แสดงดังตารางที่ 4 จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep regulation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือปัจจัยในด้านผู้ตอบแบบสอบถามมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดากับเด็ก ที่ $p\text{-value} = 0.017$ ส่วนปัจจัยในด้านของช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนเข้านอน สภาพแวดล้อมในห้องนอน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep regulation

ข้อมูลทั่วไป	มี Sleep regulation (n=9)	ไม่มี Sleep regulation (n=91)	P-value *Fisher's Exact
ข้อมูลของเด็ก			
เพศ ชาย	6 (66.67%)	54 (59.34%)	0.738*
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	9.55	9.83	0.895
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	72.2	74.36	0.227
สถานที่เกิด รพ.รัฐบาล	9 (100%)	88 (96.7%)	1*
อายุครรภ์ ครบกำหนด	9 (100%)	82 (90.1%)	1*
น้ำหนักแรกเกิด 2,501-4,000 กรัม	7 (77.78%)	72 (79.12%)	0.472
ประวัติพัฒนาการล่าช้า ไม่ล่าช้า	8 (88.89%)	76 (83.52%)	1*
สถานะของบิดามารดา อยู่ด้วยกัน	8 (88.89%)	77 (84.62%)	0.769
พื้นอารมณ์ ปรับตัวง่าย	9 (100%)	78 (85.71%)	0.478
ภาวะโภชนาการ อาหารตามวัย 3 มื้อ	7 (77.78%)	56 (61.54%)	0.630
ข้อมูลของผู้ปกครอง			
เพศ หญิง	7 (77.78%)	82 (90.10%)	0.257*
อายุเฉลี่ย (ปี)	26.78	28.93	0.418
ระดับการศึกษา ม.ปลาย/ปวช	5 (55.56%)	28 (30.77%)	0.633
อาชีพ พนักงานบริษัท/ลูกจ้างชั่วคราว/ ธุรกิจส่วนตัว/พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2 (22.22%)	24 (26.37%)	0.813
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว น้อยกว่า 20,000 บาท	5 (55.56%)	47 (52.22%)	0.944
ความสัมพันธ์กับเด็ก บิดา/มารดา	8 (88.89%)	86 (94.51%)	0.014
ผู้ดูแลเด็กเป็นหลัก บิดา/มารดา	8 (88.89%)	63 (69.23%)	0.663

ตารางที่ 4 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย และปัจจัยที่มีผลต่อ Sleep regulation

ข้อมูลทั่วไป	มี Sleep regulation (n=9)	ไม่มี Sleep regulation (n=91)	P-value *Fisher's Exact
<u>สิ่งแวดล้อมในบ้าน/ครอบครัว</u>			
ลักษณะที่อยู่อาศัย บ้านเดี่ยว/ทาวน์เฮ้าส์	8 (88.89%)	80 (87.91%)	0.548
ลักษณะสมาชิก ครอบครัวเดี่ยว	7 (77.78%)	73 (80.22%)	1*
เด็กคนอื่นในบ้าน ไม่มีเด็กคนอื่น	6 (66.67%)	55 (58.24%)	0.733*

อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า เด็กอายุ 1 ปีที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีสุขนิสัยการนอนที่ดีอยู่ที่ร้อยละ 7 จำแนกเป็นกลุ่มที่มีจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอน ช่วงเวลา ความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่องในการนอน (Sleep consolidation) ร้อยละ 55 และกลุ่มที่มีความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย (Sleep regulation) ร้อยละ 9 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น พบความชุกของปัญหาการนอนในเด็ก ร้อยละ 17.1-21¹¹⁻¹² จะเห็นได้ว่าสุขนิสัยการนอนที่ไม่ดี ซึ่งเป็นปัญหาการนอนในเด็กจากการศึกษานี้พบได้สูงกว่าในทุกการศึกษาที่ผ่านมา อาจเนื่องมาจากปัจจัยจากด้านตัวเด็กและผู้ปกครอง สภาพสังคม การเลี้ยงดู รวมถึงนิยามของปัญหาการนอนที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละการศึกษา

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อสุขนิสัยการนอนที่ดี จำแนกเป็นปัจจัยจากตัวเด็กเอง การศึกษาก่อนหน้านี้ของ Libby Averill Rosen ในปี 2008 ที่พบว่า ลักษณะการนอนของทารกมีอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครองเป็นอย่างมาก โดยพบว่ารูปแบบของการกินของทารก และพื้นอารมณ์ของเด็ก มีผลต่อลักษณะการนอนของเด็กแต่ละคน⁶ การศึกษานี้ได้ศึกษาถึงปัจจัยของรูปแบบการกินและพื้นอารมณ์ของเด็กเช่นกัน

แต่ไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านผู้ปกครอง พบว่าผู้ปกครองที่ร่วมวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กในสถานะบิดามารดา เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีสุขนิสัยการนอนที่ดี และสุขนิสัยการนอนที่ไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงกลุ่ม Sleep regulation ด้วย ในส่วนของ Sleep consolidation พบว่า ปัจจัยเรื่องสถานะของบิดามารดาซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกันกับเด็ก เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ Sleep consolidation อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ni Jian และคณะ ที่พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเด็ก การมีเวลาคุณภาพด้วยกัน ส่งผลต่อคุณภาพการนอนของทารก⁷ ซึ่งผู้ปกครองที่เป็นบิดา/มารดาโดยตรง และมีสถานะที่อยู่ร่วมกันน่าจะเป็นส่วนเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อเด็กได้มากกว่าบุคคลอื่น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านและครอบครัว ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสุขนิสัยการนอนที่ดีของเด็ก

ปัจจัยด้านช่วงเวลาและกิจกรรมก่อนการเข้านอนพบว่า การให้อาหารก่อนทารกจะเริ่มเข้านอน ไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพการนอนตลอดคืนของทารก เช่นเดียวกับการศึกษาของ M.L. Macknin และคณะในปี 1989⁹

ข้อเสนอแนะ

ด้วยบริบทของวัฒนธรรมไทย ที่เด็กมักจะนอนร่วมกับผู้ปกครอง ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมทางฝั่งตะวันตก การที่เด็กจะเริ่มสามารถมีจำนวนหรือปริมาณชั่วโมงในการนอนช่วงเวลา ความสม่ำเสมอในการนอน คุณภาพในการนอน และความต่อเนื่องในการนอนที่ดี รวมถึงความสามารถในการควบคุมการนอนหลับของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามวัย อาจจะแตกต่างจากเด็กที่ได้รับการฝึกฝนการนอนด้วยตนเองตั้งแต่อายุน้อยๆ เหมือนวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้ความชุกของสุขนิสัยการนอนที่ดีมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก การศึกษาเพิ่มเติมในช่วงอายุอื่นๆ เช่น วัยเตาะแตะ (อายุ 1-3 ปี) วัยปฐมวัย (3-6 ปี) น่าจะทำให้เห็นแนวโน้มของสุขนิสัยการนอนที่ดีของเด็กไทยได้ชัดเจนมากขึ้น และการศึกษาต่อเนื่องเพื่อหาความสัมพันธ์ของสุขนิสัยการนอนที่ดีกับลักษณะพฤติกรรมของเด็ก รวมถึงการเจริญเติบโตด้านร่างกายในช่วงวัยต่อมา น่าจะเป็นหัวข้อในการศึกษาวิจัยอีกหัวข้อหนึ่งที่น่าสนใจ สำหรับผู้ที่ศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อจำกัด

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในเรื่องกลุ่มประชากร ข้อมูลที่ได้อาจเป็นเพียงแค่กลุ่มประชากรที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเพียงเท่านั้น หากต้องการข้อมูลเพื่อให้เป็นตัวแทนในระดับที่ใหญ่ขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มากขึ้นต่อไป

สรุปผลการวิจัย

การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพและระยะเวลาไม่เพียงพอจากปัญหาการนอนหลับต่างๆ ส่งผลถึงพัฒนาการด้านสติปัญญา ความจำ สมาธิ พฤติกรรมนอน/อยู่ไม่นิ่ง

หุ่นหันปล้นเล่น การตัดสินใจการแก้ปัญหา อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด ซึมเศร้า ความรู้สึกไม่สบายตัว รวมถึงการเจริญเติบโตของเด็กและภาวะตั้งเครียดในครอบครัว ในทางกลับกันพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อคุณภาพการนอนของเด็กเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาหลากหลายการศึกษาที่ผ่านมา

การศึกษานี้ช่วยให้เห็นถึงผลกระทบต่อสุขนิสัยการนอนของเด็ก โดยเฉพาะกลุ่มที่ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดามารดา รวมถึงสถานะความสัมพันธ์ของบิดามารดา ที่ส่งผลกลับมาถึงตัวเด็ก กุมารแพทย์มีบทบาทสำคัญในการช่วยระบุปัญหา ประเมินสุขนิสัยการนอน รวมถึงการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพให้เข้าใจ และเห็นถึงความสำคัญของการฝึกสุขนิสัยการนอนให้แก่เด็กตั้งแต่วัยทารก เพื่อเป็นปัจจัยเสริมที่ดีต่อการพัฒนาในด้านร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการของเด็กต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ทิพวรรณ วรรณคุณาชัย. การนอนและปัญหาการนอน. ใน: สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, บรรณาธิการ. ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง; 2561. หน้า 529-533.
2. Owens JA. Sleep Medicine. In: Kliegman RM, Stanto BF, Schor NF, St. Geme III JW, Behrman RE, editors. Nelson Textbook of Pediatrics, 20th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. P. 111-123.
3. Mindell JA, Owens JA. A Clinical Guide to Pediatric sleep: Diagnosis and Management of Sleep Problems. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

4. ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย. การนอนและ พัฒนาการ. ใน: ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, รวีวรรณ รุ่งไพวัลย์, สุรีย์ลักษณ์ สุจิตพงศ์, วีรศักดิ์ ชลไชยะ, บรรณาธิการ. ตำรา พัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 3 การดูแลเด็กสุขภาพดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2556. หน้า 157.
5. Ina S. Santos, Diego G. Bassani, Alicia Matijasevich, et al. Infant sleep hygiene counseling (sleep trial): protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry (2016) 16:307.
6. Libby Averill Rosen. Infant sleep and feeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. Nov-Dec 2008; 37(6):706-14.
7. Ni Jian and Douglas M. Teti. Emotional availability at bedtime, infant temperament, and infant sleep development from 1 to 6 months. Sleep Med. 2016 July; 23:49-58.
8. Barbara M. Sorondo and Bethany C. Associations between infant temperament, maternal stress, and infants' sleep across the first year of life. Infant Behav Dev. 2015 May; 39:131-135.
9. M L Macknin, S V Medendorp, M C Maier. Infant sleep and bedtime cereal. Am J Dis Child. 1989 Sep; 143(9):1066-8.
10. Rachel B., Melisa Moore., Jodi A Mindell. Pacifier Use, Finger Sucking, and Infant Sleep. Behav Sleep Med. Nov-Dec 2016; 14(6): 615-23.
11. Ariel A. Williamson, Jodi A. Mindell, Harriet Hiscock, Jon Quach. Child sleep behaviors and sleep problems from infancy to school-age. Sleep Med. 2019 November; 63:5-8.
12. Kelly C. Byars, Kimberly Yolton, Joseph Rausch, Bruce Lanphear, Dean W. Beebe. Prevalence, Patterns, and Persistence of Sleep Problems in the First 3 Years of Life. 2011 September. In www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-0372
13. Bhargava S. Diagnosis and management of common sleep problems in children. Pediatr Rev 2011; 32(3):91-9.
14. Brazelton TB. Developmental framework of infants and children: a future for pediatric responsibility. J Pediatr 1983; 102:967-72.
15. อีรุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.

การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ เพื่อช่วยเพิ่มการมองเห็นตับอ่อน

บุศยรินทร์ ศุภาโกลนันท

กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

Received: 22 ก.ย.64

Revised: 8 ธ.ค.64

Accepted: 7 พ.ย.64

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การอัลตราซาวด์ช่องท้องสามารถตรวจหาความผิดปกติได้หลายอวัยวะ โดยมักพบว่ามีข้อจำกัดในการตรวจตับอ่อน โดยแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กบดบังตับอ่อนและอาจทำให้การตรวจตับอ่อนไม่สมบูรณ์ มีเทคนิคที่แนะนำในการเพิ่มการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์โดยให้ผู้รับการตรวจอัลตราซาวด์ดื่มน้ำและการทำอัลตราซาวด์ในท่านั่งเพื่อเปลี่ยนตำแหน่งของแก๊สในทางเดินอาหารและให้น้ำไปแทนที่แก๊ส แต่สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาอย่างแพร่หลาย

วิธีการศึกษา: การศึกษาไปข้างหน้า โดยคัดเลือกผู้ที่มารับการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องในช่วงกรกฎาคม-กันยายน 2564 จำนวนรวม 236 คน หลังจากทำการอัลตราซาวด์ตามมาตรฐานในท่านอนหงายแล้วจึงให้ผู้รับการตรวจนั่งร่วมกับดื่มน้ำเปล่า 300 มิลลิลิตร และทำการอัลตราซาวด์ช่องท้องเพื่อดูลักษณะตับอ่อนอีกครั้ง เก็บข้อมูลพื้นฐานได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่านวณดัชนีมวลกาย ข้อมูลที่ได้นำมาแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องท่านอนหงายและหลังการดื่มน้ำในท่านั่ง ทั้งนี้ในกลุ่มผู้มารับการตรวจทั้งหมดมีกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนด้วย

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยแบบวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ และในท่านอนหงาย คิดเป็น 2.61 ± 0.56 และ 1.52 ± 0.83 ตามลำดับ มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) รวมถึงกลุ่มผู้รับการตรวจอัลตราซาวด์ที่มีดัชนีมวลกายสูงเข้าเกณฑ์น้ำหนักเกินและภาวะอ้วนพบว่าประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนดีขึ้นในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ โดยมีค่าเฉลี่ยแบบวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ และในท่านอนหงาย คิดเป็น 2.45 ± 0.60 และ 1.26 ± 0.78 ตามลำดับ มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$)

สรุป: การอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อน เปรียบเทียบกับการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านอนหงาย

คำสำคัญ: ตับอ่อน, ท่านั่ง, อัลตราซาวด์

Abdominal Ultrasonography in Upright Sitting Posture with Water-Filled Stomach for the Improvement of Visualization of Pancreas

Butsayarin Supakomolnun

Division of Radiology, Somdetphraphutthaloetla Hospital

Abstract

Objective: Abdominal ultrasonography is used to detect the abnormality of multiple organs, but it is often found to have a limitation in pancreatic evaluation. This limitation is caused by gas in the gastrointestinal tract which obscures underlying the pancreatic structure and may cause an incomplete evaluation of pancreas. A recommended technique to improve the sonographic visualization of pancreas is scanning in the upright position with water-filled stomach. Such technique allows the relocation of gas and water replacement. However, this technique is not extensively studied in Thailand.

Methods: This study was a prospective study with data collected during July-September 2021 from 236 patients undergoing abdominal ultrasonography. After standard abdominal ultrasonography of pancreas in the supine position, the patients were requested to drink approximately 300 ml of water while in the upright sitting position. Then, the second ultrasonography was performed to evaluate the pancreas. The patients' demographic data including age, sex, weight, and height were also collected and analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Paired sample t-test was also adopted for comparing the average visualization of typical pancreatic scanning to the average visualization of pancreatic scanning in the upright sitting position with water-filled stomach. A number of participants undergoing abdominal ultrasonography also were overweight and obese patients.

Results: The means for the visualization efficiency of the abdominal ultrasonography in the upright sitting position with water-filled stomach and in the supine position were 2.61 ± 0.56 and 1.52 ± 0.83 , respectively with statistical significance ($p = .000$). The visualization of ultrasonography in the upright sitting position with water-filled stomach of the overweight and obese patients also improved when compared to the supine position according to the respective means of 2.45 ± 0.60 and 1.26 ± 0.78 with statistical significance ($p = .000$).

Conclusion: This study concluded that the abdominal ultrasonography in the upright sitting position with water-filled stomach improved the efficiency of the visualization of pancreas compared to the abdominal ultrasonography in the supine position.

Keywords: Pancreas, Upright sitting position, Ultrasonography

บทนำ

การตรวจอัลตราซาวด์เป็นหนึ่งในวิธีการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งใช้กันแพร่หลายในโรงพยาบาลต่างๆ บริเวณที่มักใช้การตรวจโดยการอัลตราซาวด์คือช่องท้อง สำหรับคลื่นอัลตราซาวด์ที่ใช้ทางการแพทย์มีความถี่ 1-20 เมกะเฮิรตซ์ การตรวจอัลตราซาวด์เพื่อการวินิจฉัยมีพลังงานต่ำกว่าที่ใช้ในภาพภาพบำบัด หรือการทำลายเซลล์มะเร็ง โดยคลื่นเสียงที่ปล่อยจากหัวตรวจจะกระทบเนื้อเยื่อทำปฏิกิริยาเกิดการสะท้อนกลับสู่หัวตรวจ ซึ่งคลื่นที่สะท้อนกลับมากจะมี ความหนาแน่น และคุณสมบัติที่ต่างกันตามลักษณะที่แตกต่างกันของแต่ละเนื้อเยื่อนำสัญญาณที่ได้รับมาประมวลผลและสร้างเป็นภาพขึ้นมา การตรวจอัลตราซาวด์มีข้อดีคือปลอดภัยจากรังสี สามารถใช้ตรวจความผิดปกติได้หลายอวัยวะ มีการเตรียมตัวของผู้รับการตรวจที่ไม่ยุ่งยาก

แต่การตรวจอัลตราซาวด์มีข้อจำกัดกับตัวกลางบางชนิด เช่น อากาศทำให้เกิดเงา artifact หรือกระดูก จะสะท้อนสัญญาณคลื่นกลับทั้งหมดไม่สามารถผ่านไปยังเนื้อเยื่อที่อยู่ด้านหลังได้ รวมถึงการตรวจในคนที่ผิวนิ่งหน้าท้องหนาทำได้ยาก เนื่องจากคลื่นต้องผ่านเนื้อเยื่อที่หนา แม้การใช้คลื่นที่มีความถี่ต่ำเพื่อเพิ่มการทะลุทะลวงไปสู่เนื้อเยื่อที่ลึกแต่ทำให้ได้ภาพที่มีความละเอียดต่ำ จึงมีข้อจำกัดในการตรวจผู้ที่มีผิวนิ่งหน้าท้องหนา และอวัยวะที่ลึกและถูกบดบังโดยแก๊สในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น เช่นบริเวณตับอ่อน^{1,2,3}

อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะเพื่อช่วยเพิ่มการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ เช่น การให้ผู้รับการตรวจอัลตราซาวด์ดื่มน้ำ ให้ทำอัลตราซาวด์ในท่านอนตะแคงให้ผู้รับการอัลตราซาวด์เบ่งลมท้อง

การทำอัลตราซาวด์ในท่าศีรษะสูงหรือท่านั่ง หรือการใช้ยาบางชนิดเพื่อช่วยลดแก๊สในทางเดินอาหาร^{1,3,4,5,6} สำหรับประโยชน์ของการตรวจในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ ช่วยลดแก๊สที่บดบังการมองเห็นตับอ่อน โดยน้ำจะแทนที่แก๊สในกระเพาะอาหาร ส่วนแก๊สจะไปอยู่ในส่วนของ gastric fundus นอกจากนี้ น้ำยังช่วยเป็น acoustic window ร่วมกับการตรวจอัลตราซาวด์ในท่านั่งส่วนของตับเคลื่อนลงมาเป็น acoustic window รวมถึงทางเดินอาหารส่วนต้นจะเคลื่อนที่ต่ำลงเล็กน้อย^{3,6,7}

การศึกษาของ Crade และคณะ¹ ให้ผู้รับการตรวจอัลตราซาวด์ดื่มน้ำ 300 มิลลิลิตร ในท่า right lateral decubitus จากนั้นจึงเปลี่ยนท่าทางจากนอนหงายเป็น slight right side down decubitus และ severe right side down decubitus ขณะน้ำเคลื่อนที่ตามทางเดินอาหารส่วน gastric body, antrum และ duodenum ตามลำดับ พบว่าทำให้ตรวจอัลตราซาวด์ตับอ่อนได้ดีขึ้น โดยการเปลี่ยนท่าทางช่วยให้น้ำแทนที่แก๊ส ลด artifact และน้ำในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กช่วยทำให้ขอบเขตทางกายวิภาคของตับอ่อนได้ดีขึ้น บางสถาบันกำหนดให้มีการดื่มน้ำร่วมกับการอัลตราซาวด์ในท่านั่ง หรือ Fowler's position หลังจากการตรวจอัลตราซาวด์ปกติ^{3,7}

การใช้ยาบางชนิดเพื่อลดการบีบตัวของทางเดินอาหารส่วนต้น หรือลดแก๊สในทางเดินอาหารช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง โดยเฉพาะเมื่อทำอัลตราซาวด์ในท่านั่ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ishigami และคณะ⁸ เปรียบเทียบการใช้ยารับประทานสองชนิด (simethicone และ simethicone-coated cellulose) เพื่อช่วยเพิ่มการมองเห็นตับอ่อนจาก

การอัลตราซาวด์ช่องท้อง สรุปว่าการใช้ยา
ร่วมกับตรวจนั่ง (sitting upright position)
ช่วยเพิ่มการมองเห็นตับอ่อนได้ดีขึ้นโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งส่วน tail เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ใช้ยา
และทำการตรวจในท่านอนหงาย

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการมองเห็น
ตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ในท่านั่งร่วมกับ
การดื่มน้ำ ในผู้ที่มารับการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง
ซึ่งอาจนำไปใช้เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจ
อัลตราซาวด์ตับอ่อนในเวชปฏิบัติต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบการมองเห็นตับอ่อน
จากอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ
เปรียบเทียบกับอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านอน
หงาย

วัสดุและวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา, ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) จากผู้ที่มารับการตรวจอัลตราซาวด์
ช่องท้องที่โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
จังหวัดสมุทรสงคราม ช่วงระหว่างเดือน
กรกฎาคมถึงกันยายน 2564 คำนวณจาก
ยอดเฉลี่ยผู้มารับบริการตรวจอัลตราซาวด์
ช่องท้องปี 2559 ถึง 2563 มีผู้มารับบริการเฉลี่ย
580 คนต่อปี ค่าความคาดเคลื่อนของการ
สุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้คือ 0.05 นำมาเข้าสู่สูตร
คำนวณจะได้จำนวนประชากรทั้งสิ้น 236 ราย

สูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973
อ้างใน อีรวุฒิ เอกพกุล, 2543)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการ

สุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 236 ราย
ใช้การสุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยไม่ใช้
ความน่าจะเป็นแบบบังเอิญ (accidental sampling) ซึ่งผู้เข้ารับการวิจัยมาจากผู้รับ
การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องที่มีอายุระหว่าง
18 ถึง 90 ปี โดยมีเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือผู้ที่ไม่สามารถนั่งทำอัลตราซาวด์ได้
ผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดที่กระเพาะอาหาร
ผู้ที่ไม่สามารถดื่มน้ำได้เช่นมีภาวะกลืนลำบาก
หรือสำลักบ่อย ผู้ที่มีโรคประจำตัวซึ่งต้องจำกัด
ปริมาณน้ำ ได้แก่โรคหัวใจ และโรคไต โดยผู้
เข้ารับการวิจัยครั้งนี้ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยและ
ได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย การวิจัยนี้ผ่าน
การพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระ
พุทธเลิศหล้า เก็บข้อมูลเพศ อายุ น้ำหนัก
ส่วนสูงเพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย (body mass index) ดัชนีมวลกาย (body mass index)
สำหรับประชากรไทย แสดงในหน่วย กก./ม²
โดยค่าน้อยกว่า 18.5 แสดงถึง อยู่ในเกณฑ์
น้ำหนักน้อยหรือผอม, ค่าระหว่าง 18.5 – 22.9
แสดงถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ, ค่าระหว่าง 23 – 24.9
แสดงถึง น้ำหนักเกิน, ค่าระหว่าง 25 – 29.9
แสดงถึง โรคอ้วนระดับที่ 1, ค่ามากกว่า 30 ขึ้นไป
แสดงถึง โรคอ้วนระดับที่ 2

ผู้ทำการตรวจอัลตราซาวด์ประเมิน
ลักษณะตับอ่อนโดยประเมินการมองเห็นตับอ่อน
ทั้งสามส่วนคือ ส่วนต้น (head) ส่วนกลาง (body)

และส่วนปลาย (tail) และวัดการมองเห็นตับอ่อน โดยใช้ แบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล (Case record form)
2. แบบวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้อง

โดยแบบวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้อง ใช้ประกอบการวิจัยเพื่อเป็นเครื่องมือช่วยวัดการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้อง ในการประเมินนี้แบ่งการมองเห็นตับอ่อนออกเป็นสามส่วน คือส่วนต้น (head) ส่วนกลาง (body) และส่วนปลาย (tail) โดยรังสีแพทย์ผู้ทำการอัลตราซาวด์เป็นผู้ประเมินการมองเห็นตับอ่อนโดยให้คะแนนในแต่ละส่วนของตับอ่อนที่มองเห็นจากการอัลตราซาวด์ส่วนละหนึ่งคะแนน ซึ่งในแต่ละส่วนของตับอ่อนที่พบจะต้องมีตำแหน่งทางกายวิภาคตามที่ระบุในแบบวัดประสิทธิภาพ และสามารถบอกขอบเขตได้ชัดเจนแยกจาก retroperitoneal fat หรืออวัยวะข้างเคียงได้ รวมถึงสามารถให้การวินิจฉัยได้ว่าปกติหรือผิดปกติได้ จึงจะถือว่าตรวจพบตับอ่อนในส่วนนั้นและแทนด้วย 1 คะแนน แล้วจึงรวมคะแนนที่ได้ (0 ถึง 3 คะแนน) ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ตรวจไม่พบตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ครั้งนี้ หรือ เห็นเพียงเลือนรางไม่สามารถบอกขอบเขตในแต่ละส่วนของตับอ่อนได้ รวมถึงไม่สามารถให้การวินิจฉัยว่าปกติ หรือ ผิดปกติได้

1 หรือ 2 คะแนน หมายถึง ตรวจพบตับอ่อนแต่ไม่สมบูรณ์ โดยตรวจพบเพียงบางส่วนหนึ่งหรือ สองส่วน

3 คะแนน หมายถึง ตรวจพบตับอ่อนโดยสมบูรณ์ทั้งสามส่วน

แบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้อง ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวนสามท่านซึ่งมีประสบการณ์ทางด้านรังสีแพทย์ 9 ปี 14 ปี และ 19 ปี โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence, IOC) ใช้สูตรดังนี้ (ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์และอจรา ขำนิประศาสน์, 2547)

สูตรในการคำนวณ

$$IOC = \Sigma R/N$$

Σ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

R = คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อคำถามแต่ละข้อ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบการวัดประสิทธิภาพ มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.89 แปลผลได้ว่าแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้อง สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

วิธีการวิจัยและการเก็บข้อมูล

ผู้ทำการตรวจอัลตราซาวด์เป็นรังสีแพทย์สองคนที่มีประสบการณ์การทำงาน 19 ปี และ 3 ปี ทำการตรวจอัลตราซาวด์ตับอ่อน ผู้มารับการตรวจอัลตราซาวด์มารับการตรวจช่วงเช้า ใช้ระยะเวลาในการตรวจประมาณ 15 นาที ได้รับคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนรับการตรวจ โดยให้งดอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 6 ชั่วโมง (ยกเว้นยาประจำตัวและน้ำเปล่า) ใช้หัวตรวจแบบ convex และเครื่องอัลตราซาวด์ (Aplio a, Canon Medical Systems, USA)

เริ่มต้นตรวจในท่านอนหงาย แนะนำให้ผู้รับการตรวจหายใจเบา ๆ ตลอดการตรวจ ผู้ทำการตรวจอัลตราซาวด์ปรับภาพตามความเหมาะสม เช่น ปรับความถี่, gain, focal zone, ความครอบคลุมของภาพ (field of view) ในการเก็บภาพใช้การเขียนกำกับร่วมกับใช้รูปประกอบ (labeling and body mark) หลังจากทำการอัลตราซาวด์ในท่านอนหงายแล้วจึงให้ผู้รับการตรวจนั่ง (sitting upright position) และดื่มน้ำเปล่า 300 มิลลิลิตร และทำการตรวจอัลตราซาวด์ดูลักษณะตับอ่อนอีกครั้งในท่านั่งหลังจากดื่มน้ำทันที โดยรังสีแพทย์ผู้ทำการตรวจเก็บข้อมูลแยกจากกันโดยอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, วิเคราะห์ทางสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากอัลตราซาวด์ช่องท้องทั้งในท่านอนหงายและในท่านั่งร่วมกับดื่มน้ำในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาทั้งหมด และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ซึ่งมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 โดยใช้สถิติ Paired sample t-test การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดย

ใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 23.0 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วิเคราะห์ความเที่ยงระหว่างรังสีแพทย์ผู้ประเมินแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้อง (inter-rater reliability) ด้วยสหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra-class correlation, ICC) โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยมีค่าความเที่ยงระหว่างรังสีแพทย์ผู้ประเมินการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านอนหงาย ICC=0.934 และค่าความเที่ยงระหว่างรังสีแพทย์ผู้ประเมินการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ ICC=0.946 จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น แปลผลได้ว่าความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับดีมาก (Portney and Watkins, 2015)

ผลการศึกษา

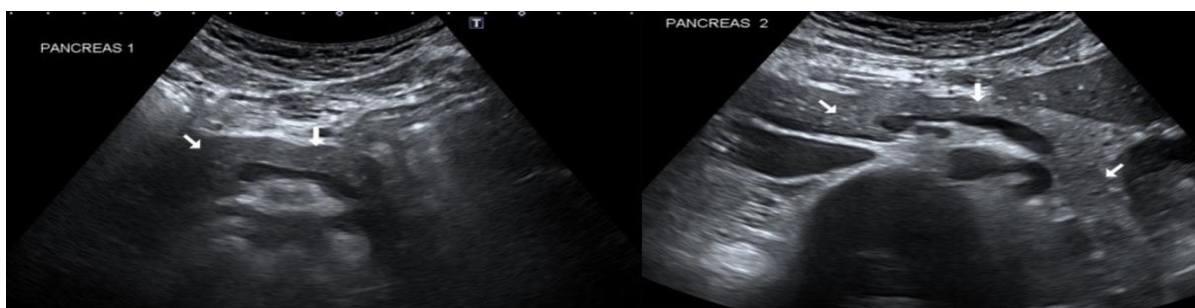
ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 236 ราย ได้รับการอัลตราซาวด์ช่องท้องเพื่อดูตับอ่อนในท่านอนหงาย จึงให้ผู้รับการตรวจนั่งร่วมกับดื่มน้ำเปล่า 300 มิลลิลิตร และทำการตรวจอัลตราซาวด์ดูลักษณะตับอ่อนอีกครั้งในท่านั่งหลังจากดื่มน้ำทันที โดยมีร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ร้อยละ)	Mean±SD
อายุ(ปี)	n/a	56.42±15.37
เพศ		
ชาย	110(46.6)	n/a
หญิง	126(53.4)	n/a
ดัชนีมวลกาย(กก./ม ²)		
<18.5	9(3.8)	n/a
18.5-22.9	74(31.4)	n/a
23-24.9	43(18.2)	n/a
25-29.9	73(30.9)	n/a
≥30	37(15.7)	n/a

รูปที่ 1 แสดงลักษณะตับอ่อนที่พบจากการอัลตราซาวด์ ภาพ pancreas 1 แสดงในท่านอนหงาย โดยมีค่าแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องเป็น 2 เนื่องจากเห็นตับอ่อนสองส่วน คือ ส่วนต้น (head) และส่วนกลาง (body) และ

ภาพ pancreas 2 แสดงในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ โดยมีค่าแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องเป็น 3 เนื่องจากเห็นตับอ่อนทั้งสามส่วน (head, body, tail)



เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านอนหงายเปรียบเทียบกับท่านั่ง

ร่วมกับการดื่มน้ำ พบว่าประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนดีขึ้นในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแบบวัดประสิทธิภาพการมองเห็นระดับอ่อนจากการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

ข้อมูล	ท่านอนหงาย Mean $\pm$ SD	ท่านั่งร่วมกับดื่ม Mean $\pm$ SD	P-value*
แบบวัดประสิทธิภาพการมองเห็นระดับอ่อนในผู้รับการตรวจทั้งหมด (N=236)	1.52 $\pm$ 0.83	2.61 $\pm$ 0.56	.000
แบบวัดประสิทธิภาพการมองเห็นระดับอ่อนในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน (N=153)	1.26 $\pm$ 0.78	2.45 $\pm$ 0.60	.000

*Paired sample t-test

การมองเห็นระดับอ่อนในแต่ละส่วน จากอัลตราซาวด์ในท่านอนหงาย คิดเป็นส่วนต้น 55.5% ส่วนกลาง 86.4% ส่วนปลาย 10.2% เปรียบเทียบกับท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำคิดเป็น

ส่วนต้น 95.8 % ส่วนกลาง 100% ส่วนปลาย 65.3% พบว่าการมองเห็นในแต่ละส่วนของตับอ่อนดีขึ้นดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละการมองเห็นระดับอ่อนแต่ละส่วนจากการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

ข้อมูล	ท่านอนหงาย จำนวน(ร้อยละ)	ท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ จำนวน(ร้อยละ)
ในผู้รับการตรวจทั้งหมด (N=236)		
ตับอ่อนส่วนต้น	131(55.5)	226(95.8)
ตับอ่อนส่วนกลาง	204(86.4)	236(100)
ตับอ่อนส่วนปลาย	24(10.2)	154(65.3)
ในผู้ที่มีน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน (N=153)		
ตับอ่อนส่วนต้น	61(39.9)	143(93.5)
ตับอ่อนส่วนกลาง	126(82.4)	153(100)
ตับอ่อนส่วนปลาย	6(3.9)	79(51.6)

ในกลุ่มผู้รับการตรวจอัลตราซาวด์ที่มีดัชนีมวลกายสูงเข้าเกณฑ์น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ซึ่งมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นระดับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านอนหงายเปรียบเทียบกับท่านั่ง

ร่วมกับการดื่มน้ำ พบว่าประสิทธิภาพการมองเห็นระดับอ่อนดีขึ้นในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 2 การมองเห็นระดับอ่อนในแต่ละส่วนจากการอัลตราซาวด์ในท่านอนหงาย คิดเป็นส่วนต้น 39.9% ส่วนกลาง 82.4% ส่วนปลาย 3.9% เปรียบเทียบ

กับทำนึ่งร่วมกับการต้อนน้ำคิดเป็นส่วนต้น 93.5% ส่วนกลาง 100% ส่วนปลาย 51.6% พบว่าการมองเห็นในแต่ละส่วนของตับอ่อนดีขึ้นดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบการมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านอนหงายเปรียบเทียบกับทำนึ่งร่วมกับการต้อนน้ำ พบว่าค่าเฉลี่ยแบบการวัดประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนดีขึ้นในทำนึ่งร่วมกับการต้อนน้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ และพบการมองเห็นตับอ่อนเพิ่มขึ้น ในทุกส่วนทั้งส่วนต้น ส่วนกลางและส่วนปลาย (pancreatic head, body and tail) จากการอัลตราซาวด์ ในทำนึ่งร่วมกับการต้อนน้ำ แผลผลได้ว่าการอัลตราซาวด์ช่องท้องในทำนึ่งร่วมกับการต้อนน้ำ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนเปรียบเทียบกับท่านอนหงาย

จากการวิจัยนี้พบว่าการต้อนน้ำและทำอัลตราซาวด์ในทำนึ่งทำให้มีประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากการมี acoustic window ที่ดีขึ้นโดยการแทนที่แก๊สด้วยน้ำในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น รวมถึงการเคลื่อนที่ต่ำลงของตับอ่อน สำหรับการใช้น้ำ-filled stomach/liquid-filled stomach เช่น การศึกษาของ Orth⁵ ถึงการฉีด glucagon ร่วมกับการต้อนน้ำ พบว่าตรวจอัลตราซาวด์ตับอ่อนในส่วน head ได้ดีขึ้น โดย water-filled stomach and duodenum ช่วยเป็น acoustic window, น้ำแทนที่แก๊สในทางเดินอาหาร และเนื่องจาก glucagon ช่วยลด peristalsis ทำให้น้ำอยู่ในทางเดินอาหารนานขึ้น หรือ liquid-filled stomach ในการศึกษาของ Okaniwa⁷

แนะนำให้ผู้รับการตรวจต้อนน้ำ หรือขา 200-300 มิลลิลิตร อัลตราซาวด์ในทำนึ่ง หรือ Fowler's position พบว่าช่วยเพิ่มการมองเห็นส่วน body และ tail

สำหรับการต้อนน้ำปริมาณ 300 มิลลิลิตร แล้วทำการตรวจอัลตราซาวด์ทันที เนื่องจากทางเดินอาหารส่วนต้นมีการบีบตัวแบบ high muscular tone และ active peristalsis ทำให้มี rapid gastric emptying และการทำให้เกิด complete distension เป็นไปได้ยาก^{1,5} ในงานวิจัยฉบับนี้ไม่ได้ใช้ยาอื่นร่วมด้วยจึงทำการอัลตราซาวด์หลังต้อนน้ำทันทีเพื่อให้น้ำยังอยู่ในทางเดินอาหารส่วนต้น ข้อจำกัดของเทคนิคการต้อนน้ำก่อนการอัลตราซาวด์ คือความรู้สึกไม่สะดวกสบายของผู้รับการตรวจ เนื่องจากเกิด short gastric emptying time จากการ adequate distension ในระยะเวลาอันสั้น ทำให้ผู้รับการตรวจอัลตราซาวด์มีความรู้สึกไม่สบายตัว และเพิ่มระยะเวลาในการตรวจ หรือการเคลื่อนตัวลงต่ำของ retroperitoneal organ (pancreas) ทำให้มีการมองเห็นที่ยังถูกบดบังจากลำไส้เล็กส่วนอื่น

แม้ว่าตับอ่อนจะเป็น retroperitoneal organ แต่ตับอ่อนสามารถเปลี่ยนตำแหน่งได้บ้างหากเปลี่ยนท่าทางในการตรวจ³ จึงมีคำแนะนำให้ผู้รับการตรวจเปลี่ยนท่าทางขณะรับการตรวจอัลตราซาวด์โดยการให้ผู้รับการตรวจอัลตราซาวด์อยู่ในทำนึ่ง ทำให้แก๊สในกระเพาะอาหารลอยขึ้นไปอยู่ในส่วนของ gastric fundus ส่วนของตับเคลื่อนลงมาเป็น acoustic window รวมถึงทางเดินอาหารส่วนต้นจะเคลื่อนที่ต่ำลงเล็กน้อย^{3,6,7} หากผู้รับการตรวจนอนในท่า right lateral decubitus จะช่วยเพิ่มการมองเห็นของตับอ่อนส่วน body และ tail ส่วนการตรวจใน

ท่า left lateral decubitus จะช่วยเพิ่มการมองเห็น
 ตับอ่อนส่วน head และ uncinate process^{3,7}
 ปัญหาที่มักพบในผู้สูงอายุที่มารับการตรวจมักมี
 อาการเวียนศีรษะหลังจากเปลี่ยนท่าทางหลาย
 ครั้ง หากสามารถใช้การตรวจในท่านั่งร่วมกับการ
 ดื่มน้ำอาจทำให้ผู้มารับการตรวจได้รับความ
 สะดวกมากขึ้น บางสถาบันได้กำหนด
 pancreatic protocol ในการตรวจอัลตราซาวด์
 ส่วน pancreato-biliary area หลังจากทำการ
 ตรวจ conventional screening of pancreas
 โดยบางสถาบันให้ผู้รับการตรวจในท่า Fowler's
 position โดยใช้เตียงที่ปรับเอนได้ร่วมกับการใช้
 เทคนิค liquid-filled stomach โดยให้ดื่มน้ำ
 หรือชา 300 มิลลิตรก่อนทำการตรวจ พบว่า
 อัตราการตรวจพบ pancreatic cyst เพิ่มขึ้น
 ขึ้นเมื่อเทียบกับการตรวจอัลตราซาวด์ปกติ และ
 แนะนำว่าหากใช้การตรวจในท่า Fowler's
 position ควรใช้เตียงที่ปรับเอนได้จะช่วยลดการ
 เกร็งตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องของผู้รับการตรวจ^{3,7}

งานวิจัยฉบับนี้เมื่อพิจารณาในผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงเข้าเกณฑ์น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน
 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบการวัดประสิทธิภาพ
 การมองเห็นตับอ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้อง
 ในท่านอนหงายเปรียบเทียบกับท่านั่งร่วมกับการ
 ดื่มน้ำ พบว่าค่าเฉลี่ยแบบการวัด
 ประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อนดีขึ้นในท่านั่ง
 ร่วมกับการดื่มน้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 $p < 0.05$ และจากการวิเคราะห์การมองเห็นตับ
 อ่อนจากการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่ง
 ร่วมกับการดื่มน้ำ พบการมองเห็นตับอ่อนเพิ่มขึ้น
 ในทุกส่วนทั้งส่วนต้น ส่วนกลางและส่วนปลาย
 (pancreatic head, body and tail) เมื่อเปรียบเทียบกับ
 การอัลตราซาวด์ในท่านอนหงาย

การตรวจอัลตราซาวด์ในคนที่ผิวน้ำ
 หน้าท้องหนาทำได้ยากเนื่องจากคลื่นอัลตราซาวด์
 ต้องผ่านตัวกลางที่หนา การศึกษาก่อนหน้านี้⁹
 พบว่าอัลตราซาวด์ช่องท้องในผู้ที่มี body fat
 น้อย (ดัชนีมวลกายปกติ) ให้ภาพอัลตราซาวด์ที่มี
 คุณภาพดีกว่าผู้ที่มี body fat มากกว่า (ดัชนีมวล
 กายมากกว่า 25.0) รวมถึงการที่มีค่าดัชนีมวล
 กายสูงสัมพันธ์กับการที่ตับอ่อนอยู่ในตำแหน่ง
 ลึกกว่า และมี abdominal fat, mesenteric
 fat ที่มากกว่า² และนอกจากนี้ การที่มี
 subcutaneous fatty tissue ที่หนาในชั้นผนัง
 หน้าท้องยังมีผลต่อคุณภาพของภาพอัลตราซาวด์
 โดยภาพลดความคมชัด และ เกิด darker
 parenchymal echogenicity ของอวัยวะกว่า
 ความจริง¹⁰

ข้อจำกัดในการตรวจอัลตราซาวด์ เมื่อมี
 ตัวกลางที่เป็นแก๊สทำให้เกิดเป็น dirty
 shadowing และ artifact โดยปัจจัยที่มีผลต่อ
 การเพิ่มแก๊สในทางเดินอาหารเช่น อาหารบาง
 ชนิด ภาวะลำไส้อุดตัน (intestinal obstruction)
 การเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารที่ผิดปกติ
 (motility disorder) การติดเชื้อ โรคลำไส้
 แปรปรวน (irritable bowel syndrome)¹¹
 เป็นต้น รวมถึงภาวะจุลินทรีย์ในลำไส้เล็ก
 เจริญเติบโตมากผิดปกติ (small intestinal
 bacterial overgrowth) อันเป็นภาวะที่มีแบคทีเรีย
 ในลำไส้เล็กมากเกินไป 10^5 CFU/ml of colonic-type
 bacteria from intestinal aspirates¹² ซึ่งส่งผล
 ต่อการดูดซึมสารอาหาร ทำให้เกิดความผิดปกติ
 อาการที่อาจพบได้เช่น ท้องอืด ปวดท้อง หรือ
 อาจไม่มีอาการซึ่งมักพบในกลุ่มผู้สูงอายุ
 ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรส่วนมากที่เข้ารับการ
 รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและรับการตรวจ

ultrasound ช่องท้อง เป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบได้บ่อยของการเพิ่มแก๊สในทางเดินอาหาร ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัยรวมถึง ภาวะอ้วน^{13, 14} การศึกษาของ Marsico และคณะ² พบว่าในกลุ่มทดลองที่มีดัชนีมวลกาย, รอบเอว และผนังหน้าท้องที่มากกว่า มีการมองเห็นจากการทำอัลตราซาวด์ภายในช่องท้องได้ยากกว่าเมื่อเทียบกับอีกกลุ่ม และมีความสัมพันธ์กับแก๊สในทางเดินอาหารที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังเชื่อว่าภาวะอ้วนซึ่งอ้างอิงจากดัชนีมวลกายสูง และรอบเอวที่มาก อาจสัมพันธ์กับการมีแก๊สในทางเดินอาหารมาก และอาจมาจากภาวะจุลินทรีย์ในลำไส้เล็กเจริญเติบโตมากเกินไป (small intestinal bacterial overgrowth) จากงานวิจัยฉบับนี้ การอัลตราซาวด์ตับอ่อนในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำจึงช่วยเพิ่มการมองเห็นตับอ่อน โดยน้ำแทนที่แก๊สในทางเดินอาหารที่มากในกลุ่มผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูง

ข้อสรุป

การอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการมองเห็นตับอ่อน เปรียบเทียบกับการอัลตราซาวด์ช่องท้องในท่านอนหงาย

ข้อเสนอแนะ

1. แม้ว่าจะมีคำแนะนำให้ผู้รับการตรวจเปลี่ยนท่าทางขณะรับการตรวจอัลตราซาวด์โดยนอนตะแคงในท่าต่างๆ แต่ผู้สูงอายุที่มารับการตรวจมักมีปัญหาเวียนศีรษะจากการเปลี่ยนท่าทาง และบางรายไม่เข้าใจว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร รวมถึงความไม่สะดวกสบายในการเปลี่ยนท่าทางการตรวจในผู้ที่ตัวใหญ่อาจพิจารณาใช้การตรวจในท่านั่งร่วมกับการดื่ม

น้ำอาจทำให้ผู้รับการตรวจได้รับความสะดวกมากขึ้น

2. นอกจากนี้อาจพิจารณาใช้เป็น protocol เพิ่มเติมในการตรวจ pancreato-biliary area ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง หรือกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงซึ่งมักจะทำการตรวจได้ยากกว่าเนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มและความปลอดภัยกว่าการ pre-medication ด้วยยา

3. ข้อจำกัด ของงานวิจัยนี้ ไม่มี independent review ผลการตรวจอัลตราซาวด์ไม่ได้เปรียบเทียบท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำกับท่าอื่น เช่นท่า Fowler's position ท่า lateral decubitus เป็นต้น

4. งานวิจัยต่อยอดอาจทำการศึกษาเปรียบเทียบการตรวจในท่านั่งร่วมกับการดื่มน้ำ อาจจัดหาให้มีเตียงปรับได้เพื่อให้ผู้รับการตรวจในท่า Fowler's position หรือการได้รับยาบางตัวก่อนทำการตรวจ เช่น simethicone เปรียบเทียบความคุ้มค่าในการได้รับยาก่อนการตรวจ รวมถึงการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินซึ่งมักมีข้อจำกัดในการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

เอกสารอ้างอิง

1. Crade M, Taylor K, Rosenfield AT. Water distention of the gut in the evaluation of the pancreas by ultrasound. Am J Roentgenol 1978;131:348-9. doi: 10.2214/ajr131.2.348.
2. Marsico M, Gabbani T, Casser T, Biagini MR. Factors predictive of improved abdominal ultrasound visualization after oral administration of simethicone.

- Ultrasound Med Biol 2016;42:2532-7.doi: 10.1016/j.ultrasmedbio .2016.06.024.
3. Ashida R, Tanaka S, Yamanaka H, Okagaki S, Nakao K, Fukuda J, et al. The role of transabdominal ultrasound in the diagnosis of early stage pancreatic cancer: Review and single-center experience. *Diagnostics* 2019;9(1). doi: 10.3390/diagnostics9010002.
 4. MacMahon H, Bowie JD, Beezhold C. Erect scanning of pancreas using a gastric window. *Am J Roentgenol* 1979;132:587-91doi: 10.2214/ajr.132.4.587.
 5. Orth OD. Sonography of the pancreatic head aided by water and glucagon. *RadioGraphics* 1987;7:185-100. doi: 10.1148/radiographics.7.1. 3329359.
 6. Radiologykey. Pancreas [Internet]. 2016 [cited 2019 May 29]. Available from <https://radiologykey.com/pancreas-16/>
 7. Okaniwa S. How dose ultrasound manage pancreatic disease?Ultrasound findings and scanning maneuvers. *Gut Liver* 2019;14(1):37-46. doi:10.5009/gnl18567.
 8. Ishigami K, Abu-Yousef DM, Kao SC, Abu-Yousef MM. Comparison of 2 Oral ultrasonography contrast agents simethicone-coated cellulose and simethicone-water rotation in improving pancreatic visualization. *Ultrasound Q* 2014;30(2):135-8. doi: 10.1097/RUQ.0000000000000052.
 9. Brahee DD, Ogedegbe C, Hassler C, Nyirenda T, Hazelwood V, Morchel H, et al. Body mass index and abdominal ultrasound image quality: A pilot survey of sonographers. *J Diagn Med Sonogr* 2013;29(2):66-72. doi: 10.1177/8756479313476919.
 10. Haberkorn U, Layer G, Rudat V, Zuna I, Lorenz A, Kaick GV. Ultrasound image properties influenced by abdominal wall thickness and composition. *J Clin Ultrasound* 1993;21(7):423-9. doi: 10.1002/jcu.1870210704.
 11. Jabar AA, Abbas I, Mishah N, Wazan M, Tomehy M. Effect of adding a capsule with activated charcoal to abdominal ultrasound preparation on image quality. *J Ultrason* 2020;20(80):e12-e17. doi: 10.15557/JoU.2020.0003.
 12. King CE, Toskes PP. Small intestine bacterial overgrowth. *Gastroenterology* [Internet]. 1979 [cited 2021 Sep 2]; 76 :1035–55. Available from: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(79\)91337-4/pdf?referrer=https%3A%2F%2Fonlinelibrary.wiley.com%2FCrossref](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(79)91337-4/pdf?referrer=https%3A%2F%2Fonlinelibrary.wiley.com%2FCrossref)
 13. Madrid AM, Cumsille F, Defilippi C. Altered small bowel motility in patients with liver cirrhosis depends on severity of liver disease. *Dig Dis Sci* 1997;42:738-42.doi: 10.1023/a:1018899611006.

14. Tosetti C, Corinaldesi R, Stanghellini V, Pasquali R, Corbelli C, Zoccoli G, et al. Gastric emptying of solids in morbid obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996;20:200-5. PMID: 8653139
15. ศุภีพร ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: หอสมุดวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2564] เข้าถึงได้จาก: <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

การศึกษาเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงแรก
และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หลังการผ่าตัดระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วน
ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ

กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร

Received: 14 ต.ค.64

Revised: 13 ธ.ค.64

Accepted: 21 ธ.ค.64

บทคัดย่อ

บทนำ: โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรได้เริ่มระบบการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักขึ้นในปี 2563 ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่มีเคยมีการศึกษามาก่อนจึงทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรกและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา: การศึกษาย้อนหลังวิเคราะห์จากเหตุไปหาผลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักชนิดไม่รุนแรงจำนวน 312 คน อายุมากกว่า 50 ปี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การดูแลแบบเดิมและกลุ่มที่ 2 การดูแลแบบเร่งด่วน กลุ่มละ 156 คน รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2564 เก็บข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลและติดตามข้อมูลต่อจนครบ 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่เก็บได้แก่ การผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อัตราการเสียชีวิตและอุบัติการณ์การหักซ้ำภายใน 6 เดือน สถิติที่ใช้ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ ความแตกต่างข้อมูลด้วย Chi-square test และ Unpaired t test

ผลการศึกษา: พบว่ากลุ่มที่ 2 มีอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรกมากกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 61.6 กับ 38.4 $p < 0.05$) กลุ่มที่ 2 มีเวลารอดนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยได้น้อยกว่ากลุ่มที่ 1 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9.24 วันกับ 10.80 วัน $p < 0.05$) กลุ่มที่ 2 ลดภาวะทางเดินปัสสาวะติดเชื้อมากกว่าร้อยละ 2.56 เป็นร้อยละ 0 และลดภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจากร้อยละ 3.84 เป็นร้อยละ 0.64 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 (ร้อยละ 2.56 กับ 1.28 และร้อยละ 1.92 กับ 1.28) อุบัติการณ์การหักซ้ำภายใน 6 เดือนพบว่ากลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 (ร้อยละ 1.28 กับ 0)

สรุป: การดูแลผ่าตัดแบบเร่งด่วนสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรก ลดเวลานอนโรงพยาบาลและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ลดอัตราการตายและลดอุบัติการณ์การหักซ้ำภายใน 6 เดือนได้มากกว่าการดูแลผ่าตัดแบบเดิม

คำสำคัญ: การดูแลผ่าตัดแบบเดิม ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก การดูแลผ่าตัดแบบเร่งด่วน

A Comparison of the Success Rate of Surgery in the First 48 Hours and Other Complications between the Traditional Care and the Fast-Track Surgery in Patients with Hip Fracture, Chaophraya Yommarat Hospital

Kittipong Yusuwan

Division of Orthopaedics, Chaophraya Yommarat Hospital

Abstract

Introduction: In 2019, Chaophraya Yommarat Hospital first established a fast-track hip fracture surgery. This research aimed to compare the success rate of surgery in the first 48 hours and other complications through the traditional care and the fast-track surgery in patients with hip fracture at Chaophraya Yommarat Hospital.

Methods: A retrospective cohort study enrolled 312 patients aged over 50 years with fragility hip fracture from October 2019 to September 2021. The patients were divided into two groups, the traditional care (group 1, n=156) and fast-track surgery (group 2, n=156). Data were collected from the patients' medical records obtained during their stay in the hospital plus a period of 6 months after they were discharged. Data including the success rate of surgery in the first 48 hours, complications, mortality, and the 6-month refracture rate were analyzed by Chi-square test and unpaired t test.

Results: The success rate of surgery in the first 48 hours as displayed by group 2 was higher than group 1 (61.6% versus 38.4%, $p < 0.05$). The average length of stay of group 2 was lower than that of group 1 (9.24 days versus 10.80 days, $p < 0.05$). Group 2 significantly reduced the incidence of urinary tract infection (2.56% to 0%) and delirium (3.84 to 0.64). The intrahospital mortality and the 6-month mortality as displayed by group 1 were higher than group 2 (2.56% versus 1.28% and 1.92% versus 1.28%, respectively). The 6-month refracture rate of group 1 was higher than that of group 2 (1.28% versus 0%).

Conclusion: The hip fracture fast track surgery could increase the success rate of surgery in the first 48 hours, decrease the length of stay and postoperative complications, and reduce the mortality and 6-month refracture rate more effectively than the traditional care.

Keywords: Traditional care, Fragility hip fracture, Hip fracture fast-track surgery.

