

# วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร



*Kamphaeng Phet Hospital Journal*

ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2557

Vol. 18 no.2 July - December 2014

ISSN 0858 - 5180

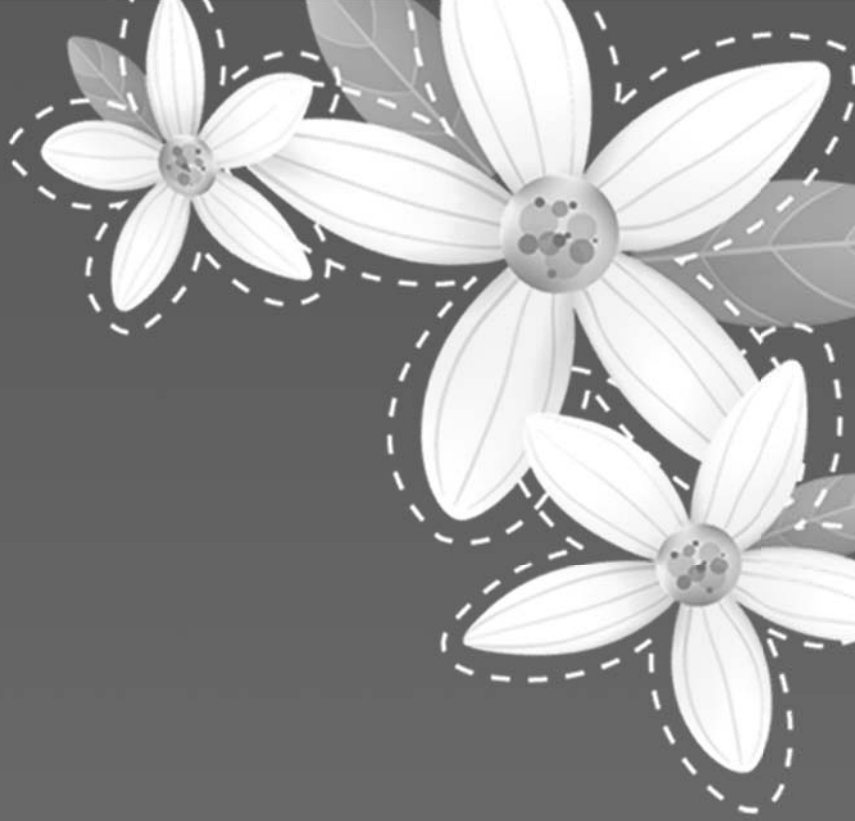


## โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข





# การดำรงชีพพยาบาลกำแม่เพชร



# คณะผู้จัดทำ

เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประธานที่ปรึกษา

นพ.พิชัย ศิริพรพาณิชย์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะที่ปรึกษา

นพ.รังสรรค์ ชัยกิจอำนวยโชค

นพ.มานะ ฮันตระกูล

พญ.อังคณา อูปพงษ์

นพ.อัศวพงษ์ จุฑากรณ์

ทพ.เจริญ ทิพย์โสทธิ

นายวิเศษ อุดมศิลป์

บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฏ พวงสายใจ

บรรณาธิการ

นายอำนวยการพร สัทธรรมพงศา

ทพ.เจษฎา ตั้งกิจงามวงศ์

นพ.สมเพ็ญ โชคเฉลิมวงษ์

นางวรรณวิมล ตินะลา

นางอรอนงค์ กลางนา

นางสาวจรรยา พันธุ์วิทยากุล

นางสาวจงรักษ์ รอดเกษม

นางจิราพร มณีพราย

นางสาวเพ็ญกมล กุลสุ

นายพันทะนันท์ วงศ์แสนดี

นางสาวพรสุรางค์ จำชาติ

นายประโยชน์ เข็มนาจิตร

นางกุลกานต์ พิศอ่อน

นางสาวนฤมล มหาชัย

นางรัชนีกร มะวงศ์ษา

นางสาวศรีแพร ทิตาวงศ์

ฝ่ายศิลปกรรม

นายสุชาติ มีชัย

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเกศรินทร์ แผ้ววงศ์

นางสาวรุ่งวันเพ็ญ แสนสม

นางสาวอากาศร เอ็มโอฐ

นางบังอร ทิวรัตน์อังกุล

การส่งต้นฉบับ

นางสาวอากาศร เอ็มโอฐ

งานห้องสมุด กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร อ.เมือง จ.กำแพงเพชร 62000

โทรศัพท์ (055) 714223-5 ต่อ 1403 โทรสาร (055) 713043

กำหนดออกวารสาร

ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

# บรรณาธิการแถลง

เรียนท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ดำเนินการจัดทำมาโดยต่อเนื่อง ถึงแม้จะออกช้าบ้าง จนกระทั่งถึงฉบับนี้เป็นฉบับปีที่ 18 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2557 ซึ่งทางคณะผู้จัดทำได้รวบรวมบทความทางวิชาการที่มีคุณภาพเพื่อให้ท่านผู้อ่านได้ศึกษามาโดยตลอด ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย และสถานที่ท่องเที่ยวของจังหวัดกำแพงเพชร มาให้ผู้อ่านได้ศึกษากันว่าจังหวัดกำแพงเพชรนั้น มีสถานที่ท่องเที่ยวที่ใดบ้าง ซึ่งได้มาถึงตอนที่ 10 อำเภอบึงสามัคคี ต่อจากฉบับที่แล้ว เพื่อให้ผู้อ่านได้ศึกษาเพิ่มเติม และเป็นประโยชน์แก่ท่านผู้อ่านต่อไป

บรรณาธิการวารสาร  
วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

# บทบรรณาธิการ



## มารู้จักจังหวัดกำแพงเพชรกันเถอะ (ตอนที่ 10)

ต่อจากตอนที่ 9 (ปีที่ 18 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน 2557) ในฉบับนี้เรามาทำความรู้จักกับสถานที่ท่องเที่ยวของอำเภอต่อไปกัน คือ อำเภอเมืองสามัคคี

### อำเภอเมืองสามัคคี (Amphoe Bueng Samakkhi)

**“ดินดำน้ำดี สามัคคีที่เอเชต การเกษตรก้าวหน้า ทั่วประจักษ์ใจ”**

#### ประวัติความเป็นมาของอำเภอเมืองสามัคคี

กิ่งอำเภอเมืองสามัคคี เดิมเมื่อประมาณ พ.ศ. 2460 เป็นท้องที่ตำบลระหานขึ้นการปกครองกับอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย 5 หมู่บ้านคือบ้านโพธิ์เอน บ้านระหาน บ้านหนองบัว บ้านคอป่อง และบ้านสามขา ราษฎรประกอบอาชีพทำนาและหาของป่า เช่น ทำน้ำมันยา

ต่อมาประมาณปี พ.ศ. 2470 มีราษฎรจากอำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ ประมาณ 30 ครอบครัว ได้อพยพมาอาศัยอยู่บ้านชายเคือง และปี พ.ศ. 2457 มีราษฎรจากจังหวัดนครปฐม อพยพมาอยู่ที่บ้านทุ่งสนุ่นอีกกลุ่มหนึ่ง ปี พ.ศ. 2475 ได้มีการแยกการปกครองจากอำเภอคลองขลุงยกฐานะเป็นกิ่งอำเภอแสนตอ (อำเภอขามเฒ่าลักษณะบุรีในปัจจุบัน) ทำให้ตำบลระหานเปลี่ยนมาขึ้นการปกครองกับอำเภอขามเฒ่าลักษณะบุรี ประมาณปี พ.ศ. 2485 มีราษฎรจากอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์อพยพ มาตั้งถิ่นฐานอยู่ที่บ้านโนนพลวงอีกกลุ่มหนึ่ง ราษฎรเหล่านี้ได้บุกเบิกถางพงเข้าจับจองที่ดินประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ ต้องต่อสู้กับสัตว์ร้าย โรคภัยไข้เจ็บ และโจรผู้ร้าย ด้วยความทรหดอดทน แม้จะต้องประสบกับภัยอันตรายต่าง ๆ แต่ราษฎรดังกล่าวต่างก็ร่วมกันพัฒนาบ้านเมืองให้มีความเจริญก้าวหน้าตามลำดับ ด้วยเหตุที่พื้นที่มีบริเวณกว้างขวางอาศัยการเข้าจับจองบุกร้างถางพง ทำให้ราษฎรจาก ภาคอีสาน เช่น จังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคาม สุรินทร์ ศรีสะเกษ นครราชสีมา ชัยภูมิ ขอนแก่น และ ภาคกลาง เช่น สุพรรณบุรี อ่างทอง สิงห์บุรี ชัยนาท นครปฐม และจังหวัดข้างเคียง เช่น พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี เข้ามาจับจองที่ดินและจัดตั้งขึ้นเป็นหมู่บ้าน ทำให้ตำบลระหานมีหมู่บ้านถึง 21 หมู่บ้าน จึงได้แยกการปกครองออกเป็นอีกตำบลหนึ่ง คือ ตำบลวังชะโอน

เมื่อ พ.ศ. 2515 ต่อมาได้มีการแยกตำบลวังชะโอน ซึ่งขณะนั้นมี 19 หมู่บ้าน เป็นตำบลบึงสามัคคี เมื่อ พ.ศ. 2528 ด้วยความสามัคคีของราษฎร ผสมผสาน ความสามารถและภูมิปัญญาของผู้นำและเจ้าหน้าที่บ้านเมืองจึงได้ รวมตำบลระหาน วังชะโอน และบึงสามัคคี ยกฐานะเป็นกิ่งอำเภอบึงสามัคคี ตามประกาศกระทรวงมหาดไทย ลงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2537 โดยใช้ชื่อว่า “กิ่งอำเภอบึงสามัคคี” เพื่อความเป็นสิริมงคล โดยแยกการปกครองจาก อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร แล้วต่อมาแยกตำบลระหานออกเป็นตำบลเทพนิมิตและต่อมาได้มีพระราชกฤษฎีกายกฐานะขึ้นเป็น อำเภอบึงสามัคคี ในวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550 โดยมีผลบังคับในวันที่ 8 กันยายน ปีเดียวกัน

### ที่ตั้งและอาณาเขต :

อำเภอบึงสามัคคี ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัด มีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังนี้

**ทิศเหนือ** ติดต่อกับ อำเภอทรายทองวัฒนา และ อำเภอไทรงาม  
**ทิศตะวันออก** ติดต่อกับ อำเภอสามง่าม อำเภอโพธิ์ประทับช้าง และอำเภอบึงนาราง (จังหวัดพิจิตร)  
**ทิศใต้** ติดต่อกับ อำเภอบรรพตพิสัย (จังหวัดนครสวรรค์) และ อำเภอขามเฒ่าบุรี  
**ทิศตะวันตก** ติดต่อกับ อำเภอคลองขลุง และ อำเภอทรายทองวัฒนา  
**พื้นที่ :** 287.831 ตารางกิโลเมตร  
**ประชากร :** 26,576 คน (พ.ศ.2552)

**ความหนาแน่น :** 92.33 คน / ตารางกิโลเมตร

**การปกครองส่วนภูมิภาค :** อำเภอบึงสามัคคี แบ่งพื้นที่การปกครองตามพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ แบ่งออกเป็น 4 ตำบล 45 หมู่บ้าน

**ที่ตั้ง :** ที่ว่าการอำเภอบึงสามัคคี เลขที่ 231 หมู่ 5 ตำบลวังชะโอน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร 62210 โทรศัพท์ : 055-740470, 055-772506 โทรสาร : 055-740894

**เว็บไซต์อำเภอ :** [www.bungsamakhi.com](http://www.bungsamakhi.com)

### ลักษณะอากาศ :

ภูมิอากาศโดยทั่วไป เป็นแบบมรสุม มี 3 ฤดูกาล

### สภาพเศรษฐกิจ

1. อาชีพหลัก ได้แก่ เกษตรกรรม เช่น ปลูกข้าว อ้อย ค้าขาย ผลิตถัณฑ์ในครัวเรือน
2. อาชีพเสริม ได้แก่ ทำน้ำส้มคั้น ผลิตถัณฑ์โยสัเคราะห์
3. จำนวนธนาคารมี 1 แห่ง ได้แก่ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร โทร. 055-733114

### การเกษตรกรรม

1. ผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว, ส้ม, อ้อย, ข้าวโพด
2. ชื่อแหล่งน้ำที่สำคัญได้แก่ คลองวังเจ้า, คลองกระบายทอง

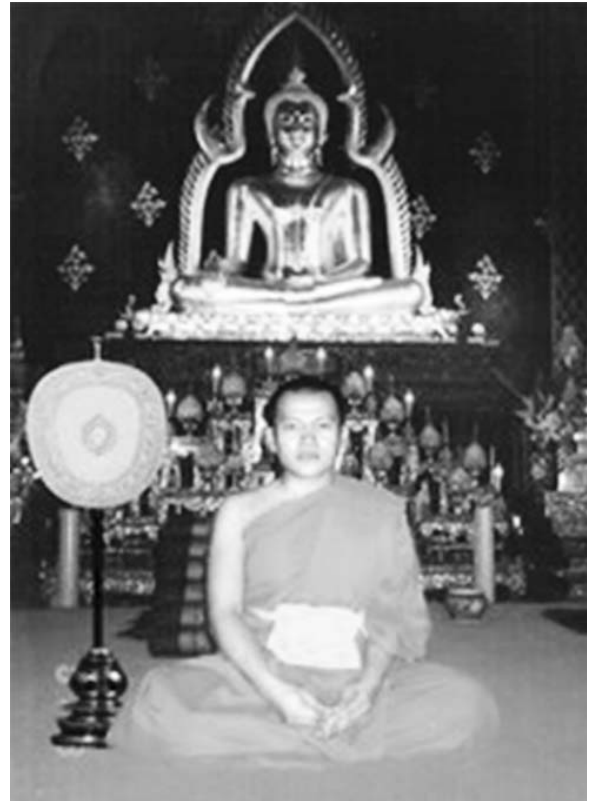
## สถานที่ที่น่าสนใจ ในเขตอำเภอบึงสามัคคี

### วัดทุ่งสนุ่นรัตนาราม

(Wat Thung Sanun Ratthanaram)

วัดทุ่งสนุ่นรัตนาราม เป็นวัดราษฎร์ สังกัดคณะสงฆ์มหานิกาย มีเนื้อที่ 27 ไร่ 2 งาน 36 ตารางวา ตั้งอยู่ที่ บ้านทุ่งสนุ่น ต.ระหาน อ.บึงสามัคคี จ.กำแพงเพชร เริ่มสร้างวัดเมื่อ พ.ศ. 2492

โดยชาวบ้านจากจังหวัดนครปฐม ราชบุรี ซึ่งมีเชื้อสายลาวครั่งและลาวเวียง ได้อพยพโยกย้ายถิ่นฐานมาทำมาหากินที่บริเวณอำเภอชาวนวลักษณ์บุรี จากนั้นไม่นาน ชาวอีสาน จากจังหวัดร้อยเอ็ด ก็อพยพมาสมทบกันอยู่เพิ่มเติมอีก ในขณะนั้นบริเวณนี้ยังเป็นป่าดงดิบ จนเมื่อมีประชาชนทยอยมาอยู่ด้วยกันเพิ่มมากขึ้นจึงได้นิมนต์ หลวงปู่เปี้ยว ถาวริโก จากบ้านโป่ง จ.ราชบุรี มาสร้างวัดอยู่บริเวณโรงเรียนอนุบาลบึงสามัคคี (ในขณะนี้) จากนั้นหลวงปู่ จึงย้ายที่ตั้งวัดมาอยู่ในที่ตั้งในปัจจุบัน ได้รับอนุญาตให้สร้างวัด เมื่อวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2513 มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า “วัดทุ่งสนุ่นรัตนาราม” สาเหตุที่ชื่อทุ่งสนุ่น เพราะในอดีตบริเวณนี้มีต้นสนุ่น (ไคร้สนุ่น) เต็มท้องทุ่งนา ได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมา เมื่อ พ.ศ. 2523



## วัดบ้านดงเย็น (Wat Ban Dong Yen)

ตำบลระหาน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร  
เป็นวัดที่สำคัญในอำเภอบึงสามัคคี



## สวนส้มเขียวหวานและสวนองุ่นบ้านดงเย็น (Citrus plantations and vineyards Ban Dong Yen)

อยู่ที่หมู่ 1 บ้านดงเย็น ตำบลระหาน  
อำเภอบึงสามัคคี เป็นแหล่งผลิตและจำหน่าย  
ส้มเขียวหวานที่มีชื่อเสียงของอำเภอ



---

ที่มา : <http://www.oknation.net/blog/guidepong/2010/05/23/entry-8>



**■ บรรณาธิการแถลง****■ บทบรรณาธิการ :** มารัฐจักจังหวัดกำแพงเพชรกันเถอะ (ตอนที่ 10 อำเภอบึงสามัคคี)**■ นิพนธ์ต้นฉบับ**

- การใช้ยาชาเฉพาะที่ในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล

The effect of topical anesthesia on post-tonsillectomy pain

พจน์ บุญยะโอภาส \_\_\_\_\_ 1

- คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2556

Quality of Life, Health status and Health access for the Patients with Stroke at

Buangsamphun Hospital, Phetchabun

ธีรพจน์ พิภน้อย \_\_\_\_\_ 11

- การศึกษาปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดและความผิดพลาดของการให้เลือด

Blood Transfusion Reactions and Transfusions Associated Errors

รุ่งอรุณ กิจเกตุ \_\_\_\_\_ 21

**■ รายงานผู้ป่วย**

- การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล : กรณีศึกษาผู้ป่วย 1 ราย

Nursing care and counseling for breast cancer patients using the nursing process : A Case study

อรอนงค์ กลางนภา \_\_\_\_\_ 29

- การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน แบบไม้อิลอยด์ : กรณีศึกษา

Acute myeloid leukemia Patient Nursing : Case study

ศรียิตต์ ประสิทธิ์เมตต์ \_\_\_\_\_ 39

- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางระบายน้ำของลูกตาร่วมกับการใช้ไมโทมัซซินซี

ในผู้ป่วยต้อหิน : กรณีศึกษา

Nursing Care of Patients with glaucoma receiving Trabeculectomy with Mitomycin C : A Case study

สุจิตรา เกษทรัพย์ \_\_\_\_\_ 55

**■ คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ \_\_\_\_\_ 69**



## การใช้ยาชาเฉพาะที่ในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล

### The effect of topical anesthesia on post-tonsillectomy pain

พจน์ บุญยะโอภาส, พ.บ. \*

#### Abstract

Post tonsillectomy pain is the major post-operative problem especially in children which affect drinking and eating. The consequences are the risk of dehydration, secondary hemorrhage and wound infection. Many studies to reduce post tonsillectomy pain have been performed continuously. This randomized control trial studies aims to compare the effectiveness of topical 1% Lidocaine with adrenaline and 0.5% Bupivacaine in reducing post tonsillectomy pain. The 90 patients, aged 3 - 60 years old from ENT Department, Kamphaengphet hospital were enrolled during 1 January 2012 – 30 June 2014 and randomized into 3 groups (30 patients/group); no topical anesthesia, 0.5% Bupivacaine soaking and 1% Lidocaine with adrenaline soaking. The Visual analogue scale was used for pain assessment at 15, 30, 45 and 60 minutes after operation. The baseline data was analyzed by descriptive statistics while using Chi-square and ANOVA tests for group comparison at  $P < .05$  level. The results revealed major male patients; average age of 10.14 years (SD 8.88), pre-operative conditions, operative time and estimated blood loss were not significantly different. The 0.5% Bupivacaine and 1% Lidocaine with adrenaline showed more effectiveness than no topical anesthesia application. 1% Lidocaine with adrenaline showed no significantly different in pain reduction during 30 and 60 minutes as compared to 0.5% Bupivacaine. There was no adverse drug effect or complication from the topical use of 0.5% Bupivacaine and 1% Lidocaine with adrenaline in this study. We concluded that the 1% Lidocaine with adrenaline can be added to the option for post tonsillectomy pain relief drug in the level of provincial hospital from the reason of effective pain relief without side effect and cheaper cost.

**Key word :** Post tonsillectomy pain, Topical anesthesia, 0.5% Bupivacaine, 1% Lidocaine with adrenaline



## บทคัดย่อ

ความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิลเป็นปัญหาโดยเฉพาะในเด็กส่งผลต่อการดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด และการติดเชื้อที่ตามมาได้อีกด้วย การศึกษาเกี่ยวกับการลดความปวดจากการผ่าตัดทอนซิลจึงมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการใช้ยาชาเฉพาะที่ 1% Lidocaine with adrenaline กับ 0.5% Bupivacaine ในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้แก่ การนอนกรน, การหยุดหายใจขณะหลับ หรือภาวะทอนซิลอักเสบเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่าง 1 มกราคม 2555 – 30 มิถุนายน 2557 อายุระหว่าง 3-60 ปี จำนวน 90 คน สุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้รับยาชาใดๆ ตามมาตรฐานการดูแลเดิม กลุ่มที่ได้รับยา 0.5% Bupivacaine ชุบผ้าก๊อชอุดที่แผลผ่าตัด และกลุ่มที่ได้รับยา 1% Lidocaine with adrenaline ชุบผ้าก๊อชอุดที่แผลผ่าตัด กลุ่มละ 30 คน ประเมินความปวดภายหลังจากการผ่าตัดโดยใช้ Visual analogue scale ระหว่าง 15, 30, 45 และ 60 นาทีหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพื้นฐานและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square และ ANOVA ที่  $P < .05$  ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 10.14 ปี (SD 8.88) สภาวะก่อนผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และปริมาณเลือดที่เสียไปในระหว่างการผ่าตัดไม่แตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่ม เมื่อเปรียบเทียบผลของยาชาเฉพาะที่ในการลดความปวด พบว่า 0.5% Bupivacaine และ 1% Lidocaine with adrenaline สามารถลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดได้ดีกว่าการไม่ได้รับยาชาเฉพาะที่ในช่วง 45 นาทีหลังการผ่าตัด และ 1% Lidocaine with adrenaline สามารถลดความปวดได้ไม่แตกต่างจาก 0.5% Bupivacaine ที่เวลา 30 นาที และ 60 นาทีหลังผ่าตัด การใช้ยาชาเฉพาะที่ทั้งสองกลุ่ม ไม่พบผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการเลือกใช้ยาชาเฉพาะที่ 1% Lidocaine with adrenaline เพื่อลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิลจึงควรพิจารณานำมาใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจากลดความปวดได้ ไม่มีผลข้างเคียงและราคาถูก

**คำสำคัญ:** ความปวดภายหลังจากการผ่าตัดต่อมทอนซิล, ยาชาเฉพาะที่, 0.5% Bupivacaine, 1% Lidocaine with adrenaline

## บทนำ

การผ่าตัดทอนซิล (Tonsillectomy) เป็นหัตถการที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่งในแผนกหู คอ จมูก โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดจะเป็นผู้ป่วยเด็ก<sup>1-3</sup> ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้แก่ การนอนกรน (Snore) การหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea) และทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic tonsillitis)

ความปวดเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยหลังจากฟื้นจากการดมยาสลบหลังการผ่าตัด จากแผลผ่าตัดในช่องปาก<sup>1,4-6</sup> โดยเฉพาะในเด็ก ส่งผลต่อการดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด (Secondary hemorrhage) และการติดเชื้อที่ตามมา (Infection)<sup>4-5</sup> ได้อีกด้วย โดยความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล (Post-Tonsillectomy pain) จะอยู่ในระดับสูงที่สุดหลังผ่าตัดเสร็จ และจนถึง 3 วันหลังการผ่าตัด<sup>6</sup>

สาเหตุของความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล (Post-Tonsillectomy pain) เกิดจากการบาดเจ็บบริเวณเนื้อเยื่อรอบๆทอนซิล มีผลทำให้เกิดการหลั่ง inflammatory substances และการสร้างกระแสประสาท (Electrical impulse) ที่ปลายประสาทส่งไปยังไขสันหลัง (Spinal cord) ทำให้รู้สึกปวด<sup>5-7</sup> มีการศึกษามากมายที่พยายามยับยั้งการนำกระแสประสาท (Electrical impulse) เพื่อลดความปวดนี้<sup>7</sup> โดยวิธีการฉีดเฉพาะที่ (Local Infiltration) เช่น Bupivacaine<sup>8-14</sup> หรือยาลดการอักเสบ เช่น Dexamethasone<sup>15-16</sup> การพ่นยาหรือยาลดอาการปวดเฉพาะที่เป็นละอองฝอย (Topical spray) เช่น Lidocaine spray (2 mg/kg) Morphine spray (0.05 mg/kg) และ Ketamine spray (0.5 mg/kg)<sup>17-18</sup> การฉีดยาแก้ปวดเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular injection) เช่น Diclofenac sodium 1 mg/kg หรือให้ยา Pethidine 1 mg/kg หลังการนำสลบ<sup>19-22</sup> การฉีด Diclofenac sodium หลังการผ่าตัด<sup>20</sup> และการใช้ผ้าซับเลือดชุบยาเฉพาะที่อุดบริเวณแผลผ่าตัดทอนซิล เช่น Adrenaline-soaked gauze swab<sup>23</sup> 0.5% Bupivacaine-soaked gauze swab<sup>7,18,24-27</sup> Lidocaine with adrenaline-soaked gauze swab<sup>27-29</sup>

Bupivacaine เป็นยาชาเฉพาะที่กลุ่ม amino-amide ที่ออกฤทธิ์ยาวนาน การเริ่มออกฤทธิ์ช้า แต่ระยะเวลาการออกฤทธิ์นานกว่า โดยมีเวลาเริ่มออกฤทธิ์ (Onset) ระหว่าง 1-17 นาที และระยะเวลาออกฤทธิ์ (Duration) 2-9 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับรูปแบบการใช้และปริมาณ พบอาการเป็นพิษต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือดง่ายและรุนแรง เนื่องจากคุณลักษณะของยาที่ขัดขวางการส่งผ่านกระแสไฟฟ้าภายในหัวใจรุนแรง<sup>30-31</sup> ได้ถูกนำมาใช้เพื่อลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล ได้แก่ การฉีดก่อนการผ่าตัด (Pre-incisional of Bupivacaine)<sup>11-13</sup> แต่พบว่า การฉีด Bupivacaine บริเวณเนื้อเยื่อรอบทอนซิลก่อนการผ่าตัด (0.5% Bupivacaine infiltration) พบผลไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (Serious adverse effects) ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmias) สูญเสียการมองเห็น (Visual loss)<sup>32</sup> กระดูกบริเวณคออักเสบติดเชื้อ (Cervical osteomyelitis)<sup>33</sup> และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น (Upper airway obstruction) ได้<sup>7,24</sup> จึงเปลี่ยนจากการใช้ 0.5% Bupivacaine ฉีดบริเวณเนื้อเยื่อรอบทอนซิล (0.5% Bupivacaine infiltration) เป็นการใช้ผ้าซับเลือดชุบ 0.5% Bupivacaine (0.5% Bupivacaine soaked gauze) อุดบริเวณแผลผ่าตัดทอนซิล (Tonsillar fossa) เพื่อลดผลไม่พึงประสงค์ร้ายแรงดังกล่าว<sup>7,18, 24-27</sup>

