

วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร



Kamphaeng Phet Hospital Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2558

Vol. 19 no.2 July - December 2015

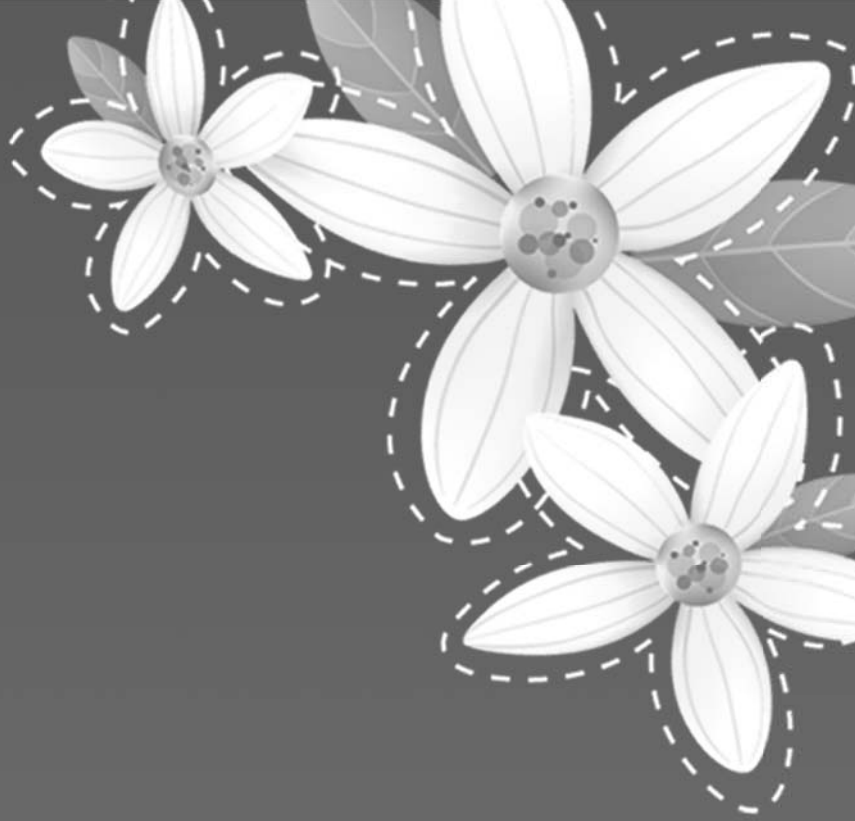
ISSN 0858 - 5180



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข



การดำรงชีพพยาบาลกำแม่เพชร



คณะผู้จัดทำ

เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประธานที่ปรึกษา

นพ.พิชัย ศิริพรพาณิชย์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะที่ปรึกษา

นพ.สุรชัย แก้วศิริคุณ

นพ.มานะ ฮันตระกูล

พญ.อังคณา อุปพงษ์

นพ.อัศวพงษ์ จุฑากรณ์

ทพ.เจริญ ทิพย์โสทธิ

นายวิเศษ อุดมศิลป์

นางศิริวรรณ ชัยกิจอำนวยโชค

บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฏ มั่นคง

บรรณาธิการ

นพ.เจษฎา พวงสายใจ

ทพ.เจษฎา ตั้งกิจงามวงศ์

นพ.สมเพ็ง โชคเฉลิมวงษ์

นางสาวจริยา พันธุ์วิทยากุล

นางสาวนฤมล มหาชัย

นางจิราพร มณีพราย

นางวรรณวิมล ดินะลา

นางอรอนงค์ กลางนภา

นางสาวศรีแพร ทิตาวงศ์

นางสาวจงรักษ์ รอดเกษม

นายพันทะนันท์ วงศ์แสนสี

นางสาวพรสุรางค์ จำชาติ

นางสาวเพ็ญพิมล กุลสุ

นางกุลกานต์ พิศอ่อน

นางรัชนิกร มะวงค์ษา

นายประโยชน์ เข็มนาจิตร์

ฝ่ายศิลปกรรม

นายสุชาติ มีชัย

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเกศรินทร์ แผ้ววงศ์

นางสาวรุ่งวันเพ็ญ แสนสม

นางนันทนา ตระกูลเจริญพงศ์

นางสาวอาภากร เอ็มโอบู

นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร

การส่งต้นฉบับ

นางสาวอาภากร เอ็มโอบู

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 (ส่งต้นฉบับภายใน 30 สิงหาคม)

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 1 มีนาคม)

บรรณาธิการแถลง

เรียนท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ดำเนินการจัดทำมาโดยต่อเนื่อง ถึงแม้จะออกช้าบ้าง จนกระทั่งถึงฉบับนี้เป็นฉบับปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2558 ซึ่งทางคณะผู้จัดทำได้รวบรวมบทความทางวิชาการที่มีคุณภาพเพื่อให้ท่านผู้อ่านได้ศึกษามาโดยตลอด ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ 2 เรื่อง รายงานผู้ป่วย 2 เรื่อง และสถานที่ท่องเที่ยวของจังหวัดกำแพงเพชร มาให้ท่านผู้อ่านได้ศึกษากันว่าจังหวัดกำแพงเพชรนั้น มีสถานที่ท่องเที่ยวที่ใดบ้าง ซึ่งได้มาถึงตอนที่ 12 อำเภอพรานกระต่าย ต่อจากฉบับที่แล้ว เพื่อให้ท่านผู้อ่านได้ศึกษาเพิ่มเติม และเป็นประโยชน์แก่ท่านผู้อ่านต่อไป

บรรณาธิการวารสาร
วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทบรรณาธิการ



มารู้จักจังหวัดกำแพงเพชรกันเถอะ (ตอนที่ 12)

ต่อจากตอนที่ 11 (ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน 2558) ในฉบับนี้เรามาทำความรู้จักกับสถานที่ท่องเที่ยวของอำเภอต่อไปกัน คือ อำเภอพรานกระต่าย

อำเภอพรานกระต่าย (Amphoe Phran Kratai)

*“เอกลักษณะภาษาถิ่น หินอ่อนเม็ดเอนพาน
ตำนานน้ำกระต่ายทอง เข็ดโคนนดีรสดี”*



ประวัติความเป็นมาของอำเภอพรานกระต่าย

มีนายพรานเดินทางมาสำรวจเส้นทาง เพื่อไปสร้างเมืองหน้าด่านของกรุงสุโขทัย วันหนึ่งขณะที่กำลังพักแรม นายพรานได้พบกระต่ายขนสีทองสวยงามมากบริเวณหน้าถ้ำแห่งหนึ่งและได้หายเข้าไปในถ้ำ ต่อมานายพรานจึงกราบบังคมทูลพระร่วงให้รับทราบและรับอาสาจะจับกระต่ายตัวดังกล่าว และได้ใช้ความพยายามที่จะจับตั้งหลายครั้งแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ จึงได้สร้างบ้านถาวรขึ้นบริเวณหน้าถ้ำเพื่อรอจับกระต่าย หลายปีต่อมาจึงมีผู้อพยพมาอยู่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นหมู่บ้าน ชาวบ้านจึงพร้อมใจกันตั้งชื่อหมู่บ้านว่า “บ้านพรานกระต่าย” ได้รับสถาปนาเป็นอำเภอครั้งแรก เมื่อปี 2438

ที่ตั้งและอาณาเขต :

อำเภอพรานกระต่าย อยู่ทางทิศเหนือสุดของจังหวัด ติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอเมืองตาก (จังหวัดตาก)และอำเภอบ้านด่านลานหอย (จังหวัดสุโขทัย)

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อำเภอศรีมาศ (จังหวัดสุโขทัย) และ อำเภอลานกระบือ

ทิศใต้ ติดต่อกับ อำเภอไทรงาม และ อำเภอเมืองกำแพงเพชร

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ อำเภอโกสัมพีนคร และ อำเภอเมืองตาก (จังหวัดตาก)

พื้นที่ : 1,081.791 ตารางกิโลเมตร

ประชากร : 69,455 คน (พ.ศ.2552)

ความหนาแน่น : 64.2 คน / ตารางกิโลเมตร

การปกครองส่วนภูมิภาค : อำเภอพรานกระต่าย แบ่งพื้นที่การปกครองตามพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ ออกเป็น 10 ตำบล 116 หมู่บ้าน

ที่ตั้ง : ที่ว่าการอำเภอพรานกระต่าย ถนนประเวศไพรวัน ตำบลพรานกระต่าย อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร 62110 โทรศัพท์ : 055-761489, 055-761321, 055-761724 โทรสาร : 055-761321

ลักษณะอากาศ : ภูมิอากาศโดยทั่วไป เป็นแบบมรสุม มี 3 ฤดู

สภาพเศรษฐกิจ

1. อาชีพหลัก ได้แก่ ทำการเกษตร ประมาณร้อยละ 80 ค้าขาย ร้อยละ 10 รับจ้าง ร้อยละ 10
2. อาชีพเสริม ได้แก่ หัตถกรรมแกะสลักไม้ หินอ่อน ปลูกผักสวนครัว (คะน้า พริก เผือก แตงกวา ผักชี ฯลฯ) เลี้ยงสัตว์ (โคเนื้อ กระบือ สุกร เป็ด ไก่)
3. จำนวนธนาคาร มี 3 แห่ง ได้แก่
ธนาคารออมสิน โทร.055-761264
ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร โทร.055-761382

การเกษตรกรรม

1. ผลผลิตทางการเกษตรที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว พืชไร่ (ข้าวโพด มันสำปะหลัง อ้อยโรงงาน ถั่วเขียว ถั่วลิสง ถั่วเหลือง งาดำ)
2. ชื่อแหล่งน้ำที่สำคัญได้แก่ อ่างเก็บน้ำห้วยบง ตำบลหนองหัววัว อ่างเก็บน้ำเขาอดเหล็ก หนองจรเข้ อ่างเก็บน้ำวังน้ำแดง คลองแม่ระกา คลองห้วยมะดัน คลองส่งน้ำท่อทองแดง ตามโครงการพระราชดำริ ตำบลคลองพิไกร

สถานที่ที่น่าสนใจ ในเขตอำเภอพรานกระต่าย

วัดไตรภูมิ (Wat Trai Phum)

ตั้งอยู่เลขที่ 1 หมู่ที่ 12 ตำบลถ้ากระต่ายทอง อำเภอพรานกระต่าย แยกจากถนนกำแพงเพชร - สุโขทัย 1 กิโลเมตร วัดไตรภูมिसันนิษฐานว่าน่าจะสร้างขึ้นในสมัยกรุงสุโขทัย จากหลักฐานภายในวัดมีพระพุทธรูปเนื้อสัมฤทธิ์สมัยสุโขทัย ประดิษฐานบนฐานชุกชี ภายในวิหาร (ปัจจุบันได้บูรณะใหม่ทั้งวิหารและหลวงพ่อสัมฤทธิ์) มีวัดโพธาราม (ปัจจุบันเป็นวัดร้าง) ซึ่งสร้าง





ในสมัยเดียวกัน อยู่ด้านทิศเหนือ โดยมีลำคลองกั้นระหว่างกลาง วัดไตรภูมิชาวบ้าน สมัยก่อน เรียกว่า “วัดใต้” ส่วนวัดโพธาราม เรียกว่า “วัดเหนือ” เมื่อชุมชน พรวานกระต่ายเสื่อมลงราวปลายกรุงสุโขทัย วัดไตรภูมิจึงได้กลายเป็นวัดร้างไปด้วย เป็นระยะเวลาประมาณ 300 - 400 ปี เมื่อชุมชนพรวานกระต่ายเกิดขึ้นมาใหม่อีกครั้ง ราวต้นกรุงรัตนโกสินทร์ประมาณ พ.ศ. 2380 ชาวบ้านจึงได้ช่วยกันบูรณะวัดไตรภูมิ ให้เจริญรุ่งเรืองขึ้นมาจนถึงปัจจุบัน

ประวัติความเป็นมาของวัดไม่ปรากฏหลักฐานใดๆ ที่พอจะให้สืบค้นได้ จึงไม่อาจทราบได้ว่าใครเป็นผู้สร้าง, สร้างขึ้นในสมัยใด ข้อมูลได้จากการสันนิษฐาน ประกอบกับคำบอกเล่าที่บอกสืบต่อกันมาเท่านั้น ดังนั้นจึงสันนิษฐานกันว่าวัดไตรภูมิ น่าจะสร้างขึ้นในสมัยสุโขทัยเป็นราชธานี แต่จะเป็นปีใดนั้นไม่อาจจะประมาณได้ ที่สันนิษฐานว่าสร้างในสมัยนั้น ก็เพราะมี หลักฐานปรากฏอยู่ คือวิหารที่อยู่ภายในวัด ซึ่งตั้งคู่กับอุโบสถ อาคารวิหารนั้นสร้างขึ้นใหม่แน่นอน เพราะที่หลังคามีปี พ.ศ. ที่สร้างปรากฏเป็นหลักฐาน อยู่ว่าสร้างในปี พ.ศ.2498

ส่วนภายในวิหารนั้นมีพระพุทธรูปโลหะประเภทเนื้อสัมฤทธิ์อยู่องค์หนึ่ง หน้าตักประมาณวาเศษ ประทับ อยู่บนฐานชุกชี ซึ่งก่อด้วยศิลาแลงลักษณะเช่นเดียวกับแท่นพระพุทธรูปที่พบเห็นได้ทั่วไปในเมืองเก่ายุคสุโขทัย ทั้งที่ เมืองสุโขทัยและที่เมืองกำแพงเพชรเอง ลักษณะของพระพุทธรูปและฐานชุกชีล้วนเป็นของเก่า เพราะฉะนั้นจึงสันนิษฐาน ได้ว่า วัดไตรภูมินี้เป็นวัดเก่าสมัยสุโขทัย เป็นวัดร้างมาในสมัยหนึ่ง อาจจะตั้งแต่ปลายสมัยกรุงสุโขทัยลงมาจนถึง ต้นสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ รวมระยะเวลาไม่น้อยกว่า 300-400 ปี ที่สันนิษฐานดังกล่าว มีเหตุผลหลายประการ คือ สมัยกรุงสุโขทัยนั้นนิยมสร้างวัดกันมาก เมื่อสุโขทัยเสื่อมอำนาจลง วัดต่างๆ ก็ค่อยๆ ร้างไปทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นวัดในตัวเมืองหลวงหรือตามหัวเมืองต่างๆ และยังมีวัดร้างอีกแห่งหนึ่งทางทิศตะวันออกของวัดไตรภูมิ ห่างออกไป ประมาณ 800 เมตร บริเวณวัดร้างแห่งนี้เดิมที มีหนองน้ำ ซึ่งกรุด้วยศิลาแลง มีซากเจดีย์ศิลาแลงและมีต้นมะม่วงใหญ่ๆ ปกคลุมอยู่ทั้งเป็นเนินดิน ที่น้ำท่วมไม่ถึง แต่ปัจจุบันกลายเป็นท้องนาไปหมดแล้ว หลักฐานต่างๆ ถูกกลบถูกทำลายไปหมด วัดร้างแห่งนี้ ไม่มีชื่อเรียก แต่ชาวบ้านเรียกว่า “ทุ่งสะปรก” (คงเรียกเพี้ยนมาจากคำว่า “ปรก” ซึ่งเป็นคำเรียกการนั่งสมาธิ ของพระที่ว่า “นั่งปรก” เพราะสมัยก่อนบริเวณนี้เป็นที่อยู่กรรมฐานของพระ เพิ่งมาหยุดกันเมื่อป่าละเมาะแถวนั้นถูกบุกรุกทำนาขึ้น สาเหตุที่ร้างนั้น คงเป็นเพราะชาวบ้านหนีภัยสงคราม หรือถูกกวาดต้อนไปเป็นเชลยที่ กรุงศรีอยุธยาสมัยสร้างเมืองใหม่ๆ

