



โรงพยาบาลโพธาราม



วารสาร โรงพยาบาลท่าแพ่งเพชร

Kamphaeng Phet Hospital Journal

ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2565

Vol. 26 no.2 July - December 2022

ISSN 0858 - 5180



วารสาร
โรงพยาบาลท่าแพงดงพชร

คณะผู้จัดทำ

เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประธานที่ปรึกษา

นพ.สุรชัย แก้วศิริคุณ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะที่ปรึกษา

นพ.อัศวพงศ์ จุฑากรณ์
พว.ดร.อรอนงค์ กลางณา
นพ.เจษฎา พวงสายใจ
นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ
นายชัยณรงค์ พุทธิรักษา

รองผู้อำนวยการด้านบริการตติยภูมิและทุติยภูมิ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านบริการด้านปฐมภูมิ
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฏ พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

นางยุคลธร จิตรเกื้อกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

พญ.ดรุณี พุทธิสารี
นพ.เจษฎา พวงสายใจ
พญ.สมสุดา ยาอินทร์
นางกาญจนา รามสุต
นางจิราพร มณีพราย
นางสาวเพ็ญกมล กุลสุ
นายประโยชน์ เข็มนาจิดร
นายพันทะนันท์ วงศ์แสนสี
นางสาวนฤมล มหาชัย

หัวหน้าฝ่ายวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เภสัชกรชำนาญการ

ฝ่ายศิลปกรรม

นายวุฒิรักษ์ วทานีย์เวช
นางทิพวรรณ นิลคล้าย
นางสาวอุษา หงษ์ยนต์

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
นักวิชาการโสตทัศนศึกษา

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวอาภากร เอ็มโธฐ
นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร
นางสาวรัชชิตกาล แสงเม็ลล์

บรรณารักษ์ปฏิบัติการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
พนักงานห้องสมุด

การส่งต้นฉบับ

คุณอาภากร เอ็มโธฐ
งานห้องสมุด กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร
เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000
e-mail : librarian_hh@hotmail.com โทรศัพท์. (055) 022000 - 29 ต่อ 1403 โทรสาร. (055) 711232

กำหนดออกวารสาร

- กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 มีนาคม ออกภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 กันยายน ออกภายใน 30 ธันวาคม)

บรรณาธิการแถลง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มุ่งสู่การเป็นวารสารที่มีมาตรฐาน ซึ่งกองบรรณาธิการเร่งดำเนินการพัฒนาในเรื่องความเข้มข้นของเนื้อหา การปรับรูปแบบในจัดพิมพ์ และความตรงเวลาในการออกรูปเล่ม ขอขอบคุณผู้ส่งผลงานที่ให้ความสนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการประเมินผลงาน เพื่อให้วารสารมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรฉบับนี้ ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2565 เป็นฉบับที่มีผู้นิพนธ์สนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์เป็น จำนวน 11 บทความ ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ 5 เรื่อง กรณีศึกษา 5 เรื่อง และบทความพิเศษ 1 เรื่อง ซึ่งทุก ๆ บทความมีความน่าสนใจ และหวังเป็นอย่างว่าจะมีประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทำผลงานวิชาการ และทำงานต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

- อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 หลังผลตรวจคัดกรองเบาหวานครั้งแรกปกติ ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ = Incidence and Risk Factors associated with Gestational Diabetes Mellitus in Third Trimester of Pregnancy after Normal Initial Glucose Tolerance Test in Banmi Hospital / โสภิตา วงศ์จิตรรัตน์.....1
- อุบัติการณ์ และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มากตลอดในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี = Incidence, maternal complications and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features in Wichianburi hospital / พิรานิษฐ์ สวรรค์ตันชัย.....10
- ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในอำเภอโกสัมพีนคร จังหวัดกำแพงเพชร = Mental Health of Caregivers for Dependent Elders; Home-bound and Bed-bound groups, Kosamphi Nakhon district, Kamphaeng Phet province / อภิลักษณ์ เหล่าไพโรจน์.....20
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบของผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี = Risk factor for developing covid-19 pneumonia in patient with coronavirus disease (Covid - 19) in Wichianburi Hospital Thailand / นาฏจิต แจ่มอ่วม.....29
- ความคาดหวังและการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร = Expectations and perceptions of HIV counseling clinic services Kamphaeng Phet Hospital / จงรัชช์ รอดเกษม.....40

กรณีศึกษา (case study)

- การรักษาคอลงรากฟันในฟันต้นบนแท้ที่ตายจากอุบัติเหตุและยังเจริญไม่เต็มที่ที่มีการอักเสบของอวัยวะปริทันต์รอบปลายรากฟัน : กรณีศึกษา = Endodontic management of non-vital traumatised immature permanent maxillary incisor teeth with apical periodontitis : Case Study / นฤพร ทาไทย.....51
- การศึกษาความสำเร็จของการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนจากอุบัติเหตุโดยวิธีผ่าตัดดึงกระดูกให้เข้าที่และใส่แผ่นตามโลหะจากทางด้านหน้าเพื่อเชื่อมต่อโรงพยาบาลวิเชียรบุรี : รายงานผู้ป่วย 10 ราย = Study on the efficiency of anterior reduction and fusion in traumatic cervical facet dislocation at Wichian Buri Hospital : 10 Cases Report / ณิชฎชัย วิริยสิรินทร์.....62
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care of patient with sepsis : a case study / พจนัสรา คำพุ่ม.....72

- การพยาบาลผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเสื่อมที่เข้ารับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดกระดูกสันหลังร่วมกับการเชื่อมและยึดติงกระดูกสันหลังด้วยโลหะ : กรณีศึกษา =
Nursing care of the spondylosis patient underwent laminectomy with Pedicular Screws and TLIF under general anesthesia : a case study / อุทัยวรรณ หาญอยู่.....83
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ covid-19 ในผู้สูงอายุแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา =
Palliative care for elderly COVID - 19 infection patient : a case study / จันทร์ฉาย ปิ่นแก้ว.....95

บทความพิเศษ (special articles)

- ขอเวชระเบียน ใช้เวลานานแค่ไหน หากรอนาน ฟ้องศาลได้หรือไม่ = How long does it take to request a medical record? If await too long, is it possible to file a lawsuit? / ศุภชัย บุญอำพันธ์.....107

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

Incidence and Risk Factors associated with Gestational Diabetes Mellitus in Third Trimester of Pregnancy after Normal Initial Glucose Tolerance Test in Banmi Hospital

Sopida Wongjitrat, M.D.*

Abstract

Introduction : Gestational diabetes mellitus (GDM) is one of the most crucial metabolic disorders during pregnancy. The global prevalence of GDM varies depending on race, ethnicity, age and risk factors. Inappropriate diagnosis and management of GDM causes increasing risk of maternal and neonatal morbidities. Therefore, the results from this study might improve the clinical practice guideline for GDM screening in Banmi Hospital to reduce maternal and neonatal complications.

Objectives : To evaluate the incidence and risk factors associated with Gestational Diabetes Mellitus (GDM) in the third trimester of pregnancy, Banmi Hospital after normal initial screening during the second trimester.

Methods : This retrospective study recruited the medical records of pregnant women who visited the antenatal care clinic at Banmi Hospital and underwent diabetes screening at 24-28 weeks (2nd trimester) and 32-36 weeks (3rd trimester) of pregnancy. The data was collated between January 1, 2018 and December 31, 2021. The demographic, risk factors, maternal and neonatal outcomes were recorded and analyzed in two groups of non-GDM and GDM which diagnosed during the 3rd trimester.

Results : Total of 413 eligible pregnant women data were recruited. Thirty-two (7.75 %) were subsequently diagnosed with GDM during the 3rd trimester. The age of pregnant from 35 years old significantly associated with GDM diagnosis (p -value = 0.03). The maternal and neonatal complications, rates of primary cesarean section, postpartum hemorrhage, birth weight and < 7 APGAR score showed no statistically significant difference.

Conclusions : The incidence of GDM in the 3rd trimester in Banmi Hospital was 7.75% and advanced maternal age from 35 years old was the only significant risk factor associated with GDM diagnosis. This can be implemented into the diabetes screening guideline for this group during the 3rd trimester after normal initial screening in the 2nd trimester.

Keywords : Glucose tolerance test, Gestational diabetes mellitus, Third trimester

*Medical doctor, Professional level, Department of obstetrics and gynecology, Banmi Hospital, Lopburi

อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 หลังผลตรวจคัดกรองเบาหวานครั้งแรกปกติ ในโรงพยาบาลบ้านหมี่

โสภิตา วงศ์จิตรรัตน์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม อุบัติการณ์การวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในแต่ละประเทศแตกต่างกันไป ขึ้นกับ เชื้อชาติ อายุ และปัจจัยเสี่ยง ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจตรวจคัดกรองเบาหวานเพิ่มเติมช่วงไตรมาสที่ 3 เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกจากเบาหวานในขณะตั้งครรภ์แก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านหมี่ได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 หลังการตรวจคัดกรองปกติ ในไตรมาสที่ 2

วิธีการศึกษา : การศึกษาย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 2) และ 32-36 สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 3) เก็บข้อมูลระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ.2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 บันทึกข้อมูลพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลการคลอด ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน (Non-GDM) และกลุ่มที่เป็นเบาหวาน (GDM) ที่ตรวจวินิจฉัยในไตรมาสที่ 3

ผลการศึกษา : สตรีตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 413 ราย ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานเพิ่มเติมในไตรมาสที่ 3 จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 7.75) พบว่าอายุมารดาตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการวินิจฉัยเบาหวานเพิ่มเติมในไตรมาสที่ 3 ($p\text{-value} = 0.03$) ส่วนภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก อัตราการผ่าตัดคลอดครั้งแรก การตกเลือดหลังคลอด น้ำหนักทารก และทารกมี APGAR score น้อยกว่า 7 พบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ศึกษา

สรุป : อุบัติการณ์การวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 หลังผลตรวจคัดกรองครั้งแรกปกติ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ เท่ากับร้อยละ 7.75 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มเติมได้แก่ อายุมารดาตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ดังนั้นจึงอาจพิจารณาตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซ้ำในไตรมาสที่ 3 ในกลุ่มที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ผลตรวจคัดกรองเบาหวานในไตรมาสที่ 2 ปกติ

คำสำคัญ : การตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, ไตรมาสที่ 3

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus ; GDM) หมายถึงภาวะเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ หลังคลอดบุตรระดับน้ำตาลในเลือดมักกลับมาปกติ^{1,2,3} GDM เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญ เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ทารกตัวใหญ่ คลอดติดไหล่ น้ำคร่ำมาก คลอดยาก มีโอกาสต้องผ่าตัดคลอดมากขึ้น ตกเลือดหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษ อีกทั้งพบอุบัติการณ์ของทารกเสียชีวิตในครรภ์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การควบคุมระดับน้ำตาลขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสมเพิ่มโอกาสที่ทารกในครรภ์เกิดภาวะน้ำตาลต่ำแรกคลอด ภาวะทารกตัวเหลือง ภาวะหายใจลำบากในทารก ระยะยาวทารกจากมารดาที่เป็นภาวะดังกล่าวมีโอกาสเป็นเบาหวานและโรคอ้วน ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคตได้มากขึ้น^{4,6,7, 8,9}

เกณฑ์การตรวจคัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ปัจจุบันแตกต่างกันไปตามคำแนะนำของสมาคมต่างๆ เช่น U.S. Preventive Task Force (USPSTF) 2014 แนะนำให้ตรวจคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ขึ้นไป ส่วน The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2018 แนะนำให้ตรวจคัดกรองช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ทุกราย และตรวจคัดกรองตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ในสตรีที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ น้ำหนักเกินเกณฑ์ ร่วมกับเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน เป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น^{1,2,10,11} เกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวานในปัจจุบันมีอยู่หลายเกณฑ์ด้วยกัน เกณฑ์ที่ได้รับความนิยม ได้แก่ 1) two-step approach ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองด้วยการรับประทาน 50 กรัมกลูโคส (glucose challenge test ; GCT) โดยไม่ต้องงดน้ำและอาหาร เมื่อผิดปกติจึงตรวจวินิจฉัยต่อด้วย 100 g oral glucose tolerance test (OGTT) เป็นลำดับต่อไป โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำ และอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนรับการตรวจ จากนั้นรับประทานกลูโคส 100 กรัม แล้วเจาะเลือดหลังรับประทานที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมงตามลำดับ เมื่อพบค่าผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป ให้วินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) one-step approach ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ International association of the diabetes and pregnancy study groups (IADPSG) ทำโดยงดน้ำและอาหารก่อนตรวจเช่นเดียวกับ 100 g OGTT แต่ให้รับประทานกลูโคส 75 กรัม และเจาะเลือดซ้ำที่ 1 และ 2 ชั่วโมง หากผิดปกติ 1 ค่า วินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ทันที^{2,4}

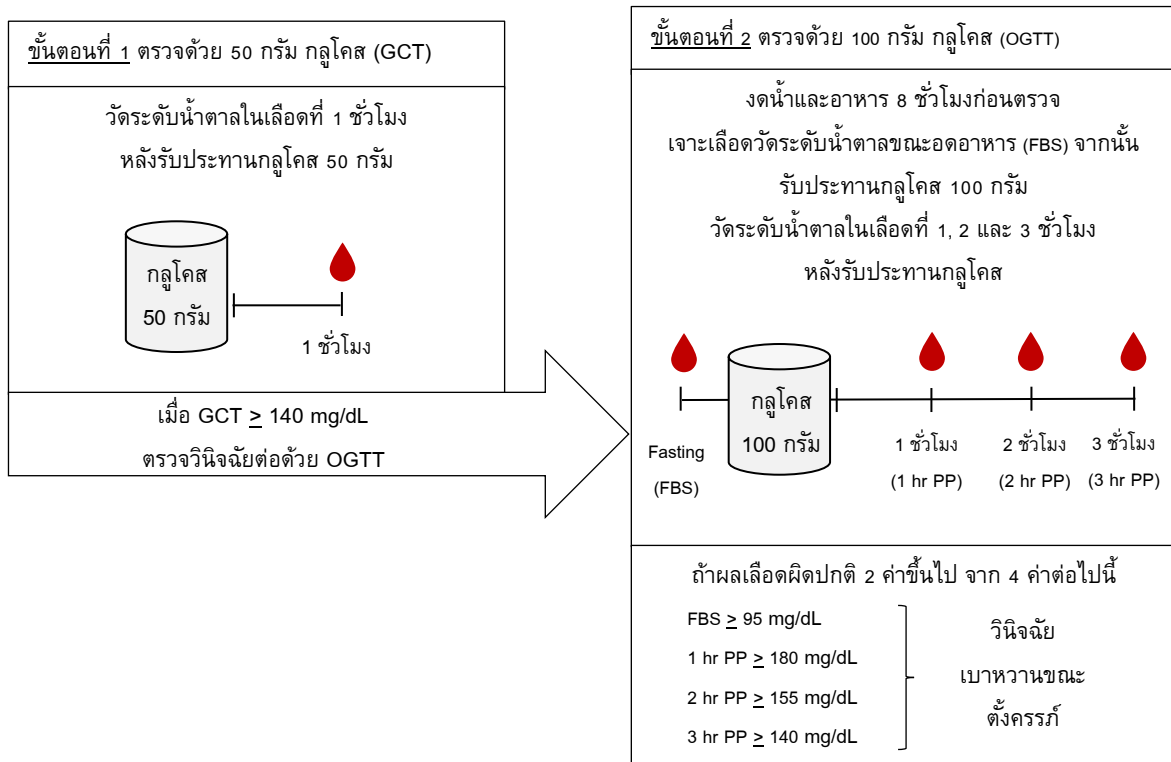
ในแนวปฏิบัติคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุมารดา 35 ปีขึ้นไปเมื่อนับถึงวันคลอด ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร(กก./ม.²) มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เคยคลอดบุตรน้ำหนักทารกมากกว่าหรือเท่ากับ 4,000 กรัม มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง มีประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์ไม่ทราบเหตุหรือเคยคลอดทารกพิการแต่กำเนิดหรือมีน้ำตาลรั่วในปัสสาวะ เมื่อมาฝากครรภ์จะได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก จากนั้นที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ หากผลคัดกรองและวินิจฉัยปกติ จะมีการตรวจซ้ำอีกครั้งที่ไตรมาสที่ 3 ช่วงอายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์

ความชุก (prevalence) ของ GDM ในแต่ละประเทศทั่วโลกแตกต่างกันไป การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ.2014 พบภาวะ GDM ร้อยละ 5 ในสตรีตั้งครรภ์¹² การศึกษาในชาวเอเชีย ปี ค.ศ. 2018 พบความชุกของ GDM เฉลี่ยร้อยละ 11.5 หากจำแนกตามประเทศ พบว่า ประเทศมาเลเซีย พบร้อยละ 18.5 สิงคโปร์ ร้อยละ 17.6 ไทย ร้อยละ 17.1 จีน ร้อยละ 12.6 อินเดีย ร้อยละ 8.8 และญี่ปุ่น พบเพียงร้อยละ 2.8¹³ ส่วนการศึกษาของโรงพยาบาลศิริราช ปี ค.ศ.2003 พบอุบัติการณ์โรคนี้ ร้อยละ 6.2 ในกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยง ส่วนในกลุ่มประชากรทั่วไปพบในอัตราร้อยละ 2.5¹⁴ การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ ปี ค.ศ.2004 พบความชุกของ GDM ร้อยละ 1.5¹⁵ จะเห็นได้ว่าความชุกของ GDM ในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้จากพยาธิสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ ฮอร์โมนจากรก (human placental lactogen ; hPL) มีฤทธิ์ลดการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน (insulin antagonist) จะเพิ่มสูงสุดในช่วงไตรมาสที่ 3¹⁶ ดังนั้นอาจส่งผลต่อการเกิดเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เพิ่มเติมในช่วงนี้ได้ ในประเทศไทยการศึกษาเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองเบาหวานซ้ำในไตรมาสที่ 3 ยังมีไม่มากนัก ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มประชากรที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจตรวจคัดกรองเบาหวานเพิ่มเติมช่วงไตรมาสที่ 3 ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกจากเบาหวานในขณะตั้งครรภ์แก่ผู้มารับบริการได้ดียิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ เลขที่ 2565/04 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลบ้านหมี่ และทะเบียนคลอดห้องคลอด โรงพยาบาลบ้านหมี่ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ.2561 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2564 เกณฑ์คัดเข้าการศึกษา คือ สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 2 (อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์) ผลปกติและได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำในไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์) เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาลอื่นๆ เป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (pregestational diabetes) วินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ทารกผิดปกติ มารดามีประวัติใช้ยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด เช่น สเตียรอยด์ และการตั้งครรภ์จากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จากนั้นรวบรวมข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดในอดีต โรคประจำตัว น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักก่อนคลอดบุตร ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ประวัติเบาหวานในครอบครัว การมีน้ำตาลรั่วในปัสสาวะ ติดตามข้อมูลการคลอด ภาวะแทรกซ้อนด้านมารดาและทารก ลงในแบบบันทึกข้อมูล เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการศึกษานี้ ใช้ two-step approach คือ ตรวจคัดกรองด้วย 50 กรัมกลูโคส เมื่อระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (mg/dL) ถือว่าผิดปกติ จะนัดผู้ป่วยทำการตรวจวินิจฉัยต่อด้วย 100 กรัมกลูโคส โดยให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนรับการตรวจ เพื่อตรวจ Fasting blood sugar (FBS) จากนั้นรับประทานกลูโคส 100 กรัม แล้วเจาะเลือดหลังรับประทานที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมง ตามลำดับ วินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์เมื่อพบว่าผลตรวจผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป ตามเกณฑ์ของ Carpenter and Couston คือ FBS ≥ 95 mg/dL, 1hr ≥ 180 mg/dL, 2hr ≥ 155 mg/dL, 3hr ≥ 140 mg/dL² ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 หากผลตรวจคัดกรองครั้งแรกไม่เป็น GDM จะตรวจ two-step approach ซ้ำที่อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์อีกครั้ง

แผนภาพที่ 1 แสดงการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (two-step approaches)





ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยใช้สูตรคำนวณ estimate single proportion อ้างอิงจากการศึกษาของ Wit LD และคณะ¹⁷ ได้ $n = 312.6$ นำข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานการเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็น Categorical data ใช้ Chi-square test หรือ Fishers' Exact test ข้อมูลที่เป็น Continuous data ในประชากร 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน คือ กลุ่มประชากรที่ศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบใช้สถิติ Independent t-test โดยทุกการทดสอบกำหนดค่าความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลินิกฝากครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ผลตรวจคัดกรอง และวินิจฉัยปกติครั้งนั้ปกติ และได้รับการตรวจซ้ำในช่วงไตรมาสที่ 3 อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา มีจำนวนทั้งหมด 413 ราย พบว่า เมื่อได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซ้ำในไตรมาสที่ 3 ได้รับการวินิจฉัยเป็น GDM จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 7.75)

ข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (non-GDM) และกลุ่มที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 (GDM) ตามตารางที่ 1 พบว่า อายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุโดยแบ่งเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี อายุ 20-34.9 ปี และ อายุ 35 ขึ้นไป พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป สัมพันธ์กับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.03$) ภาวะน้ำหนักเกิน หรือดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม² ก่อนตั้งครรภ์ ในกลุ่มเป็นเบาหวานพบร้อยละ 71.88 ซึ่งมากกว่ากลุ่มไม่เป็นเบาหวาน พบร้อยละ 56.43 ปัจจัยเสี่ยงที่อื่นๆ ศึกษา ได้แก่ ประวัติครอบครัวสายตรงเป็นเบาหวาน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ การตรวจพบน้ำตาลรั่วในปัสสาวะ พบว่า ไม่แตกต่างกัน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสตรีตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยเบาหวานในไตรมาสที่ 3 จำนวน 32 ราย พบว่าต้องใช้อินซูลินหรือยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 9.37)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน

ปัจจัยที่ศึกษา	Non-GDM n = 381		GDM n = 32		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	27.05	(6.79)	29.40	(5.33)	0.07
กลุ่มอายุ (ปี)					
< 20	58	15.22	0	0	0.03
20 – 34.9	249	65.35	24	75	
≥ 35	74	19.42	8	25.0	
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ม. ²) (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	26.41	(5.56)	26.82	(4.11)	
≥ 25	215	56.43	23	71.88	0.09
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์					
สตรีตั้งครรภ์แรก	117	30.71	5	15.63	0.1
ตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	264	69.29	27	84.38	
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยระหว่างตั้งครรภ์ (กก.) (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	11.66	(7.06)	11.35	(7.63)	0.81
ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน	59	15.49	6	18.75	0.62
ตรวจพบน้ำตาลรั่วในปัสสาวะ	24	6.3	3	9.38	0.45



จากตารางที่ 2 ข้อมูลการคลอดและภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาในทั้งสองกลุ่ม พบว่าการคลอดก่อนกำหนด การเกิดครรภ์เป็นพิษ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิธีการคลอดกลุ่ม Non-GDM และ GDM พบว่า คลอดบุตรทางช่องคลอด ร้อยละ 42.7 และ 46.88 ผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก ร้อยละ 34.65 และ 18.75 ตามลำดับ การตกเลือดหลังคลอด กลุ่ม GDM พบร้อยละ 6.25 สูงกว่ากลุ่ม Non-GDM ร้อยละ 2.89 แต่อย่างไรก็ตามวิธีการคลอดและการตกเลือดหลังคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านทารกที่เกิดจากมารดากลุ่ม Non-GDM และ GDM พบว่า น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 3,112 กรัม และ 3,200 กรัมตามลำดับ ทารกที่เกิดจากมารดากลุ่ม GDM พบว่า APGAR score น้อยกว่า 7 นาทีที่ 1 ร้อยละ 6.25 มากกว่าทารกที่เกิดจากมารดากลุ่ม Non-GDM ร้อยละ 3.15 แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 2 ข้อมูลการคลอด ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก

ปัจจัยที่ศึกษา	Non-GDM n = 381		GDM n = 32		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์<37สัปดาห์)	18	4.74	0	0	0.38
ครรภ์เป็นพิษ	20	5.26	1	3.13	>0.999
วิธีคลอด					0.13
คลอดบุตรทางช่องคลอด	163	42.7	15	46.88	
ผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก	132	34.65	6	18.75	
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	11	2.89	2	6.25	0.27
ข้อมูลทารก					
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย (กรัม)	3112	(393.18)	3200	(414.77)	0.23
<2,500	18	4.72	2	6.25	0.71
2,500-3,999	361	94.75	30	93.75	
≥ 4,000	2	0.52	0	0	
APGAR score นาทีที่ 1 น้อยกว่า 7	12	3.15	2	6.25	0.30
APGAR score นาทีที่ 5 น้อยกว่า 7	5	1.31	0	0	>0.999

บทวิจารณ์

จากการศึกษานี้พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย GDM เพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 3 ในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ร้อยละ 7.75 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Abraham¹⁸ ในประเทศอินเดีย ปี ค.ศ.2020 พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย GDM เพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.69 ต่างจากการศึกษาก่อนหน้าของ Boriboonhirunsam D¹⁹ ที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศิริราช ปี ค.ศ.2007 พบว่า หลังตรวจคัดกรองเบาหวานซ้ำในไตรมาสที่ 3 สตรีที่มาฝากครรภ์ จำนวน 513 ราย ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.9 อุบัติการณ์ของการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราชดังกล่าว พบน้อยกว่าอาจมาจากแนวทางการตรวจที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่ตรวจพบ GCT ผิดปกติไม่ได้รับการตรวจ OGTT จำนวน 11 ราย ส่วนการศึกษา Wit LD และคณะ¹⁷ ในเนเธอร์แลนด์ ปี ค.ศ.2019 พบอุบัติการณ์การวินิจฉัย GDM สูงถึงร้อยละ 23.5 เนื่องจากกระบวนการคัดกรองที่แตกต่างกันโดยการตรวจ OGTT ซ้ำในสตรีตั้งครรภ์ที่ผล OGTT ครั้งแรกปกติ ขณะที่การศึกษานี้การตรวจซ้ำในไตรมาสที่ 3 ได้ทำการคัดกรองด้วย GCT ก่อนทำ OGTT อีกทั้งความชุกของ GDM ในเนเธอร์แลนด์ อยู่ที่ร้อยละ 14²¹ ซึ่งสูงกว่าประชากรไทยที่ความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 1.5-7²⁰ จึงส่งผลให้การวินิจฉัย GDM ในการศึกษาของเนเธอร์แลนด์สูงกว่าผลการศึกษานี้ ด้านปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการวินิจฉัยเบาหวานเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 3 ในการวิจัยนี้ พบว่ามารดาอายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงเดียวที่มีผลต่อการวินิจฉัย (p -value = 0.03) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boriboonhirunsam D¹⁹ (p -value = 0.02) ส่วนการศึกษาของ Abraham¹⁸ ในประเทศอินเดีย พบว่าปัจจัยด้าน

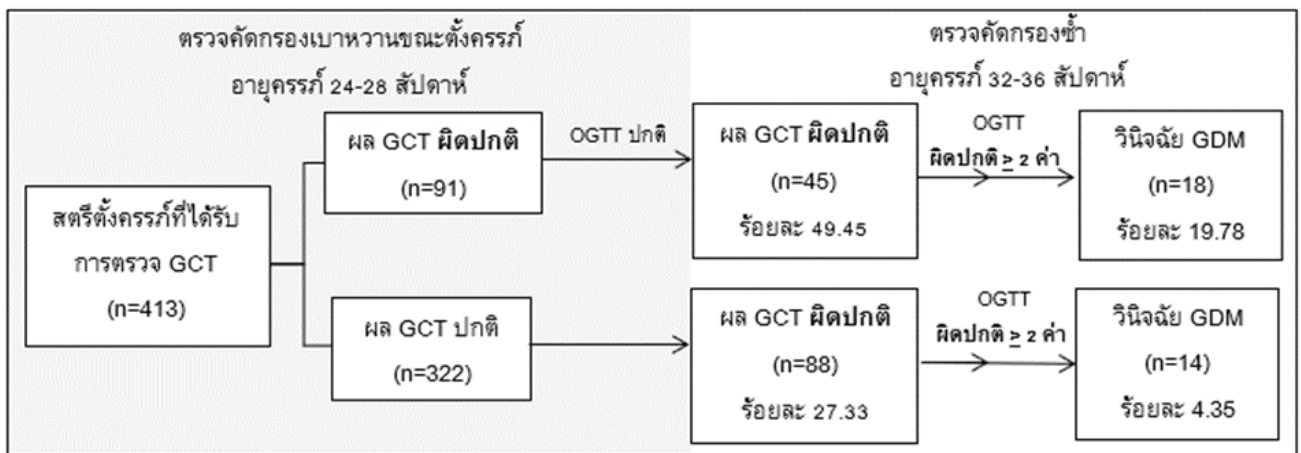
อายุมารดาไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานในการศึกษาของ Abraham¹⁸ พบว่ามีผลต่อการวินิจฉัยเบาหวานในไตรมาสที่ 3 (p -value = 0.016) เมื่อพิจารณาอัตราส่วนของประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานในการศึกษาดังกล่าวพบร้อยละ 19.6 ของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งมากกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลบ้านหมี่ที่พบร้อยละ 15.7 ส่วนการศึกษาของ Boriboonhirunsam D¹⁹ ประวัติครอบครัวเป็นเบาหวานสูงถึงร้อยละ 42 พบว่าไม่สัมพันธ์กับการวินิจฉัยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน

จากการศึกษานี้ แม้ว่าการวินิจฉัย GDM เพิ่มเติมในช่วงไตรมาสที่ 3 จะไม่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนต่อการตั้งครรภ์และการคลอด แต่การได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก็มีผลต่อสตรีตั้งครรภ์หลังคลอดบุตร เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานต่อไปในอนาคตได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยระมัดระวัง ดูแลสุขภาพของตนมากขึ้น และได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานเป็นระยะต่อไป ดังนั้นการทราบถึงอุบัติการณ์การวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของแต่ละกลุ่มประชากร น่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในพื้นที่นั้นๆ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาย้อนหลังอาจทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน ปัจจัยเสี่ยงบางประเด็นอาจไม่ได้ถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างได้ชัดเจน

แนวทางการศึกษาเพิ่มเติม เมื่อจำแนกกลุ่มที่ผล GCT ครั้งแรกผิดปกติ และปกติ ดังแผนภาพที่ 2 และทำการตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซ้ำในไตรมาสที่ 3 กลุ่มที่ผล GCT ครั้งแรกผิดปกติ พบการวินิจฉัย GDM ในไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 19.78 มากกว่ากลุ่มที่ผลตรวจ GCT ครั้งแรกปกติ ร้อยละ 4.35 ดังนั้นหากคัดกรองในกลุ่มที่ผล GCT ครั้งแรกผิดปกติ อาจทำให้ตรวจวินิจฉัย GDM ไตรมาสที่ 3 ได้เพิ่มขึ้น สำหรับวิธีการตรวจวินิจฉัยเบาหวานซ้ำในไตรมาสที่ 3 อาจปรับเปลี่ยนเป็นตรวจ OGTT ซ้ำแทนการตรวจคัดกรองด้วย GCT ก่อนตรวจ OGTT เพื่อให้ได้ผลวินิจฉัยที่ชัดเจนและสอดคล้องกับอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น

แผนภาพที่ 2 แสดงจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัย GDM ในไตรมาสที่ 3 จำแนกตามผลตรวจ GCT ครั้งแรก



สรุป

อุบัติการณ์การวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 หลังผลตรวจคัดกรองครั้งแรกปกติ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลบ้านหมี่ คิดเป็นร้อยละ 7.75 โดยพบว่าอายุมารดาตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มเติมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงอาจพิจารณาตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซ้ำในไตรมาสที่ 3 ในกลุ่มที่สตรีตั้งครรภ์มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ผลตรวจคัดกรองเบาหวานในไตรมาสที่ 2 ปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์จรัญ บุญฤทธิ์การ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่ นายแพทย์ธีรวัฒน์ วงษ์เนตร หัวหน้ากลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านหมี่ และผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จผล

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams obstetrics. 26th ed. New York : McGraw-Hill ; 2022. p 1068-88.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol* 2018 ; 131(2) : e49–64.
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : รมย์น มีเดีย ; 2560.
4. Wendland EM, Torloni MR, Falavigna M, Trujillo J, Dode MA, Campos MA, et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes--a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012 ; 12 : 23.
5. Pettitt DJ, Knowler WC, Baird HR, Bennett PH. Gestational diabetes: infant and maternal complications of pregnancy in relation to third-trimester glucose tolerance in the Pima Indians. *Diabetes Care* 1980 ; 3(3) : 458-64.
6. Pettitt DJ, Baird HR, Aleck KA. Excessive Obesity in Offspring of Pima Indian Women with Diabetes during Pregnancy. *N Eng J Med* 1983 ; 308(5) : 242-5.
7. Wendland EM, Torloni MR, Falavigna M, Trujillo J, Dode MA, Campos MA, et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes--a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012 ; 12 : 23. [online]. [cited 2022 Mar 3]. Available from: <http://doi: 10.1186/1471-2393-12-23>.
8. HAPO study Cooperative research group, Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Eng J Med* 2008 ; 358 : 1991–2002.
9. Boriboonhirunsarn D, Talungjit P, Sunsaneevithayakul P, Sirisomboon R. Adverse pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus. *J Med Assoc Thai* 2006 ; 89(4) : S23-8.
10. International Diabetes Federation. IDF diabetes Atlas. 10th ed. [Internet]. 2021. [cited 2022 Mar 3]. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>.
11. Sacks DA, Hadden DR, Maresh M, Deerochanawong C, Dyer AR, Metzger BE, et al. Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel recommended criteria: the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. *Diabetes Care* 2012 ; 3 : 526-8.
12. DeSisto CL, Kim SY, Sharma AJ. Prevalence Estimates of Gestational Diabetes Mellitus in the United States, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2007–2010. *Prev Chronic Dis* 2014 ; 11 : 1-9. [online]. [cited 2022 Mar 3]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd11.130415>
13. Lee KW, Ching SM, Ramachandran V, Yee A, Hoo FK, Chiaet YC, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18 : 494. [online]. [cited 2022 Mar 3]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2131-4>
14. Sunsaneevithayakul P, Boriboonhirunsarn D, Sutanthavibul A, Ruangvutlert P, Kanokpongsakdi S, Singkiratana D, et al.. Risk Factor-Based Selective Screening Program for Gestational Diabetes Mellitus in Siriraj Hospital: Result from Clinical Practice Guideline. *J Med Assoc Thai* 2003 ; 86 : 708.
15. Chanprapaph P, Sutjarit C. Prevalence of gestational diabetes mellitus (GDM) in women screened by glucose challenge test (GCT) at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *J Med Assoc Thai* 2004 ; 87:1141-6.



16. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams obstetrics. 26th ed. New York : McGraw-Hill.; 2022. p 97-98.
17. de Wit L, Bos DM, van Rossum AP, van Rijn BB, Boers KE. Repeated oral glucose tolerance tests in women at risk for gestational diabetes mellitus. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2019 ; 242 : 79-85.
18. Abraham R, Maheswari L, S J. Role of third-trimester OGTT in the detection of late-onset gestational diabetes in the Indian population. Int J Diabetes Dev Ctries 2022 [online]. [cited 2022 Mar 3]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13410-021-01026-3>.
19. Boriboonhirunsarn D, Chutimongkonkul W. Rate of abnormal results from repeated screening tests for gestational diabetes mellitus after normal initial tests. J Med Assoc Thai 2007 ; 90(7) : 1269-73.
20. สมเกียรติ โภชิสต์ย์, สถิตย์ นิมิตมหาปัญญา, ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์, วีระศักดิ์ ศรีนนภากร, นภา ศิริวิวัฒนากุล, สิทธิชัย อาชานันดี, และคณะ. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus). ใน : ชุษณะ มะกรสาร, บรรณาธิการ. Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย พ.ศ.๒๕๕๔-๒๕๕๗) First Edition. นนทบุรี : กรมการแพทย์ ; 2557. หน้า 6.1-6.38. [online]. [cited 2022 Mar 3]. Available from: <http://training.dms.moph.go.th/rtdc/article/2>
21. Paulo MS, Abdo NM, Bettencourt-Silva R, Al-Rifai RH. Gestational Diabetes Mellitus in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies. Front. Endocrinol 2021 ; 12. [online]. [cited 2022 Jun 15] Available from: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.691033>

Incidence, maternal complications and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features in Wichianburi hospital

Piranan Suanratanachai, M.D.*

Abstract

Introduction: Preeclampsia is a serious complication during pregnancy and also lead to maternal and neonatal morbidity and mortality. The cause of preeclampsia is still unknown therefore this study has been to be the information to development of systems for access the patient to reduce the burden of preeclampsia. Effective prevention, early diagnosis and management were essential to minimize adverse pregnancy outcomes.

Objective: To determine the incidence of preeclampsia with severe features among pregnant women and evaluate the characteristics, maternal complications, and perinatal outcome in Wichianburi hospital.

Material and methods: A retrospective descriptive study was conducted at Wichianburi hospital. The pregnant women who had been diagnosed with preeclampsia with severe features from October 1, 2016 to September 30, 2021 were identified and their medical records were reviewed. Maternal complications, perinatal outcomes were evaluated, then analyzing the factor that affected to the most complication in this study.

Results: There was a total of 120 deliveries during the study period. The incidence of preeclampsia with severe features were 1.5, 1.0, 1.4, 1.9 and 2.0 percent respectively. Maternal complications occurred 78 percent. Almost 51 percent delivered preterm, 15 percent experienced postpartum hemorrhage, 2.5 percent had abruptio placenta. There were 2 cases were diagnosed Pulmonary edema 1 case had HELLP, 3 cases had been hysterectomy. There was not maternal death. Neonatal complications were also significantly higher in the preeclampsia with severe features, 74 percent had low birth weight, almost 20 percent had intrauterine growth restriction, the newborns had Apgar score below 7 at 1min and 5 min were 10 and 7.5 respectively. There were 7 cases had an asphyxia, 2 cases were diagnosed intrapratum death. Preterm births in maternal preeclapsia with severe features were increased along with increasingly body mass index (BMI), they was 72 percent at BMI more than 40, 70 percent at BMI 35-39, 30 percent at BMI 30-34 and 34 percent at BMI less than 25.

Conclusion: The incidence of preeclampsia with severe features had tended to increase every year. Severe maternal complication and perinatal outcomes were increased and more commonly observed. Preterm labor was the most complication in this study. The relation between maternal weight and the risk of preeclampsia is progressive. Maternal obesity is not only increase risk of preeclampsia but also preterm birth.