บทนำ

ภาวะกระดูกสะโพกหัก เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบสาธารณสุข เนื่องจากมีผลต่อความทุพพลภาพและอัตราการตาย^{1,2} ในแต่ละปีมีประชากรกว่า 4.5 ล้านคนทั่วโลกที่เกิดความทุพพลภาพจากการเกิดกระดูกสะโพกหัก มีการคาดการณ์ว่าจะสะสมเพิ่มขึ้นจนเป็น 21 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า³⁻⁶ ในประเทศไทยพบอัตราการตายของผู้ที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักที่อายุมากกว่า 50 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2541-2546 โดยร้อยละ 12-24 เสียชีวิตภายใน 3 ถึง 6 เดือนหลังจากเกิดกระดูกหักและร้อยละ 18 เสียชีวิตภายใน 1 ปี⁷ ข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเฉพาะผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 48 ล้านคนพบอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักประมาณ 14,000-16,000 คนต่อปี และมีอัตราการตายในปีแรกร้อยละ 23 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่ามียุบัติการณ์การตายของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ภายใน 1 ปีหลังการผ่าตัดย้อนหลัง 5 ปี ที่ร้อยละ 3-5 ต่อปี

การศึกษาในต่างประเทศ แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์ที่ดีเป็นที่ยอมรับ คือ การดูแลโดยประเภณผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวม ร่วมกับการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ¹¹ จากข้อมูลดังกล่าวจึงมีการศึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยมีการรวมการใช้หรือ “Orthogeriatric care model”^{12,22} เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตาย โดยจากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่า Orthogeriatric liaison model of care¹³ เป็นรูปแบบที่พบว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด หากนำมาปรับใช้เนื่องจากลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 7.7 กับร้อยละ 4.7 $p<0.01$ ¹⁴ ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและความทุพพลภาพ (Morbidity) ร้อยละ 71.0 กับร้อยละ 49.5 $p<0.001$ ¹⁴ การได้รับการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากใช้การดูแลแบบเร่งด่วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50.8 และร้อยละ 33.7 ในการผ่าตัดแบบเดิม ค่า $p<0.01$ ¹³ ลดระยะการนอนโรงพยาบาล $p=0.001$ ¹⁵ ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล ร้อยละ 53.2 กับร้อยละ 37.2 $p=0.04$ ¹⁶ ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการผ่าตัดเร็วขึ้น ร้อยละ 17 ($p=0.02$)¹⁵ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองหลังการผ่าตัดดีขึ้น $p=0.002$ ¹⁷ ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนที่ได้เร็วขึ้น ค่า Odd Ratio=2.72 ($p<0.001$)¹⁷ การเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง ($p=0.004$)¹⁷⁻²² ในปี พ.ศ. 2563 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจึงได้เริ่มมีการใช้ระบบการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (Fracture Liaison Service: Fast Track in Chaophraya Yommarat Hospital) ซึ่งเป็นการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรแพทย์หน่วยปัจจัยฉะฉิน วิสัญญีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู กายภาพบำบัด โภชนาการและพยาบาล ร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลและดูแลต่อเนื่องจนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้ประสานงาน ติดตามดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับนอนโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงคนไข้กลับบ้านและนัดติดตามอาการที่ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน

และ 12 เดือนที่งานบริการผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โดยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ จากผลการวิจัยในงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁰⁻¹⁸แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเร็วมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการผ่าตัดตามปกติ โดยจุดตัดของเวลาที่อยู่ในการศึกษาอยู่ในช่วง 24-72 ชั่วโมงโดยจุดตัดเวลาที่มีการศึกษากว้างขวางกว่าและเห็นข้อมูลของประโยชน์ชัดเจน คือ เวลาผ่าตัดภายในเวลา 48 ชั่วโมงแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักโดยการผ่าตัดเร็วและดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพโดยกระบวนการบริหารจัดการที่เหมาะสม โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ ได้เริ่มการใช้ระบบการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักมาเป็นเวลา 1 ปีแล้ว ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่มีเคยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักมาก่อน จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้โดยทำการศึกษาย้อนหลังวิเคราะห์จากเหตุไปหาผลในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้การดูแลแบบเดิมกับการดูแลผ่าตัดแบบเร่งด่วนเพื่อดูประสิทธิภาพของระบบในด้านการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรกและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ งานวิจัยนี้มุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน (hip fracture fast track) ซึ่งหวังให้สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ออร์โธปิดิกส์ และอายุรแพทย์ ปัจฉิมวัยประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทุกรายภายใน 24 ชั่วโมงแรก วิสัญญีแพทย์ประเมินและให้ยาระงับความปวดที่เหมาะสมระหว่างและหลังการผ่าตัด มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัดฝึกการเดินหลังการผ่าตัด นักโภชนาการแนะนำเรื่องอาหาร

ที่เหมาะสมในผู้ป่วยกระดูกพรุนและสะโพกหัก และพยาบาลผู้ประสานงานประเมินความพร้อมและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล จนกระทั่งครบ 1 ปี ซึ่งแตกต่างจากการรักษาแบบเดิมที่ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความพร้อมก่อนการผ่าตัดโดยแพทย์ออร์โธปิดิกส์เท่านั้น จะปรึกษาอายุรแพทย์ร่วมประเมินในบางรายตามความเห็นของแพทย์ออร์โธปิดิกส์ มีวิสัญญีแพทย์ประเมินและให้ยาระงับความปวดที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัดฝึกการเดินหลังการผ่าตัดเหมือนกัน แต่ไม่มีนักโภชนาการและพยาบาลผู้ประสานงานเก็บรวบรวมข้อมูลมาก่อน หลังจากแพทย์อายุรแพทย์ปัจฉิมวัยมาประเมินคนไข้ก่อนผ่าตัดทุกรายสามารถทำการผ่าตัดได้รวดเร็วขึ้น ตัวอย่างเช่น กรณีผู้ป่วยทานยาละลายลิ่มเลือดอยู่เดิมจะมีอายุรแพทย์ปัจฉิมวัยจะมาประเมินและเตรียมความพร้อมเรื่องยาและส่วนประกอบของเลือดให้ซึ่งสามารถดำเนินการผ่าตัดได้เลยไม่จำเป็นต้องหยุดยาให้ครบ 7 วัน เป็นต้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก เปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรกระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์รอง

1. เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วน ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี

ดังต่อไปนี้ ภาวะปอดอักเสบ ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน

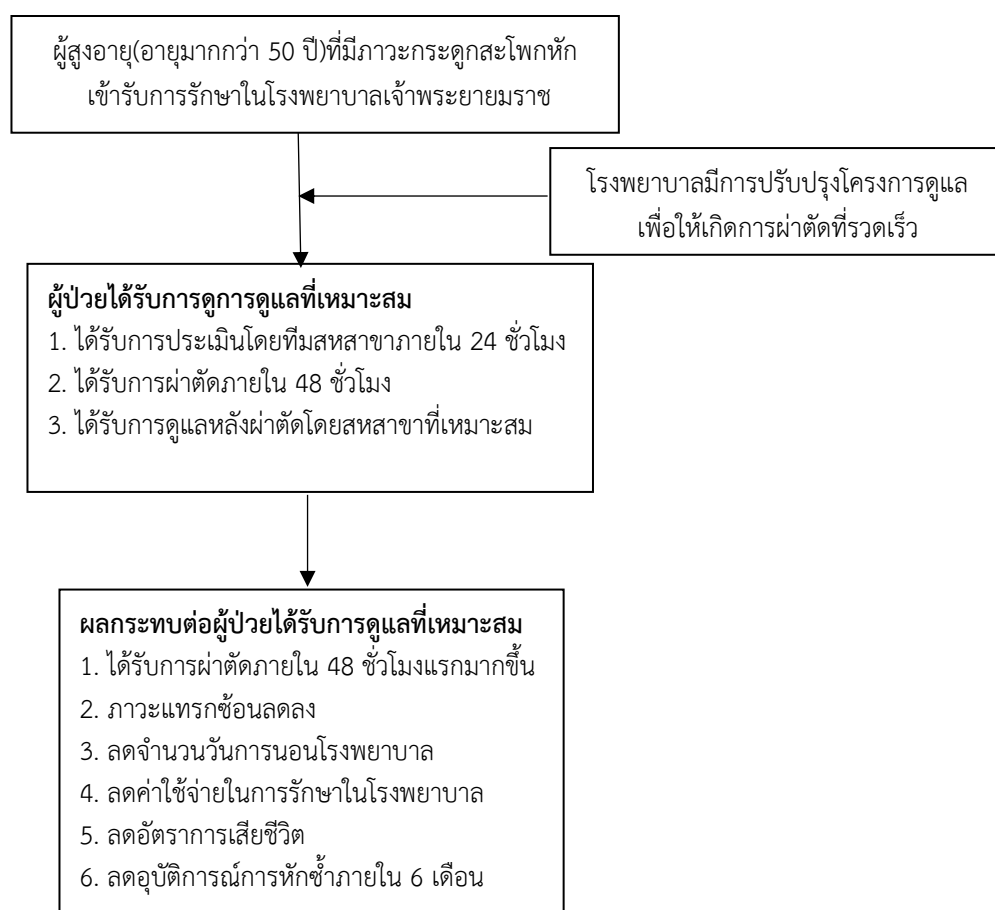
ภาวะแทรกซ้อนทางเดินปัสสาวะ อาการปวด ผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาในขณะนอนโรงพยาบาลและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล

2. เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ภายใน 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน หลังการผ่าตัดระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการ

ดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี

3. ศึกษาอุบัติการณ์การหักซ้ำภายใน 6 เดือน ระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วน ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

ประชากร

ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่รักษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยได้รับการรักษาจากศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 8 คน ในกรณีผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Arthroplasty) มีวิธีการผ่าตัด (approach) ด้วยวิธีเดียวกัน คือ Posterior Approach โดยใช้ cementless stem เหมือนกันทุกราย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุ ≥ 50 ปีจากอุบัติเหตุย้อนตรายที่ไม่รุนแรงโดยไม่รวมผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคมะเร็ง (Malignancy)

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย คือ เวชระเบียนไม่สมบูรณ์

ตัวแปร

ตัวแปรต้น คือ การดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปรตาม คือ อัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรก

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือรูปแบบวิธีวิจัย

การศึกษาย้อนหลังวิเคราะห์จากเหตุไปหาผล (Retrospective cohort study)

ขนาดตัวอย่าง

โดยอ้างอิงอุบัติการณ์จากงานวิจัยของ Brañas F และคณะ¹³ ก่อนหน้านี้พบว่า การได้รับการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากใช้การดูแลแบบเร่งด่วนถึงร้อยละ 50.8 และร้อยละ 33.7 ในการผ่าตัดแบบเดิม มีค่า $p < 0.01$ ดังนั้นสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือ

การเปรียบเทียบค่าสัดส่วนของ 2 กลุ่มประชากร (Compare proportion for independent two groups) โดยกำหนดค่ามาตรฐาน ตามตาราง Z เท่ากับ 1.96 เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 5% และกำหนดอำนาจการทดสอบ $(1-\beta)$ เท่ากับ 80% ดังการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมตามสูตร Two independent proportion ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 156 ราย รวมทั้งหมด 312 ตัวอย่าง

$$n_1 = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{pq(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

การวิเคราะห์ผลการศึกษา สำหรับข้อมูลจากตัวแปรต่อเนื่องแสดงผลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติโดยใช้ student's t-test ข้อมูลจากตัวแปรไม่ต่อเนื่องแสดงผลเป็นจำนวนและสัดส่วนร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติโดยใช้ chi-square กำหนดนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า $p < 0.05$ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS รุ่น 26

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการการทํารายงานในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร หมายเลข YM027/2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักก่อนและหลังมีระบบการดูแลผ่าตัดแบบเร่งด่วน โดยเก็บผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรก การเกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (ภาวะปอดอักเสบ ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน ภาวะทางเดินปัสสาวะติดขัด แผลกดทับและภาวะซึมเศร้า) ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาในขณะนอนโรงพยาบาล ความสามารถในการเดินของผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล และอุบัติการณ์การหักขาภายใน 6 เดือน

ระยะเวลา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การดูแลแบบเดิมเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 และกลุ่มที่ 2 การดูแลแบบเร่งด่วนเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกันยายน 2564 ระยะเวลาของทั้งสองกลุ่มห่างกัน 1 ปี ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการรักษาหรือเทคนิคการผ่าตัด ตลอดจนการฝึกเดินหลังการผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายลักษณะประชากร ได้แก่ ตัวแปรเชิงคุณภาพ เช่น เพศ เป็นข้อมูลแจกแจง นำเสนอเป็น ความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณ เช่น อายุ เป็นข้อมูลต่อเนื่อง นำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หากข้อมูลมีการแจกแจงปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วย ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน

1. การเปรียบเทียบข้อมูลไม่ต่อเนื่องระหว่างกลุ่มก่อนมี Intervention และกลุ่มหลังได้ Intervention โดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test

2. การเปรียบเทียบข้อมูลต่อเนื่องระหว่างกลุ่มก่อนมี Intervention และกลุ่มหลังได้ Intervention โดยใช้สถิติ Unpaired t test หรือ Mann Whitney u test ขึ้นกับการกระจายของข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือกในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลแบ่งเป็นกลุ่มที่ 1 การดูแลแบบเดิมและกลุ่มที่ 2 การดูแลแบบเร่งด่วน จำนวนกลุ่มละ 156 ราย รวมทั้งหมด 312 ราย พบว่า กลุ่มที่ 2 มีเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยได้น้อยกว่ากลุ่มที่ 1 (9.24 กับ 10.80 ตามลำดับ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยในการศึกษานี้พบว่า เพศ อายุ ข้างที่หัก และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งมีความคล้ายคลึงกันของทั้งสองกลุ่ม โรคประจำตัวมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ 2 มากกว่ากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชนิดการหักของกระดูกสะโพกและพบว่ากลุ่มที่ 1 มีกระดูกคอสะโพกหัก (Fracture neck of femur) มากกว่ากลุ่มที่ 2 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่ากระดูกหักผ่านใต้แนวปุ่ม (Fracture subtrochanter) ของกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 2 พบกระดูกหักผ่านแนวปุ่ม (Fracture intertrochanter) มากกว่ากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านวิธีการรักษาพบว่าวิธีการรักษาทั้งแบบการยึดตามกระดูก (Fixation) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Arthroplasty) ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

แม้ว่าในทางปฏิบัติการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมอาจต้องใช้เวลาในการที่มากกว่าแต่พบว่าอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรกระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วน พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเร่งด่วนสามารถได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงแรกได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (ร้อยละ 61.6 กับ 38.4 ตามลำดับ) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบว่าการดูแลผ่าตัดแบบเร่งด่วนสามารถลดภาวะทางเดินปัสสาวะติดเชื้อจากร้อยละ 2.56 เป็นร้อยละ 0 และลดภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจากร้อยละ 3.84 เหลือร้อยละ 0.64 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานะการเดินก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ก่อนกลับบ้านและไม่สามารถเดินได้ ก่อน กลับ บ้าน ของ ทั้ง สอง กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเร่งด่วนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตใน

โรงพยาบาลได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (ร้อยละ 1.28 กับ 2.56) อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 (ร้อยละ 1.92 กับ 1.28) อุบัติการณ์การหักขาภายใน 6 เดือนพบว่ากลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 (ร้อยละ 1.28 กับ 0) โดยไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ในกรณีของอุบัติเหตุการหักขา (Refracture) มีปัจจัยจากการรักษาภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) หลังการผ่าตัดโดยกลุ่มที่ 2 จะได้รับการรักษาโดยการให้แคลเซียมและวิตามินดีในผู้ป่วยทุกรายแต่จะไม่ได้ไม่ครบทุกรายในกลุ่มที่ 1 การให้ยารักษาภาวะกระดูกพรุนในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะให้เฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้หรือชำระเงินเองเท่านั้นแต่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ในผู้ป่วยสิทธิบัตรทอง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (Demographic data) แยกตามกลุ่มการดูแลแบบเดิมและการดูแลแบบเร่งด่วน

ตัวแปร	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (จำนวน 312 ราย)		กลุ่มที่ 1 การดูแลแบบเดิม (จำนวน 156 ราย)		กลุ่มที่ 2 การดูแลแบบเร่งด่วน (จำนวน 156 ราย)		ค่า P
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	
อายุ (ปี)	74.81	9.64	73.99	9.64	75.63	9.51	0.16
เพศ	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	ค่า P
ชาย	78	23.49	40	25.64	38	24.35	0.59
หญิง	234	70.48	116	74.36	118	75.65	

*= independent student's t-test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$

+ = chi-square test/fisher's exact test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$

ตารางที่ 1 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (Demographic data) แยกตามกลุ่มการดูแลแบบเดิมและการดูแลแบบเร่งด่วน

ตัวแปร	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (จำนวน 312 ราย)		กลุ่มที่ 1 การดูแลแบบเดิม (จำนวน 156 ราย)		กลุ่มที่ 2 การดูแลแบบเร่งด่วน (จำนวน 156 ราย)		ค่า P
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ช่างที่หัก							0.54
ชาย	164	52.56	79	50.64	85	54.49	
หญิง	148	47.44	77	49.36	71	45.51	
โรคประจำตัว							
โรคเบาหวาน	82	26.28	36	23.07	46	29.49	0.22
โรคความดันโลหิตสูง	145	46.47	45	28.85	100	64.10	0.67
โรคหลอดเลือดหัวใจ	18	5.77	3	1.92	15	9.61	0.03 [†]
โรคหลอดเลือดสมอง	29	9.29	7	4.48	22	14.10	0.04 [†]
โรคไตวายเรื้อรัง	34	10.89	11	7.05	23	14.74	0.07
โรคอื่นๆ	41	13.14	10	6.41	31	19.87	0.16

*= independent student's t-test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$

†= chi-square test/fisher's exact test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย แยกตามกลุ่มการดูแลแบบเดิมและการดูแลแบบเร่งด่วน

ตัวแปร	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (จำนวน 312 ราย)		กลุ่มที่ 1 การดูแลแบบเดิม (จำนวน 156 ราย)		กลุ่มที่ 2 การดูแลแบบเร่งด่วน (จำนวน 156 ราย)		ค่า P
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	
เวลารอนโรงพยาบาล(วัน)	10.02	7.97	10.80	7.97	9.24	4.39	0.04†
ค่าใช้จ่ายในการรักษาใน โรงพยาบาล	62,193	21,321	61,159	22,449	65,115	17,758	0.11
ชนิดการหัก							
กระดูกคอสะโพกหัก (Fracture neck of femur)	119	38.14	65	41.67	54	34.62	0.07
กระดูกหักผ่านแนวปุ่ม (Fracture intertrochanter)	184	58.97	82	52.56	102	65.38	0.02*
กระดูกหักผ่านใต้แนวปุ่ม (Fracture subtrochanter)	9	2.88	9	5.77	0	0	0.02*

†= independent student's t-test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$

*= chi-square test/fisher's exact test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$

ตารางที่ 2 (ต่อ) ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย แยกตามกลุ่มการดูแลแบบเดิมและการดูแลแบบเร่งด่วน

ตัวแปร	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (จำนวน 312 ราย)		กลุ่มที่ 1 การดูแลแบบเดิม (จำนวน 156 ราย)		กลุ่มที่ 2 การดูแลแบบเร่งด่วน (จำนวน 156 ราย)		ค่า P
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
การรักษา							0.19
เหล็กแกนตามกระดูก (Cephalomedullary nail)	166	53.21	79	50.64	87	55.77	0.20
เหล็กแผ่นตามกระดูก (Dynamic Hip Screw)	0	0	0	0	6	38.46	0.19
ข้อสะโพกเทียมชนิดครึ่งข้อ (Bipolar hemiarthroplasty)	91	29.16	46	29.49	45	25.00	0.20
ข้อสะโพกเทียมชนิดเต็มข้อ (Total Hip Arthroplasty)	4	0.32	3	1.92	1	0.64	0.19
ไม่ผ่าตัด	45	14.42	28	17.95	17	10.89	0.20
ระยะเวลาการผ่าตัด							
< 48 ชั่วโมง	159	50.96	61	38.40	98	61.60	0.001*
>48 ชั่วโมง	107	34.29	66	61.70	41	38.30	0.001*
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด							
ภาวะปอดอักเสบ	5	1.60	3	1.92	2	1.28	0.61
ภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน	0	0	0	0	0	0	0.05
ภาวะทางเดินปัสสาวะติดขัด	4	1.28	4	2.56	0	0	0.03*
แผลกดทับ	3	0.96	1	0.64	2	1.28	0.61
ภาวะซึมเศร้า	7	2.24	6	3.84	1	0.64	0.04*
สถานการณ์การเดินก่อนกลับบ้าน							0.05
เดินได้	217	69.55	110	70.51	107	68.59	
ไม่สามารถเดินได้	95	30.45	46	29.49	49	31.41	
การเสียชีวิตในโรงพยาบาล	6	0.32	4	2.56	2	1.28	0.34
การเสียชีวิตภายใน 1 เดือน	0	0	0	0	0	0	0.52
การเสียชีวิตภายใน 3 เดือน	10	3.20	5	3.20	5	3.20	0.72
การเสียชีวิตภายใน 6 เดือน	5	1.60	3	1.92	2	1.28	0.91
การหกล้มภายใน 6 เดือน	2	0.64	2	1.28	0	0	0.13

† = independent student's t-test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$ * = chi-square test/fisher's exact test แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P < 0.05$

สรุป

ศึกษาเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรกและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าการดูแลแบบเร่งด่วนซึ่งมีอายุแพทย์ปัจฉิมวัยประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยทุกราย มีอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรกได้มากกว่าการดูแลแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดโดยเฉพาะภาวะทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ ภาวะซึมเศร้าและและลดเวลานอนโรงพยาบาล โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดูแลแบบเร่งด่วนลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาลและลดอุบัติการณ์การหักซ้ำภายใน 6 เดือนได้มากกว่าการดูแลแบบเดิม จึงสรุปได้ว่าการดูแลแบบเร่งด่วนให้ผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รองดีกว่าการดูแลแบบเดิม แต่อย่างไรก็ตามควรทำการศึกษาผลของระบบการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักต่อเนื่องระยะยาวต่อไปในอนาคต

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทำการศึกษเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดได้ภายใน 48 ชั่วโมงแรกระหว่างการดูแลแบบเดิมกับการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี โดยพบว่ากลุ่มที่ 2 การดูแลแบบเร่งด่วนมีอัตราของการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงได้มากกว่ากลุ่มที่ 1 การดูแลแบบเดิม (ร้อยละ 61.6 กับ 38.4) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Brañas F และคณะ¹³ พบว่า Orthogeriatric liaison model of care ที่สามารถผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงแรกได้ร้อยละ 50.8 ได้มากกว่าการดูแลผ่าตัดแบบเดิมที่ร้อยละ 33.7 และมีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยในการศึกษานี้พบว่า เพศ อายุ ช่างที่หัก และค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โรคประจำตัวพบว่ากลุ่มที่ 2 มีโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่โรคประจำตัวอื่น ๆ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งอาจมีผลต่อการรักษาและภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการผ่าตัดได้ ชนิดการหักของกระดูกสะโพกในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่ 1 มีกระดูกคอสะโพกหัก (Fracture neck of femur) มากกว่ากลุ่มที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่พบว่ากระดูกหักผ่านใต้แนวปุ่ม (Fracture subtrochanter) ของกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 2 พบกระดูกหักผ่านแนวปุ่ม (Fracture intertrochanter) มากกว่ากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ในส่วนของการรักษานั้นพบว่าวิธีการรักษาทั้งแบบการยึดตามกระดูก (Fixation) และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Arthroplasty) ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางปฏิบัติชนิดการหักมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาโดยเฉพาะกลุ่มการเปลี่ยนข้อที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการเตรียมอุปกรณ์ซึ่งส่งผลต่อการดูแลหลังการผ่าตัดและกายภาพบำบัดหลังการผ่าตัดได้สำหรับวัตถุประสงค์รองของการศึกษานี้พบว่า

ภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.24 รองลงมา คือ ภาวะปอดอักเสบ ร้อยละ 1.6 ภาวะทางเดินปัสสาวะติดเชื้อ ร้อยละ 1.28 และแผลกดทับร้อยละ 0.96 ตามลำดับ พบว่าการดูแลผ่าตัดแบบเร่งด่วนสามารถลดภาวะทางเดินปัสสาวะติดเชื้อจากร้อยละ 2.56 เป็นร้อยละ 0 และลดภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจากร้อยละ 3.84 เหลือร้อยละ 0.64 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับรายงานของ Fisher A A และคณะ¹⁴ ซึ่งพบว่าระบบการดูแลแบบเร่งด่วนสามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดและความทุพพลภาพ (Morbidity) จากร้อยละ 71.0 ลดลงเป็นร้อยละ 49.5 อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลลดลงในรายงานของ Shyu Y และคณะ¹⁷ และรายงานของ Deschodt และคณะ¹⁶ รายงานว่าระบบการดูแลแบบเร่งด่วนลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจากร้อยละ 53.2 เหลือร้อยละ 37.2 $p = 0.04$ แสดงให้เห็นว่าการดูแลแบบเร่งด่วนช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมีความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้มากกว่าการดูแลแบบเดิม สำหรับเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยพบว่ากลุ่มที่ 2 มีเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยได้น้อยกว่ากลุ่มที่ 1 (9.24 วัน กับ 10.80 วัน) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leung A H และคณะ¹⁵ ที่สามารถลดระยะการนอนโรงพยาบาลได้ที่ $p = 0.001$ แสดงให้เห็นระบบการดูแลแบบเร่งด่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยพร้อมเข้ารับการผ่าตัดเร็วขึ้นสามารถลดระยะการนอนโรงพยาบาลได้ดี สภาวะการเดินก่อนกลับบ้านพบว่าผู้ป่วยที่สามารถเดินได้

ก่อนกลับบ้านและไม่สามารถเดินได้ก่อนกลับบ้านของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติไม่สอดคล้องกับรายงานของ Shyu Y และคณะ¹⁷ แต่แสดงให้เห็นว่าการได้รับการผ่าตัดที่เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเดินได้ก่อนกลับบ้าน

ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเร่งด่วนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (ร้อยละ 1.28 กับ 2.56) แสดงว่าการดูแลแบบเร่งด่วนลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้มากกว่าการดูแลผ่าตัดแบบเดิมถึงร้อยละ 50 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ Fisher A A และคณะ¹⁴ ที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 7.7 เป็นร้อยละ 4.7 $p < 0.01$ การศึกษานี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังออกจากของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเร่งด่วน (ร้อยละ 1.92 กับ 1.28) แต่การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการการดูแลแบบเร่งด่วนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลได้มากกว่าการดูแลผ่าตัดแบบเดิม อุบัติการณ์การหักข้อมาภายใน 6 เดือนพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเร่งด่วน (ร้อยละ 1.28 กับ 0) แสดงว่าการดูแลแบบเร่งด่วนช่วยลดอุบัติการณ์การหักข้อมาภายใน 6 เดือนได้มากกว่าการดูแลแบบเดิม

ข้อจำกัดของการศึกษานี้เนื่องจากเป็นการศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกะโหลกหัก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี

ในช่วงแรกหลังเริ่มโครงการปัจจุบันสามารถเก็บข้อมูลหลังการผ่าตัดได้ถึง 6 เดือนหลังการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ซึ่งเป็นการวัดประสิทธิภาพของระบบในช่วงแรกเท่านั้นหากมีการเก็บข้อมูลต่อเนื่องจะสามารถศึกษาผลในระยะยาวของระบบได้ต่อไปในอนาคต การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช โรงพยาบาลเดียวเท่านั้นยังไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรในระดับเขตหรือประเทศได้ หากมีการศึกษาเรื่องเดียวกันในระดับเขตหรือระดับภูมิภาคได้ในอนาคตจะสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบในระดับเขต ภูมิภาค และระดับประเทศได้ดียิ่งขึ้นเพื่อพัฒนาระบบการดูแลแบบเร่งด่วนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต การกระจายตัวของประชากรของชนิดการหักของกระดูกสะโพกพบว่ากระดูกหักผ่านใต้แนวปุ่ม (Fracture subtrochanter) ของกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 2 พบว่ามีกระดูกหักผ่านแนวปุ่ม (Fracture intertrochanter) มากกว่ากลุ่มที่ 1 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นตัวแปรที่มีผลต่ออัตราการประสพผลหลักในการศึกษานี้ได้ซึ่งมีผลต่อระยะเวลาในการรักษาได้และในทางปฏิบัติชนิดการหักมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาโดยเฉพาะกลุ่มการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่จำเป็นต้องใช้เวลาในการเตรียมอุปกรณ์ซึ่งส่งผลต่อการดูแลหลังการผ่าตัดและกายภาพบำบัดหลังการผ่าตัดได้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Wajanavisit W, Woratanarat P, Sawatriawkul S, et al. Cost-Utility Analysis of Osteoporotic Hip Fractures in Thais. J Med Assoc Thai, 2015. 98 Suppl 8: p. S65-9.
2. Roberts K C, Brox W T, David S, et al., Management of hip fractures in the elderly. J Am Acad Orthop Surg, 2015. 23(2): p. 131-7.
3. Brox W T, Roberts K C, Sudeep T, et al. American Academy of orthopedic Surgeons. Management of Hip Fractures in the Elderly: Evidence-Based Clinical Practice Guideline [internet]. 2014 [cited 2020 Aug 20]; Available from: https://aaos.org/globalassets/quality-and-practice-resources/hip-fractures-in-the-elderly/management_of_hip_fractures_in_the_elderly-7-24-19.pdf
4. Cheng S Y, Levy A R, Lefavre K A, et al. Geographic trends in incidence of hip fractures: a comprehensive literature review. 2011. 22(10): p. 2575-2586.
5. Bhandari M and Swiontkowski M. Management of Acute Hip Fracture. 2017. 377(21): p. 2053-2062.
6. Kanis J A, Odén A, McCloskey E V, et al. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA, 2012. 23(9): p. 2239-2256.
7. Vaseenon T, Luevitonvechkij S, Wongtriratanachai P, et al. Long-term mortality after osteoporotic hip fracture in Chiang Mai, Thailand. J Clin Densitom, 2010. 13(1): p. 63-67.
8. Sambrook P and Cooper C, Osteoporosis. The Lancet, 2006. 367(9527): p. 2010-2018.
9. Khan R, Fernandez C, Kashfi F, et al. Combined orthogeriatric care in the management of hip fractures: a prospective