แต่เนื่องจาก 0.5% Bupivacaine มีราคาค่อนข้างสูง (ราคาเฉลี่ย 8.05 บาท/มิลลิลิตร) เมื่อเทียบกับยาชาเฉพาะที่ชนิดอื่นๆ ที่มีใช้ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้แก่ 1% Lidocaine (Xylocaine) with adrenaline (ราคาเฉลี่ย 1.64 บาท/มิลลิลิตร) 1% Lidocaine without adrenaline (ราคาเฉลี่ย 1.29 บาท/มิลลิลิตร) 2% Lidocaine without Adrenaline (ราคาเฉลี่ย 1.65 บาท/มิลลิลิตร) โดย Lidocaine เป็นยาชาเฉพาะที่กลุ่ม amino-amide ชนิดแรกที่ถูกนำมาใช้ทางคลินิก และเป็นที่ยอมรับว่ามีหลายรูปแบบทั้งแบบฉีด ยาพ่น Jelly viscous หรือ ointment มีฤทธิ์ปานกลาง ออกฤทธิ์เร็ว ระยะเวลาการออกฤทธิ์ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะ ส่วนประกอบที่ใช้ ตำแหน่ง และปริมาณยาที่ให้ โดยเวลาที่เริ่มออกฤทธิ์ (Onset) ประมาณ 45 - 90 วินาที และระยะเวลาออกฤทธิ์ (Duration) 40-60 นาที และการผสม epinephrine (adrenaline) ทำให้ระยะเวลาการออกฤทธิ์ของ Lidocaine ยาวนานขึ้นได้ถึง 4 ชั่วโมง และเพิ่มฤทธิ์ vasoconstriction ช่วยลดการเสียเลือดได้<sup>23,30-31</sup>

จากผลทางเภสัชวิทยาพื้นฐานของยาทั้งสองชนิดดังกล่าว และความสำคัญของความปวดที่เกิดขึ้นในช่วงแรกหลังการผ่าตัด นำมาสู่การศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของ 1% Lidocaine with adrenaline กับ 0.5% Bupivacaine ในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิลในช่วงชั่วโมงแรก และผลข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ยาทั้งสองชนิดนี้



โดยวิธีใช้ผ้าก๊อชชุบ 1% Lidocaine with adrenaline (1% Xylocaine with adrenaline soaked gauze) หรือ 0.5% Bupivacaine (0.5% Bupivacaine soaked gauze) อุดบริเวณแผลผ่าตัดทอนซิล (Tonsillar fossa) เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไปโดยมีประสิทธิภาพและราคาถูก

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของ 0.5% Bupivacaine กับ 1% Lidocaine with adrenaline ในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล
2. บันทึกผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาชาเฉพาะที่ทั้งสองชนิดนี้ เพื่อนำไปใช้เฝ้าระวังในขณะที่บริหารยาทางคลินิกต่อไป

### วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทอนซิล (Tonsillectomy) ในแผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลกำแพงเพชร ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2557 จำนวน 90 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้

1. อายุระหว่าง 3 - 60 ปี เนื่องจากหากอายุน้อยกว่า 3 ปี การประเมินความปวดอาจไม่เที่ยงตรง และหากอายุมากกว่า 60 ปี อาจมีโรคร่วมที่มีผลต่อความปวดหรือโรคทางระบบประสาทที่อาจรบกวนการแปลผลการศึกษา
2. มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดทอนซิล ได้แก่ การนอนกรน ( Snore) หรือการหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea) หรือ ทอนซิลอักเสบเรื้อรัง (Chronic tonsillitis)
3. ผู้ป่วย (อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป) หรือพ่อแม่/ผู้ปกครอง (ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี) ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลกำแพงเพชรแล้ว

### วิธีดำเนินการวิจัย

1. คัดกรองและรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการฯ บันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ข้อบ่งชี้ การผ่าตัดขนาดของทอนซิล
2. ในวันผ่าตัด ผู้วิจัยยื่นขออนุญาตเข้าร่วมโครงการการวิจัยกับผู้ป่วยหรือพ่อแม่/ผู้ปกครอง และให้ผู้ป่วยหรือพ่อแม่/ผู้ปกครอง ทำการสุ่มเลือกของวิธีการให้ยาระงับความปวดหลังผ่าตัด โดยชงมี 3 แบบ แบบละ 30 ชอง ภายในชองจะแยกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

**กลุ่มที่ 1** - หลังผ่าตัดใช้ผ้าก๊อชชุบแผลตามปกติ ตามวิธีมาตรฐาน (Standard technique) ทั่วไปภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิล

**กลุ่มที่ 2** - หลังผ่าตัดใช้ผ้าก๊อชพันเป็นก้อนกลม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร จำนวน 2 ก้อน ชุบด้วย 0.5% Bupivacaine ปริมาณก้อนละ 5 มิลลิลิตร อุดบริเวณแผลผ่าตัดทอนซิล ข้างละ 1 ก้อน ทิ้งไว้ 5 นาที แล้วนำออก

**กลุ่มที่ 3** - หลังผ่าตัดใช้ผ้าก๊อชพันเป็นก้อนกลม ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 เซนติเมตร จำนวน 2 ก้อน ชุบด้วย 1% Lidocaine with adrenaline ปริมาณก้อนละ 5 มิลลิลิตร อุดบริเวณแผลผ่าตัดทอนซิล ข้างละ 1 ก้อน ทิ้งไว้ 5 นาที แล้วนำออก โดยชองที่เลือกจะได้รับการเปิดภายหลังจากการผ่าตัดเสร็จแล้ว ผู้ป่วย หรือพ่อแม่ / ผู้ปกครอง จะไม่ทราบว่าเลือกได้อยู่กลุ่มใด





3. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยหรือพ่อแม่/ผู้ปกครองและวิสัญญีพยาบาลให้เข้าใจถึงวิธีการประเมินความปวดโดยใช้ Visual analogue scale (VAS) ทันทีที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นการผ่าตัดและฟื้นจากยาสลบแล้ว
4. แพทย์ทำการผ่าตัดทอนซิลภายใต้การดมยาสลบ (General anesthesia) และทำการผ่าตัดโดยวิธีเดียวกันคือวิธี Blunt dissection ทำการห้ามเลือด (Stop bleeding) โดยการใช้จี้ไฟฟ้า (Electrical cautery) บันทึกเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเป็นนาที และปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดเป็นมิลลิลิตร
5. หลังการผ่าตัดให้การลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดตามที่ระบุในช่องที่ผู้ป่วย หรือพ่อแม่/ผู้ปกครอง สุ่มได้ และให้การดูแลหลังผ่าตัดตามมาตรฐานเดียวกัน
6. บันทึกความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิลโดยใช้ Visual analogue scale (VAS) ที่ 15 นาที 30 นาที 45 นาที และ 60 นาที หลังผ่าตัด รวมทั้งบันทึกผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่พบ โดยวิสัญญีพยาบาลจะไม่ทราบ ว่าผู้ป่วยแต่ละรายจัดอยู่ในกลุ่มใด
7. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผลการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติพื้นฐานร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-Square และ ANOVA ที่ระดับ  $p < .05$

**ผลการศึกษา**

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มประชากรในการวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 10.1 ปี (SD = 8.88) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ การนอนกรน รองลงมา ได้แก่ การหยุดหายใจขณะหลับ ขนาดของทอนซิลส่วนใหญ่ 3+ เมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มการศึกษา ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของข้อมูลทั่วไปดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมการวิจัย แยกตามกลุ่มการศึกษา

ลักษณะ	กลุ่มผู้ป่วย			P-value
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	
เพศ (ช/ญ)	17/13	19/11	16/14	0.727
อายุเฉลี่ย (ปี)	8.4	9.8	12.2	0.532
<b>ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด</b>				
การนอนกรน	27	25	22	0.843
การหยุดหายใจขณะหลับ	14	14	17	
ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	7	5	8	
<b>ขนาดต่อมทอนซิล</b>				
ขนาด 2+	2	1	2	0.648
ขนาด 3+	27	25	26	
ขนาด 4+	1	4	2	

สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและปริมาณเลือดที่สูญเสียไประหว่างผ่าตัดในทั้ง 3 กลุ่มการศึกษาแสดงในตารางที่ 2 และพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ



**ตารางที่ 2** ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที) และปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (มิลลิลิตร)

	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	P-value
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (เฉลี่ยต่อรายเป็นนาที)	32.17	31.67	34.50	0.451
ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด (เฉลี่ยต่อรายเป็นมิลลิลิตร)	26.83	25.50	23.00	0.629

## 2. การเปรียบเทียบการลดความปวดภายหลังการผ่าตัด

การเก็บข้อมูลความปวดภายหลังการผ่าตัดโดยใช้ Visual analogue scale ดำเนินการได้ครบ ทั้ง 90 ราย พบว่า คะแนนความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (5-7 คะแนน) เมื่อพิจารณาแยกรายกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติตามวิธีมาตรฐานไม่มีการให้ยาชาเฉพาะที่มีคะแนนความปวดมากที่สุด คือ 7.5, 7.17, 7.0 และ 7.5 ที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาทีหลังผ่าตัดตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่ 2 ได้รับฝ้ายก้อชชุบ 0.5% Bupivacaine มีคะแนนความปวด 5.2, 5.4, 5.4 และ 6.87 ที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาทีหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มที่ 3 ได้รับฝ้ายก้อชชุบ 1% Lidocaine with adrenaline มีคะแนนความปวด 6.07, 5.97, 6.23 และ 7.43 ที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาทีหลังผ่าตัดตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าทั้งสามกลุ่มมีความแตกต่างกันในระดับความปวดที่เวลา 15, 30, 45 นาทีหลังผ่าตัด ( $p < .05$ ) แต่ไม่มีความแตกต่างกันที่เวลา 60 นาทีหลังการผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** คะแนนความปวด Visual analogue scale หลังการผ่าตัดทอนซิลที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาที หลังผ่าตัด แยกตามรายกลุ่ม

ระยะเวลา	คะแนนความปวด Visual analogue scale			P-value
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	
หลังการผ่าตัด 15 นาที (VAS 15)	7.50	5.20	6.07	< 0.01
หลังการผ่าตัด 30 นาที (VAS 30)	7.17	5.40	5.97	< 0.01
หลังการผ่าตัด 45 นาที (VAS 45)	7.00	5.40	6.23	< 0.01
หลังการผ่าตัด 60 นาที (VAS 60)	7.50	6.87	7.43	0.10

เมื่อพิจารณาคะแนนความปวดที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาทีหลังผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่า คะแนนความปวดของกลุ่มที่ 2 (0.5% Bupivacaine) และกลุ่มที่ 3 (1% Lidocaine with adrenaline) มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ 1 (ไม่ได้รับยาชาเฉพาะที่) ที่เวลา 15, 30 และ 45 นาทีหลังผ่าตัด สำหรับการเปรียบเทียบความปวดระหว่างกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 พบว่า มีความแตกต่างกันที่เวลา 15 และ 45 นาทีหลังผ่าตัด แต่ไม่มีความแตกต่างที่เวลา 30 และ 60 นาทีหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 4



**ตารางที่ 4** คะแนนความปวดเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม ที่เวลา 15, 30, 45 และ 60 นาทีหลังผ่าตัด

	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	P-value
<b>หลังการผ่าตัด 15 นาที (VAS 15)</b>				
	7.50	5.20	-	< 0.001
	-	5.20	6.07	0.017
	7.50	-	6.07	< 0.001
<b>หลังการผ่าตัด 30 นาที (VAS 30)</b>				
	7.17	5.40	-	< 0.001
	-	5.40	5.97	0.072
	7.17	-	5.97	< 0.001
<b>หลังการผ่าตัด 45 นาที (VAS 45)</b>				
	7.00	5.40	-	< 0.001
	-	5.40	6.23	0.018
	7.00	-	6.23	0.029
<b>หลังการผ่าตัด 60 นาที (VAS 60)</b>				
	7.50	6.87	-	0.052
	-	6.87	7.43	0.081
	7.50	-	7.43	0.836

### 3. ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเฉพาะที่

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก ไม่พบผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาเฉพาะที่ ทั้ง 0.5% Bupivacaine และ 1% Lidocaine with adrenaline โดยผลข้างเคียงที่เฝ้าระวัง ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) การสูญเสียการมองเห็น (Visual loss) และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (Upper airway obstruction)

#### วิจารณ์

ความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิลพบได้บ่อย และเป็นปัญหาสำคัญที่อาจนำไปสู่ภาวะขาดน้ำ และ สารอาหาร ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีเลือดออกหลังการผ่าตัด การติดเชื้อที่ตามมา ความพยายามในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดมีการใช้ยาหลายกลุ่มตั้งแต่ ยาลดอาการอักเสบ ยาแก้ปวด ยาชาแบบฉีดและใช้เฉพาะที่ โดยเน้นในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดเป็นสำคัญ การประเมินความปวดเป็นการประเมินความรู้สึกที่อาจแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล (Subjective expression) ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุ สังคมและวัฒนธรรม ระดับความวิตกกังวล ประสบการณ์ต่อความปวด การใช้เครื่องมือ Visual analogue scale (VAS) เป็นเครื่องมือที่ดีในการประเมินความปวดที่ได้รับการทำซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบตามระยะเวลาที่แตกต่างกันไปในผู้ป่วยรายเดิม

การใช้ยาเฉพาะที่เพื่อลดผลข้างเคียงที่อาจพบได้จากยา จากการศึกษที่ผ่านมา ยาชา 0.5% Bupivacaine ที่พบว่า มีประสิทธิภาพในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัด<sup>7-14,18,24-27</sup> และเมื่อบริหารยาเฉพาะที่ผลข้างเคียงก็พบน้อย<sup>7,18,24-27</sup> แต่เนื่องจากราคาที่สูงกว่าและความเหมาะสมในการใช้ในระดับของโรงพยาบาลทั่วไป ผู้วิจัยจึงเลือก 1% Lidocaine with adrenaline มาเป็นยาเปรียบเทียบเพื่อทดสอบประสิทธิภาพในการลดความปวดในการศึกษานี้ ซึ่งพบว่า การใช้ยา 0.5% Bupivacaine หรือ 1% Lidocaine with adrenaline ชุบกือชูดบริเวณแผลผ่าตัดเป็นเวลา 5 นาที



ลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดในระหว่าง 45 นาทีแรกหลังผ่าตัด ได้ดีกว่าการไม่ได้รับยาชาเฉพาะที่ แต่ที่เวลา 60 นาที พบว่า ความปวดไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาสั้นลงเมื่อบริหารยาเฉพาะที่ ในปริมาณเพียง 5 มิลลิกรัม แต่เมื่อติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่พบว่ามีความแตกต่างใดๆ แสดงว่าความปวดที่ 60 นาทีไม่ส่งผลให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เมื่อพิจารณาการลดความปวดระหว่าง 0.5% Bupivacaine และ 1% Lidocaine with adrenaline ที่ซุบก๊อชอุดแผลหลังผ่าตัด พบว่า 1% Lidocaine with adrenaline มีคะแนนความปวดใกล้เคียงกับ 0.5% Bupivacaine ที่ระดับคะแนน 5-6 แต่พบว่า 1% Lidocaine with adrenaline ลดความปวดได้ไม่แตกต่างจาก 0.5% Bupivacaine ที่เวลา 30 และ 60 นาทีหลังผ่าตัด ขณะที่ไม่สามารถลดปวดได้เท่า 0.5% Bupivacaine ที่เวลา 15 และ 45 นาทีหลังผ่าตัด อาจเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น ระยะเวลาที่ทำการประเมินคะแนนความปวด (VAS) นั้น ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวเต็มที่จากฤทธิ์ยาสลบ ใช้ปริมาณยาชาเฉพาะที่น้อย (5 มิลลิกรัม) อีกทั้งประชากรในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเด็ก การแปลผลความปวดอาจไม่คงที่ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Chaturvedi S. และ Domkondwar U.G. ที่เปรียบเทียบระหว่าง 4% Lidocaine และ 0.5% Bupivacaine อุดแผลผ่าตัดต่อมทอนซิลนาน 3 นาที พบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม 4% Lidocaine soaked gauze มีคะแนนความปวด (VAS) น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่ม 0.5% Bupivacaine soaked gauze ที่เวลา 1, 2 และ 4 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบผลไม่พึงประสงค์ทั้งสองกลุ่ม<sup>27</sup> ดังนั้นจึงน่าจะพิจารณาเพิ่มความเข้มข้นของ Lidocaine ในการใช้เฉพาะที่ในการศึกษาต่อไปข้างหน้า เช่น ใช้ความเข้มข้น 2% Lidocaine รวมทั้งเก็บข้อมูลให้มากขึ้นในกลุ่มเด็กโตหรือผู้ใหญ่ เพื่อให้การประเมินความปวดมีความเที่ยงตรงมากขึ้น และอาจเพิ่มการประเมินความปวดจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

อย่างน้อยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ก็สามารถเป็นแนวทางในการนำ 1% Lidocaine with adrenaline มาเป็นทางเลือกในการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิลจากเหตุผลหลายประการ ได้แก่ คะแนนความปวดที่ใช้ 1% Lidocaine with adrenaline น้อยกว่าการไม่ให้ยาเลย การหาได้ง่ายในระดับของโรงพยาบาลทั่วไป ราคาถูกกว่า 0.5% Bupivacaine (ราคาเฉลี่ย 8.05 บาท / มิลลิกรัม) ในขณะที่ 1% Lidocaine with adrenaline ราคาเฉลี่ย 1.64 บาท/มิลลิกรัม อีกทั้ง ไม่มีผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

### สรุปผลการศึกษา

การใช้ 1% Lidocaine with adrenaline ซุบก๊อชอุดแผลผ่าตัดทอนซิลสามารถลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดได้ในช่วง 60 นาทีแรก และการลดความปวดไม่แตกต่างจากยา 0.5% Bupivacaine ที่เวลา 30 และ 60 นาทีหลังผ่าตัด ไม่พบผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา จึงสามารถนำมาเป็นทางเลือกหนึ่งของการลดความปวดภายหลังจากการผ่าตัดทอนซิลได้ในระดับของโรงพยาบาลทั่วไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร นายแพทย์พิชัย ศิริพรพาณิชย์ ที่สนับสนุนการดำเนินโครงการวิจัย นายแพทย์รังสรรค์ ชัยกิจอำนวยโชค รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับเนื้อหาในพินิจฉบับเพื่อตีพิมพ์ แพทย์หญิงครุณี พุทธิศรี หัวหน้าหน่วยวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร ที่ช่วยทบทวน แก่ไขนพินิจฉบับ และให้คำปรึกษาทางสถิติ คุณพงษ์พิเชษฐ์ รักมีศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่ให้คำแนะนำทางสถิติ รวมถึงพยาบาลห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล เจ้าหน้าที่แผนกหูก คอ จมูก และห้องผ่าตัด ที่ช่วยเก็บข้อมูลในการวิจัย และผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนในความสำเร็จของผลงานวิชาการฉบับนี้



## เอกสารอ้างอิง

1. Genc E, Hanci D, Ergin NT, Dal T. Can mucosal sealing reduce tonsillectomy pain? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70(4): 725-30.
2. Patel RI, Hannallah RS. Anesthetic complications following pediatric ambulatory surgery: a 3 - yr study. *Anesthesiology* 1988; 69:1009-12.
3. Steward DL, Welger J, Myer CM. Do steroids reduce morbidity of Tonsillectomy? Meta-analysis of randomized trials. *Laryngoscope* 2001; 111:1712-8.
4. Carithers JS, Gebhart DE, Williams JA. Postoperative risks of pediatric tonsillo adenoidectomy. *Laryngoscope* 1987; 97:422-9.
5. Husband AD, Davis A. Pain after tonsillectomy. *Clin Otolaryngol* 1996; 21:99-101.
6. Warnock FF, Lander J. Pain progression, intensity, and outcomes following tonsillectomy. *Pain* 1998; 75(1):37-45.
7. Bean-Lijewski JD. Glossopharyngeal nerve block for pain relief after pediatric tonsillectomy: retrospective analysis and two cases of life threatening upper airway obstruction from an interrupted trial. *Aesth Analg* 1997; 84:1232-8.
8. Gupta AK., Gupta S., Meena DS. , Sharma U. Post-tonsillectomy pain: Different modes of pain relief. *Indian journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery* 2002; 54(2):136-9.
9. Goldsher M., Podoshin L., Fradis M., Malatskey S., Gerstel R., Vaida S., Gaitini L. Effects of peritonsillar infiltration on post-tonsillectomy pain. A double-blind study. *The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology* 1996; 105(11):868-70.
10. Jebeles JA., Reilly JS., Gutierrez JF., Bradley EL., Kissin I. Tonsillectomy and adenoidectomy pain reduction by local Bupivacaine infiltration in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1993 Jan; 25(1-3):149-54.
11. Johansen M., Harbo G., Illum P. Preincisional infiltration with Bupivacaine in tonsillectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 122(3):261-3.
12. Alvarez Garcia MV, Santaolalla Frago B, Cebrian Pazos J, Aranguéz Moreno G, Lopez Gil MT. Intraoperative infiltration of 0.5% bupivacaine in pediatric tonsillectomy. *Acta Otolaryngol Esp* 1997; 48(4):287-90.
13. Stuart JC, MacGregor FB, Cairns CS, Chandrachud HR. Peritonsillar infiltration with bupivacaine for pediatric tonsillectomy. *Anaesth Intensive Care* 1994; 22(6):679-82.
14. Al-khtoum N. Comparative study of local infiltration of Bupivacaine and parenteral administration of Diclofenac sodium for post tonsillectomy pain in adults. *Middle East J Fam Med* 2006; 4(3):53-4.
15. Elhakim M, Ali NM, Rashed I, Riad MK, Refat M. Dexamethasone reduced postoperative vomiting and pain after pediatric tonsillectomy. *Can J Anaesth* 2003; 50(4):392-7.
16. Kaygusuz I, Susaman N. The effects of dexamethasone, bupivacaine and topical lidocaine spray on pain after tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003 Jul; 67(7):737-42.





17. Hosseini Jahromi SA, Hosseini Valami SM, Hatamian S. Comparison between effect of lidocaine, morphine and ketamine spray on post-tonsillectomy pain in children. *Anesth Pain Med.* 2012 summer; 2(1):17-21.
18. Stelter K, Hempel JM, Berghaus A, Andratschke M, Luebbers CW, Hagedorn H. Application methods of local anesthetic infiltrations for postoperative pain relief in tonsillectomy: a prospective, randomised, double-blind, clinical trial. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2009 Oct; 266(10):1615-20.
19. Watters CH, Patterson CC, Mathews HM, Campbell W. Diclofenac sodium for post-tonsillectomy pain in children. *Anaesthesia.* 1988 Aug;43(8):641-3
20. Kotecha B, O'Leary G, Bradburn J, Darowski M, Gwinnutt CL. Pain relief after tonsillectomy in adults: intramuscular diclofenac and papaveretum compared. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1991 Aug; 16(4):345-9.
21. Elhakim M, Abdul Salam AY, Eid A, Kaschef N, Mostafa BE. Inclusion of pethidine in lidocaine for infiltration improves analgesia following tonsillectomy in children. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41(2):214-7.
22. Romsing J, Ostergaard D, Walther-Larsen S, Valentin N. Analgesic efficacy and safety of preoperative versus postoperative ketorolac in pediatric tonsillectomy. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998; 42(7):770-5.
23. Teppo H, Virkkunen H, Revonta M Topical adrenaline in the control of intraoperative bleeding in adenoidectomy: a randomised, controlled trial. *Clin Otolaryngol.* 2006 Aug;31(4):303-9
24. Kadar AA, Obaid MA. Effect on postoperative pain after local application of bupivacaine in the tonsillar fossa; a prospective single blind controlled trial. *J Pak Med Assoc* 2003; 53(9):422-6.
25. Khan SA, Zaman J. Effect of topical bupivacaine on post operative pain after tonsillectomy. *Medical Channel* 2005; 11:30-3.
26. Haksever M, Ozmen S, Akduman D, Solmaz F. Topical bupivacaine compared to bupivacaine infiltration for post-tonsillectomy pain relief in children: a prospective randomized controlled clinical study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2014 Sep; 271(9): 2555-9.
27. Chaturvedi S, Domkondwar U.G. A Comparative Study of topical analgesia with 4% Lignocaine and 0.5% Bupivacaine following Tonsillectomy. *Indian J. Anaesth.* 2005; 49 (2):113 – 5.
28. Egeli E, Harputluoglu U, Oghan F, Demiraran Y, Guclu E, Ozturk O. Does topical lidocaine with adrenaline have an effect on morbidity in pediatric tonsillectomy? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2005 Jun; 69(6):811-5.
29. Ozkiriş M, Kapusuz Z, Saydam L. Comparison of ropivacaine, bupivacaine and lidocaine in the management of post-tonsillectomy pain. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012 Dec; 76(12):1831-4.
30. Liu SS, Hodgson PS. Local anesthetics. In: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, eds. *Clinical Anesthesia*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 449-69.
31. Wood M. Local anesthetic agents. In: Wood M, Wood AJJ, eds. *Drugs and anesthesia: Pharmacology for anesthesiologists*, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1990: 319-45.
32. Ellis P. Visual loss following tonsillectomy. *Arch Otolaryngol* 1968; 87: 128-30.
33. Cyna AM, Bell KR, Flood LM. Cervical osteomyelitis after tonsillectomy. *Anaesthesia* 1997; 52:1084-7.



คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2556

**Quality of Life, Health status and Health access for the Patients with Stroke at  
Buangsamphun Hospital, Phetchabun**

ธีรพจน์ พิภน้อย, พ.บ.\*

**Abstract**

**Purpose :** To study the level of quality of life (QOL), Health status and Home caring in patients with strokes

**Design :** descriptive research

**Method :** Subjects of the study were one-hundred and sixty-five patients with stroke, who were receiving treatment at Buangsamphun Hospital, Phetchabun, Thailand, 2013. Instruments for data collection consisted of demographic characteristics data, the Quality of Life Short Form 36 Health-Survey (SF-36) questionnaire, the Barthel ADL Index Form, The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale. Reliability by Coefficient alpha or Cronbach coefficient was .93. Data were collected from October 2013 to March 2014 and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation

**Main findings :** Results of the study revealed that patients had QOL in each domain of SF-36: physical function  $\bar{x} = 64.90$  (SD = 9.38), mental health function  $\bar{x} = 42.32$  (SD = 4.95) and social functioning at low levels  $\bar{x} = 5.58$  (1.44) associated with QOL, general mental health, role limitation due to emotional problems, Barthel ADL Index levels was moderate independent at percentage 53.99, No Depress at percentage 69.14, Uncoverage home care at percentage 76.36

**Conclusion and recommendations :** These results Health Team can be used to develop a guideline of caring for these patients to improve quality of care and QOL.

**Keywords :** quality of life, health status, health access, patients with stroke



## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2556

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงสำรวจ

**วิธีดำเนินการวิจัย :** ศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 180 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (SF-36) แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า หากความเชื่อมั่นเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .93 เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ผลการวิจัย :** พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57 อายุเฉลี่ย 62 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.60 มีผู้ให้การดูแล ร้อยละ 100 ผู้ให้การดูแลเป็นคู่สมรส ร้อยละ 46.70 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 42.40 โรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.42 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ตามระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแล) ส่วนใหญ่พึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง ร้อยละ 53.99 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.14 ไม่เคยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 76.36 คุณภาพชีวิต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านร่างกายได้ เท่ากับ 64.90 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.38) ด้านจิตใจ ซึ่งเป็นคะแนนรวมของมิติ 4 มิติ ได้เท่ากับ 42.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.95) ทั้งนี้มิติการทำงานด้านร่างกาย ได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 36.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.19) และมิติการทำงานทางสังคม มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5.58 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.44)

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ผลดีต้องประกอบด้วย การดูแลสุขภาพที่บ้านที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว เช่น ความรู้ ทักษะ การดูแลตนเองที่บ้าน การฟื้นฟู การส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจที่เหมาะสมในแต่ละราย และเชื่อมโยงกับทรัพยากรจำเป็นที่หาได้จากชุมชน การมีส่วนร่วมในชุมชน สังคมที่สนับสนุน และเอื้ออำนวยความสะดวก ดังนั้น ทีมสุขภาพควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ภาวะสุขภาพ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ ,ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง อาจมีการแตกตีบหรือตัน นอกจากจะทำให้สมองไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติแล้ว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ และเสียชีวิตตามมา จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวนมากถึง 168,740 คน และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2551 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าปีละ 10,000 คน (สำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) โดยโรคหลอดเลือดสมองพบได้

บ่อยในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เมื่อเกิดโรคจะก่อให้เกิดอาการต่างๆทางระบบประสาท จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ครอบครัวด้วย จากความพิการและความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดอย่างต่อเนื่องที่บ้าน บุคคลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่ต้องเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ดีพอมักเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ทำให้กลับมารักษาในโรงพยาบาล และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์, 2550) คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของแต่ละคนซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับภาวะความไม่เจ็บป่วย การดูแลทำกิจวัตรประจำวัน และการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ (พวงวิทธิ์, 2544, Lincoln et. al, 2003) ด้วยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีความจำกัดในความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมต่อสังคม ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายของผู้ป่วย เป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ความก้าวร้าว ขาดความอดทน ความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่พบว่ามีความผิดปกติทางจิตมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75 และพบว่า สภาวะทั่วไปของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด - สมอง (แสงแก้ว ราชภักดี, 2550) แม้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทั่วถึงขึ้น แต่ยังมีอุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพจากหลายปัจจัย เช่น รายได้ของประชาชน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การจัดระบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพ หรืออาจเกิดจากข้อจำกัดของประชาชนในการเดินทางโดยลำพัง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ จากปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในสังคม มิฉะนั้นจะเป็นปฏิกริยาย้อนกลับทำให้โรคเลวร้ายลง ผลจากการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมได้ ผู้ป่วยจะขาดความสุขและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เมื่อรับรู้ว่าคุณไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น การดูแลช่วยเหลือประคับประคอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง สามารถประกอบกิจต่างๆให้ได้มากที่สุด เพื่อให้เกิดความมั่นคงในชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยอาศัยปัจจัยสำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลใกล้ชิด และบุคคลในสังคม ดังนั้นการดูแลสนับสนุนแก่ผู้ดูแลที่เหมาะสมทั้งในด้านความรู้ ทักษะ ข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็งทางจิตใจ รวมถึงการช่วยเหลือด้านการเงินและวัสดุสิ่งของ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการสำรวจข้อมูลของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลบึงสามพัน พบว่า มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแลของเขตอำเภอบึงสามพันจำนวน 296 คน แต่ยังคงขาดการศึกษาข้อมูลและจัดระบบการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จึงได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง



## คำจำกัดความ

1. **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ ไม่เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล ซึ่งบุคคลรับรู้ภาวะดังกล่าวของตนเองจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีกิจกรรมทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ ประเมินโดยการใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไป (The 36- item short-Form Health survey.SF-36) ฉบับภาษาไทย

2. **ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย ซึ่งได้จากการประเมินผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ได้จากบันทึกข้อมูลสุขภาพ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activities of daily living (ADL)

3. **การเข้าถึงบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนด และได้รับการดูแลสุขภาพตามความจำเป็น และสามารถใช้บริการสุขภาพได้เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ประเมินโดยการใช้แบบสอบถามแบบเลือกตอบเกี่ยวกับระยะทาง ระยะเวลาการเดินทาง ความเพียงพอของรายได้ การตรวจตามนัด สิทธิระบบบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้าน

**สถานที่ในการศึกษา** เขตอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา ผู้ดูแล อาชีพ รายได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการเดินทาง ภาวะโรคร่วม บันทึกการประเมินภาวะสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Bathel แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยแสงแก้ว ราชกิติ (2550) จำนวน 10 ข้อ ให้คะแนนตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ยิ่งมาก หมายถึงผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มาก

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale) ฉบับภาษาไทยแปลโดย วิไล คุปต์นริศศิษย์กุล และพนม เกตุมาน (2542) โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ให้คะแนนตามความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ค่าคะแนนยิ่งมาก ยิ่งหมายถึงระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย คำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนใหญ่ๆ คือ วัดความรู้สึกด้านซึมเศร้า วัดความรู้สึกด้านดี วัดอาการทางกาย และ วัดสัมพันธ์ทางระหว่างบุคคลอื่น

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต Short Form-36v2 (SF-36v2) ฉบับภาษาไทย แปลโดยแสงแก้ว ราชกิติ (2550) จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 ส่วน คือ ด้านสุขภาพทั่วไป ด้านกิจกรรมทางกาย ปัญหาและผลกระทบจากทางกาย ความเจ็บป่วยทางกาย และความกระปรี้กระเปร่า กิจกรรมทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ สุขภาพจิต





### การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัววิจัยเอง และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดความมีนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ผู้ดูแล ผลกระทบของโรค และโรคที่เกิดร่วม แจกแจงความถี่ และคำนวณหาร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและใช้ในการวิจัย ไม่มีการเปิดเผยและนามสกุลที่แท้จริง ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ไม่มีผลต่อการมารับการรักษา รวมทั้งการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขเพชรบูรณ์

### ผลการศึกษา

พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57 อายุเฉลี่ย 62 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.60 มีผู้ให้การดูแล ร้อยละ 100 ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 46.70 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 42.40 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,668.32 บาท โรคที่พบร่วมส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.42 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

	ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	< 30 ปี	4	2.40
	30-39 ปี	7	4.20
	40-49 ปี	18	10.90
	50-59 ปี	42	25.50
	≥ 60 ปี	94	57.00
เพศ	ชาย	94	57.00
	หญิง	71	43.00
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	12	7.30
	ประถมศึกษา	128	77.60
	มัธยมศึกษา	24	14.50
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	1	0.60
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	ไม่มีรายได้	4	2.40
ครอบครัว	< 5000 บาท	142	86.10
	5001 – 9,999 บาท	14	8.50
	>10,000 บาท	5	3.00
จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย	มี 1 คน	17	10.30
	มีมากกว่า 1 คน	148	89.70



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ข้อมูล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ของ	คู่สมรส	77	46.70
ผู้ดูแลต่อผู้ป่วย	บุตร	70	42.40
	อื่นๆ	18	10.90
โรคร่วม	ไม่มี	24	14.55
	เบาหวาน	9	5.45
	ความดันโลหิตสูง	37	22.42
	ไขมันในเลือดสูง	7	4.24
	หัวใจ	-	-
	อื่นๆ	88	53.33

## 2. ภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### 2.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน)

Barthel ADL Index (ตามระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแล) (n = 163)

ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด (0-20)	0	0
ระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแลมาก (21-60)	28	17.18
ระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง (61-90)	88	53.99
ระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแลเล็กน้อย (91-99)	28	17.18
ระดับความรุนแรงที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ทั้งหมด (100)	19	11.65
$\bar{x} = 77.5, SD = 17.9$		

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประเมินตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index (ตามระดับความรุนแรงที่พึ่งพาผู้ดูแล) ส่วนใหญ่พึ่งพาผู้ดูแลปานกลาง ร้อยละ 53.99 และน้อยที่สุดสามารถดูแลตัวเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 11.65

### 2.2 ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้า (n = 162)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	112	69.14
มีภาวะซึมเศร้า	50	30.86
$\bar{x} = 16.1, SD = 10.2$		

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 69.14 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30.86



### 3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละจำแนกตามการได้รับการเยี่ยมบ้าน (n = 165)

การได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคย ( 1 ครั้ง ขึ้นไป)	39	23.64
ไม่เคย	126	76.36

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 76.36 มีผู้เคยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพียงร้อยละ 23.64

### 4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 5 แสดงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มิติ	ตัวย่อ	ค่ากลาง (ต่ำสุด-สูงสุด)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
มิติการทำงานด้านร่างกาย	PF	36.3232	5.19194
มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย	RP	10.0183	2.77693
มิติความเจ็บปวดทางกาย	BP	5.6584	1.60898
มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป	GH	12.9744	3.36385
มิติการทำงานทางสังคม	SF	5.5776	1.44326
มิติการมีชีวิต	VT	12.9080	2.00250
มิติข้อจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	RE	7.5732	2.11062
มิติสุขภาพจิตทั่วไป	MH	16.2866	2.34132
ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านร่างกาย	PCS	64.9007	9.37995
ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านจิตใจ	MCS	42.3187	4.94672

จากตารางที่ 5 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมด้านร่างกาย (PCS) ซึ่งเป็นคะแนนรวมของมิติ 4 มิติ ได้เท่ากับ 64.90 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.38) ด้านจิตใจ (MCS) ซึ่งเป็นคะแนนรวมของมิติ 4 มิติ ได้เท่ากับ 42.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.95) ทั้งนี้มิติการทำงานด้านร่างกาย ได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 36.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.19) และมิติการทำงานทางสังคม มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5.58 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.44)

### วิจารณ์

จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมค่อนข้างต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของปีนเนเรศ กาศอุดม และคณะ (2549) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับสูงหรือพึ่งพาน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ยังสามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยสูญเสียความสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ในการทำหน้าที่ทางสังคม เป็นภาระต่อครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง



สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิซเลอร์ และคณะ(Nehler, et al) พบว่า ผู้ป่วยภาวะขาดเลือดภายหลังตัดขาได้หัวเข่า 1 ปี มีการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมนอกบ้านเพียง ร้อยละ 32 และในผู้ป่วยภายหลังตัดขาเหนือหัวเข่า 1 ปี มีการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมนอกบ้านเพียง ร้อยละ 10 ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยด้านสังคมอยู่ในระดับต่ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีปัญหาด้านอารมณ์ และพฤติกรรม ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมักมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วย (Hackett, M. L., Yapa, C., & Parag, Y., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า มีภาวะซึมเศร้าถึง 46.53% (Nidhinandana, S., Sithinamsuwan, P., Chinvarun, Y., Wanna Wongmek, W., Supakasem, S., & Suwantamee, J. 2010) ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมากทั้งการสูญเสียความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การที่ไม่สามารถทำงานได้ การเข้าสังคม การขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Khan, 2004) โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง และต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา และเมื่อสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพเรื่องการได้รับการเยี่ยมบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่รับเคยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านสูงถึง ร้อยละ 76.36 ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ผลดีมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ครอบครัวนั้นต้องประกอบด้วย การดูแลสุขภาพที่บ้านที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว เช่น ความรู้ ทักษะ การดูแลตนเองที่บ้าน พื้นฟู ส่งเสริมสมรรถภาพสังคม จิตใจ ร่างกาย เศรษฐกิจที่เหมาะสมแต่ละราย และเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็นที่สามารถหาได้จากชุมชน การมีส่วนร่วมในชุมชน สังคมที่สนับสนุน และเอื้ออำนวยความสะดวก มีการจัดรูปแบบบริการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมที่เหมาะสมให้ครอบคลุมต่อเนื่อง

## สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนืองที่บ้าน ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับปัญหา ความต้องการดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เขตอำเภอบึงสามพัน จังหวัดเพชรบูรณ์ และควรมีการจัดรูปแบบบริการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสังคมที่เหมาะสมให้ครอบคลุมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งอำเภอ และดำเนินการพัฒนาต่อไปให้ยั่งยืน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงสามพัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ แพทย์หญิงดวงดาว ศรียาคุณ คุณสุภาภรณ์ นากลาง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ อาจารย์ยัมณฑล ทองนิตย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และสมาชิกครอบครัว เครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

- 1.เจียมจิต โสภณสุขสถิต. ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544.
- 2.บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *Nursing Journal*, 2550; 34 (1) : 110-119.
- 3.วราลักษณ์ ทองใบปราสาท. ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร”.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 1(1) มกราคม- มีนาคม, 2550 ;72-84.
- 4.วีณา ลีมสกุล, อัครอนงค์ ปราโมช และศิริรัตน์ ปานอุทัย. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.พยาบาลสาร.ปีที่ 30.ฉบับที่ 1(มกราคม-มีนาคม),2546;30-41.
- 5.เสาวภา พริ้วตะคุ.การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติ ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
6. เสาวลักษณ์ เนตรช่าง.การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล;2545.
7. อินทิรา ลีเมฆ.ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว;มหาวิทยาลัยบูรพา;2550.
8. Beckley, N. M. The influence of the quality and quantity of social support in the promotion of community participation following stroke. *Australian Occupational Therapy Journal* ,2007;54:215–220.
9. Carod-Artal, F. J, & Egado, J. A., Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Dis*. 27 Supply, 2009; 1:204-214.
10. Heuvel, E.T., Witte, L., Shure, L.M., Derman, R.S., & Jong, M.B. Risk factors for burnout in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 2001;15:669-677.
11. Lee, K. A., Tang, W. S., Tsoi, H. T., Fong, Y., D., & Yu. K. G. Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults. *Journal of Advanced Nursing*.,2009;65(3) :554–564;.
12. Singhpoo, K. “The Quality of Life of Stroke Outpatients at Srinagarind Hospital”. *J Med Assoc Thai*, 2009;92(12) :1602-1609.
13. Simon, C., Kumar, S., & Kendrick, T.“Formal support of stroke survivors and their informal carers in the community: a cohort study. *Health and Social Care in the Community*, 2008;16(6):582–592.
14. Stanton, M., & Dunkin, J. A review of case management functions related to transitions of care at a rural nurse managed clinic. *Prof Case Manag*, 2009;14(6) : 321-7.



## การศึกษาปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดและความผิดพลาดของการให้เลือด

### Blood Transfusion Reactions and Transfusions Associated Errors

รุ่งอรุณ กิจเกตุ, วท.บ.\*

#### Abstract

**Background :** From the literature review, incidence of blood transfusion reactions and acute hemolytic transfusion reaction cause of mortality and reveals resource useless of the hospital. This study shows that were useful for quality development and prevention of transfusion reactions and acute hemolytic transfusion reaction.

**Objective :** To study trend of blood transfusion and transfusion reactions, study correlation between number of transfusion reaction and blood products. The cause of acute hemolytic transfusion reaction for the development about of blood safety.

**Material and method :** This retrospective study collected data from the reported of blood transfusion reactions to obtain treatment in Ban Mi hospital during 2004-2013. Percentage of blood transfusion reactions and compare occurrence ratio per unit. To study correlation of double check blood group before blood transfusion for prevention of acute hemolytic transfusion reaction has significantly difference (p-value<0.05)

**Results :** A total of blood transfusion were 31,104 cases. There were 274 transfusion reactions reports from 60,992 blood units transfused. The incidence of blood transfusion reactions was 0.45 percent. The incidence of blood transfusion reactions due to WB, PRC, FFP, LPRC and PC were 0.98, 0.59, 0.46, 0.14 and 0.13 percent, respectively. The number of blood transfusion had increased from 5,780 units in 2004 to 7,384 units in 2013 while the transfusion reactions had decreased from 0.42 percent in 2004 to 0.38 percent in 2013. From total 274 transfusion reactions, 139 cases (50.73 percent), 128 cases (46.72 percent), 7 cases (2.55 percent) were due to FNHTR, allergic reaction, and AHTR, respectively and the occurrence ratio per unit were 1:439, 1:477 and 1:8,713, respectively. The correlation between the transfusion reactions and blood products showed that FNHTR related to the most of PRC, FFP, WB, LPRC and PC were 78.42, 7.19, 6.47, 5.04 and 2.88 respectively. Allergic reaction related to the most of PRC, FFP, WB, PC, and LPRC were 44.53, 34.38, 11.72, 7.03 and 2.34 respectively. The acute hemolytic transfusion reaction (AHTR) occurred at ward 5 cases (1.82 percent) and blood bank 2 cases (0.73 percent). The prevention for decreased FNHTR and allergic reaction should have increased transfused LPRC and decreased WB and PRC. The prevention of AHTR should have double checked blood group before blood transfusion for prevention of acute hemolytic transfusion reaction has significantly difference.(p-value=0.014)

**Conclusion :** This study shows that were useful for quality development blood transfusion system in hospital and the patient have safety.

**Key Words :** Blood Transfusion Reactions, Transfusions Associated Errors

\* งานธนาคารเลือด กลุ่มงานพยาธิวิทยาภาควิชา โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี



## บทคัดย่อ

**ความเป็นมาและปัญหา :** จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด และการให้เลือดผิดหมู่ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และสูญเสียทรัพยากรของโรงพยาบาล จึงได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดเพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันการเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือดและการให้เลือดผิดพลาด

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาแนวโน้มของการให้เลือด อัตราการเกิดปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด ความสัมพันธ์กับชนิดของเลือด สาเหตุความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการให้เลือดผิดเพื่อพัฒนาด้านความปลอดภัย

**วัสดุและวิธีการ :** เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ปฏิกิริยาจากการรับเลือด ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2556 วิเคราะห์อัตราการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดเป็นร้อยละ และเปรียบเทียบอัตราส่วนต่อหน่วย ศึกษาความสัมพันธ์การตรวจหมู่เลือด 1 และ 2 ครั้ง โดยใช้โปรแกรม SPSS 16.0 มีนัยสำคัญทางสถิติ  $P\text{-value} < 0.05$

**ผลการศึกษา :** พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการให้เลือด จำนวน 274 ราย มีการให้เลือดทั้งหมด 60,992 ยูนิต คิดเป็นอัตราการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด ร้อยละ 0.45 โดยจำแนกตามผลิตภัณฑ์ของเลือดดังนี้ whole blood (WB), packed red cells (PRC), fresh frozen plasma( FFP), leukocyte poor packed red cells(LPRC) และ platelet concentrate (PC) ร้อยละ 0.98, 0.59, 0.46, 0.14, 0.13 ตามลำดับ การให้เลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 5,780 ยูนิต ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 7,384 ยูนิต ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่จำนวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด ลดลงจากร้อยละ 0.42 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 0.38 ในปี พ.ศ. 2556 พบ febrile non – hemolytic transfusion reaction (FNHTR) มากที่สุด จำนวน 139 ราย ร้อยละ 50.73 คิดเป็น 1 : 439 ยูนิต รองลงมาเป็น allergic reaction จำนวน 128 ราย ร้อยละ 46.72 คิดเป็น 1 : 477 ยูนิต มีการให้เลือดผิด (acute hemolytic transfusion reaction =AHTR) จำนวน 7 ราย ร้อยละ 2.55 คิดเป็น 1 : 8,713 ยูนิต การเกิด febrile non– hemolytic transfusion reaction (FNHTR) มีความสัมพันธ์กับการให้ packed red cells (PRC), fresh frozen plasma( FFP), whole blood (WB), leukocyte poor packed red cells (LPRC), platelet concentrate (PC) ร้อยละ 78.42, 7.19, 6.47, 5.04 และ 2.88 ตามลำดับ การเกิด allergic reaction มีความสัมพันธ์กับการให้ packed red cells (PRC), fresh frozen plasma( FFP), whole blood (WB), platelet concentrate (PC), และ leukocyte poor packed red cells (LPRC) ร้อยละ 44.53, 34.38, 11.72, 7.03 และ 2.34 ตามลำดับ การให้เลือดผิด acute hemolytic transfusion reaction (AHTR) พบว่าสาเหตุเกิดขึ้นที่หอผู้ป่วย 5 ราย ร้อยละ 1.82 เกิดขึ้นที่ธนาคารเลือด 2 ราย ร้อยละ 0.73 การป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ FNHTR และ allergic reaction ควรมีการใช้ LPRC และ PC แทนการใช้ WB และ PRC การป้องกันการให้เลือดผิดพบว่าการตรวจหมู่เลือด 2 ครั้งก่อนการให้เลือดทำให้การให้เลือดผิดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P\text{-value} = 0.014$

**สรุป :** ผลการศึกษานี้มีประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด และป้องกันการให้เลือดผิด ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น

**คำสำคัญ :** อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด ความผิดพลาดของการให้เลือด



## ความเป็นมาและปัญหา

การให้เลือด นอกจากมีประโยชน์ในการรักษาและช่วยชีวิตผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งอาจมีความรุนแรงมากจนทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิต และสูญเสียทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไปโดยเปล่าประโยชน์<sup>3-4</sup> เช่น การให้เลือดผิดหมู่ (Acute hemolytic transfusion reaction = AHTR) ภาวะที่มีไข้หลังได้รับเลือด (Febrile non hemolytic transfusion reaction = FNHTR) การมีผื่นคันบริเวณผิวหนัง Allergic reaction เป็นต้น<sup>11</sup> เป้าหมายสำคัญของการให้เลือด จึงเป็นการป้องกันการเกิดความผิดพลาด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดที่อาจเกิดขึ้นน้อยที่สุด ซึ่งจะทำให้การให้เลือดแก่ผู้ป่วยเกิดผลการรักษาที่ดีที่สุด<sup>10</sup> การมีระบบการรายงาน และเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการให้เลือด<sup>2</sup> จึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือดให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด เพื่อติดตามประเมินอาการของผู้ป่วยหลังได้รับเลือดอย่างใกล้ชิด และปลอดภัย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด เพื่อลดความเสี่ยงและสนับสนุนนโยบายบริการโลหิตแห่งชาติ พ.ศ. 2553ทำให้ผู้ป่วยได้รับเลือดที่ปลอดภัย<sup>9</sup>

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวโน้มของจำนวนการให้เลือด อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตของผู้ป่วย
2. ศึกษาสาเหตุการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตกับชนิดของเลือด
3. เพื่อหาแนวทางแก้ไขและลดจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิต
4. ศึกษาสาเหตุความผิดพลาดที่เกี่ยวข้องกับการให้เลือด เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปพัฒนาด้าน

ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่

## วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย โดยทำการรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาจากการรับเลือด และส่วนประกอบของเลือดในโรงพยาบาลบ้านหมี่และมีรายงานอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2547 – วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2556 รวม 10 ปี ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย เพศ หมู่เลือด ชนิดของเลือด อาการของผู้ป่วยหลังจากได้รับเลือด วิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตกับชนิดของเลือดที่เกิดขึ้นในแต่ละปีแสดงเป็นร้อยละ อัตราอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิต คำนวณโดยใช้จำนวนผู้ป่วยที่เกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด (ยูนิต) หารด้วย จำนวนเลือดทั้งหมดที่ให้ผู้ป่วย (ยูนิต) คูณด้วย หนึ่งร้อย อัตราการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตต่อยูนิต คำนวณโดยใช้จำนวนอุบัติการณ์การเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือดแต่ละชนิดหารด้วยจำนวนเลือดที่ใช้ อุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการให้เลือดศึกษาความสัมพันธ์การตรวจหมู่เลือด 1 และ 2 ครั้ง โดยใช้โปรแกรม SPSS 16.0 มีนัยสำคัญทางสถิติ P-value < 0.05

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตเป็นเพศหญิง 164 ราย ร้อยละ 59.85 และเพศชาย 110 ราย ร้อยละ 40.15 มีหมู่เลือด O = 115 ราย ร้อยละ 41.97 หมู่เลือด B = 95 ราย ร้อยละ 34.68 หมู่เลือด A = 45 ราย ร้อยละ 16.42 หมู่เลือด AB = 19 ราย ร้อยละ 6.93 ดังตารางที่ 1 จำนวนการให้เลือดผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2556 พบว่า มีการให้เลือดทั้งหมด 60,992 ยูนิต จำนวน



ผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2556 พบว่า มีการให้เลือดทั้งหมด 60,992 ยูนิต จำนวน 31,104 ราย ผู้ป่วยที่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตจำนวน 274 ราย คิดเป็นอัตราการเกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิต ร้อยละ 0.45 จำแนกตามชนิดของเลือดได้ดังนี้ ชนิด WB=2,650 ยูนิต เกิดปฏิกิริยา 26 ยูนิต ร้อยละ 0.98 PRC =28,590 ยูนิต เกิดปฏิกิริยา 169 ยูนิต ร้อยละ 0.59 FFP =11,990 ยูนิต เกิดปฏิกิริยา 55 ยูนิต ร้อยละ 0.46 LPRC =7,791 ยูนิต เกิดปฏิกิริยา 11 ยูนิต ร้อยละ 0.14 PC =9,971 ยูนิต เกิดปฏิกิริยา 13 ยูนิต ร้อยละ 0.13 ดังตารางที่ 2 พบอุบัติการณ์ FNHTR มากที่สุด จำนวน 139 ราย ร้อยละ 50.73 คิดเป็น 1 : 439 ยูนิต รองลงมาเป็นปฏิกิริยา allergic reaction จำนวน 128 ราย ร้อยละ 46.72 คิดเป็น 1 : 477 ยูนิต AHTR จำนวน 7 ราย ร้อยละ 2.55 คิดเป็น 1 : 8,713 ยูนิต ดังตารางที่ 3 สาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ febrile non- hemolytic transfusion reaction (FNHTR) เกิดจากการให้ PRC มากที่สุด ร้อยละ 78.42 รองลงมาเป็น FFP ร้อยละ 7.19 WB ร้อยละ 6.47 LPRC ร้อยละ 5.04 และ PC ร้อยละ 2.88 สาเหตุการเกิด allergic reaction เกิดจากการให้ PRC มากที่สุด ร้อยละ 44.53 รองลงมาเป็น FFP ร้อยละ 34.38 WB ร้อยละ 11.72 PC ร้อยละ 7.03 และ LPRC ร้อยละ 2.34 ความผิดปกติการให้เลือดเป็น acute hemolytic transfusion reaction (AHTR) พบว่า สาเหตุเกิดขึ้นที่หอผู้ป่วย 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.82 เกิดขึ้นที่ธนาคารเลือด 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.73

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับโลหิตแยกหมู่เลือดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – 2556 (ราย)

ปี พ.ศ.	เพศ (ราย)		Blood group				Total
	ชาย	หญิง	O	B	A	AB	
2547	15	9	9	7	3	5	24
2548	21	16	19	10	6	2	37
2549	14	19	15	13	3	2	33
2550	7	18	9	11	3	2	25
2551	11	18	10	11	7	1	29
2552	11	15	12	6	5	3	26
2553	8	15	6	12	5	0	23
2554	9	20	14	7	6	2	29
2555	8	12	9	5	6	0	20
2556	6	22	12	13	1	2	28
Total	110	164	115	95	45	19	274
%	40.15	59.85	41.97	34.68	16.42	6.93	100



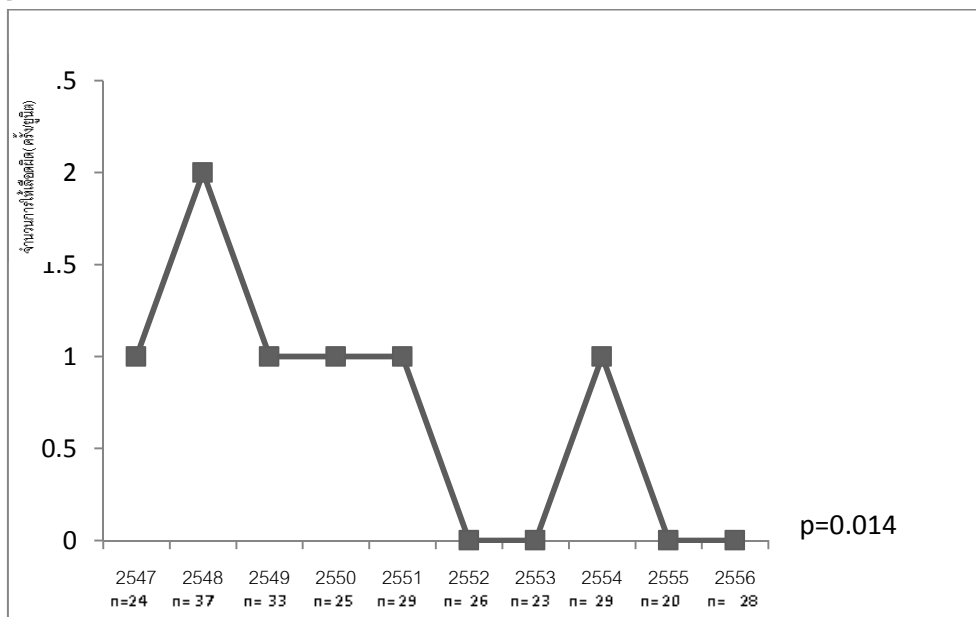
**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนเลือดและส่วนประกอบของเลือดที่ให้ผู้ป่วยทั้งหมดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547- 2556  
แยกตามชนิดของเลือด:จำนวนเลือดที่เกิดปฏิกิริยา (ยูนิต)

จำนวนเลือดที่ให้ผู้ป่วย : จำนวนเลือดที่เกิดปฏิกิริยา							
ปี พ.ศ.	WB	PRC	LPRC	FFP	PC	Total	%
2547	229:4	2,536:12	738:1	1,310:4	967:3	5,780:24	0.42
2548	216:2	2,466:21	693:2	1,010:10	929:2	5,314:37	0.69
2549	198:2	2,861:20	534:2	1,398:7	823:2	5,814:33	0.57
2550	233:2	2,369:17	952:2	876:3	813:1	5,243:25	0.48
2551	391:1	2,692:19	1,010:2	918:6	768:1	5,779:29	0.5
2552	389:7	2,303:13	1,000:0	881:5	769:1	5,342:26	0.49
2553	383:3	2,855:16	562:0	1,024:3	755:1	5,579:23	0.41
2554	362:3	3,416:16	507:1	1,489:8	1,050:1	6,824:29	0.42
2555	173:2	3,695:15	773:1	1,680:2	1,612:0	7,933:20	0.25
2556	76:0	3,399:20	1,022:0	1,404:7	1,485:1	7,384:28	0.38
Total	2,650:26	28,590:169	7,791:11	11,990:55	9,971:13	60,992:274	0.45
%	0.98	0.59	0.14	0.46	0.13		0.45

**ตารางที่ 3** แสดงอัตราอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือด ต่อยูนิต สัมพันธ์กับชนิดของเลือด

transfusion reactions	Total 60,992 ยูนิต	ชนิดของเลือดที่ให้ผู้ป่วย (ยูนิต)						
		WB	PRC	LPRC	FFP	PC	Total	%
FNHTR	1 : 439	9	113	3	10	4	139	50.73
Allergic reaction	1 : 477	15	53	7	44	9	128	46.72
AHTR(ผิวดำมืด ผิดคน)	1 : 8,713	2	3	1	1	0	7	2.55
Total		26	169	11	55	13	274	100

**รูปภาพ** แสดงอุบัติการณ์การให้เลือดผิด(acute hemolytic transfusion reaction )





## สรุปและวิจารณ์

จากการศึกษา พบว่า การให้เลือดผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 0.42 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 0.38 ในปี พ.ศ. 2556 พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการรับเลือดโดยรวมร้อยละ 0.45 ลดลงเป็นร้อยละ 0.38 โดยเกิดจากจำนวนการใช้ WB ที่ลดลงจากเดิมมีการใช้ 229 ยูนิต ในปี พ.ศ. 2547 ลดลงเหลือ 76 ยูนิต ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ผกาพรรณ ชนะชัยสุวรรณ (2549) ที่ทำการศึกษารายงานระหว่างปี พ.ศ. 2544 – 2548 พบว่า มีอัตราการเกิดที่ ร้อยละ 0.34<sup>2</sup> ปฏิกริยาที่พบบ่อยมาก คือ febrile non – hemolytic transfusion reaction (FNHTR) รองลงมา คือ allergic reaction สาเหตุเกิดจากการให้ PRC มากที่สุด รองลงมาเป็น FFP และ WB การใช้ LPRC และ PC แทน PRC และ WB จะทำให้การเกิด FNHTR และ allergic reaction ลดลง<sup>5</sup> ผลการศึกษานี้ จึงสนับสนุนผลการวิจัยที่ผ่านมาให้มีความชัดเจนขึ้น<sup>2</sup> นอกจากนี้การลดการให้เลือดที่ไม่จำเป็น เป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดการเกิดปฏิกิริยาจากการรับเลือด ปฏิกริยา Febrile non – hemolytic transfusion reaction (FNHTR) พบในอัตรา 1 : 439 ยูนิต มากกว่าในรายงาน Hemovigilance : Thailand : Annual Report 2005 – 2008 ที่พบในอัตรา 1 : 800 – 1 : 1,000 ยูนิต<sup>5</sup> และมากกว่ารายงานอัตราการเกิดในการศึกษาของ ผกาพรรณ ชนะชัยสุวรรณ (2549) ที่มีอัตราเสี่ยงที่ 1 : 900 ยูนิต<sup>2</sup> โดยสาเหตุเกิดจากมีแอนติบอดีต่อแอนติเจนของเม็ดเลือดขาวที่อยู่ในส่วนประกอบเลือด ทำให้มีการหลั่ง Cytokines ออกมาใน ส่วนประกอบของเลือด หรืออาจเกิดจาก Cytokines ที่หลั่งออกมาจากเม็ดเลือดขาวในส่วนประกอบของเลือดที่ทิ้งไว้นานก่อนทำการปั่นแยกทำให้ผู้รับเกิดปฏิกิริยาไม่ใช้ หนาวสั่นหลังรับเลือด และมีไข้สูงขึ้นมากกว่า 1 องศาเซลเซียส หลังรับเลือดในปัจจุบันมีคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่เคยเกิดปฏิกิริยามาก่อนควร ควรใช้ leukoreduced blood เช่น LPRC หรือ prestorage filtered blood ในผู้ป่วยที่มีการให้เลือดในระยะยาว<sup>3</sup>

ปฏิกิริยา Allergic reaction มีอัตราการเกิด 1 : 477 ยูนิต มากกว่าในรายงาน Hemovigilance : Thailand : Annual Report 2005 – 2008<sup>5</sup> ที่พบในอัตรา 1 : 700 – 1 : 1,000 ยูนิต และใกล้เคียงกับอัตราการเกิดในการศึกษาของ ผกาพรรณ ชนะชัยสุวรรณ (2549) ที่พบในอัตรา 1 : 460 ยูนิต<sup>2</sup> ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปเช่นเดียวกับโรงพยาบาลบ้านหมี่ ทั้งนี้การเกิด allergic reaction เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากโปรตีนในพลาสมาของผู้บริจาคเข้าไปจับกับ Ig. E บน mast cell และกระตุ้นการปล่อย histamine จาก mast cell

Acute hemolytic transfusion reaction (AHTR) พบ 1 : 8,713 ยูนิต ซึ่งมากกว่าในรายงาน Hemovigilance : Thailand : Annual Report 2005 – 2008 ที่พบในอัตรา 1 : 10,000 – 1 : 33,000 ยูนิต<sup>5</sup> ผู้ป่วยที่พบ 7 ราย เนื่องจากปิดฉลากชื่อ – นามสกุลผู้ป่วยสลับกัน 3 ราย เป็นการให้เลือดชนิด WB ทำให้ผู้ป่วยเกิด AHTR จากการให้เลือดผิดหมู่มีอาการปัสสาวะเป็นสีแดง นำเลือดไปให้ผิดคน 2 ราย เป็นการให้เลือดชนิด PRC ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน 1 ราย เจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดตรวจผิดพลาด 1 ราย เป็นการให้เลือดชนิด PRC ซึ่งหมู่เลือด Compatible แต่ FFP เป็น ABO incompatible ผู้ป่วยไม่มีอาการเพราะได้รับจำนวนน้อย และอีก 1 รายเกิดจากเจ้าหน้าที่ธนาคารเลือดจ่ายเลือดผิดหมู่เป็นเลือดชนิด LPRC ได้มีการทำ root cause analysis เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำโดยมีการกำหนดให้ตรวจสอบผลหมู่เลือดอย่างน้อยสองครั้งก่อนการให้เลือดผู้ป่วย จัดทำระบบบันทึกประวัติผู้ป่วย รวมทั้งปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างรอบคอบ เครื่องจักรจนทำให้เกิดความผิดพลาดลดลง



## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงนิศารัตน์ สุทธิวงศ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม)ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่ ที่ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาภาควิชาทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Amin M, Fergusson D, Wilson K, et al. The societal unit cost of allergenic red blood cells and red blood cell transfusion in Canada. *Transfusion* 2004;44:1479-86
2. Chanachaisuwan P. Adverse Effects of Blood Transfusion and Transfusion Errors at Police General Hospital. *J Hematol Trans Med* 2006;16:283-96
3. Chiewsilp P. Serious Hazards of Blood Transfusion. *J Hematol Trans Med* 2000;10:3-5
4. Chiewsilp P. Hemolytic Transfusion Reaction. *J Hematol Trans Med* 2005;15:265-270
5. Chiewsilp P. Hemovigilance: Thailand: Annual Report 2001-2004 and 2005-2008. *J Hematol Trans Med* 2006;19:283-96
6. Liumbruno G, Bennardello F, Lattanzio A, Piccoli P, Rossetti G. Recommendations for the transfusion of red blood cells. *Blood Transfus* 2009;7:49-64
7. Isbister JP, Shander A, Spahn DR, Erhard J, Farmer SL, Hofmann A. Adverse blood transfusion outcomes: establishing causation. *Transfus Med Rev* 2011;25:89-101
8. คงศักดิ์ อุไรรงค์, ชื่นฤทัย ยี่เจียน. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต 2556 ; 23(3):195-201.
9. นโยบายบริการโลหิตแห่งชาติ พ.ศ. 2553 หน้า 13
10. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย การใช้โลหิตและส่วนประกอบโลหิตอย่างเหมาะสม พ.ศ.2554. หน้า 35.
11. ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย คำบรรยายการประชุมใหญ่วิชาการ ประจำปี 22543 มีนาคม พ.ศ.2544.



การพยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมโดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล :  
กรณีศึกษาผู้ป่วย 1 ราย

**Nursing care and counseling for breast cancer patients using the nursing process :  
A Case study**

อรอนงค์ กลางนภา, รป.ม. \*

**Abstract**

Breast cancer patients with a large number compared to the number one cancer found in the top five. If patient had untreated patient may had died. The major problem of not admitted was the lack of knowledge, understanding and acceptance of the patient. A case study was thai woman in aged 63 years. She came to the hospital Lump in her left breast for one week. Doctor examined by palpation to find a lump the size of 2 x 2 cm. Doctors send patients do Ultrasound, Mammogram and biopsy specimens. A new analysis released Doctors diagnosed with breast cancer, Phase 2 (CA Breast stage II). The doctor sent a nurse counselor. Doctor had to treat a patient lying on a hospital surgical ward woman passing through the left breast surgery and chemotherapy. Nursing major problems during the study. 1) Patient had anxiety about the illness and the disease. 2) Patient had more anxiety, thus making it vulnerable to nutritional eating less. 3) Patient treated incorrectly due to lack of knowledge of the rules before and after surgery. 4) Patient was discomfort due to the side effects of chemotherapy. From this study, Patient received to nursing care from nurse counselor of effective. 1) The patient had been promoting literacy, understanding and accepting the illness during the first outpatient building. 2) from visiting patient in ward with two times, the patient could be treated appropriately. 3) from visiting patient in home with two times, the patient could take care of themselves and behave appropriately.

**Keywords :** Breast cancer, Counseling process, Nursing Process



## บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก หากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งปัญหาสำคัญของการไม่เข้ารับการรักษาคือ การขาดความรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับของผู้ป่วย กรณีศึกษาเป็นหญิงไทย อายุ 63 ปี มาโรงพยาบาลด้วย คลำพบก้อนในเต้านมข้างซ้าย มา 1 สัปดาห์ แพทย์คลำพบก้อนที่เต้านมซ้ายขนาด  $2 \times 2$  cm ส่งผู้ป่วยทำ Ultrasound, Mammogram เต้านม และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลวิเคราะห์ออกมาแพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง เต้านม ระยะที่ 2 (CA Breast stage II) แพทย์ส่งพบพยาบาลให้การปรึกษา แพทย์ได้ให้การรักษาให้ผู้ป่วยนอนที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยทำผ่าตัดเต้านมซ้าย และทำเคมีบำบัด ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญในช่วงเวลาที่ศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วย 2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากจึงเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการทำให้รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ 3) ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด 4) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลให้การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยช่วงแรกรับที่ตึกผู้ป่วยนอก 2) จากการเยี่ยมผู้ป่วยขณะนอนในหอผู้ป่วย 2 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม 3) จากการติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ** มะเร็งเต้านม กระบวนการให้คำปรึกษา กระบวนการพยาบาล

## บทนำ

โรคมะเร็งเต้านม สำหรับผู้ป่วยหญิงมีสถิติป่วยมากที่สุดในบรรดาโรคมะเร็งด้วยกัน ในสหรัฐอเมริกามีสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่สูงที่สุดในโลก และรองลงมา คือ ประเทศนิวซีแลนด์ เดนมาร์ก และอังกฤษ สำหรับในประเทศไทย จากผลการสำรวจของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2550 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับบริการตรวจวินิจฉัย และรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีผู้ป่วยใหม่ จำนวน 3,167 ราย โดยที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งที่พบบ่อย 5 อันดับแรก กล่าวคือ พบว่าเป็น 1) มะเร็งเต้านม 793 ราย 2) มะเร็งปากมดลูก 363 ราย 3) มะเร็งปอด 316 ราย 4) มะเร็งลำไส้ใหญ่ และ 5) ทวารหนัก 302 ราย 6) มะเร็งตับ 258 ราย<sup>1</sup>

สถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2554 – 2556 มะเร็งเต้านม จำนวน 143,136 คน และ 148 คน<sup>2,3</sup> ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น ในอดีตที่ผ่านมาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประสบกับปัญหา ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ และการยอมรับโรคที่เจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ง่าย รวมทั้งผู้ป่วยมีภาวะเครียดอย่างรุนแรงอาจคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายได้ และปริมาณผู้ป่วยมาตรวจกับแพทย์มีเป็นจำนวนมากทำให้แพทย์ไม่มีเวลาที่จะให้คำอธิบาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไข ดังนั้นในปัจจุบันจึงจำเป็นต้องมีพยาบาลให้การปรึกษา (Nurse Counselor) โดยมีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) สำรวจปัญหา 3) เข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ป่วย และญาติ 4) วางแผนแก้ปัญหา 5) การยุติการให้การปรึกษา<sup>4</sup> โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำศาสตร์ผสมผสานกับกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาล



การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล<sup>5</sup> นำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางให้กับพยาบาลให้ การปรึกษาที่จะให้การพยาบาลที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับ และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยรวมทั้งสังเกตอาการ อาการแสดงและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ และพิทักษ์สิทธิในเรื่องของการรักษาความลับ และการเข้าถึงบริการรักษามะเร็งเต้านม ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย คลายความกังวล และพร้อมที่จะเข้ารับบริการรักษาต่อไป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิ สรีรวิทยา การดำเนินของโรค การดูแล การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจในความวิตกกังวลของผู้ป่วย และต้องมีทักษะการให้การปรึกษาในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับการเจ็บป่วยสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตัวได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสม

### คำจำกัดความ

**มะเร็งเต้านม (breast cancer)** คือ มะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณเนื้อเยื่อเต้านม พบได้ทั้งในผู้หญิง และผู้ชาย แต่โดยส่วนใหญ่จะพบในผู้หญิงโดยเฉพาะในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป

**กระบวนการให้คำปรึกษา** หมายถึง กระบวนการที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ
- 2) สำรวจปัญหา
- 3) เข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
- 4) วางแผนแก้ปัญหา
- 5) การยุติการให้การปรึกษา

**กระบวนการพยาบาล** หมายถึง กระบวนการที่ประกอบด้วยซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

สาเหตุของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหรือมีความสัมพันธ์กับภาวะของฮอร์โมน พันธุกรรม และภาวะทางสภาพแวดล้อม โดยทั่วไปมักพบมะเร็งเต้านมในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป<sup>6</sup> (แต่ในแถบเอเชียพบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่านี้ได้บ่อยขึ้น) ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกอายุน้อย (early menarche) และหมดประจำเดือนช้า (late menopause) การไม่มีบุตรหรือมีบุตรคนแรกเมื่ออายุมาก โดยเฉพาะมากกว่า 30 ปี มีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวเดียวกัน<sup>7</sup> องค์ประกอบอื่น เช่น การได้รับรังสี<sup>8,9</sup> และปริมาณไขมันในสารอาหารที่รับประทาน<sup>6</sup> เป็นต้น

### อาการและอาการแสดง \

- 1) คลำพบก้อนที่เต้านม หรือรู้สึกว่าการเต้านมบริเวณนั้นหนาตัวขึ้นแตกต่างจากเต้านมบริเวณอื่น ส่วนใหญ่ที่ก้อนแล้วไม่ค่อยเจ็บ
- 2) สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง และขนาดของเต้านม เช่น เต้านมสองข้างขนาดไม่เท่ากัน



3) มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังรอบๆ เต้านม เช่น มีผิวหนังบวมลงไปเป็นจุดคล้ายผิวส้ม แดงร้อน เป็นแผลเรื้อรัง

4) หัวนมบวมลงไป โดยเฉพาะเป็นที่เต้านมข้างเดียวหรือเพิ่งมามีอาการตอนอายุมาก

5) พบมีสารคัดหลั่งออกมาจากหัวนม โดยเฉพาะมีเลือดไหลออกมาจากหัวนม

6) คลำได้ก้อนหรือกดเจ็บที่รักแร้

7) มีอาการของมะเร็งทั่วไป คือ เบื่ออาหารและน้ำหนักลด

8) มาด้วยอาการจากมะเร็งแพร่กระจายไปที่อื่น เช่น มีกระดูกหักจากมะเร็งลามไปกระดูก ต้นแขนบวม ต่อมน้ำเหลืองตามตัวโต เป็นต้น

9) มาด้วยไปตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยการถ่ายภาพรังสี Mammogram แล้วพบก้อนเนื้อผิดปกติ

### การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคมะเร็งเต้านม มีวิธีการตรวจที่ใช้ในการค้นหา ได้แก่

1) แมมโมแกรม (Mammogram) : การเอกซเรย์เต้านม

2) การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy) : การนำเซลล์หรือเนื้อเยื่อไปตรวจภายใต้กล้องจุลทรรศน์ โดยพยาธิแพทย์เพื่อตรวจหาลักษณะของมะเร็ง

### การรักษา มีอยู่ 4 วิธี ประกอบด้วย

**1. การผ่าตัด** ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกออกจากหน้าอกพร้อมกับต่อมน้ำเหลืองบางส่วนเพื่อคว่ำมีเซลล์มะเร็งอยู่ หรือไม่การผ่าตัดหลัก ๆ มีอยู่ 4 วิธี ได้แก่

1.1) การผ่าตัดแบบสงวนเต้านมเป็นการผ่าตัดที่นำเอาเนื้องอกออก

1.2) การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งข้าง เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้างที่มีเนื้องอกออกทั้งหมดพร้อมกับต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้เพื่อการตรวจวินิจฉัย

1.3) การผ่าตัดเอาเต้านมออกทั้งข้างแบบปรับปรุง (Modified radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้างที่มีเนื้องอกออกทั้งหมดพร้อมกับ ต่อมน้ำเหลืองใต้รักแร้ ต่อมน้ำเหลืองใต้ผนังหน้าอก และกล้ามเนื้อผนังหน้าอก

1.4) การผ่าตัดเต้านมแบบกว้าง (Radical mastectomy) เป็นการผ่าตัดที่นำเอาเต้านมข้างที่มีเนื้องอกกล้ามเนื้อใต้หน้าอก และต่อมน้ำเหลืองทั้งหมดที่รักแร้ออก

**2. การฉายแสงหรือการฉายรังสี** เป็นการใช้รังสีพลังงานสูงเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งหรือป้องกันเซลล์มะเร็งเติบโต แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.1) การฉายแสงภายนอก เป็นการใช้อุปกรณ์ฉายรังสีส่งรังสีไปยังบริเวณก้อนเนื้องอก ผนังหน้าอกหรือต่อมน้ำเหลือง มักใช้ภายหลังได้รับการผ่าตัด และได้ยาเคมีบำบัด

2.2) การฉายแสงภายในหรือการฝังแร่ เป็นการใส่สารกัมมันตรังสีติดกับอุปกรณ์บางชนิด เช่น เข็ม ลวด จากนั้นนำไปวางไว้ในบริเวณที่เป็นเนื้องอกหรือบริเวณข้างเคียง

**3. การใช้ยาเคมีบำบัด** เป็นการให้ยาเพื่อหยุดการเจริญเติบโตของเนื้องอก โดยการกำจัดหรือหยุดเนื้องอกจากการแบ่งตัววิธีการให้ยามีทั้งชนิดรับประทาน และชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดหรือฉีดเข้าบริเวณกล้ามเนื้อ วิธีการให้ยาขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค

**4. การรักษาด้วยฮอร์โมน** เป็นการรักษาโดยการนำฮอร์โมนหรือหยุดการทำงานของฮอร์โมนเป็นผลทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเจริญเติบโต ถ้าตรวจพบว่าเซลล์มะเร็งมีตัวรับการตอบสนองต่อฮอร์โมน (receptors) อาจเลือกวิธีการรักษาเพื่อลดการทำงานของฮอร์โมน