วัดไตรภูมิเป็นวัดเก่าแก่แต่คงร้างมานาน เมื่อมีชุมชนมาตั้งหลักแหล่ง มากขึ้น จึงได้ช่วยกันบูรณะวัดให้เจริญขึ้นมา โดยมีเจ้าอาวาสปกครอง วัดไตรภูมิมาแล้ว 10 รูปทั้งรูปปัจจุบัน ส่วนวัดโพธารามและวัดทุ่งสะปรกนั้น ก็คงบูรณะบ้าง แต่คงเกินกำลังมากไปจึงปล่อยให้ร้างอยู่อย่างนั้น โดย ชุมชนใช้พื้นที่ดินทางทิศตะวันตก สำหรับสร้างบ้านเมืองมากกว่าทางทิศ ตะวันออกจึงทำให้ทางทิศตะวันออกเป็นวัดร้างและที่ทำเกษตรกรรมอย่างเดียว เพราะเป็นที่ลุ่ม



ส่วนชื่อวัดนั้น คงตั้งขึ้นในภายหลังจากสร้างวัดเสร็จ หากว่าเรื่องสร้างวัดข้างต้นเป็นความจริง เพราะคำว่า “ไตรภูมิ” นั้น ในยุคสุโขทัยตอนต้นยังไม่ปรากฏเรียกกัน มารู้จักกันแพร่หลายก็ในสมัยพระมหาธรรมราชาลิไท กษัตริย์องค์ที่ 5 แห่งกรุงสุโขทัย เพราะพระองค์ได้พระราชนิพนธ์หนังสือทางพระพุทธศาสนาไว้เรื่องหนึ่งชื่อเรื่อง “ไตรภูมิพระร่วง” ซึ่งแพร่หลายมาตราบเท่าทุกวันนี้ ส่วนชื่อเดิมของวัดเมื่อแรกสร้างเสร็จใหม่ๆ ไม่อาจสันนิษฐานได้ โดยประการทั้งปวงแต่ถ้าหากว่าวัดนี้ได้สร้างขึ้นในสมัยสุโขทัยตอนปลาย ชื่อว่า “วัดไตรภูมิ” คงเป็นชื่อเดิมมาตั้งแต่แรก เรื่องชื่อวัดนี้มีการสันนิษฐานได้อีกทางหนึ่งว่า เมื่อวัดนี้ได้ร้างไปนานในภายหลังได้มีผู้คนมาตั้งรกรากทำมาหากินกันมาก กลายเป็นชุมชนใหญ่ขึ้นจึงได้ช่วยกันบูรณะวัดร้างขึ้นมาใหม่ เมื่อบูรณะเสร็จจึงคิดตั้งชื่อวัดใหม่กัน เมื่อมีหลักฐาน แน่นอนว่าวัดที่บูรณะกันขึ้นมานี้เป็นวัดเก่าสมัยสุโขทัยประกอบกับมีความเชื่อเรื่องนรกสวรรค์ที่มีปรากฏอยู่ในหนังสือ ไตรภูมิพระร่วงจึงได้นำคำว่า “ไตรภูมิ” มาเป็นชื่อวัด เพื่อให้ทราบว่าเป็นคำเก่าครั้งสุโขทัยเป็นเมืองหลวงทั้งความหมาย ก็บ่งบอกถึงเรื่องนรกสวรรค์ที่ตนเชื่อถือด้วย (ไตร ภูมิ แปลว่าสามภพ หรือสามภูมิ ได้แก่ ภูมิมนุษย์ ภูมิสวรรค์ และภูมินรก)

ส่วนวัดร้างอีกวัดหนึ่ง ซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของวัดไตรภูมินั้น ชาวบ้าน ก็คงจะบูรณะให้เป็นวัดมีพระสงฆ์เหมือนกัน มีหลักฐานที่เห็นชัดคือได้สร้างศาลา เสาไม้มะค่าขนาดใหญ่ไว้ทำบุญกุศลกันหนึ่งหลังสร้างกุฏิให้พระอยู่อาศัยตั้งชื่อวัดว่า “วัดโพธาราม” ที่ตั้งชื่อนี้คง เป็นเพราะว่าบริเวณวัดร้างแห่งนี้ มีต้นโพธิ์ใหญ่ ขึ้นงอกงามหลายต้นทั้งตรงกลางวัดและด้านเหนือวัด (ปัจจุบันตายเกือบหมดแล้ว) เพราะเป็นวัดมีพระสงฆ์ทางกรรมศาสนา (ยุคนั้นเรียกกระทรวงธรรมการ) จึงได้ ขึ้นทะเบียนไว้ ต่อมาเมื่อวัดไตรภูมิเจริญมากขึ้นพระสงฆ์วัดโพธารามคงขาดผู้นำ ที่สามารถจูงย้ายตัวเองมาอยู่เสียที่วัดไตรภูมิ ปล่อยให้วัดโพธารามร้างไปอีกครั้งหนึ่ง ส่วนศาลาใหญ่วัดนั้นยังคงอยู่ที่เดิม ทางราชการได้ขอใช้เป็นสถานที่เรียนหนังสือ ของเด็กๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2448 เรียกว่า “โรงเรียนวัดโพธาราม” แต่ถึงกระนั้น ก็ตาม วัดไตรภูมิก็ดำเนินไปใช้ศาลาหลังใหญ่นี้ในการทำบุญงานใหญ่ๆ ทุกครั้ง เช่น งานเทศน์มหาชาติ งานประจำปี งานตักบาตรเทโว ในภายหลังงานประจำปีได้ย้าย มาจัดที่วัดไตรภูมิ ในปี พ.ศ. 2518 ได้ย้ายศาลาวัดโพธารามมาปลูกที่บริเวณกุฏิ วัดไตรภูมิ เพื่อใช้เป็นศาลาหอฉันและศาลาการเปรียญเป็นอันว่าวัดโพธาราม ได้กลายเป็นวัดร้างโดยสมบูรณ์แบบอิกวาระหนึ่ง ประกอบกับเนื้อที่บริเวณรอบๆ วัดถูกบุกกรุกเรื่อยมาจนเหลือบริเวณไม่กว้างขวางอย่างเก่าก่อน



วัดโพธิ์บัลลังก์ (Wat Pho Banlang)

หมู่ 9 ใหม่พัฒนา ตำบลถ้ากระต่ายทอง อำเภอพรานกระต่าย แยกทางเข้าโรงพยาบาล 300 เมตร

ศาลเจ้าพ่อถ้ากระต่ายทอง (San Chao Pho Gold Rabbit Cave)

ตั้งอยู่หมู่ที่ 6 ตำบลถ้ากระต่ายทอง อำเภอพรานกระต่าย ทางแยกติดถนนกำแพงเพชร - สุโขทัย เป็นถ้ำที่มีความสำคัญและเป็นเอกลักษณ์ของชาวอำเภอพรานกระต่าย ทุกๆ ปี จะมีการจัดงานฉลองรื่นเริงที่ศาลเจ้าพ่อ ถ้ากระต่ายทองนี้ เพื่อเป็นที่สักการะและรำลึกถึงบรรพบุรุษของชาวอำเภอพรานกระต่าย มีประวัติเล่าว่ามีนายพราน เดินทางมาสำรวจเส้นทางเพื่อไปสร้างเมืองหน้าด่านของกรุงสุโขทัย วันหนึ่งขณะที่กำลังพักแรมนายพรานได้พบกระต่าย ขนสีทองสวยงามมากบริเวณหน้าถ้ำแห่งหนึ่งและได้หายเข้าไปในถ้ำ ต่อมานายพรานจึงกราบบังคมทูลพระร่วงให้รับทราบ

และรับอาสาจะจับกระต่ายตัวดังกล่าวและได้ใช้ความพยายามที่จะจับตั้งหลายครั้งแต่ไม่ประสบผลสำเร็จจึงได้สร้างบ้านถาวรขึ้นบริเวณหน้าถ้ำเพื่อรอจับกระต่าย หลายปีต่อมาจึงมีผู้อพยพมาอยู่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกลายเป็นหมู่บ้าน ชาวบ้านจึงพร้อมใจกันตั้งชื่อหมู่บ้านว่า “บ้านพรานกระต่าย” ปัจจุบันสถานที่บริเวณศาลเจ้าพ่อถ้ำกระต่ายทอง ถูกบูรณะและตกแต่งให้เป็นสถานที่สวยงามแลดูสวยงามและมีการสร้างรูปปั้นนายพราน ซึ่งเป็นตัวแทนเจ้าพ่อถ้ำกระต่ายทองให้ชาวอำเภอพรานกระต่ายได้สักการบูชา

เขานางทอง (Khao Nang Thong)

ตั้งอยู่ในเขต ตำบลเขาศรีต อำเภอบางแพ จังหวัดกำแพงเพชร เป็นเขาที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์ของเมืองบางพานและเป็นประดิษฐานรอยพระพุทธรูป ที่สันนิษฐานกันว่าพระมหากษัตริย์ราชินี (พระยาสิทธิไทย) ทรงสร้างไว้บนยอดเขาตามหลักฐานในหลักศิลาจารึกหลักที่ 3 ศิลาจารึกนครชุม ด้านที่ 2 บรรทัดที่ 52 - 57 ปรากฏข้อความดังต่อไปนี้

“ พระยารธรรมิกราช ให้ไปพิมพ์เอารอยดิน...พระเป็นเจิ้งเถิงสิงหล อันเหยียบเหนือจอมเขาสุมนภูฏบรรพต ประมาณเท่าใดเอามาพิมพ์ไว้ จุงคนทั้งหลายแท้...อันหนึ่งประดิษฐานไว้ในเมืองศรีสังขนา เหนือจอมเขา...อันหนึ่งประดิษฐานไว้ในเมืองสุโขทัยเหนือเขาสุมนภูฏ อันหนึ่งประดิษฐานไว้ในเมืองบางพานเหนือจอมเขานางทอง ”

บนเขานางทองมีการวางผังของโบราณสถานจะวางตามแนวยาวมีบันไดทางขึ้นทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านบนสูงสุดเป็นเจดีย์ใหญ่ทรงดอกบัวตูมหรือพุ่มข้าวบิณฑ์ ฐานเจดีย์กว้าง 12 เมตร ก่อด้วยอิฐปนแลง ส่วนบนเป็นศิลาแลง ถัดมาเป็นเจดีย์รายเล็ก 3 องค์ กว้าง 2 เมตรเท่ากันทุกองค์ ถัดมาเป็นวิหาร 4 ตอน ตอนแรกยาว 13 เมตร กว้าง 6 เมตร ตอนที่สองกว้าง 10 เมตรยาว 21 เมตร (ปัจจุบันโบราณสถานเหล่านี้ทรุดโทรมมากแทบจะดูไม่ออกว่าเป็นอะไร) ส่วนด้านท้ายสุดคล้ายที่ตั้งบุษบก เป็นที่ประดิษฐานรอยพระพุทธรูป (ปัจจุบันเก็บรักษาไว้ที่พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ กรุงเทพฯ)

เมื่อไม่นานมานี้บริเวณคลองวังพาน (อยู่ใกล้กับวัดพานทองศรีมงคล) ได้มีการขุดลอกคลองโดยเครื่องจักรกลของทางราชการได้ขุดพบพระเครื่องปั้นดินเผา เศษกระเบื้องตลอดจนเครื่องใช้ไม้สอยภายในครัวเรือนของชาวเมืองโบราณเป็นจำนวนมาก ที่สำคัญได้พบเสาไม้ตะเคียนซึ่งสันนิษฐานว่าหน้าจะเป็นศาลาที่ประทับของเจ้าผู้ครองนครในอดีต เป็นหลักฐานที่สำคัญอีกชิ้นหนึ่งของเมืองพาน เขานางทองในปัจจุบัน กำลังจะได้รับการบูรณะจากหน่วยงานของทางราชการให้เป็นแหล่งประวัติศาสตร์และการท่องเที่ยว

เหมืองหินอ่อนพรานกระต่าย (Marble Mine Phran Kratai)

หินอ่อนของอำเภอบางแพที่มีชื่อเสียงเลื่องลือไปทั่วประเทศ ดังมีเรื่องที่ควรกล่าวถึงที่ว่า จังหวัดกำแพงเพชรเป็นจังหวัดหนึ่งที่สามารถผลิตหินอ่อนเพื่อการก่อสร้างและประติมากรรมเป็นสิ่งของต่างๆ ได้อย่างมากมาย หินอ่อนที่ผลิตที่อำเภอบางแพจังหวัดกำแพงเพชร จัดเป็นหินอ่อนคุณภาพดี สีสันสวยงาม

แหล่งหินอ่อนที่สำคัญในจังหวัดกำแพงเพชร อยู่ที่อำเภอบางแพ บริเวณพื้นที่เขาสว่างอารมณ์ เขาเขียวและเขาโตน ในทางธรณีวิทยาจัดว่าหินอ่อนที่เขาสว่างอารมณ์ มีอายุประมาณ 300 - 400 ล้านปี เป็นหินปูนที่ตกผลึกใหม่ อาจเรียกว่า หินอ่อนในแง่การค้า เขาสว่างอารมณ์ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของตลาดพรานกระต่าย ลักษณะเป็นภูเขาทอดแหลม มีผาชันเช่นเดียวกับหินปูนทั่วไป



ประกอบด้วยหินปูนตกผลึกใหม่ โดยทั่วไปมีชั้นหนาสีขาว สีเทาอ่อน สีเทาแก่ปานกลาง ชั้นหินทั้งหมดหนาประมาณ 150 เมตร ในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมการทำเหมืองหินอ่อนในจังหวัดกำแพงเพชร โดยการให้สัมปทานการทำเหมืองหินอ่อนในเขตเขาโทนอันเป็นภูเขา ลูกหนึ่งในทิวเขาสว่างให้ประทานบัตร ลงวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2524 มีเนื้อที่สัมปทาน 22 ไร่เศษ หินอ่อนที่เขาโทนมีคุณสมบัติเด่น คือ ผิวเป็นมัน มีสีเทาและขาว อมชมพู มีวิธีการผลิตโดยเริ่มจาก

1. ระเบิดปรับหน้าเหมืองหินอ่อน เพื่อเตรียมการทำหินบล็อก
2. ใช้ลวดตัดหินอ่อนในแนวตั้ง โดยมีน้ำหล่อเลี้ยงขณะตัด
3. ทำการเคลื่อนหินไปสู่โรงงานแปรรูปหินอ่อน เพื่อแปรรูปในลักษณะต่างๆ
4. ขึ้นหินอ่อนที่ผ่านการแปรรูปแล้ว จะถูกลำเลียงไปผ่านเครื่องขัดผิว แล้วนำไปแยกสี ลวดลาย ขนาด ออกเป็นกลุ่มเตรียมไว้สำหรับการจัดส่งตามลูกค้าเสนอ