-
-
- study. *Ann R Coll Surg Engl*, 2002. 84(2): p. 122-4.
10. Kammerlander C, Roth T, Friedman S M, et al. Ortho-geriatric service—a literature review comparing different models. *Osteoporos Int*, 2010. 21(Suppl 4): p. S637-46.
 11. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(7): p. Cd006211.
 12. Gilchrist W J, Newman R J, Hamblen D L, et al. Prospective randomised study of an orthopaedic geriatric inpatient service. *Bmj*, 1988. 297(6656): p. 1116-8.
 13. Brañas F, Ruiz-Pinto A, Fernández E, et al. Beyond orthogeriatric co-management model: benefits of implementing a process management system for hip fracture. *International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation* 2018.
 14. Fisher A A, Davis M W, Rubenach S E, et al. Outcomes for older patients with hip fractures: the impact of orthopedic and geriatric medicine cocare. *J Orthop Trauma*, 2006. 20(3): p. 172-8; discussion 179-80.
 15. Leung A H, Ping Lam T, Hoi Cheung W, et al. An orthogeriatric collaborative intervention program for fragility fractures: a retrospective cohort study. *J Trauma*, 2011. 71(5): p. 1390-4.
 16. Deschodt M, Braes T, Flamaing J, et al. Preventing delirium in older adults with recent hip fracture through multidisciplinary geriatric consultation. *J Am Geriatr Soc*, 2012. 60(4): p. 733-9.
 17. Shyu Y I, Liang J, Wu C C, et al. Interdisciplinary intervention for hip fracture in older Taiwanese: benefits last for 1 year. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2008. 63(1): p. 92-7.
 18. Muangpaisan W, Wongprikron A, Srinonprasert V, et al. Incidence and risk factors of acute delirium in older patients with hip fracture in Siriraj Hospital. *J Med Assoc Thai*, 2015. 98(4): p. 423-30.
 19. Lundstrom M, Edlund A, Bucht G, et al. Dementia after delirium in patients with femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc*, 2003. 51(7): p. 1002-6.
 20. Gruber-Baldini A L, Zimmerman S, Morrison R S, et al. Cognitive impairment in hip fracture patients: timing of detection and longitudinal follow-up. *J Am Geriatr Soc*, 2003. 51(9): p. 1227-36.
 21. Vidan M, Serra J A, Moreno C, et al. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 2005. 53(9): p. 1476-82.
 22. Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet*, 2015. 385(9978): p. 1623-33.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังและไขสันหลังฟกช้ำ

จิรภา สิงห์สูง

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรปติกส์ โรงพยาบาลบ้านหมี่

Received: 18 มิ.ย.64

Revised: 18 พ.ย.64

Accepted: 9 ธ.ค.64

บทคัดย่อ

บทนำ: การบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งมีผล กระทบต่อสุขภาพของ ประชากร ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต และทุพพลภาพ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่รู้ตัวมาก่อน เป็นการ สูญเสียที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตในทุกด้าน บทบาท ของพยาบาลจึงต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทั้งในระบบประสาทและกล้ามเนื้อรวมถึงการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยที่ถูกวิธีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลต้องวางแผนในการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อม การประสานงาน กับเวชกรรมและสหสาขาวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา: เพื่อเพิ่มทักษะในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับสภาพความเปลี่ยนแปลงของรูปลักษณ์และแบบแผนการ ดำเนินชีวิตให้ถูกต้องและเหมาะสมตามแบบมาตรฐานวิชาชีพ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลังและไขสันหลังฟกช้ำรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย ที่ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลบ้านหมี่ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2563

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2563 รับใหม่จากแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เวลา 19.05 น. ประวัติอุบัติเหตุจากรถล้มศีรษะขบรถจักรยานยนต์ล้มเอง ใบหน้ากระแทกพื้นมีแผลบริเวณใบหน้าด้านซ้าย ตาซ้ายบวมช้ำ แขนขาอ่อนแรง motor power แขน 2 ข้าง grade 2, ขา 2 ข้าง grade 1 มีสภาวะไขสันหลังหยุดการทำงาน (spinal shock) ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นช้า ทำการแก้ไข ภาวะ spinal shock เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างระมัดระวัง แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขา 2 ข้างอ่อนแรง หายใจได้เอง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/60 มิลลิเมตรปรอท ประเมินอาการทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อ สังเกตลักษณะการหายใจ ผล MRI cervical spine พบมี both C6/right C7 exiting root compression ผู้ป่วยมีภาวะ ของเสีย คั่งจากตับวาย (hepatic encephalopathy) หายใจเหนื่อย 24-26 ครั้ง/นาที ปรีกษาวิสัญญีแพทย์ประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจ ย้ายผู้ป่วยไป

หอผู้ป่วยหนัก มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง clear airway ส่งตรวจโรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช ลพบุรี เพื่อพบแพทย์ศัลยกรรมกระดูกด้านกระดูกสันหลัง แพทย์ให้การรักษาแบบ ประคับประคอง และนัดไปพบแพทย์อีก 1 เดือน

เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะ hepatic encephalopathy มีการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ให้อาหารทางสายยาง (on NG tube for feeding) โดยเริ่มที่ 200 ซี.ซี วันละ 4 เวลา สอนผู้ดูแลเรื่อง NG tube feeding และ sterile technique, การป้องกันการติดเชื้อ (prevention of infection) แนะนำการใส่ condom ให้ผู้ป่วย ส่งปรึกษานักกายภาพในการสอนการบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา ดูแลสภาพจิตใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

วางแผนเตรียมจำหน่ายโดยแนะนำการเตรียมความพร้อมที่บ้าน ผู้ดูแล สิ่งแวดล้อม ให้ภรรยาได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ฟื้นฟูสภาพจิตใจให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ ยอมรับสภาพการสูญเสียภาพลักษณ์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว การป้องกันการติดเชื้อ ส่งต่อรพ.สต.เพื่อเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประสานงานสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน แนะนำการไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ผู้ดูแลและญาติมีความพร้อมในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต ในวันที่ 20 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 19 วัน

คำสำคัญ: การบาดเจ็บที่กระดูกไขสันหลัง, ภาวะกระดูกสันหลังฟกช้ำ, การพยาบาล

Nursing care of patients with Spinal cord injury and spinal cord contusion

Jirapa Singsung

Orthopedic department, Banmi hospital

Abstract

Introduction: Spinal cord injury is one of high risk healthcare problems and can develop the conditions that can be debilitating and even life - threatening. It is an abrupt injury that can cause severe physical and emotional damage, and undesirable life changing. Hence, nurses play a very critical role in monitoring and assessing patients' motor and sensory functions, and transferring patients in a proper alignment to prevent any further complications. Nurses tend to have care planning and coordinate with medical and multidisciplinary units for home visit to prevent patients from any further complications and improve their quality of life.

Objective of study: To enhance skills in assessing patients to minimise complications and prepare patients and their families to attain the optimal level of functions according to professional standards.

Method: A case study of a patient who had a spinal cord injury and spinal cord bruises was admitted to the Orthopedic Department, Banmi hospital, from September to November 2020. Case Description: A 53-year-old male was admitted to the hospital on September 1, 2021, at 7.05 p.m., from the Emergency Unit. The patient was injured in a drunk-driving accident, falling from a motorbike. His face hit the ground. He had bruise over his left-sided face, a swollen left eye, weakness on both upper and lower extremities, motor power on upper extremities grade 2, motor power on lower extremities grade 1, a spinal shock, low blood pressure, and a slow pulse rate. The patient was treated for a spinal shock and carefully transferred to the unit. In the first admission, the patient was conscious, having weakness on both upper and lower extremities and breathing on his own. His vital signs were: temperature 36.5 C, pulse rate 96/ min, respiratory rate 20/ min, and blood pressure 105/60 mmHg. His motor and sensory system and respiratory system were evaluated. The result of the cervical spine MRI revealed. The exiting root compression of the right C6 and the C7. The patient developed hepatic encephalopathy with a rapid breathing respiratory

rate of 24-26 / min. The patient was transferred to the intensive care unit and intubated according to an anaesthesiologist's advice. The patient developed respiratory infection and his open airway was maintained. The patient was transferred to Naraimaharaj Hospital in Lopburi for spinal cord surgery. The physician gave supportive treatment and suggested a 1-month follow up. After the patient recovered from hepatic encephalopathy, he started rehabilitation, given 200 cc via nG tube feeding four times per day. The caretaker was taught NG tube feeding and sterile techniques for preventing nfection and how to put on a condom for the patient. Physical therapy techniques were taught to the patient to improve muscle strength so that the patient could become physically and emotionally strong and get himself prespared for physical change Plan for discharge: To ensure the house and environments were safe for the patient, the patient's wife was suggested how to take care of the patient. His wife could give him lots of support, helping him move on and come to terms with his disability. Care planning was undertaken to reduce any further complications in a long term, and prevent infection, the case was transferred to the local clinic and hospitals nearby for home visit and given information of all supporting organizations available. The patient was also reminded about following up with the surgeon at Naraimaharaj Hospital. When the patient and the caretaker were ready, the patient was discharged from the hospital on September 20, 2021. The total length of stay in the hospital was 19 days.

Keywords: Spinal cord injury, Spinal cord contusion, Nursing care

บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากร ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต และทุพพลภาพ เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไม่รู้ตัวมาก่อน เป็นการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตในทุกด้าน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง (spinal cord injury) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุจากการทำงาน เกิดการกระแทกอย่างรุนแรงทำให้กระดูกสันหลังแตกหัก หรือทรุด หรือเคลื่อนออกจากกัน เป็นเหตุให้ประสาทไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ ในโรงพยาบาลบ้านหมี่พบสถิติผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนใหญ่ 2 ใน 3 เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังมีความเสี่ยงในทุก ๆ ระยะของการดูแล และถ้าประสาทไขสันหลังได้รับอันตราย จะทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตได้มากน้อยตามความรุนแรงของพยาธิสภาพ ภาวะนี้เป็นภาวะวิกฤตที่สมควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงความปลอดภัยของชีวิต

บทบาทของพยาบาลจึงต้องมีทักษะในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทั้งในระบบประสาท และกล้ามเนื้อรวมถึงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น รวมทั้งการเป็นผู้ประสานงานในสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องการหายใจ การป้องกันการ

ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนจากการมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการชา การรับรู้ความรู้สึกสูญเสียไป เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ การวางแผนการจำหน่าย การเตรียมความพร้อมของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเตรียมรับสภาพร่างกายที่อาจเปลี่ยนแปลงไป การสูญเสียภาพลักษณ์ของผู้ป่วย สภาพจิตใจ ตลอดจนการเตรียมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในระยะยาว คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย คุณภาพการดูแลของผู้ดูแล พยาบาลต้องวางแผนในการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อม การประสานงานกับเวชกรรม และสหสาขาวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา

ศึกษาจากผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี มีโรคประจำตัวคือ cirrhosis รับใหม่จาก ER เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2563 ด้วยประวัติ น. ประวัติอุบัติเหตุจราจรเมาสุราขับมอเตอร์ไซด์ล้มเอง ใบหน้ากระแทกพื้นมีแผลบริเวณใบหน้าด้านซ้าย ตาซ้ายบวมซ้ำ แขนขาอ่อนแรง motor power แขน 2 ข้าง grade 2, ขา 2 ข้าง grade 1 มีภาวะความดันโลหิตต่ำ BP 70/40 มิลลิเมตรปรอท on LRS 1,000 ml iv load 500 ml วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 80/40 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ load LRS ต่ออีก 500 ml จากนั้น 10 นาที วัดความดันโลหิตซ้ำได้ 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ส่งทำ CT brain c CT spine

หลังทำ CT ผู้ป่วยมีสภาวะ spinal shock ความดันโลหิตต่ำ 90/40 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้เริ่ม dopamine 2:1 เริ่มที่ 5 ซี.ซี / ชั่วโมง แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขา 2 ข้างอ่อนแรง มีภาวะความดันโลหิตต่ำ สัญญาณชีพ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 101/51 มิลลิเมตรปรอท ดูแล keep BP > 90/60 มิลลิเมตรปรอท on philadelphia collar, retained foley catheter ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ cirrhosis ผล CT brain c spine พบมี scalp swelling at left frontal region and soft tissue swelling at left periorbital region, loss of cervical lordotic curve with degenerative changed, narrowing of C6-C7 intervertebral disc space is shown รายงานแพทย์ประจำตึกให้ dexamethasone 10 mg. iv. Stat then 5 mg. iv q 8 hrs. on monitoring เพื่อสังเกตและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และให้ส่งทำ MRI cervical spine ผล MRI cervical spine พบมี Severe posterior neck soft tissue contusion with mild marrow edema at C2-T1 posterior component ,C-spondylosis as described, causes mild to moderate central canals stenosis with both C6 /right C7 exiting root compression ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีภาวะ hypokalemia K 2.6 mmol/L ทำการแก้ไขโดยแพทย์ให้ E.kcl 30 ml. oral stat ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ต่อมาเริ่มมีความดันโลหิตต่ำ แพทย์ให้เจาะ CBC, DTX, electrolyte, U/A on 0.9 % NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hrs. ผล CBC พบ platelet 82,200 ให้การรักษาโดยให้ platelet concentrate 8 unit, vit. K 10 mg iv X 3 days, dexamethasone 5 mg q 12 hrs. และ

เตรียมส่งต่อไปโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรีเพื่อพบ orthopedic spine แนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ c spine injury การส่งตัวไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ป่วยมีภาวะ hepatic encephalopathy หายใจเหนื่อย 24-26 ครั้ง/นาที on O2 canular 4 LPM. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง แจ้งวิสัญญีแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจถ้าผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/65 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 100% canular แพทย์ให้ย้ายไปหอผู้ป่วยหนัก แพทย์ให้เริ่ม ceftazidime 2 gm iv q 8 hrs. แรกแรกที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้ตัว on philadelphia collar ,on O2 canular หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไอ มีเสมหะเล็กน้อย ส่ง sputum gram stain, culture , AFB x 3 วัน ให้การพยาบาลดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง clear airway แนะนำผู้ดูแลทำ breathing exercise เฝ้าระวังเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง ส่งตรวจโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี เพื่อพบแพทย์ศัลยกรรมกระดูกด้าน spine แพทย์ดูแลอาการให้ conservative treatment นัด F/U 1 เดือน ถ้าอาการไม่ดีขึ้น plan ทำผ่าตัด ACDF กลับจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มาพักรักษาตัวต่อที่แผนก ส่งปรึกษาอายุรแพทย์เรื่อง hepatic encephalopathy วางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก hepatic encephalopathy สังเกตอาการดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพ อายุรแพทย์เริ่มให้ lactulose 30 ml oral hs. ผล sputum culture พบมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบเชื้อ E.coli แพทย์ใช้ off caftazidime 2 gm และให้ sulperazone 1.5 gm iv q 12 hrs. วางแผนการให้การพยาบาล

เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน ต่อมาผลการตรวจไม่พบเชื้อในระบบทางเดินหายใจและไม่พบภาวะ hepatic coma ดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

เมื่อผู้ป่วยเริ่มฟื้นภาวะ hepatic encephalopathy เริ่มมีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย on NG tube for feeding เริ่ม BD 200 ml X 4 feeds สอนผู้ดูแลเรื่องการให้อาหารทางสายยาง และการทำอาหารสายยาง การดูแลความสะอาดอุปกรณ์ หลัก sterile technique ส่งปรึกษานักกายภาพในการสอนการบริหารกล้ามเนื้อแขนและขา

วางแผนเตรียมจำหน่ายโดยแนะนำการเตรียมความพร้อมที่บ้าน ผู้ดูแล สิ่งแวดล้อม การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การให้อาหารทางสายยาง การบริหารออกกำลังกล้ามเนื้อแขนและขา ให้ผู้ดูแลคือภรรยาได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล วางแผนการพยาบาลเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวเช่น การเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจ ส่งต่อรพ.สต. เพื่อเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประสานงานสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน แนะนำการไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช ลพบุรี เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลและญาติมีความพร้อมในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตในวันที่ 20 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 19 วัน

ปัญหาและกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้

1. เกิดภาวะ spinal shock

กระบวนการพยาบาล

- ดูแลให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะ spinal shock ให้สารน้ำให้เพียงพอ ในอัตรา 80-100 ซี ซี/ชั่วโมง ป้องกันภาวะ pulmonary edema

- ประเมินทางเดินหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินสัญญาณชีพ

- ให้ออกซิเจน

- ประเมิน neurological signs, motor power

- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี

พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแบบ log-roll

2. มีภาวะพร่องออกซิเจน หายใจเหนื่อย

กระบวนการพยาบาล

- ประเมินลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง

- ให้ออกซิเจน

- สังเกตภาวะ cyanosis สีผิวปลายมือปลายเท้า

- วัดสัญญาณชีพ และระดับความอึดตัวของออกซิเจน

- เตรียมความพร้อมในการใส่ท่อช่วยหายใจ และความพร้อมของเครื่องช่วยหายใจ

3. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

กระบวนการพยาบาล

- ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

- เคาะปอด และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะให้

- ให้อาบน้ำอุ่นตามแผนการรักษาของแพทย์

- ดูแลความสะอาดปาก ฟันให้ทุกครั้ง ความสะอาดร่างกายทั่วไป

- ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000 – 3,000 ซีซี

4. มีโอกาสเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ ส้นเท้า และข้อศอก

กระบวนการพยาบาล

-ใช้ผ้านุ่ม ๆ หรือถุงมือใส่น้ำรองบริเวณ ที่อาจเกิดแผลกดทับ เช่น ส้นเท้า ข้อศอก

-พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง

-ดูแลผิวหนัง เสื้อผ้าให้สะอาด ชุ่มชื้นอยู่เสมอ

-ทาโลชั่น และนวดเบา ๆ บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ

หลังเช็ดตัวผู้ป่วยทุกครั้ง

-เปลี่ยนผ้าปูให้สะอาด เรียบตึงอยู่เสมอ

-ให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ให้ได้น้ำวันละ 2,000 – 3,000 ซีซี

5. มีโอกาสเกิดข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ และเส้นเอ็นหดรั้ง

กระบวนการพยาบาล

-จัดทำผู้ป่วยให้ถูกต้อง เช่น การจัดทำ ทางไหล่ป้องกันการติดในท่าหุบแขน จัดข้อเท้าให้ตั้งตรง

-บริหารข้อต่าง ๆ ให้เต็มพิสัยการเคลื่อนไหว ปกติของข้อนั้น ๆ และยืดกล้ามเนื้อ และเอ็นอย่างน้อย วันละ 1 ครั้ง

-สอนและแนะนำผู้ดูแลและญาติในการช่วย บริหารและป้องกันข้อยึดติด

6. ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์

กระบวนการพยาบาล

-แสดงความมั่นใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล

-เสริมสร้างความมั่นใจ และช่วยเหลือผู้ป่วย สร้างพลังให้เต็มศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วย กลับเข้าสู่สังคมได้

-ประสานกับสหสาขาวิชาชีพ หรือองค์กร ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในการ ช่วยเหลือผู้ป่วย เช่นการทำกายภาพบำบัด จัดหา อุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ป่วย ประสานงานในชุมชนใน การหาแหล่งสนับสนุนของใช้ต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย

-แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล ในเรื่องการดูแล กิจวัตรประจำวัน การให้อาหารทางสายยาง การ ล้างอุจจาระ การใส่ condom หลัก sterile technique การพลิกตะแคงตัว การจัดเตรียมและ ดัดแปลงสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

-อธิบายพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าใจและพร้อมกับการรับ สภาพที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอุบัติเหตุ จราจร ทำให้มีอาการอ่อนแรงของแขนและขา 2 ข้าง ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สภาพร่างกาย ที่เปลี่ยนแปลงเป็นภาวะวิกฤตทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

1. ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วย สูญเสีย ภาพลักษณ์ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นห่วงภรรยาที่ ต้องรับผิดชอบครอบครัว

2. ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ป่วยต้อง กลายเป็นคนไข้นอนติดเตียงให้ภรรยาดูแล ไม่สามารถลุกช่วยเหลือตัวเองได้

3. ภรรยาต้องดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมถึงการต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้ ภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในครอบครัว ระยะยาวอาจเกิดความเบื่อหน่ายในการ ดูแล ท้อแท้ และหมดกำลังใจ

4. ภรรยาต้องมีหน้าที่ในการเป็นผู้นำแทนสามี ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือการช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และ จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทั้งในระยะเฉียบพลัน และในระยะยาว ผู้ป่วยรายนี้สามารถผ่านภาวะ วิกฤตไปได้อย่างดีเนื่องจากการให้การพยาบาลที่ มีประสิทธิภาพ มีความพร้อม มีการประเมินผู้ป่วย

และวินิจฉัยเบื้องต้นรวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมมือกันช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตให้ได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด จัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การให้กำลังใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการรับบทบาทใหม่ในการเป็นผู้นำครอบครัวแทน

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย และการติดตามสังเกตอาการผู้ป่วยเป็นระยะมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยถึงชีวิตได้
2. การประเมินอาการและการรายงานแพทย์อย่างทันที่ทั้งที่ เหมาะสมและอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้สามารถรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง
3. การเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วย และยาต่าง ๆ ให้พร้อมใช้เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เลวลง มีความสำคัญอย่างมาก
4. การวางแผนการพยาบาลมีความสำคัญ มีการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้อง วางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้ผ่านไปด้วยดี
5. การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพมีส่วนสำคัญในผู้ป่วยรายนี้ในการช่วยเหลือ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย สภาพจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถกลับในใช้ชีวิตในสังคมได้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด ตลอดจนการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว จัดหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม
6. พยาบาลควรมีการดูแลสภาพจิตใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การทำใจให้ยอมรับกับ

ภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชีรชัย อภิวรรณกุล. (2546, สิงหาคม). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระยะเฉียบพลัน. เอกสารประกอบการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์,งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์และภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. วรณีย์ สัตยวิวัฒน์, สุปราณี เชื้อสุวรรณ. การพยาบาลผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ. ใน: วรณีย์ สัตยวิวัฒน์,บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2551. หน้า 493-532.
3. ไสว นรสาร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังและไขสันหลัง (ออนไลน์). 2553 (เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม 2553): เข้าถึงได้จาก URL: <http://www.ra.mahidol.ac.th/ONS/2009/SNPR/NEWS/2009/Emergency2009/Doc/EmergencyS03>.
4. พวงทอง กล่อมใจเย็น. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังและไขสันหลังระยะฟื้นฟูสภาพ หอผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลศิริราช. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย 2547;9:58-64
5. ชลเวช ชวศิริ, อาศิร อุณนะนันท์, พวงทอง กล่อมใจเย็น, บรรณาธิการ, Evaluation and initial management of spinal injury, Multidisciplinary approach to spinal injured patients; วันที่ 5 – 7 ตุลาคม 2548; ณ ห้องประชุมอภิชาติทฤทธิคุณ ตึกสยามมินทร์ ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว: กรณีศึกษา

ยุพา พลเสน

กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลอ่างทอง

Received: 20 มิ.ย.64

Revised: 30 พ.ย.64

Accepted: 9 ธ.ค.64

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหลอดเลือดในสมองตีบ (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและพิการ โรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นระยะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง แต่เนื้อสมองยังไม่ตายผู้ป่วยยังมีโอกาสฟื้นฟูได้ถ้าได้รับการรักษาและดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็วตามมาตรฐานวิชาชีพ และยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นพลิ้วมีความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 5 เท่า

วัตถุประสงค์ของการศึกษา: เพื่อศึกษาเพิ่มพูนความรู้และทักษะกระบวนการพยาบาลในการดูแลการพยาบาล โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้วได้ถูกต้องเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว รายกรณี แบบเฉพาะเจาะจง 1 ราย ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอ่างทอง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2563

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี มาด้วยอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัดแขนขาซ้ายอ่อนแรง นำส่งโรงพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ถูกนำเข้าสู่ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (fast track stroke) ของโรงพยาบาลอ่างทอง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (Ischemic stroke with Atrial Fibrillation) ตรวจพบภาวะหัวใจเต้นพลิ้วแต่ยังไม่แสดงอาการ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) ได้ภายในเวลา 2 ชั่วโมง 35 นาที Door to needle 55 นาที ประเมิน NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) ก่อนให้ยา 13 คะแนน หลังให้ยาประเมิน NIHSS เข้าได้ 5 คะแนน ผลจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต อาการดีขึ้นตามลำดับสามารถยกแขนขาข้างที่อ่อนแรงได้ observe clinical post rt-PA ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ระหว่าง admit Stroke unit ผู้ป่วยมีภาวะ AF หัวใจเต้นเร็ว HR 160-180 ครั้ง/นาที ใจสั่น กระสับกระส่าย ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะหัวใจเต้นพลิ้วที่รวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ผลลัพธ์คือผู้ป่วยปลอดภัย พ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยพักรักษาอยู่โรงพยาบาล 8 วันอาการทุเลาสามารถกลับบ้านได้ หลังจำหน่ายมีนัดทำ Cardiogram 1 สัปดาห์ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ และนัดตรวจที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองอีก 1 เดือน

สรุป: จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้วพบว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญยิ่ง ในการดูแลตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ต้องมีทักษะ ความรู้ในการประเมินที่ถูกต้อง รวดเร็ว จัดเข้าระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (fast track stroke) ความรู้การบริหารยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงความก้าวหน้าของโรค เพื่อการเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะวิกฤตได้ทันทั่วทั้งผู้ป่วยปลอดภัย ลดความพิการลงได้

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบ, ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว, กระบวนการพยาบาล

Nursing care of the Acute ischemic stroke with Atrial fibrillation patient: case study

Yupa Phonlasen

Emergency department, Angthong Hospital

Abstract

Introduction: Stroke is a major public health problem in Thailand and has a rising trend that causes death and disability. Acute stroke is a stage in which the brain is deprived of blood supply to the brain. However, the brain tissue is not dead, and a patient still has a chance to recover if receiving right treatment and care according to professional standards. It has also been found that people with atrial fibrillation have five times greater risk of stroke than normal people.

Objectives of the study: The study aimed to enhance knowledge of nursing process and skills in caring for acute ischemic stroke with cardiac arrhythmia correctly and appropriately according to professional standards and to ensure that patients would be safe from critical conditions without complications. Patients and their relatives can return to take care of themselves properly.

Methods: This study investigated one specific case with an acute stroke in conjunction with atrial fibrillation in the Emergency Room at Angthong Hospital, Thailand. The study was conducted between October and December 2020.

Results: This case study investigated a 72-year-old Thai male with tongue stiffness, slurred speech, and weak left limbs. A case study of this patient showed that the patient was present with acute cerebral ischemic attack and was diagnosed with atrial fibrillation (AF) asymptomatic. The patient was transported to Angthong Hospital by the emergency medical services (EMS) system and taken into the fast track stroke system. He managed to receive Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) within 2 hours 35 minutes. The door-to-needle time was 55 minutes, and the NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) assessed prior to administration was 13 points. After receiving drugs to dissolve blood clots, the patient could elevate his flaccid limb with a NIHSS rating of 5 points. Observing clinical post rt-PA, there were no complications from fibrinolysis and no additional weakness. While in the stroke unit, the patient had AF tachycardia with HR 160-180 beats/min and palpitations. The patient was treated until his safety improved without complication. The patient was hospitalized for 8 days and was able to go home. After discharged, he had a 1-week cardiogram at Cardio clinic and follow-up examination at the the Stroke Clinic for 1 month.

Conclusion: A case of study on a patient with acute ischemic stroke in conjunction with atrial fibrillation revealed that, the patient was in a rapid and severe condition. Emergency nurses were important and were required to have the skills and Knowledge especially in the first step of the admission process. Nurses in the fast track stroke system were required to have assessment skills and knowledge of the administration of thrombosis medication, including disease progression for timely surveillance and crisis correction for patients to reduce risk of disability.