### การพยากรณ์โรค

ขนาดของก้อนมะเร็ง (tumor size) สามารถใช้บอกถึงการพยากรณ์โรคของมะเร็งเต้านมได้<sup>10,11</sup> ขนาดของก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้นจะมีผลทำให้การกำเริบของโรคเร็วขึ้น และเสียชีวิตในช่วงเวลาอันสั้น นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์โรคกำเริบเฉพาะที่สูงขึ้นด้วยมะเร็งเต้านมที่มีขนาด 1 เซนติเมตร จะมีโอกาสโรคกำเริบประมาณ 10% ในขณะที่มะเร็งขนาด 1-2 เซนติเมตร จะมีโอกาสโรคกำเริบ 20-25% ในระยะเวลา 5 ปี

### กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 63 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร วันที่ 24 มีนาคม 2556 มาด้วยอาการคลำพบก้อนในเต้านมข้างซ้ายมา 1 สัปดาห์ แพทย์คลำพบก้อนขนาด 2x2cm ส่งผู้ป่วย Ultrasound และทำ Mammogram เต้านม และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลวิเคราะห์ออกมาวันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2556 ผู้ป่วยนำผลทำ Mammogram มา F/U แพทย์นัดฟังผล Pathology วันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2556 วันที่แพทย์บอกผล Pathology แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 2 (CA Breast stage II) วันที่ 29 เมษายน พ.ศ. 2556 แพทย์นัดผู้ป่วยเพื่อ Admit ผ่าตัดในวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2556 ทำ Mastectomy left breast และหลังผ่าตัดได้ให้การรักษาเคมีบำบัด 8 ครั้งนอนโรงพยาบาล 12 วัน แพทย์จำหน่ายเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2556 และส่งตัวไปรักษาฉายแสงต่อที่ศูนย์มะเร็งลำปาง

**การวินิจฉัยโรคกรณีศึกษา** โรคมะเร็งเต้านมข้างซ้ายระยะที่ 2 (CA BREAST LEFT stage 2)

**การวางแผนการพยาบาล** ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาผู้ป่วย ผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วย

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยเล่าว่าคลำได้ก้อนในเต้านมมา 7 วัน แพทย์ได้คลำพบก้อนส่งทำแมมโมแกรม และตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ

O : ผู้ป่วยทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลดลง

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** : เพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจและยอมรับกับโรคที่เจ็บป่วย

**เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล** การประเมินผลก่อนและหลังให้การพยาบาลให้การปรึกษาการประเมินความพึงพอใจการพยาบาลให้การปรึกษา การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย



### กิจกรรมการพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพ โดยการทักทาย พยาบาลให้การปรึกษาแนะนำตัวเอง และพูดเรื่องทั่วไป การใส่ใจรวมทั้งการเปิดประเด็นอธิบายเหตุผลการให้การปรึกษา
2. สำรวจปัญหาโดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกรวมถึงการฟัง การถาม การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การเงียบ การสรุปความ และการสังเกต
3. เข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
4. วางแผนเพื่อแก้ปัญหา โดยการให้ข้อมูลแนะนำ การพิจารณาทางเลือก และการให้กำลังใจ
5. การแนะนำโรค สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง และเพื่อเป็นการคลายกังวลให้กับผู้ป่วย เช่น บอกผู้ป่วยว่า “โรคมะเร็งเต้านมนั้นสามารถรักษาให้หายได้ ถ้าได้รับการรักษาในระยะแรก”
6. แนะนำการฟังผลชิ้นเนื้อที่ปกติ และผิดปกติต้องปฏิบัติตัวอย่างไร โดยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับต่อผลการตรวจที่กำลังจะทราบ และเตรียมพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือแนวทางการรักษาของแพทย์ และพยาบาลให้การปรึกษา
7. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
8. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง
9. การยุติการให้บริการ โดยการให้กำลังใจ สรุปปัญหาทั้งหมด ยุติการบริการ และทำการนัดในครั้งต่อไป (การเยี่ยมผู้ป่วย)

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกกังวลน้อยลงเพราะได้รับรู้รายละเอียดในการปฏิบัติตัวและรักษา โรคมะเร็งเต้านมมากขึ้น
2. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกพร้อมที่จะยอมรับผลการตรวจและตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลให้การปรึกษา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากจึงเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการทำให้รับประทานอาหารไม่ค่อยได้

### ข้อมูลสนับสนุน

S : น้ำหนักตัวลดลงจากน้ำหนักตัวลดลงจาก 65 กิโลกรัมเป็น 62 กิโลกรัม

O : รับประทานอาหารไม่ได้

**วัตถุประสงค์ :** ไม่เกิดภาวะพร่องโภชนาการและสามารถรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอต่อ

ความต้องการของร่างกาย

### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

- รับประทานอาหารได้
- มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก รวมทั้งวิตามิน อาหารที่มีแคลอรีสูง และเกลือแร่จากผักและผลไม้

2. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารในมือเดียวในปริมาณที่มากพอ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ และเพิ่มจำนวนมื้ออาหารเป็นวันละ 4-5 มื้อ และไม่ควรเร่งรีบผู้ป่วยในขณะที่รับประทานอาหาร
3. จัดอาหารให้น้ำรับประทาน และรับประทานอาหารขณะที่ยังอุ่นๆ
4. ให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์

#### ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้
- ผู้ป่วยอยากรับประทานอาหารมากขึ้น
- น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :** ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด  
ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีก้อนที่เต้านมข้างซ้าย  
O : แพทย์แจ้งว่าต้องผ่าตัด นัดให้ผู้ป่วยมา Admitted โรงพยาบาล

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคที่ถูกต้อง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ทั้งก่อนและหลังการเข้ารับการผ่าตัด
2. ทราบถึงสาเหตุและขั้นตอนการรักษาโรค
3. ผู้ป่วยไม่มาเข้ารับการรักษามากกว่าที่แพทย์นัดเมื่อถึงเวลา

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคและการรักษาโรคว่ามีความรู้มาก น้อยเพียงใด
2. อธิบายและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและปฏิบัติตามคำแนะนำ
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และการรักษาโรคที่ถูกต้อง
4. แนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียง ของการให้เคมีบำบัด
5. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนที่จะนัดผ่าตัด
6. ติดตามเยี่ยมบ้านให้มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อทำการผ่าตัด

#### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและ ฝึกปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ
2. ผู้ป่วยไม่มาตามที่แพทย์นัดผ่าตัดต้อง ไปติดตามเยี่ยมบ้านผลเข้ามารับการรักษาและทำผ่าตัด



## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยรู้สึกร่างกายอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาเจียนในการให้ยาเคมีบำบัด ครั้งที่ 4
- O : 1. การให้ยาเคมีบำบัดรักษา
2. การฉายรังสี (การฉายรังสี)
  3. โรคมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่
  4. สาเหตุอื่นๆ เช่น ยา การติดเชื้อ โรคหรือความเจ็บป่วยอื่นๆ

### วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. การปวดเมื่อยตามร่างกายลดลง
2. ให้ผู้ป่วยสุขสบายและไม่รู้สึกอ่อนเพลีย
3. ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยได้

### เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้ายิ้มแย้ม ไม่มีอาการซึมเศร้า
2. พุดคุยกับผู้ป่วยข้างเตียง มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ไม่เงียบเฉย
3. รับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
4. ผู้ป่วยบอกว่าสุขสบายขึ้น อาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกายลดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แสดงท่าทีเห็นใจผู้ป่วย
2. สังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทางหรือซักถามข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมจากญาติ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับโรคและการรักษาทางการพยาบาลตามความเหมาะสมและแนะนำการ

### ปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับสภาวะของโรค

4. เปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัยและยังไม่เข้าใจ
5. แนะนำให้ญาติให้กำลังใจผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการพุดคุยในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและ

### สนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ

### ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยปวดเมื่อยตามร่างกายลดลง
2. ผู้ป่วยพุดคุยมากขึ้น มีสีหน้าที่ท่าทางซึมเศร้ายาลดลง
3. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น-ลดลงจากเดิมไม่มาก
4. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในแผนการรักษาพยาบาล พยายามปฏิบัติตัวตาม

### คำแนะนำของแพทย์

### ข้อเสนอแนะ

- 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเองตั้งนั้นพยาบาลให้การปรึกษา และทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีบทบาทการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
- 2) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ครอบครัวมีส่วนสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อการควบคุมโรคที่เหมาะสมได้
- 3) ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว โดยอาจจัดทำในรูปแบบของแผ่นพับ สื่อวีดิทัศน์
- 4) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระบบเครือข่ายบริการสถานบริการสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากหากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจ การยอมรับ และหากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่ทันจะทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมาได้ เช่น ภาวะติดเชื้อ ซึ่งภาวะติดเชื้อนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสรีรวิทยาการดำเนินของโรค การดูแล การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจในความวิตกกังวลของผู้ป่วย และต้องมีทักษะการให้การปรึกษาในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับการเจ็บป่วยสามารถดูแลตนเอง และปฏิบัติตัวได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสม

### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2550. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ; 2550.
2. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2555. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2555.
3. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2556. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2556.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2543.
5. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
6. Kelsey JL. A review of the epidemiology of human breast cancer. *Epidemiol Rev.* 1979;1:74-109.
7. Winchester DP, Bernstein JR, Paige ML. The Early Detection and Diagnosis of Breast cancer  
Atlanta : American Cancer Society;1988.



8. Land CE, Boice JD Jr, Shore RE, Norman JE, Tokunaga M. Breast cancer risk from low-dose exposures to ionizing radiation : results of parallel analysis of three exposed populations of women. *J Natl Cancer Inst* 1980 ; 65(2):353-76.
9. Boice JD Jr, Monson RR. Breast cancer in women after repeated fluoroscopic examinations of the chest. *J Natl Cancer Inst*. 1977;59(3):823-32.
10. Donegan WL, Perez-Mesa CM, Watson FR. A biostatistical study of locally recurrent breast carcinoma. *Surg. Gynecol Obstet* 1966;122: 529-40.
11. Gamel JW, Meyer JS, Feuer E, Miller BA. The impact of stage and histology on the long-term clinical course of 163,808 patients with breast carcinoma. *Cancer* 1996 ;77(8):1459-64.





## การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน แบบไม่อีลอยด์ : กรณีศึกษา

### Acute myeloid leukemia Patient Nursing : Case study

ศรียัตต์ ประสิทธิ์เมตต์, ปพส.\*

#### Abstract

Leukemia is one of the 10 most prevalent forms of cancer. The cancer advances rapidly, leading to death, within a short period if it is not treated in time, especially in those with acute myeloid leukemia. Our case-study is of an adult male aged 34. One month prior to hospital visit, the patient had untreated intermittent gum bleeding, thus he was scheduled for teeth cleaning at Lad Yao hospital. Excessive bleeding and abnormally slow coagulation halted the teeth cleaning treatment and the patient was transferred and admitted to SawanPracharak within 1 hour and 30 minutes. The patient was diagnosed with acute myeloid leukemia and was then treated for low platelet and paleness symptoms by administering platelet concentrate and plasma renin concentration (PRC) intravenously. Bone marrow was collected and tested to reaffirm the diagnosis. The patient subsequently underwent chemotherapy. This case-study highlights that efficient nursing during emergency results in complication-free therapy, and the acute myeloid leukemia patient could safely be dismissed from the hospital.

**Key word :** Leukemia, chemotherapy, complication



## บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่พบได้บ่อยใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็ง หากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทัน จะทำให้เสียชีวิตในระยะเวลาที่รวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 34 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีเลือดออกตามไรฟันเป็นๆ หายๆ ไม่ได้ได้รับการรักษาที่ไหน วันนี้นำญาติจึงพาไปฉุกเฉินที่โรงพยาบาลลาดยาว ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า มีเลือดไหลมาก และหยุดช้ากว่าปกติ จึงหยุดฉุกเฉิน จึงส่งต่อมารับการรักษา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน แพทย์ให้การรักษาตามแนวทางของการมีเกล็ดเลือดต่ำและซีด โดยให้ Platelet concentrate และให้ PRC ทางหลอดเลือดดำ มีการเจาะไขกระดูกตรวจยืนยันวินิจฉัย และให้การรักษาด้วยวิธีเคมีบำบัด ปัญหาที่สำคัญในช่วงเวลาที่ศึกษา คือ 1) การมีภาวะเลือดออก 2) การมีภาวะซีด และ 3) การเกิดภาวะติดเชื้อ การพยาบาลที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ การดูแลเรื่องภาวะเลือดออกง่าย และภาวะซีด ปัญหาสำคัญรองลงมาคือ การเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อก่อนและหลังการให้ยาเคมีบำบัด จากการศึกษาได้ผลการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพในช่วงภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ :** มะเร็งเม็ดเลือดขาว เคมีบำบัด ภาวะแทรกซ้อน

## บทนำ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่พบได้บ่อยใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็ง หากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทัน จะทำให้เสียชีวิตในระยะเวลาที่รวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือ “ลิวคีเมีย” (Leukemia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของไขกระดูก โดยมีการสร้างและปล่อยเซลล์เม็ดเลือดขาวจำนวนมากที่มีลักษณะผิดปกติ และทำงานได้ไม่ดีออกสู่กระแสเลือดมีความผิดปกติในการเจริญเป็นตัวแก่ ทำให้มีเม็ดเลือดขาวตัวอ่อนจำนวนมากในไขกระดูก ทำให้เกิดการเบียดบังการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดที่ปกติ จนนำไปสู่การเกิดภาวะที่ผิดปกติต่างๆ เช่น โลหิตจางความต้านทานเชื้อโรคลดลง ติดเชื้อได้ง่าย และเมื่อไปสะสมในอวัยวะต่างๆทำให้เกิดอาการบวมโต และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ มะเร็งเม็ดเลือดขาวจัดเป็นมะเร็งระบบโลหิตที่พบได้บ่อยในประเทศไทย โดยพบบ่อยเป็นอันดับสองของมะเร็งระบบโลหิตรองจากมะเร็งต่อมน้ำเหลือง<sup>1</sup> สถิติโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันเข้ามารับการรักษา จำนวนมากถึงปีละ 125 ราย ส่วนใหญ่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในเขตเครือข่ายบริการที่ 3 โดยลักษณะของผู้ป่วยมีทั้งผู้ป่วยใหม่ไม่ทราบการวินิจฉัยโรค และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาก่อน จากเวชสถิติ 5 อันดับโรคของหอผู้ป่วยพิเศษ 6 ตึก 1 โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ในปีงบประมาณ 2555 และ 2556<sup>2,3</sup> พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน แบบมัยอีลอยด์ ที่เข้ามารับรักษาในหอผู้ป่วยจำนวน 33 ราย และ 34 ราย ตามลำดับโดยเป็นลำดับที่ 2 รองจากผู้ป่วยคลอดลูก การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อช่วยให้โรคสงบและช่วยยืดอายุผู้ป่วย แต่ยาเคมีบำบัดนั้นเป็นสารที่มีพิษค่อนข้างสูงทำลายเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติในระยะแบ่งตัวทำให้เกิดผลไม่พึงปรารถนาหลายประการเช่น การกดไขกระดูกทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ในขั้นตอนการรักษาเพื่อทำให้โรคสงบจะทำให้สภาพของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยง

ต่อการติดเชื้อและมีเลือดออกผิดปกติ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายและมีอัตราการตายสูง การรักษาและการป้องกันมีความจำเป็น จุดอ่อนที่สำคัญมากในการทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ ความเข้าใจในการวินิจฉัยโรค และวิธีการดูแลตนเองระหว่างการรักษาให้โรคสงบ เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการบอกข่าวร้ายจากแพทย์ ผู้ป่วยส่วนมากจะเกิดความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย และมักมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยคือ กลัวต่อการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ วิตกกังวลเรื่องเศรษฐกิจ กลัวทำงานไม่ได้ตามปกติ กลัวไม่หายจากโรค และกลัวตาย

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษา การปรับตัวต่อการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคและการรักษาของผู้ป่วย ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในความเครียดของบุคคลและต้องมีทักษะในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจช่วยบรรเทาทุกข์ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยอดทน แก้อาการ และเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพ

### คำจำกัดความ

**Acute myeloid leukemia (AML)** หรือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน ถือเป็นกลุ่มของโรคที่มีลักษณะแตกต่างกัน (heterogeneous group) เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในไขกระดูก ทำให้มีการเจริญเติบโต และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วของเซลล์มะเร็งในไขกระดูก และเลือด ที่มีความหลากหลายทางด้าน morphology, immunophenotype, cytogenetics ตลอดจนด้าน molecular เซลล์มะเร็งเหล่านี้จะแทนที่ และยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ ซึ่งสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือด เกิดอาการและอาการแสดง ในผู้ป่วยในระยะเวลาอันสั้น เช่น มีอาการซีด อ่อนเพลีย เลือดออกผิดปกติ ไขสูง เป็นต้น<sup>4,5</sup>

### อุบัติการณ์

การประมาณการณ์ของ International Agency for Research on Cancer (IARC) พบมะเร็งเม็ดเลือดขาวคิดเป็นร้อยละ 3 ของมะเร็งทั้งหมด โดยในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 255,932 ราย ประเทศไทยนั้นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับแปดในเพศชาย และอันดับสิบในเพศหญิง<sup>1</sup> มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัธยัสถ์พบได้บ่อยกว่ามะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟซัยต์ ในเพศชายคิดเป็นอัตราส่วน 1.6 ต่อ 1.0 และในเพศหญิงคิดเป็นอัตราส่วน 1.4 ต่อ 1.0 โดยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัธยัสถ์ชนิดเฉียบพลัน (AML) ในเพศชายพบร้อยละ 17 – 43 และเพศหญิงพบร้อยละ 18 – 56 มะเร็งเม็ดเลือดขาวมัธยัสถ์ชนิดเฉียบพลัน (AML) เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่พบได้บ่อยในผู้ใหญ่ โดยอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุ และเพิ่มขึ้นแบบทวีคูณ (exponential) จนถึงอายุ 85 ปี ที่อายุ 85 ปีนั้น ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาวจะเพิ่มขึ้นเป็น 300 เท่า<sup>1</sup>

### สาเหตุ

สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่ พันธุกรรม Radiation สารเคมี โดยเฉพาะการสัมผัสเบนซีนและวัสดุที่ได้จากเบนซีน (benzene derivatives) การได้รับยาเคมีบำบัดชนิด alkylating agents มีโรคทางระบบโลหิตวิทยามาก่อน เช่น MDS, Aplastic anemia, Multiple myeloma เป็นต้น



## อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน มักมีอาการของการทำงานของไขกระดูกล้มเหลว (bone marrow failure) ซึ่งเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นไม่เกิน 1 เดือน ได้แก่ โลหิตจางจะมีอาการซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ เก็ดเลือดต่ำจะมีเลือดออกง่าย มักพบจุดเล็ก ๆ (petechiae) ตามร่างกาย แขน ขา มีจ้ำเลือด (ecchymosis) มีเลือดกำเดา (epistaxis) เลือดออกที่เยื่อตา (conjunctiva hemorrhages) ประจำเดือนมากผิดปกติ (hyper menorrhea) หรือเลือดออกจากทางเดินอาหาร และอาการที่เกิดจากเม็ดเลือดขาวต่ำ คือ มีการติดเชื้อได้ง่าย ตำแหน่งที่พบ ได้แก่ ผิวหนัง ช่องปาก ทวารหนัก หรือในกระแสเลือด ผู้ป่วยมักมีอาการไข้หนาวสั่น อาการอื่นๆ ได้แก่ เบื่ออาหาร<sup>6</sup>

## การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรค acute myeloid leukemia จำเป็นต้องตรวจเลือด ทำ bone marrow aspiration และ bone marrow biopsy ส่งย้อม Wright-Giemsa stain เพื่อใช้ดูรูปร่างของเซลล์ ตลอดจน cytogenetic และ immunophenotype ด้วย สำหรับ bone marrow biopsy ให้ย้อม hematoxylineosin stain และอาจย้อม immunohistochemistry ด้วย แม้ว่าการทำ bone marrow biopsy จะไม่สามารถบอกชนิดของเซลล์ได้ชัดเจน แต่อาจช่วยในการประเมิน cellularity สามารถพบการจับกลุ่มของ leukemic cell ที่ไม่พบใน bone marrow aspiration และสามารถบอกว่ามี fibrosis หรือไม่ ในกรณีที่ไม่สามารถดูไขกระดูกได้เช่น กรณี “dry tap” ควรทำ marrow imprint หรือ touch preparation แล้วย้อมด้วย Wright-Giemsa stain<sup>4</sup>

## การรักษา

ในการดูแลรักษาผู้ป่วย AML จำเป็นต้องให้การรักษาทะเลาะถอนที่เกิดจากตัวโรคลดจนอาการแทรกซ้อนอันเนื่องมาจากโรคมะเร็งแทรกซึมเข้าในระบบประสาทส่วนกลาง การรักษาทะเลาะถอนต่างๆ เหล่านี้มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการรักษาโรคมะเร็งโดยตรงความสำเร็จของการรักษาโรค AML ขึ้นกับการรักษาทะเลาะถอนต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย ดังนั้นการรักษาโรค AML จึงแบ่งได้เป็น 2 ขั้นตอน คือ

### 1. การรักษาแบบประคับประคอง

1.1 การให้เลือด ผู้ป่วย AML ที่มีภาวะโลหิตจางควรได้รับเลือดในรูปของ packed RBC เมื่อระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7 g/dL ก่อนให้ และระหว่างให้ยาเคมีบำบัด ควรให้ในรูปของ leukocyte-poor blood เพื่อลดการ expose ต่อ leukocyte antigen และลดการแพ้เลือดและภาวะ alloimmunization

1.2 การให้เกล็ดเลือด ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ใช้ยาเคมีบำบัดรักษา ทำให้เกล็ดเลือดต่ำ อายุของเกล็ดเลือดสั้นลง มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เพิ่มขึ้น เมื่อเกล็ดเลือดลดลงเหลือ 30,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และถ้าลดลงถึง 20,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร อาจทำให้เลือดออกในสมองได้ การให้เกล็ดเลือดในการรักษาเพื่อรักษาระดับของเกล็ดเลือดไว้ประมาณ 50,000-100,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร<sup>7</sup>

1.3 การรักษาการติดเชื้อ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจะสัมพันธ์กับระดับของ Neutrophil ที่ต่ำลง ซึ่งอาจเกิดจากไขกระดูกถูกรุกรานด้วย leukemic cells หรือเป็นผลจากยาเคมีบำบัด การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ ตามความไวของเชื้อที่เป็นสาเหตุ

## 2. การรักษาจำเพาะ

ผู้ป่วยโรค AML จำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งเม็ดเลือด และเพื่อให้ระบบการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูกกลับมาสร้างเม็ดเลือดได้ตามปกติ ซึ่งเราเรียกสภาวะที่ผลการตรวจเลือดและไขกระดูกกลับมาเป็นปกติว่าผู้ป่วยมี complete remission (CR) ในปัจจุบันการตัดสินใจว่าผู้ป่วย AML มี CR หรือไม่ อาศัยการตรวจเลือดและไขกระดูกเป็นหลัก ในการรักษาในขั้นตอนนี้ สามารถแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

2.1 ระยะ remission induction เป็นการรักษาเพื่อชักนำให้โรคสงบ (induction phase) โดยใช้ยาเคมีบำบัดหลายชนิดร่วมกัน (combination chemotherapy) เพื่อลดจำนวนเซลล์มะเร็งให้เกิด complete remission สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วย AML ด้วยยาเคมีบำบัด มักขึ้นอยู่กับแนวทาง / แผนการรักษาที่กำหนดในแต่ละสถาบัน / โรงพยาบาล สูตรยาที่นิยมใช้ใน induction phase คือ 3+7 regimen ได้แก่<sup>8</sup> Idarubicin (12 mg/m<sup>2</sup>) in NSS 50 ml IV OD for 3 days Cytosine arabinoside (100-200 mg/m<sup>2</sup>) in NSS 200 ml IV in 12 hrs OD for 7 days

2.2 ระยะ post remission therapy เป็นการรักษาภายหลังได้ complete remission จาก induction regimen เพื่อเพิ่มอัตราการหายของโรคหรือให้ระยะเวลาของการ remission ยาวนานขึ้น ซึ่งการรักษาในระยะนี้อาจเป็นการใช้ยาเคมีบำบัดที่มีด้วยกันหลายแบบ คือ อาจเป็น standard chemotherapy หรือ high dose chemotherapy หรือการปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) ซึ่งจะเป็นแบบ allogeneic stem cell transplantation สำหรับสูตรยาที่นิยมใช้ใน post remission phase คือ High dose Ara-C (HIDAC) ซึ่งเป็นยา Cytosine arabinoside ในขนาดสูงกว่าปกติ โดยขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับไม่ว่าจะอยู่ในระยะใด จะขึ้นอยู่กับน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยแต่ละคน<sup>8</sup>

### การพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวชนิดเฉียบพลัน ที่ไม่ได้รับการรักษาจะถึงแก่กรรมอย่างรวดเร็วภายในเวลาไม่กี่วันหรือไม่กี่สัปดาห์ เนื่องจากภาวะไขกระดูกล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงหรือเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโปรแกรมการรักษาที่เหมาะสมมีโอกาสเข้าสู่ภาวะโรคสงบ ประมาณร้อยละ 70-85 ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาเต็มที่ที่สามารถหวังผลหายขาดได้ประมาณร้อยละ 20-40 ทั้งนี้ขึ้นกับอายุของผู้ป่วย จำนวนเม็ดเลือดขาวเมื่อแรกวินิจฉัย และความผิดปกติของโครโมโซมที่ตรวจพบ<sup>9</sup>

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 34 ปี เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เมื่อ 19 มีนาคม 2557 ด้วยอาการ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีเลือดออกตามไรฟันเป็นๆหายๆไม่ได้รับการรักษาที่ไหน ญาติจึงพาไปซูดหินปูนที่โรงพยาบาลลาดยาว 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลขณะผู้ป่วยซูดหินปูน ทันตแพทย์พบว่ามีเลือดไหลมาก และหยุดช้ากว่าปกติ จึงหยุดซูดหินปูน และให้การรักษาโดยทำ Pressure with Gauze เลือดไหลออกลดลง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ Platelet เท่ากับ  $10 \times 10^3 / \text{ul}$ , Hct เท่ากับ 17% จึงส่งต่อมารับการรักษาโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย มีเลือดออกตามไรฟัน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130 / 60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา พบว่า มีระดับฮีโมโกลบิน 5.2 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 15.3% ระดับเม็ดเลือดขาว 10,800 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร



นิวโตฟิล (neutrophil) 80.1 % ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) 19.2 % โมโนไซต์ (monocyte) 0.5 % เก็ดเลือด 13,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เรติคูลอไซต์ (reticulocyte) 1.3 % การตรวจทางเคมีคลินิก มีระดับโซเดียม 142 มิลลิโมลต่อลิตร โพแทสเซียม 4.1 มิลลิโมลต่อลิตร กลูโคส 106 มิลลิโมลต่อลิตร คาร์บอนไดออกไซด์ 23 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้การรักษาโดย Platelet transfusion โดยให้ Platelet concentrate 10 units และให้ PRC 2units ทางหลอดเลือดดำ และให้ยา Transamine (250) 2 เม็ด ผสมน้ำ 10 ซี.ซี. อมทุก 4 ชั่วโมง หลังให้เลือดและเก็ดเลือด ตรวจพบเก็ดเลือด 28,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีมาโตคริต 19.6 % ผู้ป่วยได้รับการปรึกษาแพทย์ทางโลหิตวิทยา ได้รับการเจาะไขกระดูก วันที่ 20 มีนาคม 2557 ส่งตรวจโปรตีนที่แสดงออกบนผิวเซลล์มะเร็งเพื่อแยกชนิดโดย Flow cytometry และตรวจ chromosome เพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย จากผลการตรวจไขกระดูกและเซลล์เม็ดเลือด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ (Acute Myeloid Leukemia : AML) แพทย์ให้การรักษาโดย Platelet transfusion โดยให้ Platelet concentrate 10 units ในวันที่ 22 มีนาคม 2557 อีกครั้งเนื่องจากเก็ดเลือด 28,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรซึ่งแพทย์โลหิตวิทยาตั้งเป้าหมายไว้ที่ 30,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และให้ LPRC 1 units ทางหลอดเลือดดำ ติดตามผลเก็ดเลือด 73,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีมาโตคริต 19.2 % ให้ยา Vesanoind 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 เม็ด หลังอาหารเช้าและเย็น และตรวจอัลตราซาวด์หัวใจเพื่อการทำงานของหัวใจก่อนให้ยาเคมีบำบัดในวันที่ 25 มีนาคม 2557 พบผิดปกติ แพทย์โลหิตวิทยาเริ่มให้ยาเคมีบำบัดในวันที่ 31 มีนาคม 2557 โดยให้ยา Ondansetron 8 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนให้ยาเคมีบำบัด ½ ชั่วโมง ต่อเนื่อง 8 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน ยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับคือ Ara-C 180 มิลลิกรัมผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำใน 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน และ Idarubicin 22 มิลลิกรัม ผสมใน 5 % D/ W 100 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำในเวลา 15 นาที เป็นเวลา 3 วัน ยา Allopurinol 100 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 3 เม็ด หลังอาหารเช้า ยา Sodamint รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น ยา Ranitidine 150 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าและเย็น ยา Folic รับประทานหลังอาหารเช้า หลังผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด วันที่ 2 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์ให้การรักษาโดยให้สารน้ำชนิด 0.9 % NaCl 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำชั่วโมงละ 40 มิลลิลิตรและให้ยา Metoclopramide 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน หลังผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบ วันที่ 7 เมษายน 2557 ผู้ป่วยมีไข้ ตัวร้อน อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส มีเลือดออกตามไรฟัน ตรวจทางโลหิตวิทยา พบว่ามีระดับเก็ดเลือด 19,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรระดับเม็ดเลือดขาว 1,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร neutrophil 67.9% lymphocyte 23.2 % eosinophil 0.2% monocyte 8.7 % เจาะเลือดเพาะเชื้อและเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ Meropenam 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 18 วัน หลังผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะวันที่ 3 อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยลดลง ไม่มีไข้ ให้ Platelet concentrate 10 units (SDP) ให้ยา Transamine 250 มิลลิกรัม 3 เม็ดละลายน้ำอมแล้วกลืนหลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น ติดตามผลตรวจทางโลหิตวิทยาหลังได้รับเคมีบำบัดครบในวันที่ 11 เมษายน 2557 พบว่า มีระดับเก็ดเลือด 11,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีมาโตคริต 19.1% แพทย์ให้การรักษาโดยให้ SDP 1 units และให้ LPRC 1 units ทางหลอดเลือดดำและมีการติดตามผลตรวจทางโลหิตวิทยาเป็นระยะพร้อมทั้งให้ SDP 1 units และให้ LPRC 1 units ตามแผนการรักษาของแพทย์ วันที่ 25 เมษายน 2557 ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีไข้มาเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ผลตรวจทางโลหิตวิทยาพบว่ามีระดับเก็ดเลือด 21,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีมาโตคริต 21.4 % ระดับเม็ดเลือดขาว 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แพทย์อนุญาตให้ลากลับบ้านโดยให้ยา Acyclovir

รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็นรับประทานเฉพาะวันศุกร์ และวันจันทร์ ยา Ranitidine 150 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้าและเย็น ยา Folic รับประทานหลังอาหารเช้า และให้กลับมารับการรักษาต่อในวันที่ 28 เมษายน 2557

วันที่ 26 เมษายน 2557 ผู้ป่วยกลับเข้าโรงพยาบาลหลังจากลากลับบ้านโดยพบมีไข้สูงที่บ้าน อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส รายงานแพทย์ แพทย์มีแผนการรักษาให้ตรวจทางโลหิตวิทยาพบว่า มีระดับเกล็ดเลือด 56,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ระดับเม็ดเลือดขาว 1,100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีมาโตคริต 19.0 % neutrophil 36.1% lymphocyte 57.6 % eosinophil 0.0% monocyte 5.3 % ให้ยา Neupogen 300 ไมโครกรัม ทางใต้ผิวหนัง วันละครั้ง ให้ LPRC 1 units ทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือด เก็บปัสสาวะเพาะเชื้อ และเริ่มให้ยาปฏิชีวนะ Meropenam 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง หลังได้ยาเคมีบำบัดครบ 29 วัน ผลเม็ดเลือดขาวไม่ขึ้น แพทย์มีแผนการรักษาเจาะไขกระดูก ผู้ป่วยได้รับการเจาะไขกระดูกวันที่ 29 เมษายน 2557 ผลไข่มุมไขกระดูกพบ blast cell น้อยกว่า 5 % แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ใน วันที่ 2 พฤษภาคม 2557

### การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบไม่อีลอยด์

#### การพยาบาลแรกเริ่ม

การพยาบาลที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ การดูแลเรื่องซิด และเลือดออกง่ายเนื่องจากตั้งแต่แรกเริ่มที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีระดับเกล็ดเลือดต่ำโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะเลือดออกได้ง่ายตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีมากขึ้น การพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินสัญญาณชีพ ประสานหน่วยงานคลังเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ Platelet transfusion , LPRC ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งติดตามผลตรวจทางโลหิตวิทยา ให้คำแนะนำ และการดูแลเรื่องการหลีกเลี่ยงการแปร่งฟัน ประเมินภาวะเลือดออกตามใต้ผิวหนังของผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณที่มีการฉีดยา หรือเจาะเลือด ระวังการกระแทกและการบาดเจ็บที่ผิวหนัง ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยเพราะมีโอกาสที่ทำให้เลือดออกในสมองได้

#### การพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด

การพยาบาลระยะนี้ คือ การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนได้รับยาเคมีบำบัด โดยให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาดูแลประเมินภาวะสุขภาพจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Echocardiogram , CBC ให้เลือดและเกล็ดเลือด ให้ยา Folic ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับยาเคมีบำบัด

#### การพยาบาลระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด

1. ดูแลจิตใจยาเคมีบำบัด ด้วยความระมัดระวังอย่างสูง ทั้งนี้เพราะการรั่วไหลของยาออกนอกเส้นเลือดแล้วจะทำให้เกิดการอักเสบ ของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นอย่างรุนแรง เกิดเป็นแผลเรื้อรังได้

2. ดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น การทำความสะอาดช่องปาก เพื่อป้องกันและลดอัตราการอักเสบภายในช่องปาก

3. ดูแลประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สอน และสาธิตการวัดไข้กับผู้ป่วย แนะนำการเฝ้าระวังภาวะ

Febrile neutropenia

4. ดูแลเรื่องอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร โดยให้ยาแก้อาเจียนร่วมด้วยตามแผนการรักษา

5. ดูแลปัญหาอื่น เช่น อาการปวด อาการนอนไม่หลับ การมีไข้ซึ่งเกิดจากยาหรือจากการติดเชื้อก็ได้



6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร Low bacterial diet ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ดูแลบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า – ออก ทุก 8 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ
8. ดูแลติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลตรวจทางโลหิตวิทยา ได้แก่ CBC ผลการตรวจทางเคมีคลินิก ได้แก่ BUN Creatinine Electrolyte Calcium Phosphorus และผลการเพาะเชื้อ ได้แก่ Hemoculture, Urineculture เป็นต้น

#### การพยาบาลหลังได้รับยาเคมีบำบัด

การพยาบาลที่สำคัญ คือ

1. การดูแลไม่ให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เช่น ถ้าใส่ชุดกัน การมีเลือดออกในกระเพาะ การติดเชื้อในระยะที่มีเม็ดเลือดขาวต่ำ อาการเบื่ออาหาร ผอมร่วง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อใดผู้ป่วยจำเป็นต้องรับมาตรวจซ้ำ เช่น กรณีที่มีไข้ (Temperature > 38.1 องศาเซลเซียส) ผู้ป่วยควรจะได้มาตรวจทันทีเพื่อหาสาเหตุของไข้ และให้การรักษาโดยเร่งด่วน กรณีที่ผู้ป่วยมีเม็ดเลือดขาวต่ำร่วมด้วย
4. วางแผนการจำหน่ายโดยผู้ป่วยต้องเรียนรู้ก่อนจำหน่าย ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติตัวและความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า “มีเลือดออกตามไรฟันเป็นๆหายๆต่อเนื่องมา 1 เดือน”
- O : 1. แรกับตรวจร่างกายพบมีเลือดออกตามไรฟัน ซีดบริเวณเปลือกตา มีท่าทางอ่อนเพลีย
2. ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา พบว่ามีระดับฮีโมโกลบิน 5.2 กรัมต่อเดซิลิตร ฮีมาโตคริต 15.3 % เกล็ดเลือด 13,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ภาวะเลือดออกทุเลาลง ไม่เกิดอันตรายจากภาวะเลือดออก

#### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีเลือดกำเดาไหลหรือเลือดออกตามไรฟัน
2. ไม่ปวดท้อง ท้องไม่อืด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
3. อุจจาระสีปกติ
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
5. จำนวนเกร็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. ไม่มีภาวะเลือดออกหรือจุดเลือดเกิดขึ้นใหม่

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ทุก 1-4 ชั่วโมง ถ้าพบอาการผิดปกติต้องรายงานแพทย์ทราบ ถึงแม้ว่าจะไม่มีเลือดออกในขณะที่สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงเพราะอาจเกิดจากมีเลือดออกภายในได้



2. ประเมินอาการแสดงของภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ทุกครั้ง เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียน หรือ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด จำเลือดขนาดใหญ่ตามขา เลือดกำเดาไหล ปวดท้องรุนแรง ถ้าพบต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที เพื่อใช้พิจารณาการทดแทนเลือดให้กับผู้ป่วย

3. ดูแลให้สารประกอบของเลือด เช่น เกล็ดเลือด (Platelet concentrate) เม็ดเลือดแดง (LPRC) ครอบคลุมแผนการรักษา สิ่งที่ต้องระมัดระวัง คือ การเช็คชื่อผู้ป่วย หมู่เลือด หมายเลขยูนิต ชนิด ปริมาณ เวลาที่ให้ อัตรา อาการแสดงก่อนและหลังให้เลือด ในการจองเลือดทุกครั้งต้องเจาะเลือด เพื่อตรวจสอบหมู่เลือดทุกครั้ง และติดตามผลโลหิตวิทยา (CBC) หลังให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ระมัดระวังเรื่องการให้ยา หรือสารน้ำ การเจาะเลือด ถัดยา ไม่นัดยาเข้ากล้ามเนื้อ เพราะจะทำให้เกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนังได้ การเจาะเลือด ถัดยาเข้าเส้นจะต้องพิจารณา หาเส้นเลือดที่เหมาะสมหลังเจาะเลือด หรือฉีดยาเข้าเส้นจะต้องกดให้นานจนกว่าเลือดหยุดไหล

5. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย มีประโยชน์ไม่มีกากแข็งที่จะครูดทางเดินอาหาร

6. ดูแลปากฟัน โดยให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากชนิดอ่อนบ่อยๆ งดแปรงฟัน

7. ดูแลเรื่องการขับถ่าย สังเกตและบันทึกลักษณะและปริมาณอุจจาระ ผู้ป่วยขับถ่ายเป็นสีดำนดำ อาจมีเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบน ถ่ายเป็นเลือดสดๆ มักออกจากทางเดินอาหารส่วนล่าง สังเกตลักษณะว่าเหลวหรือแข็ง อาการท้องผูกจะทำให้อุจจาระเสียดสีเกิดแผลบริเวณรอบๆ ทวารหนัก ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเลือด ถ้าท้องผูกจะต้องให้รับประทานผลไม้ เช่น มะละกอ ส้ม ดื่มน้ำให้เพียงพอ

8. ดูแลเรื่องการพักผ่อน ผู้ป่วยจะอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือด และภาวะซีด ควรรบกวนผู้ป่วยให้น้อยอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ตามความเหมาะสม

9. ดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ สังเกตลักษณะสี ปริมาณปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะเลือดออกทางเดินปัสสาวะ และป้องกันการเกิดไตวายเฉียบพลัน ความผิดปกติที่ต้องบันทึกและรายงาน ได้แก่ ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี. ต่อชั่วโมง

10. ดูแลประเมินผลภาวะซีดของผู้ป่วย โดยดูสีผิวหนัง เยื่อเมือก ลิ้น ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริต และผลการตรวจ CBC เป็นระยะๆ ตามแผนการรักษา เช่น ก่อนและหลังให้เลือด 4-6 ชั่วโมง

11. ดูแลให้ยารับประทานตามแผนการรักษา โดยให้ยา Folic รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า เพื่อใช้รักษาภาวะเลือดจาง

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่มีเลือดกำเดาไหล หรือเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระสีปกติ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 – 100/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรสม่ำเสมออยู่ในช่วง 90 – 110 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22 – 24 ครั้ง / นาที ไม่มีจุดเลือดออกเกิดขึ้นใหม่ ผลตรวจทางโลหิตวิทยา วันที่ 22 มีนาคม 2557 ตรวจพบเกล็ดเลือด 28,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีมาโตคริต 19.6 % แพทย์มีแผนการรักษาให้ Platelet transfusion โดยให้ Platelet concentrate 10 units ทางหลอดเลือดดำ



## ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดเนื้อเยื่อถูกทำลาย บริเวณให้ยาเคมีบำบัด

### ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : แพทย์มีแผนการรักษาให้ยาเคมีบำบัดในวันที่ 31 มีนาคม 2557 โดยให้ยา Ondansetron 8 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำก่อนให้ยาเคมีบำบัด ½ ชั่วโมง ต่อเนื่อง 8 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน ยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ คือ Ara-C 180 มิลลิกรัมผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำใน 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 7 วัน และ Idarubicin 22 มิลลิกรัม ผสมใน 5 % D/ W 100 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำในเวลา 15 นาที เป็นเวลา 3 วัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดเนื้อเยื่อถูกทำลาย

### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีการอักเสบของเส้นเลือดดำ
2. ไม่มีการเคลื่อนหลุดของเข็ม
3. ไม่มีรอยเนื้อตาย

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลใช้เทคนิคการให้สารน้ำอย่างระมัดระวังเป็นพิเศษ โดยการที่เลือกเส้นเลือดที่แข็งแรง เหมาะสม ไม่แตกง่าย ไม่อยู่บริเวณข้อพับที่ต้องเคลื่อนไหวมาก จะต้องทดสอบก่อนให้เคมีบำบัด ว่าเข็มเข้าเส้นเลือดจริง โดยให้น้ำกลั่น หรือน้ำเกลือ ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เมื่อทดสอบแล้วจึงให้เคมีบำบัด เมื่อจะถอนเข็มออก ควรล้างสายยาง และเข็มด้วยน้ำกลั่น หรือน้ำเกลือก่อน เพื่อป้องกันยาที่ค้างรอดผิวหนังของผู้ป่วย ปิดยึดเข็มให้มั่นคง และปลอดภัยจากการเคลื่อนหลุด
2. สังเกตอาการแสดงของเส้นเลือดอักเสบ เช่น ร้อนแดง บวมบริเวณให้ ต้อง หยุดให้ แล้วทำเช่นเดียวกับข้อ 1 เปลี่ยนตำแหน่งใหม่ทันที รายงานแพทย์เพื่อรักษา บริเวณอักเสบ
3. ดูแลสวมถุงมือ เพื่อป้องกันการสัมผัสกับยา ขณะต่อขวด หรือเริ่มให้
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนขณะที่ให้ยา โดยให้ยานอนหลับชนิดอ่อน Amitryp 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดก่อนนอน ร่วมด้วยตามแผนการรักษาของแพทย์
6. แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังการเคลื่อนหลุดของเข็ม และอันตรายที่ผู้ป่วยได้รับ ถ้าสัมผัสกับยา
7. ติดตามตรวจสอบบริเวณที่ให้บ่อยๆ

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยระหว่างให้ยาเคมีบำบัดตั้งแต่วันที่ 31 มีนาคม 2557 ถึง 6 เมษายน 2557 ไม่มีอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อถูกทำลาย คือ ไม่มีการอักเสบของเส้นเลือดดำ ไม่มีการเคลื่อนหลุดของเข็ม ไม่มีรอยเนื้อตาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังได้รับยาเคมีบำบัด

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่มีความรู้สึกอยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน”

O : 1. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำลาย 1 ครั้งในวันที่ 1 เมษายน 2557

2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มี้อละ 1/3 ถ้วย น้ำหนัก 72 กิโลกรัม

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** อาการคลื่นไส้ อาเจียน ทุเลา รับประทานอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

**เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล**

1. รับประทานอาหารทางปากได้ ไม่มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน
2. น้ำหนักตัวไม่ลดลง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ชอบ และไม่มีกลิ่นที่รุนแรงเผ็ดร้อน อุณหภูมิพเหมาะสมกับชนิดอาหาร ให้อาหารที่มีพลังงานสูง มีประโยชน์มาก มีคุณค่าทางอาหารสูง ให้ผลไม้ น้ำผลไม้ และเครื่องดื่มทดแทน หรือเสริมระหว่างมี้อ
2. ดูแลปากฟันให้สะอาด ก่อนรับประทานอาหาร เพื่อให้ทราบเลือดหมดไปความรู้สึกอยากรับประทานอาหารจะมีมากขึ้น ควรให้อาหารอ่อนๆ ย่อยง่าย ไม่ต้องเคี้ยวมาก เพราะจะทำให้เลือดออกตามไรฟันได้มากขึ้น
3. ให้อาหารระงับอาการคลื่นไส้ ตามแผนการรักษา ให้อา ยา Metoclopramide 10 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน
4. บันทึก อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน ในแต่ละมี้อ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะขาดน้ำ และสารอาหาร ประเมินคูน้ำหนักตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุกสัปดาห์ หากผู้ป่วยมี น้ำหนักลดลง ควรปรึกษานักโภชนาบำบัด

**ประเมินผลการพยาบาล**

รับประทานอาหารของโรงพยาบาลได้มี้อละ 1/3 ถ้วยเท่าเดิม แต่รับประทานผลไม้ และเครื่องดื่มประเภทนมได้ รู้สึกคลื่นไส้ แต่ไม่อาเจียน เมื่อได้กลิ่นอาหาร น้ำหนักตัวไม่ลดลง คือ มีน้ำหนักตัวเท่ากับ 72 กิโลกรัม

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** มีกรดยูริกแอสิดสูง เนื่องจากการทำลายของเซลล์เม็ดเลือด เพิ่มขึ้น

**ข้อมูลสนับสนุน**

S :-

O : ยูริก แอสิด 5.7 mg% (วันที่ 2 เมษายน 2557)

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ยูริก แอสิดลดลง ไม่เกิดภาวะไตวาย

**เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล**

1. ยูริก แอสิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. จำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกายมีความสมดุลกัน

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มียูริก แอสิด สูง เช่น เครื่องในสัตว์
2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ เพื่อช่วยขับถ่ายออกทางปัสสาวะ
3. ให้อา ยาเพื่อลดยูริก แอสิด คือ ยา Allopurinol 100 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 3 เม็ดหลังอาหารเช้า
4. สังเกต บันทึกปริมาณของปัสสาวะ เพื่อดูว่ามีปัสสาวะออกจำนวนสมดุลกับปริมาณน้ำเข้าสู่ร่างกายหรือไม่



### ประเมินผลการพยาบาล

มีความสมดุลของน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกาย คือจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ 1,450 มิลลิลิตร มีปัสสาวะออก 1,550 มิลลิลิตร แพทย์ยังไม่มีแผนการรักษาให้ตรวจ ยูริก แอซิด ซ้ำ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** เกี่ยวต่อภาวะติดเชื้อหลังได้รับยาเคมีบำบัด เนื่องจากมีเม็ดเลือดขาวต่ำและประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบ่นอ่อนเพลีย

O : 1. ผลตรวจทางโลหิตวิทยาวันที่ 5 เมษายน 2557 และ 7 เมษายน 2557 พบระดับเม็ดเลือดขาว 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และ 1,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรตามลำดับ

2. วันที่ 7 เมษายน 2556 ผู้ป่วยมีไข้ ตัวร้อน อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส วันที่ 26 เมษายน 2557 หลังแพทย์อนุญาตให้ลากลับบ้าน เวลา 19.00 ตัวร้อน วัดไข้ที่บ้าน อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส

3. ผู้ป่วยมีจำนวนนับของเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิล (neutrophils) ในเลือด (absolute neutrophil count : ANC) อยู่ในช่วง 298 – 397 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะติดเชื้อ

### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ระดับเม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ANC อยู่ในช่วง 500 – 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลติดตามผลเลือด โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาว และผลเพาะเชื้อจากเลือด
2. ดูแลปากฟัน โดยให้ผู้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากชนิดอ่อนบ่อยๆ งดแปรงฟัน
3. วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ และอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียสให้รายงานให้แพทย์ทราบ
4. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีแบคทีเรียต่ำ โดยให้ผู้ผู้ป่วยงดผักสด และผลไม้สด
5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenam 1,000 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาปฏิชีวนะ
6. ดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ ระวังการติดเชื้อทางผิวหนัง
7. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง
8. ดูแลจัดให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการติดต่อกับบุคคลที่เป็นหวัด เป็นวัณโรค หรือโรคติดเชื้ออื่นๆ โดยจัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกซึ่งเป็นห้องสำหรับให้ยาเคมีบำบัด
9. ดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ ระวังการติดเชื้อทางผิวหนัง

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยหลังได้ยาปฏิชีวนะมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 36.0 – 37.00 องศาเซลเซียส ผลตรวจทางโลหิตวิทยาวันที่ 30 เมษายน 2557 พบระดับเม็ดเลือดขาว 1,600 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ANC เท่ากับ 320 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยป่วยเป็นโรคอะไรมาก่อน ต้องใช้เวลารักษานานหรือเปล่า กลับบ้านไปแล้วทำงานได้เหมือนเดิมหรือเปล่า”

- O :
1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล พักผ่อนได้น้อย
  2. ภรรยาผู้ป่วย สอบถามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ
  3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และต้องได้รับ

ยาเคมีบำบัดครั้งแรก

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวลพร้อมทั้งยอมรับได้

#### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา พักผ่อนได้มากขึ้น
2. ภรรยาและบุตรของผู้ป่วย มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น และเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ให้ความสนใจและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงภาวะของโรค ตลอดจนแผนการรักษาพยาบาล เป็นระยะ โดยให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน การรักษาโดยให้ยาเคมีบำบัด การพยากรณ์โรคอย่างละเอียด
3. เปิดโอกาสให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ หรือช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่สามารถทำได้ และไม่เกิดอันตราย
4. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย ระบายความวิตกกังวล
5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดปัจจัยที่เพิ่มความเครียด ลดความเจ็บปวด และไม่สุขสบาย จัดกิจกรรมการพยาบาล โดยไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อย ๆ

### ประเมินผลการพยาบาล

หลังได้รับคำอธิบาย ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าแจ่มใสขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และเข้าใจแผนการรักษา ผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวไม่เพียงพอเมื่อกลับบ้าน

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยป่วยเป็นโรคอะไรมาก่อน กลับบ้านไปทำงานได้หรือไม่”

- O :
1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล พักผ่อนได้น้อย



2. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน และต้องได้รับยาเคมีบำบัดครั้งแรก

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ญาติและผู้ป่วยมีความรู้เพียงพอในการจัดการดูแลผู้ป่วยในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง และทราบอาการที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์

#### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ญาติและผู้ป่วยสามารถบอกถึงการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้
2. ญาติและผู้ป่วยบอกกิจกรรมที่ควรทำและหลีกเลี่ยงได้ถูกต้อง
3. บอกวิธีการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง
4. สามารถวัดอุณหภูมิร่างกายได้ถูกต้อง
5. บอกถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับการดำเนินการของโรคตลอดจนเรื่องเกี่ยวกับรักษาพยาบาล การดูแลต่อเนื่องระยะยาว พร้อมแนะนำแหล่งให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม
2. บอกถึงวัตถุประสงค์ และแผนของการรักษาพยาบาลแต่ละอย่าง และทุกครั้งที่ให้การรักษา
3. สอนเกี่ยวกับการผ่อนคลาย และจัดให้ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
4. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินการของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน การรักษา ผลกระทบที่ได้รับหลังให้ยาเคมีบำบัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด พร้อมทั้งมาตรวจตามนัด เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ระยะของโรคอยู่ในระยะสงบและสูตรการรักษาของแพทย์ไม่ล้มเหลว
5. สอนและสาธิตการใช้ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินภาวะไข้ของตนเองได้ถูกต้อง เนื่องจากเมื่ออุณหภูมิร่างกาย 38.00 องศาเซลเซียสผู้ป่วยจะเกิดภาวะติดเชื้อ