Keywords: Incidence , Preeclampsia, Maternal complication, Perinatal outcome

*Physician, Professional Level, Department of Obstetrics and Gynecology, Wichianburi Hospital, Petchabun, Thailand

อุบัติการณ์ และผลของการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ที่มาคลอดในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

พิรานั้นท์ สวรรัตินชัย, พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะครรภ์เป็นพิษระหว่างตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง และเป็นสาเหตุการตายของมารดา รวมถึงส่งผลแทรกซ้อนต่อทารกในครรภ์ สาเหตุของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ยังไม่ทราบแน่ชัด การศึกษาอุบัติการณ์ ผลต่อการตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวทางป้องกัน การวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการสูญเสียชีวิตของมารดาและทารกในกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนของมารดา และผลต่อทารกแรกคลอดในมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกข้อมูลภาวะแทรกซ้อนของมารดา ผลต่อทารกในครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดด้วยสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา : อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง พบร้อยละ 1.5, 1.0, 1.9 และ 2.0 ตามลำดับภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด พบมากถึงร้อยละ 68 โดยพบตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 15 รกลอกตัวก่อนกำหนด ร้อยละ 2.5 เกิดภาวะ Pulmonary edema 2 ราย HELLP 1 ราย ตัดมดลูกทั้งหมด 3 ราย ไม่พบมารดาเสียชีวิตหลังคลอด ทารกที่คลอดส่วนใหญ่ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 74 มี APGAR SCORE <7 ที่ 1 นาที และ 5 ร้อยละ 10 และ 7.5 ตามลำดับเกือบสามในสี่ ทารกมีภาวะแทรกซ้อน โดยมีภาวะคลอดก่อนกำหนดมากถึงร้อยละ 61 หนึ่งในสี่พบมีภาวะโตช้าในครรภ์ พบภาวะ asphyxia 7 ราย และเสียชีวิตในครรภ์ 2 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ การคลอดก่อนกำหนด โดยปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดในมารดาในกลุ่มนี้ คือ ดัชนีมวลกายที่มากขึ้น โดยพบภาวะคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ดัชนีมวลกายมากกว่า 40 ถึงร้อยละ 72 ดัชนีมวลกาย 35 - 39 พบร้อยละ 70 ดัชนีมวลกาย 30 - 34 พบร้อยละ 30 ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 พบ ร้อยละ 34

สรุป : อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี พบภาวะแทรกซ้อนของมารดา และผลต่อทารกในครรภ์ที่รุนแรง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทั้งมารดาและทารก ภาวะคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ดัชนีมวลกาย (BMI) ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : อุบัติการณ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ผลต่อทารกในครรภ์

*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่รุนแรง และเป็นสาเหตุการตายของมารดา รวมถึงส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ สาเหตุของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของการฝังตัวของรก (Placental implantation with abnormal trophoblastic invasion of uterine vessels) การปรับตัวที่ไม่สมดุลของระบบภูมิคุ้มกันของมารดาและทารก (Maternal-fetal immune maladaptation) การปรับตัวที่ไม่สมดุลของมารดาต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Maternal maladaptation to cardiovascular or inflammatory changes of normal pregnancy) และปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factor) ซึ่งทำให้ผิดปกติของเยื่อหลอดเลือด และการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้มีความดันโลหิตสูง ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะเกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์^{1,2}

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (preeclampsia with severe feature) คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการแสดงร่วมดังต่อไปนี้ ความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดัน Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 2 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (น้อยกว่า $100,000 \times 10^9/L$) ค่าการทำงานของตับ และไตผิดปกติ ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) มีภาวะปวดศีรษะที่ไม่เคยเป็นมาก่อน และไม่ตอบสนองต่อยา หรือปวดบริเวณลิ้นปี่แบบรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อยา (severe persistent epigastric pain) การมองเห็นผิดปกติ (visual disturbance)² สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2561 ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ร้อยละ 0.08³ มารดาที่มีภาวะนี้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด น้ำท่วมปอด ตกเลือดหลังคลอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ชัก ตับและไตวาย^{3,4} ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การคลอดก่อนกำหนด ภาวะขาดออกซิเจน เจริญเติบโตช้าในครรภ์ และ เสียชีวิตในครรภ์^{3,4,5}

ในโรงพยาบาลวิเชียรบุรีเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศรีเทพ และบึงสามพัน มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษที่มารับการรักษาเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งมาดาและทารก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาอุบัติการณ์ และผลของการตั้งครรภ์ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการพัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สร้างแนวทางป้องกัน รวมถึงการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว เพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการสูญเสียชีวิตของมารดาและทารกในกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มาคลอดในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อุตติการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ หาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดด้วยสถิติอนุมานได้แก่ Chi-square test และ Fisher's exact test วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 30 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุในวัยเจริญพันธุ์ 18 ถึง 34 ปีมากที่สุด ร้อยละ 72 เกิดในมารดาที่เคยคลอดบุตรมาแล้ว ร้อยละ 65 ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 90 มารดาทั้งหมดมีค่าดัชนีมวลกายเกิน 25 หนึ่งในสี่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน 35 และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมพบมีโรคร่วม เพียงร้อยละ 25 โดยส่วนใหญ่เป็นเบาหวาน ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
≤17	4	3.3
18-34	72	60
≥35	44	36.7
$\bar{X} = 30.4$ S.D.= 7.49		
จำนวนการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	42	35
ครรภ์หลัง	78	65
จำนวนครั้งในการฝากครรภ์		
0-4ครั้ง	12	10
5ครั้ง	108	90
ดัชนีมวลกาย		
25-29	29	24.2
30-34	27	22.5
35-39	19	15.8
≥40	10	8.3
$\bar{X} = 31.6$ S.D. =5.39		
โรคประจำตัวและโรคร่วม		
ไม่มี	95	79.2
มี*	25	20.8
- เบาหวาน	13	10.8
- ความดันโลหิตสูง	8	6.7
- อื่น ๆ	7	5.8

2. อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบร้อยละ 1.5, 1.0, 1.9 และ 2.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงอุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ปีงบประมาณ	2560	2561	2562	2563	2564
อุบัติการณ์	1.5	1.0	1.4	1.9	2.0

3. ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

จากการศึกษาพบว่า ครึ่งหนึ่งของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงคลอดก่อนกำหนด วิธีการคลอดส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 78.3 พบว่าร้อยละ 10 นอนโรงพยาบาลเกิน 7 วัน ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด พบถึงมากร้อยละ 68 พบตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 15 รกลอกตัวก่อนกำหนดพบร้อยละ 2.5 เกิดภาวะ Pulmonary edema 2 ราย HELLP 1 ราย ตัดมดลูกทั้งหมด 3 ราย ไม่พบมารดาเสียชีวิตหลังคลอด

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำแนกตามข้อมูลสุติกรรม

ข้อมูลสุติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์ครรภ์ที่คลอด		
28-33 สัปดาห์	16	13.3
34-36 สัปดาห์	45	37.5
37-42 สัปดาห์	59	49.2
จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล		
0-3 วัน	60	50
4-7 วัน	48	40
> 7 วัน	12	10
ช่องทางคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	26	21.2
ผ่าตัดทางหน้าท้อง	94	78.3
ภาวะแทรกซ้อนของมารดา*		
ตกเลือดหลังคลอด	19	15.8
รกลอกตัวก่อนกำหนด	3	2.5
ตัดมดลูก	3	2.5
Pulmonary edema	2	1.6
แผลติดเชื้อ	2	1.6
DIC	1	0.8
HEELP	1	0.8

4. ผลต่อทารกแรกคลอดในมาดามีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

จากการศึกษาพบว่า ทารกที่คลอดส่วนใหญ่ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 74 พบว่ามี APGAR SCORE <7 ที่ 1 นาที และ 5 ร้อยละ 10 และ 7.5 ตามลำดับ เกือบสามในสี่ทารกมีภาวะแทรกซ้อน โดยมีภาวะคลอดก่อนกำหนดมากถึงร้อยละ 51 หนึ่งในสี่พบมีภาวะโตช้าในครรภ์พบภาวะ asphyxia 7 ราย และเสียชีวิตในครรภ์ 2 ราย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจำแนกตามข้อมูลของทารก

ข้อมูลทารก	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักแรกคลอด		
< 2000 กรัม	49	40.8
2000 - 2499 กรัม	40	33.3
≥ 2 500กรัม	31	25.8
APGAR SCORE ที่1 นาที		
<7	12	10
≥7	108	90
APGAR SCORE ที่ 5 นาที		
<7	9	7.5
≥7	111	92.5
ภาวะแทรกซ้อนต่อทารก*		
ไม่มี	48	40
มี	72	60
คลอดก่อนกำหนด	61	50.8
ภาวะโตช้าในครรภ์	23	19
ASPHYXIA	7	5.8
เสียชีวิตในครรภ์	2	1.6

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดของมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

จากการศึกษาผลต่อการตั้งครรภ์ในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง พบว่า ผลที่เกิดกับมารดาและทารกมากที่สุด ในงานวิจัยนี้ คือ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นจึงวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง พบว่า อายุช่วงที่พบได้มากที่สุด คือ ช่วงวัยเจริญพันธุ์ถึงร้อยละ 60 มารดาอายุมากพบมากกว่า มารดาวัยรุ่นเล็กน้อย คือ ร้อยละ 29.5 และ 25 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจะพบในมารดาที่เคยคลอดบุตรมาแล้วหนึ่งคนมากที่สุด ร้อยละ 56.8 รองลงมาเกิดในมารดาที่ไม่เคยคลอดบุตรมาก่อนร้อยละ 50 เคยคลอดมาแล้ว 2 คน 3 คน ไม่แตกต่างกัน ร้อยละ 28 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า จำนวนการคลอดบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ($P = 0.082$)

การเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจะพบในมารดาที่มีดัชนีมวลกายที่มากขึ้น เกือบสามในสี่พบในกลุ่ม BMI ≥ 40 กลุ่ม BMI 35-39 พบร้อยละ 70 BMI 30-34 และ BMI 25-29 พบร้อยละ 39 และ 34.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จำนวนการฝากครรภ์ โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ($P > 0.05$)

ตาราง 5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ตัวแปร	คลอดครบ กำหนด	คลอดก่อน กำหนด	χ^2	df	p
อายุ			-	-	0.007*
≤17	3 (75)	1(25)			
18-34	31(43)	41(56.9)			
≥ 35	31(70.5)	13(29.5)			
จำนวนการคลอดบุตร			-	-	0.082*
ครรภ์แรก	21(50)	21(50)			
คลอดบุตร 1 ครั้ง	19(43.2)	25(56.8)			
คลอดบุตร 2 ครั้ง	5(71.4)	2(28.6)			
คลอดบุตร 3 ครั้ง	2 (100)	0(0)			
จำนวนการฝากครรภ์			-	-	1.000*
0-4ครั้ง	6 (54)	5 (45)			
≥ 5 ครั้ง	58 (53.7)	50 (46.3)			
ดัชนีมวลกาย (BMI)			10.819	3	0.013
25-29	28(65.1)	15(34.9)			
30-34	28(60.9)	18(39.1)			
35-39	6 (30)	14(70)			
≥ 40	3(27.3)	8 (72.7)			
โรคประจำตัว			0.013	3	10.819
ไม่เป็นเบาหวาน	59 (55.1)	48 (44.9)			
เป็นเบาหวาน	6 (46.2)	7 (53.8)			

*Fisher Exact test

วิจารณ์

จากการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี พบว่า อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มารดาอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 30 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุในวัยเจริญพันธุ์ 18 ถึง 34 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น³ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 65 เกิดในมารดาที่เคยคลอดบุตรมาแล้ว กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 มีการฝากครรภ์ที่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน คือ มากกว่า 5 ครั้ง คุณภาพมารดาทั้งหมดมีค่าดัชนีมวลกายเกิน 25 หนึ่งในสี่มีค่าดัชนีมวลกายเกิน 35 ซึ่งอธิบายได้ว่าภาวะอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วม คือ เบาหวาน ร้อยละ 10.8 และภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ร้อยละ 6.7

ครั้งหนึ่งของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงคลอดก่อนกำหนดไม่ว่าจะเป็นจากตัวโรคที่ทำให้เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด หรือยุติการตั้งครรภ์ก่อนกำหนดเพราะอาการของโรครุนแรงมากขึ้น ในการศึกษาในอายุครรภ์ตั้งแต่ 28-36 สัปดาห์ พบร้อยละ 51 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kongwattanakul³ และ Kampruan⁶ วิธีการคลอดส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 78.3 ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด พบถึงมาร้อยละ 68 ประกอบไปด้วยตกเลือดหลังคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด pulmonary edema และ HELLP ตัดมดลูกทั้งหมด 3 ราย จากภาวะ PLACENTA INCRETA 1 ราย ตกเลือดหลังคลอดจาก UTERINE ATONY 2 ราย ไม่พบมารดาเสียชีวิตหลังคลอด ข้อมูลสอดคล้องกับวิจัยของ Kongwattanakul³ และ Kampruan⁶ วิธีการคลอดส่วนใหญ่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 78.3 เนื่องจากต้องการยุติการตั้งครรภ์เพื่อลดความรุนแรงของโรคซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่าการศึกษาของ

KampruanR⁶ ซึ่งพบร้อยละ 57.5 อาจเนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษมักจะพบในอายุครรภ์ก่อนกำหนดทำให้การชักนำการคลอดทางช่องคลอดล้มเหลว จึงทำให้ผ่าคลอดเพิ่มขึ้นงานวิจัยของ Kristin⁷ พบว่าการคลอดทางหน้าท้องในกรณีครรภ์เป็นพิษทันทีไม่ได้ประโยชน์กับผู้ป่วยมากกว่าการคลอดทางช่องคลอด แต่ทำให้เกิดปัญหาทางเดินหายใจพบบ่อยกว่า การศึกษาของ Baha M และคณะ⁸ แนะนำว่าควรคลอดทางช่องคลอดแต่ควรผ่าคลอด (ELECTIVE) กรณีที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับมีภาวะ IUGR ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ และ Bishop Score ที่น้อยกว่า 5

ผลกระทบต่อทารกที่พบมากที่สุด คือ เกิดการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 51 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า ช่วงอายุที่คลอดก่อนกำหนดจะอยู่ในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ ร้อยละ 37.5 แต่อายุครรภ์ช่วง 28-33 สัปดาห์พบร้อยละ 13.3 แต่เป็นอายุครรภ์ที่การเจริญของปอดทารกยังเจริญไม่เติบโตเต็มที่ ซึ่งมีการศึกษาพบว่ายิ่งคลอดอายุครรภ์น้อย ภาวะทุพพลภาพต่อทารกจะยิ่งเพิ่มขึ้น เนื่องจากการยุติการตั้งครรภ์เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา แต่ในกรณีที่อายุครรภ์ก่อนกำหนดมาก จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว เลือดออกในสมอง การติดเชื้อทางเดินอาหาร ทำให้ทารกเสียชีวิตได้ แนวทางการรักษามารดาในกลุ่มอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 34 สัปดาห์ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่าควรให้คลอดทันทีหรือ รักษาแบบประคับประคองเพื่อยืดเวลาให้ปอดทารกพัฒนาเต็มที่ โดยที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อมารดา จากงานวิจัยของ Baha M คณะ⁸ ไม่สนับสนุนการรักษาแบบประคับประคองในช่วงอายุครรภ์ 18-27 สัปดาห์ พบว่าภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตของมารดาไม่สูงขึ้น แต่พบภาวะแทรกซ้อนต่อทารกมากขึ้น จากงานวิจัยของ Haddad B และคณะ⁹ สนับสนุนการรักษาแบบประคับประคอง (expectant) ตั้งแต่อายุครรภ์ 24-33 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของทารก และไม่เพิ่มภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา ดังนั้นแนวทางการรักษาแบบประคับประคองก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของทารกในครรภ์ แต่ต้องไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อมารดาที่อาจจะเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Daniel L และคณะ¹⁰ การรับประทานแอสไพรินมากกว่าวันละ 100 มิลลิกรัม ตั้งแต่ก่อนอายุครรภ์ 16 สัปดาห์ ช่วยลดการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ปัจจุบันได้มีการนำยา Low dose aspirin เพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษในกลุ่มมารดาที่มีความเสี่ยงและเข้ารับประทานแอสไพริน วันละ 81 มิลลิกรัมตั้งแต่อายุครรภ์ 12-28 สัปดาห์จนคลอด¹

ทารกที่คลอดส่วนใหญ่ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 74 พบว่ามี APGAR SCORE < 7 ที่ 1 นาที และ 5 ร้อยละ 10 และ 7.5 ตามลำดับ มีภาวะคลอดก่อนกำหนดมากถึงร้อยละ 51 พบภาวะโตช้าในครรภ์ ร้อยละ 19 เนื่องจากในภาวะครรภ์เป็นพิษความต้านทานที่รกจะมาก การไหลเวียนเลือดที่รกลดลง 2-3 เท่า มีผลเพิ่มอัตราการตายของทารก ทำให้ทารกโตช้าในครรภ์ ในการศึกษาที่พบทารกเสียชีวิตในครรภ์ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ KampruanR⁶

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง พบว่าอายุช่วงที่พบได้มากที่สุดคือ ช่วงวัยเจริญพันธุ์ถึงร้อยละ 60 และจะพบในมารดาที่เคยคลอดบุตรมาแล้วหนึ่งคนมากที่สุด ร้อยละ 56.8 การฝากครรภ์โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จากการศึกษาที่พบว่ามารดาครรภ์แรกมีโอกาสเกิดครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงได้น้อยกว่า มารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่เคยผ่านการคลอดบุตรแล้ว 1 คน มีโอกาสที่จะคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่า การเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงจะพบในมารดาที่มีดัชนีมวลกายที่มากขึ้น เกือบสามในสี่พบในกลุ่ม BMI \geq 40 กลุ่ม BMI 35-39 พบร้อยละ 70 จากการศึกษาจะพบว่ามารดาที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ที่มากขึ้นโอกาสที่จะเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดก็มากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถสรุปได้ว่ามารดาที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง และมีโอกาสสูงที่จะคลอดทารกก่อนกำหนดอีกด้วย

สรุป

อุบัติการณ์ของมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี พบภาวะแทรกซ้อนของมารดา และผลต่อทารกในครรภ์ที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกภาวะคลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วม คือ เบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ดัชนีมวลกาย (BMI) ที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน นอกจากเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงแล้วยังเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ดังนั้นเพื่อให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกทางผู้ที่ให้การดูแลจะต้องตระหนักถึงการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ มีการให้ความรู้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การลดน้ำหนักในสตรีที่มีน้ำหนักเกิน การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ควบคุมระดับน้ำตาลในกรณีผู้ป่วยเบาหวาน เมื่อมาฝากครรภ์ต้องประเมินความเสี่ยงทุกครั้งให้ได้ 5 ครั้ง คุณภาพ โดยให้ความสำคัญกับการควบคุมน้ำหนักให้เพิ่มตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และกำหนดแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เมื่อมาคลอดต้องสามารถประเมินความรุนแรงของโรค และการให้ยาป้องกันชักที่เหมาะสม ทันเวลา พิจารณาระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะยุติการตั้งครรภ์หรือยืดเวลาการคลอดออกไป เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารกในครรภ์ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลโดยดูแลร่วมกับสหวิชาชีพอื่นให้สามารถดูแลทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์

ในอนาคตน่าจะมีการวิจัยเพิ่มเติม การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดระหว่างฝากครรภ์โดยใช้ Progesterone ในมารดาในกลุ่มที่มีความดันโลหิตสูง เบาหวาน และ ดัชนีมวลกายเกิน 30

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร. สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ ที่กรุณาแนะนำให้คำปรึกษา การเตรียมโครงร่างการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นายแพทย์กอบชัย จิรชาญชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ที่ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย และทีมงาน พ.ร.ส. โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Cunningham FG , KJ Leveno, Bloom SL ,Spong CY , Dashe JS , et al. Williams Obstetrics. 24th ed. New York : Mc Graw Hill education ; 2014.
2. ACOG Practice Bulletin No. 202 : FG Gestational Hypertension and Preeclampsia. ObstetGynecol 2019 ; 133 : e1-25.
3. Kongwattanakul K, Saksirivtho P, Chaiyarach S, Thepsuthammarat K. Incidence, characteristics, maternal complications, and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features and HELLP. int J Womens Health 2018 ; 10 : 371–77.
4. Phianpiset R, Phattanachindakun B, Boriboonhirunsarn D. Prevalence, Risk Factors, and Pregnancy Outcomes of Early-onset Severe Preeclampsia among Severe Preeclamptic Women in Siriraj Hospital. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology 2017 ; 25 : 26 - 34
5. Backes CH, Markham K, Moorehead P, Cordero L, Nankervis CA, Giannone PJ. Maternal preeclampsia and neonatal outcomes. J Pregnancy 2011 ; 2 : 1–7
6. Kampruan R, Sukonpan K, Wasinghon P. Pregnancy Outcome samongst Normotensive and Severe Preeclampsia with or without Underlying Chronic Hypertension Pregnancy. Thai Journal Obstetric and Gynecology 2016 ; 24 : 202 - 8.
7. Kristin H, William J. Severe preeclampsia and delivery outcomes. Is immediate cesarean delivery Beneficial. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2002 ; 186(5) : 921 - 3.
8. Baha M, Sibai, Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol 2003 ; 102(1) : 181-92



9. Haddad B, Deis S, Goffnet F, Paniel B, Carbril D, Baha M. Maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks gestation. Am J Gynecol 2004 ; 190(6) : 1590 - 7
10. Rolnik, DL, Nicolaides, KH, Poon, LC. Prevention of preeclampsia with aspirin. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2022 ; 226(2S) : S1108 - S1119.

Mental Health of Caregivers for Dependent Elders; Home-bound and Bed-bound groups, Kosamphi Nakhon district, Kamphaeng Phet province

Aphilak Laopairot, M.D.*

Abstract

Introduction : Thai society has stepped into an aging society and increasing of dependent elders. Caregivers are a crucial group that affect this elderly quality of life which causing the stress in caregivers group. The caregiver's mental health is important to address to reduce stress and increase the ability to take care of dependent elders. Overall is to improve the quality of life of caregivers and dependent elders.

Objective : To study the mental health status of Caregivers for Dependent Elders; Home-bound and Bed-bound groups, Kosamphi Nakhon district, Kamphaeng Phet province

Method : This cross-sectional descriptive research conducted in caregivers for dependent elders; home-bound and bed-bound groups, Kosamphi Nakhon district, Kamphaeng Phet province. Data were collected by demographic interview, a 2-question (2Q) depression screening and a 9-question (9Q) depression screening forms respectively, caregiver's strain index (CSI) and an additional problem questionnaire. Then analyzed by descriptive statistics such as number, percentage, mean, minimum-maximum value.

Results : The 35 eligible caregivers were recruited. The average age was 52.11 years (27-74 years), most of caregivers were female, marital status, graduated primary school, farmer occupation, average income less than 10,000 baht per month, the elders' family relatives' relationship, and has experienced in elderly care for 3 to 5 years. From the screening, no depression was found. Other problems included inconvenience to take care dependent elders, feel too many problems, no time to do anything else, feel uncomfortable that the elderly cannot help themselves or had symptoms or behaviors to be concern and need to adjust their work. Caregivers also need support in a) general knowledge for dependent elderly care, b) help for caring from other relatives, neighbors, village health volunteers and health professional, c) financial assistance and d) regular home visits from health workers to give advice, encourage and provide some nursing care.

Conclusion : Caregivers of the dependent elders were mostly female, marital status, graduated primary school, farmer occupation, average income less than 10,000 baht per month, the elders' family relatives' relationship, and has experienced in elderly care for 3 to 5 years. There were many causes of stress and need support to take care this elderly group. But no risk of depression was found. This result should establish long-term care guidelines for the community network and dependent elderly care plans for further assistance to caregivers.

Keywords : mental health, Caregiver, dependent elderly home-bound and bed-bound group

*Medical doctor, Professional level, Kosamphi Nakhon Hospital, Kamphaeng Phet Province

ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

อภิสิทธิ์ เหล่าไพโรจน์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีมากขึ้น ผู้ดูแลนับว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบมากขึ้น ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลนับว่ามีความสำคัญที่จะต้องช่วยแก้ไขเพื่อลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียง ในอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตามลำดับ แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver's strain index : CSI) และแบบสัมภาษณ์เพิ่มเติมปัญหาอื่นๆ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด - ต่ำสุด

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จำนวน 35 คน อายุเฉลี่ย 52.11 ปี (27-74 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรวมรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้สูงอายุ มีประสบการณ์การดูแลมาแล้ว 3 ถึง 5 ปี จากการคัดกรองไม่พบภาวะซึมเศร้า ปัญหาอื่นๆ ที่พบได้แก่ ความไม่สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รู้สึกว่ามีปัญหาหอรุมเร้า ไม่มีเวลาทำอย่างอื่น รู้สึกไม่สบายใจที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการหรือพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลเป็นกังวล และผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวเรื่องการทำงานจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้าน ก) ความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข) ความช่วยเหลือจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งญาติ คนข้างบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการช่วยดูแล ค) การช่วยเหลือด้านการเงิน และ ง) การเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำ เพื่อให้คำแนะนำให้กำลังใจ และให้การพยาบาลบางอย่างที่ผู้ดูแลทำเองไม่ได้

สรุป : ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรรวมรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 3-5 ปี มีภาวะความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลายด้าน และต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ แต่ไม่พบความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้า ผลการศึกษานี้นำไปสู่การวางแผนทางการดูแลระยะยาวสำหรับชุมชนเครือข่าย และแผนการดูแลผู้สูงอายุสำหรับช่วยเหลือผู้ดูแลต่อไป

คำสำคัญ : สุขภาพจิต ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียง

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากสถิติของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์¹ เดือนธันวาคม 2564 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 12,126,016 คน คิดเป็นร้อยละ 18.32 และจากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข 6,394,022 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่ต้องได้รับการบริการด้านสุขภาพและสังคม การดูแลจากผู้ดูแลประมาณ 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.72 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จากข้อมูลของโรงพยาบาลโกสุมพินคร ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพินคร² พบว่า อำเภอโกสุมพินครมีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 3,899 คน มีภาวะฟุ้งฟิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 67 คน (ร้อยละ 1.72) แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 51 คน และเป็นผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 16 คน ซึ่งผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มนี้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลหลักเกือบตลอดเวลา ส่วนมากจะเป็นบุคคลในครอบครัว

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องให้การดูแลในกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ³ ผู้ดูแลบางคนยังไม่มีความพร้อม ไม่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ อีกทั้งขาดการช่วยเหลือจากญาติหรือคนอื่นในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า หรือรู้สึกว่าต้องรับภาระหนัก นอกจากนี้ยังกระทบต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล การเข้าสังคมหรือทำหน้าที่ตามบทบาทอื่นน้อยลงกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและอาจเกิดความขัดแย้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล สูญเสียความเป็นส่วนตัว ถูกแยกจากสังคม ขาดเพื่อน ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม สภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพทางกายและภาวะจิตใจ โดยเฉพาะด้านภาวะสุขภาพจิต อาจมีความรุนแรงเกิดภาวะเครียด ซึมเศร้าตามมาได้³

หน่วยบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอโกสุมพินคร มีรายงานภาวะเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงเข้ามาปรึกษาที่สถานบริการไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือที่โรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง⁴ ทั้งขอคำปรึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงและการจัดการความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางคนมีความเครียดมากจำเป็นต้องได้รับการบำบัด ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ทั้งต่อตัวผู้ดูแลเองและต่อผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ นอกจากนี้ปัญหาข้างต้นแล้ว ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มความยากลำบากในการดำเนินชีวิต ทั้งของผู้สูงอายุที่จะต้องได้รับการระมัดระวังเป็นพิเศษ และกระทบผู้ดูแลเองทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความระมัดระวังในการแพร่การติดเชื้อ และที่สำคัญ คือสถานะทางเศรษฐกิจที่ขาดรายได้ ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงมากขึ้นไปอีก

จากสภาพปัญหาต่างๆ ดังกล่าว และมีการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว ระดับชุมชนท้องถิ่นระดับจังหวัดและประเทศ ในแง่คุณภาพชีวิตของประชากร ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง จึงได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชรขึ้น เพื่อให้ทราบสภาพปัญหาพื้นฐานในพื้นที่ เป็นข้อมูลในการวางแผนและวางแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะฟุ้งฟิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยผู้ดูแล

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ตามขอบเขตการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 67 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. อ่านออก เขียนได้ สามารถตอบแบบสอบถามได้
2. แสดงความยินยอมโดยการลงนามเข้าร่วมการวิจัย

ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประสบการณ์การดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแล ผู้สนับสนุนการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) หากพบความผิดปกติจะคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตามลำดับ แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver's strain index : CSI) จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก และ/หรือปัญหาที่ผู้ดูแลประสบในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยให้ตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ และแบบสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาอื่นๆ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ อธิบายวิธีการสัมภาษณ์ และการคัดกรอง ต่อกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเองโดยไม่กำหนดระยะเวลาในการตอบ ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา(Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) สัดส่วนคิดเป็นร้อยละ (percentage)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่ 65 03 31 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดของโครงการวิจัย ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การเผยแพร่ตีพิมพ์ผลงานจะไม่มี การระบุข้อมูลส่วนบุคคล จะแสดงในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ในการศึกษาวิจัยมีจำนวน 35 คน อายุเฉลี่ย 52.11 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้ของครอบครัว ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นญาติ มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาแล้ว 3-5 ปี (ทั้งในอดีตและปัจจุบัน) มีญาติ และคนอื่นๆ เป็นผู้ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อมูลการศึกษา	จำนวน (N=35)	ร้อยละ
อายุ (ปี), เฉลี่ย (ต่ำสุด-สูงสุด)	52.11	(27-74)
เพศ		
หญิง	34	97.14
ชาย	1	2.86
สถานภาพ		
สมรส	18	51.43
โสด	4	11.43
หม้าย	6	17.14
หย่าร้าง	3	8.57
ไม่ระบุ	4	11.43
วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	51.43
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	22.86
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	22.86
ปริญญาตรี	1	2.86
อาชีพ		
เกษตรกร	15	42.86
รับจ้างทั่วไป	8	22.86
พ่อบ้านแม่บ้าน	5	14.29
ค้าขาย	3	8.57
รับราชการ/ พนักงานของรัฐ	1	2.86
อื่น ๆ	3	8.57
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	30	85.72
10,001 – 30,000 บาท	4	11.43
30,000 บาท ขึ้นไป	1	2.85
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ญาติ	24	68.58
บุตร	9	25.71
อื่น ๆ	2	5.71
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอดีต		
ไม่เกิน 3 ปี	3	8.57
3 ปี ถึง 5 ปี	19	54.28
มากกว่า 5 ปี	13	37.14
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบัน		
ไม่เกิน 3 ปี	12	34.28
3 ปี ถึง 5 ปี	19	54.28
มากกว่า 5 ปี	4	11.44

ข้อมูลการศึกษา	จำนวน (N=35)	ร้อยละ
ผู้อื่นที่ให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ		
ญาติ	13	37.14
บุตร	9	25.72
อื่น ๆ	13	37.14

ผลการทดสอบโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่า ผู้ดูแลไม่พบภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า จึงไม่ได้รับการทดสอบด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถามต่อ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (N = 35)

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม(2Q)	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง	0	0.00	35	100.00
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน	0	0.00	35	100.00

ผลการทดสอบโดยแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดส่วนใหญ่ 5 อันดับแรกเกี่ยวกับความไม่สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รู้สึกว่ามีปัญหาหามรุ่งหามค่ำ ไม่มีเวลาทำอย่างอื่น รู้สึกไม่สบายใจที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการหรือพฤติกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลเป็นกังวล และผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวเรื่องการทำงาน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบโดยแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver's strain index : CSI) (N = 35)

แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. นอนหลับไม่เพียงพอ	5	14.29	30	85.71
2. ไม่สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	31	88.57	4	11.43
3. รู้สึกมีปัญหาทางกาย	15	42.86	20	57.14
4. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ไม่มีเวลาทำอย่างอื่น	29	82.86	6	17.14
5. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้คนในครอบครัวต้องปรับตัว	18	51.43	17	48.57
6. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ท่านต้องเปลี่ยนแผนการทำงานของท่าน	18	51.43	17	48.57
7. ต้องให้เวลากับคนในครอบครัวมากขึ้น	15	42.86	20	57.14
8. ต้องพยายามปรับตัว สภาพจิตใจและอารมณ์	18	51.43	17	48.57
9. อาการหรือพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ท่านวิตกกังวลหรือหนักใจ	21	60.00	14	40.00
10. รู้สึกไม่สบายใจที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	25	71.43	10	28.57
11. ต้องมีการปรับตัวเรื่องการทำงาน	21	60.00	14	40.00
12. ต้องมีการปรับตัวเรื่องการทำงาน	20	57.14	15	42.86
13. เกิดปัญหาด้านการเงิน	20	57.14	15	42.86
14. รู้สึกว่ามีปัญหาหามรุ่งหามค่ำ	31	88.57	4	11.43

ผลการสัมภาษณ์ปัญหาเพิ่มเติมพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

- ก. ความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะความรู้ที่สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงกับผู้สูงอายุเป็นรายกรณีในด้านการให้อาหาร การทำกายภาพบำบัด การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การทำแผล และดูแลแผลกดทับ เช่น การล้างแผลที่มีความซับซ้อน การดูดเสมหะ รวมถึงการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม
- ข. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเยี่ยมบ้านเป็นประจำ เพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจและให้กิจกรรมทางการแพทย์หรือกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูบางอย่างที่ผู้ดูแลทำเองไม่ได้ เช่น การเปลี่ยนสายสวนและสายยางให้อาหาร การเคลื่อนย้าย และลดค่าใช้จ่ายหากต้องมีการดูแลจากหน่วยงานเอกชน รวมทั้งสนับสนุนเวชภัณฑ์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ค. การสนับสนุนทางการเงิน เมื่อผู้ดูแลเกิดเจ็บป่วย ขาดรายได้
- ง. การสนับสนุนจากกลุ่มญาติ เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สลับสับเปลี่ยนหรือช่วยทำความสะอาดในบางเวลา

วิจารณ์

ปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และต่อเนื่องยาวนาน โดยเฉพาะในผู้ดูแลหลักที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีประสบการณ์การดูแลมาประมาณ 3-5 ปี ปัจจัยดังกล่าวควรจัดเป็นกลุ่มเฝ้าระวังติดตามสุขภาพจิต เพราะในผู้หญิงเกิดความเครียดได้ง่าย^{5,6} และไม่มีเวลาสำหรับครอบครัวมาดูแลผู้สูงอายุ ขาดจากการทำงาน ถึงแม้การคัดกรองจะไม่พบภาวะเสี่ยงการเกิดโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วยแบบทดสอบ 2Q แต่จากการสัมภาษณ์ยังคงพบปัญหาที่ก่อความเครียดได้แก่ ไม่สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาคนเดียว ปัญหาทางการเงิน ไม่มีเวลาทำอย่างอื่น อาการหรือพฤติกรรมบางอย่างที่ทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวลหรือหนักใจและต้องมีการปรับตัวเรื่องการทำงาน สอดคล้องกับ การศึกษาของอรุณี ชุนหบดีและคณะ⁷ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่บ้านที่ช่วยตนเองได้น้อยมีค่า Rankin Scale 3 ขึ้นไป มีความเครียดระดับสูง ทั้งนี้เพราะผู้ดูแลจะต้องทำ กิจกรรมต่าง ๆ ให้เกือบทั้งหมด ต้องใช้เวลาดูแลมากขึ้น และการดูแลที่ยาวนานขึ้น และการศึกษาของสุรียรี เศรษฐวัฒน์บำรุง⁸ ที่ศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยตลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งพบว่าผู้ดูแลมีความเครียด ด้านอันตรายเกิดจากการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางในการรักษาผู้ป่วย การที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ ความไม่เข้าใจในข้อมูลที่ ได้รับเกี่ยวกับการวินิจฉัยและแผนการรักษาพยาบาล การนอนไม่หลับจากที่ต้องดูแล การรับผิดชอบค่าใช้จ่าย แต่เพียงลำพัง ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ ค่ารักษาพยาบาลจากญาติพี่น้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของวิจิรา ลิละพัฒนะและสายพิน หัตถิรัตน์⁹ ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังพิการที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลาเป็นงานที่เหน็ดเหนื่อย ใช้เวลามาก ก่อให้เกิดความเครียดสูง ทั้งนี้เนื่องจากความพิการที่มีลักษณะของอาการที่ไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือในกิจกรรมเกือบทุกอย่าง ประกอบกับ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้พิการมาก่อน ไม่มีคนมาผลัดเปลี่ยน ทำให้ต้องปรับตัว และเปลี่ยนแปลงการทำงานเดิมมาดูแลผู้พิการ ต้องปฏิเสธงานหรือกิจกรรมส่วนตัวที่ยากทำและจากการทบทวนวรรณกรรม รายงานการจัดการบริการให้ผู้พิการในบริบทจังหวัดตรัง ก็ยังไม่พบว่ามีบริการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้พิการในชุมชน จึงอาจ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับสูง

สำหรับความต้องการเพิ่มเติมในการช่วยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความรู้เชิงปฏิบัติการเยี่ยมติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การช่วยเหลือของชุมชนเพื่อให้มีคนช่วยดูแล และการช่วยเหลือทางการเงิน สามารถนำไปสู่แนวทางการจัดการบริการกำกับติดตามเยี่ยมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยารัตน์ ยาประดิษฐ์¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนาการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดชุดบริการระยะยาว ได้แก่ ชุดการดูแลสุขภาพทั่วไป ชุดฟื้นฟูสภาพ ชุดดูแลระยะท้าย ชุดดูแลแผลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ชุดอุปกรณ์การแพทย์ ชุดดูแลสมองเสื่อม เพื่อวางแผนทาง การดูแลระยะยาวสำหรับเครือข่าย และแผนการดูแลผู้สูงอายุสำหรับช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ การจัดตั้งกลุ่มชุมชนผู้ดูแล เพื่อให้มีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในพื้นที่ จะช่วยลดปัญหาความเครียดต่อผู้ดูแลที่เกิดขึ้นได้

สรุป

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 3-5 ปี มีภาวะความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง หลายด้าน และต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง กลุ่มติดบ้านติดเตียง แต่ไม่พบความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้าที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง กลุ่มติดบ้านติดเตียง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

จากผลการวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงส่วนใหญ่มีความเครียดในหลายหัวข้อตามแบบทดสอบ แต่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า และมีความต้องการการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงหลายประการ ดังนั้นแนวทางในการพัฒนาจัดรูปแบบบริการตามความต้องการของผู้ดูแล ดังนี้

1. ผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเครือข่ายจิตอาสาช่วยเหลือและหาวิธีลดความเครียด ให้กับผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียง โดยการสร้างเครือข่ายผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่เข้มแข็ง โดยชุมชนท้องถิ่น ตัวแทน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันดูแล เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถดูแลหรือ ต้องไปทำงาน โดยใช้หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน

2. จัดให้มีการลงพื้นที่เข้าไปในชุมชน มีการเยี่ยมบ้านเพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงกลุ่มติดบ้านติดเตียง และให้คำปรึกษาแนะนำวิธีลด ความเครียด ตลอดจนแนะนำแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนการดูแลผู้พิการติดเตียง

3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องควรให้ผู้ดูแลมีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึก ความเครียด ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง อีกทั้งช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องได้รับรู้เกี่ยวกับความเข้าใจความรู้สึกของผู้ดูแล และนำไปปรับปรุงบริการได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา รูปแบบการลดความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้พิการที่ติดเตียงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลผู้พิการกลุ่มนี้ต่อไป

2. ควรวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง โดยออกแบบเป็นการทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมระบบการดูแลสุขภาพจิต พร้อมศึกษาและพัฒนากิจการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงและนำมาประยุกต์ใช้กับประชาชนในเขตอำเภอโกสุมพินครต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ไพฑิณี แก้วศรีงาม นายแพทย์จักรพงษ์ เสงตระกุลเวนิช ทันตแพทย์กิตติศักดิ์ วาโยธา คณะผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย คุณจิตรา มาลี แดงทอง และคณะเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโกสุมพินคร ที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโกสุมพินคร และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุ. [online]. 2564. [cite 6 Aug 2022]. Available form: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. ปิรามิดประชากร เขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดกำแพงเพชร อำเภอโกสัมพีนคร CUP ปี 2564. [online]. 2564. [cite 6 Aug 2022]. Available form: https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=populationpyramid.php&cat_id=ac4eed1bddd23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f
3. ชนิกานต์ ส่วยนุ, ภูมิ ชมพูนศรี, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์. การศึกษาปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและทางจิตใจ และความต้องการให้ช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในตำบลเวียงอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2562 ; 2(2) : 62-9.
4. กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม. รายงานข้อมูลการรับบริการสาธารณสุข. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลโกสัมพีนคร ; 2564.
5. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. เพศภาวะกับสุขภาพจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553 ; 55(1) : 109-18.
6. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2564 ; 29(3) : 259-72.
7. อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย. ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2556 ; 24(1) : 1-7.
8. สุวีย์ เศรษฐวัฒน์บำรุง. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2557 ; 1(2) : 37-48.
9. วัจนา สีสะพัฒนะ, สายพิณ หัตถ์รัตน. เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว. [online]. 2558. [cite 8 Aug 2022]. Available form: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4
10. ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์, อรสา กงตาล. การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563 ; 40(3) : 48-65.

Risk factor for developing covid-19 pneumonia in patient with coronavirus disease (Covid - 19) in Wichianburi Hospital Thailand

Nattachit Chaem-uam, M.D.*

Abstract

Introduction : An developing illness called coronavirus disease (Covid-19) first appeared in China in December 2019 and then spread to other countries. The virus mostly affected the respiratory system, with symptoms ranging from a simple respiratory illness to life-threatening pneumonia. Patient risk factors such obesity, cardiovascular disease, and lung illness are associated to severity level.

Objective : To research COVID-19 pneumonia and patient risk factors for it

Methods : This is a single-center retrospective study that included 922 patients who were admitted to Wichianburi Hospital with confirmed covid-19 infection between August 2020 and January 2021. From the electronic medical record, the demographic information, comorbidities, symptoms and signs, laboratory results, chest radiography, vaccination history, and outcome were gathered. Chi-square and Multiple Logistic Regression were used to examine the data in terms of odds ratio.

Result : The prevalence of pneumonia in the sample is 34.9%. and 10.7% of people had severe COVID-19 pneumonia. Comorbidities for developing severe pneumonia are Age \geq 60 years (Odds 5.86, 95% CI 3.63-9.45), BMI \geq 25 (Odds 2.09, 95% CI 1.39 – 3.13), Diabetes (Odds 4.81, 95% CI 3.03 – 7.64), Hypertension (Odds 3.17, 95% CI 2.18 – 4.61), Hyperlipidemia (Odds 4.25, 95% CI 2.60 – 6.94) CKD beyond stage 3 (Odds 2.55, 95% CI 1.30 – 4.99), Autoimmune disease (Odds 8.75, 95% CI 1.05 – 73.04). Fever (Odds 4.68, 95% CI 2.61 - 8.40), nausea and vomiting (Odds 4.40, 95% CI 2.93 - 6.60), and cough (Odds 1.93, 95% CI 1.48-2.53) are the symptom and the sign, respectively. breathing rates \geq 24 beats/minute (Odds 6.35, 95% CI 2.12 - 19.04) Oxygen saturation \leq 96 (95% CI : 9.87 to 53.22, odds 22.93), Absolute lymphocyte count 1500 cells/mm³ (odds 3.30, 95% CI 2.25 - 4.83), first admission CRP level 20 mg/L (odds 6.27, 95% CI 3.69 - 10.66), and chest radiography above category 3 (odds 3.33, 95% CI 4.22 - 12.73) all indicate an increased chance of developing severe pneumonia.

Conclusions : In this study, we identified risk factors that could indicate the occurrence of severe COVID-19 pneumonia. Patients with a patient age of more than 60 years (odds 3.669, 95% CI 1.267-10.624), diabetes (odds 6.084, 95% CI 1.953-18.949), a first admission CRP level of 20 mg/L (odds 2.781, 95% CI 1.158-6.678), a history of not having received a vaccination (odds 2.981, 95% CI 1.619-5.4), Hypertension (95% CI: 0.121-0.823; odds 0.351). 73.6% of patients who have this chance of getting severe COVID-19 pneumonia can be predicted.