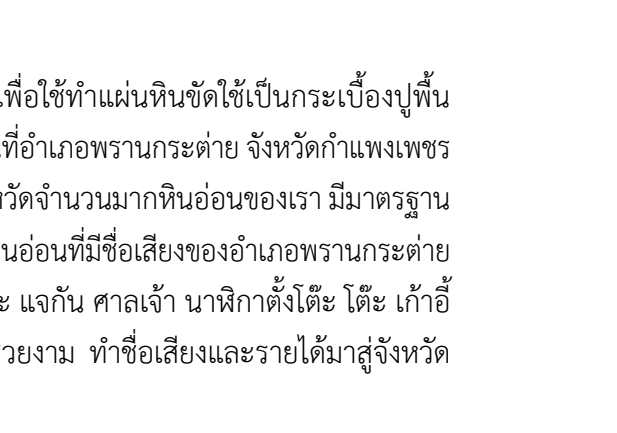
สำหรับเศษหินอ่อนจากการแปรรูปจะนำไปผลิตเป็นหินเกล็ด เพื่อใช้ทำแผ่นหินขัดใช้เป็นกระเบื้องปูพื้น เป็นการนำทรัพยากรธรรมชาติหินอ่อนมาใช้อย่างคุ้มค่าที่สุด การผลิตหินอ่อนที่อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร จึงเป็นอาชีพเด่นที่สุดอาชีพหนึ่งของจังหวัดกำแพงเพชร ที่นำรายได้มาสู่จังหวัดจำนวนมากหินอ่อนของเรา มีมาตรฐานการผลิตที่พัฒนาแล้ว ทัดเทียมหรือบางอย่างอาจล้ำหน้าต่างชาติ ผลิตภัณฑ์หินอ่อนที่มีชื่อเสียงของอำเภอพรานกระต่าย จัดเป็นสินค้าของชุมชน อาทิ ช้างแกะสลัก โคมไฟ ที่ทับกระดาศ บาตรพระ แจกัน ศาลเจ้า นาฬิกาตั้งโต๊ะ โต๊ะ แก้ว อีจาน แก้ว ถึงไขวั้น และของแต่งบ้านจำนวนมาก มีความละเอียดอ่อนที่สวยงาม ทำชื่อเสียงและรายได้มาสู่จังหวัดกำแพงเพชรจำนวนมาก

อ่างเก็บน้ำห้วยบง (Huai Bong Reservoir)

ตั้งอยู่ที่ : ตำบลหนองหัววัว อำเภอพรานกระต่าย เป็นสถานที่เพื่อการพักผ่อนและแหล่งน้ำส่งเสริมด้านการเกษตร

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

บรรณาธิการวารสาร
วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร





■ บรรณาธิการแถลง

■ บทบรรณาธิการ : มารู้อัจฉกจังหวัดกำแพงเพชรกันเถอะ (ตอนที่ 12 อำเภอรานกระต่าย)

■ นิพนธ์ต้นฉบับ

• ประสิทธิภาพการรักษา Shoulder impingement syndrome ด้วยการฉีดยา Triamcinolone เฉพาะที่ในขนาดที่ต่างกัน

The Efficacy of Subacromial Injection with Triamcinolone for Treatment of Shoulder Impingement Syndrome : 2 Different Dose

ธนิต ต้นอารีย์ _____ 1

• ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร

The relationship between food for diabetes knowledge and dietary habits of diabetic patient in Kamphaengphet hospital

รัตนา ห้องศิริ _____ 9

■ รายงานผู้ป่วย

• การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ : กรณีศึกษา Anesthetic Nursing Care for Hepatic Resection Surgery in Hepatocellular Carcinoma (HCC) Patient: A case study

สุปราณี อุดมรัตน์ศิริชัย _____ 17

• การให้ยาระงับความรู้สึกทารกแรกคลอดผ่าตัดผนังหน้าท้องไม่ปิด มีรูโหว่ลำไส้ออกมาออกช่องท้อง : กรณีศึกษา

Anesthesia of Newborn Operation of Abdominal Wall Defect Associated with Gastroschisis : A Case Study

เปรมทิพย์ ลิขิตพงศธร _____ 27

■ คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ _____ 35



ประสิทธิผลการรักษา Shoulder impingement syndrome

ด้วยการฉีดยา Triamcinolone เฉพาะที่ในขนาดที่ต่างกัน

The Efficacy of Subacromial Injection with Triamcinolone for Treatment of Shoulder Impingement Syndrome : 2 Different Dose

ชนิด ตันอารีย์, พ.บ.*

Abstract

Introduction : Shoulder impingement syndrome is the most frequent cause of shoulder pain. Subacromial corticosteroid injection with triamcinolone acetonide is commonly use for pain relief and functional improvement. The recommended dose of triamcinolone acetonide were different between 20 and 40 mg.

Objective : To compare the efficacy of subacromial corticosteroid injection between 20 and 40 mg triamcinolone acetonide for treatment of shoulder impingement syndrome.

Material and method : Sixty-four patients with shoulder impingement syndrome were randomly divided into two groups. Group A were injected with 20 mg triamcinolone and group B were injected with 40 mg triamcinolone. Outcomes measured at 2 and 6 weeks after injection included pain (visual analog scale, VAS) and function (shoulder pain and disability index, SPADI).

Results : Fifty-eight patients completed follow-up at 2 and 6 weeks (28 in groupA, 30 in group B). At 2 weeks follow-up, group B (VAS 28.80, SPADI 26.18) had better outcome than group A (VAS 31.36, SPADI 29.26) but there were no statistically significant. At 6 weeks follow-up, there were no statistically significant in term of VAS and SPADI.

Conclusion : Subacromial corticosteroid injection with 20 mg triamcinolone acetonide was comparable to 40 mg triamcinolone acetonide for treatment of shoulder impingement syndrome.

Keyword : Shoulder impingement syndrome, Subacromial corticosteroid injection, Triamcinolone acetonide



บทคัดย่อ

บทนำ : Shoulder impingement syndrome เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่ ซึ่งการรักษาด้วย Subacromial corticosteroid injection ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ในประเทศไทย Triamcinolone acetonide เป็นตัวหนึ่งที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยขนาดยาที่มีการแนะนำนั้นแตกต่างกัน แต่ที่นิยม คือ 20 และ 40 มิลลิกรัม

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการรักษา Shoulder impingement syndrome ด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection โดยใช้ Triamcinolone acetonide เปรียบเทียบกันระหว่างขนาด 20 และ 40 มิลลิกรัม

รูปแบบการวิจัย : Prospective, Randomized controlled trial study

สถานที่วิจัย : โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วิธีดำเนินการวิจัย : ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา Shoulder impingement syndrome ด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection จำนวน 64 คนที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างตุลาคม 2557 ถึงมิถุนายน 2558 โดยใช้ Triamcinolone acetonide ขนาด 20 หรือ 40 มิลลิกรัม ทำการบันทึก ระดับความเจ็บปวดและหน้าที่ของข้อไหล่โดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) และ Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) หลังการรักษาที่ 2 และ 6 สัปดาห์

ผลการวิจัย : พบว่า การรักษาด้วย Triamcinolone acetonide ขนาด 20 และ 40 มิลลิกรัมมีค่า VAS และ SPADI ที่ 2 และ 6 สัปดาห์ลดลงประมาณ 50% แต่ไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างขนาดยาทั้งสองกลุ่ม

ข้อยุติ : การรักษา Shoulder impingement syndrome ด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection โดยใช้ Triamcinolone acetonide ขนาด 20 และ 40 มิลลิกรัมมีผลการรักษาไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : Shoulder impingement syndrome, Subacromial corticosteroid injection, Triamcinolone acetonide

บทนำ

Shoulder impingement syndrome เป็นสาเหตุที่พบได้มากที่สุดที่สุดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่โดยพบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดดังกล่าว¹ พยาธิสภาพเกิดจากการอักเสบของเส้นเอ็นหัวไหล่ร่วมกับการถูกหนีบโดยช่องเหนือหัวไหล่ (Subacromial space)² การรักษาด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งในประเทศไทย Triamcinolone acetonide เป็นตัวหนึ่งที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยขนาดยาที่ใช้มีตั้งแต่ 10 ถึง 80 มิลลิกรัม³ แต่ขนาดที่ได้รับการแนะนำและเป็นที่นิยมใช้กัน คือ 20 และ 40 มิลลิกรัม⁴ อย่างไรก็ตามการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยขนาดดังกล่าวยังมีไม่มากนักและการใช้ Corticosteroid injection ในขนาดที่สูงอาจพบโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Subcutaneous fat necrosis, Local skin depigmentation และ Muscle atrophy ได้มากกว่าเมื่อเทียบกับยาในขนาดที่เหมาะสม การศึกษาวิจัยนี้ทำขึ้นมาเพื่อเปรียบเทียบผลของการรักษา Shoulder impingement syndrome ด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection โดยใช้ Triamcinolone acetonide เปรียบเทียบกันระหว่างขนาด 20 และ 40 มิลลิกรัม โดยดูผลการรักษาที่ 2 และ 6 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา Shoulder impingement syndrome ด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกำแพงเพชรระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2558

Inclusion criteria

- ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี
- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Shoulder impingement syndrome โดยดูจากอาการปวดบริเวณจุดเกาะของกล้ามเนื้อ Deltoid อาการปวดเมื่อยไหล่ และ Neer and Hawkins Kennedy tests ให้ผลบวก

Exclusion criteria

- ผู้ป่วยที่มีประวัติข้อไหล่หลุด กระดูกข้อไหล่หัก หรือไหล่ติด
- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection ไม่เกิน 3 เดือน
- ผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่จากสาเหตุอื่นๆ เช่น กระดูกต้นคอ Acromioclavicular joint และ Frozen shoulder
- ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการฉีดยาเฉพาะที่ เช่น ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด
- ผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ แขนข้างที่ถนัด แขนข้างที่เป็นระยะเวลาที่มีอาการ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การประเมินผลความเจ็บปวดโดยใช้ Visual Analog Scale (VAS) ตั้งแต่ 0 ถึง 100 มิลลิเมตร และ Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความเจ็บปวดและความสามารถในการใช้งานของข้อไหล่ โดยแบ่งเป็น Pain scale และ Disability scale โดยบันทึกผลของการรักษาที่ 2 และ 6 สัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับการแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่มจากพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ กลุ่ม A ได้รับ Subacromial corticosteroid injection โดยใช้ Triamcinolone acetonide ความเข้มข้น 10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตรจำนวน 2 มิลลิลิตรผสมกับ 1% Lidocaine จำนวน 8 มิลลิลิตร กลุ่ม B ได้รับ Subacromial corticosteroid injection โดยใช้ Triamcinolone acetonide ความเข้มข้น 10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร จำนวน 4 มิลลิลิตร ผสมกับ 1% Lidocaine จำนวน 6 มิลลิลิตร ปริมาตรรวม 10 มิลลิลิตร ทั้ง 2 กลุ่ม โดยพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกเป็นผู้จัดเตรียมยาฉีดดังกล่าว ตำแหน่งที่ฉีดยาอยู่ตรงบริเวณใต้ต่อปุ่มกระดูก Acromion ทางด้านหลังขณะที่ฉีดเข็มไปทางด้านหน้าเพื่อให้ยาเข้าสู่ช่อง Subacromial bursa หลังจากนั้นสังเกตอาการหรือภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้น และแนะนำการปฏิบัติตัวรวมถึงทำกายบริหารข้อไหล่

สถิติที่ใช้

รูปแบบของงานวิจัยเป็น Prospective randomized controlled trial study โดยสถิติที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา จะนำเสนอโดยใช้ตารางแจกแจงความถี่ร้อยละเมื่อข้อมูลเป็นแบบจำนวน หากเป็นข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความเจ็บปวด และหน้าที่ของข้อไหล่หลังได้รับการรักษาโดยวิธี Subacromial corticosteroid injection โดยสถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยโดยสถิติ Chi-square test



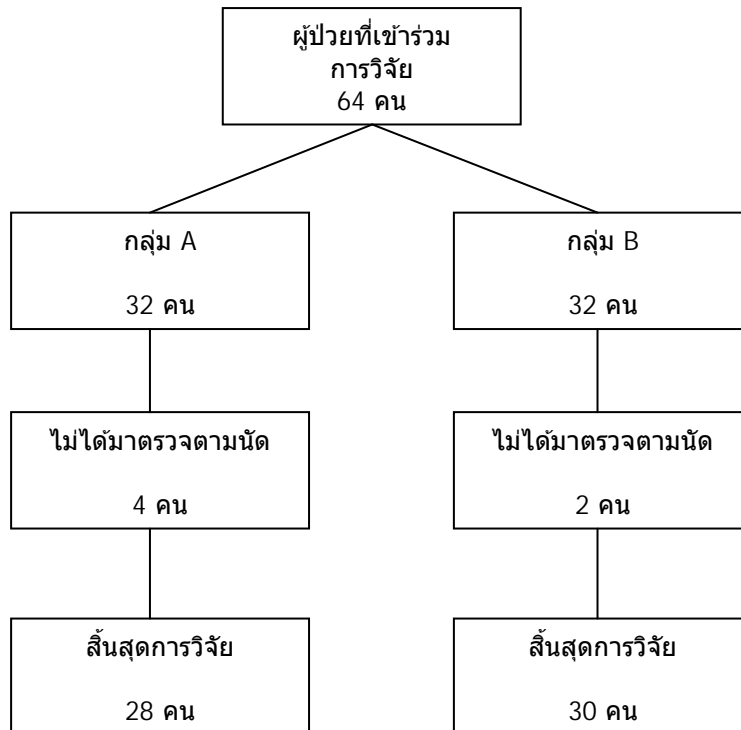
ผลการวิจัย

มีผู้ป่วยจำนวน 64 คนเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม A และกลุ่ม B กลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่ม A ได้รับการรักษาด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection โดยใช้ Triamcinolone acetonide 20 มิลลิกรัม กลุ่ม B ได้รับการรักษาด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection โดยใช้ Triamcinolone acetonide 40 มิลลิกรัม มีผู้ป่วย จำนวน 6 คน ไม่ได้มารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง เหลือผู้ป่วยจำนวน 58 คนเข้าร่วมจนถึงสิ้นสุดการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่ม A 28 คน และกลุ่ม B 30 คน (แผนภูมิ 1)

แผนภูมิ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย

กลุ่ม A ได้รับ Triamcinolone acetonide 20 มิลลิกรัม

กลุ่ม B ได้รับ Triamcinolone acetonide 40 มิลลิกรัม



เมื่อดูจากข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้านเพศ อายุเฉลี่ย แขนข้างที่ถนัด แขนข้างที่มีอาการ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉลี่ย (ตาราง 1)



ตาราง 1 เปรียบเทียบข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย

ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย	กลุ่ม A		กลุ่ม B		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	9	32.14	12	40	.534
หญิง	19	67.86	18	60	
อายุ					
ปี (SD)	49.11(9.16)		47.73(9.34)		.574
แขนข้างที่ถนัด					
ขวา	24	85.71	23	76.67	.380
ซ้าย	4	14.29	7	23.33	
แขนข้างที่เป็น					
ขวา	17	60.17	21	70	.457
ซ้าย	11	39.21	9	30	
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ					
สัปดาห์ (SD)	11.07(6.35)		13.23(9.93)		.331

เมื่อดูค่าเฉลี่ย VAS และ SPADI ก่อนให้การรักษาในผู้ป่วยกลุ่ม A คือ 62.07 (10.29) และ 55.11(9.90) ส่วนในผู้ป่วยกลุ่ม B คือ 64.73 (10.23) และ 57.36 (9.88) ตามลำดับ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2)