Keyword: Acute ischemic stroke, Atrial fibrillation, Nursing process

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกพบบ่อยในผู้สูงอายุ WHO ประเมินว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก มากกว่า 15 ล้านคน 5 ล้านคนพิการถาวร 5 ล้านคนเสียชีวิต และในปี 2563 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า^{7,10} จากการสำรวจขององค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization: WSO)¹¹ พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลกพบว่าปี 2560 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยข้อมูลย้อนหลัง 5 ปีของกองแผนพัฒนาวิทยาศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2556-2560) มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2560 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 304,807 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปีละประมาณ 30,000 ราย จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแต่ยังส่งผลต่อการสูญเสียคุณภาพชีวิตอย่างมากโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มโรคสำคัญตาม Service plan

สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Stroke I60-I69)⁵ ที่มารับบริการโรงพยาบาลอ่างทองพบว่า ปี2561-2563 จำนวน 971,1148 และ 1,031 รายตามลำดับ พบว่าอัตราการเสียชีวิตปี 2561 ร้อยละ 5.51 ปี2562 ร้อยละ 6.86 และในปี 2563 ร้อยละ7.95 ซึ่งเพิ่มขึ้นตามทุกปี อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการมาทันเวลาใน 270 นาที เกณฑ์ $\geq 40\%$ ปี 2561-2563 คิดเป็น 28.36,30.8 และ 27.73 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/

อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำใน 60 นาที (door to needle time) เกณฑ์ $\geq 50\%$ ปี 2561-2563 คิดเป็น 86.6,90 และ 90.70 ตามลำดับ ในปี 2564 (ไตรมาสแรก) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 141 ราย ที่มาทันเวลา 270 นาที จาก 392 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.97 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ $\geq 40\%$) จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้ช้า จากความเข้าใจโรคดูอาการที่บ้าน ผู้ป่วยมาด้วยระบบบริการทางการแพทย์ไม่ถึงร้อยละ 10 การส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมีหลายขั้นตอน ทำให้ใช้เวลานาน กระบวนการพยาบาลยังไม่ครอบคลุม เป็นข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นโอกาสพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการที่รวดเร็วต่อไป

ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลา บุคลากรทางสาธารณสุขและประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจสามารถสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและเข้าถึงระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว เมื่อเข้าระบบ fast track ผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติและตรวจร่างกาย และตรวจประเมินร่างกายทางระบบประสาท เครื่องมือที่ใช้ที่เหมาะสมได้แก่ National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)^{3,6,7,8} ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของหลอดเลือดสมอง ถ้าคะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมก คคะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคน้อย ส่งตรวจเลือดที่เกี่ยวข้องทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจ CT scan brain not contrast โดยทุกอย่างจะทำการอย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้ rt-PA ทันเวลาใน 4.5 ชั่วโมง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของสมองในระยะที่ 2 (second brain injury) จากภาวะ

ความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure) ป้องกันการล้มเหลวของการระบบหายใจ ระบบทั่วไปของร่างกายมีความสมดุล^{3,7} ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพและพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ลดอัตราการตายและพิการลงได้

ระยะเวลาศึกษา: ตุลาคม-ธันวาคม 2563

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบระยะเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว 1 ราย ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอ่างทอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน แบบบันทึกทางการแพทย์ การรักษาของแพทย์ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติญาติ สังกัดวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ และวางแผนกระบวนการพยาบาลแบบ Focus Charting และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงรวมถึงการวางแผนการจำหน่าย

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 72 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ ข้าราชการบำนาญ การศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ภูมิลำเนา จังหวัดอ่างทอง รายได้เดือนละ 9,200 บาท เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทอง วันที่ 13 ตุลาคม 2563 เวลา 22.40 น. จำหน่ายจากโรงพยาบาลอ่างทอง วันที่ 21 ตุลาคม 2563 เวลา 14.00 น.

รายงานประวัติ ได้จากผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นบุตรสาวเป็นผู้เห็นเหตุการณ์

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Ischemic stroke with Atrial Fibrillation

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Acute cerebral infarction with Atrial Fibrillation

อาการสำคัญ

ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

เวลาประมาณ 21.30 น. ญาติพบผู้ป่วยมีอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัดแขนขาซ้ายอ่อนแรงถามตอบพอรู้เรื่อง สังเกตอาการไม่ดีขึ้นญาติโทรแจ้ง 1669 เรียกรถพยาบาลไปรับ นำส่งโดยรถกู้ชีพโรงพยาบาลอ่างทอง (เวลา 21.00 น. เห็นผู้ป่วยเดินเข้านอนได้ปกติ) Onset 1 ชั่วโมง 40 นาที

อาการแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด มุมปากด้านซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง

Vital signs: T 36.5 °c BP 113/91 mmHg P 64 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที SpO2 100% E4V4M6

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว VHD (Valvular replacement 2549), HT, DLP (รับประทานยา carvedilol, simvastatin, captopril และ HCTZ ไม่เคยขาดยา) ต่อมสุราวันละครึ่งขวดเบียร์วันละ 3 ขวดเกิน 10 ปี ประวัติแพ้ยา Ceftriaxone

การประเมินสภาพร่างกาย

GA : Elderly man, confuse, slurred speech, not pale, no jaundice, no cyanosis

Skin : No wound, no rash, no petechiae

HEENT : Left Facial palsy, Pharynx not injected, tonsil not enlarged, no bleeding per gum, not neck vein engorged

Heart : Heart rate irregular, no murmur, normal S1 and S2, no thrill, capillary refill 2 sec

EKG: Atrial fibrillation

Lung : No adventitious sound both lungs, equal both lungs, no retraction and accessory muscle use

Abdomen: mild tenderness at epigastrium, no guarding, active bowel sound, no ascites, liver and spleen not palpable

Extremity: No pitting, Left Shoulder, arm and leg sign of weak, Right shoulder, arm and leg limit range of motion

Neurologic: E4V4M6, Pupil Right eye Ø 2 mm. Pupil Left eye Ø 2 mm. RTL BE

Motor power: Right arm and leg grade 4, Lt Arm grade 0. Left leg grade 1

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC: WBC 8,600 cell/cumm.(5,000-10,000), RBC 4.92 10^6 /cumm. (4.5-6.5), Hct 47vol% (39-54), platelet 193,000 cell/cumm. (140,000-400,000) DTX 88 mg/dL (70-115), VDRL: non-reactive, Creatinin 1.12 mgmg/dl (0.5-1.5), eGFR (CKD-EPI) 65.27 ml/min/1.73m² (90-120), BUN 19 mg/dL(8-20), Electrolyte: sodium 135 mEq/L (135-145), Potassium 4.3 mEq/L (3.5-5.5), Chloride 102 mEq/L (95-110), CO₂ 24

mEq/L (22-33), thyroid function test: Free T3 2.040 pg/ml (2-4.4), Free T4 1.1ug/dl (0.93-1.7), TSH 4.00 uIU/ml (2-4.4), Lipid profile: Cholesterol 119 mg/dl (0-200), Triglyceride 128 mg/dl (50-200), HDL 58 mg/dl (35-55), LDL 35 mg/dl (60-178), Troponin-T: negative เปรียบเทียบผล Coagulogram

วันที่ส่งตรวจ	PT sec (11-15)	PTT sec (21.1-29.9)	INR (0.8-1.1)
13 ต.ค. 63	10.0	20.9	0.8
15 ต.ค. 63	11.3	23.2	1.01
18 ต.ค. 63	14.9	27.1	1.35
21 ต.ค. 63	26.1	-	2.43

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

EKG: AF (Atrial Fibrillation) Heart rate 64 ครั้ง/นาที

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

ผล CT brain ครั้งแรก: A small well-defined hypodense lesion at left basal ganglia, likely old lacunar infarction. A small hypodense lesion at subcortical white matter of left parietal lobe, probable lacunar infarction.

ผล CT brain ครั้งที่ 2 หลังได้รับยา rt-PA 24 ชั่วโมง : developed subacute infarction involving right basal ganglia and anterior limb of right inter capsule. Few unchanged small hypodense lesions at subcortical white matter of left parietal lobe, likely lacunar infarction.

CXR: Cardiomegaly

การเปรียบเทียบระหว่างทฤษฎีกับกรณีศึกษา

การวินิจฉัย: Acute ischemic stroke with Atrial Fibrillation

หัวข้อ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
1.การวินิจฉัยโรค	Ischemic stroke	Ischemic stroke
สาเหตุปัจจัยเสี่ยง	-ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี เพศชายพบมากกว่าหญิง ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือหลอดเลือดหัวใจ -ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมเปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่จะเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิต โดยมากปรับเปลี่ยนได้ทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการใช้ยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าคนไม่เป็น 4-6 เท่า เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือโรคลิ้นหัวใจต่าง ๆ โรคอ้วน	-ผู้ป่วยมีหลายปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้แก่ เพศชาย อายุ 72 ปี ประวัติโรคประจำตัว HT,DLP,VHD ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถทำให้ผู้ป่วยเป็น AF และเกิดเป็น embolic stroke ได้ รวมทั้งดื่มสุราเป็นประจำวันละครึ่งขวดเปียร์ 3 ขวด ซึ่งการดื่มสุราส่งผลให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่ายกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมองและแอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นแตกเปราะง่าย
อาการ	ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลายโดยที่พบได้บ่อยได้แก่ -อาการอ่อนแรง หรืออัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง -อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งเช่นเดียวกับการอ่อนแวมักเกิดกับร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง -มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้ พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด -มีปัญหาการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน -สูญเสียการมองเห็นบางส่วนหรือเห็นภาพซ้อน	-ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด มุมปากด้านซ้ายตก แขนขาซ้ายอ่อนแรง อาการของผู้ป่วยเกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่มีอาการนำมาก่อน ไม่สามารถเดินได้ ผู้ป่วยรายนี้การมองเห็นปกติ ปัญหาเกิดทางด้านซ้ายของร่างกายส่วนใหญ่ coma scale E₄V₄M₆ Motor power: Right arm and leg grade 4, Left Arm grade0 Left leg grade1

การวินิจฉัย: Acute ischemic stroke with Atrial Fibrillation (ต่อ)

หัวข้อ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การตรวจวินิจฉัย	-ทางรังสี CT scan brain non contrast ต้องไม่พบว่ามีหลอดเลือดในสมองแตก	ทำ CT scan brain non contrast ไม่พบว่ามีเลือดออก ผลอ่าน A small well-defined hypodense lesion at left basal ganglia, likely old lacunar infarction. A small hypodense lesion at subcortical white matter of left parietal lobe, probable lacunar infarction
การรักษา	-ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) กรณีไม่มีข้อห้ามในการให้ยาการบริหารยา rt-PA ให้ทางหลอดเลือดดำ ขนาดยาที่ให้ 0.9 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ขนาดยาสูงสุดไม่เกิน 90 มิลลิกรัม โดยแบ่งฉีดร้อยละ 10 ทันทีและที่เหลือหยดทางหลอดเลือดดำช้าๆ ในเวลา 1 ชั่วโมง และขณะให้ยาความดัน systolic ไม่สูงกว่า 185 mmHg หรือ diastolic ไม่สูงกว่า 110 mmHg -ต้องได้รับการยินยอมจากญาติก่อนให้ยา	-ได้รับยา rt-PA ผู้ป่วยน้ำหนักตัว 52 กิโลกรัม ให้ rt-PA total = 46.8 mg. iv bolus 4.68 mg then iv drip infusion 42.12mg ก่อนให้ยาไม่พบข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ประเมิน NIHSS = 13 คะแนน ได้รับการเจาะ lab ก่อนให้ยา ผลเลือดปกติ ระหว่างให้ยาความดันโลหิตอยู่ในช่วง systolic 109-115 mmHg diastolic 79-85 mmHg -ญาติเซ็นยินยอมก่อนให้ยาผู้ป่วย
2.การวินิจฉัยโรค	Atrial Fibrillation (AF)	Atrial Fibrillation (AF)
สาเหตุปัจจัยเสี่ยง	-เกิดจากโรคหัวใจ เช่น โรคลิ้นหัวใจรั่ว หัวใจห้องล่างโต โรคหลอดเลือดหัวใจเยื่อหุ้มหัวใจ -ที่ไม่ใช่มาจากหัวใจ เช่น ความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย Hyperthyroidism pulmonary embolism ได้รับสารพวก cocaine and caffeine, alcohol intoxication, septic or febrile illness สูงอายุ กรรมพันธุ์	-ผู้ป่วยอายุ 72 ปี ไม่มีกรรมพันธุ์เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแต่มีประวัติตัวเองเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่วทำผ่าตัดแล้วปี 2549 ประวัติดื่มสุราครั้งขวดเบียร์ 3 ขวดทุกวัน เกิน 10 ปี -ได้รับการตรวจ thyroid function test เพื่อหาสาเหตุ พบว่า FreeT3=2.040 pg/ml(2-4.4), Free T4=1.11ng/dl(0.93-1.7), TSH=4.00uIU/ml (0.27-4.2) แปลผลว่าปกติ

การวินิจฉัย: Acute ischemic stroke with Atrial Fibrillation (ต่อ)

หัวข้อ	ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การตรวจวินิจฉัย	-ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead	-ได้รับการตรวจ EKG ที่ ER ทันที เมื่อคนไข้มาถึงตรวจพบว่าเจอAFครั้งแรก และยังไม่แสดงอาการ ผู้ป่วยเคยมาตรวจด้วยเรื่องเวียนศีรษะใจสั่น เจ็บหน้าอกเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2563 พบว่าปกติ -ขณะ admit พบว่า HR 160-180 ครั้ง/นาที่ EKG:AF (Atrial fibrillation) และ Atrial flutter
การรักษา	-รักษาตามสาเหตุ -ใช้หลัก Rate control, Rhythm control, Anticoagulation -การให้ยา Rate control, Rhythm control เช่น Amiodarone (cordarone). Anticoagulationเช่น Aspirin, Warfarin	-ผู้ป่วยได้รับยา adenosine double syringe 6 mg.,12 mg. อาการไม่ทุเลาได้รับยา cordarone 150 mg.+5%DW 100ml.drips in 30min then 500mg. +5%DW500ml.drips in 24 hr.อาการทุเลาลง HR ลดลง 90-100 ครั้ง/นาที่. on warfarin3mg oral hs.

การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (EMS)

1. รับข้อมูลเบื้องต้นจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประเมินอาการผู้ป่วยตามที่รับแจ้งพร้อม กับอุปกรณ์ช่วยชีวิต เมื่อพบผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

- ประเมินอาการผู้ป่วยโดย Act Fast (Face Arm Speech Time) ชักประวัติ Onset time ประวัติโรคประจำตัว

2. Nurse Assessment

- ABC, V/S, N/S, ให้O₂ Keep>94
- On 0.9% NSS 1000 ml. rate 80 ml./hr. พร้อมเจาะเลือดใส่Tube CBC, Coag, Clot blood

เตรียมญาติสายตรงมาพร้อมกับผู้ป่วย นำหลักฐานที่มี ID ของผู้ป่วยมาด้วย แจ้งญาติเบื้องต้นเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการให้ยา

ละลายลิ่มเลือด (ถ้ามีความจำเป็นต้องให้ยา) เพื่อร่วมตัดสินใจ

3. หน่วยปฏิบัติการ (EMS) ประสานห้องฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยทำประวัติหรือคั่นประวัติ แจ้งแพทย์เตรียมความพร้อมห้อง CT (แล้วแต่บริบทของโรงพยาบาล)

การดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน

1. คัดกรองและซักประวัติอาการสำคัญของผู้ป่วย มีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ใดๆอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 ใน 5 ดังนี้ อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ การมองเห็นผิดปกติ การพูดผิดปกติ เวียนศีรษะเดินเซ ปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุ

2. ชักประวัติ Onset หากมีไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง นำผู้ป่วยเข้าระบบ Stroke fast track

3. ประเมิน V/S, N/S ตามหลัก A B C พิจารณา Basic life support/Advanced life support, Blood examination (DTX, Coagulogram, Electrolyte, CBC, BUN, Cr, BS) On MF, แขนอีกข้าง On NSS locked เพื่อเตรียมให้ยา rt-PA

4. ประเมิน NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) ประเมินโดยแพทย์หรือพยาบาลแล้วแต่บริบทของโรงพยาบาล

5. ประสาน Stroke unit เพื่อเตรียมความพร้อมรับคนไข้

6. ประสานและส่งตรวจ CT brain, Chest X-ray, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)

7. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อได้ผล CT, หรือผล lab หรือผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงหรือ V/S, N/S เปลี่ยนแปลง ได้แก่

- ผู้ป่วยหมดสติเรียกไม่รู้สึกตัว/ระดับความรู้สึกตัว GCS ลดลงจากเดิม

- V/S SBP $\geq$ 185 mmHg, DBP $\geq$ 110 mmHg

- ภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะ Cyanosis หรือ $O_2 < 94 \%$

- ระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 50 mg/dL. หรือ ≥ 400 mg/dL.

- อาการอื่น ๆ ชักเกร็งกระตุก แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย เป็นต้น

8. ดูแลบริหารยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ให้ได้ เมื่อผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การได้รับยาและผู้ป่วยและญาติยินยอม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: นำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะการเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP)

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการเวียนศีรษะ พูดไม่ชัด Glasgow coma scale E₄V₄M₆ pupil ϕ 2 mm. pupil ϕ 2mm RTL BE. Left facial palsy. Motor power แขนขวา grade 4 แขนซ้าย grade 0 ขาซ้าย grade 1

วัตถุประสงค์

- ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมิน

- ระดับความรู้สึกตัวปกติไม่มีอาการภาวะสมองบวม รุนานตาทั้งสองข้างมีปฏิกิริยาต่อแสง ดีขนาด ϕ 2 mm ความดันโลหิต 110/70-140/80 mmHg ชีพจร 60-100 ครั้งหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที Coma scale ไม่ต่ำกว่าเดิมหรือดีขึ้น motor power ไม่ลดลงจากเดิม

กิจกรรมพยาบาล

- สังเกตและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว ชักเกร็งกระตุก หายใจผิดปกติ pulse pressure กว้าง (SBP-DBP > 60 mmHg) ความดัน Systolic สูงขึ้นจากเดิม 20% โดย Observe Neuro Signs ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 16 ชั่วโมง if decrease > 2 รายงานแพทย์ทันที ตรวจวัดสัญญาณทุก 4 ชั่วโมง Keep BP $< 220/120$ mmHg จัดท่านอนให้ศีรษะสูง 20-30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอและสะโพกไม่ให้งอพับมากกว่า 90 องศา เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก ห้ามนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำ ดูแลให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะความดันในกะโหลกสูง Coma scale ไม่ drop ลง Vital sign อยู่ในเกณฑ์ปกติ coma scale E₄V₅M₆ pupil Rt eye ϕ 2 mm. pupil Lt eye

Ø2mm.RTL BE Motor power แขนขาทั้ง 2 ข้าง grade 4

ปัญหาที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะ Brain anoxia เนื่องจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีอาการ พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง เดินไม่ได้ สับสน E₄V₄M₆, NIHSS 13 คะแนน ผล CT scan brain: Ischemic stroke

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยรับออกซิเจนเพียงพอปลอดภัยจากภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนไม่มีภาวะ Brain anoxia

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ออกซิเจนส่วนปลายมากกว่า 94% สัญญาณชีพปกติ, ไม่มีอาการชักเกร็ง ได้รับการดูแลตามแนวทาง fast track stroke

กิจกรรมพยาบาล

- ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการ แรก รับ ติดตามประเมิน Vital sign, Neuro sign ประเมินอัตราการหายใจ, วัดออกซิเจนส่วนปลาย ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเพื่อป้องกันการสำลัก ออกซิเจนทางเดินหายใจและผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ

- Activate fast track stroke
- ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ส่ง lab CBC, DTX, Coagulogram, PT, INR, VDRL
- เปิดเส้นให้สารน้ำ 0.9%NSS ส่วนอีกข้าง on locked เพื่อให้ยา rt-PA

- ทำ EKG ถ้าพบว่าผิดปกติให้รายงานแพทย์ก่อน
- ก่อนให้ยา rt-PA ญาติต้องได้รับการอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของยาและเซ็นยินยอมที่จะให้ยา พร้อมตรวจสอบการให้ยา rt-PA คำนวณยาให้ถูกต้องและประเมินคนไข้ว่าไม่มีข้อห้ามในการ

ให้ยาและดูแลวัด Vital sign ตามมาตรฐานการให้ยา rt-PA

ประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลเข้าระบบ fast track ของโรงพยาบาลได้ยาละลายลิ้มเลือดตามเกณฑ์การรักษาเมื่อถึงหอผู้ป่วยอาการดีขึ้น รู้สึกตัวดี E₄V₅M₆ pupil Rt eye Ø 2 mm. pupil Lt eye Ø2mm.RTL BE Motor power แขนขาทั้ง 2 ข้าง grade 4 ใช้เวลา Door to needle 55 นาที (เกณฑ์ตัวชี้วัด <60 นาที)

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะ cardiac output ลดลงเป็นผลมาจากการบีบตัวของหัวใจ ไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยเวียนศีรษะใจสั่น ชีพจรเบาเร็วปลายมือปลายเท้าเย็น HR 160-180 ครั้ง/นาที BP 90/60 mmHg ผล EKG atrial fibrillation

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะ cardiac output ลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพียงพอต่อความต้องการ

เกณฑ์การประเมิน

- คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น normal sinus rhythm 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic BP มากกว่า 90 mmHg. Capillary refill <2 sec ไม่มีอาการใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ปลายมือปลายเท้าอุ่นดี ชีพจรเต็มแรง เท่ากัน 2 ข้าง ปัสสาวะออกมากกว่า 0.5 cc/kg/hr.

กิจกรรมพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ cardiac output ลดลง เช่น รู้สึกตัวน้อยลง ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30cc/hr ความดันโลหิตต่ำลง monitor EKG และ Vital signs อย่างใกล้ชิด อย่างน้อย 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนให้

เพียงพอและติดตามค่า O₂ saturation Record I/O บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อติดตามการทำงานของไต หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30cc/hr ให้รายงานแพทย์ทราบ ดูแลให้ยาตามการรักษาของแพทย์ ให้ยาในกลุ่ม Antiarrhythmics เช่น cordarone ต้องเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันต่ำลง $\leq 90/60$ mmHg ชีพจร ≤ 60 ครั้ง/นาที ควรหยุดการให้ยารายงานแพทย์ทันที และเตรียมรถ emergency ให้พร้อมใช้

ประเมินผล

- ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์หลังได้ยา cordarone 150 mg.+5%DW 100 ml.drips in 30 min then 500 mg.+5%DW 500 ml.drips in 24 hr. ผู้ป่วยอาการทุเลา EKG ต้นสม่ำเสมอ อัตรา 100-120 ครั้ง/นาที อาการเวียนศีรษะ ใจสั่น น้อยลง สัญญาณชีพปกติ Capillary refill <2 sec ปัสสาวะออกดี

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจวายเนื่องจากหัวใจเต้นพลิ้ว (AF)

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อขณะออกแรง หายใจไม่สะดวกขณะนอนราบ เวียนศีรษะ คล้ายจะเป็นลม ใจสั่น CxR: cardiomegaly, EKG show fast AF rate 160-180 ครั้ง/นาที
วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะหัวใจวาย

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจปกติ 12-20 ครั้ง/นาที ค่า SpO₂ >94% Film x-ray ไม่มี pulmonary congestion BP 90/60-130/90 mmHg PR 60-80/min, RR 20/min EKG เป็น Sinus rhythm อัตรา 60-100 ครั้ง/นาที ได้ยา adenosine 6 mg, 12mg vein. Amiodarone (cordarone) 150 mg.+5%DW 100 ml. drips in 30 min then 500mg. +5%DW 500 ml. drips in 24

กิจกรรมพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายหรือ pulmonary edema เช่น หอบเหนื่อย อัตราหายใจเพิ่มขึ้น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ เสมหะเป็นฟองสีชมพู ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์ทราบ จัดทำนอนท่า Fowler's position เพื่อลดปริมาตรเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ Monitor EKG ดูแลภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้ได้ออกซิเจนตามแผนการรักษาไม่ให้ <94% วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ให้ยาตามแผนการรักษา และ record I/O เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและรถ emergency ให้พร้อมใช้อาจ arrest ได้

ประเมินผล

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีความสมดุลกันของน้ำเข้าและออกจากร่างกาย Film x-ray ไม่มี pulmonary congestion อัตราการเต้นของหัวใจลดลง HR90-120 ครั้ง/นาที อาการใจสั่นเวียนศีรษะทุเลาลง

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA 4.68 mg vein bolus dose in 1 min then 42.12 mg vein drips in 60 mins.ได้รับยาWarfarin

- ผล lab PT10.00-26.1 sec (11-15), PTT 20.9-27.1 sec (21.1-29.9), INR 0.8-2.43

วัตถุประสงค์

- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากเลือดออกง่ายหยุดยากจากการได้รับยา

เกณฑ์การประเมิน

- Vital sign, Neuro sign อยู่ในเกณฑ์ปกติ Coma scale ไม่ drop ลง ผล CT brain ไม่พบเลือดออกในสมอง ไม่พบจุดจ้ำเลือดหรือ

มีเลือดออกจากระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ผล PT, PTT, INR ปกติ

กิจกรรมพยาบาล

- ส่ง CT brain หลังให้ rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งตรวจเลือดตามแผนการรักษา check Neuro sign, Vital sign ตามเกณฑ์มาตรฐานการให้ยา rt-PA ให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ งดกิจกรรมการเจาะเลือดหรือหัตถการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการมีเลือดออกไม่หยุดถ้าไม่จำเป็น

ประเมินผล

- Vital sign, Neuro sign อยู่ในเกณฑ์ปกติ Coma scale ไม่ลดลง ไม่พบว่ามีจุดจ้ำเลือดหรือมีเลือดออกจากระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ผล PT, PTT, INR ปกติ

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด progressive stroke จากภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วย บ่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ กระสับกระส่าย

วัตถุประสงค์

- เพื่อป้องกันการเกิด progressive stroke จากภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์การประเมิน

- ไม่เกิด progressive stroke จากภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมพยาบาล

- สังเกตอาการ ระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง check vital signs ทุก 4 ชั่วโมง ประเมิน coma scale ถ้า drop ลง > 2 รีบรายงานแพทย์ ให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล

- ผู้ป่วยอาการดีขึ้น E₄V₅M₆ ไม่มีแขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเพิ่มขึ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ปัญหาที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลักหรือกลืนอาหารลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีอาการกลืนเนื้อไบน้ำอ่อนแรง มุมปากด้านซ้ายตก

วัตถุประสงค์

- ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก
- ฝึกการกลืนเพื่อให้ไม่มีอาการกลืนลำบาก ได้รับน้ำและสารอาหารเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

- ผ่านการทดสอบประเมินการกลืนรับประทานอาหารและน้ำได้ไม่สำลัก

กิจกรรมพยาบาล

- ประเมินการกลืนของผู้ป่วย ทดสอบการกลืน คอยดูแลขณะผู้ป่วยเริ่มอาหารสังเกตโดยให้เริ่มของเหลวหรือน้ำก่อน สอนเทคนิคการฝึกกลืน (Swallowing techniques) บริหารกล้ามเนื้อที่ใช้ในการกลืนคือ กลืนเนื้อปากและกลืนเนื้อลิ้น โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าช้าๆ แล้วกลืนหายใจไว้ ก้มหน้ากลืนน้ำลายแล้วหายใจออกช้าๆ ให้ผู้ป่วยทำทุก 1 นาที ใช้เวลาบริหารครั้งละ 5 นาที

ประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถเริ่มหัดกลืนของเหลวได้ ไม่มีอาการสำลัก หรือหอบเหนื่อย

ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Amiodarone

ข้อมูลสนับสนุน

- มีอาการเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ได้รับยา Amiodarone (cordarone)

150 mg.+5%DW 100 mL. drips in 30 min
then 500 mg. +5%DW 500mL.drips in 24 hr.