Keywords : Covid-19, Severe pneumonia, Cardiovascular disease, Lung disease, Risk factor for severe covid-19

*Internal Medicine Doctor, Professional Level, Department of Internal Medicine, Wichianburi Hospital

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบของผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี

นาฏจิต แจ่มอ่วม, พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคระบาดที่เกิดจากเชื้อโรคอุบัติใหม่เป็นภาวะการณที่ทั่วโลกต้องเผชิญอยู่ในปัจจุบัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) ทำให้เกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอาการตั้งแต่เล็กน้อยจนเกิดปอดอักเสบรุนแรง ซึ่งมีปัจจัยของผู้ป่วยที่ช่วยทำนายการเกิดโรครุนแรงได้ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปอดอักเสบ จะช่วยให้สามารถวางแผนเพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้เหมาะสมและรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบของผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective Analytic Study) ครั้งนี้โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติอนุมาน ในการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอัตราเสี่ยงสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบด้วยสถิติ Chi-square แสดงอัตราเสี่ยงสัมพันธ์ออกมาในรูปแบบ Odds ratio (OR) และ Multiple Logistic Regression เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปอดอักเสบจากโควิด-19

ผลการศึกษา : พบอัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 39.4 มีปอดอักเสบแบบรุนแรงจำนวน 103 คน (ร้อยละ 10.7) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ คือ อายุ ≥ 60 ปี (Odds 5.86, 95% CI 3.63-9.45) ดัชนีมวลกาย ≥ 25 (Odds 2.09, 95% CI 1.39 – 3.13) โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน (Odds 4.81, 95% CI 3.03 – 7.64) ความดันโลหิตสูง (Odds 3.17, 95% CI 2.18 – 4.61) ไชมันในเลือดสูง (Odds 4.25, 95% CI 2.60 – 6.94) ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป (Odds 2.55, 95% CI 1.30 – 4.99) โรคทางระบบภูมิคุ้มกัน (Odds 8.75, 95% CI 1.05 – 73.04) อาการที่สัมพันธ์ ได้แก่ มีไข้ (Odds 4.68, 95% CI 2.61 – 8.40) มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไข้ (Odds 4.40, 95% CI 2.93 – 6.60) มีอาการไอ (Odds 1.93, 95% CI 1.48 – 2.53) มีอัตราการหายใจเร็ว ≥ 24 ครั้ง/นาที (Odds 6.35, 95% CI 2.12 – 19.04) และตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือด ≤ 96 (Odds 22.93, 95% CI 9.87 – 53.22) ผลตรวจห้องปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับปอดอักเสบพบว่าการมี Absolute lymphocyte Count <1500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (Odds 3.30, 95% CI 2.25 – 4.83) และมีระดับ CRP วันแรกที่เข้ารับรักษา มากกว่าเท่ากับ 20 mg/L (Odds 6.27, 95% CI 3.69 – 10.66) และการตรวจพบภาพรังสีปอดวันแรกที่เข้ารับการรักษาอยู่ใน Category 3 ขึ้นไป (Odds 3.33, 95% CI 4.22 – 12.73) พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปอดอักเสบ

สรุป : ปัจจัยที่สามารถนำมาทำนายอิทธิพลการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโควิด-19 จากการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่ช่วงอายุมากกว่า 60 (Odds 3.669, 95% CI 1.267 - 10.624) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน (Odds 6.084, 95% CI 1.953 - 18.949) ผู้ป่วยที่มีค่า CRP สูงมากกว่าเท่ากับ 20 mg/L วันที่เข้ารับรักษา (Odds 2.781, 95% CI 1.158 - 6.678) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน (Odds 2.981, 95% CI 1.619 - 5.490) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงแรกเริ่ม (Odds 0.339, 95% CI 0.135 - 0.853) และผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูง (Odds 0.351, 95% CI 0.121 - 0.823) โดยสามารถทำนายการเกิดอักเสบได้ร้อยละ 76.3

คำสำคัญ : โรคโควิด-19 ปอดอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด ปัจจัยเสี่ยงโควิด-19

*อายุรแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

บทนำ

โรคระบาดที่เกิดจากเชื้อโรคอุบัติใหม่ (Emerging disease) หรือเชื้อโรคชนิดเดิมแต่กลับมาก่อโรค (Reemerging disease) ที่รุนแรงขึ้นถือเป็นภาวะการณ์ที่ทั่วโลกต้องเผชิญอยู่ในปัจจุบัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19)) ที่กำลังระบาดหนักอยู่ในขณะนี้ จัดอยู่ในกลุ่มเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่มีรูปร่างคล้ายมงกุฎ (Enveloped RNA viruses) เป็นไวรัสที่สามารถติดเชื้อได้ทั้งในมนุษย์และสัตว์ มักทำให้เกิดโรคไขหวัดได้ในคนทั่วไป 2 สายพันธุ์สามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจที่รุนแรงได้ นั่นคือ SARS-CoV และ MERS-CoV ส่วนมากแพร่เชื้อมาจากสัตว์¹ ส่วนสายพันธุ์ที่กำลังแพร่ระบาดหนักทั่วโลกตอนนี้ เป็นสายพันธุ์ที่ยังไม่เคยพบมาก่อน คือ สายพันธุ์ที่ 7 จึงถูกเรียกว่าเป็น “ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019” และในภายหลังถูกตั้งชื่ออย่างเป็นทางการว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019(COVID-19))² เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีอาการ “ไข้ และ ไอ” เป็นพื้นฐาน จนถึงกระทั่งการเกิดปอดอักเสบที่รุนแรงจนมีอาการวิกฤติ เช่น การหายใจล้มเหลว ซึ่ดจากการป่วยรุนแรง พบได้จำนวนร้อยละ 5 ส่วนการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 1-2 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ มีผู้ติดเชื้อยืนยันแล้วมากกว่า 93,612,520 คน ใน 213 ประเทศ มีผู้เสียชีวิตจากโรคระบาดแล้วมากกว่า 2,004,449 คน

ในผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะอ้วน (Obesity) มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจเรื้อรัง โรคปอดเรื้อรัง โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทเรื้อรัง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (eGFR < 30 ml/min/1.73m²) ขึ้นไป โรคตับเรื้อรัง และโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หายใจหอบเหนื่อยเร็ว มีภาวะอ่อนเพลียมาก มีไข้สูง^{11,12} และตรวจพบภาวะพร่องออกซิเจน (Low O₂ saturation by age)^{9,12} กลุ่มที่ตรวจพบการลดลงของเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ และค่า CRP วันแรกรับสูง และพบภาพรังสีปอดผิดปกติพบว่าความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดปอดอักเสบ อัตราการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเหล่านี้ สอดคล้องกับงานวิจัยย้อนหลังที่ศึกษาในผู้ป่วยโควิด-19 ในประเทศจีน อินเดีย สหรัฐอเมริกา สเปน^{5,6,7,8,9,10,11,12,13,15} และจากการศึกษา Meta-Analysis จำนวน 14 งานวิจัย ในผู้ป่วย 29,909 ราย¹⁴ หากผู้ป่วยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันพบว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อโควิด-19 อัตราการเกิดปอดอักเสบรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างชัดเจน เห็นได้จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 5,542,079 คนในประเทศเดนมาร์กที่ได้รับวัคซีน โดยประชากรจำนวน 144,360 คน ได้รับการฉีด ChAdOx1 vaccine เป็นเข็มที่ 1 และประชากร 136,551 ได้รับการ mRNA vaccine เป็นเข็มที่ 2 อัตราการติดเชื้อหลังฉีดวัคซีน 14 วันลดลง 88% (95% CI: 83; 92)¹⁶ นอกจากนี้จากการศึกษา Systematic review ของงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวัคซีนจำนวน 58 การศึกษา และศึกษาเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนจำนวน 23 การศึกษา พบว่าประชากรและผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหากฉีดจำนวน 1 และ 2 เข็ม สามารถลดการเกิดโรคได้ 41% (95% CI: 28–54%), 85% (81–89%)²² ตามลำดับ ลดอัตราการเกิดโรครุนแรงที่ต้องนอนในหอผู้ป่วยไอ ซี ยู ได้ 45% (42–49%), 96% (93–98%)²² และอัตราการเสียชีวิตได้ 53% (15–91%), 95% (92–98%)²²

โรงพยาบาลวิเชียรบุรีเริ่มรับผู้ป่วยโควิด-19 เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 หลังจากนั้นผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามมาตรฐานในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี และโรงพยาบาลสนามวิเชียรบุรี โดยตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาทั้งหมด 1,815 ราย เสียชีวิต 11 ราย ส่วนมากพบผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน และไม่ได้รับการฉีดวัคซีนมักจะพบปอดอักเสบ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดและทางเดินหายใจกลับพบการรุนแรงต่ำกว่าในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปอดอักเสบ จะช่วยให้ค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างๆกลุ่มและสามารถวางแผนเพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรงได้เข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบของผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (Retrospective Analytic Study) รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยโควิด-19 ที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 (รหัสโครงการ : สสจ.พช. 2/65 – 62 – 7/04/65 ออกให้ ณ วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนระหว่างสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึง มกราคม พ.ศ. 2565 เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาด้วยวิธี Cochran's Formular จากการศึกษาเรื่อง Characteristics of hospitalized COVID-19 patients and parameters associated with severe pneumonia⁶ พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรงในผู้ป่วยโควิด-19 เท่ากับ 15% (0.15) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ และสามารถอ้างอิงได้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล มี 2 ส่วน คือ 1.ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ประกอบโรคประจำตัว การได้รับวัคซีน 2. ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 วันแรกรับ ประกอบด้วย อาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลักษณะภาพรังสีปอดของผู้ป่วย (ตาม Rama Co-RADS) การเกิดปอดอักเสบรุนแรงและเสียชีวิต

นิยามคำศัพท์

ปอดอักเสบไม่รุนแรง (Non-Severe Covid-19 Pneumonia) หมายถึง ผู้ป่วยยืนยัน Covid-19 ที่มีปอดอักเสบ ภาพรังสีทรวงอกมี pulmonary infiltrates ที่เข้าได้กับ Covid-19 Pneumonia ตามลักษณะภาพรังสีปอดของผู้ป่วย (ตาม Rama Co-RADS) และไม่มี hypoxia (resting O2 saturation > 96 %) (กรมควบคุมโรค, แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2564)

ปอดอักเสบรุนแรง (Severe Covid-19 Pneumonia) หมายถึง ผู้ป่วยยืนยัน Covid-19 ที่มีปอดอักเสบ และมี hypoxia (resting O2 saturation \leq 96 %) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO₂ \geq 3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี progression ของ pulmonary infiltrates (กรมควบคุมโรค, แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2564)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดปอดอักเสบ และไม่เกิดปอดอักเสบ ด้วยสถิติ Chi-square และแสดงอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ออกมาในรูปแบบ Odds ratio (OR) และ Multiple Logistic Regression

ผลการศึกษา

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 922 คน พบอัตราการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 39.4 โดยในกลุ่มตัวอย่างที่พบปอดอักเสบที่ไม่รุนแรง จำนวน 275 คน (ร้อยละ 28.6) และปอดอักเสบแบบรุนแรง จำนวน 103 คน (ร้อยละ 10.7) โดยร้อยละ 95.5 สามารถกลับบ้านได้ มีเพียงร้อยละ 0.5 ซึ่งเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.6) อายุเฉลี่ย



42.48 ปี และอายุอยู่ในช่วง < 30 ปี (ร้อยละ 23.9) รองลงมาคือ ช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 22.7) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายที่ปกติ คือ 20-24.99 (ร้อยละ 49) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.1) ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 15.4) รองลงมาคือเบาหวาน (ร้อยละ 11.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 และความสัมพัทธ์กับการเกิดปอดอักเสบโดยใช้ Univariate

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ความสัมพัทธ์กับการเกิดปอดอักเสบ				
			ไม่เกิดปอด อักเสบ	เกิดปอด อักเสบ	Odds Ratio	95% CI	P-value
เพศ							
ชาย	419	45.4	254 (60.6%)	165(39.4%)			
หญิง	503	54.6	290 (57.7%)	213 (42.3%)	0.884	0.67-1.15	0.398
อายุ (ปี)							
< 30	220	23.9	170 (77.3%)	50 (22.7%)			
30-39	195	21.1	126 (64.6%)	69 (35.4%)	1.862	1.21-2.86	0.006
40-49	209	22.7	124 (59.3%)	85 (40.7%)	2.331	1.53-3.54	0.000
50-59	170	18.4	73 (45.3%)	93 (54.7%)	4.106	2.65-6.35	0.000
≥ 60	128	13.9	81 (63.3%)	47 (36.7)	5.860	3.63-9.45	0.000
ดัชนีมวลกาย							
≤ 19.99	150	16.3	100 (66.7%)	50 (33.3%)			
20 - 24.9	453	49.1	288 (63.6%)	165 (36.4%)	1.146	0.77-1.69	0.557
≥ 25	319	34.6	156 (48.9%)	163 (51.1%)	2.090	1.39-3.13	< 0.05
$\bar{X} = 24.37, S.D. = 5.22$							
โรคประจำตัว							
ไม่มีโรคประจำตัว	665	72.1					
มีโรคประจำตัว **	257	27.9					
ความดันโลหิตสูง	142	15.4	50 (35.2%)	92 (64.8%)	3.178	2.18-4.61	0.000
เบาหวาน	103	11.2	27 (26.2%)	76 (73.8)	4.819	3.03-7.64	0.000
ไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3 ขึ้นไป	45	4.7	15 (39.5%)	23 (60.5%)	2.558	1.30-4.99	0.008
โรคตับ	19	2.1	8 (42.1%)	11 (57.9%)	2.008	0.80-5.04	0.201
โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ	17	1.8	8 (47.1%)	9 (52.9%)	1.634	0.62-4.27	0.446
โรกระบบหลอดเลือดและหัวใจ	14	1.5	7 (50.0%)	7 (50.0%)	1.447	0.05-4.16	0.677
โรคมะเร็ง	10	1.0	4 (40.0%)	6 (60.0%)	2.177	0.61-7.70	0.365
โรคทางระบบเลือด	10	1.0	4 (40.0%)	6 (60.0%)	2.177	0.61-7.70	0.365
โรคทางระบบประสาท	6	0.7	1 (16.7%)	5 (83.3%)	7.176	0.83-61.67	0.093
โรคทางจิตเวช	6	0.7	2 (33.3%)	4 (66.7%)	2.898	0.52-15.90	0.386
โรคติดเชื้อภูมิคุ้มกัน	5	0.5	2 (40.0%)	3 (60.0%)	2.168	0.36-13.03	0.682

ผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมักมีอาการก่อนมารับรักษา (631 คน, 65.7%) และมักมาด้วยอาการไอ (388 คน, 40.4%) มีไข้ (360 คน, 37.5%) และมีส่วนน้อยที่มาด้วยอาการจุกไม่ได้รับกลิ่น (69 คน, 7.2%) และเบื่ออาหาร (23 คน, 2.4%) ผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างที่มีสัญญาณชีพผิดปกติส่วนมากมีความดันโลหิตตัวบนสูง (165 คน, 17.2%) และมีภาวะการพร่องออกซิเจน (83 คน, 9%) (ตารางที่ 2)

จากข้อมูลค่าเฉลี่ยทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวนเม็ดเลือดขาวทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 7550 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร คิดเป็นจำนวน Absolute Lymphocyte Count เฉลี่ย 2,443.74 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และระดับ CRP



วันแรกที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ย 20.48 mg/L (0.08 – 203.85) ภาพถ่ายรังสีปอดที่วันแรกของการรักษาส່วนมากอยู่ใน Category 1 (532 คน, 57.7%) และ Category 4 (155 คน, 16.8%) (ตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 จำแนกตามอาการ และอาการแสดง และความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบโดยใช้ Univariate

อาการ/อาการแสดงของ ผู้ป่วยโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ				
			ไม่เกิดปอด อักเสบ	เกิดปอด อักเสบ	Odds Ratio	95% CI	P-value
ไม่มีอาการ	291	30.3	208 (71.5%)	83 (28.5%)	0.454	0.33–0.61	0.005
มีอาการ**	631	65.7					
ไอ	388	40.4	193 (43.7%)	195 (50.3%)	1.938	1.48–2.53	0.000
มีไข้	360	37.5	16 (25.4%)	47 (74.6%)	4.686	2.61–8.40	0.000
มีน้ำมูก	168	17.5	103 (61.3%)	65 (38.7%)	0.896	0.63–1.26	0.583
คลื่นไส้อาเจียน	132	13.8	38 (28.8%)	94 (71.2%)	4.407	2.93–6.60	0.000
อาการอ่อนเพลีย	79	7.9	37 (48.7%)	39 (51.3%)	1.576	0.98–2.52	0.074
จุกไม่ได้รับกลิ่น	69	7.2	43 (62.3%)	26 (37.7%)	0.861	0.51–1.42	0.649
เบื่ออาหาร	23	2.4	11 (47.8%)	12 (52.2%)	1.586	0.69–3.63	0.374
อัตราการหายใจ							
หายใจไม่เร็ว (< 24 ครั้ง/นาที)	901	97.2					
หายใจเร็ว (≥ 24 ครั้ง/นาที)	21	2.3	4 (19.0%)	17 (81.0%)	6.357	2.12–19.04	0.000
ระดับออกซิเจนในเลือด							
ไม่พร่องออกซิเจน (O2 sat > 96)	839	91.0					
พร่องออกซิเจน (O2 sat ≤ 96)	83	9.0	6 (7.2%)	77 (92.8%)	22.938	9.87–53.22	0.000
การได้รับวัคซีนป้องกันโรค							
ไม่ได้รับ	574	62.2					
ได้รับ	348	37.8	222 (63.8%)	126 (36.2%)	1.379	1.04–1.81	0.025

** สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

จากข้อมูลค่าเฉลี่ยทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างพบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวทั้งหมดเฉลี่ยเท่ากับ 7550 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร คิดเป็นจำนวน Absolute Lymphocyte Count เฉลี่ย 2,443.74 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และระดับ CRP วันแรกที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ย 20.48 mg/L (0.08 – 203.85) ภาพถ่ายรังสีปอดที่วันแรกของการรักษาส່วนมากอยู่ใน Category 1 (532 คน, 57.7%) และ Category 4 (155 คน, 16.8%) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 และความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบโดยใช้ Univariate

ผลทางห้องปฏิบัติการ	ค่าเฉลี่ย	ความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ				
		ไม่เกิดปอด อักเสบ	เกิดปอด อักเสบ	Odds Ratio	95% CI	P-value
Absolute Lymphocyte count (< 1500 ตัว)	2,443.74 (268.20 – 35,440.40)	47 (34.3%)	90 (65.7%)	3.305	2.2–4.83	0.000
ระดับ CRP ≥ 20 วันแรกรับ (Day 1)	20.48 (0.08 – 203.85)	21 (18.8%)	91 (81.3%)	6.276	3.69–10.66	0.000



ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 จำแนกตามลักษณะภาพถ่ายรังสีปอดวันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก และความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบโดยใช้ Univariate

ลักษณะภาพถ่ายรังสีปอด (Day1)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ				
			ไม่เกิดปอด อักเสบ	เกิดปอด อักเสบ	Odds Ratio	95% CI	P-value
Category 1 และ 2	612	66.4	426 (80.1%)	106 (19.9%)			
Category 3	65	7.0	23 (35.4%)	42 (64.6%)	7.339	4.22-12.73	0.000
Category 4	155	16.8	35 (22.6%)	120 (77.4%)	13.779	8.94-21.23	0.000
Category 5	89	9.7	5 (5.6%)	54 (94.4%)	67.65	26.72-170.60	0.000

ผลการศึกษานี้จะสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบโดยใช้ Univariate พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุ ≥ 60 ปี และผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 โดยมีโอกาสการเกิดปอดอักเสบมากกว่า 5.86 และ 2.09 เท่าตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบรุนแรงในผู้ป่วยเบาหวานเป็น 4.81 เท่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็น 3.17 เท่า ไขมันในเลือดสูงเป็น 4.25 เท่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปเป็น 2.55 เท่า และผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบทางภูมิคุ้มกันเป็น 8.75 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างที่มีไข้ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน มีอาการไอ มีอัตราการหายใจเร็ว ≥ 24 ครั้ง/นาที และตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือด ≤ 96 จะสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ โดยโอกาสการเกิดปอดอักเสบรุนแรงคิดเป็น 4.68, 4.04, 1.93, 6.35 และ 22.93 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการพบว่าโอกาสการเกิดปอดอักเสบน้อยกว่าคิดเป็น 0.45 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหากพบว่า มี Absolute lymphocyte Count < 1500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีระดับ CRP วันแรกที่เข้ารับรักษา มากกว่าเท่ากับ 20 mg/L พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโควิด-19 โดยโอกาสการเกิดเป็น 3.30 และ 6.27 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาพรังสีปอดที่ตรวจพบวันแรกที่เข้ารับการรักษาพบว่าหากภาพรังสีอยู่ใน Category 3,4,5 มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ โดยโอกาสการเกิดเป็น 7.33, 13.77, 67.65 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันมีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน โดยจะมีโอกาสการเกิดปอดอักเสบคิดเป็น 1.37 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1, 2, 3 และ 4)

จากการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ช่วงอายุมากกว่า 60 มีโอกาสการเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 1.3 เท่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมีโอกาสการเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน 1.80 เท่า ผู้ป่วยที่มีระดับ CRP สูงมากกว่าเท่ากับ 20 mg/L วันแรกที่เข้ารับรักษา มีโอกาสการเกิดปอดอักเสบมากกว่า 1.02 เท่า และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันมีโอกาสการเกิดปอดอักเสบเป็น 1.09 เท่า และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงแรกเริ่มพบโอกาสการเกิดปอดอักเสบน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการ 1.08 เท่า และผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงก็พบโอกาสการเกิดปอดอักเสบน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง 1.15 เท่า (ตารางที่ 5) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายการเกิดปอดอักเสบได้ร้อยละ 76.3 สามารถเขียนเป็นสมการได้ ดังนี้

$$\text{โอกาสการเกิดปอดอักเสบ} = -0.47 + 1.039 (\text{อายุ } 50-59 \text{ ปี}) + 1.300 (\text{อายุ } \geq 60 \text{ ปี}) + 1.806 (\text{เบาหวาน}) - 1.555 (\text{ความดันโลหิตสูง}) - 1.081 (\text{ไม่มีอาการ}) + 1.023 (\text{ค่า CRP } \geq 20 \text{ mg/L}) + 1.092 (\text{ไม่ได้รับวัคซีน})$$



ตารางที่ 5 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบโดยใช้ Multiple Logistic Regression

	ตัวแปร	B	Sig.	Exp.(B)	95% CI. For EXP (B)	
					Lower	Upper
อายุ (ปี)	< 30					
	30-39	0.159	0.735	1.172	0.468	2.934
	40-49	0.484	0.349	1.623	0.590	4.466
	50-59	1.039	0.043	2.827	1.031	7.751
	≥ 60	1.300	0.017	3.669	1.267	10.624
เบาหวาน		1.806	0.002	6.084	1.953	18.949
ความดันโลหิตสูง		-1.155	0.018	0.351	0.121	0.823
ผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการ		-1.081	0.022	0.339	0.135	0.853
ระดับ CRP มากกว่า 20 วันที่รับรักษา		1.023	0.022	2.781	1.158	6.678
การไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน		1.092	0.000	2.981	1.619	5.490

วิจารณ์

การเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโควิด-19 พบว่าอัตราการเกิดปอดอักเสบของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 39.4 โดยในกลุ่มตัวอย่างที่พบปอดอักเสบที่ไม่รุนแรงจำนวน 275 คน (ร้อยละ 28.6) และปอดอักเสบแบบรุนแรงจำนวน 103 คน (ร้อยละ 10.7) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินของโรค และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปอดอักเสบในกลุ่มตัวอย่าง 193 คนในประเทศไทย² และสอดคล้องกับเอกสารความรู้ทั่วไปเรื่องโควิด-19³ คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบจากโควิด-19 เป็นผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย 5.86 เท่า และผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 ก็พบว่ามีโอกาสเกิดปอดอักเสบมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ดัชนีมวลการปกติ 2.09 เท่า เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวที่พบของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในกลุ่มที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป และโรคทางระบบภูมิคุ้มกัน จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบจากโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่มีผลและทำนายการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโควิด-19 จากงานวิจัยย้อนหลังที่ศึกษาในผู้ป่วยโควิด-19 ในประเทศจีน อินเดีย สหรัฐอเมริกา สเปน และไทย^{5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15} และจากการศึกษา Meta-Analysis จำนวน 14 งานวิจัย ในผู้ป่วย 29,909 ราย¹⁴ แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีโรคประจำตัวทางระบบทางเดินหายใจ โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคเมเรียม โรคตับ และโรคทางระบบประสาท ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาอื่นๆ อธิบายได้ว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ที่เข้าสู่วิจัยมีน้อยกว่า และเป็นกลุ่มโรคเสี่ยงที่ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ทำให้พบผลการศึกษาที่ไม่สัมพันธ์ดังกล่าวได้ กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยโควิด-19 ที่มาด้วยอาการมีไข้ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีอาการไอ และตรวจพบว่ามีอัตราการหายใจเร็ว ≥ 24 ครั้ง/นาที และตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือด ≤ 96 จะสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะ อาการ และปัจจัยทำนายการเกิดโรคโควิด-19 รุนแรง และเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของประเทศสเปน สหรัฐอเมริกา และอินเดีย และเมื่อพิจารณาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หากพบว่าหากมี Absolute lymphocyte < 1500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีระดับ CRP วันแรกที่เข้ารับรักษา มากกว่าเท่ากับ 20 mg/L ร่วมกับภาพรังสีปอดที่ตรวจพบวันแรกที่เข้ารับการรักษาพบว่าหากภาพรังสีอยู่ใน Category 3,4,5 ก็จะมี ความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบเช่นกัน การได้รับวัคซีนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโควิด-19 พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดปอดอักเสบมากกว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 รุนแรงในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า 18 ปี ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 จำนวน 465 คน ซึ่งทำงานโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁵ การศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ชนิด m-RNA วัคซีนในประชากรทั่วไปในประเทศเดนมาร์ก อังกฤษ และอิสราเอล^{16,17,18} ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี และ 80 ปีขึ้นไป^{17,18} เมื่อพิจารณาปัจจัยทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วยการเข้าสมการ Multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงลบต่อการเกิดปอดอักเสบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน

มีระดับ CRP สูงมากกว่าเท่ากับ 20 mg/L ในวันที่เข้ารับรักษา และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับวัคซีนป้องกัน สอดคล้องกับผลการศึกษา และทฤษฎีทั้งหมดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโควิด-19 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของโรคในวันที่มารับการรักษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อการเกิดปอดอักเสบ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้อยู่ในช่วงอายุน้อย พบโรคประจำตัวน้อยกว่ากลุ่มที่เกิดปอดอักเสบ ทำให้มีอาการน้อยกว่าแม้ว่าจะอาจจะไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน ทำให้สามารถใช้ปัจจัยที่ค้นพบช่วยทำนายโอกาสการเกิดปอดอักเสบในผู้ป่วยโควิด-19 ได้

ประโยชน์ที่ได้รับ

ผู้ป่วยที่มีปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดปอดอักเสบสามารถนำมาเป็นแนวทางในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เหมาะสม และรวดเร็ว เพื่อลดความรุนแรงของโรค ร่วมกับการป้องกันโดยส่งเสริมการฉีดวัคซีน และการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโควิดในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้อย่างจริงจัง ด้วยการฉีดวัคซีนเชิงรุกในและนอกโรงพยาบาล จัดการตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบกักตัวเองที่บ้าน (Self/Home Isolation) เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบได้เข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักวิจัยและสถิติ แพทย์หญิงวราพร เลิศล้ำสกุลทรัพย์ หัวหน้าแผนกรังสีแพทย์ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี เป็นผู้ให้คำแนะนำ และเก็บข้อมูล เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ทุกฝ่ายที่มีความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ปลอดภัย และความร่วมมืออย่างดียิ่งในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020 ; 382(8) : 727-33.
2. WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). "Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). China : WHO ; 2020.
3. กรมควบคุมโรค. "แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล," แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. [online]. [cite 4 Aug 2021]. Available form: https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Content_Grid_Home_7_8?contentCategoryId=8
4. แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. "ความรู้พื้นฐานโควิด-19". กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2563.
5. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA* 2020 ; 323(11) : 1061-9.
6. Turan O, Mirici A, Duru Akçali S, Turan PA, Batum Ö, Şengül A, et al. Characteristics of hospitalised COVID-19 patients and parameters associated with severe pneumonia. *Int J Clin Pract* 2021;75(11):e14786.
7. Du RH, Liang LR, Yang CQ, Wang W, Cao TZ, Li M, et al. Predictors of mortality for patients with COVID-19 pneumonia caused by SARS-CoV-2: a prospective cohort study. *Eur Respir J* 2020 ; 55(5) : 2000524.
8. Rosenthal N, Cao Z, Gundrum J, Sianis J, Safo S. Risk Factors Associated With In-Hospital Mortality in a US National Sample of Patients With COVID-19. *JAMA Netw Open* 2020 ; 3(12) : e2029058.

9. Suleyman G, Fadel RA, Malette KM, Hammond C, Abdulla H, Entz A, et al. Clinical Characteristics and Morbidity Associated With Coronavirus Disease 2019 in a Series of Patients in Metropolitan Detroit. *JAMA Netw Open* 2020 ; 3(6) : e2012270.
10. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect* 2020 ; 81(2) : e16-e25.
11. Berenguer J, Ryan P, Rodríguez-Baño J, Jarrín I, Carratalà J, Pachón J, et al. Characteristics and predictors of death among 4035 consecutively hospitalized patients with COVID-19 in Spain. *Clin Microbiol Infect* 2020 ; 26(11) : 1525-36.
12. Padmaprakash KV, Vasu Vardhan, Sandeep Thareja, Muthukrishnan J, Nishant Raman, et al. Clinical characteristics and clinical predictors of mortality in hospitalised patients of COVID 19 : An Indian study. *Medical Journal Armed Forces India* 2021 ; 77(2) : S319-S332.
13. Xiong S, Liu L, Lin F, Shi J, Han L, Liu H, et al. Clinical characteristics of 116 hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *BMC Infect Dis* 2020 ; 20(1) : 787.
14. Parohan M, Yaghoubi S, Seraji A, Javanbakht MH, Sarraf P, Djalali M. Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Aging Male* 2020 ; 23(5) : 1416-24.
15. Yek C, Warner S, Wiltz JL, Sun J, Adjei S, Mancera A, et al. Risk Factors for Severe COVID-19 Outcomes Among Persons Aged ≥ 18 Years Who Completed a Primary COVID-19 Vaccination Series - 465 Health Care Facilities, United States, December 2020-October 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2022 ; 71(1) : 19-25.
16. Gram MA, Nielsen J, Schelde AB, Nielsen KF, Moustsen-Helms IR, Sørensen AKB, et al. Vaccine effectiveness against SARS-CoV-2 infection, hospitalization, and death when combining a first dose ChAdOx1 vaccine with a subsequent mRNA vaccine in Denmark: A nationwide population-based cohort study. *PLoS Med* 2021 ; 18(12) : e1003874.
17. Lopez Bernal J, Andrews N, Gower C, Robertson C, Stowe J, Tessier E, et al. Effectiveness of the Pfizer-BioNTech and Oxford-AstraZeneca vaccines on covid-19 related symptoms, hospital admissions, and mortality in older adults in England : test negative case-control study. *BMJ*. 2021 ; 373 : n1088.
18. Haas EJ, Angulo FJ, McLaughlin JM, Anis E, Singer SR, Khan F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *Lancet* 2021 ; 397(10287) : 1819-29.
19. Macchia A, Ferrante D, Angeleri P, Biscayart C, Mariani J, Esteban S, et al. Evaluation of a COVID-19 Vaccine Campaign and SARS-CoV-2 Infection and Mortality Among Adults Aged 60 Years And Older in a Middle-Income Country. *JAMA Netw Open* 2021 ; 4(10) : e2130800.



20. Nicolay N, Innocenti F, Beauté J, UČakar V, Grgič Vitek M, Poukka E, et al. Initial assessment of the COVID-19 vaccination's impact on case numbers, hospitalisations and deaths in people aged 80 years and older, 15 EU/EEA countries, December 2020 to May 2021. *Euro Surveill* 2021 ; 26(48) : 2101030.
21. Dagan N, Barda N, Kepten E, Miron O, Perchik S, Katz MA, et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N Engl J Med* 2021 ; 384(15) : 1412-23.
22. Liu Q, Qin C, Liu M, Liu J. Effectiveness and safety of SARS-CoV-2 vaccine in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Poverty* 2021 ; 10(1) : 132.
23. Pongpirul WA, Wiboonchutikul S, Charoenpong L, Panitantum N, Vachiraphan A, Uttayamakul S, et al. Clinical course and potential predictive factors for pneumonia of adult patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) : A retrospective observational analysis of 193 confirmed cases in Thailand. *PLoS Negl Trop Dis* 2020 ; 14(10) : e0008806.



Expectations and perceptions of HIV counseling clinic services Kamphaeng Phet Hospital

Chongruk Rodkasem, R.N. *

Abstract

Introduction : Pre-diagnosis counseling services for HIV are necessary and useful for quality lifestyle planning. But it was also found that most of the people who came for the examination tend to have anxiety and stress with the blood results that will come out. And sometimes the services in the counseling clinic are not as expected. Service information from the perspective of the examinee is therefore very important in order to improve the service in the counseling clinic.

Objective : To measure the level of service expectation and perceived level of service. and comparing the level of service expectation and the level of service perception among people who were tested for HIV infection in Kamphaeng Phet Hospital.

Methods : This study is an exploratory research. cross section The study sample consisted of 286 people who received pre-diagnosis counseling for HIV by responding to a questionnaire developed from a form.

Measure the service quality of Parasuraman et al. SERVQUAL, 3 qualified content quality checks, and test for confidence. With Cronbach's alpha coefficient, the reliability was 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics, i.e. mean, percentage, standard deviation. The expectation scores and service perception scores were compared using t-test statistics.

Results : The overall level of service expectation in the counseling clinic of Kamphaeng Phet Hospital HIV testing recipients was at the highest level ($\bar{x} = 4.28$ S.D. = 0.87), except for the expectation of HIV testing at Kamphaeng Phet Hospital. Service in response to service recipients ($\bar{x} = 4.19$ S.D. = 0.67) and service concreteness ($\bar{x} = 4.18$ S.D. = 0.67) were at a high level. HIV testing was at a moderate level in all aspects ($\bar{x} = 3.20$ S.D. = 0.64), with the lowest mean perceived service in terms of understanding and empathy for service users ($\bar{x} = 3.14$ S.D. = 0.76) and when comparing the mean between service expectation (E) and service perception level (P), there was a statistically significant difference at the .05 level.

Conclusion : Counseling services for people who come for HIV testing The patient's expectations were not met in all aspects. Should accelerate the improvement of the service of understanding and compassion for users. and providing confidence to service recipients To improve the service of Kamphaeng Phet Hospital Counseling Clinic with more quality

Keywords : expectation, awareness, HIV testing ,Counseling Clinic

*Register nurse, Professional level, Nursing specializing in Out Patient Department, Kamphaeng Phet Hospital.

ความคาดหวังและการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของ ผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร

จรงค์ษ์ รอดเกษม, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การบริการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่จำเป็นและมีประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ แต่ยังคงพบว่าผู้ที่มีรับการตรวจส่วนใหญ่ยังมีความวิตกกังวล เครียด กับผลเลือดที่จะออกมา และบางครั้งการบริการในคลินิกให้คำปรึกษายังไม่เป็นไปตามความหวังดังนั้น ข้อมูลการบริการจากมุมมองของผู้ที่มีรับการตรวจจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะพัฒนาการบริการในคลินิกให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์: เพื่อวัดระดับความคาดหวังการบริการและระดับการรับรู้การบริการ และเปรียบเทียบระดับความคาดหวังการบริการและระดับการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วิธีการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือผู้ที่มีรับการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 286 คน โดยการตอบแบบสอบถามที่พัฒนาจากแบบวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ของ Parasuraman และคณะ การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความคาดหวังและคะแนนการรับรู้บริการโดยใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษา:ระดับความคาดหวังการบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลกำแพงเพชรโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} = 4.28 S.D. = 0.87) ยกเว้นความคาดหวังการบริการในด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ (\bar{X} = 4.19 S.D. = 0.67) กับด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (\bar{X} = 4.18 S.D. = 0.67) อยู่ในระดับมาก และพบว่าระดับการรับรู้การบริการของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน (\bar{X} = 3.20 S.D. = 0.64) โดยรับรู้การบริการในด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (\bar{X} = 3.14 S.D. = 0.76) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างความคาดหวังการบริการ(E) และระดับการรับรู้การบริการ(P) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป : การบริการให้คำปรึกษาผู้ที่มีรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วยในทุกด้าน ควรเร่งปรับปรุงการบริการด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ เพื่อพัฒนาให้บริการของคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชรมีคุณภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : ความคาดหวัง การรับรู้ การตรวจการติดเชื้อเอชไอวี คลินิกให้คำปรึกษา

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

การตรวจวินิจฉัยหาค่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่จำเป็นและมีประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ ไม่ว่าจะผลการตรวจจะออกมาเป็นลบหรือบวก¹ อย่างไรก็ตามการตรวจหาค่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการตรวจที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเครียดกลัวถูกคนอื่นมองด้วยสายตารังเกียจ และกลัวความลับจะถูกเปิดเผยทั้งนี้เนื่องจากยังมีความไม่เข้าใจในหลายประเด็นเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดการต่อต้านกลุ่มคนที่เป็นเอดส์ จากรายงานทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ร่วมอยู่กับเชื้อเอชไอวีในประชาชนทั่วไปปี 2562 - 2563 พบว่า มีคนถึงเลขที่จะไปตรวจเลือดเพราะกลัวคนรู้ ร้อยละ 78.5 คนที่ติดเชื้อหรือถูกสงสัยว่าติดเชื้อมักถูกรังเกียจ ร้อยละ 66.6 และยังมีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อสูงถึง ร้อยละ 48.6 ทั้งจากในครอบครัวที่ทำงาน สถานศึกษา และสถานบริการสุขภาพ การเปิดเผยตัวทำให้ถูกเลือกปฏิบัติถูกตีตราจากสังคม อาจถูกเลิกจ้าง ตกงาน ส่งผลกระทบต่ออาชีพรายได้ และการใช้ชีวิตประจำวัน² ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะปกปิดเป็นความลับไม่ให้คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และที่ทำงานทราบ เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและเกิดการตีตราจากสังคมทำให้ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ จนกระทั่งความสัมพันธ์ และความรูสึกไม่ไว้วางใจกับคนใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นหายไป³ การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาค่าการติดเชื้อเอชไอวี (Pre-test counselling) เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้รับบริการลดความเครียด ความกังวลและลดความเข้าใจผิด ในความคาดหวังต่อผลการตรวจเลือดได้⁴ โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา (Nurse Counsellor) จะต้องมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะทางจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นการผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์ และศาสตร์ต่าง ๆ นำมาใช้ในกระบวนการปรึกษา ให้บริการอย่างเป็นองค์รวมเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลด้านจิตสังคมแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว ให้มีคุณภาพสูงสุด⁵

คลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชรให้บริการให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับคำปรึกษาที่มีปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัยทั่วไป โรคเรื้อรัง โรคเอดส์ และการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาค่าการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ มีสถิติการให้คำปรึกษาในปี 2562 - 2564 จำนวน 2,453, 3,216 และ 2,534 ราย ส่วนใหญ่เป็นการมาให้คำปรึกษาก่อนตรวจหาค่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวน 1,143,147 และ 1,249 รายตามลำดับ⁶ ขั้นตอนการรับบริการต้องผ่านจุดต่าง ๆ หลายขั้นตอนร่วมกับผู้มารับบริการทั่วไป รวมถึงมีสัญลักษณ์ป้ายให้พบพยาบาลห้องให้คำปรึกษา จากการสอบถามข้อมูลเบื้องต้น พบว่าผู้มารับคำปรึกษามีความเครียด วิตกกังวล ในเรื่องการเปิดเผยตัวตนในการเข้ามาตรวจ กลัวเจอคนที่รู้จักที่เดินผ่านไปมา ไม่สบายใจกับการให้ข้อมูลต่อพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่หลายคนผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อการมารับบริการ และบางครั้งรู้สึกผิดหวังกับการบริการ

SERVQUAL (Service quality) เป็นแบบประเมินคุณภาพการบริการอย่างหนึ่งที่สามารถสรุปรวมมิติสำคัญที่บ่งชี้ถึงคุณภาพการบริการที่มี จำนวน 5 ด้านหลัก (dimensions) คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibles) 2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (reliability) 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (responsiveness) 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (assurance) และ 5) การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (empathy) หากการรับรู้ต่อคุณภาพการบริการต่ำกว่าความคาดหวังจะเกิดช่องว่างที่ต้องนำไปพัฒนาคุณภาพของบริการต่อไป⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสถานบริการทั้งด้านบริการสุขภาพ และด้านบริการธุรกิจต่าง ๆ ได้ทำการวิจัยที่มีผลหลากหลายโดยพบว่าความคาดหวังต่อคุณภาพบริการสูงกว่าการรับรู้คุณภาพบริการ^{8,9,10} ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานให้คำปรึกษาจึงต้องการศึกษาถึงความคาดหวัง และการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อนำมาข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาสำหรับผู้มาตรวจหาเชื้อเอชไอวีให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อวัดระดับความคาดหวังการบริการและระดับการรับรู้การบริการ และเปรียบเทียบระดับความคาดหวังการบริการ และระดับการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) แบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) รวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามความคาดหวัง และการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร ดำเนินการในระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ร่วมการศึกษา (Population study) คือผู้ที่เข้ามาใช้บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรยามานะ¹¹ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ร้อยละ 5 ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95% เมื่อแทนค่าในสูตรยามานะ จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 286 คน โดยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2565 ในช่วงเวลาที่ผู้รับการตรวจได้รับบริการให้คำปรึกษาแล้ว และรอรับบริการเจาะเลือดที่หน้าห้องพยาธิวิทยาคลินิกภายหลังทุกราย จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกำแพงเพชรตามเอกสารรับรองเลขที่อนุมัติ 13/2565ID01-4-140N วันที่อนุมัติ 8 เมษายน 2565 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการบริการให้คำปรึกษาในคลินิกให้คำปรึกษาเรียบร้อยแล้ว จะถูกส่งไปเจาะเลือดที่ห้องเจาะเลือดผู้ป่วยนอก ระหว่างรอการเจาะเลือด ผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมการจัดเก็บข้อมูล จะขอคำยินยอม และทำการจัดเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาสอบถามผู้ที่มารับการตรวจประมาณ 20 นาทีต่อคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความครอบคลุมเนื้อหา และวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อสอบถามข้อมูลจากผู้เข้ารับบริการของคลินิกให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลกำแพงเพชรแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สิทธิการรักษา อาชีพและ รายได้ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคาดหวังและการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยนำแบบวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ของ Parasuraman และคณะมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับมาตรฐานการให้บริการและบริบทของคลินิกให้คำปรึกษา โดยประเมินคุณภาพ 5 ด้าน (dimensions) คือ 1) ความเป็นรูปธรรมของบริการ (tangibles) 2) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (reliability) 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (responsiveness) 4) การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ (assurance) และ 5) การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ (empathy)

แบบสอบถามที่ใช้เป็นลักษณะปลายปิดในลักษณะมาตราส่วนการประมาณค่าแบบ 5 ตัวเลือก (rating scale) และได้แบ่งคำถามออกเป็น 2 ส่วนคือส่วนเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้รับบริการมีจำนวน 25 ข้อและส่วนที่ตรงกับความรับรู้ของผู้ตอบมากที่สุดมี จำนวน 25 ข้อ ตามเกณฑ์การให้คะแนนแบบลิเกิร์ตสเกล (Likert Scale) การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความคาดหวัง และระดับการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ

คะแนน 1.00 - 1.80 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้ที่น้อยที่สุด

คะแนน 1.81 - 2.60 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้ที่น้อย

คะแนน 2.61 - 3.40 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้ปานกลาง

คะแนน 3.41 - 4.20 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้มาก

คะแนน 4.21 - 5.00 แสดงว่าระดับความคาดหวังหรือระดับการรับรู้มากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ต่อการให้บริการคลินิกให้คำปรึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญมีระดับความสอดคล้องของข้อคำถามทุกข้อไม่ต่ำกว่า 0.5

การทดสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลผลลัพธ์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เปรียบเทียบคะแนนความคาดหวัง และคะแนนการรับรู้บริการ โดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

ผู้รับบริการคลินิกให้คำปรึกษาโรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่เข้าเกณฑ์การศึกษา มีจำนวนทั้งสิ้น 286 คน โดยจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลได้ดังนี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 178 คน (ร้อยละ 62.24) เป็นเพศหญิง 93 คน (ร้อยละ 32.52) และเพศทางเลือก 15 คน (ร้อยละ 5.24) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้รับบริการในกลุ่มอายุ 41 - 60 ปี จำนวน 99 คน (ร้อยละ 37.62) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 21 - 40 ปี จำนวน 95 คน (ร้อยละ 33.22) มีสถานภาพสมรส คู่มากที่สุด คือ จำนวน 196 คน (ร้อยละ 68.53) รองลงมาคือ สถานภาพโสด จำนวน 48 คน (ร้อยละ 16.78) มีระดับการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุด จำนวน 124 คน (ร้อยละ 43.36) รองลงมาคือ ประถมศึกษา จำนวน 84 คน (ร้อยละ 29.37) ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า 209 คน (ร้อยละ 73.07) รองลงมาคือ ประกันสังคม จำนวน 56 คน (ร้อยละ 19.58) โดยส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป/กรรมกร จำนวน 105 คน (ร้อยละ 36.71) รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย/เจ้าของธุรกิจ จำนวน 63 คน (ร้อยละ 22.03) และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001 – 20,000 บาท จำนวน 98 คน (ร้อยละ 34.27) รองลงมาคือ รายได้ 20,001 – 30,000 บาท จำนวน 92 คน (ร้อยละ 32.16) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน (ความถี่) และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	178	62.24
- หญิง	93	32.52
- เพศทางเลือก	15	5.24
อายุ		
- น้อยกว่า 20 ปี	14	4.90
- 21 - 40 ปี	95	33.22
- 41 - 60 ปี	99	34.62
- มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	78	27.27
สถานภาพ		
- โสด	48	16.78
- คู่	196	68.53
- หม้าย	30	10.49
- หย่า	3	1.05
- แยกกันอยู่	5	1.75
- อื่นๆ	4	1.40
ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	84	29.37
- มัธยมศึกษา	124	43.36
- อนุปริญญา	35	12.24
- ปริญญาตรี	43	15.03
- สูงกว่าปริญญาตรี	0	0



	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
- ไม่มีสิทธิการรักษา	2	0.70
- สวัสดิการข้าราชการ	13	4.55
- ประกันสังคม	56	19.58
- ประกันคุณภาพถ้วนหน้า	209	73.07
- อื่นๆ	6	2.10
อาชีพ		
- รับจ้างทั่วไป/กรรมกร	105	36.71
- เกษตรกร	53	18.53
- ค้าขาย/เจ้าของธุรกิจ	63	22.03
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	24	8.39
- ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	29	10.14
- นักเรียน/นักศึกษา	12	4.20
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
- ต่ำกว่า 10,000 บาท	90	31.47
- 10,001 – 20,000 บาท	98	34.27
- 20,001 – 30,000 บาท	92	32.16
- 30,001 บาทขึ้นไป	6	2.10
รวม	286	100.00

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความคาดหวังต่อการใช้บริการของผู้รับบริการที่คลินิกให้คำปรึกษาในด้านความเข้าใจ / เห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ และด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการและด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคาดหวังการบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ความคาดหวัง	N = 286		ระดับ ความสำคัญ	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	4.18	0.67	มาก	4
ด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจ	4.21	0.67	มากที่สุด	2
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ	4.19	0.67	มาก	3
ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	4.41	0.67	มากที่สุด	1
ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ	4.41	0.66	มากที่สุด	1
รวม	4.28	0.87	มากที่สุด	

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้การบริการในด้านความเชื่อถือว่าไว้วางใจเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการด้านความเป็นรูปธรรมของบริการด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับ
การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลกำแพงเพชร

การรับรู้	N = 286		ระดับ ความสำคัญ	ลำดับที่
	\bar{X}	S.D.		
ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	3.19	0.61	ปานกลาง	3
ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	3.24	0.68	ปานกลาง	1
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ	3.23	0.65	ปานกลาง	2
ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	3.19	0.73	ปานกลาง	3
ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ	3.14	0.76	ปานกลาง	4
รวม	3.20	0.64	ปานกลาง	

ค่าเฉลี่ยระหว่างความคาดหวังและการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี
โรงพยาบาลกำแพงเพชรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน พบว่า ด้านความเป็น
รูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และด้าน
ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างความคาดหวังและการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษา
ของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร

คุณภาพการให้บริการ	ระดับความคิด	\bar{X}	S.D.	t	Sig.
ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ	ความคาดหวัง	20.89	11.16	22.643	0.000
	การรับรู้	15.95	9.26		
ด้านความเชื่อถือไว้วางใจ	ความคาดหวัง	21.04	11.26	20.929	0.000
	การรับรู้	16.17	11.58		
ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ	ความคาดหวัง	20.95	11.30	20.858	0.000
	การรับรู้	16.14	10.41		
ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	ความคาดหวัง	22.05	11.18	23.495	0.000
	การรับรู้	15.95	13.22		
ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ	ความคาดหวัง	22.05	10.88	23.145	0.000
	การรับรู้	15.69	14.57		
คุณภาพการให้บริการโดยรวม	ความคาดหวัง	21.40	9.89	23.937	0.000
	การรับรู้	15.98	10.22		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบระหว่าง ความคาดหวังและการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อ
เอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยการรับรู้ในคุณภาพการให้บริการของ
คลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าความคาดหวังในคุณภาพการบริการของคลินิกให้คำปรึกษา
โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในทุกด้าน

ผลการวิเคราะห์หาค่าคุณภาพการให้บริการของคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นรายด้าน พบว่า
คุณภาพการให้บริการโดยรวมมีค่าเฉลี่ย (P-E) คือ -5.30 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.86 นั้นหมายความว่า การส่งมอบคุณภาพ
การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลกำแพงเพชร อยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ดี



ผู้ที่มาใช้บริการในคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร รับรู้ได้ว่าไม่พึงพอใจในการให้บริการ และระดับค่าคะแนนเฉลี่ย (P-E) เป็นลบทุกด้าน โดยมีด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการลบมากที่สุด รองลงมา คือ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจ และการตอบสนองต่อผู้รับบริการเป็นลบน้อยที่สุด รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์หาคุณภาพการให้บริการของคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร
(Service Quality = Perceived Service Minus Expected Service) หรือ (P-E) เป็นรายด้าน