ผลการรักษาที่ 2 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ย VAS คือ 31.36 (9.83) ในผู้ป่วยกลุ่ม A และ 28.80 (10.27) ในผู้ป่วยกลุ่ม B ส่วนค่าเฉลี่ย SPADI คือ 29.26 (9.43) ในผู้ป่วยกลุ่ม A และ 26.18 (8.06) ในผู้ป่วยกลุ่ม B สังเกตได้ว่า ค่าเฉลี่ยทั้ง VAS และ SPADI ในผู้ป่วยกลุ่ม B น้อยกว่ากลุ่ม A แต่เมื่อมาคำนวณทางสถิติ ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (ตาราง 2)

ผลการรักษาที่ 6 สัปดาห์ เมื่อดูค่าเฉลี่ย VAS และ SPADI ในผู้ป่วยกลุ่ม A คือ 24.29 (9.41) และ 22.83 (9.31) ส่วนในผู้ป่วย กลุ่ม B คือ 26.07 (9.49) และ 23.05 (8.47) ตามลำดับ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆจนสิ้นสุดการวิจัย



ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของ VAS และ SPADI ก่อนเริ่มการรักษา และที่ 2 กับ 6 สัปดาห์หลังการรักษา

ข้อมูล	กลุ่ม A	กลุ่ม B	p-value
	mean (SD)	mean (SD)	
ก่อนเริ่มการรักษา			
VAS	62.07 (10.29)	64.73 (10.23)	.328
SPADI	55.11 (9.90)	57.36 (9.88)	.391
ที่ 2 สัปดาห์			
VAS	31.36 (9.83)	28.80 (10.27)	.338
SPADI	29.26 (9.43)	26.18 (8.06)	.186
ที่ 6 สัปดาห์			
VAS	24.29 (9.41)	26.07 (9.49)	.476
SPADI	22.83 (9.31)	23.05 (8.47)	.924

อภิปรายผลการวิจัย

Shoulder impingement syndrome เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่ สาเหตุเกิดจากการอักเสบของเส้นเอ็นหัวไหล่ร่วมกับการถูกหนีบโดยช่องเหนือหัวไหล่ (Subacromial space) ซึ่งพบว่าการรักษา Shoulder impingement syndrome ด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection นั้นได้ผลเป็นที่น่าพอใจ^{6,7} สารที่มีการแนะนำให้ใช้ในการรักษามีหลายตัวเช่น Methylprednisolone diacetate (Depo-Medrol) Prednisolone tebutate (Hydeltra-TBA) Triamcinolone acetonide (Kenalog) และ Betamethasone acetate (Celestone Soluspan) เป็นต้น

ในประเทศไทยสาร Corticosteroid ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากหาได้ง่ายและมีราคาถูก คือ Triamcinolone acetonide ซึ่งมีการศึกษาพบว่าได้ผลการรักษาที่ดีเช่นกัน⁸ ขนาดของยาที่ได้รับการแนะนำมีหลายขนาด เช่น 5-40 มิลลิกรัมแนะนำโดย Cush and Kavanaugh 20 มิลลิกรัมแนะนำโดย Saunders 5-40 มิลลิกรัมแนะนำโดย Noerdlinger and Fadale และ 40-80 มิลลิกรัมแนะนำโดย Moore⁹ แต่การใช้ยาในขนาดสูงย่อมมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการใช้ยาในขนาดที่เหมาะสม ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ Subcutaneous fat necrosis, Local skin depigmentation, Muscle atrophy รวมถึง Tendon rupture¹⁰ มีการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนการรักษาด้วย Triamcinolone acetonide 40 มิลลิกรัม^{9,11,12} แต่การรักษาด้วย Triamcinolone acetonide 20 มิลลิกรัมก็พบว่าได้ผลดีเช่นกัน^{13,14} สำหรับระยะเวลาที่เลือกใช้ในการวิจัยนั้น เนื่องจากมีรายงานว่า Triamcinolone acetonide มีระยะเวลาการออกฤทธิ์อยู่ที่ 2-4 สัปดาห์^{13,15} ดังนั้นระยะเวลา 6 สัปดาห์ที่ใช้ในการศึกษานี้น่าจะเพียงพอต่อการติดตามผลการรักษา

แบบสอบถาม Shoulder Pain and Disability Index (SPADI) ประกอบด้วย Pain scale และ Disability scale สามารถบอกถึงความเจ็บปวดและความสามารถของข้อไหล่ในการทำกิจกรรมประจำวัน ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ SPADI เป็นตัวชี้วัดเนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่เข้าใจง่าย มีลักษณะคล้าย Visual Analog Scale ประกอบกับมีรายงานสนับสนุนว่า SPADI มี sensitivity และ specificity ต่อ Subacromial shoulder pain มากกว่าแบบสอบถามอื่น^{16,17}

จากการวิจัยนี้พบว่า ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุเฉลี่ย แขนข้างที่ถนัด แขนข้างที่เป็น และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการโดยเฉลี่ย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม และเมื่อดูค่า VAS และ SPADI ก่อนได้รับการรักษาก็ไม่พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ผลของการรักษาของทั้งสองกลุ่มที่ 2 และ 6 สัปดาห์ พบว่าค่า VAS และ SPADI ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มลดลงจากก่อนการรักษาประมาณ 50% แต่ผลของการรักษาด้วย Triamcinolone acetonide 20 มิลลิกรัม เมื่อเทียบกับ 40 มิลลิกรัม ที่ 2 และ 6 สัปดาห์ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการวิจัยของ Saunders¹³ และ Hong J¹⁴ ซึ่งสนับสนุนว่าการรักษาด้วย Triamcinolone acetonide 20 มิลลิกรัม นั้นได้ผลดี ดังนั้นการวิจัยนี้จึงสนับสนุนว่าการใช้ Corticosteroid ขนาดที่เหมาะสมนั้นได้ผลไม่แตกต่างจากการใช้ Corticosteroid ในขนาดที่สูงกว่า และสามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

สรุป

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้สนับสนุนว่าการรักษา Shoulder impingement syndrome ด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection โดยใช้ Triamcinolone acetonide ขนาด 20 มิลลิกรัม นั้นได้ผลดีไม่แตกต่างกับ Triamcinolone acetonide ขนาด 40 มิลลิกรัม ดังนั้นจึงควรพิจารณาใช้ Triamcinolone acetonide ขนาด 20 มิลลิกรัม ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธี Subacromial corticosteroid injection เป็นครั้งแรกน่าจะได้ผลการรักษาที่ดีและสามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์พิชัย ศิริพรพาณิชย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกำแพงเพชร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Windt DA van der , Koes BW , Jong BA de , and Bouter LM. Shoulder disorders ingeneral practice: incidence, patient characteristics and management. Ann Rheum Dis 1995, 54:959–64.
2. Bigliani LU, Levine WN. Subacromial impingement syndrome. J Bone Joint SurgAm 1997;79:1854-68.
3. Plafki C, Steffen R, Willburger RE, Wittenberg RH. Local anaesthetic injection with and without corticosteroids for subacromialimpingement syndrome. IntOrthop 2000;24:40-2.
4. Arroll B, Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painfulshoulder: a meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55:224-8.
5. Williams JW Jr, Holleman DR Jr, Simel DL. Measuring shoulder function with the Shoulder Pain and Disability Index. J Rheumato 1995;22:727-32.
6. Dong W, Goost H, Lin XB, Burger C, Paul C, Wang ZL. Treatments for Shoulder Impingement Syndrome: A PRISMA Systematic Review and Network Meta-Analysis. Medicine (Baltimore). 2015 Mar. 94(10):e510.



7. Akgun K, Birtane M, Akarirmak U. Is local subacromial corticosteroid injection beneficial in subacromial impingement syndrome? *Clinical Rheumatology* 2004;23:496–500.
8. Blair B, Rokito AS, Cuomo F, Jarolem K, Zuckerman JD. Efficacy of injections of corticosteroids for subacromial impingement syndrome. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:1685-9.
9. Skedros JG, Hunt KJ, Pitts TC. Variations in corticosteroid/anesthetic injections for painful shoulder conditions: comparisons among orthopaedic surgeons, rheumatologists, and physical medicine and primary-care physicians. *BMC Musculoskelet Disord* 2007;8:63.
10. Holland C, Jaeger L, Smentkowski U, Weber B, Otto C. Septic and aseptic complications of corticosteroid injections. *DtschArzteblatt Int.* 2012;109:425-30.
11. Noerdlinger MA, Fadale PD. The role of injectable corticosteroids in orthopedics. *Orthopedics* 2001; 24: 400-05.
12. Moore G. Arthrocentesis Technique and Intraarticular Therapy. In : Koopman WJ, editors. *Arthritis and Allied Conditions : A Textbook of Rheumatology Volume 1.* 14th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 848-59.
13. Saunders S. *Injection techniques in orthopaedic and sports medicine.* 2nd ed. London: W.B. Saunders; 2002.
14. Hong J, Yoon S, Moon D, Kwack K, Joen B, Lee H. Comparison of high- and low-dose Corticosteroid in subacromial Injection for periarticular shoulder disorder: A randomized, triple-blind, placebo-controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92(12):1951-60.
15. Caldwell JR. Intra-articular corticosteroids. Guide to selection and indications for use. *Drugs* 1996; 52:507-14.
16. Engebretsen K, Grotle M, Bautz-Hollter E, Ekeberg OM, Brox JI. Determinants of the shoulder pain and disability index in patients with subacromial shoulder pain. *J Rehabil Med* 2010; 42: 499–505
17. Cloke D, Lynn S, Watson H. A comparison of functional, patient based scores in subacromial impingement. *J Shoulder Elbow Surg* 2005; 14: 380–384.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษา
ตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร

**The relationship between food for diabetes knowledge and dietary habits of diabetic patient in
Kamphaengphet hospital**

รัตนา ห้องหิรัญ, วท.ม.*

Abstract

Public health behavior changes based on the development of society. The conditions of non - communicable diseases is increasing. The treatment is based on self-care behaviors of diabetic patients is important. The purpose of this research was to assess the relationship between food for diabetes knowledge and dietary habits. Questionnaires data collection of 381 diabetic patients who receive treatment at Kamphaengphet hospital (1 Oct 2014 – 29 Feb 2015) about personal appearance, knowledge and dietary habits showed 40-60 score of food for diabetes knowledge and 66-87 score of dietary habits. In conclusion, diabetic patients have food for diabetes knowledge and dietary habits in very well level, but after analysis the result show that, food for diabetes knowledge and dietary habits aren't have correlation with statistical significance ($p < 0.05$). This study show that, diabetic patients with good level in food for diabetes knowledge not necessary to have good dietary habits.

This study show most diabetic patient who have good knowledge. But some knowledge needs to be improved in order to affect their dietary habits. Researcher suggested that there is a need to nutrition education for diabetic patient and relatives of patients.

Keyword : diabetic patient, food for diabetes knowledge, dietary habits.



บทคัดย่อ

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาของสังคม ส่งผลให้ประชาชนเกิดสภาวะโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น ในการรักษาโรคขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสำคัญ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 381 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2558 โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีคะแนนความรู้รวมอยู่ในช่วง 46 - 60 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารรวมอยู่ในช่วง 66-87 คะแนน สรุปได้ว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์แล้วพบว่า ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p < .05$) แสดงว่า ผู้ที่มีความรู้เรื่องอาหารเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่จำเป็นว่าจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ดีตามไปด้วย

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ดี ส่วนใหญ่ก็จะมีพฤติกรรมที่ดี แต่ยังคงขาดความรู้ในบางเรื่อง ส่งผลให้การทำพฤติกรรมในเรื่องนั้นๆ ผิดพลาดไป จึงควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวานแก่ผู้ป่วย และญาติที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยเน้นในเรื่องที่ผู้ป่วยยังขาดความรู้ และความเข้าใจ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทที่ไม่ค่อยรับประทาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี และวิทยาการทางการแพทย์ของประเทศ ทำให้วิถีการดำรงชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชากรโลกทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีภาวะเบาหวานอย่างน้อย 171 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 366 ล้านคน ในอีก 30 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น คาดว่าจะเพิ่มจาก 58.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 ไปถึง 101 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573¹ สำหรับประเทศไทย สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ได้ติดตามเฝ้าระวังปัญหาการเจ็บป่วยของคนไทยตลอดปี พ.ศ. 2551 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนทั้งสิ้น 645,620 คน และยังพบว่าผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้ชายเกือบสองเท่า จากการเปรียบเทียบข้อมูลทุก 10 ปี คือ ในปี พ.ศ. 2529 มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 33 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 100 ในปี พ.ศ. 2539 และเพิ่มสูงถึง 586.8 ในปี พ.ศ. 2549 จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยในอนาคต²

จังหวัดกำแพงเพชร พบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น จากในปี พ.ศ. 2545 มีอัตราป่วย 180.5 อัตราตาย 5.74 ต่อแสนประชากร และได้เพิ่มขึ้นเป็น 976.9 และ 12.56 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2555 ตามลำดับ³ และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 1,684 ราย ปี พ.ศ. 2551 จำนวน 1,848 ราย ปี พ.ศ. 2552 จำนวน 2,148 ราย ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 2,305 ราย ปี พ.ศ. 2554 จำนวน 2,656 ราย และในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 2,808 ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี⁴

ความสำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน อยู่ที่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สำคัญยิ่งกว่าการรักษาจากแพทย์ เพราะถ้าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม จริงจัง และต่อเนื่อง นอกจากผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขแล้ว ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแล้วยังเพิ่มสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัวอีกด้วย การควบคุมโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองเป็นสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การใช้พลังงานในร่างกาย การรับประทานยา และการตรวจตามนัด⁵ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องดูแลสุขภาพตนเองเพื่อต่อสู้กับโรคเบาหวานตลอดไปทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยการดูแลจัดการเรื่องเบาหวานต้องอาศัยความร่วมมือของตัวผู้ป่วยเอง (Primary Self Care)⁶ และจะต้องมีการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน⁷ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานทราบดีว่า การควบคุมอาหารที่ถูกต้องทั้งปริมาณและชนิดของอาหารจะช่วยทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ผลดียิ่งขึ้น แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะมีปัญหาในการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ซึ่งเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายประการ และความรู้ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเพราะเป็นพื้นฐานในตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม⁸ และจากการที่ผู้วิจัยได้มีการให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผิดพลาด ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดยังเพิ่มขึ้นอยู่เสมอ ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่เสมอ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหารเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดี และเหมาะสมแก่โรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องอาหารเบาหวานและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหารเบาหวานกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร



กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 8017 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Yamane ได้จำนวน 381 คน นำมาแบ่งตามสัดส่วนของประชากรผู้ป่วยเบาหวานแต่ละตึกโดยใช้วิธีการคำนวณการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ซึ่งมีสัดส่วนดังนี้ ตึกอายุรกรรมชาย ร้อยละ 30 (114 คน) ตึกอายุรกรรมหญิง ร้อยละ 30 (114 คน) ตึกพิเศษ (5 ชั้น) ร้อยละ 20 (77 คน) ตึกศัลยกรรม (4 ชั้น) ร้อยละ 16 (61 คน) ตึกสงฆ์อาพาธ ร้อยละ 4 (15 คน) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีลักษณะแบบเลือกตอบและแบบเติมข้อความ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาหารโรคเบาหวาน ซึ่งมีลักษณะแบบเลือกตอบคำตอบที่ถูกต้องเพียงหนึ่งคำตอบ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 22 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกวัน 5-6 วันต่อสัปดาห์ 3-4 วันต่อสัปดาห์ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่เคยปฏิบัติ