วัตถุประสงค์

- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา

Amiodarone

เกณฑ์การประเมิน

- สัญญาณชีพปกติ EKG ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาและไม่พึงประสงค์จากการได้ยา เช่นอาการแพ้ยา ปวดศีรษะรุนแรง หายใจลำบาก หลอดเลือดดำอักเสบ

กิจกรรมพยาบาล

- ดูแลบริหารยาให้ได้ตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา Monitor EKG 24 ชั่วโมง เฝ้าระวังความรู้สึกตัวและอัตราการเต้นของหัวใจ

ประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ EKG ยังคงเป็น AF แต่ HR ลดลง HR 90-120 ครั้ง/นาที ไม่พบอาการแพ้ยา หรือหลอดเลือดดำอักเสบ

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย การรักษา การดูแลเมื่อกลับบ้าน และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล และคอยสอบถามว่าผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติได้เมื่อไร กลับไปแล้วจะต้องดูแลอย่างไรบ้าง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นอีก

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาการดำเนินและการพยากรณ์ของโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยและญาติบอกได้ถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคเข้าใจแผนการรักษาและการ

พยากรณ์ของโรคได้และต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมพยาบาล

- ประเมินระดับความเข้าใจของคนไข้ และญาติ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา การพยากรณ์โรค การปฏิบัติตนเมื่อกลับไปบ้าน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเปิดโอกาสให้ซักถาม อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย เช่นการจัดการกับความเครียด การดื่มสุร่าย้าเน้นให้ญาติและผู้ป่วยว่าการดื่มสุราจะทำให้เส้นเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะและทำให้ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกตินำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง และยังทำให้ความดันโลหิตสูง ทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง รวมทั้งการกินอาหารที่มีรสเค็ม มีไขมันสูง อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัด อาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึกการควบคุมการทรงตัวมากกว่าเดิม ง่วงซึม สับสน พูดลำบาก กระสับกระส่าย มีความผิดปกติของสายตา เป็นต้น การปฏิบัติตัวจากการ on warfarin ต้องระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ อาการมีเลือดออกตามระบบต่าง ๆ ในร่างกาย มีจ้ำเลือดตามผิวหนัง

ประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล มีการสอบถามในเรื่องที่สงสัยเกี่ยวกับโรคที่เป็น และสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตน การลดปัจจัยเสี่ยงเมื่อกลับไปบ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและความสำคัญของการมาตรวจตามนัดได้

- ติดตามการมาตรวจตามนัด พบว่าผู้ป่วย มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ช่วยเหลือตนเองได้ งดดื่มสุราได้ ผล INR 2.84 อยู่ในเกณฑ์ 2.0-3.0 ซึ่งยอมรับได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ AF แล้ว On warfarin เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค หลอดเลือดสมอง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี ภูมิลำเนา ตำบลมหาโตไทย อำเภอมือง จังหวัดอ่างทอง มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง เป็นก่อนมา โรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที ผู้ป่วยและญาติ ให้ประวัติว่า ญาติเห็นผู้ป่วยปกติเวลา 21.00 น. ผู้ป่วยเข้านอนตามปกติไปพบผู้ป่วยมีอาการเวลา 21.30 น. มีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาซ้ายอ่อนแรง โทร 1669 เวลา 21.54 น. EMS ถึงที่เกิดเหตุเวลา 22.09 น. ระยะทาง 13 กิโลเมตร Response time = 15 นาที ถึงห้องฉุกเฉินเวลา 22.40 น. Onset 1 ชั่วโมง 40 นาที ผู้ป่วยประวัติ เป็น VHD (Valvular replacement 2549), HT, DLP รับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลอ่างทอง รับประทานยาต่อเนื่องไม่เคยขาดยา แรกรับที่ ER Vital signs BP 113/91 mmHg Pulse 64 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที T 36.5°C. O₂sat 100 % DTX 88 mg/dl. Neuro signs E₄V₄M₆ Pupil Right eye Ø 2 mm. Pupil Left eye Ø 2 mm. RTL BE. Left facial palsy. Motor power แขนขาขวา grade 4 แขนซ้าย grade 0. ขาซ้าย grade 1. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบว่าเป็น AF เป็นครั้งแรกซึ่งไม่เคยตรวจพบมาก่อน แพทย์ วินิจฉัย ว่าเป็น Ischemic stroke with AF ได้รับการดูแลให้ On 0.9% NSS 1,000 ml. rate 80 ml/hr. นำผู้ป่วยเข้าระบบ fast track stroke ประเมิน NIHSS ได้ 13 คะแนน ผล CT brain: lacunar infarction ผล lab ปกติไม่มี

ข้อห้ามในการให้ยา rt-PA ที่ ER แจ้งถึงประโยชน์ และโทษจากการให้ยากับผู้ป่วยและญาติ โดย ผู้ป่วยและญาติยินยอม ได้รับยา rt-PA 4.68 mg vein bolus dose in 1 min then 42.12 mg vein drips in 60 mins. door to needle time = 55 นาที admit ที่ stroke observe clinical post rt-PA ไม่มีอ่อนแรงเพิ่ม ทำ CT brain หลังให้ยา rt-PA ครบ 24 ชั่วโมงพบว่า ไม่มี Hemorrhage ระหว่าง admit ผู้ป่วยมี ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation) และ EKG เปลี่ยนเป็น Atrial Flutter อย่างรวดเร็ว หัวใจเต้นเร็ว HR 160-180 ครั้ง/นาที ใจสั่น กระสับกระส่าย ได้รับการแก้ไขโดยแพทย์ ได้ให้ยา adenosine double syringe 6 mg., 12 mg. อาการไม่ดีขึ้นเจาะ lab trop-T ผล negative ให้ cordarone 150 mg.+5%DW 100 ml. drips in 30min then 500 mg. +5%DW 500 ml. drips in 24 hr. และ On warfarin 3 mg. ต่ออาการ ทุเลาลง ระหว่างนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการ ดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ทันเวลา ทำให้อาการดีขึ้น ก่อนกลับบ้านผล PT 26.1 sec (ปกติ 11-15sec) INR 2.43 ยาที่ได้รับกลับบ้าน ยาเดิมของผู้ป่วยและเพิ่มยา warfarin 3mg. 1 tab oral hs. จึงต้องมีการดูแล ระวังภาวะการเกิดอุบัติเหตุ และสังเกตอาการ เลือดออกเพิ่มจากอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อย่างใกล้ชิด รวมทั้งเจาะเลือดและติดตาม ผล PT, PTT และ INR ตามนัด ส่งพบนักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัดเพื่อปรึกษาเรื่องอาหาร แนะนำญาติและคนไข้เรื่องการฝึกออกกำลังกาย ต่อ แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถ กลับไป ดูแลตนเองที่บ้านได้ จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 21 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 รวมนอน โรงพยาบาล จำนวน 8 วัน อาการทุเลามีอาการ อ่อนเพลียเล็กน้อยช่วยเหลือตนเองได้ นัดทำ Cardiogram 1 สัปดาห์ วันที่ 29 ตุลาคม 2563

ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ ติดตามโทรเยี่ยมบ้านวันที่ 30 ตุลาคม 2563 ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ มีนัดตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหลอดเลือดสมองวันที่ 24 พฤศจิกายน 2563 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดร่างกายแข็งแรงดี เดินได้ปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบหรือใจสั่นไม่มีภาวะเลือดออกจากการให้ยา warfarin ผล INR 2.84 (2.0-3.0) อยู่ในเกณฑ์การยอมรับได้ในผู้ป่วย AF ที่ On warfarin⁸ กินยาได้ตามแผนการรักษาและสามารถเลิกดื่มสุราได้โดยบุตรสาวเป็นคนดูแลจัดยาให้รับประทานตามเวลา เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคหลอดเลือดในสมองซ้ำ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันร่วมกับภาวะหัวใจเต้นพลิ้วพบว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและพิการได้มาก การดูแลผู้ป่วยรายนี้บรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการได้เร็ว จัดเข้าระบบ fast track ทันเวลา ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนี้ คือ การป้องกันกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้อีกเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคประจำตัว (HT,DLP) และพฤติกรรม การดื่มสุราทุกวันเป็นเวลาเกิน 10 ปี โดยย้ำเน้นให้ญาติและผู้ป่วยว่าตระหนักถึงการดื่มสุราจะกระตุ้นทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เลือดแข็งตัวผิดปกติไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ รวมทั้งการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการของโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการให้เร็วที่สุด โดยเพิ่มการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669 และส่งเสริม

ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

2. พัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้ได้ตามสมรรถนะ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยตามรายโรค ปฏิบัติได้ตามแนวทางเวชปฏิบัติ ได้อย่างถูกต้อง

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว(AF) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันมักจะตรวจพบว่ามีภาวะหัวใจเต้นพลิ้วร่วมด้วย ซึ่งต้องเฝ้าระวังระดับความเสี่ยงเป็นพิเศษ เนื่องจากอาการของภาวะหัวใจเต้นพลิ้วจะเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา พ้นภาวะวิกฤตและผู้ป่วยปลอดภัย สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ลดความพิการลงได้¹²

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจริย. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ : แอล.ที.เพรส ; 2557
2. นิจศรี ขาญณรงค์. ตำราการดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ; 2550
3. นิภาพร บุตรสิงห์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล. 2562; 34(3): 15-29.
4. พรภัทร ธรรมสโรช. โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ ; 2555
5. โรงพยาบาลอ่างทอง. รายงานผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดอ่างทอง (Service plan) สาขาโรค

- หลอดเลือดสมอง. เอกสารนำเสนอ การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบ 2 ปี 2564 .อ้างทอง: มปท; (เอกสารอัดสำเนา)
6. วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉินปี พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2564] สืบค้นจากURL: <https://drive.google.com/.../19yUBj0ywS56DdglIDyZccFZw0.../view>.
 7. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.ฉบับ สมบูรณ์ 2558. พิมพ์ ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2559.
 8. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. ฉบับสมบูรณ์ 2562. พิมพ์ ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ, กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2562: 8.
 9. สิริินทร์ อภิญาสวัสดิ์. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นระรัว(Patient with Atrial Fibrillation) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิ.ย. 2564] สืบค้นจาก . <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/pubblc/pdf/medicinebook1/atrail%20fibrillation.pdf>
 10. World Health Organization Meeting on Community Control of Stroke and Hypertension. Control of stroke in the community: methodological considerations and protocol of WHO stroke register. CVD/s/73.6 Geneva: WHO, 1973
 11. World Stroke Day. [online]. [Cited 2016 Aug 19]; Available from: URL: [http://www.worldstrokecampaign.org/media/pages/About World Stoke Day2016.aspx](http://www.worldstrokecampaign.org/media/pages/About%20World%20Stroke%20Day2016.aspx).
 12. เพ็ญใจ ดาวัลย์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2562; 28(1): 35-42.

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการผ่าตัดตัดต่อลำไส้: กรณีศึกษา

ยุพิน เกตุดี

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชัยบาดาล

Received: 11 ต.ค.64

Revised: 8 ธ.ค.64

Accepted: 14 พ.ย.64

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตค่อนข้างสูง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักจะมีการมีอาการของโรคก่อนจึงมาพบแพทย์ ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวิธีการผ่าตัดอาจช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

วิธีการศึกษา: ศึกษากรณีกัดเลือกผู้ป่วยแบบเจาะจง 1 ราย ขณะผู้ป่วยมารับการผ่าตัดและติดตามเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง มาด้วยอาการปวดท้องมาก ท้องอืด อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Transverse Colon Cancer with Hypertension ได้รับการผ่าตัด exploratory laporatomy with Extened right hemicolectomy หลังผ่าตัด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐาน ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงได้ให้ยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจได้ 6 วัน ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 11 วัน

สรุป: พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีทักษะความรู้ความชำนาญอย่างสูงในการปฏิบัติการ มีการประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัด เพื่ออำนวยความสะดวกให้ทีมผ่าตัดสามารถทำงานได้สะดวก และแก้ไขปัญหาได้ทันเวลาที่ และมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่, ความดันโลหิตสูง, การพยาบาล

Nursing Care of Colon Cancer Patients with Hypertension Undergoing Colon Surgery: A Case Study

Yupin Gatedee

Department of Nursing, Chaibadan Hospital.

Abstract

Introduction: Colon cancer is an aggressive disease, and put patients at a high risk of mortality most patients have had abnormal symptoms of disease before they visit doctors. The surgical treatment of colon cancer might increase the survival rate of patients. Therefore, the objective of this study was to ensure patient safety and no complications from the surgery.

Method: The study investigated a selective case who underwent the surgery. Data were collected from the case's medical records.

Result: A 83-year-old Thai female patient, with 10-year hypertension had severe abdominal pain, flatulence, and vomiting with no defecation one day before hospitalization. According to the medical diagnosis, the patient had transverse colon cancer with hypertension. The patient, then, underwent a laparoscopic extended right hemicolectomy. After surgery, the patient was intubated for six days, using a respirator, and provided nursing supportive care on standard ventilation. The patient was given medication according to the treatment plan after extubation, the patient's symptoms improved sequentially with no complications. After that, the patient was discharged. The total length of stay in the hospital was 11 days.

Conclusion: Operating room nurses play an important role in providing nursing care to surgical patients. Therefore, they must be highly skilled and have expertise in the nursing care process. The process was aimed to assess the patient health status before surgery, prepare proper surgical equipment, facilitate the surgical team to work more conveniently, fix problems that may arise, prevent complications before, during, and after surgery to keep patients safe from crisis and help them return to normal daily life in society.

Keyword: Colon cancer hypertension, Nursing care.

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากเป็นลำดับต้นๆ และเป็นปัญหาต่อการสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ จากสถิติของประชาชนทั่วโลกในปี.ศ.2563 องค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด จำนวน 1,931,590 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 935,173 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ 21,103 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11.1 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงถึง 11,321 คนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 9 ของผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งทั้งหมด² และจากข้อมูลทะเบียนมะเร็งของศูนย์มะเร็งลพบุรีมีแนวโน้มของมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงอยู่ในอันดับที่ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อย³ จากสถิติโรงพยาบาลชัยบาดาล พบว่าปีพ.ศ.2563-2564 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มารับบริการที่ห้องผ่าตัดจำนวน 20 และ 31 รายตามลำดับ⁴ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นสามารถเกิดได้จากพันธุกรรม โดยจะมีความเสี่ยงสูงเมื่อพบประวัติในครอบครัวที่มีญาติสายตรงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การเป็น inflammatory bowel disease (ulcerative colitis หรือ Crohn's disease) การสูบบุหรี่ การบริโภคเนื้อแดง การดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นโรคเบาหวาน การมีดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) สูง เป็นต้น มะเร็งลำไส้ใหญ่นั้นหากสามารถตรวจพบก้อนเนื้องอกในระยะเริ่มแรกหรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้อ

ผลการรักษาจะดีและมีโอกาสหายขาดได้ ดังนั้นจึงมีคำแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ตั้งแต่ไม่มีอาการเพื่อลดความรุนแรงและการสูญเสียชีวิต⁵

การผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ การผ่าตัดเพื่อให้หายขาดและเมื่อมีการกระจายของโรคไปยังอวัยวะอื่นแล้ว⁶ เช่น การผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกแล้วนำส่วนปลายลำไส้ที่เหลือมาต่อกัน หรือการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ รวมทั้งกล้ามเนื้อหูรูดทั้งหมดของทวารหนักออกและปลายด้านบนของลำไส้มาเปิดที่หน้าท้อง การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรม และจะมีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ เพราะการเปลี่ยนแปลงของอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนเลือดในหลายทางคือมีการแข็งตัวและสูญเสียความยืดหยุ่นของเส้นเลือดนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูงได้ อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวอยู่ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง การได้รับการรักษาหรือควบคุมอาการได้ไม่ดีก่อนผ่าตัด จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ ในการประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดตามหลักสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ไม่ดี มีอัตราการตายร้อยละ 1.8-4.3⁷ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ก็ยังมีโอกาสเกิดความเสี่ยงที่ก่อเกิดอันตรายต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตามลำดับ แต่หากผู้ป่วยได้รับการเตรียมร่างกายและจิตใจก่อนรับการผ่าตัดเป็นอย่างดี ก็จะช่วย

ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้⁸ พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁹ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความชำนาญในขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด การส่งเครื่องมือและการช่วยผ่าตัด ให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยความราบรื่น มีประสิทธิภาพ มีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด รู้หลักการทำให้ปลอดเชื้อ การทำลายเชื้อ และประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างทันท่วงที และมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด การนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการปฏิบัติบนพื้นฐานของทฤษฎีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งร่างกายและจิตใจ ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด¹⁰ ได้อย่างเหมาะสม ภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยผ่าตัดเกิดความปลอดภัย

ดังนั้นผู้เขียนจึงสนใจที่ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดตัดต่อลำไส้ เนื่องจากการผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลานานในการผ่าตัด และต้องใช้ทีมที่มีความชำนาญเฉพาะด้านในการผ่าตัด อีกทั้งผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง หากมีการเตรียมร่างกายและจิตใจไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด

ขอบเขตการศึกษา ศึกษาผู้ป่วย 1 รายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัด ตัดต่อลำไส้ ที่งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลชัยบาดาล ระหว่างวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ.2564 ถึง 11 มิถุนายน พ.ศ. 2564

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ คู่ศาสนาพุทธ อาชีพ แม่บ้าน การศึกษา ไม่ได้เรียน วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 30 พฤษภาคม พ.ศ.2564

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Suspect Completed bowel obstruction U/D Hypertension
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Transverse Colon Cancer with Hypertension

การผ่าตัด exploratory laparotomy with Extended right hemicolectomy 31 พฤษภาคม พ.ศ.2564

อาการสำคัญ

ปวดทั่วท้องมาก ท้องอืดตึง อาเจียน 2-3 ครั้ง ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นมากมา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง เป็นๆหายๆ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้อง ท้องอืดตึง ไม่ถ่ายอุจจาระ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้องมาก ท้องอืดตึง อาเจียน 2-3 ครั้ง ไม่ถ่ายอุจจาระ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 10 ปี
รักษาที่โรงพยาบาลภูมิพล รับประทานยาต่อเนื่อง
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือ
โรคทางพันธุกรรม

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

อยู่กับสามีที่อายุ 84 ปี และบุตรสาว
ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร บุตรดูแลค่าใช้จ่าย มี
บุตร 4 คน และใช้สิทธิการรักษาจาก
กรมบัญชีกลาง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: รูปร่างเล็ก น้ำหนัก 43 กิโลกรัม
สูง 149 เซนติเมตร รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ปวดท้อง
ทั่วท้อง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92
ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน
โลหิต 142/90 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยทาง
สมอง(Glasgow ComaScale/ GCS) 15 คะแนน
(E4M6V5) ขนาดของรูม่านตา 2 มิลลิเมตรและมี
ปฏิกิริยาสนองตอบต่อแสง

ผิวหนัง: ผิวสองสี เล็บมือสะอาดตัดสั้น

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีขาวย ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล
คลำไม่พบก้อน กัดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างลักษณะ
สมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก การมองเห็นปกติ ใบหู
จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ปกติ

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจ
สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 92 ครั้ง/
นาที

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: ไม่มีเสียง
เคลื่อนไหวของลำไส้ หน้าท้องแข็งตึง กัดเจ็บทั่ว
ท้อง

กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนและขา motor
power grade 5 รูปร่างลักษณะปกติ

ประเมินสภาพจิตและสังคม สภาพจิตใจ: เป็น
คนใจเย็น, **อัตมโนทัศน์:** มีความพึงพอใจในความ
เป็นอยู่ การดำรงชีวิตของตนเอง, **ความทรงจำ:** มี
ความจำในอดีต และปัจจุบันดี, **การรับรู้:** สามารถ
ระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามความเป็นจริง,
กระบวนการคิด: ความคิดสมเหตุสมผล, **แบบ
แผนการเผชิญปัญหา:** ส่วนใหญ่มีการเผชิญ
ปัญหาได้ด้วยตนเอง เข้าใจและยอมรับปัญหาที่
เกิดได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

LAB	30พ.ค.64	1มิ.ย.64	2มิ.ย.64	3มิ.ย.64	5มิ.ย.64	6มิ.ย.64	7มิ.ย.64	9มิ.ย.64
CBC								
-WBC ($10^3/\mu\text{L}$)	14,050	12,510	-	12,810	10,900	-	-	-
-neutrophil (%)	78	85	-	82	75	-	-	-
-lymphocyte (%)	15	10	-	12	16	-	-	-
-HCT (%)	38.7	37.5	-	33.3	33.2	-	-	-
-Plt count($10^3/\mu\text{L}$)	368,000	291,000		247,000	287,000	-	-	-

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

LAB		30พ.ค.64	1มิ.ย.64	2มิ.ย.64	3มิ.ย.64	5มิ.ย.64	6มิ.ย.64	7มิ.ย.64	9มิ.ย.64
-PT	(sec)	12.9	-	-	-	-	-	-	-
-PTT	(sec)	21.9	-	-	-	-	-	-	-
-INR		1.10	-	-	-	-	-	-	-
Electrolyte									
-Na	(mmol/L)	141	141	138	137	136	136	135	132
-K	(mmol/L)	3.7	2.8	2.8	3.2	3.3	3.0	2.5	3.8
-Cl	(mmol/L)	102	105	106	105	101	100	96	95
-CO2	(mmol/L)	23.7	22.5	20.5	22.8	25.6	28.1	29.9	26.4
-BUN	(mg/dL)	11	15	-	11	8	-	-	-
-Cr	(mg/dL)	0.65	0.67	-	0.56	0.54	-	-	-
-eGFR		82	81	-	86	87	-	-	-
-Ca+	(mg/dL)	-	8.1	-	-	-	-	-	-
-Mg+	(mg/dL)	-	1.6	-	-	-	-	1.3	2.3
-Phosphorus	(mg/dL)	-	1.4	-	-	-	-	-	-
-Albumin	(g/dL)	4.4	-	-	-	3.2	-	-	-

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

CT Whole abdomen Using non-ionic contrast media วันที่ 30 พฤษภาคม 2564 พบว่า Complete colonic obstruction , CA Colon Should be consider

Surgical Pathology วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 ส่งชิ้นเนื้อขนาดความยาว 28 ซม. ความกว้าง 4 ซม.(segment of terminal ileum, appendix, cecum to transverse colon .วันที่ 4 มิถุนายน 2564 ผลเป็น Adenocarcinoma no metastatic deposit in all 13 nodes (n=0/13)

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 83 ปี มาโรงพยาบาล วันที่ 30 พฤษภาคม 2564 ด้วยอาการ ปวดทั่วท้องมาก ท้องอืดตึง อาเจียน 2-3 ครั้ง ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นมานาน 1 วัน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงไม่ขาดยา แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นปวดแน่นทั่วท้อง ท้องอืดตึงมาก อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/90 มิลลิเมตรปรอท DTX=142 mg% แพทย์ตรวจร่างกาย ส่ง Film Acute Abdomen Series และทำ CT Whole Abdomen with CM พบ Complete colonic obstruction, CA Colon ศัลยแพทย์

เตรียมผ่าตัด exploratory laparotomy with Extended right hemicolectomy 31 พฤษภาคม พ.ศ.2564 เวลา 09.30 น. under GA ให้การรักษา NPO, on 0.9% NaCl 1000 ml IV 80ml/hr, on NG tube no 16 ต่อ gomco suction, retained Foley's cath no16, M/G จองPRC 4 unit, FFP 4 unit, ให้Ceftriaxone 2 gm IV OD, Metronidazole 500mg IV ทุก 8 ชั่วโมง จองเตียงICUไว้สำหรับหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุที่จะได้รับการผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง ก่อนผ่าตัด 1 วันพยาบาลห้องผ่าตัดเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด และผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง ได้ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคความจำเป็นในการผ่าตัด เตรียมร่างกายจิตใจให้พร้อมในการผ่าตัด วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 ผู้ป่วยผ่าตัด exploratory laparotomy with Extended right hemicolectomy แพทย์ตัดชิ้นเนื้อ ส่งตรวจ Pathology ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 50 นาที สูญเสียเลือดจำนวน 300 ml ต่อสายระบายเลือดไว้ที่หน้าท้อง 1 เส้น ต่อลงถุง แพทย์พิจารณาให้เลือด PRC 1 unit IV drip และFFP 1 unit IV drip ขณะผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังคงถูกใส่ท่อช่วยหายใจ on ET Tube no7.5 mark 19 ไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก on Ventilator PCV mode MR20 IP20 PEEP6 FiO2 0.6 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 213/112 มิลลิเมตรปรอท ได้รายงานแพทย์ ให้ยา Nicardipine (1:5) IV 5ml/hr

titrate Keep Systolic blood pressure น้อยกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท

วันที่ 1 มิถุนายน 2564 หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4VTM6 on Ventilator พบว่าผู้ป่วยไม่มีความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ได้ให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตอาการผิดปกติขณะให้ยา และยังพบว่าผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง Pain Score 7 คะแนน ได้ยาฉีดแก้ปวด Morphine 3 mg IV เวลาปวด ทุก 8 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวดผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดลง 3วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4VTM6 on Ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ 4 วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยหายใจได้เอง วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ Try-wean T-piece 10 LPM สลับกับ on Ventilator PSV mode PS 7 PEEP6 FiO2 0.4 เผื่อระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ อัตราการหายใจ 22ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99%-100% ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/90 มิลลิเมตรปรอท บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย ปัสสาวะออกดี ประเมิน pain score 5-7 คะแนน ให้ยาแก้ปวด MO 4 mg IV prn for pain ทุก 8 ชั่วโมง ไม่พบอาการผิดปกติหลังได้รับยา อาการปวดทุเลา บาดแผลเลือดซึมเล็กน้อย 5วันหลังผ่าตัด ทำการถอดท่อช่วยหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจ SPO2 97 % on O2 Mask with bag 10 LPM อาการทั่วไปดีขึ้น 6วันหลังผ่าตัด ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ย้ายไปดูแลต่อเนื่องจากที่ตึกศัลยกรรม มีการประเมินการทำงานของลำไส้ การติดเชื้อของแผล ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างต่อเนื่อง ให้การพยาบาลป้องกันการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อที่ปอด ภาวะท้องอืด แผลติดเชื้อ กระตุ้นการเคลื่อนไหว แผลผ่าตัดหน้าท้อง แห้งดีไม่ซึม 8 วันหลังผ่าตัด เอาสายระบายเลือดที่แผลออก 10 วันหลังผ่าตัด ตัดไหมแผลที่หน้าท้องแผลดีดี อาการทั่วไปดีขึ้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน 11 มิถุนายน 2564 รวมระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน นัดให้มาตรวจติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และบอกว่า “กลัวการผ่าตัด”, ญาติกังวลเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 83 ปี, จากประวัติผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

วัตถุประสงค์: ลดความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด และมีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติ

ตนได้ถูกต้องทุกระยะการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล:

การเตรียมด้านจิตใจ

1. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินสภาพปัญหาต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยไม่พร้อมหรือเสี่ยงต่อการผ่าตัด ทำให้มีโอกาสแก้ไขปัญหาก่อนเกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ทักทายผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อแนะนำตนเองและสถานที่ปฏิบัติงาน

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

3. อธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค ข้อมูลการเจ็บป่วย เหตุผลและความจำเป็นของการผ่าตัดเพื่อ

การรักษาและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ข้อดีข้อเสียของการผ่าตัด และความเสี่ยงของการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และมีข้อมูลที่ร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง และต้องได้รับการผ่าตัดช่องท้องซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในท้องผ่าตัด (death on table, DOT) ได้ และผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการต้องคาท่อช่วยหายใจมากกว่า 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวด้านการทำงานของปอดช้า จึงอาจมีผลทำให้ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ตามเวลาที่กำหนด

4. อธิบายถึงขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ เกิดความมั่นใจ เรื่องจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิด

5. ให้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่บรรยากาศสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลหลังผ่าตัด สายท่อระบายต่างๆ ออกจากช่องท้องเพื่อระบายเลือด และน้ำเหลืองต่างๆ ออกจากแผล การใส่สายสวนคาทางจมูก เพื่อระบายน้ำย่อยต่างๆ จากกระเพาะอาหาร การงดน้ำและอาหารหลังการผ่าตัด การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำจนกว่าแพทย์จะให้รับประทานอาหารได้

6. สังเกตอาการแสดง ท่าทางคำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนความผิดปกติทางด้านร่างกาย

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามข้อสงสัยและได้ระบายความรู้สึกโดยตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยท่าที นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อยู่ในขอบเขตหน้าที่ที่สามารถตอบได้ และตั้งใจฟังการระบายความรู้สึกของผู้ป่วย อย่างเต็มใจ และเห็นใจ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