คุณภาพการให้บริการ	\bar{x}	S.D.	ลำดับที่
ความเป็นรูปธรรมของบริการ	-4.83	3.71	3
ความเชื่อถือไว้วางใจ	-4.76	3.95	2
การตอบสนองต่อผู้รับบริการ	-4.70	3.91	1
การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ	-5.97	4.43	4
ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ	-6.23	4.69	5
คุณภาพการให้บริการโดยรวม	-5.30	3.86	

ผลการวิเคราะห์คุณภาพการให้บริการของคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นรายข้อ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ พบว่า คุณภาพการให้บริการของคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ย (P-E) ติดลบทุกข้อ โดยข้อที่ติดลบมากที่สุดคือ ข้อที่ 25. พยาบาลและเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านถามปัญหาข้อข้องใจและบริการด้วยความเต็มใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ย (P-E) คือ -1.28 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98

ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย (P-E) ติดลบน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 5. มีอุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัยในการตรวจวัดสัญญาณชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ย (P-E) คือ -0.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79 และส่วนที่เหลืออื่นๆ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์หาคุณภาพการบริการของคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร
(Service Quality = Perceived Service Minus Expected Service) หรือ (P-E) เป็นรายข้อ

คุณภาพการให้บริการ	\bar{x}	S.D.	ลำดับที่
1.ทำเลที่ตั้งของคลินิก ปลอดภัยและสะดวกในการเดินทางมาใช้บริการ	-0.90	0.79	2
2.มีบุคลากรเพียงพอในการให้บริการ	-1.20	0.94	19
3.ห้องให้คำปรึกษามีความเป็นส่วนตัว มีตึก สะอาด	-0.95	0.77	11
4.มีเอกสาร/แผ่นพับที่เป็นประโยชน์	-0.93	0.80	4
5.มีอุปกรณ์เครื่องมือที่ทันสมัยในการตรวจวัดสัญญาณชีพ	-0.83	0.79	1
6.พยาบาลมีบุคลิกน่าเชื่อถือไว้วางใจ	-0.93	0.81	5
7.พยาบาลให้คำปรึกษาอย่างดีไม่พบความผิดพลาด	-0.95	0.86	12
8.พยาบาลมีความรู้เรื่องเอชไอวีอย่างดีและสามารถอธิบายได้ชัดเจน	-0.99	0.86	14
9.พยาบาลประเมินปัญหาและความต้องการของท่าน	-0.93	0.78	6
10.ผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลทำให้คลายความวิตกกังวล	-0.94	0.80	9
11.พยาบาลและเจ้าหน้าที่มีธรรมาภิบาลที่ดีด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม	-0.97	0.77	13
12.ระยะเวลาในการเข้าพบพยาบาลให้คำปรึกษามีความเหมาะสม	-0.93	0.82	7
13.พยาบาลให้คำแนะนำและตอบปัญหาของท่านได้เป็นอย่างดี	-0.94	0.79	10
14.แต่ละจุดบริการมีความพร้อมในการให้บริการได้อย่างรวดเร็วถูกต้องและมีการประสานงานที่ดี	-0.93	0.82	8

คุณภาพการให้บริการ	\bar{X}	S.D.	ลำดับที่
15.พยาบาลสามารถค้นหาปัญหาและให้คำปรึกษาได้ตรงกับปัญหาของท่าน	-0.92	0.84	3
16.การพูดจาและการแสดงออกของพยาบาลและเจ้าหน้าที่และทำให้ท่านมั่นใจในการบริการ	-1.19	0.88	16
17.พยาบาล สามารถตอบคำถามได้มีความรู้ที่ทันสมัย	-1.20	0.93	20
18.คำพูดของ พยาบาลทำให้ท่านมีกำลังใจมากขึ้น	-1.19	0.88	17
19.พยาบาลอธิบายถึงขั้นตอนในการตรวจรักษาโรคและทางเลือกในการรักษาให้กับท่านอย่างละเอียด	-1.18	0.90	15
20.พยาบาลคำนึงสิทธิ์ของผู้ป่วยสามารถรักษาความลับหรือสิ่งที่ไม่ต้องการให้เปิดเผยของท่านได้	-1.19	0.94	18
21.พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยน ระมัดระวังในการพูดถึงสิ่งที่เป็นความลับของท่าน	-1.23	0.95	22
22.พยาบาลและเจ้าหน้าที่ มีความเอาใจใส่ กระตือรือร้นและพร้อมในการให้บริการ นำเสนอข้อมูล/แหล่งข้อมูล เทคโนโลยีที่ทันสมัย	-1.24	0.97	23
23.พยาบาลและเจ้าหน้าที่ตั้งใจรับฟังเพื่อเข้าใจความต้องการของท่านเป็นอย่างดี	-1.25	0.96	24
24.พยาบาลและเจ้าหน้าที่ใส่ใจให้เกียรติและเห็นความสำคัญของท่านเสมอภาคเท่าเทียมกัน	-1.21	0.95	21
25.พยาบาลและเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านถามปัญหาข้อข้องใจและบริการด้วยความเต็มใจ	-1.28	0.98	25

วิจารณ์

ระดับความคาดหวังการบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในภาพรวม (dimensions) อยู่ในระดับมากที่สุด เป็นเพราะว่าปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากขึ้นทั้งสื่อจากเทคโนโลยี โทรทัศน์ และโทรศัพท์มือถือ มากขึ้น นำข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ มาเปรียบเทียบจึงต้องการรับบริการที่ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสชญาน์ โรมินทร (2561)¹² ทำการศึกษาเรื่อง ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้รับบริการมีคะแนนการรับรู้ต่อคุณภาพบริการ สูงกว่าความคาดหวังต่อคุณภาพบริการทุกด้าน อีกทั้งผู้รับบริการมีความคาดหวัง และการรับรู้ต่อคุณภาพการให้บริการโดยรวมและรายด้านทุกด้านในระดับมาก และยังสอดคล้องกับวรรณญา เขยตุ้ย และคณะ(2561)¹³ ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวัง และความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าผู้มารับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับกับการศึกษาปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม (2560)¹⁴ ที่ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบว่า ระดับคุณภาพการบริการตามความคาดหวังสูงกว่าตามการรับรู้ในทุกด้าน และผลการศึกษาของ วรรณพร ศรีอรินันท์¹⁵ พบว่าผู้มารับบริการมีความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี ทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกันโดยผู้ป่วยความคาดหวังการความเข้าใจ / เห็นอกเห็นใจ (empathy) และต้องการให้ความมั่นใจ (assurance) มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่มีความอ่อนไหวค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้มารับบริการส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นวัยทำงานที่ยังต้องเกี่ยวข้องกับผู้คนจำนวนมาก จึงมาด้วยความเครียดความวิตกกังวล⁽²⁾ ย่อมต้องการคำพูดของพยาบาลที่ทำให้มีกำลังใจมากขึ้นมีความเข้าใจ / เห็นอกเห็นใจ สามารถให้ความมั่นใจ และความเชื่อใจไว้วางใจได้ แต่ในด้านกรรับรู้พบว่าผู้รับบริการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาในระดับปานกลางทุกด้านสอดคล้องกับปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม¹⁴ ที่พบว่า การรับรู้คุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยงานคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ในด้านความเชื่อใจไว้วางใจเป็นอันดับหนึ่งทั้งนี้จากข้อคำถามผู้ป่วยมองว่าพยาบาลมีบุคลิกที่น่าเชื่อถือแต่ยังขาดความชัดเจนในการอธิบายเรื่อง

เอชไอวี รองลงมา คือ ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาล และเจ้าหน้าที่หน้าตาไม่ค่อยยิ้มแย้ม ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าบุคลากรมีไม่เพียงพอด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการยังเห็นว่าความรู้อของพยาบาลไม่ทันสมัย และด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ พยาบาลไม่ได้เปิดโอกาสให้ซักถามและไม่มีเวลาในการรับฟังปัญหาของผู้ป่วย

ค่าความคาดหวังมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าการรับรู้ในทุก ๆ ด้านของการบริการ ระดับค่าคะแนนเฉลี่ย (P-E) เป็นลบทุกด้าน โดยมีด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ใช้บริการลบมากที่สุด รองลงมาคือ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ความเป็นรูปธรรมของบริการ ความเชื่อถือไว้วางใจ และการตอบสนองต่อผู้รับบริการเป็นลบน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากคลินิกให้คำปรึกษาโรงพยาบาลกำแพงเพชรยังไม่มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ยังไม่ได้แยกการทำงานออกมาเป็นหน่วยงานปัจจุบันยังเป็นคลินิกหนึ่งของงานผู้ป่วยนอกใช้ข้อั้ตรากำลังพยาบาลร่วมกัน ซึ่งในภาวะที่ข้อั้ตรากำลังขาดแคลน งานให้คำปรึกษาถูกมองว่าไม่ใช่งานที่เร่งด่วนผู้ป่วยสามารถรอการบริการได้ อีกทั้งพยาบาลที่ให้บริการจะมาจากการผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนจากคลินิกอื่น ๆ ในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งยังไม่ได้ผ่านการอบรม ความรู้ เทคนิคด้านการให้คำปรึกษามาก่อนและจากภาวะที่ต้องทำหลายหน้าที่และปริมาณผู้มารับบริการในแต่ละวันในแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนมากทำให้ต้องเร่งรีบในการให้คำปรึกษา แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ควรเร่งปรับปรุงคือ ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ และการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ เพื่อทำให้คุณภาพการให้บริการของคลินิกให้คำปรึกษาโรงพยาบาลกำแพงเพชร ดีขึ้น และเกิดความพึงพอใจของผู้รับบริการ

สรุปความคาดหวังและการรับรู้การบริการในคลินิกให้คำปรึกษาของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ในมุมมองของผู้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกให้คำปรึกษา โรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าไม่เป็นไปตามความคาดหวัง จึงควรมีการปรับปรุงการบริการต่อไปเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการการพัฒนาการบริการให้ปรึกษาจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากผู้บริหารด้วย การมีนโยบายจากผู้บริหารที่ชัดเจน การสนับสนุนด้านงบประมาณ ข้อั้ตรากำลังที่เป็นรูปธรรม และควรมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการบริการให้คำปรึกษาของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.สุรัชย์ แก้วหิรัญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้บริหารและคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลกำแพงเพชรทุกท่านและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017. [online]. [cited 2022 March 28]; Available from : URL : http://www.thaiidsociety.org/images/PDF/hiv_thai_guideline_2560.pdf.
2. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย. [online]. [cited 2022 March 6]; Available from : URL : <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>.
3. อุษา จันทรภักดิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนล่าง (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร ; 2564.
4. คู่มือประกอบการให้การปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจเอชไอวีและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก. [online]. [cited 2022 March 6]; Available from : URL : <http://www.fhi360.org><http://www.fhi360.org>.

5. กรมการแพทย์, สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล : มาตรฐานการบริการพยาบาลด้านการรักษาสุขภาพ ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2545. หน้า 311-37.
6. ศูนย์ข้อมูลและเวชสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชร. [ฐานข้อมูล Hos XP]. ข้อมูล ณ วันที่ 2 มีนาคม 2565.
7. Parasuraman, A, Zeithaml, VA, and Berry, LL. A conceptual model of servicequality and its implications for future research(1985). Journal of marketing, 49, 41-50. [online]. [cited 2022 March 28] ; Available from : URL : https://www.researchgate.net/publication/225083670_A_Conceptual_Model_of_Service_Quality_and_its_Implication_for_Future_Research_SERVQUAL.
8. อัจฉราพร กิ่งเล็ก และ ดวงกมล ปิ่นเฉลียว. คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560 ; 9(2)กรกฎาคม – ธันวาคม : 54-63.
9. ปานหทัย มนต์สุวรรณ, นิตยา เพ็ญศิริรักษา, สมโภช รติโอพาร. คุณภาพบริการที่คาดหวังและตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษาคลินิกพิเศษเอชไอวีของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2560 ; 12(2): 43-59. [online]. [cited 2022 March 28] ; Available from : URL : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCP/article/view/179052>
10. นพวรรณ จงสง่ากลาง, วรพรรณ สโมสรรสุข, ธนบรรณ อุ่ทองมาก. การรับรู้คุณภาพบริการของผู้มารับบริการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ 2561 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2561 ; 26(2): 329-42. [online]. [cited 2022 March 28] ; Available from : URL : <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/tstj/article/view/109652>
11. Yamane, T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Edition. New York: Harper and Row; 1967.
12. มนัสชญาน์ โรมินทร์. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการที่แผนกส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลกระบี่นครินทร์ อินเตอร์เนชั่นแนล [ปริญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561. [online]. [cited 2022 March 28] ; Available from : URL : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/247293>
13. วรัญญา เขยตุ้ย, ชัญญานุช ทิวะสิงห์, วลัยพร ราชคมน์. ความคาดหวังและความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของผู้มารับบริการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. [online]. 2561. [cited 2022 March 28]; Available from : URL : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/mur2r/article/view/242726>
14. ปราณปวีณ์ โจน์เจริญงาม. ความคาดหวังและการรับรู้คุณภาพการบริการของคลินิกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. [online]. 2560. [cited 2022 March 28] ; Available from : URL : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/248141>.
15. วรณภาพ ศรีอริยพันธ์. ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปทุมธานี 1 [ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. คณะบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. [online]. 2558. [cited 2022 March 28] ; Available from : URL : http://kowdum.com/article/fileattachs/10022015114609_f_0.pdf

Endodontic management of non-vital traumatised immature permanent maxillary incisor teeth with apical periodontitis : Case Study

Naruhporn Thathai, M.Sc.(Dentistry)*

Abstract

Introduction : Endodontic management of the non-vital immature permanent teeth is challenging for clinicians because in these teeth having the open apex. Clinical concerns are primarily related to obturation difficulties, notably in controlling length.

Objectives : To demonstrate the conventional root canal treatment of non-vital immature permanent teeth with apical periodontitis and wide open apex in maxillary incisors. Apexification procedure has been advocated for treating the immature permanent teeth with an open apex to create an apical barrier. This case demonstrated methods of root canal treatment procedure included the obturation techniques for incompletely developed teeth.

Case study : A 10 years old girl reported with the complaint of sinus tract on attach gingiva of upper left anterior teeth with a history of trauma. Clinical examination showed an uncomplicated crown fracture with nearly pulpal exposure on tooth 21, the tooth was restored by resin composite. Six months later, clinical examination revealed sinus opening in relation to distal area of tooth 22. Radiographic examination of teeth 21 and 22 showed periapical radiolucent area. The gutta percha tracing was performed through sinus tract to locate the source of infection and revealed came from tooth 22. Both 21 and 22 teeth had incomplete development of root apex. The planned treatment included conventional root canal treatment and restored with resin composite. Endodontic treatment was initiated in tooth 22. After 2 years, clinical examination revealed remaining of sinus opening although the radiographic of tooth 22 revealed root formation completion with closure of root apices. Whereas the radiographic of tooth 21 revealed periapical radiolucency and not further development of root and had open apex. The apexification was planned on tooth 21 by opening the access, cleaning and shaping along with irrigation, then calcium hydroxide was placed as intracanal medicament to induced apical barrier formation. One month later, clinical examination revealed none of sinus tract thus the obturation of tooth 22 was performed. Three months after first treatment of tooth 21, apical barrier formation was presented in clinical examination then the obturation of tooth 21 could be performed. Patient showed absence of any symptoms during 3 months later. Radiographic examination revealed increase of bone healing and reduce in the size of the periapical lesion.

Conclusions : Apexification procedures with calcium hydroxide is one of the treatment options for immature permanent teeth with necrotic pulps. These procedures have proven with high success rate. This case showed both clinical and radiographic success outcomes. Therefore, the dentist should consider as a treatment option for management of non-vital immature permanent teeth.

Key words : immature teeth, open apex, apexification, calcium hydroxide

* D.D.S., M.Sc. (Dentistry) Dental Department, Nong Khae Hospital, Saraburi

การรักษาคลองรากฟันในฟันตัดบนแท้ที่ตายจากอุบัติเหตุและยังเจริญไม่เต็มที่ ที่มีการอักเสบของอวัยวะปริทันต์รอบปลายรากฟัน : กรณีศึกษา

นฤพร ทาไทย, วท.ม. (ทันตแพทยศาสตร์)*

บทคัดย่อ

บทนำ : การรักษาคลองรากฟันในฟันแท้ที่ยังเจริญไม่เต็มที่ ซึ่งมีการตายของเนื้อเยื่อในนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย เนื่องจากในฟันที่ยังเจริญไม่เต็มที่จะมีปลายรากฟันที่เปิดกว้าง ทำให้มีความยากในการอุดคลองรากฟัน ในแง่ของการควบคุมวัสดุอุดไม่ให้เกินออกไปนอกปลายรากฟัน

วัตถุประสงค์ : เพื่อแสดงผลการรักษาคลองรากฟันด้วยวิธีอนุรักษ์ในฟันตัดบนแท้ที่ยังมีการเจริญไม่เต็มที่ โดยมีปลายรากฟันเปิด ที่มีการตายของเนื้อเยื่อในร่วมกับมีการอักเสบของอวัยวะปริทันต์รอบปลายรากฟัน ด้วยการกระตุ้นให้เกิดการปิดของปลายรากฟันด้วยวิธีเอเพ็กซ์พีเคชั่น อธิบายขั้นตอนและวิธีการต่างๆ ในกระบวนการรักษาคลองรากฟัน รวมทั้งเทคนิควิธีที่เลือกใช้ในการอุดคลองรากฟันในฟันที่มีปลายรากฟันเจริญไม่สมบูรณ์

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 10 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือมีตุ่มหนองที่เหงือกบริเวณฟันหน้าบนซ้าย เคยได้รับอุบัติเหตุ ฟันซี่ 21 หักใกล้ทะลุโพรงประสาทฟัน ได้รับการรักษาโดยการบูรณะด้วยเรซินคอมโพสิต ภายหลังการรักษา 6 เดือน ตรวจพบรูเปิดทางหนองไหลที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากใกล้กลางของฟันซี่ 22 การตรวจภาพถ่ายรังสี พบเงาโปร่งรังสี บริเวณปลายรากฟันซี่ 21 และ 22 ใช้เครื่องมือตรวจสอบพบมีสาเหตุมาจากฟันซี่ 22 โดยปลายรากฟันทั้งซี่ 21 และ 22 ยังคงมีการสร้างรากฟันที่ไม่สมบูรณ์ และมีปลายรากฟันเปิด จึงวางแผนการรักษาคลองรากฟันทั้งสองซี่ด้วยวิธีอนุรักษ์และบูรณะด้วยวัสดุอุดเรซินคอมโพสิต เริ่มให้การรักษาฟันซี่ 22 ก่อน การติดตามหลังการรักษาเป็นเวลา 2 ปี ยังคงพบรูเปิดทางหนองไหลตำแหน่งเดิม แต่พบว่าฟันซี่ 22 มีการสร้างรากฟันที่สมบูรณ์ และพบการปิดของปลายรากฟัน ในขณะที่ฟันซี่ 21 พบเงาโปร่งรังสีรอบรากฟัน ไม่พบการสร้างรากฟันต่อ และมีปลายรากฟันเปิด จึงวางแผนทำการรักษาด้วยวิธีเอเพ็กซ์พีเคชั่น โดยการเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันซี่ 21 ทำการขยายร่วมกับการล้าง และใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์เป็นยาในคลองรากฟันเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อแคลเซียมกันปิดปลายรากฟัน หลังทำการรักษาไป 1 เดือน ไม่พบรูเปิดทางหนองไหล จึงทำการอุดคลองรากฟันซี่ 22 ส่วนในฟันซี่ 21 ภายหลังการรักษาครั้งแรกเป็นเวลา 3 เดือน พบการสร้างเนื้อเยื่อแคลเซียมกันปิดปลายรากฟัน จึงสามารถให้การรักษาโดยการอุดคลองรากฟันต่อได้ เมื่อติดตามผลการรักษาที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ฟันซี่นี้ได้ตามปกติ จากภาพถ่ายรังสีพบเริ่มมีการสร้างของกระดูกบริเวณปลายรากฟัน และเงาโปร่งรังสีมีขนาดเล็กลง

สรุป : การรักษาด้วยวิธีเอเพ็กซ์พีเคชั่น ด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ เป็นหนึ่งในทางเลือกการรักษาฟันแท้ปลายรากเปิดที่มีการตายของเนื้อเยื่อในที่มีอัตราความสำเร็จในการรักษาที่สูง จากกรณีศึกษานี้พบว่า มีผลการรักษาที่ดีทั้งทางคลินิก และภาพถ่ายรังสี จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับทันตแพทย์ในการรักษาฟันแท้ที่ตายและยังเจริญไม่เต็มที่

คำสำคัญ : ฟันที่ยังเจริญไม่สมบูรณ์ ฟันปลายรากเปิด เอเพ็กซ์พีเคชั่น แคลเซียมไฮดรอกไซด์

* ท.บ., วท.ม. (ทันตแพทยศาสตร์) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลหนองแค จังหวัดสระบุรี

บทนำ

การรักษาคลองรากฟันแท้ที่ยังเจริญไม่เต็มที่ ที่มีการตายของเนื้อเยื่อในร่วมกับการมีหรือไม่มีอาการอักเสบของอวัยวะปริทันต์รอบๆ ปลายรากฟันนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย เนื่องจากในฟันที่ยังเจริญไม่เต็มที่จะมีปลายรากฟันที่เปิดกว้าง และไม่มีจุดคอดที่ปลายรากฟัน ทำให้ไม่สามารถอุดคลองรากฟันได้ด้วยการรักษาคลองรากฟันด้วยวิธีอนุรักษ์ (conventional root canal treatment) เนื่องจากมีความเสี่ยงที่วัสดุอุดจะเกินออกไปในเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟัน นอกจากนี้ในฟันที่ยังมีการเจริญไม่เต็มที่จะมีผนังคลองรากฟันที่บาง ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดการแตกร้าวของผนังคลองรากฟันได้¹

ในการรักษาคลองรากฟัน ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ การเตรียมคลองรากฟันร่วมกับการล้างคลองรากฟันด้วยน้ำยาล้างคลองรากฟัน ตลอดจนการอุดคลองรากฟัน สิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากคือการกำหนดจุดสิ้นสุดในการรักษา เนื่องจากหากกำหนดจุดสิ้นสุดในการรักษาไม่เหมาะสม เช่น สั้นเกินไปจะทำให้ทำความสะอาดคลองรากฟันได้ไม่สมบูรณ์ และหากยาวเกินไปจะทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อรอบปลายรากฟันได้ โดยทั่วไปจุดสิ้นสุดในการรักษาควรอยู่ที่บริเวณจุดคอดที่ปลายรากฟัน ภายในส่วนของปลายรากฟัน

ความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในฟันเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เนื่องจากเมื่อมีภัยอันตรายต่อเนื้อเยื่อในจะขัดขวางการพัฒนาความยาว และความหนาของเนื้อฟันในคลองรากฟัน ดังนั้นในฟันที่ยังเจริญไม่เต็มที่เมื่อได้รับภัยอันตราย หรือมีการติดเชื้อ หากเป็นฟันที่ยังมีชีวิตอยู่ แนวทางในการจัดการมักจะพยายามรักษาความมีชีวิตของฟันไว้ เพื่อให้รากฟันมีการเจริญเติบโตเต็มที่ต่อไป โดยแนวทางในการรักษาดังกล่าวนี้ เรียกว่า อเพ็กซ์ไจเนซิส (apexogenesis)^{2,3} ส่วนกรณีที่เป็นฟันตาย และยังมีอาการเจริญของรากฟันที่ไม่เต็มที่ โดยมีปลายรากฟันเปิด จะมีแนวทางในการจัดการโดยการสร้างแนวกัน (barrier) เพื่อปิดปลายรากฟัน เรียกว่า อเพ็กซ์ซิฟิเคชัน (apexification) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการปิดของปลายรากฟัน เพื่อให้สามารถอุดคลองรากฟันได้แน่น และแนบสนิททุกด้าน โดยนิยมใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์ใส่ในคลองรากฟัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อแคลเซียมกัน (calcified tissue barrier) ปิดปลายรากฟัน ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาในการสร้างเนื้อเยื่อแคลเซียมกันนานประมาณ 3-18 เดือน⁴ โดยมีอัตราความสำเร็จในการรักษาทางคลินิก และภาพรังสีประมาณ 87-100% และ 87-93.3% ตามลำดับ⁵⁻⁷

กรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงผลการรักษาคลองรากฟันด้วยวิธีอนุรักษ์ในฟันตัดบนที่ได้รับอุบัติเหตุ ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในร่วมกับการอักเสบของอวัยวะปริทันต์รอบปลายรากฟัน โดยเป็นฟันที่ยังเจริญไม่เต็มที่ มีปลายรากฟันที่เปิด ด้วยการกระตุ้นให้เกิดการปิดของปลายรากฟันด้วยวิธีอเพ็กซ์ซิฟิเคชัน อธิบายขั้นตอน และวิธีการต่างๆ ในกระบวนการรักษาคลองรากฟัน รวมทั้งเทคนิควิธีที่เลือกใช้ในการอุดคลองรากฟันในฟันที่มีปลายรากฟันเจริญไม่สมบูรณ์

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป และอาการสำคัญ

หญิงไทย อายุ 10 ปี มาพบทันตแพทย์ด้วยอาการ มีตุ่มหนองที่เหงือกบริเวณฟันหน้าบนซ้าย หลังจากอุบัติเหตุ ฟันหน้าบนหัก

ประวัติทางการแพทย์

ปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ฟันหน้าบนหักจากอุบัติเหตุหกล้มเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ตรวจพบว่าฟันซี่ 21 หักใกล้ทะลุโพรงประสาทฟัน เคาะไม่มีอาการเจ็บ ตรวจความมีชีวิตของฟัน พบว่าตอบสนองปกติ จากภาพถ่ายรังสีพบว่าฟันยังมีการสร้างรากฟันไม่สมบูรณ์ และปลายรากฟันเปิด (ภาพที่ 1) ได้รับการรักษาเบื้องต้นโดยการอุดฟัน ภายหลังจากการรักษา 6 เดือน พบตุ่มหนองเกิดขึ้นที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากใกล้กลางของฟันซี่ 22 จึงได้รับการตรวจด้วยการสอดแท่งกัตตาเปอร์ชาเข้าไปบริเวณรูเปิดทางหนองไหล (sinus tract) และถ่ายภาพรังสี พบว่าปลายกัตตาเปอร์ชาหยุดบริเวณปลายรากฟันซี่ 22 โดยปลายรากฟันทั้งซี่ 21 และ 22 ยังคงมีการสร้างรากฟันที่ไม่สมบูรณ์ (ภาพที่ 2) จึงส่งต่อมาเพื่อเข้ารับการรักษาคลองรากฟัน



ภาพที่ 1 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟันภายหลังเกิดอุบัติเหตุ



ภาพที่ 2 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟัน พบว่าปลายกัตตาเปอร์ซายาหยุดบริเวณปลายรากฟันซี่ 22

การตรวจภายนอกช่องปาก

ไม่พบความผิดปกติใด ๆ

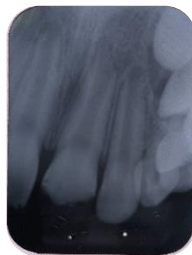
การตรวจภายในช่องปาก

ฟันซี่ 21 พบวัสดุอุดสีเหมือนฟันขนาดใหญ่ด้านใกล้กลาง-ปลายฟัน-ใกล้กลาง-ริมฝีปากสภาพปกติ (mesial-incisal-distal-labial) เหงือกปกติ ไม่พบการบวมหรือรูเปิดทางหนองไหล คล้ำปกติ เคาะเจ็บเล็กน้อย ฟันไม่โยก ความลึกร่องปริทันต์อยู่ในระดับปกติ

ฟันซี่ 22 พบสภาพฟันปกติ พบรูเปิดทางหนองไหลที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากใกล้กลางของฟันซี่ 22 คล้ำปกติ เคาะไม่เจ็บ ฟันไม่โยก ความลึกร่องปริทันต์อยู่ในระดับปกติ

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

ส่วนเนื้อฟันซี่ 21 และ 22 พบว่ามีสภาพปกติ ในส่วนรากฟันซี่ 21 พบเงาโปร่งรังสีบริเวณปลายรากฟันขนาด 5x5 ตารางมิลลิเมตร และฟันซี่ 22 พบเงาโปร่งรังสีบริเวณปลายรากฟันขนาด 2x5 ตารางมิลลิเมตร และพบว่าฟันทั้งสองซี่มีการหนาตัวของเนื้อฟันที่ผนังคลองรากฟัน และรากฟันมีความยาวเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่พบการปิดของปลายรากฟัน (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟัน ก่อนการรักษา

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาฟันซี่ 21 คือ Pulp necrosis with asymptomatic apical periodontitis และฟันซี่ 22 คือ Pulp necrosis with chronic apical abscess

การวางแผนการรักษา

วางแผนการรักษาคลองรากฟัน ที่ 21 และ 22 ด้วยวิธีอนุรักษ์ (conventional root canal treatment) และบูรณะด้วยวัสดุอุดเรซินคอมโพสิต (resin composite) เนื่องจากผู้ป่วยยังมีการเจริญเติบโตของฟันไม่เต็มที่ จึงวางแผนบูรณะฟันที่ 21 ด้วยวัสดุอุดเรซินคอมโพสิตก่อน หลังจากที่ฟันของผู้ป่วยหยุดการเจริญเติบโตแล้ว ค่อยพิจารณาบูรณะฟันที่ 21 ด้วยการทำเดือยฟันและครอบฟัน ส่วนฟันที่ 22 เนื่องจากไม่ได้มีการสูญเสียเนื้อฟัน จึงพิจารณาบูรณะฟันด้วยวัสดุอุดเรซินคอมโพสิต โดยทางเลือกในการรักษาอื่น ได้แก่ การถอนฟัน และใส่ฟันปลอมทดแทน เมื่ออภิปรายทางเลือกในการรักษา แผนการรักษา ขั้นตอนระยะเวลา การพยากรณ์โรค รวมถึงค่าใช้จ่ายร่วมกับผู้ปกครองและผู้ป่วย ผู้ปกครองตัดสินใจให้ผู้ป่วยรับการรักษาคลองรากฟันตามขั้นตอนการรักษา ดังนี้

การรักษาครั้งที่ 1

จากภาพถ่ายรังสีซึ่งทำการสอดแท่งกัตตาเปอร์ชาเข้าไปบริเวณรูเปิดทางหนองไหล พบว่า ปลายกัตตาเปอร์ชาหยุดบริเวณปลายรากฟันที่ 22 ดังนั้นจึงเริ่มให้การรักษาคลองรากฟันในฟันที่ 22 ก่อน โดยใช้แผ่นยางกันน้ำลาย (rubber dam) กรอบเปิดช่องทางเข้าสู่โพรงเนื้อเยื่อใน กำจัดเนื้อเยื่อในที่ตายออก ทำการวัดความยาวคลองรากฟันโดยใช้อุปกรณ์หยั่งปลายราก (electric apex locator) กำหนดความยาวทำงาน ขยายคลองรากฟันด้วยตะไบที่หมุนด้วยเครื่องกลยี่ห่อโพรเทปเปอร์โกลด์ (Protaper gold, Dentsply Maillefer, Switzerland) จนถึงขนาด F5 (tip size 50) ร่วมกับใช้สารหล่อลื่น (RC-Prep) ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ความเข้มข้น ร้อยละ 2.5 ซับคลองรากฟันให้แห้ง จากนั้นใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ผสมกับน้ำกลั่นในคลองรากฟัน อุดปิดด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราวควิวิท (Cavit) และไออาร์เอ็ม (IRM, Dentsply Sirona)

การรักษาครั้งที่ 2

หลังทำการรักษาครั้งแรกไป 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ เคาะไม่เจ็บ คลำปกติ และไม่พบรูเปิดทางหนองไหลที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากไกลกลางของฟันที่ 22 แล้ว จึงวางแผนทำการรักษาด้วยวิธีเอเพ็กซ์ฟิเคชัน ด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ (calcium hydroxide apexification) หรือเอ็มทีเอ (MTA apexification) เนื่องจากในภาพถ่ายรังสีพบการเจริญของรากฟันที่เพิ่มขึ้น โดยมีความยาวรากฟันที่มากขึ้น และความหนาของผนังคลองรากฟันมากขึ้น แต่ยังไม่พบการปิดของปลายรากฟัน เมื่อเทียบกับภาพรังสี 6 เดือนก่อนการรักษา

การรักษาครั้งที่ 3

เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาไปประมาณ 2 ปี เมื่อเข้ารับการรักษาต่อพบว่า ฟันที่ 22 วัสดุอุดชั่วคราวหลุดออกเกือบทั้งหมด และพบรูเปิดทางหนองไหลที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากไกลกลางของฟันที่ 22 อีกครั้ง จึงทำการตรวจด้วยการสอดแท่งกัตตาเปอร์ชาเข้าไปบริเวณรูเปิดทางหนองไหล และถ่ายภาพรังสีพบว่าปลายกัตตาเปอร์ชาหยุดที่บริเวณปลายรากฟันที่ 22 แต่พบว่าฟันที่ 22 มีความยาวรากฟันที่เพิ่มขึ้น มีการหนาตัวของเนื้อฟันที่ผนังคลองรากฟัน และพบการปิดของปลายรากฟันอย่างสมบูรณ์ ส่วนฟันที่ 21 พบเงาโปร่งรังสีรอบรากฟัน และไม่พบการสร้างรากฟันต่อ โดยรากฟันมีความยาวเท่าเดิม ไม่พบการปิดของปลายรากฟัน และไม่พบการหนาตัวของเนื้อฟันที่ผนังคลองรากฟัน (ภาพที่ 4) ดังนั้น เนื่องจากฟันที่ 22 พบมีความยาวรากฟันที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาครั้งก่อน จึงเริ่มทำการรักษาโดยใช้แผ่นยางกันน้ำลาย กรอบก้ำจัดวัสดุอุดชั่วคราวที่เหลือ ทำการวัดความยาวคลองรากฟันใหม่โดยใช้อุปกรณ์หยั่งปลายราก และกำหนดความยาวทำงานใหม่ จากนั้นขยายคลองรากฟันด้วยตะไบที่หมุนด้วยเครื่องกลยี่ห่อโพรเทปเปอร์โกลด์ จนถึงขนาด F5 ล้างคลองรากฟันด้วยน้ำเกลือ ตามด้วยน้ำยาคลอร์เฮกซิดีน ที่มีความเข้มข้นร้อยละ 2 (2% Chlorhexidine Gluconate) และใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์ผสมน้ำยาคลอร์เฮกซิดีนใส่เป็นยาในคลองรากฟัน ปิดทับด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราวควิวิท และไออาร์เอ็ม



ภาพที่ 4 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟัน พบว่าปลายกัตตาเปอร์ซาชายุคบริเวณ
ปลายรากฟันซี่ 22 แต่พบฟันซี่ 22 มีการปิดของปลายรากฟันอย่างสมบูรณ์

การรักษาครั้งที่ 4

หลังจากทำการรักษาไป 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ฟันซี่ 22 พบวัสดุอุดอยู่ในสภาพดี แต่ยังคงพบรูเปิดทาง
หนองไหลที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากใกล้กลางของฟันซี่ 22 เช่นเดิม (ภาพที่ 5) ทำการตรวจซ้ำโดยการสอดแท่งกัตตาเปอร์ซา
เข้าไปบริเวณรูเปิดทางหนองไหล (ภาพที่ 6) และถ่ายภาพรังสีพบว่าปลายกัตตาเปอร์ซาหยุดที่บริเวณด้านใกล้กลางของฟันซี่ 22
(ภาพที่ 7)



ภาพที่ 5 แสดงรูเปิดทางหนองไหลด้านใกล้กลางของฟันซี่ 22



ภาพที่ 6 แสดงการตรวจโดยการสอดแท่งกัตตาเปอร์ซาเข้าไปบริเวณรูเปิดทางหนองไหล



ภาพที่ 7 แสดงภาพรังสี เมื่อสอดแท่งกัตตาเปอร์ซาเข้าไปบริเวณรูเปิดทางหนองไหล
พบว่าปลายกัตตาเปอร์ซาหยุดที่บริเวณด้านใกล้กลางของฟันซี่ 22

การรักษาครั้งที่ 5

หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยมาทำการรักษาต่อ พบฟันซี่ 22 วัสดุอุดอยู่ในสภาพดี แต่ยังคงพบรูเปิดทางหนองไหลที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากใกล้กลางของฟันซี่ 22 เช่นเดิม จึงคาดว่ารูเปิดทางหนองไหลอาจมาจากฟันซี่ 21 เนื่องจากในภาพรังสีพบเงาไปรั้งรังสีบริเวณปลายรากฟัน แม้ว่าเมื่อทำการตรวจโดยการสอดแท่งกัตตาเปอร์ชาเข้าไปบริเวณรูเปิดทางหนองไหลจะพบว่าปลายกัตตาเปอร์ชาหยุดที่บริเวณด้านใกล้กลางของฟันซี่ 22 ก็ตาม จึงเริ่มเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันซี่ 21 ตามแผนการรักษาเดิมที่ได้วางไว้ เริ่มทำการรักษาโดยการฉีดยาชา ใส่แผ่นยางกันน้ำลาย เปิดช่องทางสูไฟรงเนื้อเยื่อใน กำจัดเนื้อเยื่อในที่ตายออก วัดความยาวคลองรากฟันใช้อุปกรณ์หยั่งปลายรากร่วมกับภาพถ่ายรังสี (ภาพที่ 8) กำหนดความยาวทำงานขยายคลองรากฟันด้วยตะไบที่หมุนด้วยเครื่องกลยี่ห่อโพรเทพเปอร์โกลด์ จนถึงขนาด F5 ล้างคลองรากฟันด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มข้นร้อยละ 2.5 ตามด้วยน้ำเกลือ และน้ำยาคลอรีนเอ็กซีดินที่มีความเข้มข้นร้อยละ 2 และใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์ผสมน้ำยาคลอรีนเอ็กซีดินเป็นยาในคลองรากฟัน ปิดทับด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราวเควิต และไออาร์เอ็ม



ภาพที่ 8 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟัน การวัดความยาวคลองรากฟันซี่ 21

การรักษาครั้งที่ 6

หลังทำการรักษาไป 1 เดือน ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ฟันซี่ 21 และ 22 พบวัสดุอุดอยู่ในสภาพดี และไม่พบรูเปิดทางหนองไหลที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากใกล้กลางของฟันซี่ 22 แล้ว (ภาพที่ 9) จึงวางแผนการรักษาต่อโดยการอุดคลองรากฟันทั้งสองซี่ เริ่มทำการรักษาโดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอกำจัดวัสดุอุดชั่วคราว พบว่า ภายในคลองรากฟันทั้งสองซี่แห้งดี ทำการลองกัตตาเปอร์ชาแท่งหลัก และถ่ายภาพรังสี (ภาพที่ 10) ล้างคลองรากฟันด้วยด้วยน้ำยาอีดีทีที่เอที่มีความเข้มข้นร้อยละ 17 ตามด้วยน้ำเกลือ และน้ำยาคลอรีนเอ็กซีดินที่มีความเข้มข้นร้อยละ 2 ชับลคลองรากฟันให้แห้ง และอุดคลองรากฟันซี่ 22 ด้วยวิธีคอนทินิวอัส เวฟ คอมแพคชัน (Continuous Wave Compaction Technique) ร่วมกับซีเมนต์อุดคลองรากฟันชนิดแคลเซียมไฮดรอกไซด์เบส (Apexit Plus Root Canal Sealer) ตัดวัสดุอุดด้วยตัวนำความร้อนแล้วใช้เครื่องมือกดอัดวัสดุอุดคลองรากฟันลงไป จากนั้นทำการเติมกัตตาเปอร์ชา ด้วยการฉีดกัตตาเปอร์ชาหลอม ด้วยวิธีเทอร์โมพลาสติกไซส์ กัตตาเปอร์ชาอินเจ็คชั่น (Thermoplasticized gutta-percha Injection Technique) ขึ้นมาจนถึงระดับรูเปิดคลองรากฟัน ปิดทับด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราวเควิต และไออาร์เอ็ม



ภาพที่ 9 แสดงเนื้อเยื่ออ่อนทางด้านใกล้ริมฝีปาก ไม่พบรูเปิดทางหนองไหลบริเวณด้านใกล้กลางของฟันซี่ 22 แล้ว



ภาพที่ 10 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟัน การลองกััดตาเปอร์ชาแท่งหลักในฟันซี่ 21 และ 22

การรักษาครั้งที่ 7

ภายหลังกการรักษาครั้งแรกในฟันซี่ 21 เป็นเวลา 3 เดือน นัดผู้ป่วยมาทำการรักษาต่อ เริ่มทำการรักษาโดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอกกำจัดวัสดุอุดชั่วคราว พบว่าภายในคลองรากฟันแห้งดี และเมื่อใช้เครื่องมือตรวจสอบภายในคลองรากฟัน พบจุดหยุดบริเวณปลายรากฟัน แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงในภาพรังสี จึงวางแผนการรักษาโดยการอุดคลองรากฟัน โดยทำการล้างคลองรากฟันด้วยดัดด้วยน้ำยาอีดีทีเอที่มีความเข้มข้นร้อยละ 17 ตามด้วยน้ำเกลือ และน้ำยาคลอร์ไฮกซ์ดีน ที่มีความเข้มข้นร้อยละ 2 ซ้ำคลองรากฟันให้แห้ง ทำการอุดคลองรากฟันโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน เริ่มจากวิธีแลทเทอรัล คอมแพคชั่น (Lateral Compaction Technique) โดยการใส่กััดตาเปอร์ชาแท่งหลักที่ได้ทำการลองไว้แล้ว ร่วมกับซีเมนต์อุดคลองรากฟันชนิดแคลเซียมไฮดรอกไซด์เบส จากนั้นทำการเติมแท่งอุดรองให้เต็มในคลองรากฟันร่วมกับการใช้ซีเมนต์อุดคลองรากฟันแล้วทำการตัดวัสดุอุดคลองรากฟันด้วยตัวนำความร้อน ด้วยวิธีคอนทิวอัส เวฟ คอมแพคชั่น (Continuous Wave Compaction Technique) ทำการทวดัดอุดคลองรากฟันโดยใช้ปลั๊กเกอร์กััดวัสดุอุดให้กระจายไปรอบๆ ตามแนวหน้าตัดของคลองรากฟัน ถ่ายภาพรังสีเพื่อประเมินคุณภาพของวัสดุอุดคลองรากฟันส่วนปลายราก (ภาพที่ 11) จากนั้นทำการเติมกััดตาเปอร์ชา ด้วยการฉีดกััดตาเปอร์ชาหลอมด้วยวิธีเทอร์โมพลาสติกไซส์ กััดตาเปอร์ชา อินเจคชั่น (Thermoplasticized gutta-percha Injection Technique) ขึ้นมาจนถึงระดับรูเปิดคลองรากฟัน (ภาพที่ 12) ปิดทับด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราวเควิต และไออาร์เอ็ม ถ่ายภาพรังสีหลังการอุดคลองรากฟัน (ภาพที่ 13)



ภาพที่ 11



ภาพที่ 12



ภาพที่ 13

ภาพที่ 11-13 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟัน ในขั้นตอนการอุดคลองรากฟันซี่ 21

การรักษาครั้งที่ 8

หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ฟันซี่ 21 และ 22 วัสดุอุดชั่วคราวอยู่ในสภาพดี เริ่มทำการรักษาโดยใส่แผ่นยางกันน้ำลาย กรอกกำจัดวัสดุอุดชั่วคราวออก ล้างด้วยน้ำเกลือ จากนั้นบูรณะพื้นโพรงฟันด้วยกลาสไอโอโนเมอร์ซีเมนต์ (glass ionomer cement) ปิดทับด้านบนด้วยวัสดุอุดเรซินคอมโพสิต ตรวจสอบการสบฟันและถ่ายภาพรังสี (ภาพที่ 14)



ภาพที่ 14 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟันภายหลังการบูรณะฟันด้านบนด้วยเรซินคอมโพสิต

การรักษาครั้งที่ 9

การติดตามผลการรักษาหลังจากอุดคลองรากฟัน 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ วัสดุบูรณะอยู่ในสภาพดี เคาะและคลำปกติ ฟันไม่โยก เนื้อเยื่ออ่อนอยู่ในสภาพปกติ ความลึกร่องปริทันต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน พบว่า เริ่มมีการสร้างกระดูกบริเวณปลายรากฟัน และเงาโปร่งรังสีมีขนาดเล็กลง (ภาพที่ 15) เมื่อเทียบกับภาพรังสีก่อนการรักษา