แล้วนำแบบสอบถาม ที่ได้รับการตรวจคุณภาพเครื่องมือแล้ว ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 381 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2558 เก็บข้อมูลได้ครบ 381 คน มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติต่างๆดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน วัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความแปรตามด้วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการวิจัย

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก เป็นเพศหญิง จำนวน 234 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 และเพศชาย จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 38.60 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 54.9 มีสถานภาพสมรส จำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 76.9 จบชั้นประถมศึกษา จำนวน 247 คน คิดเป็นร้อยละ 64.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 44.6 และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 4,000 บาท จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 40.16

ตาราง 1 แสดงค่าความถี่ และค่าร้อยละ ช่วงคะแนนความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ช่วงคะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ
16-30	9	2.40
31-45	47	12.30
46-60	235	61.70
61-75	90	23.60
รวม	381	100.00



จากตารางผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 46 - 60 คะแนน (ร้อยละ 61-80 ของคะแนนรวม) จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 61.70 สรุปได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีความรู้เรื่องอาหารเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ดี

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้ของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อ

ความรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ระดับความรู้
1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรจำกัดอาหารประเภทใด	4.15	1.88	สูง
2. ข้าวชนิดใดมีน้ำตาลสูงกว่ากัน	4.50	1.50	สูง
3. ในผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกรับประทานขนมปังชนิดใด	1.19	2.14	ต่ำ
4. ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ชนิดใด	4.49	1.52	สูง
5. อาหารประเภทใดที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรรับประทานบ่อย	4.57	1.41	สูงมาก
6. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถกินผักชนิดใดอย่างไม่จำกัดปริมาณ	3.44	2.32	ปานกลาง
7. ผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานผักอย่างน้อยวันละกี่ทัพพี	0.24	1.06	ต่ำมาก
8. ผลไม้ชนิดใดที่ผู้ป่วยเบาหวานห้ามรับประทาน	4.82	.94	สูงมาก
9. น้ำมันพืชชนิดใดที่ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกใช้ในการปรุงประกอบอาหาร	2.18	2.48	ต่ำ
10. อาหารชนิดใดใช้น้ำมันในการปรุงประกอบน้อยที่สุด	4.33	1.71	สูง
11. อาหารชนิดใดต่อไปนี้ที่คนเป็นโรคเบาหวานไม่ควรรับประทาน	3.61	2.24	ปานกลาง
12. ผู้ป่วยเบาหวานควรเลือกรับประทานอาหารชนิดใด	4.57	1.41	สูงมาก
13. นมประเภทใดที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดื่มได้	4.74	1.12	สูงมาก
14. เครื่องดื่มที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรรับประทาน	4.82	.94	สูงมาก
15. กรณีผู้ป่วยเบาหวานที่ดื่มกาแฟควรเลือกดื่มกาแฟชนิดใด	3.81	2.14	สูง

เมื่อวิเคราะห์แบบสอบถามเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยคะแนนในข้อ 7. ปริมาณผักที่ควรรับประทาน อยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก แสดงว่า ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ทราบว่าในหนึ่งวันควรรับประทานผักในปริมาณใด และมีค่าเฉลี่ยคะแนนในข้อ 3. ชนิดของขนมปังที่ควรรับประทาน และข้อ 9. ชนิดของน้ำมันพืชที่ควรเลือกใช้ในเกณฑ์ต่ำ

ตาราง 3 แสดงค่าความถี่ และค่าร้อยละ ช่วงคะแนนพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถาม

ช่วงคะแนนพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
44-65	39	10.20
66-87	323	84.80
88-110	19	5.00
รวม	381	100.00

จากตาราง 3 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมาก มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 66-87 คะแนน (ร้อยละ 61-80 ของคะแนนรวม) จำนวน 323 คน คิดเป็นร้อยละ 84.80 สรุปได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี



ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมของผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อ

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ระดับพฤติกรรม
1. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อในเวลาใกล้เคียงกันทุกวัน	4.20	1.25	สูง
2. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 5 มื้อ ทุกมื้อ	3.84	1.32	สูง
3. ท่านไม่รับประทานอาหารเช้าระหว่างมื้อ	2.96	1.50	ปานกลาง
4. ท่านดื่มน้ำ 6-8 แก้ว ต่อวัน	4.09	1.31	สูง
5. ท่านรับประทานอาหารเช้าประเภทข้าวแป้งประมาณ 1-2 ทัพพีในแต่ละมื้อ	3.97	1.34	สูง
6. ท่านรับประทานข้าวไม่ขัดสี เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง เป็นประจำ	2.07	1.43	ต่ำ
7. ท่านรับประทานเส้น ถั่วเขียว บะหมี่ เป็นประจำ	2.26	1.14	ต่ำ
8. ท่านไม่รับประทานข้าวที่ขัดสีเช่น ข้าวเหนียว ขนมนึ่งขาว	2.94	1.59	ปานกลาง
9. ท่านรับประทานผัก ประเภทผักใบที่ปรุงสุกแล้วมีอยู่ประมาณ 2-3 ทัพพี	2.81	1.38	ปานกลาง
10. ท่านไม่รับประทานผลไม้ประเภท องุ่น ทูเรียน ลำไย มะม่วงสุก	3.80	1.21	สูง
11. ท่านรับประทานผลไม้ประเภท ชมพู แอปเปิ้ล ฝรั่ง	2.39	1.14	ต่ำ
12. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ประเภท หมู เนื้อ ไก่ ที่ไม่ติดหนังติดมัน	2.57	1.22	ปานกลาง
13. ท่านไม่รับประทานเนื้อสัตว์ประเภท หมู เนื้อ ไก่ที่ติดหนังติดมัน	3.55	1.30	สูง
14. ท่านไม่รับประทานแกงกะทิ	4.13	1.08	สูง
15. ท่านไม่รับประทานอาหารทอด และอาหารชุบแป้งทอด เช่น ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยว ข้าวเม่าทอด	3.69	1.12	สูง
16. ท่านไม่รับประทานของขบเคี้ยวทอดกรอบ	4.29	.97	สูง
17. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.65	.92	สูงมาก
18. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โอเลี้ยง เป็นประจำ	4.11	1.10	สูง
19. ท่านไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น กาแฟ ไมโล เป็นต้น	3.87	1.45	สูง
20. ท่านไม่รับประทานขนมหวาน และขนมเชื่อมต่างๆ เช่น ทองหยิบ ขนมนึ่ง ส้มขี้ลิง ลอดช่อง ฯลฯ	3.86	1.10	สูง
21. ท่านใช้สารให้ความหวาน หรือน้ำตาลเทียมทดแทนน้ำตาลในอาหารและเครื่องดื่ม	1.55	1.09	ต่ำ
22. ท่านไม่เติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำตาลทราย มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ช้อนชา เมื่อรับประทานอาหารเช้า เช่น ถั่วเขียว ผัดซีอิ้ว เป็นต้น	4.45	.94	สูง

เมื่อวิเคราะห์แบบสอบถามเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยคะแนนในข้อ 6.รับประทานข้าวไม่ขัดสี ข้อ 7.รับประทานแป้งชนิดอื่นนอกจากข้าว ข้อ 11.รับประทานผลไม้รสไม่หวาน ข้อ 21.การใช้สารให้ความหวานหรือน้ำตาลเทียม อยู่ในเกณฑ์ต่ำ แสดงว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังข้อข้างต้นน้อยมาก



ตาราง 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของการได้รับความรู้เรื่องอาหาร เบาหวาน และพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

		รวมคะแนนความรู้
รวมคะแนนพฤติกรรม	Pearson Correlation	.076
	Sig. (2-tailed)	.138
	N	381

จากตารางเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

จากผลรวมคะแนนความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน และผลรวมคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เมื่อนำมา วิเคราะห์ความสัมพันธ์แล้ว พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเบาหวานและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($p < .05$) แสดงว่า ผู้ที่มีความรู้เรื่องอาหารเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ดี ไม่จำเป็นว่าจะ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ดีตามไปด้วย

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหารเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับพฤติกรรมการ บริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัด กำแพงเพชร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องอาหารเบาหวานและพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยเบาหวาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องอาหารเบาหวานกับพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 381 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2557 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2558 มีผลการวิจัยดังนี้ ความรู้เรื่อง อาหารเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร หมายความว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้เรื่องอาหาร เบาหวานอยู่ในระดับดีถึงดีมาก อาจจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำ ปานกลางหรือดีก็ได้ ทั้งนี้เป็น เพราะว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับ ความเชื่อ ทศนคติที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วยอีกด้วย สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสออด จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก ($r = .186$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01⁹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาโครงสร้างของการรับรู้ประ โยชน์และอุปสรรคในการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยสถานการณ์ของการรับรู้ประ โยชน์และอุปสรรคในผู้ป่วย โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเอง¹⁰

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน อยู่ในระดับดีถึงดีมาก แต่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เป็นเพราะว่า พฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ทศนคติที่มีอยู่ เดิมของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ จึงควรมี การวิจัยต่อไปในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ และศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและทศนคติเพิ่มขึ้นด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง: สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย. นครปฐม. สหพัฒนไพศาล;2553.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล . สุขภาพคนไทย 2553: วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาสนครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
3. รังสันต์ ชัยกิจอำนวยโชค. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 2557. [PowerPoint]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2558] เข้าถึงจาก kpo.moph.go.th/webkpo/slide/meeting_1_2014/kphospital.pptx
4. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. ข้อมูล ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2558.
5. สุนทรา หิรัญวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน: ศึกษาเฉพาะใน โรงพยาบาลแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล;2538.
6. มันทนา ประทีปะเสน และวงเดือน ปันดี. อาหารกับ: โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2542.
7. Bhensri Naemiratch, Lenore Manderson. Control and adherence. Living with diabetes in Bangkok, Thailand. Social Science & Medicine, 2006;1147-57.
8. มยุรา อินทรบุตร และเบญจา มุกตพันธุ์. การรับรู้และการปฏิบัติด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานประเภทที่ 2. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2550; 22(3):283-90
9. อโณทัย เหล่าเที่ยง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรงพยาบาลฮอด จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2548.
10. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Structural role of perceived benefits and barriers to self-care in patients with diabetes. J Educ Health Promot. 2013 Jul 31;2:37.

การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ: กรณีศึกษา

Anesthetic Nursing Care for Hepatic Resection Surgery in Hepatocellular Carcinoma (HCC)

Patient: A case study

สุปราณี อุดมรัตน์ศิริชัย, ป.พ.ส.*

Abstract

Hepatic resection surgery for Hepatocellular Carcinoma patient is curative treatment. There is the complicate major surgery. Patient are at high risk of massive perioperative blood loss and uncontrollable bleeding which is a risk factor for post-operative liver failure. So the nurse anesthetist and anesthetic team are critical to have a comprehensive knowledge of anatomy physiology of the liver cancer. The nurse anesthetist in coordinated with the anesthesiologist are to evaluate the risk of the patient and plan all the process of anesthesia. These have contributed to reduce complications and mortality rate from the operation.

The case study of the 67 year-old Thai male presented to the hospital with symptom of fatigue ,significant weight loss ,bloating and lump below the right costal margin. His diagnosis was Hepatocellular Carcinoma (HCC). He underwent the surgery exploratory laparotomy and Right lobe hepatic resection (segment 5).The nurse anesthetist in coordinated with the anesthesiologist plan all the process of anesthesia and provided pre-anesthetic ,peri-anesthetic and post-anesthetic nursing care.A result the patient was safe no complication from the surgery and anesthesia.

Keywords : Hepatocellular Carcinoma, Hepatic resection surgery ,Anesthetic nursing care



บทคัดย่อ

การผ่าตัดมะเร็งเซลล์ตับ เป็นการรักษาที่หวังผลให้หายขาดจากโรคมะเร็งตับ แต่การผ่าตัดตับเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงอาจทำให้เกิดตับวายหลังผ่าตัดจากการสูญเสียเลือดเป็นจำนวนมากได้ รายงานการศึกษานี้นำเสนอผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี มาโรงพยาบาลตามแพทย์นัด เพื่อผ่าตัดตับแบบเปิดทางหน้าท้อง ผู้ป่วยให้ประวัติว่า คลำพบก้อนใต้ชายโครงขวา ท้องอืด น้ำหนักลด 5 กิโลกรัม 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเซลล์ตับจากผลอัลตราซาวด์ และผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กรณีศึกษารายนี้ได้รับการเยี่ยมชมก่อนการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย เฝ้าระวังขณะให้การระงับความรู้สึก และติดตามเยี่ยมหลังการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยวิกฤตและที่หอผู้ป่วย พบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดมยาสลบเพื่อการผ่าตัด และผลกระทบหลังผ่าตัด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัดหลังผ่าตัด ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ได้รับการจัดการอาการปวดที่มีประสิทธิภาพ สามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย รวมระยะเวลาผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งเซลล์ตับ การผ่าตัดตับ การพยาบาลวิสัญญี

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเซลล์ตับ (Hepatocellular Carcinoma : HCC) เป็นมะเร็งปฐมภูมิชนิดร้ายแรงของเซลล์ตับเอง ส่วนใหญ่พบร่วมกับโรคตับแข็ง เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดของตับ และพบมากเป็นอันดับที่ 5 ของมะเร็งทั้งหมด พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า¹ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเซลล์ตับเป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 3 ในเพศหญิง และมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง¹ มะเร็งเซลล์ตับมีลักษณะการเจริญหลายรูปแบบจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ตับทั้งภายใน และโครงสร้างรูปลักษณะภายนอก ระยะของโรคแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะแรก ก้อนเนื้องอกมีขนาดเล็กและมีเพียง 1 ก้อน ระยะที่ 2 มีการลุกลามของก้อนเนื้องอกเข้าหลอดเลือดในตับ มีหลายก้อนแต่ก้อนยังเล็ก ระยะที่ 3 ก้อนโตมากลุกลามเข้าเนื้อเยื่อข้างเคียงตับหรือเข้าหลอดเลือดดำใหญ่ในช่องท้อง และระยะที่ 4 โรคมะเร็งแพร่กระจายไปตามกระแสโลหิตและอวัยวะอื่น³ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ โรคตับแข็งจากทุกๆ สาเหตุ เช่น การดื่มสุรา การได้รับสารก่อมะเร็ง² อะฟลาทอกซิน ในโตรซามิน และการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี เมื่อร่างกายรับสารก่อมะเร็งทำให้เกิดตับอักเสบ มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและขนาดเซลล์จะมีการเจริญเติบโตแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงเซลล์ตับลดลงเกิดเนื้อตายในตับ ซึ่งหลายรายเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งตับก่อนอายุ 50 ปี

มะเร็งตับระยะแรกจะไม่มีอาการและอาการแสดงที่เด่นชัด ผู้ป่วยจะรู้สึกท้องอืด ปวดท้อง ระยะหลังอาการรุนแรงมากขึ้น มีอาการปวดท้องคลำพบก้อนใต้ชายโครงขวา ตา ตัวเหลือง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีอาการไอ หนาวสั่น หรือมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจากการแตกของก้อนมะเร็ง ทำให้เกิดอาการปวดท้องรุนแรง กดเจ็บชายโครงขวาได้สิ้นปี ความดันเลือดต่ำ และมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก วินิจฉัยได้จากประวัติ อาการและอาการแสดง

การทำอัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือถ่ายภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าร่วมกับผลการตรวจเลือดหาค่า Alfa-fetoprotein (AFP) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับ ต้องประเมินสถานะความรุนแรงของโรคตับ ขนาดก้อน และระยะของโรค สภาพผู้ป่วย โดยการรักษามี 2 วิธี คือ การรักษาแบบบรรเทา เช่น การฉีดแอลกอฮอล์เข้าก้อนมะเร็ง การทำลายก้อนมะเร็งด้วยความร้อน และการใช้สารเคมีบำบัด เป็นต้น วิธีที่ 2 รักษาโดยการผ่าตัดก้อนมะเร็งเซลล์ตับ เป็นการผ่าตัดที่สามารถหวังผลให้หายขาด โดยพิจารณาจากขนาดของก้อนมะเร็งไม่เกิน 5 เซนติเมตรและไม่แพร่ไปยังเส้นเลือดสำคัญหรืออวัยวะอื่น แต่การผ่าตัดตับเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง จากการสูญเสียเลือดปริมาณมาก ขณะผ่าตัด การควบคุมการหยุดเลือดเป็นไปได้ยาก อาจพบภาวะตับวายหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดตับในผู้ป่วยมะเร็งเซลล์ตับจึงมีความสำคัญควบคู่กันไป

การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเซลล์ตับมี 3 ขั้นตอน คือ การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังระงับความรู้สึก โดยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ควรตรวจเช็กผู้ป่วย เพื่อประเมินสถานะความรุนแรงของโรค ความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ⁴ บ่งชี้ปัญหาความต้องการและวางแผนการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด จะมีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการระงับความรู้สึก ดังนั้น พยาบาลต้องทำความเข้าใจถึงความวิตกกังวลเหล่านั้น เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย และอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนในการให้ยาระงับความรู้สึก และสภาพหลังผ่าตัด⁵ รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดที่เหมาะสม ระงับความรู้สึกผู้ป่วยทั่วร่างกายด้วยเทคนิค Balanced ใส่ท่อช่วยหายใจ เลือกใช้ยาระงับความรู้สึกที่ไม่เป็นพิษต่อตับและบริหารยาอย่างระมัดระวัง ใช้เทคนิค Rapid sequence induction เพื่อหลีกเลี่ยงการสูดสำลักในช่วง Induction และ Intubation ที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำในช่องท้องมาก เฝาระวังสัญญาณชีพ⁶ ความดันในหลอดเลือดแดง (IBP) ปริมาณเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่ (CVP) ควบคุมระดับความดันเลือดและระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดให้เป็นปกติ เพื่อรักษาปริมาณเลือดและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงตับ ผู้ป่วยที่ต้องช่วยหายใจหลังผ่าตัด จะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต เฝาระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จนกว่าผู้ป่วยจะฟื้นภาวะวิกฤตจึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ส่วนผู้ป่วยที่การผ่าตัดใช้เวลาไม่นานและไม่มีการสูญเสียเลือดจำนวนมากจะพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อตื่นดีจะได้รับการดูแลในห้องพักรฟื้นเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิด ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย

การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเซลล์ตับ ที่เป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อนจากตัวโรคเองและมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือดปริมาณมากอย่างเฉียบพลัน ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญ และความตื่นตัวตลอดเวลา ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกต้องประเมินความเสี่ยงจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ มีการวางแผนเตรียมยา สารน้ำ เลือด ส่วนประกอบของเลือด ให้การพยาบาลและเฝาระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึก รวมถึงการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สุขสบาย ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และอัตราการเสียชีวิต

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี มาโรงพยาบาลตามแพทย์นัด เพื่อผ่าตัดตับแบบเปิดทางหน้าท้อง ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน 6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัม คลำพบก้อนใต้ชายโครงขวา ท้องอืด แน่นท้อง ผลอัลตราซาวด์ พบ Liver mass Segment 5 ขนาด 3.5x5.5x4.5 เซนติเมตร และผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์



พบ Right lobe of Liver solid mass Segment 5 ขนาด 3.5x5.5x4.5 เซนติเมตร ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเซลล์ตับ จึงนำให้มาอนโรงพยาบาล เพื่อรับการผ่าตัด แรกแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร อ่อนเพลีย มีอาการท้องอืด คลำพบบ่อนใต้ชายโครงขวา สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นความดันโลหิตสูง 3 ปี รับประทานยาสมำเสมอ 5 ปีก่อนเคยมีอาการ ตัว ตา เหลือง แพทย์วินิจฉัยเป็นตับอักเสบ รักษา 7 วัน อาการดีขึ้น และไม่พบอาการผิดปกติ ประวัติแพ้ยา Penicillin ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุราทุกวันมาประมาณ 30 ปี หยุคดื่ม ประมาณ 5 ปี ปฏิเสธการผ่าตัดในอดีต ปฏิเสธการระงับความรู้สึกที่ผิดปกติของบุคคลในครอบครัว ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทางทรวงอก และคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ กลุ่มเลือด บี ผลการตรวจโลหิตวิทยาพบระดับเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ (98,000 IU/L) ผลตรวจการทำงานของตับและเอ็นไซม์ระดับสูงกว่าปกติ (SGOT 410 IU/L, SGPT 201 IU/L, ALP 63 IU/L)

แพทย์วางแผนการรักษาให้ผู้ป่วยงดน้ำอาหาร ยกเว้น ยาลดความดันโลหิต ใสสายสวนปัสสาวะคาเพื่อบันทึกจำนวนปริมาณน้ำเข้า-ออก ได้รับ Platelet 4 ยูนิต เพื่อเพิ่มระดับเกล็ดเลือด ให้สารน้ำ 5% D/N/2 1000 ซีซี ทางหลอดเลือดดำ เตรียมเลือด จอง PRC 6 ยูนิต FFP 6 ยูนิต PLT 6 ยูนิต จองเตียงหอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลวางแผนให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล ใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เทคนิค Rapid sequence induction โดยให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ 6 ลิตรประมาณ 3-5 นาที จากนั้นให้ยานำสลบ Thiopentone sodium 300 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ Succinyl choline 100 มิลลิกรัม ตามทันที ให้ผู้ช่วยกดบริเวณกระดูก cricoid ป้องกันการสำลัก หลังให้ Succinyl choline ครบ 60 วินาที จึงใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก โดยไม่ต้องช่วยหายใจ blow cuff ท่อช่วยหายใจตรวจดูตำแหน่งที่เหมาะสม โดยฟังลมผ่านปอดทั้งสองข้างให้เท่ากัน จึงคลายมือจากการกดกระดูก cricoid ควบคุมการหายใจด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อ cisatracurium ให้ยาแก้ปวด Fentanyl ผู้ป่วยได้รับการทำ Central line เพื่อประเมินปริมาณน้ำ และเลือดในร่างกายและ Arterial line เพื่อติดตามสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง และอัตราการเต้นของหัวใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การผ่าตัดใช้เวลา 4 ชั่วโมง ประเมินการเสียเลือด 1,200 ซีซี ได้รับการทดแทนด้วย PRC 4 ยูนิต FFP 4 ยูนิต PLT 4 ยูนิต ปริมาณปัสสาวะ 400 ซีซี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ภาวะพร่องทางออกซิเจน การไหลเวียนของเลือดดี จึงส่งไปห้องผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเฝ้าระวังต่อ ตรวจเยี่ยมประเมินสภาพผู้ป่วยภายหลังการให้การระงับความรู้สึกเพื่อติดตามประเมินผลและให้การพยาบาลระงับปวดหลังผ่าตัด สรุปปัญหาที่พบกรณีศึกษารายนี้ มีดังนี้

การพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึก

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดมยาสลบเพื่อการผ่าตัดและผลกระทบหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวลบอกว่ากลัวไม่ฟื้น ไม่เคยผ่าตัด กลัวเจ็บแผล

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ

- เกณฑ์การประเมิน
1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีอาการคลายความวิตกกังวล
 2. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด



กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกล่วงหน้า 1 วัน เพื่อประเมินปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อมาวางแผนการระงับความรู้สึกกับวิสัญญีแพทย์ พุดคุย แนะนำตนเอง ให้กำลังใจ ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล เมื่ออยู่ในห้องผ่าตัดจากทีมวิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์อย่างใกล้ชิด
 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก
 3. อธิบายขั้นตอนการเตรียมร่างกายที่ผู้ป่วยจะได้รับคืนก่อนวันผ่าตัด เช่น โกงขนทำความสะอาดร่างกาย งดอาหาร งดน้ำ งดยา งดเว้นยาลดความดันโลหิตก่อนเข้าห้องผ่าตัด
 4. อธิบายถึงการปฏิบัติตัวเมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด การเข้ารับการดูแลในห้องผู้ป่วยวิกฤต การใส่แผนการระงับความปวดด้วยวิธี Patient Control Analgesia (PCA) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
- การประเมินผล**
1. ผู้ป่วยแสดงอาการคลายความวิตกกังวล พุดคุย ชักถามสิ่งที่ตนเองกังวลใจ
 2. ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์รับฟังการใช้ PCA

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ

- ข้อมูลสนับสนุน**
1. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเซลล์ตับ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของตับลดลง
 2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Platelet 98,000 IU/L และ Platelet smear decrease
- วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นเพื่อลดภาวะเลือดออกง่าย
- เกณฑ์การประเมิน** ระดับเกล็ดเลือดอยู่ในเกณฑ์ มากกว่า 100,000 IU/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกอาการ สัญญาณชีพเพื่อประเมินภาวะเลือดออกก่อนผ่าตัดจากการแตกของก้อนมะเร็งตับ
2. ระมัดระวังเรื่อง การให้สารน้ำ การเจาะเลือด เพราะจะทำให้เกิดก้อนเลือดใต้ผิวหนังได้
3. ดูแลให้เกล็ดเลือดตามขั้นตอนและครบตามแผนการรักษา
4. บันทึกอาการและอาการแสดง สัญญาณชีพ ขณะและหลังให้เกล็ดเลือด
5. ประเมินผลหลังการให้เกล็ดเลือด

- ประเมินผลการพยาบาล**
1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เกล็ดเลือด
 2. ผลการตรวจเกล็ดเลือดซ้ำ เพิ่มขึ้นเป็น 110,000 IU/L

การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด

- ข้อมูลสนับสนุน**
1. ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดทางหน้าท้อง
 2. ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน 4 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดมีการสูญเสียเลือด 1,200 ซีซี
- วัตถุประสงค์** ไม่เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด



เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพ ความดันเลือด ไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที
2. ค่า Central venous pressure (CVP) อยู่ในช่วง 8-12 เซนติเมตรน้ำ
3. ปริมาณปัสสาวะออกอย่างน้อย 0.5 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. ค่าความเข้มข้นเลือด 30 เปอร์เซนต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบทีกสัญญาณชีพจากเครื่องมือฝาระวังอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินภาวะช็อก
2. อ่านค่า Central venous pressure (CVP) เพื่อดูปริมาณน้ำ และเลือดที่ไหลเวียนในร่างกาย
3. ตรวจสอบทีกจำนวนเลือดที่สูญเสียไป และตรวจดูความเข้มข้นของเลือดผู้ป่วยเป็นระยะๆ
4. ดูแลให้สารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือดทดแทนอย่างเพียงพอและรวดเร็ว
5. บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด
2. ความดันเลือด 107/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที
3. ค่า CVP 8 เซนติเมตรน้ำ
4. ผล ความเข้มข้นเลือด 30 เปอร์เซนต์
5. ปัสสาวะออก 400 มิลลิลิตร

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

- ข้อมูลสนับสนุน
1. ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia)
 2. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ

- เกณฑ์การประเมินผล
1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วไม่ต่ำกว่า 92 เปอร์เซนต์
 2. ไม่มีอาการขาดออกซิเจน เช่น ปลายมือเขียว ปากคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ใช้เทคนิค Rapid sequence induction และ intubation ป้องกันการสูดสำลักเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ
2. ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ยึดป้องกันการเลื่อน หลุด ท่อหักพับ
3. กำหนดและตั้งค่าอัตราการหายใจ ปริมาตรลมหายใจ เปอร์เซนต์ออกซิเจน อย่างเหมาะสม
4. ติดตามการทำงานของเครื่องดมยาสลบให้ส่งก๊าซสู่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
5. บันทึกสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วทุก 5 นาที
6. ดูแลเสมหะจากท่อช่วยหายใจ ทุกครั้งที่มีเสมหะ
7. สังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยขาดออกซิเจน

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีอาการแสดงของการขาดออกซิเจน
2. สัญญาณชีพหลังใส่ท่อช่วยหายใจความดันเลือด 148/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 102 ครั้ง/นาที
3. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96-100 เปอร์เซ็นต์

การพยาบาลหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจไหลเวียนโลหิตขณะย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจกลับหอผู้ป่วยวิกฤต

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤต
 2. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอตลอดการเคลื่อนย้าย

- เกณฑ์การประเมินผล**
1. ไม่มีอาการผิดปกติที่ช่วยหายใจจนหลุด
 2. สัญญาณชีพไม่เปลี่ยนแปลงค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วไม่ต่ำกว่า 92 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เมื่อพร้อมจะย้ายผู้ป่วย ปลดท่อช่วยหายใจออกจากเครื่องดมยาสลบ ย้ายลงเปลเรียบร้อย ต่อและควบคุมการหายใจด้วย ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ทาง AMBU bag อย่างสม่ำเสมอ ดัดเครื่องเฝ้าระวัง ก่อนเคลื่อนย้าย
3. ย้ายสายน้ำเกลือ สาย Central line และ สาย A-line อย่างระมัดระวัง
4. เมื่อย้ายผู้ป่วยลงเตียงที่หอผู้ป่วยหนักต่อเครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วย ประสานการดูแลเฝ้าระวังหลังผ่าตัด และฤทธิ์ตกค้างของยาระงับความรู้สึกกับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินผลการพยาบาล

1. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยราบรื่น
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97 เปอร์เซ็นต์
3. สัญญาณชีพความดันเลือด 118/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่ได้รับความสุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

- ข้อมูลสนับสนุน**
1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตัด มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง
 2. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจทำให้มีความลำบากในการสื่อสาร
 3. สัญญาณชีพ ความดันเลือด 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย
 2. เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด พักได้

- เกณฑ์การประเมินผล**
1. ผู้ป่วยไม่กระสับกระส่าย พักผ่อนได้
 2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ



กิจกรรมการพยาบาล

1. ขณะผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัวให้ประเมินอาการเจ็บปวดจากสัญญาณชีพ
2. ประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว เข้าไปพูดคุย อธิบายสาเหตุที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและสอบถามความสามารถที่จะใช้เครื่อง PCA
3. ประเมิน Pain score ร่วมกับสัญญาณชีพเพื่อให้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา
4. ประเมินอาการปวดซ้ำอีกครั้งหลังให้ยาระงับปวด

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยพักผ่อนได้ หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ 16 ครั้ง / นาที
2. สัญญาณชีพความดันเลือด 110/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที Pain score 4
3. ผู้ป่วยสามารถใช้เครื่อง PCA ได้ตามคำแนะนำอย่างถูกต้องในวันรุ่งขึ้น