การเตรียมตัวร่างกาย

1. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ได้แก่การเตรียมร่างกายผู้ป่วย การงดน้ำและอาหารและให้คำแนะนำหลังผ่าตัดได้แก่การฝึกการหายใจ การไอที่ถูกวิธี และการพลิกตะแคงตัว/การนั่ง

2. ตรวจสอบเวชระเบียน การลงนามยินยอมรับการรักษาและการผ่าตัด

3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงกฎระเบียบของทางโรงพยาบาลเพื่อจะได้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการ รักษาพยาบาล ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก, CT Whole abdomen พบว่า Complete colonic obstruction, Pain score 7 คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้อาการปวดท้องลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มี

อาการกระสับกระส่าย, Pain score 3-5 คะแนน
กิจกรรมการพยาบาล: ตรวจสอบสัญญาณชีพและ Pain score เพื่อประเมินอาการปวดและความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น, อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดท้อง, จัดท่านอนในท่าศีรษะสูงเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวทำให้อาการปวดลดลง, ดูแลให้ดื่มน้ำและน้ำ ใส่ NG tube ต่อกับ gomco suction เพื่อระบายสารเหลวและเศษช่วยบรรเทาอาการปวด, การงดอาหารและน้ำจะช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ทำให้อาการปวดท้องลดลง, แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ, ดูแลให้ยาลดปวด MO 3 mg iv dilute ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการผิดปกติหลังให้ยา, อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแผนการรักษาต่อไปคือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการปวดท้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

การประเมินผล: ผู้ป่วยปวดท้องลดลง นอนพักได้ Pain score 4 - 5 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยแจ้งว่าเบื่ออาหาร/รับประทานสารอาหารได้น้อย ผู้ป่วยอาเจียน 2-3 ครั้งต่อวัน ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารเพื่อจะผ่าตัดช่องท้องและหลังผ่าตัดต้องงดน้ำและอาหารต่อ 3-5 วัน ผู้ป่วยรูปร่างเล็กค่อนข้างผอม ดัชนีมวลกาย Body Mass Index (BMI) 19.37 (ผู้ป่วยน้ำหนัก 43 กก./ส่วนสูง 149 ซม.)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ได้รับอาหารเพียงพอและไม่มีภาวะขาดสารอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด BMI ปกติ

(18.5-25.0kg/m²) เยื่อปูดามีสีแดง Hct > 36 % Serum albumin > 3 gm%

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินภาวะได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการรับประทาน ชั่งน้ำหนักและวัดดัชนีมวลกาย สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ปฏิบัติโภชนาคลินิก เพื่อกำหนดสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ส่งและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct, alb ดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา ประเมินอาการขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เช่น อาการกล้ามเนื้อแขนขาลีบ เยื่อปูดาสีดำ อาการบวมจาก albumin ในเลือดต่ำ ดูแลผู้ป่วยหากมีคลื่นไส้อาเจียนและบันทึกจำนวน สี และลักษณะของอาเจียน ประเมินภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เพื่อประเมินสภาวะผิดปกติในร่างกาย

การประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ป่วยเยื่อปูดามีสีแดง Hct 33.2 % Serum albumin 3.3 (g/dL) BMI 18.5 kg/m² (ผู้ป่วยน้ำหนัก 41 กิโลกรัม/ส่วนสูง 149 เซนติเมตร)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: เป็นการผ่าตัดใหญ่ exploratory laparotomy with Extended right hemicolectomy ขึ้นเนื้อขนาดความยาว 28 ซม. ความกว้าง 4 ซม. (segment of terminal ileum, appendix, cecum to transverse colon) อาจเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือดและต่อเนื้อเยื่อและอวัยวะที่สำคัญ, เลือดที่เสียในระหว่าง

การผ่าตัด 300 ซีซี, ระหว่างผ่าตัดปัสสาวะออก ชั่วโมงละ 30 ซีซี, ระยะเวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 50 นาที

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล: ระดับความรู้สึกตัวดี, ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น, ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง, ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท, การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย ≤ 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล: จัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ ตรวจสอบความพร้อมใช้งาน และจัดสำรองให้มีพร้อมใช้ เลือกเครื่องมือให้เหมาะสม, ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่อง Suction สามารถปรับเพิ่มและลดแรงดันได้, ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของเครื่องจี้ไฟฟ้า, เตรียมอุปกรณ์สำหรับห้ามเลือดให้มีพร้อมใช้งาน, ส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยความถูกต้อง รวดเร็วอย่างมีทักษะ, ประสานงานกับทีมวิสัญญีในการประเมินสัญญาณชีพและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทุก 5 นาที, พยาบาลช่วยแพทย์สังเกตจุดเลือดออกในขณะผ่าตัด, ตลอดจนช่วยแพทย์ในการห้ามเลือด, ให้สารน้ำ สารประกอบเลือด และเลือดตามแผนการรักษา, จัดเตรียมทีมเสริมเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเฝ้าระวังและประเมินสถานการณ์การเสียเลือดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงที, บันทึกความสมดุลของปริมาณน้ำเข้า/ออกรวมถึงการสูญเสียเลือด

การประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ ตลอดการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 50 นาที ผู้ป่วยสูญเสียเลือดปริมาณ 300 มิลลิลิตร ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออก 145 มิลลิลิตร. ปัสสาวะออกเท่ากับ 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผิวหนังเป็นที่อยู่ของแบคทีเรียพวก Staphylococcus aureus species, เนื่องจากการผ่าตัดครั้งนี้เป็นการผ่าตัดลำไส้ใหญ่อาจทำให้มีสิ่งปนเปื้อนคืออุจจาระ ซึ่งส่วนใหญ่เชื้อที่อยู่ในลำไส้/อุจจาระส่วนใหญ่จะเป็น E.Coli ออกมาจากลำไส้ได้

วัตถุประสงค์: ไม่มีการเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล: อุณหภูมิน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส, แผลผ่าตัดแห้งดี

กิจกรรมการพยาบาล: ปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผ่าตัดโดยใช้หลัก Aseptic technique และ Sterile technique, ประเมินสภาพผิวของผู้ป่วยว่ามีสิ่งผิดปกติ เช่น ผื่นแดง ตุ่มหนอง หรือบาดแผลหรือไม่, ทำความสะอาดผิวหนังด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อตามมาตรฐานการทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัด, ปูผ้าสะอาดปราศจากเชื้อให้ถูกต้องโดยเปิดเฉพาะส่วนที่จะลงมีดเท่านั้น, ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD, Metronidazole 500mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการและบันทึกหลังการให้ยา

การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน และผิดประเภทการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีผู้ป่วยผ่าตัดหลายคนในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องและปลอดภัย ตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล: มีการทำ Sign in ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด, ทักทายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและพร้อมที่จะรับการผ่าตัด, ตรวจสอบเวชระเบียนและอุปกรณ์ต่างๆที่หอผู้ป่วยเตรียมมาให้อีกครั้งเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน, ตรวจสอบการเตรียมร่างกายท่อนล่าง เช่น เครื่องประดับ ชุดชั้นใน ฟันปลอม การงดน้ำและอาหาร, ตรวจสอบผลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจ CT Scan, ประเมินสภาพร่างกายจากการตรวจสัญญาณชีพของผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก, ชาน Time out ก่อนลงมีดเพื่อทบทวนความพร้อมในทีมผ่าตัด

การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะบาดเจ็บจากการจัดท่าและการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน: จัดท่า Supine position ผู้ป่วยรูปร่างผอมมีปุ่มกระดูก การติด Electric plate ของเครื่องจี้ไฟฟ้าอาจไม่แนบสนิทกับผิวหนัง

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อไม่เกิดภาวะบาดเจ็บจากการจัดท่าและการใช้อุปกรณ์เครื่องจี้ไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท เส้นเลือด กล้ามเนื้อและผิวหนัง

กิจกรรมการพยาบาล: จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดในท่านอนหงาย แขนทั้งสองข้างกางไม่เกิน 90 องศา ใช้สายรัดบริเวณต้นขาเหนือเข่าขึ้นไป และระวังการเปิดเผยส่วนที่ควรปกปิด, ประเมินสภาพผู้ป่วยภายหลังการจัดท่าสำหรับการผ่าตัด, ตรวจสอบเครื่องจี้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน, ตรวจสอบการเตรียม

ร่างกายต่างๆ ไป เช่นเครื่องประดับ และติดแผ่น Dispersive electrode กล้ามเนื้อของขาต้าน ไตด้านหนึ่ง, เผื่อระวังการใช้เครื่องจีไฟฟ้า และตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่ติดแผ่น Electric plate เช่นรอยนูน รอยแดง หรือผิวหนังไหม้ กรณีพบสิ่งผิดปกติรายงานแพทย์และบันทึกข้อมูลเพื่อติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล: หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดท่าและการใช้อุปกรณ์เครื่องจีไฟฟ้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน: เป็นการผ่าตัดใหญ่มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และผ้าซับโลหิตเป็นจำนวนมาก และใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง 50 นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้อง

กิจกรรมการพยาบาล: ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ร่วมกันตรวจนับและเป็นพยานในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และก่อนปิดแผล และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ตรวจนับยืนยันอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนปิดแผลตาม Count Procedure และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน ไม่นำเครื่องมือออกนอกห้องผ่าตัดจนกว่าจะเสร็จสิ้นการผ่าตัด กรณีเครื่องมือ หรือผ้าซับโลหิตไม่ครบต้องรับรายงานแพทย์ทราบ และค้นหาทันที Sign out ก่อนปิดแผลผ่าตัดและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด

การประเมินผล: จำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ครบ ถูกต้องตรงกัน ไม่มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ตกค้างในช่องท้องผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia

ข้อมูลสนับสนุน: เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลาผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง 50 นาที และห้องผ่าตัดเป็นห้องปรับอากาศอุณหภูมิในห้องผ่าตัดเย็น 25 องศาเซลเซียส, ผู้ป่วยรูปร่างผอม น้ำหนัก 43 กิโลกรัม

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อรักษาสภาพอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypothermia

กิจกรรมการพยาบาล : ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 23-25 องศาเซลเซียส, คลุมผ้าให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด และเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำการผ่าตัด, ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยโดยการห่มผ้าหรือใช้Warmer, ดูแลให้ผ้าที่ปูรองตัวผู้ป่วยแห้งอยู่เสมอ, ใช้สารน้ำอุ่นล้างช่องท้อง, เปลี่ยนผ้าคลุมผู้ป่วยเมื่อเปียกจากการใช้สารน้ำอุ่นล้างช่องท้อง, ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยว่ามีภาวะ Hypothermia หรือไม่ เช่นผิวหนังเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว

การประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีผิวหนังเย็น, ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว, มีอุณหภูมิร่างกายปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 83 ปี ผู้ป่วยหลังได้ยาระงับความรู้สึก หลังผ่าตัดยังไม่ตื่นดี มีอาการสลิ้มสลิ้อ E3ETM5 ผู้ป่วยยังon ET Tube No7.5 mark 19 จากห้องผ่าตัดย้ายเข้าห้อง

การพยาบาลผู้ป่วยหนักโดยพยาบาลห้องผ่าตัด ช่วยปั๊ม ถุงช่วยหายใจ (Ambu bag) ต่อก ออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที ช่วยการหายใจของ ผู้ป่วย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที การหายใจ 24 ครั้ง/นาที, หายใจโดยใช้ กล้ามเนื้อหน้าท้อง, ความอิ่มตัวออกซิเจน ปลายนิ้ว 95 %.

วัตถุประสงค์: เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจน อย่างเพียงพอ

เกณฑ์ประเมินผล: หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis ฟังเสียง ลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง, ปอดขยายได้ดี เท่ากันทั้งสองข้าง, อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/ นาที, SPO2 > 95%

กิจกรรมการพยาบาล: ตรวจวัดและบันทึก สัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดงทุก 15 นาที แล้วปรับเป็นทุกๆ 1 ชั่วโมง, monitor NIBP ติดตามชีพจร อัตราการหายใจ ความอิ่มตัว ออกซิเจนปลายนิ้ว ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง, ประเมินภาวะ cyanosis และ air hunger, สังเกตและบันทึกการใช้กล้ามเนื้อ หน้าท้องช่วยหายใจ, หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วย หายใจ, ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง, จัดท่านอนให้ ศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อน เพิ่มพื้นที่การขยายของปอด ทำให้ได้รับออกซิเจน มากขึ้น, ดูแลเครื่องช่วยหายใจ on Ventilator PCV mode MR20 IP20 PEEP6 FiO2 0.6 ให้ การพยาบาลระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้ เครื่องช่วยหายใจ โดยตรวจสอบตำแหน่งที่ เหมาะสมของท่อช่วยหายใจภายหลังใส่ท่อช่วย หายใจ, ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่โดยติดพลาสติก และใช้เชือกยึดท่อช่วยหายใจ ป้องกันท่อ ช่วยหายใจเลื่อน หลุดดูแล และจัดสายต่อ

เครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ตึงรั้ง, ดูแล เครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ให้สาย circuit หัก พังงอ หรือมีรอยรั่ว เต็มน้ำ รักษาระดับความชื้น 1/3 ของกระป๋อง, วัดความดันของกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ ไม่ให้เกิน 20-30 เซนติเมตรน้ำเพื่อป้องกันการ กดทับหลอดลม, ตัดท่อช่วยหายใจให้สั้นลง โดยตัดปลายท่อช่วยหายใจที่ยึดจากปากหรือจมูก ที่ยาวเกิน 4-5 เซนติเมตร เพื่อลดภาวะบริเวณที่ ไม่มีอากาศไหลผ่าน (Dead space) และช่วยลด การเคลื่อนไหวของท่อช่วยหายใจทำให้สามารถ จับยึดท่อโดยมือไม่หลุดในขณะที่ปั๊มช่วยหายใจ, จัดบันทึกและตรวจสอบการทำงานของ เครื่องช่วยหายใจให้ตรงกับเครื่องช่วยหายใจที่ตั้ง ไว้ทุกเวอร์, ดูแลเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือให้พร้อม ในภาวะที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว วางแผน หย่าเครื่องช่วยหายใจและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม อธิบายขั้นตอนการหย่าเครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยเข้าใจ

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจ เหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว และสามารถถอดท่อหายใจได้หลังจากการใช้ เครื่องช่วยหายใจ 6 วัน ความอิ่มตัวออกซิเจน ปลายนิ้ว 99-100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมา ประมาณ 10 ปี หลังผ่าตัด, ความดันโลหิต 213/112 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่เกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์ประเมินผล: ระดับความรู้สึกตัวปกติ, ประเมินระดับความรู้สึกตัวผู้ป่วยทางสมอง (Glasgow Coma Scale/ GCS) การลืมตา (eye opening)

ไม่ต่ำกว่า 4 คะแนน การตอบสนอง โดยคำพูด (verbal response) ไม่ต่ำกว่า 5 คะแนน และการตอบสนองโดย การเคลื่อนไหว (motor response) ไม่ต่ำกว่า 6 คะแนน, ขนาดของรูม่านตา 2-4 มม. และมีปฏิกิริยาสนองตอบต่อแสง, การประเมินกำลังของแขนขา (Motor power) ไม่ต่ำกว่า 5 คะแนน, ระดับความดัน-โลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ความดันโลหิต ไม่เกิน 140/90 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล: ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพเพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และรายงานแพทย์กรณีพบอาการผิดปกติ, ให้อาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาประเมินและติดตามอาการของผู้ป่วยหลังได้ยาลดความดันโลหิต, วัดและบันทึกสัญญาณชีพประเมิน GCS ตามมาตรฐานการพยาบาล ติดตามค่าระดับออกซิเจน วัดและบันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออก ทุก 2 - 4 ชม. จัดท่านอนยกศีรษะสูงประมาณ 30 องศา, จัดสิ่งแวดล้อมให้อึดต่อการพักผ่อน เพื่อผ่อนคลายและส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย

การประเมินผล: ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS 15คะแนน (E4V5M6) ขนาดของรูม่านตา 2 มม.และมีปฏิกิริยาสนองตอบต่อแสง motor power ปกติ ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน: K 2.8 mEq/L, Mg+ 1.6 mEq/L

วัตถุประสงค์: เพื่อให้อิเล็กโทรไลต์ในร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ

เกณฑ์การประเมิน: K 3-5.5 mEq/L, Mg+ 1.6-2.6 mEq/L

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินอาการที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง

สับสน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน, ติดตามคลื่นหัวใจไฟฟ้า (Monitor EKG) เพื่อดูลักษณะคลื่นหัวใจไฟฟ้าที่ผิดปกติและรายงานแพทย์ทันทีที่พบความผิดปกติ, ส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์ทางห้องปฏิบัติการติดตามผลการตรวจ, ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา, ตรวจและบันทึกปริมาณน้ำเข้า – ออก ทุก 2 - 4 ชม., ประเมินภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายหลังให้การพยาบาลพร้อมบันทึกทุกเวร และรายงานแพทย์ทราบกรณีเกลือแร่ผิดปกติ

การประเมินผล: ระดับอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ K 3.8 mEq/L, Mg+ 2.4 mEq/L ไม่มีอาการผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องแนว midline 20 เซนติเมตร Pain score 7-9 คะแนน ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สุขสบายปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่หวั่นไหวตัวปวด Pain score $\leq$ 5 คะแนน ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล: ประเมินพฤติกรรม การแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วย และ pain score ตรวจบันทึก สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จัดท่านอน Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึง ดูแลด้านจิตใจโดยการพูดคุยปลอบโยน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัว

หรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือข้างที่ไม่บาดเจ็บ ประคองบริเวณ แผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดการเกร็ง กล้ามเนื้อหน้าท้อง จะทำให้อาการปวดแผลลดลง สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผล ผ่าตัดและหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูก และหายใจออกช้า ๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปาก และ ไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการ ช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือน ของบาดแผลใช้มือประคองแผลทุกครั้ง ดูแลให้ยา แก้กตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการ ข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

การประเมินผล: ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการ กระสับกระส่าย สีหน้าสดชื่นขึ้น pain score 3-5 คะแนน ชีพจร 90-98 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติขาด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อ กลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการ หลังจากผ่าตัดและไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค

เกณฑ์การประเมิน: ผู้ป่วยมีและญาติปฏิบัติตน ได้ถูกต้อง และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล:

1.ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยให้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการ ผิดปกติ เช่น แผลผ่าตัดอักเสบมีหนอง อาการ

ปวดท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ เป็นต้น, ให้คำแนะนำ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ให้คำแนะนำ เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา ให้ คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกาย และการ พักผ่อนให้เพียงพอทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อลด ภาวะเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ แนะนำให้ ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติให้ไป พบแพทย์ก่อนวันนัด

2.ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความ เข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน และสามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

บทสรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่มารับการผ่าตัดตัด ต่อลำไส้ ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ปวดทั่วท้องมาก ท้องอืด อาเจียน ไม่ถ่ายอุจจาระ ก่อนมา โรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัย Transverse Colon Cancer with Hypertension ได้ รับ การผ่าตัด exploratory laporotomy with Extened right hemicolectomy ซึ่งเป็นการ ผ่าตัดใหญ่ทางหน้าท้อง มีความยุ่งยากซับซ้อน และใช้ระยะเวลาผ่าตัด นาน 4 ชั่วโมง 50 นาที ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทุกระบบของ ร่างกาย ผู้ป่วยรายนี้มีการฟื้นตัวด้านการทำงาน ของปอดช้า ทำให้ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วย หายใจได้ตามเวลาที่กำหนด คาท่อช่วยหายใจเป็น เวลา 6 วัน จึงสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถจำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอนใน โรงพยาบาล 11 วัน ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัด

จึงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญอย่างสูงในการปฏิบัติงาน¹¹ เช่นในการประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัดที่พร้อมและเหมาะสม เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัด มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤต ปลอดภัย และสามารถกลับมาดูแลตนเองได้ตามอัตรภาพ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ เป็นหญิงสูงอายุ อายุ 83 ปี รูปร่างเล็กผอม จากประวัติพบว่าผู้ป่วยปวดท้อง เป็นๆหายๆมา 1 เดือน ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ด้วยอุปนิสัยเป็นคนพุดน้อย ใจเย็น มีความอดทนสูง เมื่อมีอาการมากถึงมาโรงพยาบาล ทำให้การดำเนินของโรคก้าวหน้ารุนแรงจนเกิดลำไส้ใหญ่อุดตัน ดังนั้นเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง เบื้องต้นผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเมื่อรู้ว่าเป็นมะเร็งและต้องผ่าตัด เมื่อได้รับการอธิบายแผนการรักษา ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยินยอมการรักษาและผ่าตัด การผ่าตัดครั้งนี้เป็นกรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด อีกทั้งได้มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้าน และการวางแผนการรักษาต่อเนื่องต่อไป และเสนอแนะญาติให้ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจาก มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่พบได้ทั้ง

ที่เกิดขึ้นเองจากความผิดปกติของตนเองและเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม อีกทั้งควรมีจัดทำคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้พยาบาลห้องผ่าตัดและทีมสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2020). The Global Cancer Observatory. [online]. [cited 2020 December]; Available from: URL: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-factsheet.pdf>.
2. ธัญพร ร่างวิจิตร, สีนินาฏ ขาวตระการ, จักรกฤษณ์ วังราษฎร์. (2564). ความชุกและการกระจายของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขสุลล่านนา, 17 (1) , 27-39.
3. ศูนย์มะเร็ง ลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คู่มือโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. (มปท.); 2555.
4. รายงานประจำเดือนงานห้องผ่าตัด. โรงพยาบาลชัยบาดาล. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์). 2563-2564)
5. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. โรคลำไส้ การวินิจฉัยและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ.ทโรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
6. พิมพ์ชนก ทองจันทร์, พัสดา ภักดีกำจร, ธา รินี เพชรรัตน์. (2563). ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วย ก: โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง. ศรีนครินทร์เวชสาร, 35 (1), 66-71.

7. ศิริพร ปิติมานะอารี. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด: ตำราวิสัญญีวิทยา ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2556: หน้า 135-49.
8. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่2 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, (มปท.); 2554
9. สุภิดา สุวรรณพันธ์, มะลิวรรณ อังคณิตย, อาริยา สอนบุญ. (2563). สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด และปฏิบัติบริการพยาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38 (3), 51-60.
10. รัตนา เพิ่มเพ็ชร. บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 22 (1), 9-20.
11. บุญเรือน เรืองโรจน์แห. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดีโอทัศน : กรณีศึกษา. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563; 29(1) (Suppl1): 129-37.

การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด: กรณีศึกษา

ชนิษฐา สุขทอง

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางระจัน

Received: 20 มิ.ย.64

Revised: 20 ธ.ค.64

Accepted: 21 ธ.ค.64

บทคัดย่อ

บทนำ: วัณโรคเป็นโรคติดต่อเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ และเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิต การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด จึงจำเป็นต้องวางแผนการพยาบาลอย่างองค์รวม ครอบคลุมมิติ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: คัดเลือกผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดที่มีความสนใจ เพื่อให้การดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว มาจัดกลุ่มข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ข้อ จากนั้นจึงตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาในวันที่ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา: การพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรค เหนื่อยน้อยลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีบางปัญหาที่ต้องใช้เวลาติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัญหาซึมเศร้า และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

สรุป: การให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนแบบองค์รวม ช่วยลดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเอดส์, วัณโรคปอด

Nursing Care in AIDS Patients co pulmonary tuberculosis: Case Study

Kanitha Sukthong

Outpatient department, Bangrachan Hospital

Abstract

Introduction: Tuberculosis (TB) is a common opportunistic infection found in AIDS patients and the leading cause of death. Nursing care of AIDS patients Co pulmonary tuberculosis should be planned holistically covering a patient's physical, mental, social and spiritual.

Methods: Select participants from AIDS patients Co pulmonary tuberculosis who willingly receive a holistic nursing care by giving personal and family member information. The information will be classified by the eleven assessment guideline according to the Gordon functional health pattern. Then making a diagnosis, planning providing nursing care and evaluating the result from provided nursing care to patient.

Result: The management of nursing care has resulted in reduced fatigue, more food consumption, and more understanding of the importance of health care in AIDS patients Co pulmonary tuberculosis. However, there are some issues that need monitoring such as antiviral drug adherence, depression and health care behavior.

Conclusion: Organizing the systematic nursing care of AIDS patient Co pulmonary tuberculosis reduces health problem.