ภาพที่ 15 แสดงภาพรังสีรอบปลายรากฟัน เมื่อติดตามผลการรักษาหลังจากอุดคลองรากฟัน 3 เดือน

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 10 ปี มาด้วยอาการสำคัญ คือ มีตุ่มหนองที่เหงือกบริเวณฟันหน้าบนซ้าย หลังจากได้รับอุบัติเหตุหกล้มเมื่อ 1 ปีที่แล้ว ฟันซี่ 21 หักใกล้ทะลุโพรงประสาทฟัน จึงได้รับการรักษาโดยการอุดฟัน ภายหลังพบตุ่มหนองเกิดขึ้นที่เหงือกด้านใกล้ริมฝีปากใกล้กลางของฟันซี่ 22 ภาพถ่ายรังสีพบเงาโปร่งรังสีบริเวณปลายรากฟันซี่ 21 และ 22 จากการใช้เครื่องมือตรวจสอบพบว่า มีสาเหตุมาจากปลายรากฟันซี่ 22 จึงได้รับการวินิจฉัยโรคก่อนการรักษาฟันซี่ 21 คือ Pulp necrosis with asymptomatic apical periodontitis และฟันซี่ 22 คือ Pulp necrosis with chronic apical abscess วางแผนการรักษาโดยการรักษาคคลองรากฟันซี่ 21 และ 22 ด้วยวิธีอนุรักษ และบูรณะด้วยวัสดุอุดเรซินคอมโพสิต โดยฟันทั้งสองซี่ยังมีการเจริญของรากฟันที่ไม่สมบูรณ์ และมีปลายรากฟันเปิด เริ่มทำการรักษาคคลองรากฟันซี่ 22 ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อก่อน โดยการเปิดเข้าสู่คลองรากฟัน ทำการขยายคลองรากฟันร่วมกับการล้างด้วยน้ำยาล้างคลองรากฟัน และใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ผสมกับน้ำกลั่นเป็นยาในคลองรากฟัน อุดปิดด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราว 1 เดือนหลังการรักษาไม่พบรูเปิดทางหนองไหลแล้ว จึงวางแผนทำการรักษาด้วยวิธีเอเพ็กซ์ซิฟิเคชัน เพื่อให้เกิดการปิดของปลายรากฟัน และสามารถให้การรักษาโดยการอุดคลองรากฟันต่อไปได้ ภายหลังการรักษา 2 ปี พบรูเปิดทางหนองไหลตำแหน่งเดิมอีกครั้ง พร้อมกับวัสดุบูรณะชั่วคราวที่หลุดออกเกือบทั้งหมด แต่กลับพบว่าฟันซี่ 22 มีความยาวรากฟันที่เพิ่มขึ้น พบการปิดของปลายรากฟันอย่างสมบูรณ์ ส่วนฟันซี่ 21 พบเงาโปร่งรังสีรอบรากฟัน ไม่พบการสร้างรากฟันต่อ และมีปลายรากฟันเปิด ทำการตรวจสอบพบรูเปิดทางหนองไหลมาจากปลายรากฟันซี่ 22 จึงทำการเปิดเข้าสู่คลองรากฟันซี่ 22 อีกครั้ง ทำการขยาย ล้างคลองรากฟัน และใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ผสมน้ำยาคลอร์เฮกซีดีนเป็นยาในคลองรากฟัน อุดปิดด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราว ภายหลังการรักษา 1 เดือนยังคงพบรูเปิดทางหนองไหลเช่นเดิม จึงคาดว่ารูเปิดทางหนองไหลมาจากฟันซี่ 21 เนื่องจากในภาพรังสีพบเงาโปร่งรังสีบริเวณปลายรากฟัน แม้ว่าเมื่อทำการตรวจสอบ จะพบว่าปลายเคื่องมือชี้ไปที่ปลายรากฟันซี่ 22 ก็ตาม จึงทำการรักษาโดยการเปิดทางเข้าสู่คลองรากฟันซี่ 21 ทำการขยายคลองรากฟันร่วมกับการล้างด้วยน้ำยาล้างคลองรากฟัน และใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ผสมน้ำยาคลอร์เฮกซีดีนเป็นยาในคลองรากฟัน อุดปิดด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราว

หลังทำการรักษา 1 เดือน ไม่พบรูเปิดทางหนองไหลแล้ว ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ จึงวางแผนการรักษาต่อโดยการอุดคลองรากฟันทั้งสองซี่ โดยเริ่มจากฟันซี่ 22 ก่อน เนื่องจากปลายรากฟันปิดสมบูรณ์แล้ว ด้วยวิธีคอนทิงนิวส์ เวฟ คอมแพคชั่น ร่วมกับวิธีเทอร์โมพลาสติกไซส์ กัดตาเปอร์ชา อินเจ็คชั่น ปิดทับด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราว หลังจากนั้นนัดผู้ป่วยมาทำการรักษาซี่ 21 ต่อ ภายหลังการรักษาครั้งแรกเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ภายในคลองรากฟันแห้งดี และเมื่อใช้เครื่องมือตรวจสอบภายในคลองรากฟัน พบจุดหยุดบริเวณปลายรากฟัน จึงวางแผนการรักษาโดยการอุดคลองรากฟัน โดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ วิธีแลทเทอร์รอล คอมแพคชั่น ร่วมกับวิธีคอนทิงนิวส์ เวฟ คอมแพคชั่น และวิธีเทอร์โมพลาสติกไซส์ กัดตาเปอร์ชา อินเจ็คชั่น จากนั้นปิดทับด้วยวัสดุบูรณะชั่วคราว และนัดผู้ป่วยมาเปลี่ยนวัสดุบูรณะด้านบนเป็นเรซินคอมโพสิต เมื่อติดตามผลการรักษาที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ สามารถใช้งานได้ตามปกติ เนื้อเยื่ออ่อนอยู่ในสภาพปกติ จากภาพรังสีรอบปลายรากฟัน พบเริ่มมีการสร้างของกระดูกบริเวณปลายรากฟัน และเงาโปร่งรังสีมีขนาดเล็กลงเมื่อเทียบกับภาพรังสีก่อนการรักษา บ่งชี้ว่าประสบความสำเร็จในการรักษาคลองรากฟัน

วิจารณ์และข้อเสนอนแนะ

การเกิดอุบัติเหตุส่งผลให้เกิดภัยอันตรายต่อฟันเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยในเด็ก จากการสำรวจอุบัติการณ์ในเด็กนักเรียนพบการเกิดภัยอันตรายต่อฟันแท้ในเด็กถึง 25%⁸ หากภัยอันตรายที่มีความรุนแรงมักส่งผลให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในฟัน ทำให้มีความยากในการจัดการเนื่องจากฟันเหล่านี้มีการเจริญที่ยังไม่สมบูรณ์⁹ อยู่ในระหว่างการสร้างรากฟัน ทำให้รากฟันสั้น ผนังคลองรากฟันบาง และมีปลายรากฟันที่เปิด จึงไม่สามารถให้การรักษาโดยการรักษาคคลองรากฟันด้วยวิธีอนุรักษ์ได้ เนื่องจากไม่สามารถควบคุมวัสดุอุดคลองรากฟันไม่ให้เกินออกไปนอกปลายรากฟันได้¹⁰

ผู้ป่วยรายนี้ได้เกิดอุบัติเหตุหกล้ม ส่งผลให้เกิดภัยอันตรายต่อฟันหน้าบนแท้ และเกิดการตายของเนื้อเยื่อใน โดยที่ยังมีการสร้างรากฟันที่ไม่สมบูรณ์ และมีปลายรากฟันที่เปิด จึงทำการรักษาด้วยวิธีเเพ็กซิฟิเคชั่น ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในการจัดการกับฟันลักษณะดังกล่าวนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการปิดของปลายรากฟัน และสามารถให้การรักษาต่อโดยการอุดคลองรากฟันได้ โดยในผู้ป่วยรายนี้ใช้แคลเซียมไฮดรอกไซด์ใส่ในคลองรากฟันเพื่อกระตุ้นให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อแคลเซียมกันปิดปลายรากฟัน เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและมีอัตราความสำเร็จในการรักษาที่สูงถึง 90-95%¹¹⁻¹³

ผลจากการรักษาด้วยวิธีเเพ็กซิฟิเคชั่นในผู้ป่วยรายนี้ พบว่า ในฟันตัดบนซี่ข้างซ้ายมีการเจริญของรากฟันโดยสมบูรณ์ หลังทำการใส่แคลเซียมไฮดรอกไซด์ในคลองรากฟันเป็นเวลา 2 ปี โดยพบมีการปิดของปลายรากฟันและมีความยาวรากฟันที่สมบูรณ์เมื่อเทียบกับฟันซี่เดียวกันฝั่งตรงข้าม และในฟันตัดบนซี่กลางซ้ายพบมีการสร้างเนื้อเยื่อแคลเซียมปิดกันปลายรากฟัน แต่มีความยาวรากฟันที่ไม่สมบูรณ์ โดยมีความยาวรากฟันสั้นกว่าฟันซี่เดียวกันฝั่งตรงข้าม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Balesio และคณะ¹³ ที่ทำการรักษาด้วยวิธีนี้ และให้ผลเป็น 3 แบบด้วยกันคือ (1) มีการปิดของปลายรากฟันและมีความยาวรากฟันสมบูรณ์ (2) มีการปิดของปลายรากฟัน แต่มีความยาวรากฟันสั้นเล็กน้อย (3) มีการสร้างเนื้อเยื่อแคลเซียมกันหลายชั้นเป็นชั้นหนา จากรายงานผู้ป่วยฉบับนี้แสดงให้เห็นความสำเร็จของการรักษาด้วยวิธีเเพ็กซิฟิเคชั่นในฟันที่ตายและยังมีการเจริญของรากฟันไม่สมบูรณ์ โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ตามปกติ ไม่มีอาการใดๆ

สรุป

การรักษาด้วยวิธีเเพ็กซิฟิเคชั่นด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ เป็นหนึ่งในทางเลือกในการรักษาฟันแท้ปลายรากเปิดที่มีการตายของเนื้อเยื่อใน ที่ให้ผลการรักษาที่ดี และมีอัตราความสำเร็จในการรักษาที่สูง จากกรณีศึกษานี้ พบว่ามีผลการรักษาที่ดีทั้งทางคลินิก และภาพถ่ายรังสี จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับทันตแพทย์ในการรักษาฟันแท้ที่ตาย และยังไม่เจริญไม่เต็มที



เอกสารอ้างอิง

1. Trope M. Treatment of immature teeth with non-vital pulps and apical periodontitis. *Endod Top*. 2006 Jul;14(1):51–9.
2. Webber RT. Apexogenesis versus apexification. *Dent Clin North Am*. 1984 Oct;28(4):669–97.
3. Mousivand S, Sheikhezami M, Moradi S, Koohestanian N, Jafarzadeh H. Evaluation of the outcome of apexogenesis in traumatised anterior and carious posterior teeth using mineral trioxide aggregate: a 5-year retrospective study. *Aust Endod J*. 2021 Oct 26;aej.12583.
4. Frank AL. Therapy for the divergent pulpless tooth by continued apical formation. *J Am Dent Assoc* 1939. 1966 Jan;72(1):87–93.
5. El-Meligy OAS, Avery DR. Comparison of mineral trioxide aggregate and calcium hydroxide as pulpotomy agents in young permanent teeth (apexogenesis). *Pediatr Dent*. 2006 Oct;28(5):399–404.
6. Damle SG, Bhattal H, Loomba A. Apexification of anterior teeth: a comparative evaluation of mineral trioxide aggregate and calcium hydroxide paste. *J Clin Pediatr Dent*. 2012;36(3):263–8.
7. Pradhan DP, Chawla HS, Gauba K, Goyal A. Comparative evaluation of endodontic management of teeth with unformed apices with mineral trioxide aggregate and calcium hydroxide. *J Dent Child Chic Ill*. 2006 Aug;73(2):79–85.
8. Lam R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Aust Dent J*. 2016 Mar;61:4–20.
9. Karapinar-Kazandag M, Basrani B, Tom-Kun Yamagishi V, Azarpazhooh A, Friedman S. Fracture resistance of simulated immature tooth roots reinforced with MTA or restorative materials. *Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol*. 2016 Apr;32(2):146–52.
10. Weisenseel JA, Hicks ML, Pelleu GB. Calcium hydroxide as an apical barrier. *J Endod*. 1987 Jan;13(1):1–5.
11. Heithersay GS. Stimulation of root formation in incompletely developed pulpless teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1970 Apr;29(4):620–30.
12. Cvek M. Treatment of non-vital permanent incisors with calcium hydroxide. I. Follow-up of periapical repair and apical closure of immature roots. *Odontol Revy*. 1972;23(1):27–44.
13. Ballesio I, Marchetti E, Mummolo S, Marzo G. Radiographic appearance of apical closure in apexification: follow-up after 7-13 years. *Eur J Paediatr Dent*. 2006 Mar;7(1):29–34.

Study on the efficiency of anterior reduction and fusion in traumatic cervical facet dislocation at Wichian Buri Hospital : 10 Cases Report

Nattachai Wiriyasirin, M.D.*

Abstract

Introduction : A major public health issue at the moment is severe cervical spine injuries, especially facet dislocation. Since it occurs suddenly, it is detrimental to family and social life. This injuries is often caused by traffic accident. Currently, there is still no standard surgical management method for cervical spine dislocation. For individuals with cervical spine dislocation, some researchers suggested an anterior approach, and the results were promising.

Objectives : In order to evaluate the effectiveness of anterior reduction and fusion for traumatic cervical facet dislocation and spinal cord recovery from pre injury state.

Case study : This study reported 10 male patients range in age from 38-67 years. 7 patients presented with unilateral cervical facet dislocation and 3 patients presented with bilateral cervical facet dislocation. The level of facet dislocation was C3-4 in 3, C5-6 in 1, C6-7 in 4 and C7-1 in 2 patients. 1 patient presented with complete injury (ASIA A), 5 patients presented with sensory incomplete injury (ASIA B) and 4 patients presented with motor incomplete injury (ASIA C). All patients received anterior reduction and cervical discectomy and fusion at Wichian Buri Hospital between October 2014 and February 2022. Spinal cord function and returning to the cervical spine's anatomical place served as outcome indicators. cervical discectomy and fusion

Conclusions : Anterior reduction and fusion, according to this study, is effective treatment for traumatic cervical facet dislocation.

Keywords : cervical spine unilateral facet dislocation bilateral facet dislocation anterior cervical discectomy and fusion

* Medical doctor, Professional level, Department of orthopedics, Wichian Buri Hospital,

การศึกษาความสำเร็จของการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนจากอุบัติเหตุ โดยวิธีผ่าตัดดึงกระดูกให้เข้าที่และใส่แผ่นตามโลหะจากทางด้านหน้าเพื่อเชื่อมต่อ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี : รายงานผู้ป่วย 10 ราย

ณัฐชัย วิริยสิรินทร์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภัยอันตรายต่อกระดูกสันหลังและไขสันหลังโดยเฉพาะภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันผู้บาดเจ็บไม่รู้ตัวมาก่อนซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตครอบครัว และสังคม สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรซึ่งแนวทางการรักษายังมีความหลากหลาย และยังไม่มียุติวิธีใดให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตามในต่างประเทศการผ่าตัด เพื่อดึงกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนให้เข้าที่ และเชื่อมต่อทางด้านหน้าเป็นวิธีมีประสิทธิภาพที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ตามลักษณะทางกายวิภาคเดิมโดยการดึงกระดูกให้เข้าที่ทางด้านหน้าและผ่าตัดเชื่อมต่อในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลังเปรียบเทียบก่อนและหลังการผ่าตัด

กรณีศึกษา : การศึกษาผู้ป่วย 10 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด ผู้ป่วย 7 ราย มาด้วยภาวะข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อน 1 ข้าง 3 ราย มาด้วยภาวะข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อน 2 ข้าง ระดับของการบาดเจ็บประกอบด้วย C3-4 3 ราย, C5-6 1 ราย, C6-7 4 ราย, C7-T1 2 ราย โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดดึงกระดูกให้เข้าที่และผ่าตัดเชื่อมต่อทางด้านหน้าในผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ในช่วงนับตั้งแต่ ตุลาคม 2558 – กุมภาพันธ์ 2565 โดยมีการเปรียบเทียบผลการเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนคอ และการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลังก่อน และหลังการผ่าตัด

สรุป : ผลการรักษาภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนในโรงพยาบาลวิเชียรบุรี โดยการผ่าตัดดึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่เคลื่อนให้เข้าที่ทางด้านหน้าและเชื่อมต่อในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุนั้นมีประสิทธิภาพและมีการฟื้นตัวที่ดีของระบบประสาทไขสันหลังในผู้ป่วยทุกราย

คำสำคัญ : กระดูกสันหลังส่วนคอ ข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อน 1 ข้าง ข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อน 2 ข้าง การผ่าตัดดึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่เคลื่อนให้เข้าที่ทางด้านหน้า และเชื่อมต่อ

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

บทนำ

ภัยอันตรายต่อกระดูกสันหลังและไขสันหลัง โดยเฉพาะภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันผู้บาดเจ็บไม่รู้ตัวมาก่อนซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตครอบครัว และสังคม สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 48.3 อุบัติเหตุจากการพลัดตกจากที่สูง ร้อยละ 21.8 และการบาดเจ็บนี้พบได้บ่อยในบุคคลวัยทำงานมากกว่าวัยอื่น ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย¹ อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บกระดูกสันหลังทั่วโลกนั้น พบว่า มีอัตราการเกิด 10.5 ราย / ประชากร 100,000 ราย จากจำนวนผู้บาดเจ็บ กระดูกสันหลัง ทั้งหมด 768,473 ราย โดยพบในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา อัตราการเกิด 8.72 ราย / ประชากร 100,000 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว อัตราการเกิด 13.69 ราย / ประชากร 100,000 ราย โดยมีอัตราการผ่าตัดทั้งหมดประมาณ 48.8%² และสำหรับสถิติของประเทศไทยที่จังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราการเกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง 48% จาก 577 ราย ที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลัง ในช่วงปี 1985-1991 และมีผู้ป่วยรายใหม่ 378 รายต่อปี โดยคิดเป็นอัตราการเกิด 23 ราย / ประชากร 1,000,000 ราย³ ส่วนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังของโรงพยาบาลวิเชียรบุรีนั้น ตั้งแต่ ปี 2558-2564 มีจำนวน 127 ราย⁴ ซึ่งในปัจจุบันการรักษาในต่างประเทศแนวทางการรักษาภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนนั้นยังมีความหลากหลายในวิธีการรักษา และผลการรักษาและยังไม่มียุติให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ถ้าเทียบกับการรักษาวิธีอื่น เช่น การผ่าตัดดึงกระดูกให้เข้าที่ทางด้านหลัง แล้วทำการเชื่อมข้อ⁵ หรือการทำการดึงกระดูกให้เข้าที่โดยการใส่ที่เจาะทางกะโหลกศีรษะก่อนแล้วค่อยผ่าตัดเชื่อมข้ออีกที่ไม่ว่าจะเป็นเชื่อมข้อทางด้านหน้าหรือด้านหลัง⁶ หรือแม้กระทั่ง การดึงกระดูกให้เข้าที่จากทางด้านหน้าแล้วทำการผ่าตัดเชื่อมข้อในชั้นตอนเดียว^{7,8,9} นั้นก็ตาม ประกอบกับในประเทศไทยยังไม่มีรายงานการรักษาผู้ป่วยลักษณะนี้มาก่อน จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อหาวิธีการรักษาที่เหมาะสมเพื่อความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ตามลักษณะทางกายวิภาคเดิมและการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลังที่ดีขึ้น เพื่อลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีผลทำให้อัตราการตายลดลง และอัตราการมีชีวิตรอด (survival rate) และอายุคาดหวัง (life expectancy) รวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มมากขึ้น¹⁰

รายงานผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 38 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนาเพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine unilateral facet dislocation C6-7 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) C

การวินิจฉัย

Unilateral facet dislocation C 6-7

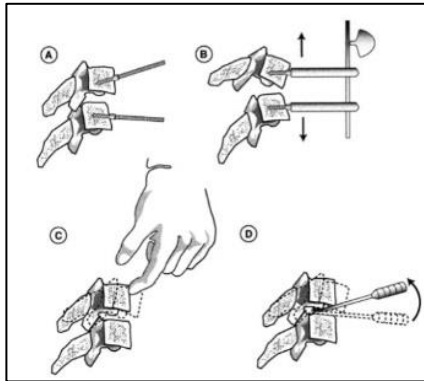
สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ 6-7
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ C

การรักษาที่ได้รับ Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C5-6 with iliac crest bone graft

ในขั้นตอนของการผ่าตัดหลังจากได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์แล้วทำการจัดท่าเตรียมผู้ป่วยในท่านอนหงาย รองบริเวณสะบัก ต้นคอ และ สะโพก ด้วยผ้าให้ระดับต้นค้อมี cervical lordosis และเอกซเรย์ดูตำแหน่งที่จะลงมีดแล้วทำสัญลักษณ์ไว้เพื่อง่ายต่อการผ่าตัด หลังจากนั้นทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัดที่ต้นคอและสะโพก แล้วทำการปูผ้าปราศจากเชื้อ และทำการลงมีดผ่าตัดบริเวณต้นคอด้านซ้ายตรงตำแหน่งตามเอกซเรย์ที่ได้ทำสัญลักษณ์ไว้ก่อนหน้า หลังจากผ่านชั้นกล้ามเนื้อจนถึงตำแหน่งของหมอนรองกระดูกทำการเอาหมอนรองกระดูกสันหลังข้อที่เป็นปัญหาออกทั้งหมด จนเห็นถึง posterior longitudinal ligament ชั้นตอนต่อไปคือการดึงกระดูกเข้าที่โดยใช้ caspar pin ใส่เข้าที่กระดูกสันหลังส่วนคอข้อบนและล่าง โดยให้เอียงทำมุม 10-20 องศา และประกอบเข้ากับ lamina spreader หลังจากนั้นให้ขัน lamina spreader¹¹ ให้ถ่างออกเพื่อเป็นการยึดให้ข้อต่อกระดูกสันหลังที่หลุดเคลื่อนไปทางด้านหน้าถอยหลังกลับเข้าที่โดยต้องทำด้วยความระมัดระวัง ดังรูปที่ (1)

และทำการเชื่อมข้อโดยตัดกระดูกบริเวณสะโพกขนาดเท่ากับช่องหมอนรองกระดูกที่นำออกไปและนำมาใส่ทดแทนในช่องหมอนรองกระดูกและใส่แผ่นโลหะตามเพื่อความมั่นคงแข็งแรง ดังรูปที่ (2)



รูปที่ 1



รูปที่ 2

เกณฑ์การประเมินผลการรักษา

1. ความสำเร็จในการตั้งกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ตามลักษณะทางกายวิภาคเดิมโดยการตั้งกระดูกให้เข้าที่ทางด้านหน้าและผ่าตัดเชื่อมข้อ โดยมีค่าดังนี้

1.1 Local segmental angle¹² หมายถึงการประเมินมุมระหว่างกระดูกสันหลังส่วนคอข้อบนและล่างที่เคลื่อนโดยมีการทำมุมต่อกันเป็นองศา มีค่าระหว่าง -5.2° ถึง 8.6°

1.2 Step-off distance¹³ ระยะการเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนคอข้อบนและล่าง มีค่าไม่เกิน 3.5 มิลลิเมตร

2. การประเมินการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA Classification (American spinal cord injury association)¹⁴ ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด ดังนี้

การตรวจหา Neurological level (NLI) ซึ่งเป็นตำแหน่งล่างสุดที่มีความปกติทั้ง sensory และ motor function ทั้งสองข้างการประเมินจะกระทำหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะ spinal shock แล้ว โดยการประเมินมีวิธีดังนี้

2.1 การตรวจหา Sensory level เป็นการตรวจประเมินความรู้สึกตาม Dermatome ตั้งแต่ระดับ C2-S4-5 (28 dermatome) ทั้งสองข้างโดย

2.2.1 การตรวจ Light touch โดยใช้ก้อนสำลี และ Pin prick โดยใช้เข็มกลัดช้อนปลาย (safety pin) ในการตรวจ และมีระดับคะแนน 0-2 เมื่อเปรียบเทียบกับบริเวณใบหน้า Score 0-2 และมีรายละเอียด ดังนี้ คือ 0 = Absent 1 = Altered, either decreased/impaired sensation or hypersensitivity 2 = Normal NT = Not testable

2.2.2 การตรวจ Rectal area examination เพื่อตรวจว่ามีความรู้สึกรอบรูทวาร หรือภายในรูทวาร หรือไม่ และ/หรือว่ามีกำลังของกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักถ้าหากตรวจพบอย่างใดอย่างหนึ่งอยู่ถือว่ามีการคงสภาพของระบบความรู้สึกเรียกว่ามี sensory sparing หรือ sacral sparing

2.2 การตรวจหา Motor level เป็นการประเมินกล้ามเนื้อ โดยใช้ Manual muscle testing จากกล้ามเนื้อส่วนต้นไปยังส่วนปลายตาม myotome และถือตำแหน่งส่วนปลายสุดที่มี Muscle strength grade 3 ถือว่าเป็นระดับที่ปกติ ทั้งนี้กล้ามเนื้อที่อยู่ส่วนต้นต่อกล้ามเนื้อมัดดังกล่าวนี้ต้องมี Muscle strength grade 4 - 5 เท่านั้น แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ **ASIA A** : Complete injury เป็นอัมพาตสมบูรณ์ ไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกจากในและหรือรอบทวารหนัก **ASIA B** : Sensation spare เป็นอัมพาตแต่ยังรับรู้ความรู้สึกได้ในส่วนที่ต่ำกว่า NLI ร่วมกับสามารถรับรู้ความรู้สึกในทวารหนัก และหรือรอบทวารหนัก แต่ไม่มีการทำงานของประสาทสั่งการส่วนที่เป็นอัมพาต **ASIA C** : Motor incomplete ยังมีการทำงานของประสาทสั่งการต่ำกว่า NLI และมากกว่าครึ่งหนึ่งของกล้ามเนื้อมัดหลักที่ติดต่อกับ NLI มีกำลังกล้ามเนื้อน้อยกว่าระดับ 3 **ASIA D** : Motor incomplete ยังมีการทำงานของประสาทสั่งการต่ำกว่า NLI และมากกว่าครึ่งหนึ่งของกล้ามเนื้อมัดหลักที่ติดต่อกับ NLI มีกำลังกล้ามเนื้อตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป **ASIA E** : ประสาทสั่งการประสาทรับความรู้สึกและการขับถ่ายเป็นปกติ

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 2.54 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 1.03 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก C เป็น E

รายงานผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 55 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine unilateral facet dislocation C3-4 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) B

การวินิจฉัย

Unilateral facet dislocation C3-4

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ 3-4
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C3-4 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 5.31 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 1.05 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก B เป็น C

รายงานผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine bilateral facet dislocation C6-7 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) B

การวินิจฉัย

Bilateral facet dislocation C6-7

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ 6-7
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ B

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C6-7 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 4.45 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 1.80 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก B เป็น C

รายงานผู้ป่วยรายที่ 4

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine unilateral facet dislocation C5-6 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) B

การวินิจฉัย

Unilateral facet dislocation C5-6

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ 5-6
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ B

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C5-6 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 3.98 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 1.23 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก B เป็น D

รายงานผู้ป่วยรายที่ 5

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine unilateral facet dislocation C5-6 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) B

การวินิจฉัย

Unilateral facet dislocation C5-6

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ 5-6
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ B

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C5-6 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 4.44 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 1.79 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก B เป็น D

รายงานผู้ป่วยรายที่ 6

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 45 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอและอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine unilateral facet dislocation C6-7 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) C

การวินิจฉัย

Unilateral facet dislocation C6-7

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ C6-7
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ C

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C6-7 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 3.02 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 1.60 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก C เป็น E

รายงานผู้ป่วยรายที่ 7

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 61 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine unilateral facet dislocation C6-7 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) B

การวินิจฉัย

Unilateral facet dislocation C6-7

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ C6-7
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ B

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C6-7 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 3.20 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 1.80 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก B เป็น D

รายงานผู้ป่วยรายที่ 8

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine bilateral facet dislocation C7-T1 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) C

การวินิจฉัย

Bilateral facet dislocation C7-T1

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ C7-T1
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ C

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C7-T1 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 3.21 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 2.50 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก C เป็น E

รายงานผู้ป่วยรายที่ 9

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine bilateral facet dislocation C7-T1 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) C

การวินิจฉัย

Bilateral facet dislocation C7-T1

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ C7-T1
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ C

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C7-T1 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 6.85 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 2.30 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก C เป็น E

รายงานผู้ป่วยรายที่ 10

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนา เพชรบูรณ์ ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ มีอาการปวดต้นคอ และอ่อนแรงแขนขาทั้ง 2 ข้าง film x-ray c spine unilateral facet dislocation C3-4 ตรวจร่างกายทางระบบประสาทไขสันหลัง American Spinal cord Injury Association (ASIA) A

การวินิจฉัย

Unilateral facet dislocation C3-4

สรุปปัญหา

1. ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนข้อที่ C3-4
2. ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง ASIA score ระดับ A

การรักษาที่ได้รับ

Anterior reduction and anterior cervical discectomy and fusion C3-4 with iliac crest bone graft

ผลการประเมิน

1. ผู้ป่วยมีค่าความสำเร็จในการดึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้เข้าที่ Local segmental angle 2.22 องศา ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงของความสำเร็จ และค่า Step-off distance 2.60 มิลลิเมตร ซึ่งไม่เกินค่ามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลัง ASIA score ที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด จาก A เป็น C

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยที่กระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อน เป็นเพศชายทั้งหมด และมีอายุระหว่าง 38-67 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย¹

การผ่าตัดดึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่เคลื่อนให้เข้าที่ทางด้านหน้าและเชื่อมข้อ ในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุไคโรศึกษาที่มีความสำเร็จโดยสามารถดึงกระดูกให้เข้าที่ในผู้ป่วยทุกรายมีค่า step off distance และ local segmental angle อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยไม่ต้องมีการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดทางด้านหลัง เนื่องด้วยการผ่าตัดทางด้านหน้านั้น เป็นการผ่าตัดที่แพทย์มีความคุ้นเคยทางด้านกายวิภาคศาสตร์ ทำให้ผ่าตัดได้ง่ายเพราะทำผ่าตัดในท่านอนหงาย เสียเลือดน้อย และที่สำคัญ

ยังสามารถควบคุมมุม cervical lordosis¹⁵ ให้ได้แนวที่ใกล้เคียงค่าปกติดีกว่าการผ่าตัดทางด้านหลัง นอกจากนี้ ยังมีการใช้เทคนิคในการช่วยดึงกระดูกโดยใช้ caspar pin และ lamina spreader¹¹ ซึ่งจะแตกต่างจากการผ่าตัดทางด้านหลังที่อาจจะต้องตัด facet joint ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศซึ่งในระยะหลังมีการผ่าตัดทางด้านหน้ามากขึ้น ผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อนที่มีการบาดเจ็บไขสันหลัง มีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลังทั้งหมด หลังได้รับการผ่าตัดดึงกระดูกให้เข้าที่จากทางด้านหน้าและใส่เหล็กตาม เพื่อเชื่อมต่อในการศึกษานี้ โดยมีค่า ASIA Score ที่ดีขึ้น ประมาณ 1-2 ระดับ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศ⁹ ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สรุป

การผ่าตัดดึงกระดูกสันหลังส่วนคอที่เคลื่อนให้เข้าที่ทางด้านหน้าและเชื่อมต่อในผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ มีความสำเร็จในการดึงกระดูกให้เข้าที่และมีการฟื้นตัวของระบบเส้นประสาทไขสันหลังในผู้ป่วยทุกคน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติที่ช่วยขัดเกลาและให้คำแนะนำด้านสถิติ และระเบียบวิธีวิจัย รวมทั้งนายแพทย์กอบชัย จิระกาญชัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิเชียรบุรี และแพทย์หญิงนาฏจิต แจ่มอ่วม รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลวิเชียรบุรี ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. MJ DeVivo. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications. Spinal Cord 2012 ; 50: 365–72.
2. Kumar R, Lim J, Mekary RA, Rattani A, Dewan MC, Sharif SY, et al. Traumatic Spinal Injury : Global Epidemiology and Worldwide Volume, World Neurosurg 2018 May [online]. [cited 2022 Feb 14]. Available from : doi: 10.1016/j.wneu.2018.02.033.
3. Kovindha A. A retrospective study of spinal cord injuries at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. during 1985-1991. Chiang Mai Med Bull 1993 ; 32 : 85-92
4. ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง รพ.วิเชียรบุรี พศ.2558-2564 (หน่วยเวชระเบียนผู้ป่วย รพ.วิเชียรบุรี) สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2565)
5. Ke Liu, Zhengfeng Zhang. Comparison of a novel anterior-only approach and the conventional posterior–anterior approach for cervical facet dislocation: a retrospective study. Eur Spine J 2019 ; 28(10) : 2380-9
6. Ke Liu, Zhengfeng Zhang. A Novel Anterior-Only Surgical Approach for Reduction and Fixation of Cervical Facet Dislocation. World Neurosurg 2019 ; 128 : e362-e369.
7. Abdelgawaad AS, Metry ABS, Elnady B, Sheriff Eel. Anterior Cervical Reduction Decompression Fusion with Plating for Management of Traumatic Subaxial Cervical Spine Dislocations. Global Spine J 2021 ; 11(3): 312–20.
8. Del Curto D, Tamaoki MJ, Martins DE, Puertas EB, Belloti JC. Surgical approaches for cervical spine facet dislocations in adults (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews 2020
9. Lee W, Wong CC. Anterior-Along Surgical Treatment for Subaxial Cervical Spine Facet Dislocation: A Systematic Review. Global Spine Journal 2021 ; 11(2) : 256-65.
10. Devivo MJ. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications. Spinal Cord 2012 ; 50(5) : 365-72.



11. Ordonez BJ, Benze EC, SaitNaderi S, Weller SJ. Cervical facet dislocation: techniques for ventral reduction and stabilization. J Neurosurg 2000 ; 92(1 Suppl) : 18-23.
12. Gao W, Wang B, Hao Dj, Zhu Zq, Guo H, Li H, et al. Surgical Treatment of Lower Cervical Fracture-Dislocation with Spinal Cord Injuries by Anterior Approach: 5- to 15-Year Follow-Up. World Neurosurg 2018 ; 115 : e137-e145.
13. Bishokarma S. Spinal Trauma. Kathmandu, Nepal : Neurosurgery at National Institute of Neurosurgical and Allied Sciences ; 2016
14. Hachem LD, Ahuja CS, Fehlings MG. Assessment and management of acute spinal cord injury: From point of injury to rehabilitation. J Spinal Cord Med 2017 ; 40(6) : 665-75.
15. De-Chao Miao, Can Qi, Feng Wang, Kuan Lu, Yong Shen. Management of Severe Lower Cervical Facet Dislocation without Vertebral Body Fracture Using Skull Traction and an Anterior Approach. Med Sci Monit 2018 ; 24 :1295-1302.

Nursing care of patient with sepsis : a case study

Photsara Khamput, D.N.S*

Abstract

Introduction : Sepsis is a condition in which the body reacts to the infection causing loss of function of various organ systems in the body. It is a life-threatening condition. If medical treatment is not received promptly, the patient will have a high mortality rate.

Objective : To be a guideline for effective nursing care for patients with sepsis.

Case study : The patient with sepsis admitted between 11-28 March 2020.

A 69-year-old Thai male patient with a history of hypertension and prostate cancer on percutaneous nephrostomy admitted to the hospital due to fever and 3 times liquid defecation 5 hours prior to admission. The first visit at the emergency department, he had fully consciousness. His vital signs were recorded as the blood pressure 82/54 mmHg with the mean blood pressure 63 mm Hg, the pulse rate 102 beats per minute, respiratory rate 22 breaths/minute and body temperature 37.8 degrees Celsius. The MEWS score was 4 SIRS 3/4. Blood Lactate was 2 mmol/L. CBC revealed WBC result 28660 cell/mm³, Lymphocyte 4.0% and Neutrophil 95.1%. The diagnosis was acute gastroenteritis with severe sepsis. He was treated with intravenous fluid 0.9%NSS with the rate of 1,700 ml/hr and then 80ml/hr. The intravenous antibiotics were Ceftriazone 2gm iv OD and Metronidazone 500 mg iv q 8hr for 3 days. The hemoculture results showed Escherichia bacteria and then the intravenous antibiotic was changed to Meropenam 500 mg iv q 12hr as to the bacteria sensitivity to the antibiotic. During the admission, the patient had many problems; septic shock, hyperkalemia, hyponatremia, infection of the gastrointestinal tract, anemia due to decreased oxygen transporter associated with chronic illness and the risk of complications from percutaneous nephrostomy. The patient and his family concerned about the illness so the pre-discharge home continuity care was encouraged and all the problems were solved. The patient was safe from septic shock and the complications. The total hospital stay was 17 days.

Conclusion : In caring of patients with sepsis, the nurses play an important role in patient care at the beginning. The assessment and screening of the patients are essential for rapid implementation of patient care guidelines. Nursing care planning could respond to the changes in symptoms in the urgent situation. As a result, the patient was safe from the crisis without any complications.

Keywords : sepsis, nursing care of patients with sepsis

*Professional registered nurse Thungphothale Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

พจนัสรา คำพุ่ม, ป.พ.ส*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานระบบอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที จะมีอัตราการเสียชีวิตสูง

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่างวันที่ 11-28 มีนาคม 2563

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง มะเร็งต่อมลูกหมาก on Percutaneous Nephrostomy เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลด้วย ไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง ก่อนมา 5 ชั่วโมง อาการแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 82/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส MEWS score 4 SIRS 3 ใน Blood Lactate 2 mmol/L ผลตรวจ CBC WBC 28,660 cell/mm³ Lymphocyte 4.0% Neutrophil 95.1% ได้รับการวินิจฉัย Acute gastroenteritis with severe sepsis ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,700 ml/hr then 80 ml/hr และยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ceftriazone 2 gm iv OD และ Metronidazole 500 mg iv q 8 hr เป็นเวลา 3 วัน ผล Hemoculture พบเชื้อ Escherichia จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Meropenam 500 mg iv q 12 hr ระหว่างรับไว้ใน การดูแลผู้ป่วยมีปัญหา คือ มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง และภาวะโซเดียมในเลือดต่ำจากไตสูญเสียหน้าที่ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก On Percutaneous Nephrostomy ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และให้การส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อนจำหน่าย ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 วัน

สรุปกรณีศึกษา : การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับ การประเมิน การคัดกรองผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวัง ติดตามอาการ และอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงได้ในภาวะเร่งด่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

คำสำคัญ : ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นผลมาจากระบบต่างๆ ของร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ (Systemic Inflammatory Response Syndrome) ทำให้เกิดอาการ และอาการแสดงทางคลินิกออกมา ทั้งในตำแหน่งที่มีการติดเชื้อที่อยู่นอกตำแหน่งที่ติดเชื้อ ทั้งอวัยวะใกล้เคียง และอยู่ห่างออกไป มีผลให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก (Septic shock) และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว (Multiple organ system dysfunction) ได้อย่างรวดเร็ว หากการดำเนินของโรคไม่ได้รับการแก้ไขจะนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยในอัตราที่สูง¹ การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศไทย และอุบัติการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประมาณ 175,000 ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 45,000 ราย/ต่อปี ซึ่งนับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมาก โดยอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อยู่ที่ร้อยละ 32.92, 31.17 และ 33.70²

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 19, 47 และ 57 รายตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง คิดเป็น 52.6, 27.6 และ 17.5 ตามลำดับ ร้อยละการได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร คิดเป็น 36.8, 14.8 และ 17.5 ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เท่ากับร้อยละ 0, 7.6 และ 20 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับของโรงพยาบาล³ จากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อและเสียชีวิต พบว่าการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง เกิดมีความล่าช้าในขั้นตอนการประเมิน และการประเมินซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ล่าช้า

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถ ในการตรวจจับความเปลี่ยนแปลง (Early detection) ของอาการและอาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างถูกต้องและมีการรายงานความผิดปกติที่ตรวจพบอย่างรวดเร็ว สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยหรือแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง กรณีศึกษาที่จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วย โดยนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้ร่วมกับการวางแผนการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ลดการเกิดภาวะคุกคามต่ออวัยวะสำคัญและการเสียชีวิต

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง มีไข้ ญาตินำส่งโรงพยาบาล

อาการแรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 82/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% MEWS score 4 SIRS 3 ใน 4 qSOFA 2 ใน 3 วินิจฉัยโรค Acute gastroenteritis with sepsis

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคความดันโลหิตสูง 10 ปี ต่อมลูกหมากโต 3 ปี พบมะเร็งต่อมลูกหมากระยะสุดท้าย on Percutaneous Nephrostomy ที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ และรักษาตามอาการมา 5 เดือน ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ค่า BMI =22.8

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 82/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97 %

ผิวหนัง : ผิวขาว ซีด ผิวหนังเย็นชื้น ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะ และใบหน้าสมส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดำมีแชมพูสระ ตาทั้งสอง 2 ข้างมองเห็นปกติ ไบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีอกบวม อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดเสียงปกติ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murrur อัตราชีพจร 102 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ On Percutaneous Nephrostomy แผลไม่มี discharge ซึม ปวดท้องด้านซ้าย ท้องไม่แข็งตึง

กล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ ไม่มีการรอยโรคการหักเคลื่อนหรือผิดปกติ motor power grade 4

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบ พูดคุยรู้เรื่อง E4V5M6 Coma score = 15

ระบบทางเดินปัสสาวะ : On Percutaneous Nephrostomy ปัสสาวะคาสาย ไม่มี bladder full

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย มีน้องสาวดูแลให้ความช่วยเหลือ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Blood lactate : 2 mmol/L

Complete blood count : Hemoglobin =8.4 g/dl Hematocrit =25.7% WBC=28,660 cell/mm³

Lymphocyte=4.0% Neutrophil=95.1%

Biochemistry : BUN = 41.86 mg/dl Creatinine = 2.92mg/d eGFR = 20.93 ml/min/ 1.73m² Sodium = 128.9 mmol/L

Potassium = 6.15 mmol/L

Urinalysis : RBC = 2-3 Cells/HPF WBC = 3-5 Cells/HPF Urine culture : no growth

Hemoculture : Escherichia coli, CXR PA upright : Normal

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง และการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติให้ประวัติ ไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง

O : ความดันโลหิต 82/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส SIRS 3 ใน 4 qSOFA 2 ใน 3 MEW score 4 Blood Lactate 2 mmol/L WBC 28,660 cell/ Neutrophil = 95.1% Hemoculture พบเชื้อ Escherichia coli

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95%
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก
3. Blood lactate < 2 mmol/L
4. ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น กระสับกระส่าย สับสน ซึมและไม่รู้สึกตัว ผิวหนังเย็นชื้น และซีดริมฝีปากซีด เล็บมือเล็บเท้าอาจเขียว capillary refill จะนานกว่า 2 วินาที อัตราชีพจรเบาเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที อัตราหายใจเร็วและลึกมากกว่า 24 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ
2. ประเมินสัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาที เมื่อค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท บันทึกทุก 1 ชั่วโมง เมื่ออาการเริ่มคงที่เปลี่ยนเป็นทุก 2 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมงตามลำดับ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 95% ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ
3. ประเมิน MEWS score ตามเกณฑ์ที่กำหนด คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 รายงานแพทย์
4. ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation ภายใน 1 ชั่วโมง อย่างเพียงพอ และทันเวลา โดย On 0.9%NSS 1,700 ml/hr then 80 ml/hr และประเมินภาวะน้ำเกิน โดยการฟังปอด และติดตามผล Chest X-ray
5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ได้แก่ Ceftriazone 2 gm iv OD และ Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์หลังจากเก็บ Hemoculture พร้อมสังเกตผลข้างเคียง และอาการแพ้ยา
6. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ พร้อมประเมินปริมาตรสารน้ำที่เข้า และออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง
7. ติดตามผลการตรวจ Blood lactate และประเมินซ้ำใน 3 ชั่วโมง
8. เฝ้าระวังภาวะorgan dysfunctionทุกระบบ โดยติดตามอาการและอาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยเท่ากับ 70 – 76 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต 93/58 - 108/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเท่ากับ 88 - 114 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 95 - 98%
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก
3. ผล Blood lactate วันที่ 11 มีนาคม 2565 หลัง Fluid resuscitation ให้ 0.9%NSS 1,700 ml เจาะซ้ำหลัง 3 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น 2.6 mmol/L วันที่ 12 มีนาคม 2565 ผล Blood lactate สูงขึ้น 3.1 mmol/L Fluid resuscitation ให้ 0.9% NSS 1000 ml/hr เจาะซ้ำใน 3 ชั่วโมง ลดลง 0.6 mmol/L
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ปริมาณ 400-1200 มิลลิลิตร / 8 ชั่วโมง

การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

S : อ่อนเพลีย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง

O : Biochemistry : Potassium 6.15 mmol/L BUN 41.86 mg/dl Creatinine 2.92 mg/d eGFR 20.93 ml/min/1.73 m2

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา ใจสั่น ชีพจรเต้นเบาว่าปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจหยุดเต้น
2. ผล Biochemistry : Potassium 3.5 - 5.5 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง เช่น อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง รู้สึกชาตามร่างกาย การหายใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจหยุดเต้น
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงในระยะแรกและเปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้น
3. ดูแลให้ยา Kalimate 30 gm ผสมน้ำ 50 ml รับประทาน เพื่อลดระดับโพแทสเซียมในเลือด พร้อมสังเกตอาการผิดปกติ
4. แนะนำงดอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่กล้วย ถั่วเปลือกแข็ง ถั่วที่อยู่ในฝัก นม มันฝรั่ง
5. ประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายโดยบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า และออกจากร่างกายทุก 8 และ 24 ชั่วโมง
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง รู้สึกชาตามร่างกาย การหายใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจหยุดเต้น
2. วันที่ 12 มีนาคม 2565 Potassium 5.06 mmol/L, 16 มีนาคม 2563 Potassium 4.04 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

S : อ่อนเพลีย ถ่ายเหลว 3 ครั้ง

O : Biochemistry : Sodium 128.9 mmol/L BUN 41.86 mg/dl Creatinine 2.92 mg/d eGFR 20.93 ml/min/1.73m²

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หมดแรงอ่อนล้า สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง กระตุก กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย
2. ผล Biochemistry : Sodium 135-145 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หมดแรงอ่อนล้า สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง กระตุก กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงในระยะแรกและเปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการดีขึ้น
3. ดูแลให้รับโซเดียมทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 ml iv 80 ml /hr ตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ดื่มน้ำเกลือแร่บ่อยๆ เพื่อเพิ่มระดับโซเดียมในร่างกาย
5. ประเมินจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระและลักษณะอุจจาระ เพื่อประเมินภาวะการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ออกจากร่างกาย
6. ประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายโดยบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายทุก 8 และ 24 ชั่วโมง
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หมดแรงอ่อนล้า สับสนมึนงง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง กระตุก กระสับกระส่าย หงุดหงิดง่าย
2. วันที่ 12 มีนาคม 2565 Sodium 135.6 mmol/L วันที่ 16 มีนาคม 2565 Sodium 138.6 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

S : ผู้ป่วยบอกรู้ไข้หนาวสั่น ครั่นเนื้อครั่นตัว ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง

O : มีไข้ 38.2 - 39.8 องศาเซลเซียส WBC 28,660 cell/mm³ Lymphocyte 4.0% Neutrophil 95.1%

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ
3. ผล CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ WBC 5,000-10,000 cell/mm³ Neutrophil 55-75% Lymphocyte 25-35%

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังติดตามและประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ
2. เช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวล เพราะน้ำจะช่วยพาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนัง ทำให้อุณหภูมิลดลง และทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น
3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อนทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง
4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อย ๆ เพราะเป็นการทดแทนการขาดน้ำ และเป็นการลดความร้อนของร่างกาย โดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm. ทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง Metronidazole 500 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง
6. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg 1 เม็ด รับประทานเมื่อมีไข้มากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียสทุก 4 ชั่วโมง
7. ประเมินการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะและจำนวนครั้งทุก 8 ชั่วโมง
8. แนะนำการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร การล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังจากการเข้าห้องน้ำทุกครั้ง

การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส วันที่ 13 - 14 มีนาคม และวันที่ 17 - 28 มีนาคม 2565
2. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระปกติวันที่ 14 - 17 มีนาคม 2565
3. ไม่มีผลตรวจ CBC

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะโลหิตจาง เนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

- S : อ่อนเพลีย
O : ความดันโลหิตสูง 10 ปี มะเร็งต่อมลูกหมาก 5 เดือน
ผล CBC : Hemoglobin 8.4 g/dl Hematocrit 25.7%

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโลหิตจาง

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ
2. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตก หกล้ม
3. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตมากกว่าหรือ 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95%

การวางแผนการพยาบาล

1. ประเมินอาการ และอาการแสดงภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ หายใจถี่ หอบ ง่วงซึม หัวใจเต้นเร็ว มีอาการซีดตามปลายมือปลายเท้า และเยื่อบุตา มี Postural Hypotension
2. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ เมื่อค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 95%

4. เผื่อระวังติดตามและประเมินสัญญาณชีพ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง
5. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ใส่ไม้กันเตียงตลอดเวลา จัดวางกริ่งเรียกให้ผู้ป่วยหยิบใช้ได้สะดวก แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าควรรทำอย่างช้า ๆ และญาติดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันบนเตียง
6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Folic acid, vitamin B₁₋₆₋₁₂ เพื่อป้องกันภาวะซีด
7. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ไข่แดง นม ตับ ผักใบเขียว
8. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะโลหิตจาง ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ หายใจถี่ หอบ ง่วงซึม หัวใจเต้นเร็ว ให้รีบปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล
9. ติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง ถ้าพบว่ามีอาการแสดงให้ประสานงานแพทย์ร่วมดูแล
10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เกณฑ์การประเมิน

1. ลูกนั่งบนเตียงไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ
2. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตก หกล้ม
3. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยเท่ากับ 70 - 76 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิต 93/58 - 108/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเท่ากับ 88 - 114 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 95 - 98%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากรอยไตผ่านทางผิวหนัง (On Percutaneous Nephrostomy)

ข้อมูลสนับสนุน

S : มีอาการเจ็บบริเวณแผล On Percutaneous Nephrostomy

O : แผลบริเวณ On Percutaneous Nephrostomy มี discharge ซึมเล็กน้อย รอบแผลแดง ๆ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากรอยไตผ่านทางผิวหนัง (On Percutaneous Nephrostomy)

เกณฑ์การประเมินผล :

1. รอบแผลไม่บวมแดง ปัสสาวะไหลสะดวกดี สีเหลืองปกติ
2. สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากรอยไตผ่าน ทางผิวหนังไม่เลื่อนหลุด
3. ผล Urinalysis : WBC 0-5 Cells/HPF RBC 0-5 Cells/HPF, Urine culture : no growth

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะแผล และดูแลทำแผลวันละ 1 ครั้ง หรือทุกครั้งที่แผลซึม
2. สังเกตตำแหน่งและลักษณะของสายระบายน้ำปัสสาวะไม่หัก พับ งอหรือดึงรั้ง เพื่อป้องกันการหลุดเลื่อนของสายระบายปัสสาวะ
3. สังเกตลักษณะน้ำปัสสาวะ และบันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมง
4. ควรระวังไม่ให้แผลสกปรกหรือเปียกน้ำ หากสกปรกหรือเปียกน้ำ ให้ทำความสะอาดแผลใหม่ทันที
5. ให้คำแนะนำ สอน และสาธิตผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะจากรอยไตผ่านทางผิวหนังเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
6. สอนและสาธิตญาติเรื่องการทำแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
7. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผล

1. รอบแผลไม่บวมแดง ปัสสาวะไหลสะดวกดี สีเหลืองปกติ
2. สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากรอยไตผ่าน ทางผิวหนังไม่เลื่อนหลุด
3. ผล Urinalysis : WBC=3 - 5 Cells/HPF RBC=2 - 3 Cells/HPF Urine culture : no growth

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติ ถามว่า “ จะหายมั๊ย เมื่อไหร่จะได้กลับบ้าน ”

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่ยิ้มแย้ม ถามไม่ค่อยพูด “ บ่นอยากกลับบ้าน ”

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยวาจาที่ สุภาพ อ่อนโยน มีสีหน้ากิริยาที่เป็นมิตร ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรค แผนการดูแลรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติหายสงสัย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลผลการพยาบาล และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
4. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ พุดคุย ปลอบโยนและคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อช่วยให้ความรู้สึกอบอุ่นใจ
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
6. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และจากการซักถามของผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

การพยาบาลระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน

S : ญาติ สอบถามเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

O : ผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติได้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม
2. ป้องกันการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตอบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรค เกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย อาการ การรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. ให้ความรู้เรื่องการรับประทานยาต่อเนืองที่บ้าน
3. ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย การระวังการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ
4. ให้ความรู้อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล อาการที่สงสัยติดเชื้อในกระแสเลือด คือ 2ข. 2ส. 3จ. ได้แก่ ซึม ซีด ไข้สูง หนาวสั่น หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว เจ็บรุนแรง การดูแลสายปัสสาวะและการทำแผล
5. ให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนอนหลับพักผ่อน
6. ให้ความรู้เรื่องเรื่องการมาตรวจตามนัดในคลินิกความดันโลหิตสูง

7. ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ให้ครบทั้ง 5 หมู่ อาหารที่ย่อยง่าย ปรุงสุก รสจืด ลดอาหารหวานมัน
8. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและตอบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง ตามคำแนะนำ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง มะเร็งต่อมลูกหมาก on Percutaneous Nephrostomy เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลด้วย ไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว 3 ครั้ง ก่อนมา 5 ชั่วโมง อาการแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 82/54 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 63 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจรเบาเร็ว 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส MEWS score 4 SIRS 3 ใน 4 Blood Lactate 2 mmol/L ผลตรวจ CBC WBC 28,660 cell/mm³ Lymphocyte 4.0% Neutrophil 95.1% ได้รับการวินิจฉัย Acute gastroenteritis with severe sepsis ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,700 ml/hr then 80 ml/hr และยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Ceftriazone 2 gm iv OD และ Metronidazole 500 mg iv q 8hr เป็นเวลา 3 วัน ผล Hemoculture พบเชื้อ Escherichia จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะชนิดฉีด Meropenam 500 mg iv q 12 hr ระหว่างรับไว้ในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหา คือ มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงและภาวะโซเดียมในเลือดต่ำจากไตสูญเสียหน้าที่ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร มีภาวะโลหิตจางเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก On Percutaneous Nephrostomy ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และให้การส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก่อนจำหน่าย ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก และภาวะแทรกซ้อน ยังคงต้องดูแลเกี่ยวกับภาวะโลหิตจาง ส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และนัดตรวจคลินิกความดันโลหิตสูง รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 วัน

วิจารณ์

กรณีศึกษารายนี้เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และมะเร็งต่อมลูกหมากระยะสุดท้าย ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่าย พบสาเหตุมาจากการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร คือ ไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว ร่วมกับมีความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ บัสสาวะออกน้อย กลืนแหรในร่างกายนานหลายชั่วโมง พยาบาลมีบทบาทสำคัญเริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟู มีความรู้ความเข้าใจในการนำเครื่องมือในการคัดกรอง เช่น SIRS criteria qSOFA และ MEWSมาใช้ พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในอาการและอาการแสดง การประเมินความรุนแรงประกอบการตัดสินใจในการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วและทันเวลา การใช้กระบวนการทางการพยาบาลและการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้การป้องกันและแก้ไขภาวะ severe sepsis และ Septic shock ได้ทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ วางแผนพัฒนา วางแผนแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเคร่งครัด มีความรู้ในการใช้เครื่องมือ และแบบประเมินที่เหมาะสม
2. ร่วมพัฒนาศักยภาพกับเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดในด้านความรู้ ทักษะในการประเมิน การพยาบาล การดูแลรักษา เกณฑ์การส่งต่อ ระบบส่งต่อผู้ป่วย การสื่อสารประสานงาน การส่งกลับข้อมูล
3. การส่งเสริมป้องกันโดยการให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยการให้ความรู้ความเข้าใจ เฝ้าระวัง และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันกันการติดเชื้อ และการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว จะสามารถลดความรุนแรง และเสียชีวิตได้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล และรายงานตัวชี้วัดในการกำหนดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อกำกับติดตาม ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำไปสู่ปรับปรุงคุณภาพการรักษายาบาล

สรุป

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเป็นภาวะคุกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันที่ซึ่งจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมิน การคัดกรองผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวัง ติดตามอาการและอาการแสดงอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงได้ในภาวะเร่งด่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. เนตรญา วิโรจวานิช. ประสิทธิภาพการใช้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2561 ; 12 : 84-94
2. คลังข้อมูลสุขภาพ. ข้อมูลตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [2565]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <http://hdcservice.moph.go.th>.
3. โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระหว่าง พ.ศ. 2562-2564. กำแพงเพชร : โรงพยาบาล ; 2564.
4. รัชณี ผิวผ่อง. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะช็อกและอวัยวะล้มเหลวหลายอวัยวะ. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (Adult Nursing II). มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ; 2564
5. ประเมษฐ์ อินทร์สุข, เชษฐาฤทธิ์ บริบูรณ์. บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวทางปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021.พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565 ; 49 : 376-389
6. สมคิด เผ่าผา. กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว. โสธรเวชสาร โรงพยาบาลยโสธร 2561; 20 : 81-91
7. นนทรัตน์ จำเริญวงศ์, สุพรรณนิการ์ ปิยะรักษ์, ชยธิดา ไชยวงษ์. การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2563; 7 : 319-330
8. สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์, ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร. บรรณธิการ.แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ Severe Sepsis/Septic shock. โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556
9. รัฐภูมิ ชามพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, บุญส่ง พัจจนสุนทร. แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock. สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย : 2558



Nursing care of the spondylosis patient underwent laminectomy with Pedicular Screws and TLIF under general anesthesia: a case study

Uthaiwan Harnyoo, M.N.S*

Abstract

Background : Recently, with the new surgical techniques, the spine surgery can carry high risks in perioperative and postoperative complications. Nurse anesthetists play an important role in caring for patients during general anesthesia, preventing and minimizing any complications.

Objective : To provide effective nursing care process in the patient underwent decompressive laminectomy.

Case study : A 76-year-old Thai female presented with low back pain radiating to both legs, numbness and weakness for 2 weeks before coming to the hospital. The patient was admitted to the orthopedic department. Multilevel spondylosis with nerve roots compression was diagnosed and the patient was planned for Laminectomy with PDS L3-S1 and TLIF L5-S1. Preanesthetic evaluation was done by nurse anesthetist on the day before surgery, she had normal laboratory investigations, EKG and CXR results. With a history of diabetes, high blood pressure and hyperlipidemia, she was assessed as the ASA Classification 2. PRC 2 units were prepared for intraoperative period. The back surgery was performed on a prone position under general anesthesia with balancing technique, ventilator setting in VCV mode, tidal volume 500 ml and respiratory rate 14 breaths/min. Continuous monitoring of the vital signs was performed perioperatively. The total operation time were 4.45 hours, the estimated blood loss was 500 ml. The patient received blood transfusions and crystalloid fluid replacement. After effective breathing and returning of consciousness, she was extubated and observed in the recovery room until fully awake. The major problems in nursing care process could be divided into 3 phases: preoperative phase, perioperative phase and postoperative phase respectively. In preoperative phase, the patient had anxiety due to having high risk operation and risk associated with her underlying diseases. In perioperative phase the main problems were risk of massive blood loss, pressure effects from being on prone position and intraoperative hypothermia. And in postoperative phase the problem could be concerned about adequate postoperative pain control. After appropriate nursing care, on the third day after the surgery the patient had minimal pain score. The surgical wound looked good without any inflammation. She underwent the rehabilitation program. She was discharged from the hospital and follow-up at the out-patient clinic. The total length of the hospital stay was 8 days.

Conclusion : The patient was safe without any complication after the spine surgery and general anesthesia. The patient was able to perform normal daily activities and had a good quality of life. A skillful nurse anesthetist can provide safe general anesthesia, reducing mortality rate and complications.

Keywords : spondylosis, general anesthesia

*Registered Nurse, Professional level, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยหมอนรองกระดูกเสื่อมที่เข้ารับการระงับความรู้สึก แบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดกระดูกสันหลังร่วมกับการเชื่อม และยึดติ่งกระดูกสันหลังด้วยโลหะ : กรณีศึกษา

อุทัยวรรณ หาญอยู่, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การรักษาผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาทด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังร่วมกับการเชื่อม และยึดติ่งกระดูกสันหลังด้วยโลหะ เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระหว่าง และหลังผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในการให้การระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลังภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 76 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดเอว และสะโพกร้าวลงขาทั้งสองข้าง ร่วมกับชาปลายเท้า ขาสองข้างอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัย Multilevel spondylosis วางแผนทำผ่าตัด Laminectomy PDS L3-S1 with TLIF L5-S1 วิทยาลัยพยาบาลประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยา ตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีอเมริกาผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ 2 (Physical status class 2) จากเป็นสูงอายุ และมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ผลการตรวจประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัดพบ ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจและภาพถ่ายรังสีทรงอกปกติ เตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด 2 ถุง ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาระงับความรู้สึกแบบBalanced technique ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตร (Ventilator tidal volume) 550 ซีซี อัตราหายใจ 14 ครั้ง/นาที จัดท่า Prone position ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 5 นาที หรือน้อยกว่า 5 นาที เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อชีวิต ทำการผ่าตัดใช้เวลา 4.45 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดเสียเลือดทั้งหมด 500 มิลลิลิตร ได้รับเลือดและสารน้ำทดแทน หลังเสร็จการผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยตื่นดี หายใจเองได้ดี ได้รับการดูแลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นแล้วส่งกลับหอผู้ป่วย ปัญหาทางการพยาบาลที่ต้องให้ความสำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด การควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนเข้ารับการผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียเลือดมาก ภาวะแทรกซ้อนการกดทับในท่านอนคว่ำ การเกิดอุณหภูมิกายต่ำระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดความปวดเฉียบพลันจากการผ่าตัด หลังให้การพยาบาลหลังการผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง แผลผ่าตัดแห้งดี ได้รับการทำกายภาพบำบัดจนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน และได้รับการฟื้นฟูสภาพ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย วิทยาลัยพยาบาลต้องมียอดความรู้และทักษะความชำนาญในการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากการผ่าตัดได้

คำสำคัญ : หมอนรองกระดูกเสื่อม การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลัง ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อม 309.6 ต่อ 1,000 คน¹ พบมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ที่สูบบุหรี่ ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ L4 - L5 ร้อยละ 95 ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานมากจากอาการปวดหลัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้บางรายกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจให้ครอบครัวกระทบกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บางรายเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเองและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ แพทย์จะรักษาโดยวิธีการผ่าตัด เมื่อการรักษาโดยวิธีอนุรักษนิยม (Conservative treatment) ไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น กระทั่งต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีอาการทางระบบประสาท เช่น อาการชา ขาอ่อนแรง มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย เป็นต้น ซึ่งเป็นการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนสูง คือ การตกเลือด ซ็อก การบาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง ปวดแผลผ่าตัดแผลติดเชื้อ และต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 - 8 วัน รวมทั้งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัว การไหลเวียนของเลือดไม่ดี ทำให้การหายของแผลช้าเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้ง่าย ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ช้ากว่าปกติส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น² จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะช็อคจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) ที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตการเกิด Further neurological deficit ได้แก่ อาการชาขา ท้องอืด ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ถอดสายสวนปัสสาวะไม่ได้ กระทั่งต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่ได้ตามเป้าหมายส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยครอบครัวและองค์กร³

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชรปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 ในแผนกศัลยกรรมกระดูก มีจำนวนผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมเป็นจำนวน 117, 137 และ 115 ราย และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นจำนวน 5, 25 และ 34 ราย ตามลำดับ⁴ การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน มีการใช้เครื่องมือจลศัลยกรรมประสาทร่วม ในการผ่าตัดต้องจัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนคว่ำ (prone position) ซึ่งการจัดท่าผ่าตัดให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยเป็นบทบาทสำคัญของวิสัญญีพยาบาลที่ต้องร่วมมือกับวิสัญญีแพทย์ ทีมศัลยแพทย์และพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ (pressure ulcer) บริเวณใบหน้า หรือปุ่มกระดูกต่าง ๆ ที่ได้รับการกดทับเป็นเวลานาน และการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท (nerve injury)⁵

ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย กำหนดแผนการพยาบาลที่มีความจำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะวิกฤติหลังผ่าตัด ระยะการดูแลต่อเนื่องฟื้นฟูสภาพ และระยะจำหน่าย ตามบทบาทหน้าที่อิสระของวิชาชีพการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤติสู่การฟื้นตัวที่รวดเร็ว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระของครอบครัวลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 76 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

ปวดเอวสะโพกร้าวตึงลงขาทั้งสองข้าง ร่วมกับขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ วันนี้แพทย์นัดผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 เดือนก่อน มีอาการปวดตึงหลัง สะโพกและเอว ปลายเท้าชาร่วมกับขาอ่อนแรงทั้งสองข้างพักแล้วดีขึ้น รับการรักษาที่คลินิก และโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยการได้รับยาแก้ปวด และกายภาพบำบัด อาการทุเลา 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลปวดเอวสะโพกร้าวตึงลงขาทั้งสองข้างมากขึ้น ร่วมกับขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง วันนี้แพทย์นัดผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เบาหวาน 17 ปี ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 15 ปี รักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลกำแพงเพชร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ค่า BMI 31.25
สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 148/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%
ผิวหนัง : ผิวสีน้ำตาล ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีง้ำเลือด
ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้น การมองเห็นปกติ
ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การมองเห็นปกติ pupil 3 mm RTL BE
ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้
ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 87 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำ
ที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%
ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ การขับถ่ายปกติ
ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อขา Lt leg grade 4 , Rt leg grade 5
ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score E4V5M6
ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

HEMATOLOGY CBC HGB 13.3 g/dL HCT 38.9 % PLT 213000/uL PT 10.8 sec INR 0.97 PTT 28.8 sec PTT Ratio 0.91 BIOCHEMISTRY BUN 10 mg/DI Creatinine 0.57 mg/dL eGFR 100 ml 2min/ 1.73*2 Sodium 137 mmol/L Potassium 4.3 mmol/L CL103 mmol/L CO2 26 mmol/L FBS 114 mg/dL

การประเมินสภาพผู้ป่วย

รู้สึกตัวดีพอช่วยเหลือตัวเองได้ ปวดหลัง สะโพกร้าวลงขาทั้งสองข้าง มีอาการชาร่วมด้วย muscle power Lt leg grade 4 Rt leg grade 5 pain scale = 6 คะแนน สีหน้าวิตกกังวล T = 37.2° CP = 88 ครั้ง/นาที BP = 148/82 mmHg O2 sat 99%

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึก การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก และการพยาบาลในห้องพักฟื้น และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกกังวลว่าถ้านอนไม่หลับความดันโลหิตจะสูง

O : ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 139/88 mmHg

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล ความดันโลหิตก่อนการระงับความรู้สึกแบบผ่าตัดล่วงหน้า Systolic ไม่เกิน 180 mmHg Diastolic 110 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย
2. สังเกตอาการและการแสดงเพื่อประเมินอาการและให้การพยาบาลที่เหมาะสม
3. วัดความดันทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินระดับความดันโลหิตและให้การพยาบาล
4. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตและยาคลายกังวลตามแผนการรักษาของแพทย์
5. อธิบายพยาธิสภาพแบบง่ายๆและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

การประเมินผล ความดันโลหิตอยู่ในช่วง Systolic 138-145 mmHg Diastolic 81-88 mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก
- O : ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการระงับความรู้สึกมาก่อน
- O : สีหน้าท่าทางวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดได้
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด สีหน้าสดชื่นแจ่มใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกวิตกกังวล เพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ และรับฟังผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก เช่น การงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าหลอดลมและปอด ถอดฟันปลอมและโลหะทุกชนิด เพื่อความปลอดภัยในการการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในห้องผ่าตัด ดูแลความสะอาดร่างกาย ปากฟัน เพื่อลดการติดเชื้อ
3. แนะนำการหายใจอย่างถูกวิธี โดยการหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ ให้อ่างป่อง หายใจออกทางปากช้าๆ ให้อ่างแฟบ เพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด เช่น ปอดแฟบ สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยสูดหายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนไว้ และไอออกมาแรงๆ จะทำให้สามารถไอเอาเสมหะออกได้ง่าย
4. อธิบายขั้นตอนการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งอาจมีอาการเจ็บคอ คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ในวันแรกหลังการระงับความรู้สึก อาการเหล่านี้จะค่อยๆ หายไปในวันต่อมา และผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อดวงตาคือผิวหนัง กล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกกดทับจากการจัดท่าคว่ำ โดยหลังผ่าตัดเสร็จและถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ผู้ป่วยจะถูกส่งมาสังเกตอาการที่ห้องพักรักษาตัวประมาณ 1 ชั่วโมง จนกว่าจะตื่นดี หรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ แล้วจึงส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือผู้ป่วย
5. สอนวิธีการประเมินความปวดด้วยตนเอง โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข อธิบายวิธี โดยให้คะแนนเป็นตัวเลข 0 - 10 (0 หมายถึงไม่ปวดเลย 10 หมายถึงปวดมากที่สุด) และแนะนำ เรื่องการขอยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดเมื่อเริ่มมีคะแนนระดับความปวดมากกว่า 3

6. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอในคืนวันก่อนผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และจัดสิ่งแวดล้อมให้มืด สงบ เย็นสบาย เหมาะกับการพักผ่อน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นและสามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดได้
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : ผู้ป่วยมี BMI 31.25 รูปร่างอ้วน คอสั้น มีพินหน้าโยก 2 ซี่

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างราบรื่นใส่ท่อช่วยหายใจได้ภายใน 90 วินาที
2. ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม เช่น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ Face mask ที่มีขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น รวมถึงอุปกรณ์สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เช่น Video laryngoscope ท่อช่วยหายใจแบบมีขดลวด Reinforce เพื่อช่วยไม่ให้มีการหักพังของท่อ

2. เตรียมยาเพื่อการใส่ท่อช่วยหายใจ ยานาสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาระงับปวด และยาดมสลบให้พร้อมใช้

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ 3-5 นาที

4. หลังการนำสลบ ให้ ventilate ทาง face mask ก่อนให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าสามารถช่วยหายใจผ่านทางหน้ากากได้

5. ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจโดยใช้หูฟัง ซึ่งจะได้ยินเสียงลมหายใจของปอดทั้งสองข้างเท่ากัน ตั้งช่วยหายใจให้ได้ปริมาตรเหมาะสมกับผู้ป่วย ตรวจสอบการยืนยันตำแหน่งใส่ท่อช่วยหายใจได้ จากการดู end tidal CO2

การประเมินผล

ใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างราบรื่นด้วย Video laryngoscope ภายใน 90 วินาที ใส่ได้ในครั้งแรก สัญญาณชีพหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเกิน 20% ของสัญญาณชีพก่อนการระงับความรู้สึก ความดันโลหิต 156/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ค่าความอึดตัวของเม็ดเลือดแดงที่ 99 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อดวงตา ผิวหนัง กล้ามเนื้อ และเส้นประสาทถูกกดทับจากการจัดท่าคว่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : ผู้ป่วยผ่าตัดในท่านอนคว่ำ (prone position) การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ใช้เวลาในการผ่าตัดนานทำให้เกิดการกดทับปุ่มกระดูกต่างๆได้

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อผิวหนัง กล้ามเนื้อและเส้นประสาทบริเวณที่ถูกกดทับเช่น ใบหน้า ตา เต้านม ปุ่มกระดูก หัวเข่าและข้อเท้า

เกณฑ์การประเมินผล ไม่พบรอยการกดทับ บริเวณใบหน้า ดวงตา เต้านม ปุ่มกระดูกต่างๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผิวหนังและร่างกายผู้ป่วยก่อนการตัดผ้าตัด เช่น ความชุ่มชื้นของผิวหนัง
2. เตรียมอุปกรณ์รองลำตัวสำหรับนอนคว่ำซึ่งเลือกใช้งานตามความเหมาะสม จัดเตรียมเจลรองศีรษะ สำหรับรองรับบริเวณใบหน้า เจลรองบริเวณกระดูกเชิงกราน ฟองน้ำรองใต้เข่าทั้งสองข้าง และทา lubricant เช่น ครีมาวาสลีนบน silicone ก่อนใช้งาน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิวหนังผู้ป่วย ป้องกันการเกิดแผลกดทับ (pressure ulcer)
3. หลังการนำสลบ และให้ระงับความรู้สึกแล้ว ป้ายตาผู้ป่วยด้วย Eye ointment และปิดเปลือกตาด้วยพลาสติกกันน้ำ เพื่อป้องกัน Cornea abrasion
4. พลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (log rolling) ทัศนวิสัยแพทย์เป็นคนประคองส่วนศีรษะ และให้สัญญาณในการพลิกตัวจัดทำควรรใช้คนอย่างน้อย 4 คนช่วยกัน มือข้างหนึ่งจับที่ไหล่ มืออีกข้างจับที่สะโพก ให้ไหล่ ลำตัว และสะโพกพลิกไปพร้อม ๆ กัน
5. ดูแลส่วนต่างๆ ของร่างกายให้อยู่ในระดับ body alignment โดยให้หน้าอกสามารถขยายได้ปกติ และหน้าท้องไม่ถูกกดทับ แขนไม่ควรกางเกิน 90 องศา อาจเกิดอันตรายต่อเส้นประสาท brachial plexus, ulnar และ radial nerve และบริเวณหัวเข่า ระดับระงับความรู้สึกโดยตรงต่อเส้นประสาท common peroneal nerve
6. เสร็จการผ่าตัดสำรวจบริเวณที่ถูกกดทับทั้งหมด ได้แก่ ใบหน้า ออก เต้านม พร้อมลงบันทึก

การประเมินผล

หลังการผ่าตัดเสร็จไม่พบการบาดเจ็บและเป็นแผลบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆที่ถูกกด บริเวณตา มีรอยแดงที่หน้าผากเล็กน้อย และขอบตาไม่บวม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงหลังการระงับความรู้สึกเนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่สมดุล

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : ผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ สูญเสียหน้าที่ของกล้ามเนื้อในการหายใจต้องนอนท่าคว่ำในการทำผ่าตัด อาจทำให้ท่อช่วยหายใจหัก พับ งอ หรือถูกกดทำให้อยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (hypoxia) และการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (hypercarbia)

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพคงที่ เปลี่ยนแปลงไม่เกินกว่า 20 %ของสัญญาณชีพก่อนระงับความรู้สึก
2. ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงลมหายใจออกสุด (ETCO₂) ได้ 30-34 mmHg
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังการใส่ท่อช่วยหายใจ ปิดพลาสติกเหนียวเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และติดพลาสติกเหนียวทุกข้อต่อของข้อต่อสายยางวงจรเครื่องดมยาสลบ
2. ควบคุมการหายใจให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย
3. หากมีเสมหะหรือสิ่งอุดกั้นท่อช่วยหายใจ ดูแลดูดเสมหะให้
4. หลังการตัดผ้าตัดเป็นการผ่าตัดเป็นท่าคว่ำให้ ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ด้วยการใช้หูฟัง ซึ่งจะได้ยินเสียงลมหายใจของปอดทั้งสองข้างเท่ากัน ตรวจสอบว่าท่อช่วยหายใจไม่เลื่อนหลุดจากตำแหน่งจากการดูกราฟ end tidal CO₂
5. ตรวจวัดสัญญาณชีพสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งบันทึกลงในใบรายงานการระงับความรู้สึกทุก 5 นาที โดยเฝ้าระวังค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงให้อยู่ระหว่าง 95- 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันขณะหายใจเข้า 15-20 เซนติเมตรน้ำ จังหวะการหายใจสัมพันธ์กับทรวงอก

การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 99 เปอร์เซ็นต์
2. ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงลมหายใจออกสุด (ETCO₂) ได้ 30 – 34 mmHg ซึ่งแสดงว่าท่อช่วยหายใจอยู่ในหลอดลม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องสารน้ำในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : การผ่าตัดในตำแหน่งที่สูญเสียเลือดได้ง่าย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทดแทนเลือดและสารน้ำให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
2. เพื่อแก้ไขภาวะการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

เกณฑ์ประเมินผล

1. สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลง ไม่น้อยกว่า 20 %ของสัญญาณชีพก่อนระดับความรู้สึก
2. ความเข้มข้นของเลือดไม่เกินเกณฑ์ที่ยอมให้สูญเสียเลือดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอ ได้แก่ สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงมากกว่า 20% ของสัญญาณชีพก่อนระดับความรู้สึก ชีพจรเบาเร็ว
2. ตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร ทุก 5 นาที เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
3. ตรวจดูปริมาณของเลือด และลักษณะของเลือดที่ซึมออกมา ตรวจดูจำนวนเลือดที่สูญเสียของเลือดจากผ้าก๊อสที่ใช้ และจากการดูปริมาณเลือดที่ตกลงในถังดูด suction
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอกับปริมาตรที่สูญเสียไประหว่างการผ่าตัด โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว เพศ ชนิดการผ่าตัด ปริมาณเลือดที่เสียไปขณะผ่าตัดระยะเวลาการงดน้ำงดอาหาร
5. บันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดและหากพบว่ามีปริมาณเลือดที่สูญเสียเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์ของเลือดที่ยอมให้สูญเสียได้ รายงานแพทย์เพื่อให้สารน้ำและเลือดทดแทน
6. ตรวจค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง เพื่อดูปริมาณความเข้มข้นของเลือด และให้เลือดตามแผนการรักษา
7. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จากสายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไตเกี่ยวกับการได้รับเลือดไปเลี้ยง ปกติปริมาณปัสสาวะในผู้ใหญ่จะเท่ากับ 1 มิลลิลิตร / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม / ชั่วโมง หรือประมาณ 30 - 50 มิลลิลิตร / ชั่วโมง บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออก ไม่ควรน้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพหลังให้เลือด และสารน้ำ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98 %
2. การสูญเสียเลือด 600 มิลลิลิตร
3. เจาะความเข้มข้นเลือด Hb10.2 gram/dl

ระยะหลังการรับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน จากฤทธิ์ยาสลบคั่งค้าง

ข้อมูลส้นับสนุน

S :-

- O :
1. ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวไม่ค่อนดีจากการได้รับยาระงับความรู้สึก มีลิ้นตก หายใจตื้นๆ ระดับความง่วงซึม ระดับ 2 ง่วงหลับตลอด แต่ปลุกตื่น
 2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 94เปอร์เซ็นต์
 3. การใส่ท่อช่วยหายใจ มักจะระคายเคืองทำให้มีเสมหะและน้ำลายออกมา มีเสียงเสมหะในปากและคอ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยหายใจมีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ สะดวกและสม่ำเสมอ ทางเดินหายใจโล่ง
2. ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าแดงดี
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นสูง 8-10 ลิตรต่อนาที
2. จัดท่านอนให้เหมาะสมเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง นอนราบท่า neutral เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดลม และหลอดลม
3. ประเมินลักษณะการหายใจ หรือการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอด และวัดค่าการอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) สังเกตลักษณะการหายใจ สังเกตลักษณะของการหายใจอุดกั้น เช่น หายใจมีเสียงครืดคราด กรน หรือกระสับกระส่าย
4. ประเมินการไอและขับเสมหะออก ดูแลให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยการให้หายใจเข้า - ออกลึกๆ ยาว 4-5 ครั้ง พอดครั้งสุดท้ายสูดหายใจเข้าเต็มทีกลั้นหายใจไว้และไอออกมาจากส่วนลึก
5. เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจ เครื่องดูดเสมหะและสายดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน
6. ประเมินระดับความรู้สึกตัวเป็นระยะ (Post Anesthetic Recovery Score) โดยการประเมินเกี่ยวกับการหายใจ การรู้สึกตัว สีผิวกาย ระบบไหลเวียน การเคลื่อนไหว ทุก 15 นาที
7. เมื่อผู้ป่วยตื่นดีกระตุ้นให้ หายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อให้ปอดขยายและหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่มีเสียงหายใจผิดปกติค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง ได้ 98 %
2. ระดับความง่วงซึม 1 คือ ง่วงเล็กน้อย ง่วงเป็นบางครั้งคราว ปลุกตื่นง่าย
3. สัญญาณชีพหลังระงับความรู้สึก ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลส้นสนับสนุน

S : ผู้ป่วยประเมิน Pain Score ได้เท่ากับ 8

O : ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด กระสับกระส่ายผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อนหรือนอนหลับพักผ่อนได้

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความสุขสบาย อาการปวดแผลทุเลาลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. Pain Score น้อยกว่า 4 Sedative score น้อยกว่า 2 และอัตราการหายใจมากกว่า 8 ครั้ง/นาที
2. สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของอาการปวด โดยการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ที่เป็นตัวเลข 0 – 10 และสังเกตสีหน้าผู้ป่วย เช่น ขมวดคิ้ว
2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนท่าที่เหมาะสม สุกสบาย
3. ขณะให้การพยาบาลปฏิบัติด้วยสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการให้ยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม เวียนศีรษะ เป็นต้น
5. เฝ้าระวังการหายใจและความง่วงซึมของผู้ป่วยโดยใช้ Sedative score เป็นตัววัดดังนี้
0 = ไม่ง่วง 1 = เล็กน้อย ง่วงเป็นบางครั้งคราว ปลุกตื่นง่าย 2 = ปานกลาง ง่วงบ่อย ๆ หรือง่วงตลอด แต่ปลุกตื่น 3 = รุนแรง ง่วงซึมมาก ปลุกตื่นยาก S = หลับปกติ จะตื่นง่ายเมื่อมีสิ่งกระตุ้น โดยมีเป้าหมายของการระงับปวด คือ ผู้ป่วยรู้สึกสบาย โดยมีอาการง่วงซึมเล็กน้อย และหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. ประเมินความปวด ร่วมกับบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และชีพจรทุก 5 นาที
7. เบี่ยงเบนความสนใจ ลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย (ซึ่งมีผลให้อาการปวดเพิ่มขึ้น) โดยการพูดคุยหาสาเหตุ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจ และซักถามปัญหาต่างๆ ผู้ป่วยขอยาแก้ปวดได้เมื่อเริ่มรู้สึกไม่สบาย ปวดแผลผ่าตัดหรือให้คะแนนระดับความปวดมากกว่า 3
8. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดน้อยลง ประเมินความปวดระดับ 4 คะแนน คะแนนความง่วงซึมเท่ากับ 1 คือ เล็กน้อย ง่วงเป็นบางครั้งคราว ปลุกตื่นง่ายสีหน้าท่าทางผ่อนคลาย สุกสบายขึ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากกลไกการปรับตัวและการสูญเสียความร้อนของร่างกายระหว่างการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าหนาว

O : 1. จากการได้รับยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดเป็นเวลานาน 4.45 ชั่วโมง และอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่ 22 องศาเซลเซียส

2. อุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัด 35.4 - 35.6 องศาเซลเซียส ประเมินอาการหนาวสั่น Grade 3 คือ มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่า 1 กลุ่ม ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด

วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ (shivering)

เกณฑ์ประเมินผล อุณหภูมิร่างกายไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส ไม่มีภาวะหนาวสั่น (shivering) หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย ทุก 15 นาทีพร้อมบันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลง
2. ดูแลให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ 8 - 10 ลิตรต่อนาที ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 5 นาที
3. ประเมินอาการหนาวสั่น โดยใช้ shivering scale โดย grade 0 คือ ไม่มีอาการสั่น Grade 1 คือ มีอาการขนลุก หรือหลอดเลือดส่วนปลายหดตัว หรือมีอาการเขียวของอวัยวะส่วนปลาย Grade 2 คือ มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อกลุ่มเดียว Grade 3 คือ มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่า 1 กลุ่ม Grade 4 คือ มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย
4. ให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยการใช้เครื่องเป่าลมร้อนที่อุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียสโดยคลุมผ้าห่มลมร้อนทั่วร่างกาย ตรวจสอบระดับความหนาวสั่นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับอุณหภูมิของเครื่องเป่าลมร้อนปรับอุณหภูมิให้เหมาะสมจนกว่าผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 36 องศาเซลเซียส

5. สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลง และภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น การขาดออกซิเจน หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหนาวสั่นทั่วร่างกาย
6. ควบคุมอุณหภูมิห้องพักพื้นที่ 25 องศาเซลเซียส
7. ให้สารน้ำที่อุ่นโดยใช้เครื่องอุ่นสารน้ำตลอดเวลา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกาย 36.3 องศาเซลเซียส
2. ประเมินอาการหนาวสั่น โดยใช้ shivering scale grade 0 ไม่มีอาการสั่น
3. การตรวจคลื่นหัวใจปกติ ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 76 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดเอวสะโพกร้าวตึงลงขาทั้งสองข้าง ร่วมกับ ปลายเท้าชาขาทั้งสองข้างอ่อนแรง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ วันนี้แพทย์นัดผ่าตัด รับไว้นอนรักษาตัวที่ตึกศัลยกรรมกระดูก ได้รับการวินิจฉัย Multilevel spondylosis ทำผ่าตัด Laminectomy PDS L3-S1 with TLIF L5 - S1 ประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยาตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ 2 (Physical status class 2) มีความเสี่ยงในการให้ยาระงับความรู้สึก จากมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดัน ไชมันในเลือดสูง และสูงอายุ ผลการตรวจประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัด ผลเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกเรย์ปอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ใช้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) จัดท่า Prone position พบปัญหาทางการพยาบาลระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกปัญหาในระยะขณะให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อผิวหนัง กล้ามเนื้อและเส้นประสาทถูกกดทับจากการจัดท่าว่าเสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงหลังการระงับความรู้สึกเนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่สมดุลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องสารน้ำในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดระยะหลังการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตันจากฤทธิ์ยาสลบคั่งค้างผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากกลไกการปรับตัวและการสูญเสียความร้อนของร่างกายระหว่างการผ่าตัด หลังการผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง แผลผ่าตัดแห้งดี ได้รับการทำกายภาพบำบัด กรณีศึกษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน และได้รับการฟื้นฟูสภาพ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยและญาติ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การดำเนินของโรค การรักษา และการดูแลตนเอง หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์และการมาตรวจติดตามผลเลือดตามนัด
2. จัดให้มีโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับบั้นเอว เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการตนเองที่ดีหลังผ่าตัดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม และมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็วจนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข. สาเหตุการเจ็บป่วยรายภาคต่อ ประชากร 1,000 คน. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึง เมื่อ 5 สิงหาคม2565]. เข้าถึงจาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic54/statistic54.html>
- 2.ศศิกรณิศ สันติวรบุตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยคริสเตียน ; 2561.
- 3.สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2560.
- 4.ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลกำแพงเพชร ; 2565.
- 5.สุรัญชญา เลิศศิริโสภณ. การดูแลและการจัดทำผู้ป่วยให้ปลอดภัยในการผ่าตัด (Positioning) ในวิสัญญีบริบาลทันตศัลยกรรม. พ.ศ 2560. กรุงเทพมหานคร : ลักกี้ สตาร์ มีเดีย ; 2560.
- 6.บุศรา ศิริวันสาธิต และคณะ. Anesthesia and Perioperative care. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลีฟวิง ; 2560.
- 7.พฤกษ์ ประพงษ์เสนา. ความปลอดภัยของผู้ป่วยวิสัญญี. ใน อักษร พูลนิตติพร, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, พรอรุณ เจริญราช และนรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ; 2558. หน้า 431-38.
- 8.ชนิภา ยอยืนยง, ผ่องศรีศรีเม็งกต, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, ภูมิบาล เวศย์พิริยะกุล. ปัจจัยทำนายนายการฟื้นตัวด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายใน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. วารสารพยาบาลทหารบก 2558 ; 16(1) : 62-9.
- 9.มานี รักษาเกียรติศักดิ์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแพง วัชรรักษะ, ชนิษฐา ไกรประสิทธิ์, ปาริชาติ อภิเดชชากุล. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลีฟวิง ; 2560.
10. สุวรรณี ขอบการไธ. ปัจจัยทำนายนายพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการ ผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารสภาการ พยาบาล 2556 ; 28(3) : 68-79.
- 11.อรลักษณ์ รอดอนันต์. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. ใน อักษร พูลนิตติพร, มานี รักษาเกียรติวงศ์, พรอรุณ เจริญราช, นรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ; 2558. หน้า 125-6.
- 12.อรลักษณ์ รอดอนันต์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, จิตติกัญญา ดวงรัตน์, นรุตม์ เรือนอนุกุล. วิสัญญีบริบาลทันตศัลยกรรม เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร : ลักกี้สตาร์ มีเดีย ; 2560.