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค สามารถบอกแผนการรักษาของแพทย์ได้ บอกวิธีการดูแลตนเองหลังได้รับยาเคมีบำบัดได้ วัดอุณหภูมิร่างกายได้ถูกต้อง บอกวิธีการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง บอกสถานพยาบาลใกล้บ้านที่จะให้การช่วยเหลือในขณะมีอาการฉุกเฉินได้ บอกอาการและอาการแสดงที่ต้องมาตรวจก่อนนัดได้ บอกวันและสถานที่ที่ต้องไปพบแพทย์ตามนัดได้ถูกต้อง

#### วิจารณ์

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นโรคที่พบได้บ่อยใน 10 อันดับแรกของโรคมะเร็ง หากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันจะทำให้เสียชีวิตในระยะเวลาที่รวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน โดยสาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง ได้แก่ พันธุกรรม Radiation สารเคมี การได้รับยาเคมีบำบัดชนิด alkylating agents มีโรคทางระบบโลหิตวิทยามาก่อน เช่น MDS, Aplastic anemia, Multiple myeloma เป็นต้น<sup>1</sup> การวางแผนรักษาขึ้นอยู่กับการแบ่งระยะของโรค เป้าหมายของการรักษา คือ การไม่หายอย่างสมบูรณ์โดยคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไขกระดูกตามปกติ<sup>6</sup> ประวัติและการตรวจร่างกายขั้นต้นจะช่วยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินภาวะแทรกซ้อน

ที่จะเกิดขึ้น ความรุนแรง และความยาวนานของอาการทางคลินิกของมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ต้องรวบรวม การติดตามเฝ้าระวัง ค้นหาปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีการรายงานที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสม ป้องกันไม่ให้โรคดำเนินต่อไปถึงขั้นรุนแรง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้<sup>10</sup> สำหรับกรณีศึกษารายนี้อายุ 34 ปี ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแต่จากการซักประวัติ พบว่ามีอาการทางคลินิกที่ยาวนานเนื่องจากมีเลือดออกตามไรฟันเป็นๆหายๆมาประมาณ 1 เดือน เมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล การได้รับการดูแล และการวินิจฉัยที่รวดเร็วภายใน 2 วัน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถให้การดูแลปัญหาที่สำคัญ คือ ภาวะเลือดออก และภาวะซีด นอกจากนี้ การติดตามเฝ้าระวังยังช่วยลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเนื่องจากการมีเม็ดเลือดขาวผิดปกติได้ทันที ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาปรับปรุงระบบการส่งต่อ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเยี่ยมบ้านติดตามผลการรักษาเป็นระยะ
2. ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยอาจจัดทำในรูปแบบของแผ่นพับ การสอนเป็นรายบุคคล สื่อวีดิทัศน์ แผ่นทำโครงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. พัฒนาความรู้ความสามารถ ทักษะ ประสบการณ์ตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพ และสมรรถนะเชิงเทคนิคของบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบไม่อิลอยด์อย่างมีประสิทธิภาพ
4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบไม่อิลอยด์ในระบบเครือข่ายบริการสถานบริการสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับอำเภอ จังหวัด

### บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันมีความสำคัญยิ่งเนื่องจากหากผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ทันจะทำให้เสียชีวิตในระยะเวลาที่รวดเร็ว นอกจากนี้โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันยังส่งผลกระทบต่อต่างๆ เช่น ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านสังคม รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ภาวะติดเชื้อ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคและการรักษาของผู้ป่วย ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในความเครียดของบุคคลและต้องมีทักษะในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจช่วยบรรเทาทุกข์ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยอดทน แก้อาการ และเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพ



### เอกสารอ้างอิง

1. นัทรชัย เอกปัญญาสกุล. ระบาดวิทยาของมะเร็งเม็ดเลือดขาวในผู้ใหญ่ : ระบาดวิทยาเชิงพรรณนา. วารสารโรคมะเร็ง 2553 ; 30 (2) : 77 – 83.
2. งานศูนย์ข้อมูลเวชสารสนเทศ และสถิติโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. รายงานประจำปี 2555. นครสวรรค์ : โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ; 2555.
3. งานศูนย์ข้อมูลเวชสารสนเทศและสถิติโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. รายงานประจำปี 2556. นครสวรรค์ : โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ; 2556.
4. Miller KB, Daoust PR, Clinical manifestation of acute myeloid leukemia In Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ. Hematology: Basic principles and practices. 4th edition. Elsevier: Churchill Livingstone 2005:1071.
5. Cheson BD, Bennett JM, Kopecky KJ, et.al. Revised recommendations of the International Working Group for Diagnosis, Standardization of Response Criteria, Treatment Outcomes, and Reporting Standards for Therapeutic Trials in Acute Myeloid Leukemia. Journal of Oncology 2003;21;4642-4649.
6. จงจิต เสน่หา. การจัดการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง. ใน: ผ่องศรี ศรีมรกต. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 4. กรุงเทพฯ: บริษัท ไอกรุป เพลส จำกัด ; 2553. หน้า 371 – 398.
7. Heckman RD, Weiner GJ, Davis CS, et.al: Randomized study of prophylaxis platelet transfusion during induction therapy for adult acute leukemia. J Clin Oncol 1997; 15:1143.
8. Appelbaum FR, Baer M, Byrd J, et al. Practice guidelines for Acute Myelogenous leukemia (AML). National Comprehensive Cancer Network. 2005, [www.nccn.org/physician\\_gls/f\\_guidelines.html](http://www.nccn.org/physician_gls/f_guidelines.html).
9. หน่วยสารสนเทศ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.[Online].[cited 2009 January 19 ]. Available from : [http://www.medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news\\_ca.php.newsID=9&type](http://www.medinfo2.psu.ac.th/cancer/db/news_ca.php.newsID=9&type).
10. สำนักงานบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. คู่มือการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์ ; 2553.



การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางระบายน้ำของลูกตาร่วมกับการใช้ไมโทมัยซินซี  
ในผู้ป่วยต้อหิน : กรณีศึกษา

**Nursing Care of Patients with glaucoma receiving Trabeculectomy  
with Mitomycin C : A Case study**

สุจิตรา เกษทรัพย์.ปพส,\*

**Abstract**

Glaucoma is a significant problem of visibility disease which is the second cause of blindness. It is gradually progressive disorder with minimal pain and without warning sing. It causes permanently most common damage individual visibility. This makes glaucoma a severe disease. Patients was a 63 years old man admitting to the hospital for Trabeculectomy with Mitomycin C surgery. Nurses provided 3 stages of operative nursing care plan including pre-operative, intra operative and post-operative period followed by 5-FU injection. The patient was finally discharged from the hospital without any complications with effective nursing cares provided by nurses.

**Key word :** Glaucoma Trabeculectomy Mitomycin C



## บทคัดย่อ

ต้อหิน (Glaucoma) เป็นโรคทางตาที่สำคัญ การดำเนินโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ค่อยมีอาการเจ็บปวดใดๆ แต่เมื่อปรากฏอาการขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นสาเหตุสำคัญของสภาวะตาบอด เป็นอันดับ 2 รองจากโรคต้อกระจก แต่มีความรุนแรงมากกว่าเพราะเป็นการสูญเสียสายตอย่างถาวร อีกทั้งยังเป็นโรคที่ไม่มีอาการใดๆ จึงจัดได้ว่าเป็นโรคอันตรายมาก โดย 9 ใน 10 กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 63 ปี มาโรงพยาบาลด้วยแพทย์นัดมาผ่าตัดต้อหินตาขวา แพทย์ให้การรักษาโดยทำการผ่าตัดทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมัซินซี (Trabeculectomy with Mitomycin C) ให้การพยาบาลตามแนวทางการผ่าตัด โดยมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และให้การรักษาต่อด้วยการติดตาม 5-FU จากการศึกษาครั้งนี้ได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามระยะของการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

**คำสำคัญ :** ต้อหิน การผ่าตัดทำทางระบายน้ำของลูกตา ไมโทมัซินซี

## บทนำ

ต้อหิน (Glaucoma) เป็นโรคทางตาที่สำคัญ การดำเนินโรค เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ค่อยมีอาการเจ็บปวดใดๆ แต่เมื่อปรากฏอาการขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากการสำรวจสภาวะตาบอด และโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญในประเทศไทย ปี 2549 พบว่า โรคต้อหิน เป็นสาเหตุสำคัญของสภาวะตาบอด คิดเป็นร้อยละ 9.8 เป็นอันดับ 2 รองจากโรคต้อกระจก<sup>2</sup> แม้จะเป็นอันดับที่สองแต่มีความรุนแรงมากกว่าเพราะเป็นการสูญเสียสายตอย่างถาวร อีกทั้งยังเป็นโรคที่ไม่มีอาการใดๆ จึงจัดได้ว่าเป็นโรคอันตรายมาก โดย 9 ใน 10 ของผู้ป่วยต้อหินไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคต้อหิน ในปัจจุบันจากการสำรวจในประเทศไทยคาดว่าประชากรที่เป็นต้อหินประมาณ 800,000 คนทั่วประเทศ<sup>3</sup> จากสถิติ 5 อันดับโรคของแผนกผู้ป่วยนอกตา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ในปีงบประมาณ 2556 มีจำนวนผู้ป่วยต้อหิน ที่เข้ารับการรักษาในแผนกจำนวน 2,211 ราย มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 78 ราย และปีงบประมาณ 2557 มีจำนวนผู้ป่วยต้อหิน 2,271 ราย และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 121 ราย โรคต้อหินเป็นกลุ่มของโรคที่มีรอยโรคบริเวณประสาทตา โดยมีความดันตาสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรค จนส่งผลให้เกิดความผิดปกติของขั้วประสาทตา ร่วมกับการเกิดการสูญเสีย ลานสายตา มีผลให้การมองเห็นสูญเสียไป ดังนั้น เป้าหมายในการรักษาคือการลดความดันตา ซึ่งทำได้ โดยการใช้ยาที่ช่วยส่งเสริมการระบายออกของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) และ / หรือลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ซึ่งอยู่ในรูปของยาหยอดตาหรือยาชนิดรับประทาน หรือใช้ ทั้งสองอย่างร่วมกันเมื่อใดก็ตามที่ให้ยาเต็มที่แล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันตาให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยได้ การรักษาที่ต้องทำต่อไปคือ การรักษาโดยใช้แสงเลเซอร์หรือการผ่าตัดเพื่อเพิ่มการระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาหรือลดการสร้างน้ำเลี้ยงลูกตา<sup>1</sup> แม้ว่าการสูญเสียสายตาจากต้อหินจะเป็นการสูญเสียแบบถาวร แต่การคุมความดันตาให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมถือเป็นการรักษาที่สำคัญมากในการชะลอหรือชะลอการดำเนินของโรค<sup>3</sup>

บทบาทของพยาบาลในการดูแลต้อหิน คือ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดความทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษา การปรับตัวต่อการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้อหินจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค และการรักษาของผู้ป่วย ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในการเผชิญกับ

การสูญเสียทางตาของบุคคล และต้องมีทักษะในการตอบสนองความต้องการ การของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจช่วยบรรเทาทุกข์ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยอดทน แก้อาการ และเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพ<sup>4</sup>

### คำจำกัดความ

**ต้อหิน (Glaucoma)** เป็นอาการของโรคตาที่เกิดจากความดันภายในลูกตาสูงผิดปกติ เป็นผลให้ประสาทตา กระทบกระเทือน และสูญเสียการมองเห็น ภายในลูกตาจะมีของเหลว (Aqueous) ที่เป็นวุ้น ซึ่งจะมีการหมุนเวียน ถ่ายเทอยู่เสมอ โดยน้ำวุ้นนี้จะไหลออกจากดวงตาไปตามท่อที่อยู่มุมหัวตา เพื่อกลับคืนสู่กระแสโลหิต หากร่างกายผลิตน้ำวุ้นมากเกินไป หรือระบบระบายทำงานต่ำกว่าปกติ จะส่งผลทำให้ความดันในดวงตาพุ่งสูงขึ้น<sup>4</sup>

### อุบัติการณ์

มีการคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยโรคต้อหินทั่วโลกเพิ่มขึ้นจาก 60.5 ล้านคน ในปี 2553 เป็น 79.6 ล้านคนและปี 2563 จะมีผู้ตาบอดทั้งสองข้างจากโรคนี้ถึง 11.1 ล้านคน<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข ปี 2555 พบผู้ป่วยโรคต้อหินทั่วประเทศ 17,687 ราย ชายหญิงพอๆ กัน พบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4,831 ราย ภาคกลาง 4,352 ราย กรุงเทพมหานคร 3,486 ราย ภาคเหนือ 3,084 ราย และภาคใต้ 1,934 ราย โดยในคนปกติทั่วไปที่ อายุ 40 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคต้อหินประมาณร้อยละ 1 ส่วนผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นต้อหินมากถึง ร้อยละ 5-7 หรือมากกว่าคนปกติ 5-7 เท่าตัว แนวโน้มผู้ป่วยโรคนี้จะมากขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งขณะนี้ไทยมีประมาณ 3.5 ล้านคน

### สาเหตุ

ความผิดปกติของความดันภายในลูกตาเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดการลุกลามของต้อหิน ภายในลูกตา จะมี ส่วนเรียกว่า ช่องด้านหน้าของลูกตา (Anterior Chamber) ซึ่งมีตำแหน่งอยู่หลังกระจกตา แต่อยู่หน้าม่านตา และภายในช่องนี้มีของเหลว ที่เรียกว่า Aqueous humor บรรจุอยู่เต็ม ของเหลวนี้นี้จะทำหน้าที่นำ ออกซิเจน และสารอาหารที่จำเป็น ไปหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง ซึ่งทั่วไปแล้วอัตราการสร้างของเหลวนี้นี้จะสมดุลพอดีกับอัตราการไหลออก เราจึงมีระดับความดันภายในลูกตาที่ปกติ แต่ในสภาวะที่เป็นต้อหิน ของเหลวนี้นี้จะไหลออกจากลูกตาด้วยอัตราที่น้อยลง จนทำให้ระดับความดันภายในลูกตาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อย่างช้าๆ และต่อเนื่อง ซึ่งถ้าเพิ่มขึ้นเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ข้อ ประสาทถูกทำลาย จนถึงขั้นสูญเสียการมองเห็น<sup>4</sup>

### อาการและอาการแสดง

เนื่องจากโรคต้อหินมีการดำเนินอย่างช้า ๆ ความดันในลูกตาค่อย ๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่มี อาการนอกจากผู้ป่วยแบบเฉียบพลันจะมีอาการมองเห็นภาพไม่ชัด เมื่อมองแสงไฟจะมองเห็นเป็นรุ้งกินน้ำเป็นวงๆ ปวดตา หรือปวดศีรษะ พบได้ทุกช่วงอายุ คนที่มีโอกาสเป็นมากขึ้นได้แก่ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เป็นโรคต้อหิน และผู้ป่วยเบาหวาน อาการของโรคต้อหินจะแบ่งออกตามชนิดของโรคได้ดังนี้ คือ<sup>4</sup>

1. ต้อหินแบบมุมเปิด เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงตาอุดตันทำให้ความดัน ในลูกตาสูงขึ้นผู้ป่วยจะไม่มีอาการ ไม่มีสัญญาณเตือน หากไม่พบอาการก็จะมีการเสื่อมของสายตา



2. ต้อหินแบบมุมปิด พบไม่บ่อย เกิดเมื่อมุมระหว่าง ม่านตาและกระจกตาแคบ ต้อหินชนิดนี้จะมีอาการแบบเฉียบพลันเนื่องจากมีการอุดตันของท่อระบายน้ำตาทำให้ความดันในลูกตาเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตา ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เห็นแสงเป็นสายรุ้งรอบดวงไฟและตามัวลง ซึ่งถ้ามีอาการเหล่านี้ต้องรีบมารักษาเพราะจะทำให้เกิดการทำลายประสาทตาได้ การรักษามักจะต้องผ่าตัด

3. ต้อหินที่เกิดจากสาเหตุอื่นเช่น การอักเสบของตา การได้รับอุบัติเหตุ โรคเบาหวาน หรือการได้รับยา เช่น ยาเคมีบำบัด อากาศของโรคต้อหินชนิดนี้จะไม่รุนแรง<sup>4</sup>

### การวินิจฉัย

1. การตรวจความดันในลูกตา (Tonometry) เป็นการวัดความดันลูกตาซึ่งค่าปกติเท่ากับ 12-22 มิลลิเมตรปรอท
2. การตรวจประสาทตาและจอร์รับภาพ (Ophthalmoscope) เป็นการใช้อุปกรณ์ส่องเข้าไปในตาเพื่อตรวจดูประสาทตา อาจต้องใช้ยาหยอดขยายม่านตาเพื่อให้การตรวจได้ง่ายมากขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นต้อหินเรื้อรังจะพบว่าเส้นประสาทตามีสีซีดและมีขนาดใหญ่
3. การตรวจลานสายตา (Perimeter) เป็นการตรวจลานสายตาของผู้ป่วยกล่าวคือ การมองเห็นของคนปกติสามารถมองเห็นได้มุมกว้าง แต่ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินพื้นที่การมองเห็นจะแคบลงวิธีการตรวจจะให้ผู้ป่วยมองตรงแล้วจะมีหลอดไฟหรือแสงสว่างวางในตำแหน่งที่ต่างกันและให้ผู้ป่วยบอกว่ามองเห็นในตำแหน่งใดบ้าง แพทย์จะจดจำตำแหน่งที่เห็นเพื่อตรวจสอบว่าลานสายตาแคบกว่าปกติหรือไม่
4. การตรวจมุมของกล้ามเนื้อ iris กับ cornea (Gonioscopy) เป็นการตรวจเพื่อให้สามารถบอกว่าเป็นต้อหินชนิดใด โดยแพทย์จะหยอดยาชาและเอาเครื่องมือที่ใช้ตรวจติดกับตาซึ่งจะมีกระจก แพทย์สามารถมองเห็นว่าเป็นมุมเปิดหรือมุมปิด<sup>3</sup>

### การรักษา

หลักการรักษา คือลดความดันตา เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงเพียงอย่างเดียวที่ควบคุมได้ การลดความดันในลูกตานี้มี 3 วิธีหลัก ๆ คือ

#### 1. การรักษาโดยการให้ยา

การรักษาโดยการให้ยานั้นเป็นการรักษาที่นิยมมากที่สุด เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่ายและปลอดภัย โดยออกฤทธิ์เสริมการระบายของน้ำหล่อเลี้ยงภายในลูกตา ความดันภายในลูกตาลดลงได้ และออกฤทธิ์โดยการลดการสร้างของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา<sup>3</sup>

#### 2. การรักษาโดยการยิงแสงเลเซอร์

การยิงแสงเลเซอร์ เป็นการรักษาที่ทำได้โดยง่าย รวดเร็ว ใช้ระยะเวลาประมาณ 15 – 20 นาที ไม่เจ็บ ไม่ต้องฉีดยาชา การยิงเลเซอร์มีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความดันตาในทั้งต้อหินชนิดมุมเปิด และมุมปิด แสงเลเซอร์ที่ใช้ในการรักษามีหลายชนิด ในต้อหินมุมเปิดการยิงแสงเลเซอร์เป็นการยิงที่บริเวณท่อระบายน้ำโดยตรง เพื่อเปิดท่อให้กว้างขึ้นคล้ายกับการลอกท่อ น้ำ ส่วนการยิงในต้อหินมุมปิดนั้นจะทำให้มุมของช่องระบายน้ำเปิดกว้างขึ้น<sup>6</sup>

#### 3. การรักษาโดยการผ่าตัด

การรักษาด้วยการผ่าตัด ในปัจจุบันแพทย์นิยมที่จะรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เนื่องจากประสบความสำเร็จ ในการรักษา วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เป็นต้อหินชนิดมุมปิด หรือในรายที่รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผลหรือมีผลข้างเคียงของยา

อาจจะใช้ยาเฉพาะที่หรือให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของจักษุแพทย์ วิธีการผ่าตัดที่นิยมมากที่สุดคือ การทำทางเดินระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมัยซินซี (Trabeculectomy with Mitomycin C) ข้อดีของวิธีนี้คือ มีรอยพับของเปลือกตาขาว (sclera flap) อยู่ทางด้านนอกของรูเปิด (fistula) ป้องกันไม่ให้น้ำหล่อเลี้ยงในตา (aqueous humor) ไหลออกมามากเกินไปกดขี่ช่วยให้ความแข็งแรงกับตาขาวบริเวณนั้น และลดการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด การผ่าตัดอาจได้ผลไม่ดีนักเนื่องจากมีการอุดตันบริเวณแผลผ่าตัดจากเนื้อเยื่อพังผืด (fibrosis) ของเนื้อเยื่อบนตาขาว (episcleral) จึงมีการใช้ยาในกลุ่มต้านเมตะบอไลต์ ช่วยลดการเกิดเนื้อเยื่อพังผืดตามธรรมชาติ ยาที่ใช้เช่น Mitomycin C และ 5 fluorouracil<sup>7</sup> Mitomycin C เป็นยาในกลุ่ม quinine, carbonate และ aziridine มีผลลดการสร้างเส้นใย และลดการเจริญเติบโตของเซลล์ ในการผ่าตัดตาใช้ผสมในความเข้มข้น 0.1 – 0.5 mg/ml ชุบฟองน้ำเล็ก ๆ วางบนตาขาวได้เยื่อตาที่ละไว้ประมาณ 3 นาที ก่อนที่จะทำการเจาะตาขาว เพื่อไม่ให้น้ำยาเข้าไปในช่องด้านหน้า ม่านตาแล้วล้างออกด้วยสารน้ำที่ใช้ล้างตา มีผลทำให้ยับยั้งการเจริญเติบโตหรือยับยั้งการสร้างเส้นเลือดที่จะงอกใหม่ในลูกตาซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันที่จอประสาทตา ทำให้ความดันในลูกตาสูง ยานี้มีค่าครึ่งชีวิตประมาณ 1 ชั่วโมง และจะถูกขับออกทางน้ำดีหรือปัสสาวะ อาการข้างเคียงของยาได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเสีย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต้องระมัดระวังในการใช้ยาโดยสวมถุงมือ เลือกราวน์ หน้ากากอนามัย และแว่นตาเพื่อป้องกันการสัมผัสกับยาโดยตรง และทิ้งขวดยาโดยใส่ถุงสีแดงเขียนข้างถุงให้ชัดเจนว่า ยาเคมีบำบัดมีพิษอันตรายก่อนส่งเพื่อทำลาย<sup>3</sup>

## การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในโรคต้อหินขึ้นกับชนิด/สาเหตุของโรคต้อหินที่มีหลากหลาย จึงแตกต่างกันได้มากในแต่ละบุคคล ตั้งแต่มีโอกาสรักษาได้หาย เช่น กรณีเป็นต้อหินชนิดทุติยภูมิไปจนถึงไม่มีโอกาสรักษาได้หาย เช่น ในกรณีเป็นต้อหินแต่กำเนิด เป็นต้น ดังนั้นแพทย์ผู้รักษาเท่านั้นที่จะเป็นผู้ให้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 63 ปี เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เมื่อ 18 กรกฎาคม 2557 ด้วยแพทย์นัดผ่าตัดต้อหิน เพื่อผ่าตัดทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมัยซิน ซี ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2557 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิต เบาหวาน ปฏิเสธการแพ้ยา และอาหาร เคยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกมาก่อน สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 207/64 mmHg ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี การให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวลด้านจิตใจ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก วันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สิ่งแวดล้อมที่พบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะทำผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และระบายความรู้สึกเพื่อคลายความวิตกกังวล ระบายผ่าตัด วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2557 เวลา 9.00 น. รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดชั้น 2 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องรอผ่าตัด สอบถามชื่อ นามสกุล หัตถการ ตำแหน่งผ่าตัด คู่มือผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยในให้ตรงกัน ตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์ที่มากับผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ประเมินสภาพอาการทั่วไป วัดสัญญาณชีพ พุดคุยเพื่อคลายความวิตกกังวล จัดเตียงรับผู้ป่วยให้เหมาะสมกับหัตถการ ดูแลให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนเข้าห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิดเนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 11.45 น. ผ่าตัดเสร็จเวลา 13.10 น. ทำความสะอาดรอบดวงตาซ้ายด้วยน้ำสะอาด ป้ายยาฆ่าเชื้อ ปิดตาด้วยผ้าก๊อซและครอบตาด้วยที่ครอบตาพลาสติก



ประเมินสภาพผู้ป่วยและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย รายงานอาการเพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และส่งผู้ป่วยเวลา 13.15 น. รวมเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 10 นาที ระยะเวลาหลังผ่าตัด วันแรก 19 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีการปวดแผล ตาข้างขวาไม่มีสารคัดหลั่งออกจากแผล ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากอาการข้างเคียงของยาไมโทมิซิน ซี ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้ดี ให้คำแนะนำการดูแลแผลผ่าตัดที่ตาข้างขวาให้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการเช็ดตา การหยอดตา การป้ายตา สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง เช่นการเบ่งถ่ายอุจจาระ หรือไอจามแรงๆเพราะจะไปเพิ่มแรงดันในลูกตา อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ วันที่ 2 หลังผ่าตัด 20 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผล แผลผ่าตัดไม่มีสารคัดหลั่งออกมา รับประทานอาหาร และพักผ่อนได้ตามปกติ สีหน้าสดชื่นขึ้น จักขุแพทย์เปิดตา และตรวจวัดความดันในลูกตาพบว่าปกติจึงอนุญาตให้ผู้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยให้มาตรวจตามนัด การหยอดตา สังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ก่อนถึงวัดนัดและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

### การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อหินด้วยการทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมิซินซี ( Trabeculectomy with Mitomycin C)

การพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อหินด้วยการทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมิซินซี (Trabeculectomy with Mitomycin C) แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