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ หายใจเองผ่านออกซิเจน Canular 4 lit/min อ่อนเพลีย ขยับตัวเองได้ แผลผ่าตัดไม่ซึม เลือดออกในขวระบาย สูญญากาศ 200 มิลลิลิตร อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ควบคุมความเจ็บปวดจากเครื่อง PCA 1 วันต่อมาได้รับการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต ไปยังตึกศัลยกรรมชาย อาการดีขึ้นตามลำดับ และได้รับการอนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษา รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 8 วัน

สรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยมีอาการท้องอืด แน่นท้อง อ่อนเพลีย ร่วมกับการคลำได้ก้อนใต้ชายโครงขวาด้วยตนเอง จึงมาพบแพทย์ได้รับการตรวจเพิ่มเติมจนทราบถึงโรคที่เป็นและมารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ ดังนั้น การประสานงานระหว่างศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล จัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ยา เลือด สารประกอบของเลือด การจัดหาอุปกรณ์เฝ้าระวังพิเศษ เช่น Arterial line Central line หน่วยงานหอผู้ป่วยวิกฤตที่จะช่วยดูแลหลังผ่าตัด การจัดการความเจ็บปวดด้วยเครื่อง PCA จะมีผลทำให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปพักผ่อนที่บ้านและมาตรวจรักษาตามนัด

เอกสารอ้างอิง

1. อาคม ชัยวีรวัฒน์, เสาวคนธ์ สุกรีโยธิน. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ; 2554.
2. Sherman M. Hepatocellular carcinoma : Epidemiology, risk factor and screening. Semin Liver Dis 2005;25: 143-54.
3. ศักดิ์ชาย เรืองสิน. โรคตับทางศัลยศาสตร์. ใน : ฤทธิพร จิตต์มิตรภาพ, พัฒน์พงษ์วิจิตร, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2553. หน้า 341-96.
4. บัณฑิต จินตนาปรามิทธิ. การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผ่าตัดตับ. ใน : สุวรรณิ สุรเศรษฐ์วงศ์, มะลิ รุ่งเรืองวานิช, บรรณาธิการ. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2552. หน้า 83-91.
5. เรณู อาจสำลี. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร : เอ็น พี เพรส ; 2550.
6. เทวรักษ์ วีระวัฒนกานนท์. การติดตามเฝ้าระวังระบบไหลเวียนเลือดและหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2553.



การให้ยาระงับความรู้สึกทารกแรกคลอดผ่าตัดผนังหน้าท้องไม่ปิด

มีรูโหว่ลำไส้ออกมาออกช่องท้อง : กรณีศึกษา

Anesthesia of Newborn Operation of Abdominal Wall Defect Associated with Gastroschisis : A Case Study

เปรมทิพย์ ลิขิตพงษ์ธร, ป.พ.ศ.*

Abstract

The infant congenital related to abdominal wall defect and gastroschisis is generally found and also is considered as an emergency that urgently needs operating. The symptom is usually found in young women who have the first pregnancy. The objective of this study is to study the symptoms of an infant both pre- and post-anesthesia in the gastroschisis operation. The patient, 1 day age infant, had the gastroschisis symptom, and then got operated to relocate the intestine. According to the operation, it related to the risk of anesthesia, so the anesthetist must give a qualified anesthetic nursing care in every stage in the surgery room by medical assessing of patient before anesthetic and preparing anesthetic equipment as well as preparing required drugs. During the anesthetic process, the provided drugs must be suitably controlled in accordance with the dose given for an infant, and the patient must be intimately took care. After the anesthetic process, the patient needs to be looked after for getting recovered, and also took care of oxygenation closely. The post-anesthetic assessment revealed that the anesthesia did not lead to the complications, resulting in the safety of the patient.

Keywords ; Anesthesia, infant, abdominal wall defect



บทคัดย่อ

ความพิการ โดยกำเนิดของผนังหน้าท้องไม่ปิด มีรูโหว่ลำไส้ออกมาออกช่องท้องของทารกแรกคลอดพบได้บ่อย และเป็นภาวะฉุกเฉินซึ่งต้องรักษาด้วยการผ่าตัดรีดด่วน มักเกิดกับมารดาอายุน้อย และเป็นท้องแรก วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงอาการของทารกแรกคลอดขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัดนำลำไส้เข้าช่องท้อง ผู้ป่วยทารกแรกคลอดเพศชาย อายุ 1 วัน พบลำไส้โผล่ออกมาออกช่องท้องได้รับการผ่าตัดรีดด่วน เพื่อนำลำไส้เข้าช่องท้อง เลี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องให้การพยาบาลทางวิสัญญีในห้องผ่าตัดทุกระยะอย่างมีคุณภาพ โดยการประเมินสภาพทั่วไปผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เตรียมความพร้อมของเครื่องมื่อยาเสพติด อุปกรณ์ต่างๆ ยาที่จำเป็นต้องใช้ ขณะให้ยาระงับความรู้สึกต้องระมัดระวังในการบริหารยาให้ถูกต้องตามขนาดของการให้ยาในทารกแรกคลอด การเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะให้ยาระงับความรู้สึกอย่างใกล้ชิด และหลังให้ยาระงับความรู้สึก ต้องดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะการฟื้น การหายใจ ดูแลการให้ออกซิเจนอย่างถูกต้อง จากการประเมินผลหลังการให้ยาระงับความรู้สึกไม่เกิดผลแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัย

คำสำคัญ : การให้ยาระงับความรู้สึก ทารกแรกคลอด ผนังหน้าท้องไม่ปิด

บทนำ

หน้าท้องไม่ปิดแต่กำเนิด เป็นความพิการแต่กำเนิด โดยมีผนังหน้าท้องใกล้สะดือแยกเป็นช่องโหว่ ทำให้ลำไส้และอวัยวะภายในออกมาอยู่นอกช่องท้อง โดยที่ไม่มีถุงคลุมลำไส้ ส่วนสะดือและสายสะดือจะยึดติดกับผนังหน้าท้องในตำแหน่งปกติ ช่องโหว่จะอยู่ด้านขวาของสายสะดือเสมอขนาด 2-4 เซนติเมตร แบ่งตามลักษณะของลำไส้ได้ 2 แบบ คือ Antenatal type ลักษณะลำไส้จะบวมหนา หดสั้น สีไม่สดใส มีแผ่นสีขาวเหลืองหรือเขียวเหลืองคลุมบนลำไส้ เกิดจากการสัมผัสกับน้ำคร่ำอยู่นาน ซึ่งระคายต่อผนังลำไส้ เกิดการบวมและอักเสบของผนังลำไส้ และแบบ Perinatal type ลักษณะลำไส้บวมเล็กน้อย ความยาวของลำไส้ไม่หดหายไปมาก เกิดจากการที่ลำไส้ออกมาสัมผัสน้ำคร่ำในระยะสั้นๆ ก่อนคลอด การวินิจฉัยก่อนทำได้โดยใช้ ultrasound

การรักษาต้องดูแลเกี่ยวกับ hypothermia และ dehydration เนื่องจากลำไส้ออกมาสัมผัสกับอากาศโดยตรง อย่ายาขยาดันลำไส้กลับเข้าช่องท้องเพราะจะเพิ่มการบาดเจ็บของลำไส้ให้ใช้ผ้า gauze ชุบ saline อุ่นเช็ดลำไส้เท่าที่ทำได้ ไม่ต้องลอก fibrin ที่ติดแน่นกับลำไส้ ไม่ต้องแกะลำไส้ออกจากกัน ให้เช็ดอย่างนุ่มนวลและรวดเร็ว ถ้านานเกินไปเด็กจะตัวเย็น ถ้าพบลักษณะของ intestinal atresia ควรบันทึกด้วย หลังเช็ดเสร็จใช้ผ้า gauze ชุบ saline หมาดๆ ห่อรอบลำไส้ทั้งหมดตามด้วย vasaline gauze และ gauze แห้ง และพันด้วย roll gauze อย่านำให้กลิ้งไปมา และทำผ่าตัดด้วยการเย็บผนังช่องท้องเข้าหากัน ในขั้นตอนเดียวหลังจากนำลำไส้กลับเข้าช่องท้องแล้วการพยากรณ์โรค 91-93%¹⁻²

ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทารกแรกคลอดต้องประเมินปัญหาและการเตรียมผู้ป่วยเกี่ยวกับ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ การติดเชื้อ การสูญเสียความร้อน และภาวะกระเพาะอาหารไม่ว่าง เตรียมการดูแลขั้นพื้นฐานทางวิสัญญีให้พร้อม โดยเฉพาะการควบคุมอุณหภูมิกาย ตรวจสอบหลอดเลือดที่ให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะ ให้ยา Premedication และให้สูดดมออกซิเจน ขณะให้ยาระงับความรู้สึก การนำให้หมดความรู้สึกและใส่ท่อช่วยหายใจ ทำในขณะที่ทารกยังตื่นอยู่ ควบคุมระดับการหายใจด้วยมือตลอด หรือใช้เครื่องช่วยหายใจใน

ระยะแรกที่ยังไม่ได้นำอวัยวะเข้าในช่องท้อง ระยะที่นำอวัยวะเข้าในช่องท้องแล้ว และศัลยแพทย์ต้องประเมินปิดหน้าท้องได้หรือไม่ ควรควบคุมการหายใจด้วยมือ เพราะจะทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของปอดตลอดเวลา บริหารยาที่ใช้ควบคุมระดับความรู้สึกตัว ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาระงับความรู้สึกทางการหายใจ อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และระมัดระวังเป็นพิเศษ หลังให้ยาระงับความรู้สึก ดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ควบคุมอุณหภูมิกาย การเฝ้าระวังความผิดปกติจากระบบอื่นๆ และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก

กรณีศึกษาผู้ป่วย

กรณีศึกษาทารกแรกคลอด G₁P₀ GA 36 weeks by ultrasound พบลำไส้โผล่ออกนอกช่องท้องชนิด Perinatal ผ่าตัดคลอดที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพศชาย อายุ 1 วัน แรกคลอด APGAR score 1 นาที = 9 คะแนน 5 นาที = 10 คะแนน 10 นาที = 10 คะแนน น้ำหนักแรกคลอด 2,170 กรัม O₂saturation 98 % อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส HR 134-146 ครั้ง/นาที RR 50-60 ครั้ง/นาที ใส่ NG Tube ได้น้ำสีเขียวประมาณ 50 มล. สวนทวารได้ขี้เทาเล็กน้อย ได้ย้ายทารกแรกคลอดไปที่ NICU ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกได้ประเมินสภาพทารกแรกคลอด มีการสูญเสียสารน้ำทางลำไส้ที่อยู่นอกช่องท้องอย่างมากและรวดเร็ว ได้ maintenance fluid ดูแลการตอบสนองของชีพจร ความดันโลหิตและปริมาณปัสสาวะรวมทั้งความถ่วงจำเพาะ ตามแผนการรักษาของแพทย์ การให้ยาระงับความรู้สึกเตรียมความพร้อมของเครื่องมือยาสลบ อุปกรณ์ ยาชนิดต่างๆที่ใช้สำหรับทารกแรกคลอดกรณีศึกษานี้ การนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจทำในขณะที่เด็กตื่น และควบคุมการหายใจด้วยมือตลอดระยะเวลาการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด การบริหารยาด้วยความระมัดระวัง หลังให้ยาระงับความรู้สึก ดูแลการหายใจ ถอดท่อช่วยหายใจเมื่ออุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ห่มผ้าให้เพื่อควบคุมอุณหภูมิกาย ดูแลการให้สารน้ำอิเล็กโทรลัยท์ ยาปฏิชีวนะ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประเมินผลหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยตื่นดี หายใจได้ดี On O₂ box การพยาบาลทางด้านจิตใจแก่ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ วิทยุพยาบาลควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวล และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึก รวมผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 36 วัน

ปัญหาและการพยาบาล

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดภาวะฉุกเฉิน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผ่าตัดคลอดทารกแรกคลอด พบผนังหน้าท้องไม่ติด มีลำไส้โผล่ออกนอกช่องท้อง
2. ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดด่วน ซึ่งเป็น Emergency case
3. วิทยุพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยแรกรับก่อนให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจสภาพร่างกายอีกครั้ง เป็นการ double check
2. วิทยุพยาบาลเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจได้ครบถ้วนก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก
3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้ยาระงับความรู้สึก และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน



กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปัญหาและการเตรียมผู้ป่วยทารกแรกคลอดที่มีผนังหน้าท้องไม่ปิด มีลำไส้โผล่ออกมานอกช่องท้อง คว้าผู้ป่วยมีปัญหาของ hypothermia และ dehydration³ พบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียสารน้ำทางอวัยวะที่ออกมานอกช่องท้องอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยได้รับการ maintenance fluid ไว้

2. Monitors ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อการเปลี่ยนแปลงในขณะได้รับยาสลบ ควบคุมการหายใจด้วยมือตลอด

3. ดัด chest piece ที่ทรงอกด้านซ้ายไว้ฟังการเต้นของหัวใจและเสียงลมเข้าปอด ถ้ามี airway obstruction จะบอกได้ทันที ฟังตลอดเวลา เพื่อให้ทารกมีช่วงการขาดออกซิเจน

4. หนีบ pulse oximeter ที่นิ้วชี้ของมือขวา เพื่อดูค่า SpO₂ และจังหวะของ flow or pulse

5. จัดแขนทั้งสองข้างของผู้ป่วยแนบลำตัว โดยใช้ผ้าพันแขนสอดกับเตียง ระวังอย่าให้มีการกดทับของปุ่มกระดูก ป้องกันการกดทับของผิวหนัง และอวัยวะสำคัญ ส่วนที่อยู่ด้านล่าง ป้องกันอันตรายต่อเส้นประสาท

6. ตรวจสอบว่ามีการงดน้ำและอาหาร ใบบันทึกขอมผ่าตัดเรียบร้อยหรือไม่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Blood group

7. ซักถามประวัติต่างๆอีกครั้ง เพื่อป้องกันการผิดพลาด

การประเมินผล

1. มีการ double check ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. วิทยาลัยพยาบาลสามารถให้าระงับความรู้สึกทารกแรกคลอดอย่างปลอดภัย

3. ทารกแรกคลอดตื่นดี On O₂ box

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยหลับไม่ลึกพอ มีการหดรัดของหลอดลมจากการกระตุ้นกล้ามเนื้อบริเวณ larynx

2. ใส่ท่อช่วยหายใจในขณะที่ทารกแรกคลอดตื่น

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นในขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล 1. การนำสลบทำได้ดี ผู้ป่วยหลับลึก

2. ไม่มีการหดรัดของหลอดลม สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยวิธี awake intubation ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจให้ Fentanyl 2 ไมโครกรัม/กก เข้าหลอดเลือดนำไปก่อนจะให้ออกซิเจนผู้ป่วยโดยใช้ mask เด็กถือไว้เหนือจมูกเด็กประมาณ 2-3 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน 100 % โดยให้ผู้ป่วยหายใจเอง

2. ใช้มือทั้ง 2 ข้าง กดไหล่เด็กให้แนบกับเตียง นิ้วมือประคองศีรษะไม่ให้คื่น การกด cricoid pressure ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพมากนัก เพราะถ้ากดแรงอาจกด larynx ทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ดังนั้นทารกแรกเกิดควรใส่สายสวนดูดสารเหลวในกระเพาะออกให้มากที่สุด จะสามารถป้องกัน aspiration ได้ดีกว่า