Palliative care for elderly COVID - 19 infection patient : a case study

Janchai Pankaeo, RN*

Abstract

Introduction : Due to the outbreak of COVID-19 pandemic, severely infected patients were found among the elderly and those with underlying diseases. These patients needed intensive care and monitoring. In addition, there were palliative care concepts for caring the hopeless patients and their family. The advance palliative care planning could help the patient to have a peaceful death.

Objective : To provide the effective palliative care and holistic care in the severely infected COVID-19 patient.

Case study : A 70-year-old female patient admitted to Khlongklung hospital between November 25 - December 2, 2021. She had fatigue, anorexia for three days. And she had a fever, dyspnea and drowsiness 1 day prior to admission. At the hospital, the patient had dyspnea, fever with the body temperature 39°C, respiratory rate 30 times/min, oxygen saturation 90 % and RT-PCR was detected. She was bed ridden and had breast cancer with history of family COVID-19 infection. Doctors provided the treatment for pneumonia from COVID-19 infection. Nursing problems could be divided into 2 phases: the first phase and the later phase. The first phase was nursing care in the critical stage; to correct hypoxia from COVID-19 infection, sepsis monitoring, prevent the complications while hospitalized and prevent the spread of COVID-19 infection. The patient received the antiretroviral drugs, antibiotics and respiration support using a high flow rate respirator (HFNC). In the later phase when the patient was worsened. As the Palliative Performance Scale (PPS) were reduced from 50% to 30%, the patient and her family were educated about the changing disease conditions. The palliative care team were consulted for family meeting and advance care planning. The family refused to have cardiopulmonary resuscitation (CPR). Therefore, the care plan had been adjusted to make the patient feel comfortable, pain and tiredness relieved by giving morphine medications, reduce unnecessary activities so as not to disturb the patient. The nursing care activities were adjusted in accordance with the doctor's treatment plan and advance care plan for the patient. The family involved in a plan to palliative care for the patient in the final stage and the patient had a peaceful death at hospital.

Conclusion : Nursing care of the elderly patient severely infected with COVID-19 was implemented the nursing care process in the critical phases alongside with the palliative care. The patient received care according to the advance care plan without preventable complications. The patient had a peaceful death at hospital. The family's satisfaction was 96%.

Keywords : palliative care, the elderly, COVID-19

*Registered Nurse, Professional level, Khlongklung hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ covid-19 ในผู้สูงอายุแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา

จันทร์ฉาย ปันแก้ว, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : จากการระบาดของโรคติดเชื้อ Covid-19 พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ต้องการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด แก่ไขภาวะวิกฤตให้ทันเวลา ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและหมดหวัง จำเป็นต้องนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาปรับใช้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนดูแลล่วงหน้า ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ในผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ครอบครัวมองครวม

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 70 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคลองขลุง วันที่ 25 พฤศจิกายน 64 – 2 ธันวาคม 2564 ให้ประวัติการเจ็บป่วย 3 วันก่อนมา มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ 1 วันก่อนนามีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ซึมลง ครอบครัวจึงนำส่งโรงพยาบาล แรกรับรู้ตัวดี มีไข้ T=39 °C หายใจเหนื่อยหอบ RR 30 /min O₂ sat 90% ตรวจ RT-PCR พบ detected มีประวัติเป็นโรคมะเร็งเต้านม เป็นผู้ป่วยติดเตียง 1 ปี มีคนในครอบครัวติดเชื้อ covid-19 แพทย์ให้การรักษาปอดอักเสบจากการติดเชื้อ covid-19 ปัญหาทางการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจนจากปอดอักเสบจากการติดเชื้อโควิด-19 เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ covid-19 ให้ยาต้านไวรัสโควิด ยาต้านจุลชีพ และพองการหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ (HFNC) ระยะต่อมาเมื่ออาการผู้ป่วยทรุดลง ประเมิน palliative performance scale ลดลงจาก 50% เป็น 30 % เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบและเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรคที่เปลี่ยนแปลง ประสานทีม Palliative care ทำ family meeting กับครอบครัวและค้นหา advance care plan ผู้ป่วยปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพ และสงวนรักษาต่อ แต่ขอยาบรรเทาปวด และเหนื่อยจึงปรับแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย บรรเทาอาการปวดและอาการเหนื่อย โดยให้ยา morphine ลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น และรบกวนผู้ป่วย ได้จัดตารางกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และแผนการดูแลล่วงหน้าให้ผู้ป่วยครอบครัวได้มีส่วนร่วมกับแผนดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย จวบจนผู้ป่วยเสียชีวิต

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อ covid-19 รายนี้ ได้นำกระบวนการพยาบาลมาปฏิบัติในระยะวิกฤตควบคู่ไปกับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม advance care plan ที่วางไว้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และเสียชีวิตอย่างสงบที่โรงพยาบาล ญาติพึงพอใจ ร้อยละ 96

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง ผู้สูงอายุ โรคติดเชื้อ covid-19

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองขลุง

บทนำ

โรคติดเชื้อ covid-19 จะมีการไข้ ร่วมกับอาการไอ หายใจเหนื่อย ระยะพักตัว 4 – 7 วัน แพร่เชื้อได้จากการสัมผัสสารคัดหลั่งในทางเดินหายใจ การดูแลต้องแยกตัวออกจากครอบครัว 10 วัน นับจากวันที่พบเชื้อ แนวทางการรักษา แบ่งเป็น 3 กลุ่ม¹ คือ 1. กลุ่มสีเขียวคือผู้ที่ไม่มีอาการหรือมีไข้ 37.5°C ขึ้นไป ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ให้รักษาตามอาการและแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolate) 2. กลุ่มสีเหลือง มีไอแล้วเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจเร็ว เริ่มมีอาการปอดอักเสบ ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน กลุ่มนี้รวมผู้สูงอายุ > 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 3. กลุ่มสีแดงจะมีอาการไอ หายใจเหนื่อยมาก หุดไม่เป็นประโยค แน่นหน้าอก มีปอดอักเสบรุนแรง อ่อนเพลีย ตอบสนองช้า ซึมลง อาจมีภาวะช็อค ไข้สูงมากกว่า 39°C มีค่าออกซิเจนปลายนิ้ว $< 94\%$ กลุ่มสีเหลือง และสีแดงจำเป็นต้องได้รับยา favipiravir เป็นระยะเวลา 5-10 วัน ร่วมกับให้ยาลดอักเสบคอร์ติโคสเตอรอยด์²

ผู้ป่วยระดับประคอง คือผู้ป่วยที่มีโรคดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายมีการศึกษา long term care พบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อ covid-19 อายุ > 70 ปี ร้อยละ 23 - 50 ช่วงระบาดสูงสุดทั่วประเทศพบผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 91³ ในระยะเริ่มแรกอาจมีอาการไม่ชัดเจน จึงส่งตัวเข้ารับรักษาล่าช้า ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูง⁴ การดูแลรักษาโรคติดเชื้อ covid-19 ในผู้สูงอายุสามารถดูแลแบบประคับประคองควบคู่กันได้ ด้านมนุษยธรรมผู้ป่วยที่คาดว่าจะเสียชีวิตจะต้องไม่ถูกทอดทิ้ง จึงนำเอาแผนการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ มีแผนการดูแลตัวเองล่วงหน้า กรณีผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้แผนการดูแลต้องครอบคลุมถึงช่วงสุดท้ายของชีวิต ช่วยดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว⁵ มีอุปกรณ์สื่อสารที่สะดวก และใช้ง่าย ช่วยให้ครอบครัวเตรียมความพร้อมและยอมรับกับความสูญเสียแบบค่อยเป็นค่อยไป⁶

จากสถิติผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลคลองลุง ปี 2564 - 2565 ณ สิ้นเดือนเมษายน 2565 จำนวน 1,719 ราย มีผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองและสีแดง จำนวน 767 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ของผู้ป่วยในทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 ของผู้ป่วยในทั้งหมด ผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ มีอาการหอบเหนื่อย จำเป็นต้องใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (high flow) และเครื่องช่วยหายใจ (ventilator) ร้อยละ 2.8 ใช้เครื่องพยุงการหายใจเฉลี่ยรายละ 6 วัน ผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรงส่งผลให้ระบบการหายใจล้มเหลว โรคประจำตัวควบคุมไม่ได้ บางรายปฏิเสธใช้เครื่องช่วยหายใจ และเสียชีวิตลงในเวลาต่อมา ผลวิเคราะห์พบว่าผู้เสียชีวิตร้อยละ 85 เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว และร้อยละ 75 ไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิดมาก่อน ผลทบทวนพบว่าไม่มีเกณฑ์ตัดสินใจใช้แผนดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ที่มีการพยาบาลดูแลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ covid-19 ยังไม่มีวันหมดไป ต้องเพิ่มมาตรฐานการดูแลโรคติดเชื้อ covid-19 พร้อมกับเฝ้าระวังปัญหาโรคร่วม สอดแทรกแผนการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกรับโดยเฉพาะผู้สูงอายุ⁵ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ในผู้สูงอายุแบบประคับประคองครบวงจร บทบาทพยาบาลถือว่าสำคัญเพราะอยู่ใกล้ชิด สามารถรับรู้ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้มากที่สุด ช่วยให้ครอบครัวมีส่วนรับรู้และสนองตอบตามความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ได้จากลากันอย่างสงบ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี สถานภาพคู่ รั่วไว้ที่ cohort ward วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 - 2 ธันวาคม 2564 รวมวันนอน 7 วัน

อาการสำคัญ มีไข้ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ มา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย 1 วันก่อนมา มีอาการไข้ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนเพลียมาก ซึม ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นมะเร็งเต้านมไม่ทราบระยะ ผ่าตัดเต้านมข้างขวาและรักษาเคมีบำบัดเมื่อ 1 ปีที่แล้วที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร กล้ามเนื้อขา 2 ข้างลีบเล็ก เดินไม่ได้ นอนติดเตียงมานาน 1 ปี ไม่เคยรับวัคซีนโควิด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร BMI= 18.7297 kg/m²

สัญญาณชีพ : BT= 39 °C ,PR= 122/min regular ,RR= 30/min, BP= 140 /80 mm.Hg.

ระบบประสาท : พูดคุย ตอบคำถามได้ ไม่สับสน รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E4M6V5 GCS=15

กะเนน pupil 3 min React to light both eyes

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีฟกช้ำ ไม่มีผื่นคัน ผิวแห้ง mild skin turgor

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำ แชมพูสีขาว ศีรษะไม่มีบาดแผล ล้าคอคลำพบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้างสมมาตรกัน บอกลมมองเห็นแต่ไม่ชัด เปลือกตาไม่ซีดทั้ง 2 ข้าง ไขว้จมูก ปาก มีแก้มตอบ อ้าปากหุบปากได้ปกติ กัมเมย และเอี้ยวศีรษะได้

ทรวงอกและการหายใจ : หายใจไม่สม่ำเสมอ 24-30 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจ rhonchi c crepitation both lung ค่า O₂ sat room air 90 % on oxygen 97% เต้านมข้างขวามีรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร 110-122 ครั้ง/นาที regular ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่ง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : คลำทั่วหน้าท้องอืดเล็กน้อย pain 5 คะแนน เมื่อกดแน่นตึงบริเวณชายโครงด้านขวา คลำพบก้อนโตขนาด 2 นิ้ว การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ถ่ายอุจจาระปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะ มีปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ปริมาณ 350 ซีซี

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ขาและเท้าไม่บวม กล้ามเนื้อขา 2 ข้างอ่อนขี้ขี้ มีข้อเข่าติด เดินไม่ได้

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สิ้นหวังวิตกกังวล รับรู้การเจ็บป่วย สามียังแข็งแรงและคอยช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วย มีบุตร 2 คน อาศัยอยู่กับบุตรสาว ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ	ค่าปกติ	25 พ.ย.64	26 พ.ย.64	27 พ.ย.64
CBC				
: WBC	5000-10000 cell/mm ²	39,000		
: HCT	37-47%	42		
: Neutrophil	43.7-70.9 %	92		
Biochemistry				
: BUN	6-20 mg/dl	33.7		20.8
: Cr(ENZ.)	0.51-0.95 mg/dl	1.01		0.8
: eGFR(ENZ.)	>90 cc/min/1.7m	56.53		74.94
: Na	135-145 mmol/L	132.9		135.7
: K	3.5-5.5 mmol/L	4.53		3.92
: Cl	98-108 mmol/L	99.2		106.7
: TCO2	22-30 mmol/L	18.3		16.6
ATK	negative	positive		
RT-PCR	Not detected		detected	
Urine analysis				
: Protein	negative	trace		
: glucose	negative	negative		
: Ketone	negative	1+		
: RBC	0-1 Cells/HPF	0-1		
: WBC	0-1 Cells/HPF	2-3		
Hemoculture				No growth
Chest X-ray :	both lung infiltration		progressive	both lung infiltration

การวินิจฉัยของแพทย์ pneumonia with covid-19 with CA breast

การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักของกระบวนการพยาบาล มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงศึกษา ดังนี้

1. มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวด อาการเหนื่อยหอบ
3. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล
4. ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ covid-19
5. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ 39 °C ไอ หายใจเหนื่อย RR=24-30/min PR =122/min O₂ sat 82% RA 92 % on oxygen
2. มีผลการตรวจ ATK เมื่อแรกรับ positive ผล Rt-PCR = detected WBC=39,000 cell/mm² ผล CXR = both lung infiltrate SOS = 6 มีอ่อนเพลีย บอกรายใจเหนื่อย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยทุเลาหายใจเหนื่อย พักหลับได้
2. สัญญาณชีพปกติ T=36.5-37.4 °C RR=18-24/min PR =60-80 /min O₂ sat >96 %RA SOS<3
3. ผล CXR ซ้ำวันที่ 3 พบ lung infiltrate ลดลงหรือปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของปอดอักเสบจากการติดเชื้อ covid-19 ทุก 4 ช.ม. สังเกตการหายใจเหนื่อย เสมหะและความสามารถในการไอ ติดตาม CXR ซ้ำทุก 3 วัน
2. วัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ช.ม. ประเมินการติดเชื้อในกระแสเลือด SOS score > 3 ให้รายงานแพทย์
3. ดูแลให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดย suction clear airway ,พบ mild hypoxia ให้ออกซิเจน mask c reservoir bag 10 l/min ติดเครื่อง monitor วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้วตลอดเวลา
4. จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อเปิดให้ทางเดินหายใจโล่ง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Favipiravir 9 เม็ด หลังอาหารเข้าเย็น 1 วัน หลังจากนั้นให้ 4 เม็ดหลังอาหารเข้าเย็น จนครบ 5 วัน สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจพบได้ ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ดูแลความไม่สุขสบายจากไข้สูง เช็ดตัวลดไข้เมื่อ T>37.8 และให้ยาลดไข้ paracetamol (500mg)1tab oral ทุก 4 - 6 ช.ม.
8. สังเกตอาการ hypoxia ก่อนเข้าสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อย RR > 26 /min resting O₂ saturation ≤ 94 % หรือลดลง ≥3% ใช้ muscle retraction ให้รายงานแพทย์ทันที
9. ดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (HFNC) ตามแผนการรักษาให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจถึงความจำเป็นใช้ ก่อนให้ประเมินลักษณะการหายใจ สัญญาณชีพ และค่า O₂ satuation เป็นไปตามข้อบ่งชี้ใช้เครื่อง ประเมินความรู้สึกตัว GCS>8 เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือติดตามสัญญาณชีพเมื่อเริ่มใช้เครื่องทุก 15 นาที x 4 ครั้ง 30 นาที x 2 ครั้ง และทุก 1 ช.ม. จนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ เฝ้าระวังค่า O₂ satuation ตลอดเวลา ถ้ารู้สึกตัวดี ให้จัดทำนอนตะแคงกึ่งคว่ำ (prone position) เปลี่ยนท่านอนให้ทุก 2 ช.ม. เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี และประเมินค่า O₂ satuation ตลอด

ประเมินค่าล้มเหลวจากการใช้เครื่องทุกเวอร์ โดยคำนวณจาก ROX index (respiratory rate oxygen index) คำนวณจาก $(SpO_2 / FiO_2) / RR$ หากพบมีค่า ROX index < 4.88 ให้รายงานแพทย์พิจารณาเปลี่ยนเป็นใส่ท่อช่วยหายใจ⁹

10. ดูแลให้ได้รับยา dexamethasone 10 mg iv ทุก 12 hrs ตามแผนรักษา ช่วยต้านอักเสบจากเชื้อโรค ติดตามอาการข้างเคียงได้แก่ น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความดันโลหิตสูง อาการบวม
11. เตรียมทีมการพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมเมื่ออาการวิกฤต⁷ โดยมอบหมายทีมพยาบาลสวม PPE เข้าช่วยทำ advance CPR และขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - 11.1 การดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องใส่ PPE เป็นเวลานานกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบของแต่ละเวรให้ชัดเจน รวบรวมกิจกรรม และการบริหารเวลาให้เหมาะสม หมุนเปลี่ยนสลับหน้าที่กันไป
 - 11.2 เตรียมรถ Emergency ให้พร้อมใช้ทุกเวอร์ เตรียมเครื่อง HFNC ventilator เครื่อง CPR อัตโนมัติพร้อมใช้งาน

ประเมินผล

ผู้ป่วยหลังรับไว้วันที่ 2, 3 ยังมีไข้ 38-38.8 °C ทุเลาเหนือลงเล็กน้อย ค่า O₂ sat = 90-92%RA และ 95-97 % ขณะให้ oxygen RR = 24-30 /min PR = 90-110/min BP = 140/90 mm.hg SOS score = 6 เฝ้ารอภาวะ sepsis มี take Hemoculture และให้ Cef-3 2 gms v OD 0.9%NSS 1000 ml IV loading blood lactase =1.7 retrained foley cath I/O= 1,700/800 ml. ผล H/C = no growth วันที่ 28 พฤศจิกายน 64 on HFNC เมื่อครบ 24 ชม. ได้ปรับ flow rate 50-60 l/min FiO₂ 0.8-1.0 ค่า ROX index อยู่ในช่วง 2.8-5.45 ผล CXR ซ้ำพบ progression both lung infiltrates

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดและอาการเหนื่อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. วัดค่า O₂ sat 82% RA , 92 % on oxygen, RR=24-26/min , PR =110/min
2. มีสีหน้าเครียด ดึงสายเครื่อง HFNC บางครั้ง หายใจเหนื่อย บ่นหายใจไม่อิ่ม มี retract บางครั้ง, pain 6-8 คะแนนที่บริเวณชายโครงขวา, dyspnea at rest 6/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายจากอาการปวด อาการเหนื่อย

เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด อาการเหนื่อย พักหลับได้ คะแนน pain/dyspnea ลดลง
2. สัญญาณชีพปกติ T=36.5-37.4 °C RR=18-24/min PR =60-80 /min O₂ sat >96 %RA

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อย อาการปวดท้อง จากสีหน้าและอาการกระสับกระส่าย ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียงและขณะ on HFNC
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา morphine (1:10) iv rate 8 ml/hr. titrate ตามอาการผู้ป่วย และ morphine syr. 3-5 ml. oral q 1-2 hr. prn for pain & dyspnea ตามแผนการรักษา
3. เฝ้ารอ respiratory depression ขณะให้ยา keep sedate score ≥ 2 และ RR ≥ 10 และสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ ท้องผูก เบื่ออาหาร วิงเวียน ตาพร่า เหงื่อออก คับ สับสน พบผิดปกติให้รายงานแพทย์
4. จัดท่านอนในท่าที่สุขสบาย หัวเตียงสูง 45 องศา สลับกับการนอนในท่า prone position
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Lorazepam(0.5) oral hs. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและพักหลับได้
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Omeprazole 40 mg iv OD และ Lactulose(50%) 30 ml oral hs. เพื่อบรรเทาอาการแน่นท้องอืด และขับถ่ายได้ปกติ
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Midazolam10mg.+ buscopan80mg iv drip in 24 hrs. ตามแผนการรักษาของแพทย์ ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดกระวนกระวายและลดเสมหะในลำคอ สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ ได้แก่ อ่อนเพลียหรือเหนื่อยผิดปกติ มีคลื่นไส้อาเจียน ความจำหรือสูญเสียความทรงจำไปชั่วขณะ

8. ปฏิบัติการพยาบาลและทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงด้วยการสัมผัสที่นุ่มนวล
9. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะสมกับการพักผ่อน
10. จัดหาพัดลมเป่าจอหน้าผู้ป่วยเบาๆให้รู้สึกเย็น ผ่อนคลายอาการเหนื่อย

ประเมินผล

วันที่ 28 พฤศจิกายน 64 ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลียมาก E2M3V2 ซึมหลับ แพทย์พบการลุกลามของภาวะปอดอักเสบ จึงเริ่มวางแผนดูแลแบบประคับประคอง 29 พฤศจิกายน 64 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ไขอาการปวด หลังได้รับยาฉีด morphine ระดับ pain ลดลงเป็น 3-5 คะแนน ไม่พบอาการข้างเคียงจากยา แต่อาการเหนื่อยยังคงที่ ซึมหลับมาก ไม่มีอาการต่อต้านขณะใช้เครื่อง HFNC รับประทานอาหาร BD ทาง NG feeding ได้ลดลง ประเมินสัญญาณชีพ T= 36.6 - 38.8 °C RR= 24-30/min PR =96-98 /min O₂ sat 92-96 % on oxygen I/O=1080/600 ml.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตมีปอดอักเสบจากการติดเชื้อ covid-19 ที่มีภาวะ Hypoxia, on HFNC ต่อเนื่อง , นอนบนเตียงตลอดเวลา,ความสามารถรับประทานอาหาร BD <100 ml/มื้อ
2. ผู้ป่วยได้รับยา Dexamethasone 20 mg/day ต่อเนื่อง ทุกวัน
3. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผิวหนังช่วงขาเริ่มบวม มีคะแนน braden scale >16 เสี่ยงสูงสุด
4. ใส่สายสวนคาบัสสาวะ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia
2. ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ
3. ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาบัสสวนเป็นระยะเวลานาน
4. สัญญาณชีพปกติ T=36.5-37.4 °C RR=18-24/min PR =60-80 /min O₂ sat >96 %RA

กิจกรรมการพยาบาล

1. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในค่าปกติ
 - 1.1 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด(DTX) วันละครั้ง ตามแผนการรักษา Keep DTX >80, <140 mg%
 - 1.2 ติดตามอาการของระดับน้ำตาลในเลือด จากผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย และได้รับยา Dexamethasone เฝ้าระวังอาการ Hypoglycemia และ Hyperglycemia
 - 1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ ปรับเพิ่ม BD จาก 1:1 เป็น 2:1 เพื่อเสริมสร้างร่างกายและชดเชยพลังงานที่หมดไปกับภาวะเหนื่อยหอบ
 - 1.4 ใส่ไม้กั้นเตียงตลอดเวลา ป้องกันพลัดตกเตียงเมื่อผู้ป่วยมีอาการหมดสติจากระดับน้ำตาลผิดปกติ
2. ป้องกันเกิดแผลกดทับ
 - 2.1 ประเมินความเสี่ยงเกิดแผลกดทับ braden scale ทุกวัน ตรวจเช็คผิวหนังทุกเวร
 - 2.2 พลิกตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชม. ใช้ผ้านุ่มหนุนรองปุ่มผิวหนังจุดเสี่ยงต่างๆ
 - 2.3 ดูแลผิวหนังผู้ป่วยให้สะอาดตลอดเวลา สวมชุดที่แห้ง ผ้าปูเรียบตึงไม่มีตะเข็บ ใช้ผ้าลากดึงขณะเคลื่อนย้ายหรือพลิกตัวผู้ป่วยโดยใช้ 2 คน ห้ามลากดึงแขนแขนหรือลำตัวผู้ป่วยโดยตรง
 - 2.4 ใช้ที่นอนลม เป็นอุปกรณ์เสริมป้องกันเกิดแผลกดทับ ปรับแรงดันลมให้เหมาะสม
3. ป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาบัสสวน
 - 3.1 ทบทวนความจำเป็นต้องคาบัสสวนปัสสาวะในระยะวิกฤต บันทึก intake output และถอดให้เร็วที่สุดเมื่ออาการดีขึ้น

- 3.2 ดูแลสายสวนปัสสาวะมีการตรึงสายระดับที่เหมาะสม ไม่ให้สายหักพับงอ ถุงปัสสาวะสะอาด อยู่ต่ำกว่าระดับลำตัวและห้อยสูงกว่าระดับพื้น สายเป็นระบบปิดและระบายน้ำปัสสาวะออกทุกเวร เช็ดส่วนปลายสายทิ้งทุกครั้งด้วยสำลีชุบ alcohol 70%
- 3.3 สังเกตลักษณะ สี และปริมาณของน้ำปัสสาวะที่บ่งชี้ว่าติดเชื้อจากทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ตะกอนขาวขุ่น สีเหลืองเข้ม ปริมาณออกน้อยลง ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการไข้หนาวสั่น ให้รายงานแพทย์
- 3.4 ดูแลอาบน้ำ ทำความสะอาดบริเวณ perineum และรอบสายปัสสาวะด้วยสบู่เหลวให้ผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่าย
- 3.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ มากกว่า 2-3 ลิตรต่อวัน
- 3.6 ส่งตรวจและติดตามผล urine analysis หรือ urine culture เมื่อสงสัยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ประเมินผล

ช่วงวันที่ 25 พฤศจิกายน 64 - 30 พฤศจิกายน 64 ก่อนเข้าสู่ระยะ dying ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนใหญ่อยู่ในค่าปกติ 133-248 mg% ไม่มีอาการ hyperglycemia และ hypoglycemia ไม่พบแผลกดทับ และไม่พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินจากสีน้ำปัสสาวะไม่มีขาวขุ่น ไม่มีหนอง ประเมินค่าสัญญาณชีพ อยู่ในช่วง T=36.6-38.8 °C RR=24-30/min PR = 90-110/min BP = 140/90 – 90 /60 mm.hg.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ covid-19

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีผล RT-PCR = detected

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทีมการพยาบาลปลอดภัยจากการติดเชื้อ covid-19

เกณฑ์ประเมิน

1. ไม่พบทีมการพยาบาลติดเชื้อ covid-19 จากการปฏิบัติงาน
2. การปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ covid-19 มากกว่า 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ zoning infection และเดินทางสัญจร ตามเส้นทางที่กำหนดไว้
2. ตรวจสอบระบบระบายอากาศในห้องแยกแรงดันลบทุกวัน ให้พร้อมใช้งาน
3. เมื่อเข้าดูแลผู้ป่วยต้องสวมและถอด PPE ให้ถูกต้องก่อนและหลังทำกิจกรรมการพยาบาล
4. วางแผนทำกิจกรรมการพยาบาล โดยรวมบางกิจกรรมทำในเวลาเดียวกัน เพื่อลดการสัมผัส
5. ปฏิบัติล้างมือตามแนวทาง 5 moment 7 step อาบน้ำชำระตัวทุกครั้งหลังเข้าทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย
6. ปฏิบัติตามมาตรฐานควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การทิ้งขยะติดเชื้อ การจัดการผ้าเปื้อน
7. จัดหาอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เมื่อต้องทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นเวลานาน ได้แก่ PAPR
8. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเมื่อจำเป็น วางแผนทำกิจกรรมเมื่อต้องย้าย พนักงานต้องสวม PPE อย่างเคร่งครัด
9. แยกอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย covid-19 ไม่ปะปนกับผู้ป่วยปกติอื่น
10. จัดหาทำลายเชื้อให้เหมาะกับกิจกรรม มีเพียงพอใช้งาน
11. ให้ความรู้และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้ป่วย และครอบครัว
12. ผู้ป่วยทุกรายที่ใช้เครื่องมือแพทย์ที่ก่อให้เกิดละอองฝอยในอากาศ จัดให้อยู่ในห้องแยกโรคที่มีแรงดันลบ

ประเมินผล

ไม่พบทีมการพยาบาลติดเชื้อ covid-19 จากการปฏิบัติงาน ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ covid-19 100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ ความเข้าใจการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังรับไว้วันที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย E2M3V2 ซึมหลับมาก ถามตอบได้น้อยลง มี response to pain มีเสมหะในลำคอ ไม่รับประทานอาหารBD ปัสสาวะออกน้อยลง ปริมาณ 300 - 500 ml/day
2. ยัง on HFNC 50-60 l/min FiO₂ 0.8-1.0 วัดค่า O₂ sat 88 % RA 90-94 % on oxygen RR=28-34/min PR =108 /min BP =129/74 mmHg T=38 °C ผล CXR พบมี progression both lung infiltrates ไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้
3. ประเมิน PPS ลดลงจาก 50% เหลือ 30% ESAT มี severe dyspnea & pain
4. ผู้ป่วยอยู่ห้องแยกโรค ไม่สามารถให้ญาติเข้าหรือเข้าเยี่ยมได้ ไม่ทราบการดำเนินโรค รู้สึกวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง
2. เพื่อผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงการดำเนินของโรคเมื่อถึงระยะสุดท้าย และร่วมตัดสินใจวางแผนดูแล

ล่วงหน้า (advance care plan)

3. เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายทุกข์และจากไปอย่างสงบ

เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจ สามารถตอบได้ในสภาวะโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่
2. มีแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)
3. คะแนนความพึงพอใจบริการของครอบครัว มากกว่าร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้สภาวะโรค อาการที่เปลี่ยนแปลงและความพร้อมเผชิญกับโรคของผู้ป่วยโดยการพูดคุยซักถาม สังเกตสีหน้า อารมณ์ กิริยาท่าทาง และรับฟังคำบอกเล่าความต้องการในช่วงท้ายของชีวิต
2. ประเมินความต้องการดูแลแบบประคับประคอง palliative performance scale : PPS v₂ และประเมินอาการรบกวน Edmonton Symptom Assessment System :ESAS รายงานแพทย์พิจารณาปรับแผนการดูแล
3. ประสานทีมจากศูนย์รักษชีวา และแจ้งผลการประเมินและทบทวนเกณฑ์ตัดสินใจที่เหมาะสมเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 แบบประคับประคอง
4. ร่วมกับทีมทำ family meeting กับครอบครัวของผู้ป่วย นัดเวลาพูดคุยกันผ่านทางโทรศัพท์และ vedio call มีแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก พยาบาลเสนอข้อมูลที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วย เจาะประเด็นที่เป็นเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกการดูแลรักษาที่เหมาะสม
5. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแลล่วงหน้า(ACP) ประเมินผลลัพธ์การดูแลทุกวัน
6. เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 6.1 . ประเมินความเหมาะสมของการให้ยา การให้อาหารทางสายยาง การให้สารน้ำ การใช้เครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง การดูดเสมหะ รวมทั้งการดูแลอื่นๆ
 - 6.2 ทบทวนแผนดูแลล่วงหน้าซ้ำกับครอบครัว ประเมินการยอมรับการสูญเสียที่ใกล้เข้ามา
 - 6.3 ประเมินประสิทธิผลของการจัดการอาการปวด อาการเหนื่อย และจิตใจของผู้ป่วย จัดทำกิจกรรมที่รบกวน ได้แก่ การพลิกตัว การดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง
 - 6.4 สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจ เข้าตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ชักชวนให้ผู้ป่วยเปิดใจ พูดคุยระบายสิ่งปลดปล่อยค้างคาใจ
 - 6.5 ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม พังเสียงสวดมนต์ผ่านช่องยูทูป ครอบครัวมีโอกาสพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย การอธิษฐานและกล่าวคำอำลาผ่านเสียงโทรศัพท์ ครอบครัวได้ทำบุญ ทำสังฆทาน ตามความเชื่อ

7. เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต ปฏิบัติตามแนวทางจัดการศพผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

8. การดูแลหลังเสียชีวิต

8.1 ประเมินครอบครัวเรื่องการยอมรับความสูญเสีย และความพึงพอใจการบริการ

8.2 โทรเยี่ยมครอบครัวและนัดพบแพทย์ กรณีพบคนในครอบครัวมีเศร้าโศก ซึมเศร้ามากผิดปกติ

ประเมินผล

วันที่ 28 พฤศจิกายน 64 ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลียมาก ซึมหลับ E2M3V2 แพทย์พบการลุกลามของภาวะปอดอักเสบ จึงเริ่มวางแผนดูแลแบบประคับประคอง ทำทีม team meeting มีแผนการดูแลล่วงหน้า(ACP) คือผู้ป่วยปฏิเสธ Inotrope with resuscitate ปฏิเสธการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ ปฏิเสธการส่งรักษาต่อขอเสียชีวิตในโรงพยาบาล ครอบครัวมีความวิตกกังวลและผ่อนคลายหลังทราบแผนการดูแล และ ขอให้ช่วยเหลือได้พูดคุยและรับรู้อาการของผู้ป่วยทุกวันผ่านโทรศัพท์ หลังรับไว้ day 6 วันที่ 30 พฤศจิกายน 64 ผู้ป่วยมีอาการซึมลงมาก เริ่มไม่ตอบสนองประเมิน PPS เหลือ 10% สัญญาณชีพไม่คงที่และเริ่มลดลง ปรับแผน ACP กับครอบครัว ขอปลดสาย NG tube งดดูดเสมหะและการพลิกตัว ครอบครัวได้ทำบุญผ้าป่าให้ผู้ป่วย ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ วันที่ 2 ธันวาคม 64 เวลา 13.28 น. รวมวันนอน 7 วัน หลังเสร็จภารกิจ ได้ประเมินครอบครัวเกี่ยวกับสูญเสียและมีคะแนนพึงพอใจร้อยละ 96

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือ มีไข้ วิงเวียนศีรษะ ปวดท้องชายโครงขวา มา 1 วัน มีโรคประจำตัวคือมะเร็งเต้านม แรกรับ T=39°C PR=122/min RR=24-30/min ไม่สูบบุหรี่ BP=140/80mmHg. ตรวจร่างกาย ฟังปอด 2 ข้างพบ rhonchi c crepitation วัดค่า O₂ sat RA 90 % on oxygen 97% ปวดท้องที่ชายโครงด้านขวา pain 5 คะแนน retrained foley cath, urine สีเหลืองเข้มออกน้อย เป็นผู้ป่วยติดเตียงแต่ยังไม่มีการพลิกตัว ผลห้องปฏิบัติการพบ WBC= 39,000 Neutrophil 92 BUN=33.7 Na=132.9 DTX =162 mg% ผล ATK = positive RT-PCR = detected CXR = both lung infiltration ผล H/C = no growth แพทย์มีวินิจฉัย pneumonia c Covid-19 ส่ง admit ที่ cohort ward ระยะเวลาเฝ้าระวังอาการวิกฤต โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ยาต้านไวรัสโควิด Favipiravir ร่วมกับให้ dexamethasone เฝ้าระวังติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากค่า SOS =6 take H/C และให้ Cef-3 2 gms iv OD blood lactase 1.7 ผล H/C ครบ 5 วัน no growth มีอาการเหนื่อย ให้ oxygen mask c bag แพทย์ปรึกษาเรื่อง CPR ET tube แต่ครอบครัวขอปรึกษาก่อน หลังรับไว้วันที่ 3 ผู้ป่วยยังเหนื่อย วัดค่า O₂ sat 82% RA 92 % on oxygen RR=24-26/min เปลี่ยนมาใช้เครื่องช่วยหายใจอัตราการไหลสูง(HFNC) ผล CXR ซ้ำพบมี progression both lung infiltrates พยาบาลประเมินผู้ป่วยพบมีแนวโน้มทรุดลง PPS 50 % ประสานทีมและนัดญาติทำ team meeting มีแผนการดูแลล่วงหน้า(ACP) ให้การพยาบาลตามแผนดูแลแบบประคับประคอง ให้ยา morphine บรรเทาอาการปวดและอาการเหนื่อย หลังรับไว้วันที่ 4 ผู้ป่วย ซึมหลับมาก สัญญาณชีพเริ่มต่ำลง ไม่รับประทานอาหาร บัสสาวะออกน้อย PPS 10% ให้ข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงแก่ญาติ ผู้ป่วย ญาติขอถอดสาย NG tube งดดูดเสมหะและพลิกตัว เปิดโอกาสให้กล่าวลาทางโทรศัพท์ สุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ รวมวันนอนโรงพยาบาล 7 วัน ประสานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่และหน่วยกู้ชีพเคลื่อนย้ายศพไปทำพิธีฌาปนกิจ ให้ข้อมูลแก่ญาติในการจัดการศพตามมาตรการป้องกันแพร่เชื้อ covid-19 ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ได้รับบรรเทาอาการเหนื่อยและมีคะแนนความพึงพอใจของญาติต่อการดูแลแบบประคับประคองร้อยละ 96

วิจารณ์

ผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 ที่มีภาวะปอดอักเสบรุนแรง แรกรับค่า O₂ saturation ต่ำกว่าปกติ ได้ให้ O₂ mask c bag 10 l/min และ keep ไว้ >96% เมื่อเวลาผ่านไป 24-48 ชั่วโมงยังมีอาการเหนื่อย เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอควรปรับแนวทางปฏิบัติในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมรุนแรงได้ใช้เครื่องช่วยหายใจอัตราการไหลสูงตั้งแต่แรกรับ⁶ ด้วยภาระงานที่มาก ผู้ป่วยวิกฤตและเสียชีวิตส่งผลให้ครอบครัวเศร้าโศกเสียใจที่ไม่ทันตั้งรับการสูญเสียมาก่อน ทีมไม่มีแผนการดูแลประคับประคองมาใช้ ทีมพยาบาลควรปรับเปลี่ยนสมรรถนะให้สามารถดูแลแบบประคับประคองได้ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต⁸ มอบหมายงานการทำกิจกรรม

แต่ละเวทีให้เหมาะสม พยาบาลมีบทบาทสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดมองเห็นการเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มการดำเนินของโรคตลอดเวลา เมื่อเข้าสู่ระยะไม่ตอบสนองต่อการรักษาได้ประเมินและขอปรึกษาทีมให้มีการดูแลแบบประคับประคองอย่างเต็มรูปแบบร่วมกับทีม กำหนดแผนการดูแลล่วงหน้า จัดการบรรเทาทุกข์ทรมาน ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายของชีวิต ปฏิบัติการพยาบาลให้สามารถสนองตอบความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ครบองค์รวม

ข้อเสนอแนะ

การดูแลรักษาผู้ป่วย covid-19 ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมรุนแรงมาด้วยอาการวิกฤต ควรส่งข้อมูลคั่นหน่วยงานเฝ้าระวังในชุมชนให้มีการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงติดเชื้อ covid-19 รวดเร็วขึ้น เพื่อให้เข้าถึงการรักษาเร็ว และมีทางรอดชีวิตสูง เตรียมความพร้อมดูแลรักษาในระยะวิกฤต หัวหน้างานต้องบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ช่วยชีวิตไว้ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา ทีมพยาบาลควรมีพัฒนาสมรรถนะนอกจากการป้องกันแพร่กระจายเชื้อโรคแล้วต้องมีสมรรถนะดูแลผู้ป่วยวิกฤต⁴ ได้แก่ การปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 การปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง⁹ การบริหารยาช่วยชีวิต และส่วนสมรรถนะที่เพิ่มเติม ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ศูนย์รักษาระยะสุดท้ายต้องทบทวนเกณฑ์ผู้ป่วยติดเชื้อ covid-19 เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ทีมพยาบาลมีเกณฑ์ตัดสินใจขอคำปรึกษา ทบทวนบทบาทหลักของ Palliative care ward nurse (PCWN) บทบาท Palliative care nurse (PCN) วางระบบการติดตาม สนับสนุนให้เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวม¹⁰ จัดหาอุปกรณ์สื่อสารเพื่อความสะดวก นิเทศติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลเป็นระยะ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสมศักดิ์ศรี

เอกสารอ้างอิง

1. นวพร วุฒิชัยธรรม, พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, สุภาพร เชยชิต. บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2564 ; 49 : 340-52.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2564. [online]. [สืบค้นวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landing_page?contentId=150
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โควิด -19 ฉบับที่ 538 วันที่ 24 มิถุนายน 2564. [online]. [สืบค้นวันที่ 24 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no538-240664.pdf>
4. สิทธิชัย บรรจงเจริญเลิศ, พิศาล ชุ่มชื่น. อัตราตายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565 ; 2 : 25 - 36.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2563.
6. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. Palliative care in covid-19 Pandemic. ขอนแก่น : คลังนาวิทยาศาสตร์ ; 2563.
7. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการช่วยชีวิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงสถานการณ์ COVID-19. (2563) . [online]. [สืบค้นวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.rcpt.org/index.php/news/2012-09-24-09-26-20/778--covid-19.html>



8. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ2550. นิยามปฏิบัติการ(Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลระดับประคอง(palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2563. ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่137 ตอนพิเศษที่261. (ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน2563).
9. สุนันทา ทองสาร. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ที่มีภาวะระบบหายใจล้มเหลวแบบเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2565 ; 7: 108-19.
10. สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร : สี่ตระวัน ; 2559.



How long does it take to request a medical record? If await too long, is it possible to file a lawsuit?

supachai boonumpun, M.D.*

Abstract

By the disclosure of personal information in the possession of a government hospital such as the patient's medical records, according to the Official Information Act, B.E. 2540, it can be disclosed to the patients themselves or can be disclosed to other people in the event that they have received the written consent from the patients or in case that the disclosure would be in the public interest and would not infringe on individual rights inappropriately. But in the practice, there are still issues that cause people to complain to the government hospitals about the provision of information services to the public with regard to the delay to provide the information which may be due to the large number of documents that take time to search and also waiting for the authority person to approve the information. So this leads to the study of the decision of the Information Disclosure Tribunal of the Supreme Administrative Court, relevant laws and cabinet resolutions that there is a time limit or criteria for government agencies to take such an action? If so, what would be the consequences? So this is for the government hospitals to apply as a guideline. This reduces problems and prevents complaints and prosecuted for such reasons including for the people to be facilitated and meet their needs in a timely manner.