#### 1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ในขณะนี้ เป็นระยะเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพคลายความวิตกกังวลให้ผู้ผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด การแต่งกายของบุคลากรในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การดูแลความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน แนะนำเรื่องการหายใจ ในขณะที่ผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามและประเมินความรู้สึกนอกจากนี้จะต้องประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายด้วย เช่นการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การฉายรังสีปอด การตรวจค่าความดันลูกตา เพื่อเตรียมความพร้อมในระยะต่อไป

#### 2. การพยาบาลระยะผ่าตัด

ในขณะนี้เริ่มตั้งแต่ไปรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยจนส่งกลับหอผู้ป่วย พยาบาลเข้าไปทักทายผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวล ตรวจสอบชื่อสกุลให้ตรงป้ายข้อมือ และเวชระเบียน สอบถามตำแหน่งตาข้างที่จะทำผ่าตัดให้ตรงกับใบข้อมูลผ่าตัด ดูแลนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ประเมินการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนการ

#### 3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ในขณะนี้จะต้องประเมินสภาพอาการ โดยทั่วไปสัญญาณชีพ ประเมินแผลผ่าตัด อาการปวดแผล อาการข้างเคียงของยา Mitomycin C และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และที่สำคัญที่สุดคือการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยจะต้องดูแลแผลอย่างเคร่งครัด หยอดตาตามแพทย์สั่ง และต้องมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก วันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ.2557 ได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สิ่งแวดล้อมที่พบในห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะทำผ่าตัด
2. ระยะผ่าตัดวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ.2557 เวลา 09.00 น. รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดชั้น 2 เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องรอผ่าตัดได้เข้าไปทักทายผู้ป่วย สอบถามชื่อ นามสกุล หัตถการ ตำแหน่งผ่าตัด ดูป้ายชื่อมือเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ตรงกัน ตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์ที่มาถึงผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดประเมินสภาพอาการทั่วไป วัดสัญญาณชีพ ได้รับการผ่าตัดทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมัยซิน ซี
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นเวลา 2 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดดูแลให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การล้างตา การอาบน้ำ
4. แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ดูแลให้คำแนะนำเรื่องปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม อาหารและการมาตรวจตามนัด

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษา พยาบาล และการมองเห็นของผู้ป่วย หลังผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “หลังผ่าตัดสายตาจะมองเห็นอยู่ไหม๊ เหมือนตอนผ่าตัดต่อกระจกหรือเปล่า ”

O : ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา พักผ่อนได้มากขึ้น
2. ภรรยาและบุตรของผู้ป่วย มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น และเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี กับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และพร้อมให้ความช่วยเหลือ
2. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติได้รับรู้เกี่ยวกับโรค ขั้นตอนการผ่าตัดอย่างสั้นๆ และง่ายๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ รับทราบข้อมูลตามแผนการรักษาพยาบาล
3. ให้กำลังใจและความมั่นใจตามความเป็นจริง เช่น หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องเช็ดหน้าแทนการล้างหน้าประมาณ 1 เดือน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้น้ำเข้าตา เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตาข้างผ่าตัด
4. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การทำสมาธิ การบริหารการหายใจ การฟังเพลงเบาๆ การสวดมนต์
5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ ช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุดเท่าที่ทำได้ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปราศจากสิ่งกระตุ้น เช่น ผู้คนพลุกพล่าน แสงและเสียง
6. เปิดโอกาสให้ญาติหรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้ป่วย



7. สังเกตความวิตกกังวล กลัว และติดตามความวิตกกังวลทั้งของผู้ป่วยและญาติ ขอมรับสิ่งที่ญาติกังวล ห่วงใย ให้ข้อมูลที่ญาติสงสัยหรือกังวล อธิบายให้บุคคลในครอบครัวหรือญาติเข้าใจแผนการรักษาพยาบาล การผ่าตัด ของผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

8. ให้การพยาบาลโดยการเคารพสิทธิความเป็นบุคคล และให้เกียรติผู้ป่วยตลอดเวลาที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประเมินผลการพยาบาลหลังได้รับคำอธิบาย ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สีหน้าแจ่มใสขึ้น และเข้าใจแผนการรักษา ผู้ป่วยนอนหลับได้มากขึ้น

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีความต้องการการเตรียมความพร้อมในก่อนผ่าตัดต่อหิน

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

O : แพทย์มีแผนการผ่าตัดต่อหินแบบ trabeculectomy with mitomycin C RE วันที่ 19 กรกฎาคม 2557

เวลา 9.00 น.

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล**

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความรู้ ความสามารถในการรับรู้การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบต่อการเตรียมร่างกายดังนี้
  - 2.1 ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เช่น การตัดเล็บ
  - 2.2 ดูแลสระผม ฟอกหน้าด้วย antiseptic อาบน้ำเช้าวันทำการผ่าตัด
  - 2.3 หลังรับประทานอาหารเช้า ดูแลแปรงฟันบ้วนปากให้สะอาด
  - 2.4 ดูแลให้ถอดฟันปลอม และของมีค่าก่อนไปห้องผ่าตัด
  - 2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด
  - 2.6 ตรวจสอบ / บันทึกผลการตรวจต่างๆ เช่นการแพ้ยา
3. เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้
  - 3.1 ตอบข้อซักถามผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับเรื่องต่างๆที่ทำให้ไม่สบายใจหรือกังวลใจด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เช่น กังวลเรื่องการดูแลลูกหลาน
  - 3.2 แนะนำเรื่องการเผชิญความเครียด เช่นการฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพขณะที่มีผ้าคลุมหน้าระหว่างผ่าตัด การทำสมาธิ การฟังเพลงบรรเลงเบาๆ

**ประเมินผลการพยาบาล**

ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย โดยแพทย์ไม่มีคำสั่งตัดขนตาสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และส่งเข้าห้องผ่าตัดได้ตามแผนการรักษาของแพทย์



**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด : แผลผ่าตัดแยก มีเลือดออกในช่องหน้าของลูกตา มีความดันในลูกตาเพิ่มขึ้น

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายจากเปลลงเตียงหลังการผ่าตัด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

แผลผ่าตัดไม่แยก ความดันลูกตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ  $16 \pm 3$  มม.ปรอท ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประคองศีรษะขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เปลที่เข็นควรเข็นช้าๆ ไม่ชนสิ่งหนึ่งสิ่งใด
2. จัดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย หลีกเลี่ยงการนอนตะแคงด้านผ่าตัด พลิกตะแคงตัวอย่างช้าๆ นอนราบ ไม่หนุนหมอน 4 ชั่วโมง
3. แนะนำการกระทำที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือน ควรหลีกเลี่ยง เช่น
  - 3.1 การกลอกตาอย่างรวดเร็ว โดยผลอหันตามเสียงเรียกของพยาบาลและญาติ
  - 3.2 การแปรงฟัน หรือหวีผม ใช้การบ้วนปากบ่อยๆ แทน
  - 3.3 การสระผมด้วยตนเองเปลี่ยนเป็นการนอนสระผม ห้ามเกาแรงๆ
  - 3.4 การไอ จามแรงๆ การเบ่งถ่ายอุจจาระ
  - 3.5 การก้มหน้าต่ำกว่าเอว การยกของหนัก
4. ดูแลปิดตาแบบแน่นขนาดพอดี เพื่อลดบริเวณ filtering bleb ไม่ให้น้ำเอเคียส์รั่วออกจากช่องม่านตามากเกินไปทำให้ช่องหน้าม่านตาไม่ตื้น เพราะผู้ป่วยหลังผ่าตัดมักมีช่องม่านตาตื้นเพราะ bleb ที่อยู่ใต้เยื่อตา อาจจะใหญ่เกินไป
5. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวศีรษะน้อยที่สุด เช่น การวางโต๊ะข้างเตียง ควรไว้ข้างตาที่ไม่มี การผ่าตัด ดูแลห้องให้เงียบสงบปราศจากเสียงดัง ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลอกตาตามเสียง
6. ช่วยเหลือขณะผู้ป่วยลุกจากเตียงป้องกันการล้ม และแนะนำว่าอาจต้องให้ผู้ป่วยเดินหลายๆครั้งต่างจากการผ่าตัดคือกระจก
7. ตรวจสอบสัญญาณชีพ สังเกตอาการผิดปกติ เช่น เลือดซึมเป็นอนผ้าปิดตา คลื่นไส้ อาเจียน ปวดตามาก ควรรายงานแพทย์ทราบ
8. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถ้าผู้ป่วยเกิดมี fibroblast ทำให้ bleb ไม่ form แพทย์จะฉีดยา 5 – FU เข้า subconjunctiva ตรงกันข้ามกับบริเวณที่ทำผ่าตัดเพื่อยับยั้ง fibroblast ซึ่งอาจต้องฉีดติดต่อกันเป็นระยะ 4 – 5 สัปดาห์หลังผ่าตัด

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ความดันลูกตา 5.9 มม.ปรอท ไม่มีอาการปวดตา ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 20 กรกฎาคม 2557 ตามแผนการรักษา และจากการติดตามผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกตา พบว่าผู้ป่วยได้รับการฉีด 5 – FU ต่อในวันที่ 9 สิงหาคม 2557



**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตา ปวดเมื่อยต้นคอ ปวดเมื่อยร่างกาย

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : ผู้ป่วยบอกว่า ไม่ปวดตาแต่ปวดเมื่อยตามร่างกายและต้นคอเล็กน้อย

O : ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อหินแบบ trabeculectomy with mitomycin C RE

: หลังผ่าตัดถูกจำกัดกิจกรรมให้นอนหงายราบ 4 ชั่วโมง

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย

**เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล**

1. ผู้ป่วยไม่ปวดตา pain scale < 4 คะแนน
2. นอนหลับพักผ่อนได้

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ดูแลประเมินอาการปวดตาตาม pain scale
2. ประเมินอาการไม่สุขสบาย
3. ดูแลสอนเรื่องการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การนับเลขย้อนไปมา 1- 10 การทำสมาธิจดจ่อกับลมหายใจ

เข้า – ออก

4. แนะนำการนอนผ่อนคลาย ขยับแขนขาได้ตามปกติ และนอนตะแคงไม่ทับตาข้างที่ผ่าตัด
5. สังเกตการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย
6. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบ และพักผ่อนคลาย
7. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์

**ประเมินผลการพยาบาล**

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตาแต่ปวดเมื่อยตามตัวเล็กน้อย pain scale 2 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ ม่ขอยาแก้ปวด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อภายในลูกตา

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : -

O : ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อหินแบบ trabeculectomy with mitomycin C RE ผู้ป่วยพร้อมความรู้การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติดเชื้อภายในลูกตาข้างผ่าตัด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา

**เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล**

1. ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ
2. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ไม่มีเปลือกตาบวม ไม่บ่นปวดตามาก ไม่มีขี้ตา ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากลูกตา

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินการติดเชื้อภายในลูกตา เช่น มีขี้ตามาก เปลือกตาบวม ปวดตามาก มีสารคัดหลั่งออกจากลูกตา

2. ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนและหลังการให้การพยาบาล และให้การพยาบาลที่เกี่ยวกับตาข้างที่ทำผ่าตัดด้วย  
หลักการปราศจากเชื้อ (sterile technique)

3. แนะนำให้ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดหน้าแทนการล้างหน้า และผ้าปิดตาไม่เปียกชื้น

4. แนะนำผู้ป่วยห้ามเปิดตา ห้ามขยี้ตาข้างที่ปิดไว้

5. ก่อนปิดผ้าปิดตา ต้องให้ผู้ป่วยหลับตาก่อนปิดตาเสมอ มิฉะนั้นจะทำให้เกิดการถลอกของกระจกตา  
(corneal abration) จากผ้าปิดตาดูดซับน้ำตาจนกระจกตาแห้ง

6. ดูแลเช็ดตาด้วยเทคนิค sterile ข้างที่ทำผ่าตัดทุกวัน และหยอดตาตามแผนการรักษาของแพทย์

7. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง (24 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด)

8. สังเกตอาการมีขี้ตามาก เปลือกตาบวม ปวดตามาก มีสารคัดหลั่งออกจากลูกตา ถ้ามีรับรายงานแพทย์

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัดมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ  
36.0 – 37.00 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยไม่มีเปลือกตาบวม ไม่บ่นปวดตามาก ไม่มีขี้ตา ไม่มีสารคัดหลั่งออกจากลูกตา

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากถูกปิดตาข้างที่ทำผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ตาข้างขวาถูกปิดทำให้ทำอะไรไม่คล่อง”

O : ผู้ป่วยถูกปิดตาข้างขวาไว้หลังผ่าตัดค้อหินแบบ trabeculectomy with mitomycin C RE

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรม และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ได้รับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษาของแพทย์

2. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุขณะอยู่โรงพยาบาล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสถานที่ และดูแลผู้ป่วยให้สะดวกต่อการรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การเดิน สอนวิธีการดูแลตนเอง

2. ช่วยเหลือ และดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำความสะอาดร่างกาย ปาก และฟัน เปลี่ยนเสื้อผ้า

3. อธิบายแผนการรักษาทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาทแยง

4. แนะนำการระวังอุบัติเหตุ โดยการยกเหล็กกั้นเตียงไว้ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่บนเตียง

5. แนะนำญาติเรื่องการระวังอุบัติเหตุ

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ได้รับการช่วยเหลือในการทำกิจกรรม ไม่เกิดอุบัติเหตุ ญาติสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยใน  
การทำกิจกรรม และการป้องกันอุบัติเหตุได้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : 1. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ 63 ปี เวลาหยอดตามีมือสั่นเล็กน้อย



วัตถุประสงค์การพยาบาล ญาติ และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

### เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ญาติและผู้ป่วยสามารถบอกถึงการดูแลตนเองหลังการได้รับการผ่าตัดได้
2. ญาติและผู้ป่วยบอกกิจกรรมที่ควรทำและหลีกเลี่ยงได้ถูกต้อง
3. บอกวิธีการใช้ยาหยอดตา การสังเกตอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง
4. บอกถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดได้

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัว เมื่อกลับบ้าน เช่น ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ สภาพแวดล้อม สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านดังนี้
  - 2.1 ความจำเป็นในการหยอดยาอย่างสม่ำเสมอ วิธีการใช้ยา การสังเกตผลข้างเคียงของการใช้ยารักษา ต้อหินทั้งชนิดหยอด และรับประทาน บันทึกไว้ทุกครั้งเมื่อมีอาการและนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
  - 2.2 อาการเปลี่ยนแปลงทางตาที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ปวดตา ตาแดง น้ำตาไหล ตามัว เป็นต้น
  - 2.3 จัดบ้านให้เป็นระเบียบ มีแสงสว่างมากพอ การเดินต้องระวังเป็นอย่างมาก
  - 2.4 การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง แม้การมองเห็นจะลดลง ส่วนใหญ่ยังสามารถรับประทาน อาหารได้ตามปกติ
3. สอนผู้ป่วยและญาติเรื่องการหยอดตา การเช็ดตา การรับประทานยาตามแผนการรักษา
4. ประเมินความรู้หลังให้คำแนะนำ และให้ผู้ป่วยและญาติฝึกปฏิบัติหลังการสอน แจกแผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัว เน้นการหยอดตาอย่างสม่ำเสมอ การเช็ดตา การรับประทานยา
5. เน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง และอาการผิดปกติที่มาก่อนนัด เช่น ความดันลูกตาสูงขึ้น ตามัวลง หรือตาอักเสบ เป็นต้น เพื่อการรักษาที่เหมาะสมและป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรง
6. ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ เรื่องการรักษาต้อหินว่าเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ แต่สามารถควบคุมความดันลูกตาให้ปกติได้

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกถึงการดูแลตนเองหลังการได้รับการผ่าตัดได้ บอกวิธีการใช้ยา การสังเกตอาการข้างเคียงได้ถูกต้อง บอกกิจกรรมที่ควรทำและหลีกเลี่ยงได้ถูกต้อง บอกอาการและอาการแสดงที่ต้องมาตรวจก่อนนัดได้ บอกวันและสถานที่ที่ต้องไปพบแพทย์ตามนัดได้ถูกต้อง

### วิจารณ์

ต้อหิน (Glaucoma) เป็นโรคทางตาที่สำคัญ การดำเนินโรค เป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ค่อยมีอาการเจ็บปวดใดๆ แต่เมื่อปรากฏอาการขึ้นแล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นสาเหตุสำคัญของสภาวะตาบอด เป็นอันดับ 2 รองจากโรคต้อกระจก แต่มีความรุนแรงมากกว่าเพราะเป็นการสูญเสียสายตาวางอย่างถาวร อีกทั้งยังเป็นโรคที่ไม่มีอาการใดๆ จึงจัดได้ว่าเป็นโรคอันตรายมาก โดย 9 ใน 10 หลักการรักษาคือ ลดความดันในลูกตา ป้องกันตาบอดโดยให้ยาหยอดตา ที่มีฤทธิ์ในการลดความดันในลูกตาและเพิ่มการไหลเวียนของน้ำในตา การให้ยารับประทานและการผ่าตัด

ทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ยา Mitomycin C ซึ่งในปัจจุบันเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลสำเร็จดีการผ่าตัดตามอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นสามารถให้การดูแลและการพยาบาลเป็นไปอย่างเหมาะสม ป้องกันไม่ให้โรคดำเนินต่อไปถึงขั้นรุนแรง ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้ สำหรับกรณีศึกษารายนี้ อายุ 64 ปี สาเหตุของการเกิดโรคน่าจะเกิดการที่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน และมีอายุมากกว่า 60 ปี เมื่อเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการผ่าตัด และการดูแลตามระยะของการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ แผลผ่าตัดแยก มีเลือดออกในช่องหน้าลูกตา ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตามแผนการรักษาของแพทย์

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาปรับปรุงระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเยี่ยมบ้าน ติดตามผลการรักษาเป็นระยะ
2. ควรมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยอาจจัดทำในรูปแบบของแผ่นพับ การสอนเป็นรายบุคคล สื่อวีดิทัศน์ มีแผนทำโครงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อหินด้วยการทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมายซินซี
3. พัฒนาความรู้ความสามารถ ทักษะ ประสิทธิภาพตามสมรรถนะเชิงวิชาชีพ และสมรรถนะเชิงเทคนิคของบุคลากรทางการพยาบาลเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อหินด้วยการทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมายซินซีอย่างมีประสิทธิภาพ
4. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคต้อหินด้วยการทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ไมโทมายซินซีในระบบเครือข่ายบริการ สถานบริการสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับอำเภอ จังหวัด

### บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินมีความสำคัญยิ่งเนื่องจาก ทำให้ผู้ป่วยตาบอดได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง การดำเนินของโรคจะเป็นไปแบบช้าๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจไม่มีอาการ โรคต้อหินไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมได้ เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินและผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องหลักการรักษา คือ ลดความดันในลูกตา ป้องกันตาบอดโดยให้ยาหยอดตา ที่มีฤทธิ์ในการลดความดันในลูกตา และเพิ่มการไหลเวียนของน้ำในตา การให้ยารับประทานและการผ่าตัดทำทางระบายน้ำในตา ร่วมกับการใช้ยา Mitomycin C ซึ่งในปัจจุบันเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลสำเร็จดี ดังนั้นพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินอย่างมีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค และการรักษาของผู้ป่วย และต้องมีทักษะในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจช่วยบรรเทาทุกข์ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยอดทน แก้อา และเผชิญกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ



### เอกสารอ้างอิง

1. American academy of ophthalmology. Basic and clinical science course section 10 : Glaucoma. San Francisco: American academy of Ophthalmology ;2007.
2. สมสงวน อัญญคุณ, ประภัสสร ผาดิกุลศิลา, นภาพร ตนานุวัฒน์, ดิเรก ผาดิกุลศิลา และ เกษรา พัฒนพิฑูรย์. โรคตาที่พบบ่อยในเวช ปฏิบัติ. เชียงใหม่ : วิทอินดีไซน์ ;2552.
3. มัญชิมา มะกรวัฒนะ. ตำราต้อหิน Basic Glaucoma. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
4. สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ. การจัดการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางตา. ใน: ฟ่องศรี ศรีมรกต. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 3. กรุงเทพฯ:บริษัท ไอกรุป เพลส จำกัด ;2553. หน้า 285 – 293.
5. Quigley, H.A. & Broman, A.T.The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. British Journal of Ophthalmology 2006. 90(3): 262–267.
6. Ang LP, Ang LP. Current understanding of the treatment and outcome of acute primary angle – closure glaucoma : an Asian perspective. Ann Acad Med Singapore 2008.Mar ; 37 (3): 210 – 215.
7. คารินทร์ สากิยลักษณ์. โรคต้อหิน. [Online]. [cited 5 ตุลาคม 2553 ]. Available from : <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=56>

## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับเรื่องทางวิชาการ และสารคดีเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างจริงจัง ทั้งนี้ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับเตรียมบทความ เพื่อลงพิมพ์วารสารที่มีชื่อเสียงอื่น ๆ ด้วยประเภทของบทความ การเตรียมและส่งต้นฉบับ

### 1. ประเภทบทความ

#### นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือการพัฒนาาระบบสาธารณสุข ควรประกอบด้วยคำนำ เนื้อเรื่องคั้งต่อไป นี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน ๑๐ หน้าพิมพ์

#### บทความทบทวนวิชาการ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน ๑๐ หน้าพิมพ์

#### บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งบทปฏิบัติสัมพันธ์กับบทความ พื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

#### บทปกิณกะ (miscellany)

เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บทปริทัศน์ รายงานผลการศึกษาโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

#### จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence)

เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

### 2. การเตรียมต้นฉบับ

#### 2.1 ชื่อเรื่อง (tittle)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน ๑๐๐ ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น "การศึกษา.." หรือ "การสังเกต.."

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้พิมพ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา



## 2.2 บทคัดย่อ (abstract)

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเป็นประโยคอดีต (เฉพาะภาษาอังกฤษ) ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

## 2.3 คำสำคัญ หรือคำหลัก (key words)

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (subject index) ของปีวารสาร (volume) และดัชนีเรื่อง สำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

## 2.4 บทนำ (introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม มากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

## 2.5 วิธีการศึกษา (Methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่คือ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

หัวข้อวัตถุประสงค์ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พิษ ฯลฯ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และการยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

หัวข้อวิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ต่อได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

## 2.6 ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

## 2.7 วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

## 2.8 ข้อยุติ (conclusion)

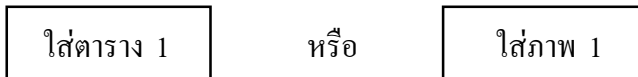
ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้





## 2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่อง ควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า



## 2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูยืดยาวเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

## 2.11 เอกสารอ้างอิง (references)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

### 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ "กำลังพิมพ์" บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง "ไม่ได้ตีพิมพ์" หลีกเลี่ยง "ติดต่อส่วนตัว" มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อ 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

#### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสารปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

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

##### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิชา สวัสดิคุณพิงศ์, พัชรี เงินตรา, ปราณีย์ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพิงศ์, ยูวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2550. วารสารวิชาการสาธารณสุข 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.

##### 3.1.2 องค์การเป็นผู้นิพนธ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538 ; 24 : 190-204.



### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้นิพนธ์

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

### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟฟัส 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.

### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนารมณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539 ; 48 : 616-20.

2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996 ; 347 : 1337.

## 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

### 3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม

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

#### - หนังสือแต่งโดยผู้นิพนธ์

1. ชงชัย 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 วิทยาศาสตร์, ประคอง วิทยาศาสตร์, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิเด็ก ; 2535.

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

### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน : มนตรี ตู้อินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์ ; 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.

### 3.3 รายงานการประชุมสัมมนา

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

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาศิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน ; 6-8 พฤษภาคม 2541 ; ณ โรงแรมไบเบิ้ลทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร : ดีไซร์ ; 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.

### 3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

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

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจัยโรคร่วม. 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.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

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

1. ชยมีชัย ชาลี. 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.

### 3.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

#### 3.6.1 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).

#### 3.6.2 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).



### 3.6.3 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.

### 3.7 วิดีทัศน์

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

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

### 3.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

#### 3.8.1 กรณีปรากฏชื่อผู้พิมพ์

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 amenorrhoea 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>

#### 3.8.2 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/pcf0021.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>

### 3.9 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].

### 3.10 CD-ROM

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

### 3.11 Book on CD-ROM

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

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

### 3.12 Journal on CD-ROM

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

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

### 3.13 Other Software

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

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

## 4. ตารางภาพและแผนภูมิ

ตารางภาพและแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

### 4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ

(Footnote) ใต้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัว-แถว (Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ \*

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้น ได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตารางถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัณำเสนอเป็นตารางในบทความ ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

### 4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพมีแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน
- ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 x 7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8 x 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติดกับกระดาษรองไม่เขียนรายละเอียด

หลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพและเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เขียนชื่อเจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่อง ไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้อธิบายเรื่องเขียนหลังภาพเพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏทางด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป



## 5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับสำเนา 2 ชุด (ไฟล์ข้อมูล / CD-ROM) ไม่ควรมีวันหรือปีต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับการส่งต้นฉบับ ควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไปและอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิม เป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

## 6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไปผู้อ่านบททวน (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิในการตีพิมพ์บทความที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณสองครั้ง

## 7. การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์

### การส่งต้นฉบับให้บรรณาธิการ

พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ อย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและขวามือ อย่างน้อย 25 มม. (1 นิ้ว) ใส่เลขที่หน้าตั้งแต่หน้าปกชื่อเรื่องเรียงไปตามลำดับที่มุมขวาบนหรือล่างของกระดาษ ซึ่งเป็นต้นฉบับ 2 ชุด ไฟล์ข้อมูล / CD-ROM เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับทางคอมพิวเตอร์ รูปแบบอักษร Angsana ตัวอักษรขนาด 16

### การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง      คุณอากาศร เอ็มโอฐ  
   กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ  
   ห้องสมุดโรงพยาบาลกำแพงเพชร  
   อ.เมือง จ.กำแพงเพชร 62000  
   e-mail : library\_kph@hotmail.com  
   โทรศัพท์ (055) 714223 - 5 ต่อ 1403  
   โทรสาร (055) 713043

เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ผู้นิพนธ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์รับ ตีพิมพ์ โดยไม่แก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้นิพนธ์