Keyword: Nursing care, AIDS Patients, Pulmonary tuberculosis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็น กลุ่ม อาการ เจ็บป่วยเกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T- Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง และติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) แทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น¹ ผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นผู้มีปัญหา ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เมื่อได้รับ เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย จะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค สูงกว่าคนปกติ โดยคนปกติจะมีโอกาสป่วยเป็น วัณโรคร้อยละ 6.00-10.00 ตลอดช่วงชีวิต ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค สูงถึงร้อยละ 5.00-10.00 ต่อปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ต่อวัณโรค โดยมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคสูงกว่า ผู้ไม่ติดเชื้อ 26-31 เท่า^{2,3} ดังนั้นจึงพบว่าวัณโรค เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาใน WHO, Global TB report 2019 ว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 108,000 ราย หรือคิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11,000 ราย ด้วยเหตุนี้การแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงส่งผลกระทบต่อ ระบาดวิทยาของวัณโรค โดยทำให้จำนวนผู้ป่วย วัณโรคเพิ่มขึ้น ในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย⁴

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส วัณโรคร่วมด้วย จะมีผลเร่งให้การดำเนินของ โรคเอชไอวีลุกลามสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากการติดเชื้อวัณโรคจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของ ร่างกาย เพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี และส่งผลทำให้ วัณโรคเกิดการลุกลาม และรุนแรง การติดเชื้อ

เอชไอวีจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุด ที่ทำให้ คนซึ่งเป็นวัณโรคแฝง (Latent TB infection) ที่ได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายครั้งแรกป่วยเป็น Active TB disease ในระยะเวลาสั้น มากถึง ร้อยละ 10 ต่อปี อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดวัณโรคดื้อยา เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และ ยารักษาวัณโรคไปพร้อมๆ กัน ผู้ป่วยต้อง รับประทานยาหลายอย่าง อาจทำให้ผู้ป่วย รับประทานยาไม่ครบ มีโอกาสเกิดวัณโรคดื้อยาได้⁵ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ ที่ติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสเสียชีวิต ร้อยละ 21.03 โดยอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 2.20 เท่า ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก ได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ จากทั่วโลกที่มีภาระวัณโรคในปี 2560-2564 โดยประเทศไทยมีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอุบัติการณ์วัณโรค ด้านวัณโรคดื้อยา หลายขนาน (Multiple resistance tuberculosis: MDR-TB) และด้านวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วยจะส่งผลกระทบต่อที่มี ความสัมพันธ์ต่อกันรุนแรงขึ้นและเป็นอันตราย ต่อชีวิตได้⁶

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาโรคเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวิธีการใดที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคฉวยโอกาสก็ยิ่งได้รับความทุกข์ ทรมาณจากการเจ็บป่วย เช่น การมีแผลในปาก เบื่ออาหาร การมีอุจจาระร่วงเรื้อรัง ซึ่งเกิดจาก โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบทางเดินอาหาร เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตาย ของผู้ป่วยเอดส์⁷ การเผชิญความเครียดตั้งแต่ เริ่มต้นการติดเชื้อ มีความวิตกกังวล กลัวว่าจะ แพร่เชื้อไปสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ นอนหลับ ไม่เพียงพอจากความวิตกกังวล หรือจากอาการ เหนื่อยหอบ⁸ ด้านสังคม พบว่า คนไทยร้อยละ 48.9 ยังมีความกลัว รังเกียจ และกีดกันผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์⁹ และด้านจิตวิญญาณ พบว่า ความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง ทำให้เปลี่ยนความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจได้ ยิ่งผู้ป่วยเป็นวัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคเป็นเรื่องน่าอับอาย ผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคจึงต้องเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ¹⁰

จากข้อมูลการเข้ารับบริการคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ในปี 2559-2563 พบมีผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 22, 20, 20, 16.66 และ 15 ตามลำดับ โดยผู้มีเชื้อเอชไอวีที่โรคร่วมวัณโรคปอดดังกล่าวมีค่า CD₄ ต่ำกว่า 200 หรือเรียกว่ามีอาการอยู่ในระยะเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 92 ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมาก จึงมีโอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสดังกล่าวได้ง่าย ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง ทำให้นำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยใช้ตัวย่อ ADPIE คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้การนำแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้เป็นกรอบในการประเมิน วินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ได้ครอบคลุมทุกมิติ^{11,12}

ดังนั้นกรณีตัวอย่างจะช่วยสร้างความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษาชี้แจงแนวทางปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็นการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้นและให้เซ็นใบยินยอม
2. ศึกษาและรวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจภาพถ่ายรังสี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรักษาของแพทย์
4. ศึกษา เอกสารวิชาการจากหนังสือ ตำราทางการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
5. นำข้อมูลที่ได้มาวางแผน ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
6. นำการพยาบาลสู่ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
7. สรุปและอภิปรายผลการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป (Patient profile or personal history) ผู้ป่วยเพศชาย มาโดยรถนั่ง อายุ 45 ปี สถานสมรสหย่า เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ ภูมิลำเนา จังหวัดสิงห์บุรี

2. อาการสำคัญ (Chief complaints) ใช้ อ่อนเพลีย ไอบ่อย เป็นมา 4 วัน

3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลรับประทานอาหาร ได้น้อยลง อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง 4 กิโลกรัม ใน 1 เดือน ไอเรื้อรังเป็นๆ หายๆ เสมหะสีขาวไม่มีเลือดปนช้อยามา รับประทานอาการไอทุเลาลงเล็กน้อย แล้วกลับมาไ้มากขึ้นอีก 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ตอนเย็นทุกวัน รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ น้ำหนักลดลงเรื่อยๆเหนื่อยเล็กน้อย

4. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต เมื่อ 4 ปีก่อนเคยตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีและเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี รับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน 6 เดือน จากนั้นหยุดยาด้านไวรัสเองเนื่องจากรู้สึกว่าการรับประทานยาเป็นภาระ ประกอบกับตนเองมีสุขภาพดีขึ้นไม่เคยแพ้ยา ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง

5. ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลในครอบครัว ไม่เคยมีใครป่วยเป็นวัณโรค หรือ

ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนภรรยาที่แยกทางกันแล้ว เคยตรวจเลือดไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี

6. สภาพทั่วไปเมื่อแรกรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างผอม ผิวลำ ผมนิดำ ชีตเล็กน้อย หายใจเหนื่อย มีร่องรอยจุดดำบริเวณแขน ขา เล็กน้อย พูดคุยรู้เรื่องดี

7. การตรวจร่างกายเบื้องต้น ชาย ส่วนสูง 154 เซนติเมตร น้ำหนัก 43 กิโลกรัม BMI 18.13 น้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัมภายในเวลา 1 เดือน สัญญาณชีพ (Vital signs) อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 106/72 มิลลิเมตรปรอท (ท่านั่ง) ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ เหนื่อยและเพลียในตอนเย็น ผิวน้ำค้ำมีจุดดำ ไม่มีตุ่มหนอง ศีรษะรูปร่างปกติ ปวดศีรษะเป็นครั้งคราว ตามองเห็นปกติดี เยื่อปอดชื้นเล็กน้อย ไม่มีเยื่อช่องปากอักเสบ ไม่มีฝ้าขาว ต่อมทอนซิลที่คอไม่โต ระบบหายใจ ไอบ่อย ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ระบบประสาท no stiffness of neck

ผลการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค พบไอเกิน 2 สัปดาห์ (2 คะแนน) น้ำหนักลด 4 กิโลกรัม (2 คะแนน) ในเวลา 1 เดือน มีไข้ตอนเย็นทุกวัน (2 คะแนน) รวม 6 คะแนน จากเกณฑ์ ≥ 3 คะแนน จึงพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์มีอาการสงสัยวัณโรค

8. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
17 ส.ค. 63	Chest X-ray	Left perihilar Region Patchy infiltration RUL	normal
19 ส.ค. 63	Acid fast stain	Positive 3+	negative
19 ส.ค. 63	HCT	36.4 %	38-48 %
	Hb	12.1 g/dl	13-17 g/dl
	SGPT	34 U/L	0-41 U/L
	BUN	11.5 Mg%	5-25 Mg%
	Creatinine	0.61 Mg%	0.5-1.5 Mg%
	Bilirubin Total	0.3 Mg%	0-1 Mg%
	Bilirubin Direct	0.1 Mg%	0-0.03 Mg%
	VDRL	Non reactive	Non reactive
	Crypto Antigen	Negative	Negative
23 ส.ค. 63	Sputum Gene X-pert	Detected, Rifam not resistance	Not detected
	CD4	167 cell/mm ³	500-1500 cell/mm ³

9. ปัญหาสุขภาพ ประเมินปัญหาสุขภาพโดยนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการประเมินประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

Subjective data (S) ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วย โดยบอกว่าตนเองติดเชื้อ HIV ตั้งแต่วันที่ 2559 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง น้ำหนักตัวลดลง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นเวลา 1 ปี 6 เดือน สุขภาพดีขึ้นมาก สามารถประกอบอาชีพรับจ้างได้ตามปกติ ต่อมาตนเองรู้สึกว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นภาระ เพราะตนเองมีสุขภาพดีขึ้นแล้ว จึงหยุดการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเอง ลองสังเกตอาการหลังหยุดยา ก็ไม่เห็นมีอาการผิดปกติ หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น เป็นไข้หวัด จะซื้อยามา

รับประทานเอง และเมื่อกลับมาป่วยอีกครั้งจึงต้องการกลับมารับประทานยาต้านไวรัสใหม่

Objective data (O) ผู้ป่วยนั่งรถนั่งร่างกายอ่อนเพลีย ผู้ป่วยสีหน้าเศร้า

Analysis (A) การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยยับยั้งเชื้อเอชไอวีไม่ให้เกิดการเพิ่มจำนวน เพื่อไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะ CD4 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และมีสุขภาพแข็งแรงสามารถป้องกันโรคฉวยโอกาส โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ คือ ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัส มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดไวรัสดื้อยา และเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นเวลานานที่สุด ซึ่งกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยขาดยาเป็นเวลา 2 ปีเศษ ประกอบกับการขาดการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส¹³

Problem (P) การดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ของตนเองในการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและเมตาบอลิซึม

Subjective data (S): รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ แต่รับประทานได้น้อย เนื่องจากรู้สึกเบื่อส่วนใหญ่รับประทานข้าวต้ม กับปลาเค็ม โดยมารดาเป็นคนดูแลจัดเตรียมอาหาร ไม่ชอบรับประทานนม ชอบดื่มน้ำอัดลม ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวและการกลืน ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 7 แก้ว (1,750 ml)

Objective data (O): รูปร่างค่อนข้างผอม conjunctiva ชีตเล็กน้อย ปากแห้ง น้ำหนัก 43 กิโลกรัม สูง 154 เซนติเมตร BMI =18.13 กิโลกรัมต่อเมตร³ Hb 12.1g/dl, Hct 36.4%

Analysis (A): การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะทำให้โครงสร้างของเซลล์ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดผลกระทบต่อกรดไขมันและการเผาผลาญของอาหาร โดยการนำโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานก่อนไขมัน และมีการใช้พลังงานมากขึ้น ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย¹³

Problem (P): เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร (Anorexia) รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย

แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย

Subjective data (S): ถ่ายอุจจาระ 2 ครั้ง ลักษณะอุจจาระ เป็นเนื้อ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีอาการปวดท้อง ปัสสาวะในช่วงกลางวัน 4-5 ครั้ง ก่อนนอน 1 ครั้ง ปัสสาวะ ไม่มีแสบขัด

Objective data (O): ไม่มีอาการปวดท้องหรือเข้าห้องน้ำบ่อย ฟัง bowel sounds 6 ครั้ง/นาที

Analysis (A): -

Problem (P): ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

Subjective data (S): ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรค เคยสูบบุหรี่หยุดมา 3 ปี ไอเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ปัจจุบันไอบ่อย เสมหะสีขาว มีไข้ ไม่ค่อยมีแรงเหนื่อยเวลาเดิน เคยประกอบอาชีพรับจ้างได้ ปัจจุบันไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

Objective data (O): ญาติประคองเดินเข้าห้องน้ำ หลังจากกลับจากห้องน้ำ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส เหนื่อยเล็กน้อย ไอบ่อย เล็บมือ เล็บเท้าไม่มี cyanosis ผล AFB เท่ากับ 3+ สภาพแวดล้อมรอบเตียงไม่เป็นระเบียบ โดยพบว่าผู้ป่วยวางอาหารปะปนกับของใช้ส่วนตัวอย่างไม่เป็นระเบียบ

Analysis (A): ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอด ทำให้มี exudates เกิดขึ้นในถุงลมทำให้มีภาวะปอดแข็งตัว ทำให้พื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซน้อยลง ร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะซีด Hb 12.1 g/dl, Hct 36.4% ทำให้การนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายไม่ดีพอ¹⁴

Problem (P): 1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อวัณโรค

2. มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

Subjective data (S): ผู้ป่วยบอกว่าปกติเป็นคนหลับยากเนื่องจากกังวลกับโรคที่เป็นอยู่ และห่วงพ่อแม่ นอนหลับวันละ 4-5 ชั่วโมง

Objective data (O): สีหน้าอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น ขอบตาล้า

Analysis (A): ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะในระยะแรกที่ทราบว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวี มีผลให้

เกิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลงในทางลบ ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ความรู้สึกไม่แน่นอนกับการมีชีวิตอยู่เพราะอาการของโรคที่อาจดีขึ้นหรือเลวลงในแต่ละช่วงเวลา ทำให้ไม่สามารถคาดเดาหรือวางแผนอนาคตได้ ประกอบกับยังไม่มียาที่จะรักษาให้หายขาดได้¹³

Problem (P): พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากวิตกกังวลในโรคที่เป็น

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้

Subjective data (S): ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่เคยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การรับรส และการสัมผัสต่างๆ

Objective data (O): สามารถได้ตอบสื่อสารได้เหมาะสม รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ (orientation) ได้ดี

Analysis (A): -

Problem (P): ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

Subjective data(S): ไม่ค่อยอยากพูดคุยกับใคร เปื่อ คิดว่าตนเองสร้างความเดือดร้อนให้ครอบครัว ทำงานไม่ได้ กลับต้องให้พ่อแม่ซึ่งแก่มาแล้วดูแลตน

Objective data (O): ขณะพูดมีสีหน้าเศร้า น้ำตาลคลอ คะแนนประเมินซึมเศร้าตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต 2Q เท่ากับ 1 คะแนน 9 Q เท่ากับ 10 คะแนน พบมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย 8 Q เท่ากับ 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

Analysis (A): ภาวะซึมเศร้าพบในผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 44.70 หากไม่ได้รับการดูแลรักษา ที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายได้¹⁴

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

Subjective data (S): ผู้ป่วยเป็นลูกคนเดียวอาศัยอยู่กับบิดา มารดา เมื่อ 10 ปีก่อนผู้ป่วยยังแข็งแรงดี ไปทำงานต่างจังหวัดมีครอบครัวที่จังหวัด ชลบุรี อยู่ด้วยกันนาน 4 ปี แยกทางกันเนื่องจากตนเองเป็นคนชอบเที่ยวกลางคืน โดยภายหลังแยกทางผู้ป่วยมิได้ติดต่อกับภรรยา และลูกอีก กลับมาหาบิดา มารดา และส่งเสียเงินให้บิดามารดาเป็นบางโอกาส กลับมาอยู่บ้านได้ 4 ปีทุกคนในบ้านรักใคร่กันดี ไม่ค่อยมีปัญหาทะเลาะกัน ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทุกคนในครอบครัว

Objective data (O): มารดาคอยดูแลและสอบถามอาการเป็นระยะ ไม่มีท่าที่รังเกียจตรงกันข้ามกับแสดงความเป็นห่วง เห็นอกเห็นใจและให้การดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดี

Analysis (A): -

Problem (P): ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

Subjective data (S) ขณะที่ผู้ป่วยทำงานต่างจังหวัด มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่ภรรยา โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และภายหลังจากที่ผู้ป่วยทราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับใครอีก

Objective data (O) ผู้ป่วยแต่งกายเหมาะสมกับเพศชาย มีท่าที่ท่าแสดงออกโดยสังเกตจากลักษณะภายนอก แสดงถึงความเป็นเพศชายที่ชัดเจน

Analysis (A) เชื้อเอชไอวี จะติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การรับเชื้อทางเลือด การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้มีเชื้อเอชไอวีต้องไม่รับเชื้อเพิ่ม และไม่ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่น โดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ไม่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้อื่น และขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนการมีบุตร¹³

Problem (P) ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 10 ความเครียดและการเผชิญความเครียด

Subjective data (S): ผู้ป่วยเป็นคนอุปนิสัยไม่ชอบแสดงออก สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เครียด มักเป็นเรื่องสุขภาพ และการเงิน เนื่องจากเคยช่วยพ่อแม่หารายได้ โดยออกรับจ้างทางการเกษตร ปัจจุบัน การจ้างลดลง เวลาไม่เพียงพอจะไม่ค่อยแสดงออกมา แต่จะดูโทรศัพท์ฟังวิทยุ

Objective data (O): ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า บ่นกลัวไม่หาย

Analysis (A): ความไม่สบายใจกับภาวะติดเชื่อเอชไอวี เป็นภาวะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ ซึ่งในระยะแรกอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับไม่ได้ และปฏิเสธกระบวนการดูแลรักษา หรือกระทั่งเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไประยะหนึ่งแล้ว ก็อาจเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลรักษาตนเอง¹³ ในรายที่วิตกกังวลมากมักจะกลัวว่าจะแพร่เชื้อไปสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่มีงานทำ จึงมักมีอาการท้อแท้ซึมเศร้า หดหู่ในชีวิต ทั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของอาการทางกาย¹⁵

Problem (P): มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากเจ็บป่วยและการปรับบทบาทจากผู้เป็นผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

Subjective data (S): ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ จะไปทำบุญตักบาตรที่วัด ในบางโอกาสเชื่อในเรื่องเวรกรรม เชื่อเรื่องทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตัวเองติดเชื่อเอชไอวีจากเวรกรรมที่ไม่เชื่อสัจย์กับภรรยาของตน

Objective data (O): สีหน้าเศร้า คล้องพระที่คอ

Analysis (A): ผู้ติดเชื่อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อ และจิตวิญญาณ

ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีสาเหตุมาจากความทันทนในการใช้ยาเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยเอดส์บางรายคิดว่าการป่วยเป็นเอดส์เป็นเพราะเวรกรรม หรือการใช้อำนาจไสยศาสตร์ บางรายที่ไม่เคยนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ก็เปลี่ยนมาเป็นนับถือเพื่อแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ บางรายเชื่อมความนับถือในสิ่งที่เคยยึดเหนี่ยว เนื่องจากสิ่งนั้นไม่ได้ช่วยให้ตนพ้นจากโรค¹⁶

Problem (P): รู้สึกผิดเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา

สรุป พบรายการปัญหา (Problem list) จากการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ของตนเองในการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง
2. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร (Anorexia) รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย
3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดติดเชื้อวัณโรค
4. มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB
5. พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากวิตกกังวลในโรคที่เป็น
6. มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากเจ็บป่วยและการปรับบทบาทจากผู้เป็นผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้
7. รู้สึกผิดเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา

10. การวางแผนการพยาบาล จากผลการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ พบปัญหาสุขภาพใน 7 แบบแผน ซึ่งบางแบบแผนมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ผู้ศึกษาจึงกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความเร่งด่วน ดังนี้

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อไวรัส

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

1. เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ
2. เพื่อลดการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน:

1. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที และผู้ป่วยไม่เกิดอาการพร่องออกซิเจน
2. อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37 C

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ cyanosis
2. ดูแลให้ได้รับ O₂ cannula 3 LPM ตามแผนการรักษาเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวและปอดขยายตัวได้มากขึ้น สอนการหายใจเข้า-ออกลึกๆ อย่างถูกวิธี
4. ประเมินอุณหภูมิของร่างกายรวมทั้งประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามแบบแผนของไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ หากอุณหภูมิมากกว่า 38.5 c ให้ยา Paracetamol (500) 1 tab ตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

ประเมินผลการพยาบาล

1. อัตราการหายใจ = 22 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการ cyanosis สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้เอง ไม่เหนื่อย
2. ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ T=37.8 c ใช้นานๆ ครั้ง เสมหะสีขาวข้นปริมาณเล็กน้อย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไวรัส เนื่องจากพบเชื้อไวรัสในเสมหะและอยู่ระหว่างการรักษาไวรัสระยะเข้มข้น

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปสู่ผู้อื่น

เกณฑ์การประเมิน:

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน
2. ไม่มีญาติหรือบุคลากรผู้ดูแลติดเชื้อเพิ่มเติม

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผู้อื่น ได้แก่ ปิดปากเวลาไอจาม สวมหน้ากากอนามัย บ้วนเสมหะในภาชนะที่เตรียมไว้ให้
2. อธิบาย ญาติ/ ผู้ดูแล ให้เข้าใจการติดต่อของไวรัส แนะนำสวมหน้ากากอนามัยในการให้การดูแลผู้ป่วย และสวมถุงมือเมื่อสัมผัสสารคัดหลั่ง และพบแพทย์เพื่อรับการคัดกรองไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้าน
3. ดูแลให้พักในห้องแยกโรคทางเดินหายใจ ดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะตู้ข้างเตียงให้สะอาดและเป็นระเบียบ
4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Air born and contact precaution โดยล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งทั้งก่อนและหลังสัมผัสกับผู้ป่วย และสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 ระหว่างให้การดูแล

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยในช่วงแรกผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด บางครั้งไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออธิบายเข้าใจผู้ป่วยปฏิบัติตาม ทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

2. ไม่มีรายงานบุคคลในครอบครัวติดเชื้อเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหารรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อส่งเสริมให้ได้น้ำและสารอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ความเบื่ออาหารลดลง สามารถรับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษา
2. มีน้ำหนักตัวเพิ่ม ครึ่งกิโลกรัมต่อสัปดาห์
3. ไม่พบภาวะ Dehydration

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดของปากและฟัน เพื่อเพิ่มความอยากอาหาร
2. อธิบายความสำคัญของการรับประทานอาหารซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และป้องกันโรคฉวยโอกาส
3. แนะนำอาหารที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และอาหารที่ให้คุณค่าสูง รวมทั้งวิตามินและเกลือแร่จากผักและผลไม้ จัดอาหารให้น่ารับประทาน หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน เนื่องจากย่อยและดูดซึมได้ยาก และควรดื่มน้ำมาก
4. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารในมือเดียวได้ปริมาณมากพอ แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยและเพิ่มจำนวนมื้อเป็นวันละ 5-6 มื้อ หลีกเลี่ยงอาหารกลืนแรง รับประทานทันทีเมื่อหิว
5. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

1. หลังนอนโรงพยาบาล 5 วัน อาการเบื่ออาหารลดลง

2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ประมาณครึ่งถ้วยถึงหนึ่งถ้วย/มื้อ และดื่มนมถั่วเหลือง 1 กล่อง/วัน ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก 43.7 กิโลกรัม เพิ่มขึ้น 0.7 กิโลกรัม

3. ไม่พบภาวะ Dehydration

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. คะแนนประเมินซึมเศร้า $9Q < 7$ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือซึมเศร้าระดับน้อยมาก

เกณฑ์การประเมิน

1. คะแนนซึมเศร้าลดลง
2. ผู้ป่วยพูดถึงตนเองในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่า

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา ระบายความรู้สึก สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความรู้สึกดี คิดและพูดในทางบวก ไม่คิดโทษตัวเอง โดยใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจว่าสามารถดำเนินชีวิตได้และสามารถมีชีวิตยืนยาวได้ ถ้ามีการดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง
3. แนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ที่ช่วยให้ผ่อนคลายได้ดีขึ้น หลีกเลี่ยง การดื่ม ชา กาแฟ
4. แนะนำวิธีการผ่อนคลาย ความเครียด โดยให้หาวิธีหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การดูทีวี ฟัง เพลง การสวดมนต์ การปลูกต้นไม้ เพื่อผ่อนคลายความเครียด
5. อธิบายให้ครอบครัว/ญาติยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่า เก็บสารเคมี เครื่องมือหรือวัตถุอันตราย สังเกตสัญญาณเตือน เช่น คำพูด ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

6. ร่วมวางแผนการดูแลกับแพทย์
ในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลทางสุขภาพจิต

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น
คะแนนซึมเศร้า 9Q ลดจาก 10 คะแนน เหลือ
7 คะแนน (ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย)
2. บางครั้งยังมีความคิดด้านลบ
พูดถึงเวรกรรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 พฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ของ
ตนเองในการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อให้
ผู้ป่วยมีความตระหนักเกี่ยวกับการมีพฤติกรรม
สุขภาพที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน:

1. ผู้ป่วยแสดงความใส่ใจในการ
ดูแลสุขภาพ
2. ความสม่ำเสมอในการรับประทาน
ยาต้านไวรัสด้วยวิธีรับประทาน $\geq$ ร้อยละ 95

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยประเมินความรู้ความ
เข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและความเข้าใจในการ
ดูแลตนเอง
2. ชื่นชมในประเด็นที่ผู้ป่วยเข้าใจ
และปฏิบัติได้ถูกต้อง เพิ่มเติมประโยชน์ของการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ
รวมถึงยารักษาโรคและอื่นๆตามแผนการ
รักษาของแพทย์ และย้ำถึงผลเสียจากการ
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อันจะนำไปสู่การดื้อ
ยาต้านไวรัสเอชไอวี และเกิดโรคฉวยโอกาสอื่นๆ
ตามมาได้
3. แนะนำการรับประทานอาหาร
ที่เป็นประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
ทำจิตใจอารมณ์ให้แจ่มใส หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา
และไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
สิ่งที่ยังไม่เข้าใจเพิ่มเติม

ประเมินผล:

1. ผู้ป่วยมีความสนใจรับฟัง
บอกถึงวิธีการตั้งเวลาเตือนการกินยาในโทรศัพท์ตน
2. การติดตามความสม่ำเสมอใน
การรับประทานยาโดยสอบถามร่วมกับวิธี
นับเม็ดยาที่เหลือในการมาตรวจตามนัด พบว่า
มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา $\geq$ ร้อยละ 95

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย วัยผู้ใหญ่
ที่สถานสมรส หย่าร้าง ทราบผลเลือดติดเชื้อ
เอชไอวีเมื่อ 4 ปีก่อน ขาดยาต้านไวรัสมา 2 ปีเศษ
เคยทำงานต่างจังหวัดรับผิดชอบตัวเองได้
เมื่อต้งานกลับมาอยู่กับบิดามารดาสูงอายุได้
6 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ อ่อนเพลีย
ไอเรื้อรัง CD4 เท่ากับ 167 cell/mm³ ผล AFB
เท่ากับ 3+ แพทย์วินิจฉัย AIDS with Pulmonary
Tuberculosis ได้รับการตามกรอบแนวคิดแบบ
แผนสุขภาพของกอร์ดอน ได้รับการวินิจฉัยการ
พยาบาล คือ 1) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
เนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
จากการติดเชื้อวัณโรค 2) มีโอกาสแพร่กระจาย
เชื้อวัณโรค เนื่องจากพบเชื้อในเสมหะและอยู่
ระหว่างการรักษาในระยะเข้มข้น (Active TB)
และเป็นผู้มีเชื้อเอชไอวี ที่ขาดการรักษา 3) เสี่ยง
ต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อ
ความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร
(Anorexia) รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย
4) มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก รู้สึกคุณค่าในตนเอง
ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และ 5) การดูแลสุขภาพ
ไม่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ของตนเองในการ
ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ผลการพยาบาลส่งผลให้
ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรค เหลือน้อยลง
รับประทานยาได้มากขึ้น มีความเข้าใจและ
ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีบางปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัญหาซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ควรประเมินปัญหาของผู้รับบริการอย่างองค์รวม และให้การดูแลครอบคลุม ด้านป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมโรค เป็นผู้ที่มิถุนิต้านทานต่ำ มีโอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสอื่นๆ ได้ง่าย และจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการพยาบาลควรประเมินให้ครอบคลุมทุกมิติเป็นแบบองค์รวม ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการดูแลให้เหมาะสมเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ควรดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานเพื่อการดูแลกับการกินอย่างต่อเนื่อง ในชุมชนโดยความสมัครใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ที่ให้ข้อมูล และร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ทำให้พยาบาลเข้าใจถึงกระบวนการพยาบาลที่นำแบบแผนสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพ ส่งผลให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมเป็นองค์รวมได้ และขอขอบคุณพยาบาลหอผู้ป่วยใน ที่เอื้อต่อการดูแลกรณีศึกษา

รายการอ้างอิง

1. Sinoussi FB, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS) . National Library of Medicine, 1983(cited 2020 Dec 15);220:868-71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6189183/>
2. Boonet MM, Pinoges LL, Varaine FF, Oberhauser BB, Brien DD, Kebede YY, et al. Tuberculosis after HAART initiation in HIV-positive patients from five countries with a high tuberculosis burden. National Library of Medicine, 2006(cited 2020 Dec 1);1275-9 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16816556/>
3. มนูญ ลี เซวง วงศ์ . Challenges in Management of Tuberculosis in HIV-AIDS.2560 (เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2563). เข้าถึงจาก [http://www.thaiaidsociety.org/data/PDFs/article/ Challenge in management of tuberculosis in HIV/AIDS pdf](http://www.thaiaidsociety.org/data/PDFs/article/Challenge%20in%20management%20of%20tuberculosis%20in%20HIV/AIDS.pdf)
4. กองวัณโรค . คู่มือประเมินคุณภาพโรงพยาบาล ด้านการดูแลรักษาวัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
5. เสถียร เชื้อลี. สาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เขต 10. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2561;16:16-19.
6. เฉตสรร นามวาท, สุธาสิณี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธันว์ มาแคะเย็น, วิญญู ปิณฑะดิษ และคณะ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ความคุ้มค่า การลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้. 2560.1-5.

7. Wanyiri JW, Kanyi H, Maina S, Wang DE, Ngugi P, Connor RO, Kamau T, et al. Infectious diarrhoea in antiretroviral therapy-naïve HIV/ AIDS patients in Kenya. Internet.2007(cited 2020 Nov 16:Available from nslate.google.com/articles/PMC3840903/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=th&_x_tr_hl=th&_x_tr_pto=sc
8. Sandoval R, Roddey T, Giordana TP, Mitchell K, Kelley C. Sage journal Pain, sleep disubances, and functional limitations in people living with HIV/ AIDS-associated distal sensory peripheral neuropathy. J Int AIDS SOC 2013; 13:328-334.
9. กรมควบคุมโรค. ตีตรา-เลือกปฏิบัติ.2558 (เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2564). เข้าถึงได้จาก hfocus/content/2015/08/10730
10. Kremer H, Iroson G. Everything changed:spiritual transformation in people withHIV. INT J PSYCHIAT MED 2009;39:243-262.
11. Gordon, Marjory. Manual of Nursing Diagnosis.London: Jones and Bartlett Publishers, Internet.2007(cited2020 Nov 14) :Avaible from <https://www.jblearning.com/catalog/productdetails/9781284044430#productInfo>
12. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล& แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 18. ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร; 2559.
13. Mwangi E. Adolescent Treatment Literacy Guide For Use in Support Group Internet.2007(cited2020 Nov 14) :Avaible from [Settings.https://www.pedaids.org/wpcontent/uploads/2018/11/KenyaAdoTreatmentLiteracyGuide.pdf](https://www.pedaids.org/wpcontent/uploads/2018/11/KenyaAdoTreatmentLiteracyGuide.pdf)
14. รัฐการต์ ปาระมี. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาล แม่สาย. เชียงรายวารสาร. 2563;12;31-43.
15. Gonzalez A, Zvolensky MJ, Solomon SE, Miller CT. Exporation of the relevance of anxiety sensitivity among adults living with HIV/AIDS for understanding anxiety vulnerability. J Health Psychol 2010;15:138-146.
16. Krener H, and Ironson G. Everything changed: Spiritual transformation in people with HIV. Int J Psychiatry Med 2009;39:243-262.