3. ใส่ท่อช่วยหายใจขนาด 2.5 มม. ไม่มี cup (ชนิด PVC) อย่างรวดเร็วและนุ่มนวล ลึกประมาณ 9 เซนติเมตร ต่อกับเครื่องปั๊มช่วยหายใจด้วยมือขวา ใช้มือซ้ายจับท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่

4. ฟังเสียงปอดทั้งสองข้างโดยเลื่อนหูฟังไปตามตำแหน่งของปอด เมื่อเสียงปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ยึดท่อช่วยหายใจด้วยพลาสติกติดที่มุมปากขวา
5. ใส่ oropharyngeal air way NO 0-1 เพื่อป้องกันผู้ป่วยกัดท่อช่วยหายใจ
6. เปิด gas sevoflurane ประมาณ 8 % ในระยะแรกเพื่อให้เด็กหลับ
7. วัด BP ได้ 86/50mmHg, P 130 /min ควบคุมการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที

การประเมินผล

1. สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างราบรื่น
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นขณะใส่ท่อช่วยหายใจ
3. การนำสลบผู้ป่วยดี ผู้ป่วยหลับลึก

ระยะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดความเสี่ยงในการบริหารยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอาจได้รับยาสลบมากเกินไป
2. บริหารยาหย่อนกล้ามเนื้อไม่ได้ขนาด และตามระยะเวลาที่ยาออกฤทธิ์
3. ให้ยาแก้ฤทธิ์ยาสลบไม่เพียงพอกับทารกแรกคลอด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงในการบริหารยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. บริหารยาให้ถูกต้องตามขนาด เวลา และชนิดของยาที่ใช้
2. ระหว่างที่ศัลยแพทย์ทำผ่าตัด ฝ้าดูผู้ป่วยทารกแรกคลอดให้ได้รับยาเพียงพอต่อการรักษา

ระดับสลบให้ลึกพอที่จะทำผ่าตัดได้ บริหารยาได้ถูกต้องตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลและควบคุมอุณหภูมิกาย ตรวจสอบหลอดเลือดที่ให้สารน้ำ การให้ยาปฏิชีวนะ และตรวจสอบว่าสายสวนกระเพาะทำงานดีหรือไม่ ใช้สายดูดเสมหะเบอร์ 10 หรือ 12 Fr. ดูสารคงค้างในกระเพาะออกให้หมด ประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสารน้ำของผู้ป่วย ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับ 10% D/W 450 ml (v) 10 cc/hr. จาก NICU มาตามแผนการรักษาของแพทย์
2. Premedication ด้วย atropine 0.01 มก./กก. เข้าหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า และให้สูดดมออกซิเจน และวัด CO₂
3. การควบคุมระดับการหมดความรู้สึกหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ควบคุมการหายใจด้วยมือตลอด ใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะแรกที่ยังไม่ได้เอาวิวะเข้าในช่องท้อง แต่ในระยะที่วิวะเข้าช่องท้องแล้ว และศัลยแพทย์ต้องการประเมินว่าปิดหน้าท้องได้เลยหรือไม่ จะควบคุมการหายใจด้วยมือ เพราะจะทราบถึง lung complication ตลอดเวลา
4. ควบคุมระดับการหมดความรู้สึกด้วย gas sevoflurane ในระยะแรกให้ 8 % นานประมาณ 5 นาที จะลด gas sevoflurane เป็น 4 % ไประยะหนึ่ง และต่อไปจะควบคุมระดับความรู้สึกตัว 2 % ไปเรื่อยๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำ



5. เมื่อสตัลยแพทย์นำลำไส้เข้าช่องท้องแล้ว สตัลยแพทย์จะให้ฉีดยาหย่อนกล้ามเนื้อ ได้แก่ atracurium 1 mg/kg. เพื่อช่วยในการเย็บปิดหน้าท้อง ก่อนผ่าตัดเสร็จประมาณ 5 นาที จะปิด gas sevoflurane ก่อน

6. ขณะที่ควบคุมระดับการหมดความรู้สึก วิตัญญ์แพทย์จะให้ NSS 100 cc (v) drip อีก 1 เส้น โดยให้ครั้งละ 10 cc x 4 ครั้งทุก 15 นาที เพื่อชดเชย Third space loss

7. การผ่าตัดดำเนินไปได้ 1 ชั่วโมง 15 นาที โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ผู้ป่วยเสียเลือดเล็กน้อย ปัสสาวะไม่ออก NG content 13 ml สังเกตความดันโลหิต และชีพจร ปกติ ได้ให้สารน้ำทดแทนเลือดที่เสียไป

8. คุณเสมหะในท่อช่วยหายใจ ในปากให้โล่ง ผู้ป่วยยังใส่ท่อช่วยหายใจต่อ self-inflating bag , SpO₂ = 99-100 % ความดันโลหิต 62/28 มิลลิเมตรปรอท PR 60 ครั้ง/นาที HR 141 ครั้ง/นาที

การประเมินผล 1. ในระยะรักษาระดับสลบ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะผิปกตติเกิดขึ้น

2. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

การพยาบาลหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกรู้สึกตัว และเริ่มคืบจากการเจ็บแผลผ่าตัด
2. หายใจเร็ว HR 141 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกหายใจปกติ
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบอื่นๆหลังให้ยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ก่อนถอดท่อช่วยหายใจที่อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส และต่อด้วย O₂ box

2. ดูแลและให้ความอบอุ่นแก่ทารกแรกคลอด เพื่อควบคุมอุณหภูมิกาย

3. ดูแลระดับความรู้สึกตัวของทารกแรกคลอดอย่างใกล้ชิด ตรวจสอบความดันโลหิต 86/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที

4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด เกี่ยวกับ lung complication, hypoxemia และ hypercarbia ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ

5. ดูแลการให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของระบบอื่นๆหลังให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด

วิจารณ์และสรุป

การผ่าตัดแก้ไขความพิการแต่กำเนิดจากผนังหน้าท้องไม่ปิด ลำไส้ไหล่ออกมานอกช่องท้องของทารกแรกคลอดที่นำมาเป็นกรณีศึกษา วิตัญญ์พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยา เกสัชวิทยาของเด็ก ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องมือใช้ต่างๆ เทคนิคการระงับความรู้สึกในทารกแรกเกิด สำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษาใส่ท่อช่วย



หายใจในขณะที่ทารกตื่น(awake incubation) และต่อด้วยระบบ Jackson Rees ซึ่งความยุ่งยากจะอยู่ตรงวิธีการจับทารกแรกคลอดให้ถูกต้อง⁴ เพื่อให้วิสัญญีแพทย์ได้ใส่ท่อช่วยหายใจได้สะดวกและนุ่มนวล รวดเร็ว การ Monitor ผู้ป่วยต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ควบคุมการหายใจด้วยมือตลอดเวลา รู้วิธีการใช้เครื่องต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง การบริหารยาในขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึกสำคัญมาก ต้องให้วิสัญญีแพทย์เป็นผู้กำหนด การให้สารน้ำในทารกแรกคลอดขนาดที่จะให้น้อยมาก วิสัญญีพยาบาลต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก สำหรับผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

การให้ยาระงับความรู้สึกในทารกแรกเกิดผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้พื้นฐานทางสรีรวิทยาของทารกแรกเกิด ความละเอียดรอบคอบ ความว่องไวของวิสัญญีพยาบาล ความสำคัญของการให้ยาระงับความรู้สึกจะเน้นหนักไปทางด้าน การประเมินทารกแรกเกิดก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ต้องพยายามตรวจหาความผิดปกติของระบบต่างๆ แล้วช่วยแก้ไขหรือช่วยเหลือประคับประคองทารกแรกเกิดให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ในขณะที่ให้ยาระงับความรู้สึกก็ต้องคอยระมัดระวังให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด

เอกสารอ้างอิง

1. Black AE. Medical assessment of the pediatric patient. Br J Anaesth 1999; 83: 3-15.
2. Maxwell LG. Age-related issues in preoperative evaluation. Testing And planning: pediatrics. Anesthesiology Clin N Am 2004; 22: 27-43.
3. Holl JW. Anesthesia for abdominal surgery. In : Gregory GA, editor. Pediatric anesthesia. 4th ed. New York : Churchill Livingstone, 2002. p. 567-85.
4. Kelly RE. Necrotizing Enterocolitis and Prematurity. In : Fun-Sun F Yao, Artusio JF Jr, edidor. Anesthesiology : Problem-Oriented.Patient Management. 2nd ed. Philadephia : JB Lippincott Company ;1988. p. 272-84.



คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับเรื่องทางวิชาการ และสารคดีเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างจริงจังทั้งนี้ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการลงพิมพ์ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับเตรียมบทความ เพื่อลงพิมพ์วารสารที่มีชื่อเสียงอื่นๆ ด้วยประเภทของบทความเตรียมและส่งต้นฉบับ

1. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือการพัฒนาระบบสาธารณสุข ควรประกอบด้วยคำค้นเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทความย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความทบทวนวิชาการ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง อาจมีความเห็นของผู้รวบรวมเพิ่มเติมด้วยก็ได้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งบทปฏิทัศน์กับบทความ พื้นวิชาที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ

บทปกิณกะ (miscellany)

เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น เช่น บทปริทัศน์ รายงานผลการศึกษาโดยสังเขป หรือรายงานเบื้องต้นก็ได้

จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence)

เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในกรณีผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ชื่อเรื่อง (title)

ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร หรือ 20 คำ พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นชื่อเรื่องรอง (subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา..” หรือ “การสังเกต..”

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์ให้พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้พิมพ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อและที่อยู่ของผู้พิมพ์ ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา



2.2 บทคัดย่อ (abstract)

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

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อ

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 มากมายที่ไม่เกี่ยวกับ จุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการ ศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ใน ส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

หัวข้อวัตถุประสงค์ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและ ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา 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 วิธีหรือ มาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จัก ทัวไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิงถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้ต่อได้ ให้ระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์ และ หลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจน และกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการวิจัย (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยาย เป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐาน ที่วางไว้

2.7 อภิปรายผล (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มี ผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดง ความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการหรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความ ด้วยข้อยุติ

2.8 สรุป (conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็น คำถามการวิจัยต่อข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

2.9 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ควรสอดแทรกตารางไว้ในเนื้อเรื่อง ใส่คำว่า ตาราง 1

2.10 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิค บ้างอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูขี้ความภูมิใจ เพราะ ผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.11 เอกสารอ้างอิง (references)

เขียนอ้างอิงแบบระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) คู่มือหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อ บุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการ อ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการ รับผิดชอบแล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้จริงๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

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

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

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

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

3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

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

2. Russell FD, Coppel 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 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538 ; 24 : 190-204.

3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

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

3.1.4 บทความในฉบับแทรก

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



วิธีการเขียนฉบับแรก

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 ทศนาภรณ์. 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 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งหมด

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

- หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

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

- หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, 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. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน : มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัฒน์, อรุณ วงษ์จิรายุทธ์, ประอร ชาลิตธำรง, พิภพ จิริบุญโญ, 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 รายงานการประชุม สัมมนา

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

1. อนุวัฒน์ สุขขุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาศิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน ; 6-8 พฤษภาคม 2541 ; ณ โรงแรมโป๊ปเบ้าทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์ ; 2541.
2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th

International congress of EMG and clinical Neurophysiology ; 1995 Oct 15-19 ; Kyoto, Japan. Amsterdam : Elsevier ; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics ; 1992 Sep 6-10 ; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland ; 1992. p. 1561-5.

3.4 รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

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

1. สุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, สุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนาเทคโนโลยีการชำระเงินที่มีประสิทธิภาพ 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. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง : มหาวิทยาลัย ; ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยชัย 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 ; 23. (คอลัมน์ 5).

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. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน 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

1. ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [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* [online] 1995 Jan-Mar [cited 1999 Dec 25]; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL : <http://www/cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

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

2. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

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.crg.uk/informat/publicat/rcf0021.htm>

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

3. Web based / online Databases

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

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

4. CD-ROM

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

5. Book on CD-ROM

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

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

6. Journal on CD-ROM

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

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

7. Other Software

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

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

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพและแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วน จะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำให้เข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจว่าจะอ่านบทความต่อไปได้หรือไม่

4.1 ตาราง

ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลข และเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูล และความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง มีดังนี้



- แทรกในเนื้อหาได้เลย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ(Footnote) ได้ตาราง
- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัว-แถว (Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ *
- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์ โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง
- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 4 ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้นิพนธ์มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่นๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้
- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณกรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

- ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญ และมีประสิทธิภาพมีแนวทางดังนี้
- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีไม่ควรใช้เพราะสิ้นเปลือง และภาพสีจะตีพิมพ์ไม่ชัดเจน
 - ขนาดโดยทั่วไปใช้ 5 × 7 นิ้ว ไม่ควรใหญ่เกิน 8 × 10 นิ้ว ไม่ตัดขอบไม่ติดกับกระดาษรองไม่เขียนรายละเอียดหลังรูปภาพ ไม่ม้วนรูปภาพควรทำเครื่องหมายเล็กๆ ไว้ที่ขอบรูปภาพและเขียนคำอธิบายไว้ต่างหาก บรรณาธิการจะเป็นผู้เขียนชื่อเจ้าของเรื่อง ชื่อเรื่องไว้หลังรูปภาพทันทีที่ได้รับต้นฉบับเพื่อป้องกันการสับสน ที่ไม่แนะนำให้ผู้เขียนเรื่องเขียนหลังภาพเพราะอาจจะเขียนหนักมือเกินไป ทำให้รอยเขียนปรากฏทางด้านหน้าภาพ และคุณภาพของรูปภาพเสียไป

5. การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นฉบับจริงพร้อมด้วยต้นฉบับ 2 ชุด (ไฟล์ข้อมูล / CD - ROM) ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนาและใหญ่พอเหมาะกับ แผ่นกระดาษต้นฉบับการส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิ สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้นิพนธ์ ที่กองบรรณาธิการจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิม เป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

6. การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไปผู้อ่านบททวน (reviewer) จะตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียนปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิในการตีพิมพ์บทความเฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้มีการประสานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านวิชาการและอื่นๆ ประมาณ 2-3 ครั้ง

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 มาพร้อมกับ ไฟล์ข้อมูล / CD-ROM เพื่อเก็บข้อมูล สำหรับทางคอมพิวเตอร์ รูปแบบอักษร Angsana ตัวอักษรขนาด 16

กำหนดการออกของวารสาร

ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เดือนมิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 สิงหาคม)

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - เดือนธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 1 มีนาคม)

หมายเหตุ : บทความไม่ควรเกิน 10 หน้า ต่อเรื่อง

การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง

คุณอาภากร เอ็มโอฐ

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ

ห้องสมุดโรงพยาบาลกำแพงเพชร

อ.เมือง จ.กำแพงเพชร 62000

e-mail : librarian_hh@hotmail.com

โทรศัพท์ (055) 714223 - 5 ต่อ 1403

โทรสาร (055) 711232

เมื่อบรรณาธิการได้รับต้นฉบับไว้ จะแจ้งตอบกลับให้ผู้พิมพ์ทราบว่า ให้แก้ไขก่อนพิจารณาตีพิมพ์รับ ตีพิมพ์ โดยไม่แก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

บทความที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์