Keywords : Requesting a patient's medical record, Personal information, Period for submitting a request for government information

*chief of medical public health province, Phayao Province

ขอเวชระเบียน ใช้เวลานานแค่ไหน หากรอนาน ฟ้องศาลได้หรือไม่

ศุภชัย บุญอำพันธ์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

โดยที่การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความครอบครองของโรงพยาบาลของรัฐ อย่างเช่นเวชระเบียนผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 สามารถเปิดเผยให้แก่ตัวผู้ป่วยนั่นเองได้ หรือสามารถเปิดเผยให้แก่บุคคลอื่นได้ ในกรณีที่ได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากเจ้าของข้อมูล หรือเป็นกรณีที่การเปิดเผยจะเป็นประโยชน์สาธารณะ และไม่เป็นการรุกรานสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควร แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีประเด็นปัญหาที่ทำให้ประชาชนร้องเรียนโรงพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนด้วยเรื่องของความล่าช้า ซึ่งมักจะทำให้เหตุผลว่าเอกสารมีจำนวนมาก ต้องใช้ระยะเวลาในการค้นหา รวมถึงการรอผู้มีอำนาจของหน่วยงานอนุมัติการให้ข้อมูล กรณีจึงเป็นที่มาของการศึกษาแนวคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร แนวคำวินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุด กฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องว่า มีการกำหนดระยะเวลาหรือหลักเกณฑ์ให้หน่วยงานของรัฐต้องดำเนินการดังกล่าวหรือไม่อย่างไร หากมีแล้วไม่ดำเนินการตามที่กำหนดจะเกิดผลอย่างไร ทั้งนี้ เพื่อให้โรงพยาบาลของรัฐปรับใช้เป็นแนวปฏิบัติอันเป็นการลดปัญหาและป้องกันมิให้ถูกร้องเรียน และฟ้องร้องดำเนินคดีด้วยเหตุดังกล่าว รวมถึงเพื่อให้ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวก และได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างทันที่

คำสำคัญ : ขอเวชระเบียนผู้ป่วย ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ระยะเวลาในการยื่นคำขอข้อมูลข่าวสารของราชการ

*นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

บทนำ

ในปัจจุบันเรามักจะพบเห็นกรณีที่แพทย์หรือโรงพยาบาลถูกร้องเรียน และฟ้องร้องดำเนินคดีเป็นจำนวนมาก อันเนื่องด้วยสาเหตุปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องมาตรฐานการรักษา พฤติกรรมบริการ หรือแม้แต่กระทั่งเรื่องของการสื่อสาร ซึ่งในการดำเนินการดังกล่าวนั้นก็จะมีมาร้องขอข้อมูลแฟ้มประวัติการรักษาประจำตัวผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ที่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ อายุ เพศของผู้ป่วย ประวัติอาการป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล คำสั่งการรักษา บันทึกสรุปเมื่อสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งชื่อผู้ที่ทำการรักษา หรือที่เราเรียกว่า “เวชระเบียน” โดยเวชระเบียนนี้ หากเป็นการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานของรัฐ ข้อมูลดังกล่าวย่อมจัดทำขึ้น และอยู่ในความครอบครอง หรือควบคุมดูแลของโรงพยาบาล อันถือเป็นข้อมูลข่าวสารของราชการในลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ตามนัยมาตรา 4¹ แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 และบ่อยครั้งโรงพยาบาลมักจะใช้ดุลพินิจปฏิเสธไม่ให้ข้อมูลดังกล่าว ด้วยเหตุผลว่าเวชระเบียนเป็นข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ซึ่งการเปิดเผยจะเป็นการรุกรานสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควร และเป็นข้อมูลข่าวสารราชการที่มีกฎหมายคุ้มครองมิให้เปิดเผยตามนัยมาตรา 15² (5) และ มาตรา 15 (6) แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าวตามลำดับ ทั้งนี้ พบว่า มีผู้ร้องขอข้อมูลจำนวนไม่น้อยได้มีการอุทธรณ์คำสั่งมิให้เปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร และหากคณะกรรมการมีคำวินิจฉัยให้หน่วยงานของรัฐเปิดเผยข้อมูลข่าวสารตามที่ผู้อุทธรณ์ร้องขอ คำวินิจฉัยนั้นก็ย่อมมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐในอันที่จะต้องปฏิบัติตาม โดยคำวินิจฉัยนี้ให้เป็นที่สุดตามนัยมาตรา 37 วรรคสอง³ แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารฯ และเพื่อให้กระทบต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของราชการ ตามที่มีบทบัญญัติรับรองสิทธิดังกล่าวไว้ในมาตรา 59⁴ แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ประกอบกับคำสั่งศาลปกครองสูงสุด ที่ 686/2548⁵ ที่วินิจฉัยเป็นแนวปฏิบัติไว้ว่า หน่วยงานของรัฐต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร หน่วยงานของรัฐมิใช่ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนเสียหาย หรืออาจเดือดร้อนเสียหายที่จะมีสิทธิฟ้องต่อศาลปกครอง คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2549⁶ กำหนดหลักการ ห้ามมิให้หน่วยงานของรัฐฟ้องต่อศาลปกครองเพื่อเพิกถอนวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร แต่กลับกันหากหน่วยงานของรัฐไม่ปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการก็อาจถูกฟ้องศาลปกครองได้ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจถูกดำเนินการทางวินัยจากการไม่ปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารโดยไม่มีเหตุอันสมควรได้ด้วย ซึ่งเป็นไปตาม

¹ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้

ฯลฯ

ฯลฯ

“ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล” หมายความว่า ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะตัวของบุคคล เช่น การศึกษา ฐานะการเงิน ประวัติสุขภาพ ประวัติอาชญากรรม หรือประวัติการทำงาน บรรดาที่มีชื่อของผู้นั้นหรือมีเลขหมาย รหัส หรือสิ่งบอกลักษณะอื่นที่ทำให้รู้ตัวผู้นั้นได้ เช่น ลายพิมพ์นิ้วมือ แผ่นบันทึก ลักษณะเสียงของคนหรือรูปถ่าย และให้หมายความรวมถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะตัวของผู้ที่ถึงแก่กรรมแล้วด้วย

ฯลฯ

ฯลฯ

² มาตรา 15 ข้อมูลข่าวสารของราชการที่มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจมีคำสั่งมิให้เปิดเผยก็ได้ โดยคำนึงถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายของหน่วยงานของรัฐประโยชน์สาธารณะ และประโยชน์ของเอกชนที่เกี่ยวข้องประกอบกัน

(5) รายงานการแพทย์หรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ซึ่งการเปิดเผยจะเป็นการรุกรานสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควร

(6) ข้อมูลข่าวสารของราชการที่มีกฎหมายคุ้มครองมิให้เปิดเผย หรือข้อมูลข่าวสารที่มีผู้ให้มาโดยไม่ประสงค์ให้ทางราชการนำไปเปิดเผยต่อผู้อื่น

³ มาตรา 37 วรรคสองคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารให้เป็นที่สุด และในการมีคำวินิจฉัยจะมีข้อสังเกตเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องปฏิบัติเกี่ยวกับกรณีใดตามที่เห็นสมควรก็ได้

⁴ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

มาตรา 59 รัฐต้องเปิดเผยข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงของรัฐหรือเป็นความลับของทางราชการตามที่กฎหมายบัญญัติ และต้องจัดให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลหรือข่าวสารดังกล่าวได้โดยสะดวก

⁵ คำสั่งศาลปกครองสูงสุด ที่ 686/2548 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

http://www.oic.go.th/web2017/iwebform_viewer.asp?i=31111962E8222760211511216211211

⁶ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2549 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER1/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000058.PDF>

มติของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2542⁷ ที่ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติว่า เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารมีคำวินิจฉัยเป็นประการใดแล้วให้หน่วยงานของรัฐถือปฏิบัติตามคำวินิจฉัยโดยเคร่งครัด ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ ได้รับทราบคำวินิจฉัย หากปรากฏว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ใดไม่ปฏิบัติตามโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรให้ผู้บังคับบัญชาพิจารณาโทษทางวินัยทุกกรณี

เนื้อหา

จากการศึกษาแนวคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการขอให้หน่วยงานของรัฐเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่า ในการพิจารณาวินิจฉัยให้เปิดเผยเวชระเบียนมักจะมีกลุ่มผู้ร้องขอ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วย และบุคคลอื่น เช่น แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วย โดยในกรณีผู้ป่วยนั้น เวชระเบียนถือเป็นข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล บุคคลนั้นย่อมมีสิทธิที่จะรู้ถึงข้อมูลดังกล่าว เมื่อบุคคลนั้นมีคำขอเป็นหนังสือ หน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารนั้น จะต้องให้บุคคลนั้นได้ตรวจดูหรือได้รับสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น ตามนัยมาตรา 25 วรรคหนึ่ง⁸ แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 โดยหน่วยงานของรัฐสามารถเรียกค่าธรรมเนียมในการนั้นได้ ตามนัยมาตรา 9 วรรคสาม⁹ แห่งพระราชบัญญัติเดียวกัน ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยร้องขอเวชระเบียนของตน หน่วยงานของรัฐต้องดำเนินการตามที่ดังกล่าวไว้ข้างต้น มิเช่นนั้นจะเป็นการกระทำละเมิดต่อสิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้ป่วย ตามมาตรา 420¹⁰ แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และอาจถูกฟ้องเรียกค่าเสียหายได้ ส่วนกรณีบุคคลอื่น แม้ข้อมูลเวชระเบียนเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งการเปิดเผยจะเป็นการรุกรานสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควร แต่ก็อาจเปิดเผยให้แก่บุคคลอื่นได้ หากได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากเจ้าของข้อมูล หรือการเปิดเผยนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ และไม่รุกรานสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควร ตามนัยมาตรา 24¹¹ ประกอบมาตรา 15(5) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการฯ ดังเช่นกรณีของแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยนั่นเอง ซึ่งเคยมีคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร สาขาการแพทย์และสาธารณสุข ที่ พส 8/2564¹² วินิจฉัยเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวไว้ โดยเรื่องนี้เหตุแห่งการร้องขอเวชระเบียนคนไข้มาจากการที่นายแพทย์ A ได้ทำการผ่าตัดดวงตาให้แก่นาง ก และการรักษาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยแต่ปรากฏว่านาง ก ได้ทำการร้องเรียนกล่าวหาว่านายแพทย์ A ว่าเรียกเก็บเงินค่าเลนส์แก้วตาเทียม ค่าน้ำยาพิเศษ และค่าฝากพิเศษ จำนวน 5,000 บาท ส่งผลให้นายแพทย์ A ถูกตั้งกรรมการสอบสวนทางวินัยอย่างร้ายแรง และคณะกรรมการสอบสวนทางวินัยอย่างร้ายแรงได้แจ้งข้อกล่าวหาและสรุปพยานหลักฐานให้นายแพทย์ A ทราบ ซึ่งมีการอ้างอิงถึงเวชระเบียนของนาง ก ด้วย แต่คณะกรรมการสอบสวนไม่ได้จัดส่งเอกสารดังกล่าวให้นายแพทย์ A นายแพทย์ A จึงได้มีหนังสือขอเอกสารดังกล่าวจากโรงพยาบาล B ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐผู้ครอบครองข้อมูลเวชระเบียนคนไข้ เพื่อใช้เป็น

⁷ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2542 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABIWEBSITE/DRAWER01/GENERAL/DATA0002/00002024.PDF>

⁸ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 25 ภายใต้บังคับมาตรา 14 และมาตรา 15 บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะรู้ถึงข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตน และเมื่อบุคคลนั้นมีคำขอเป็นหนังสือ หน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารนั้น จะต้องให้บุคคลนั้นหรือผู้กระทำการแทนบุคคลนั้นได้ตรวจดูหรือได้รับสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น และให้นำมาตรา 9 วรรคสอง และวรรคสาม มาใช้บังคับโดยอนุโลม

⁹ มาตรา 9 วรรคสาม บุคคลไม่ว่าจะมีส่วนได้เสียเกี่ยวข้องหรือไม่ก็ตาม ย่อมมีสิทธิเข้าตรวจดู ขอสำเนาหรือขอสำเนาที่มีคำรับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารตามวรรคหนึ่งได้ ในกรณีที่สมควรหน่วยงานของรัฐโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ จะวางหลักเกณฑ์เรียกค่าธรรมเนียมในการนั้นก็ได้อ ในกรณีนี้ให้คำนึงถึงการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยประกอบด้วย ทั้งนี้ เว้นแต่จะมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น

¹⁰ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

มาตรา 420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น

¹¹ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 24 หน่วยงานของรัฐจะเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความควบคุมดูแลของตนต่อหน่วยงานของรัฐแห่งอื่นหรือผู้อื่นโดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลที่ได้ไว้ล่วงหน้าหรือในขณะนั้นมิได้ ฯลฯ

¹² คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร สาขาการแพทย์และสาธารณสุข ที่ พส 8/2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.oic.go.th/web2017/webform_viewer.asp?i=21111%2E5221670%3A115112114111211

ข้อมูลในการต่อสู้ข้อกล่าวหาของคณะกรรมการสอบสวนทางวินัยอย่างร้ายแรง แต่ปรากฏว่าโรงพยาบาล B ปฏิเสธไม่ให้ข้อมูลดังกล่าวโดยให้เหตุผลว่า “เอกสารเวชระเบียนและประวัติการรักษาพยาบาลถือเป็นข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนั้นเกี่ยวกับสิทธิของเจ้าของข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล การที่นายแพทย์ A ประสงค์ขอข้อมูลเวชระเบียนดังกล่าว ซึ่งหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจมีคำสั่งไม่เปิดเผยก็ได้ โดยคำนึงถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายของหน่วยงานของรัฐ ประโยชน์สาธารณะ และประโยชน์ของเอกชนที่เกี่ยวข้องประกอบกัน หากเปิดเผยแล้วจะเป็นการรุกรานสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควรตามมาตรา 15 (5) และเวชระเบียนดังกล่าวเป็นข้อมูลข่าวสารของราชการที่มีกฎหมายคุ้มครองมิให้เปิดเผยตามมาตรา 15 (6) แห่งพระราชบัญญัติเดียวกัน โรงพยาบาล B จะเปิดเผยข้อมูลเวชระเบียนของบุคคลใดโดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลเวชระเบียนไม่ได้ เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามที่กฎหมายกำหนด อีกทั้งเรื่องดังกล่าวยังอยู่ระหว่างการดำเนินการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวนทางวินัยของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” นายแพทย์ A จึงได้อุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร โดยผลวินิจฉัยสรุปได้ว่า เวชระเบียนของนาง ก เป็นรายงานการแพทย์หรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลซึ่งการเปิดเผยจะเป็นการรุกรานสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควร แต่กรณีนี้ นายแพทย์ A ผู้อุทธรณ์เป็นแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดดวงตาให้แก่นาง ก ซึ่งหากนายแพทย์ A ไม่ได้รับข้อมูลเวชระเบียนดังกล่าวอาจเสียโอกาสในการต่อสู้เพื่อความยุติธรรมให้แก่ตนเอง ซึ่งโดยปกติแพทย์เจ้าของไข้ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยย่อมมีสิทธิเข้าถึงประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตน กรณีจึงเป็นข้อยกเว้นในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างแพทย์ผู้ทำการรักษากับผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตน เมื่อพิจารณาถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายของหน่วยงานของรัฐ ประโยชน์สาธารณะ และประโยชน์ของเอกชนที่เกี่ยวข้องประกอบกันแล้ว เห็นว่า ข้อมูลข่าวสารตามคำขอเปิดเผยให้นายแพทย์ A ผู้อุทธรณ์ได้ดังนั้น จะเห็นได้ว่า บุคคลอื่นก็สามารถขอเวชระเบียนผู้ป่วยได้ หากเป็นกรณีตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งมีระบุไว้ในมาตรา 24 ประกอบมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ดังกรณีตัวอย่างที่ได้กล่าวมาข้างต้น

อย่างไรก็ดี แม้ว่าเราจะทราบกันดีอยู่แล้วว่าเวชระเบียนผู้ป่วย ที่อยู่ในความครอบครองของโรงพยาบาลในสังกัดหน่วยงานของรัฐสามารถเปิดเผยให้แก่ตัวผู้ป่วยนั่นเองได้ หรือสามารถเปิดเผยให้แก่บุคคลอื่นได้หากได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากเจ้าของข้อมูล หรือการเปิดเผยนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะ และไม่รุกรานสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควรตามนัยมาตรา 24 ประกอบมาตรา 15 (5) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการฯ และหากมีกรณีที่โรงพยาบาลใช้ดุลพินิจไม่เปิดเผยข้อมูลดังกล่าว แล้วต่อมาคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร ได้มีคำวินิจฉัยให้เปิดเผยข้อมูลนั้น โรงพยาบาลก็ต้องปฏิบัติตามคำวินิจฉัยภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบคำวินิจฉัย โดยจะฟ้องต่อศาลปกครองขอให้เพิกถอนคำวินิจฉัยนั้นไม่ได้ แต่กลับกันหากโรงพยาบาลเปิดเผยข้อมูลตามคำวินิจฉัย โรงพยาบาลก็อาจถูกฟ้องต่อศาลปกครอง และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลผู้ที่เกี่ยวข้องอาจถูกดำเนินการทางวินัยได้ แต่ทว่าแล้วในทางปฏิบัติก็ยังคงมีประเด็นปัญหาที่ทำให้ประชาชนร้องเรียนโรงพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนด้วยเรื่องของความล่าช้า ซึ่งมักจะทำให้เหตุผลว่าเอกสารมีจำนวนมาก ต้องใช้ระยะเวลาในการค้นหา รวมถึงเรื่องการรอผู้มีอำนาจของหน่วยงานอนุมัติการให้ข้อมูล กรณีจึงเป็นที่มาของการศึกษาแนวคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร แนวคำวินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุด กฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องว่า มีการกำหนดระยะเวลาหรือหลักเกณฑ์ให้หน่วยงานของรัฐต้องดำเนินการดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร หากมีแล้วไม่ดำเนินการตามที่กำหนดจะเกิดผลอย่างไร

ซึ่งจากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนได้ศึกษาหาข้อมูลจากแนวคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร แนวคำวินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุด กฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง และพบว่า

1. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ไม่ได้กำหนดระยะเวลาให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดหาข้อมูลข่าวสารให้แก่ผู้ยื่นคำขอโดยเฉพะไว้ โดยมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว เพียงแต่กำหนดให้หน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวแก่ผู้มีสิทธิที่จะได้รู้เท่านั้น ดังนั้น เมื่อไม่มีกฎหมายกำหนดเรื่องดังกล่าวไว้ กรณีจึงต้องถือปฏิบัติตามมาตรา 3¹³ แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

¹³ พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

อันเป็นกฎหมายกลางที่กำหนดไว้มาใช้บังคับ โดยมาตรา 33¹⁴ วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองฯ กำหนดไว้ว่า เพื่อประโยชน์ในการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ความประหยัด และควมมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานของรัฐให้คณะรัฐมนตรีวางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อให้เจ้าหน้าที่กำหนดเวลาสำหรับการพิจารณาทางปกครองขึ้นไว้ตามความเหมาะสมแก่กรณี ทั้งนี้ เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายหรือกฎในเรื่องนั้น

2. ในเรื่องเกี่ยวกับการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2547¹⁵ เห็นชอบให้หน่วยงานของรัฐทุกแห่ง ถือเป็นนโยบายสำคัญที่ต้องปฏิบัติในการให้บริการข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แก่ประชาชนด้วยความรวดเร็ว ดังนี้

(1) กรณีมีข้อมูลข่าวสารพร้อมที่จะจัดหาให้ได้ ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็วหรือภายในวันที่รับคำขอ

(2) กรณีที่ข้อมูลข่าวสารที่ขอมีเป็นจำนวนมากหรือไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน จะต้องแจ้งให้ผู้ขอข้อมูลทราบภายใน 15 วัน รวมทั้งแจ้งกำหนดวันที่จะดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้ขอข้อมูลทราบด้วย

3. ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐใช้ดุลพินิจไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร แล้วผู้ยื่นคำขอได้อุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารได้ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งนั้น ซึ่งเป็นไปตามบทบัญญัติมาตรา 18¹⁶ แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

4. เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารมีคำวินิจฉัยเป็นประการใดแล้ว ให้หน่วยงานของรัฐถือปฏิบัติตามคำวินิจฉัยโดยเคร่งครัด ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบคำวินิจฉัย หากหน่วยงานของรัฐไม่ปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการก็อาจถูกฟ้องศาลปกครองได้ อีกทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจถูกดำเนินการทางวินัยจากการไม่ปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารโดยไม่มีเหตุอันสมควรได้ด้วย ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติตามมติของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2542

อนึ่ง แม้ว่าหน่วยงานของรัฐจะไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร ก็ห้ามมิให้หน่วยงานของรัฐฟ้องต่อศาลปกครองเพื่อเพิกถอนวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากหน่วยงานของรัฐมิใช่ผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนเสียหาย หรืออาจเดือดร้อนเสียหายที่จะมีสิทธิฟ้องต่อศาลปกครอง ซึ่งเป็นไปตามมติของคณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2549

5. มีกรณีศึกษาตัวอย่างเกี่ยวกับเรื่องระยะเวลาการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนตามกำหนดระยะเวลาดังกล่าวข้างต้น ปรากฏในคำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด ที่ อ. 1359/2560¹⁷ โดยข้อเท็จจริงในเรื่องดังกล่าวเกิดขึ้นจากการที่นาง ก ได้ยื่นคำขอข้อมูลข่าวสารประกอบด้วย

(1) ใบฎีกาการจ่ายเงินเดือนของนาง ก

(2) คำสั่งของหน่วยงาน A ที่สั่งงดขึ้นเงินเดือนและสั่งกันเงินเดือนขึ้นเงินเดือนของนาง ก

มาตรา 3 วิธีปฏิบัติราชการทางปกครองตามกฎหมายต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้ เว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายใดกำหนดวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเรื่องใดไว้โดยเฉพาะและมีหลักเกณฑ์ที่ประกันความเป็นธรรมหรือมีมาตรฐานในการปฏิบัติราชการไม่ต่ำกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับขั้นตอนและระยะเวลาอุทธรณ์หรือโต้แย้งที่กำหนดในกฎหมาย

¹⁴ มาตรา 33 วรรคหนึ่ง เพื่อประโยชน์ในการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ความประหยัดและควมมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานของรัฐ ให้คณะรัฐมนตรีวางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อให้เจ้าหน้าที่กำหนดเวลาสำหรับการพิจารณาทางปกครองขึ้นไว้ตามความเหมาะสมแก่กรณี ทั้งนี้ เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายหรือกฎในเรื่องนั้น

¹⁵ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2547 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER1/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000057.PDF>

¹⁶ พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 18 ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐมีคำสั่งมิให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารใดตามมาตรา 14 หรือมาตรา 15 หรือมีคำสั่งไม่รับฟังคำคัดค้านของผู้มีประโยชน์ได้เสียตามมาตรา 17 ผู้นั้นอาจอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งนั้นโดยยื่นคำอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการ

¹⁷ แนวคำวินิจฉัยของศาลปกครอง เล่มที่ 8. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562. คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดที่ อ.1359/2560; หน้า 795-797.

(3) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนทางวินัยอย่างร้ายแรงซึ่งนาง ก ตกเป็นผู้ถูกลงโทษ กรณีขาดราชการติดต่อกันในคราวเดียวกันเป็นเวลาเกินกว่า 15 วันโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร และ

(4) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการสอบสวนวินัย

อันเป็นข้อมูลข่าวสารราชการ จากหน่วยงาน A ทั้งสี่รายการ ซึ่งนาง ก ได้ยื่นขอเอกสารทั้ง 4 ฉบับ เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2552 เพื่อนำไปแสดงเป็นพยานหลักฐานในชั้นการดำเนินการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวนทางวินัย แต่ปรากฏว่านาง ก ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารตามที่ยื่นคำขอ จึงได้ส่งเรื่องร้องเรียนขอความเป็นธรรมไปยังคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของทางราชการ และหลังจากร้องเรียน หน่วยงาน A ก็ได้จัดส่งเอกสารให้แก่นาง ก เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2552 แต่ปรากฏว่าเอกสารไม่ครบถ้วนตามที่ร้องขอ ทำให้นาง ก ไม่สามารถนำไปแสดงเพื่อเป็นพยานหลักฐานในการต่อสู้ข้อกล่าวหาในชั้นการสอบสวนทางวินัยได้ เป็นเหตุให้นาง ก ถูกลงโทษงดเลื่อนขั้นเงินเดือนและถูกลงโทษไล่ออกจากราชการ นาง ก จึงนำคดีมาฟ้องต่อศาลปกครอง ขอให้ศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่งเรียกเอกสารจากหน่วยงาน A และขอให้หน่วยงาน A พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องชดใช้ค่าเสียหายจากการทำละเมิดให้แก่ตน กรณีละเมิดสิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารราชการ และในระหว่างการพิจารณาของศาลปกครองชั้นต้น นาง ก ได้ยื่นคำชี้แจงต่อศาลว่า ได้รับเอกสารที่ร้องขอครบถ้วนแล้ว เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2553

ศาลปกครองสูงสุดพิจารณาแล้วเห็นว่า ข้อมูลที่นาง ก ร้องขอจากหน่วยงาน A เป็นข้อมูลข่าวสารราชการ หน่วยงาน A ต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการให้บริการข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แก่ประชาชนด้วยความรวดเร็วตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2547 เมื่อข้อเท็จจริงปรากฏว่า นาง ก ผู้ฟ้องคดียื่นคำขอเอกสารครั้งแรก เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2552 แต่ผู้ฟ้องคดีได้รับเอกสารเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2552 และได้รับเพียงบางส่วนเท่านั้น แม้ว่าเอกสารที่ร้องขอดังกล่าว มีจำนวนมากถึง 53 ฉบับ ซึ่งอาจทำให้หน่วยงาน A ผู้ถูกฟ้องคดี ไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน ตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวข้างต้นได้ แต่หน่วยงาน A ผู้ถูกฟ้องคดีก็ได้แจ้งให้นาง ก ผู้ฟ้องคดีทราบ รวมถึงไม่ได้กำหนดวันที่จะดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้ฟ้องคดีทราบ อีกทั้งเอกสารที่ผู้ฟ้องคดีได้รับยังไม่ครบตามรายการที่ยื่นคำขอ จึงไม่ใช่กรณีที่หน่วยงานของรัฐได้ดำเนินการให้บริการข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนแล้ว โดยระยะเวลาล่วงเลยมาจนกระทั่งวันที่ 11 มกราคม 2553 นาง ก ผู้ฟ้องคดีจึงได้รับเอกสารครบถ้วน ซึ่งเมื่อนับระยะเวลาที่ผู้ฟ้องคดีได้ยื่นคำขอเอกสารครั้งแรกจนถึงวันได้รับเอกสารที่ร้องขอครบถ้วน ปรากฏว่าหน่วยงาน A ใช้ระยะเวลานานถึง 298 วัน โดยมีได้แจ้งให้ผู้ฟ้องคดีทราบว่าไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จได้หรือแจ้งกำหนดวันที่จะดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้ฟ้องคดีทราบแต่อย่างใด การดำเนินการดังกล่าวของหน่วยงาน A ผู้ถูกฟ้องคดี จึงเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติล่าช้าเกินสมควร อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงเอกสารที่ผู้ฟ้องคดีร้องขอแล้วเห็นได้ว่า มีใช้พยานหลักฐานที่อาจนำไปโต้แย้งเพื่อแก้ข้อกล่าวหากรณีผู้ฟ้องคดีถูกตั้งคณะกรรมการสอบสวนวินัยโดยถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดวินัยอย่างร้ายแรง เนื่องจากขาดราชการติดต่อกันในคราวเดียวกันเกินกว่า 15 วัน โดยไม่มีเหตุผลอันสมควรได้ ผู้ฟ้องคดีจึงไม่ต้องอาศัยเอกสารตามคำขอเพื่อประกอบการโต้แย้งการพิจารณาทางปกครองของคณะกรรมการสอบสวนวินัยดังกล่าว ความเสียหายที่ผู้ฟ้องคดีกล่าวอ้างไม่ว่าจะเป็นการถูกงดเลื่อนขั้นเงินเดือนหรือถูกลงโทษไล่ออกจากราชการ หรือการกระทำอื่นใดของผู้ถูกฟ้องคดี มิได้เป็นผลโดยตรงจากการที่ผู้ถูกฟ้องคดีเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่ผู้ฟ้องคดีร้องขอล่าช้าแต่อย่างใด จึงไม่เป็นการกระทำละเมิดต่อผู้ฟ้องคดี ดังนั้น หน่วยงาน A ผู้ถูกฟ้องคดี จึงไม่ต้องรับผิดชอบชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่นาง ก ผู้ฟ้องคดี

บทสรุป

จากแนวคำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร แนวคำวินิจฉัยของศาลปกครองสูงสุด กฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องข้างต้น สรุปได้ว่า

1. ในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเมื่อมีการร้องขอ ไม่ได้มีกฎหมายกำหนดระยะเวลาให้หน่วยงานของรัฐต้องจัดทำข้อมูลข่าวสารให้แก่ผู้ยื่นคำขอโดยเฉพาะไว้ แต่หน่วยงานของรัฐก็ต้องให้บริการแก่ประชาชนโดยเร็วหรือภายใน 15 วัน หากไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน ก็ต้องแจ้งให้ผู้ขอข้อมูลทราบภายใน 15 วัน รวมทั้งแจ้งกำหนดวันที่จะดำเนินการแล้วเสร็จให้ผู้ขอข้อมูลทราบด้วย

2. ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐใช้ดุลพินิจไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสาร แล้วผู้ยื่นคำขอได้อุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารได้ภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งนั้น เมื่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารมีคำวินิจฉัยเป็นประการใดแล้วให้หน่วยงานของรัฐถือปฏิบัติตามคำวินิจฉัยโดยเคร่งครัด ภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับทราบคำวินิจฉัย

3. หากหน่วยงานของรัฐไม่ได้ดำเนินการภายในกำหนดระยะเวลาข้างต้น อาจถูกฟ้องต่อศาลปกครองในมูลกรณีปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติล่าช้าเกินสมควร และอาจจะต้องชดเชยค่าเสียหายให้แก่ผู้ยื่นคำขอหากมีความเสียหายเกิดขึ้นอันเป็นผลโดยตรงจากการปฏิบัติหน้าที่ล่าช้า

4. นอกจากหน่วยงานจะถูกฟ้องได้แล้ว เจ้าหน้าที่ของรัฐอาจถูกดำเนินการทางวินัยจากการปฏิบัติงานที่ล่าช้า กรณีไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบของทางราชการ มติคณะรัฐมนตรี หรือนโยบายของรัฐบาล

ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ ประเด็นการศึกษาดังกล่าวข้างต้นนี้ ผู้เขียนเห็นว่า กรณีศึกษาข้างต้นนี้สามารถนำไปปรับใช้ได้กับการให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารราชการของโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยงานของรัฐได้ทุกหน่วย และเพื่อเป็นการป้องกันการถูกร้องเรียน และฟ้องร้องดำเนินคดีในชั้นศาล กับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และโรงพยาบาล ผู้เขียนขอเสนอแนะว่า นอกจากการที่ทุกโรงพยาบาลทุกหน่วยบริการจะได้ปรับใช้แนวปฏิบัติที่ผู้เขียนได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว ควรต้องยึดมั่นและถือปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของทางราชการอย่างเคร่งครัด และควรมีการทบทวนการบริหารจัดการระบบการให้บริการประชาชนอย่างสม่ำเสมอ ทั้งมาตรฐานการรักษาและคุณภาพการบริการในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะการสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องชัดเจนด้วยความสุภาพ ตลอดจนการให้บริการด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อมุ่งให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน รวมถึงเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 4

“ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล” หมายความว่า ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะตัวของบุคคล เช่น การศึกษา ฐานะการเงิน ประวัติสุขภาพ ประวัติอาชญากรรม หรือประวัติการทำงาน บรรดาที่มีชื่อของผู้นั้นหรือมีเลขหมาย รหัส หรือสิ่งบอกลักษณะอื่นที่ทำให้รู้ตัวผู้นั้นได้ เช่น ลายพิมพ์นิ้วมือ แผ่นบันทึก ลักษณะเสียงของคนหรือรูปถ่าย และให้หมายความรวมถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะตัวของผู้ที่ถึงแก่กรรมแล้วด้วย

2. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 15 ข้อมูลข่าวสารของราชการที่มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจมีคำสั่งมิให้เปิดเผยก็ได้ โดยคำนึงถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายของหน่วยงานของรัฐประโยชน์สาธารณะ และประโยชน์ของเอกชนที่เกี่ยวข้องประกอบกัน

(5) รายงานการแพทย์หรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล ซึ่งการเปิดเผยจะเป็นการรุกรานสิทธิส่วนบุคคล โดยไม่สมควร

(6) ข้อมูลข่าวสารของราชการที่มีกฎหมายคุ้มครองมิให้เปิดเผย หรือข้อมูลข่าวสารที่มีผู้ให้มาโดยไม่ประสงค์ให้ทางราชการนำไปเปิดเผยต่อผู้อื่น

3. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 37 วรรคสอง คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารให้เป็นที่สุด และในการมีคำวินิจฉัยจะมีข้อสังเกตเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องปฏิบัติเกี่ยวกับกรณีใดตามที่เห็นสมควรก็ได้

4. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

มาตรา 59 รัฐต้องเปิดเผยข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะในครอบครองของหน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงของรัฐหรือเป็นความลับของทางราชการตามที่กฎหมายบัญญัติ และต้องจัดให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลหรือข่าวสารดังกล่าวได้โดยสะดวก

5. คำสั่งศาลปกครองสูงสุด ที่ 686/2548 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

http://www.oic.go.th/web2017/iwebform_viewer.asp?i=31111%2E82227602115112162111211

6. มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2549 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER1/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000058.PDF>

7. มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2542 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABIWEBSITE/DRAWER01/GENERAL/DATA0002/00002024.PDF>

8. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 25 ภายใต้บังคับมาตรา 14 และมาตรา 15 บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะได้รับรู้ถึงข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตน และเมื่อบุคคลนั้นมีคำขอเป็นหนังสือ หน่วยงานของรัฐที่ควบคุมดูแลข้อมูลข่าวสารนั้น จะต้องให้บุคคลนั้นหรือผู้กระทำการแทนบุคคลนั้นได้ตรวจดูหรือได้รับสำเนาข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลส่วนที่เกี่ยวกับบุคคลนั้น และให้นำมาตรา 9 วรรคสอง และวรรคสาม มาใช้บังคับโดยอนุโลม

9. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 9 วรรคสาม บุคคลไม่ว่าจะมีส่วนได้เสียเกี่ยวข้องหรือไม่ก็ตาม ย่อมมีสิทธิเข้าตรวจดู ขอสำเนาหรือขอสำเนาที่มีค่ารับรองถูกต้องของข้อมูลข่าวสารตามวรรคหนึ่งได้ ในกรณีที่สมควรหน่วยงานของรัฐโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ จะวางหลักเกณฑ์เรียกค่าธรรมเนียมในการนั้นก็ได้ ในการนี้ให้คำนึงถึงการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยประกอบด้วย ทั้งนี้ เว้นแต่จะมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น

10. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

มาตรา 420 ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น

11. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 24 หน่วยงานของรัฐจะเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความควบคุมดูแลของตนต่อหน่วยงานของรัฐแห่งอื่นหรือผู้อื่นโดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลที่ได้รับล่วงหน้าหรือในขณะนั้นมิได้ ฯลฯ

12. คำวินิจฉัยของคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร สาขาการแพทย์และสาธารณสุข

ที่ พส 8/2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

http://www.oic.go.th/web2017/iwebform_viewer.asp?i=21111%2E5221670%3A115112114111211

13. พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

มาตรา 3 วิธีปฏิบัติราชการทางปกครองตามกฎหมายต่าง ๆ ให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้ เว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายใดกำหนดวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองเรื่องใดไว้โดยเฉพาะและมีหลักเกณฑ์ที่ประกันความเป็นธรรมหรือมีมาตรฐานในการปฏิบัติราชการไม่ต่ำกว่าหลักเกณฑ์ที่กำหนดในพระราชบัญญัตินี้

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับขั้นตอนและระยะเวลาอุทธรณ์หรือโต้แย้งที่กำหนดในกฎหมาย

14. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

มาตรา 33 วรรคหนึ่ง เพื่อประโยชน์ในการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน ความประหยัดและความมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานของรัฐ ให้คณะรัฐมนตรีวางระเบียบกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเพื่อให้เจ้าหน้าที่กำหนดเวลาสำหรับการพิจารณาทางปกครองขึ้นไว้ตามความเหมาะสมแก่กรณี ทั้งนี้ เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายหรือกฎในเรื่องนั้น

15. มติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2547 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER1/DRAWER023/GENERAL/DATA0000/00000057.PDF>
16. พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540
มาตรา 18 ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐมีคำสั่งมิให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารใดตามมาตรา 14 หรือมาตรา 15 หรือมีคำสั่งไม่รับฟังคำคัดค้านของผู้มีประโยชน์ได้เสียตามมาตรา 17 ผู้นั้นอาจอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการวินิจฉัยการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งนั้นโดยยื่นคำอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการ
17. แนวคำวินิจฉัยของศาลปกครอง เล่มที่ 8. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562. คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดที่ อ. 1359/2560; หน้า 795-797.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย มีความยินดีรับผลงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

ประเภทผลงานที่ตีพิมพ์

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข

2. กรณีศึกษา (case study)

เป็นรายงานการศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

3. บทความปริทรรศน์ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ

การเตรียมต้นฉบับ

รายละเอียดของการพิมพ์

1. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน โดยผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาที่เขียน
2. บทความที่ส่งมาจะได้รับการตรวจแก้ไขเพื่อความเหมาะสมทั้งในเรื่องของรูปแบบ (format) และความถูกต้องของเนื้อหาโดยกองบรรณาธิการ และส่งข้อเสนอแนะให้ผู้เขียนทาง e-mail
3. ขั้นตอนการให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขให้แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะกำหนดเวลา เพื่อให้ทันเวลาในการออกวารสาร ใช้เวลาเฉลี่ยภายใน 2 เดือนโดยประมาณ โดยกองบรรณาธิการจะรับลงวารสารตามความเห็นชอบแล้วเท่านั้น
4. เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสารจำนวน 2 เล่มต่อเรื่อง
5. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Words for Windows 2007 ใช้ตัวอักษร browallia new ขนาด 14 point Single Space และใช้กระดาษพิมพ์ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่เกิน 10-12 หน้า โดยรวมบทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิง
6. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ เป็น ขาว - ดำ สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง มีชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิกำกับที่ชัดเจน

การเรียงลำดับเนื้อหา

(กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไขให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

1. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

1.1 **ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)** ควรกะทัดรัด สื่อเป้าหมายหลักของการศึกษาวิจัย ไม่ใช่คำย่อ ไม่ควรยาวเกิน 100 ตัวอักษร จัดไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ

1.2 **ชื่อผู้นิพนธ์ (ภาษาไทย)** ระบุชื่อของผู้เขียนทุกคน พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ ส่วนหน่วยงานหรือสถาบันใช้การอ้างอิงแบบเชิงอรรถไว้ส่วนล่างสุดของหน้ากระดาษของเอกสาร

1.3 **บทคัดย่อ (ภาษาไทย)** เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- บทนำ :
- วัตถุประสงค์ :
- วิธีการศึกษา :
- ผลการศึกษา :
- สรุป :

1.4 **คำสำคัญ (ภาษาไทย)** ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาไทย เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นในอนาคต

1.5 **เชิงอรรถ (ภาษาไทย)** อยู่ใต้เส้นคั่นซึ่งยาว 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร เป็นรายการเชิงอรรถที่ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์

***** ข้อ 1.1 – 1.5 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 *****

1.6 **Title (ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ)** จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ มีความหมายตรงกับชื่อเรื่องภาษาไทย

1.7 **Authors (ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ)** จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ พร้อมพร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุดภาษาอังกฤษ

1.8 **Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ)** ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยชน์โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction:
- Objectives:
- Methods:
- Results:
- Conclusions:

1.9 **Keyword (คำสำคัญภาษาอังกฤษ)** ต้องตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาอังกฤษ

1.10 **Footnote (เชิงอรรถ)** ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ

***** ข้อ 1.6 – 1.10 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 และแยกไว้คนละหน้ากับภาษาไทย *****

1.11 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัย ให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษา และสรุป

- วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย

- ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีก ในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

- วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

- สรุป (conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อ ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

- กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูอึดอัดเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

- เอกสารอ้างอิง (references) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมต้นฉบับกรณีศึกษา (Case Study)

2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ คำสำคัญ และเชิงอรรถ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ มีข้อกำหนดในการเขียนและการจัดรูปแบบเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

2.2 บทคัดย่อ (ภาษาไทย) ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายเพิ่มต่อ ไม่ควรมีคำย่อ เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- บทนำ : เขียนย่อถึงความสำคัญโรคที่ศึกษาการดูแลรักษาที่สำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ไม่ควรเกิน 2 บรรทัด)

- วัตถุประสงค์ : เขียนวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

- กรณีศึกษา : เขียนย่อเพื่อให้เห็นภาพรวมว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นใคร จำนวนกี่รายเข้าการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงใด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาที่สำคัญอะไร ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาลอะไรบ้าง และให้การพยาบาลที่สำคัญอย่างไร ผลการประเมินหลังให้การพยาบาลเป็นอย่างไร

- สรุป : เขียนสรุปกรณีศึกษา สรุปโรค และข้อเสนอแนะสั้นๆ อยู่ในย่อหน้าเดียวกัน

2.3 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ) ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคติดโดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction:

- Objectives:

- Case Study:

- Conclusions:

2.4 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่มาของนำไปสู่การศึกษา ได้แก่ ความสำคัญของโรคที่ศึกษา ข้อมูลสถิติ (อย่างน้อยในสถานที่ที่ศึกษา) วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษาหรือสาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้มาศึกษา แต่ไม่ต้องใส่ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมด ใช้ลักษณะการวิเคราะห์มาเขียนแทน และให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ

- กรณีศึกษา

เป็นการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษา เขียนสรุปใจความสำคัญตามลำดับหัวข้อดังนี้ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม ผลการเอกซเรย์และ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ตามโรคและแสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม) การวางแผนการพยาบาล โดยสรุปปัญหาที่สำคัญเป็นรายชื่อ

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เขียนเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องเป็นสิ่งที่ถูกวิเคราะห์มาจากปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษานี้ และประเมินผลการพยาบาล

- สรุปกรณีศึกษา

เป็นการสรุปกรณีศึกษาที่สำคัญ 1 ย่อหน้า เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำกรณีศึกษา ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้ศึกษาให้การพยาบาลที่สำคัญอะไรบ้าง และการประเมินผลการพยาบาล

- วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

อธิบายสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา หรือหลุมพราง (pitfall) ที่พบจากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ และข้อแนะนำในการให้การพยาบาลที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป

- สรุป

ให้สรุปโรคที่ศึกษาที่สัมพันธ์กับทฤษฎี

- เอกสารอ้างอิง

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “ กำลังพิมพ์ ” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ ไม่ได้ตีพิมพ์ ” หลีกเลี่ยง “ ติดต่อบุคคล ” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์ ; ปีที่ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์, พัชรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพิงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2550. วารสารวิชาการ สาธารณสุข 2551 ; 7 : 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998 ; 55 : 697-701.

1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538 ; 24 : 190-204.

1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981 ; 283 : 628.

1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟทัส บรรณาธิการ. เวชศาสตร์-สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539 ; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.

วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994 ; 102 Suppl 1 : 275-82.
2. Semin Oncol 1996 : 23 (1 Suppl 2) : 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995 ; 32 (pt 3) : 303-6.
4. N Z Med J 1994 ; 107(986 pt 1) : 377-8
5. Clin Orthop 1995 ; (320) : 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993 : 325-33.

1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนารณ. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539 ; 48 :616-20.
2. Enzenberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996 ; 347 :1337.

2. หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม

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

- หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.
2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY) : Delmar Publishers ; 1996.

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาชัย, ประคอง วิทยาชัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์. กรุงเทพมหานคร : มุลนิธิเด็ก ; 2535.
2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York : Churchill Livingstone ; 1996.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่องใน. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน : มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวัตติ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประชอร์ ชวลิตดำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว การพิมพ์ ; 2550. หน้า 424-7.
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. รายงานการประชุม สัมมนา

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

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน ; 6 - 8 พฤษภาคม 2541 ; ณ โรงแรมโป้แบ้ทาวเวอร์. 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, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics ; 1992 Sep 6-10 ; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland ; 1992. p. 1561-5.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน ; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก ; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX) : Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections ; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

5. วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง : มหาวิทยาลัย ; ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยชัย ขาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care : the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO) : Washington Univ. ; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์ ; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539 ; ๒๓. (คอลัมน์ ๕).

2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21 ; Sect. A : 3 (col.5).

6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).
2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 545.
2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins ; 1995. Apraxia ; p. 199-20.

6.4 วิกิพีเดีย

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วิกิพีเดีย). เมืองที่ผลิต : แหล่งผลิต ; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS : the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO) : Mosby-year Book ; 1995.

6.5 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล] ; ปีที่(เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล : URL address underlined.

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar[cited 1999 Dec 25] ; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17] ; 168(4) : 500-6. Available from : URL : <http://biomed.niss.ac.uk>

2. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21] ; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22] ; [10 screen]. Available from : URL : <http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf0021.htm>

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23] ; [15 screens]. Available from : URL : <http://www.healthy.net/asp/templates/Article.asp?PageType=Article&Id=920>

3. Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล : ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In: Family Medicine. 5th ed.[online], 1998. Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

4. CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimedia; 2001.

5. Book on CD-ROM

1. The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2nded. New York (NY): oxford university Press; 1992.

2. Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

6. Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า.

1. Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.

7. Other Software

Format : Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.]
Version. Place of production: Producer; Year.

1. Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นไฟล์ข้อมูลต้นฉบับ (Microsoft Word และ PDF) ควรแจ้งรายละเอียด บางประการ อาทิเช่น สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการสามารถจะติดต่อได้ จำนวนสำเนา ต้นฉบับที่ส่งไป และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่ หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการ ทราบ

การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์

กำหนดการรับต้นฉบับ และกำหนดการออกของวารสาร

- กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 มีนาคม ออกเล่มภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 กันยายน ออกเล่มภายใน 30 ธันวาคม)
- หมายเหตุ : บทความไม่ยาวเกิน 10 -12 หน้าต่อเรื่อง (รวมบทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิง) ในกรณี บทความเต็มก่อนเวลาปิดรับ ขออนุญาตปิดรับก่อนเวลา และควรมีที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ง่าย เพื่อติดต่อผู้พิมพ์



การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง

คุณอาภากร เอ็มโอฐ
งานห้องสมุด โรงพยาบาลกำแพงเพชร
เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000
e-mail : librarian_hh@hotmail.com
โทรศัพท์ (055) 022000 - 29 ต่อ 1403
โทรสาร (055) 711232

รับผิดชอบ ชื่อสัตย์ มีน้ำใจ



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

