



ISSN 0125-1643

JOURNAL OF THE DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

วารสาร

กรมการแพทย์

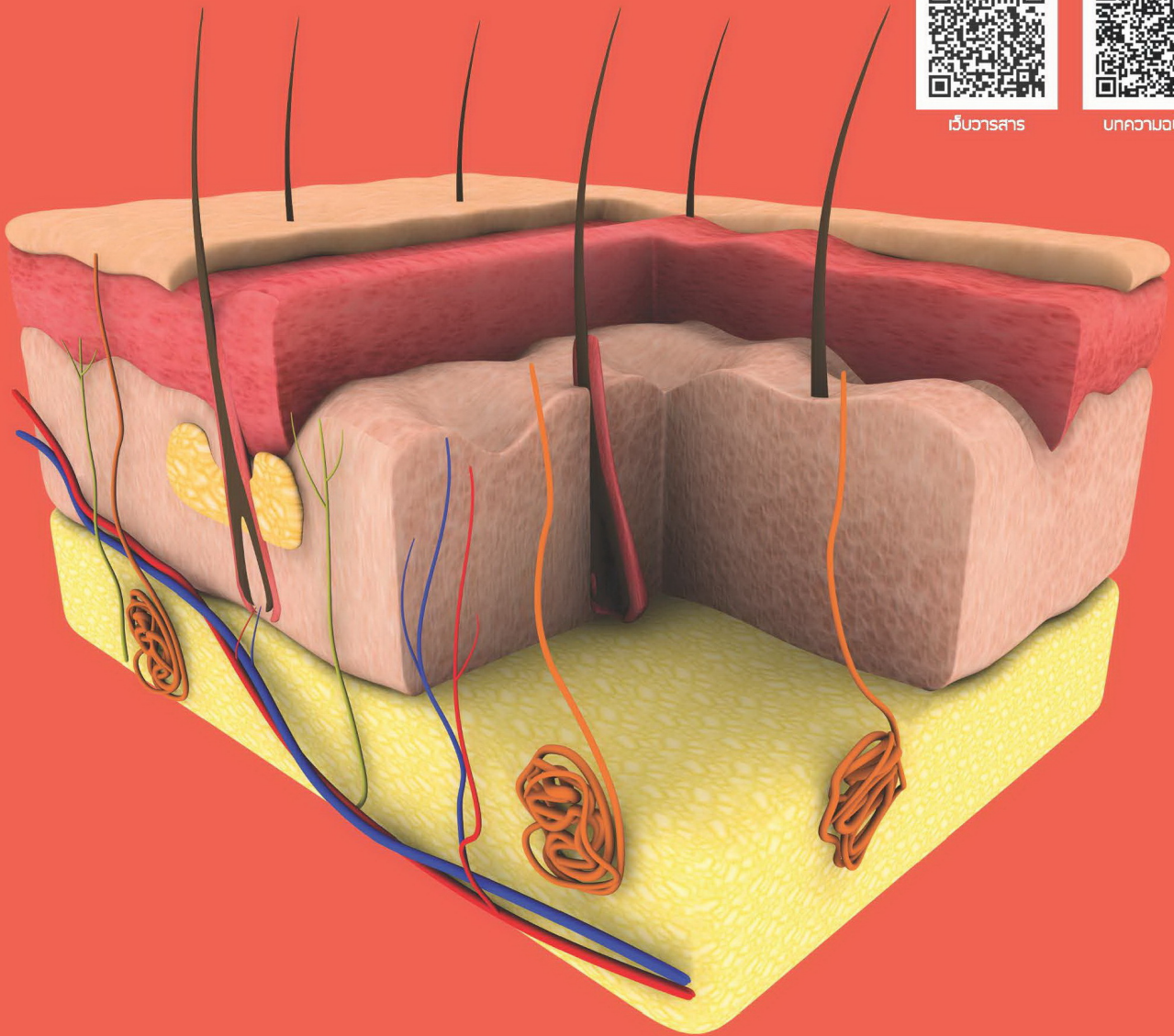
วารสารราย 2 เดือน ปีที่ 42 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนกันยายน-ตุลาคม 2560



เว็บไซต์วารสาร



บทความฉบับนี้



เรื่องเด่น

● เรื่องเด่นประจำฉบับ

- สัตว์และคนกัด
- โรคพิษสุนัขบ้า
- ผู้ป่วยโรคผิวหนังควรรับบริการสักสี (Tattoo) ที่ผิวหรือไม่

● Hall of Fame

- พลโท กฤษฏา ดวงอุไร
ทำทุกอย่างให้เป็นธรรม
ตามรอยในหลวงรัชกาลที่ 9

● Hospital Visit

- คลินิกบริการรูปแบบพิเศษ
สถาบันโรคผิวหนัง
สาขาศูนย์ราชการ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ประสบการณ์ การวิจัย และค้นคว้าทางวิชาการแพทย์
2. เพื่อเผยแพร่ข่าวสารการอบรมวิชาการทางการแพทย์
3. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ นวัตกรรมทางการแพทย์ แก่บุคลากรด้านสาธารณสุข

ผู้อำนวยการ : อีรพล โตพันธานนท์
รองผู้อำนวยการ : ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล, ภาสกร ชัยวานิชศิริ, ณรงค์ อภิกุลวณิช, ปานเนตร ปางพุดผิงค์
บรรณาธิการ : อากาศ พัฒนเรืองไฉ

คณะบรรณาธิการ :

กมลเนตร วรณเสวก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กฤษฎี ประภาสวัต

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กฤษณพงศ์ มโนธรรม

โรงพยาบาลเลิดสิน

กิริติ เจริญชลวานิช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เกรียง ตั้งสง่า

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกรียงไกร เสงษ์ศรี

สถาบันโรคทรวงอก

จารุวรรณ หมั่นมี

โรงพยาบาลราชวิถี

เจริญ ชูโชติถาวร

สถาบันโรคทรวงอก

ชัยชาญ ติโรจนวงศ์

โรงพยาบาลราชวิถี

ชัยรัตน์ โกศาวัฒนา

โรงพยาบาลราชวิถี

ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ชาญเวช ศรีธำพุท

โรงพยาบาลเลิดสิน

โชคชัย เมธิดารัตน์

โรงพยาบาลศิริราช

ณปฎล ตั้งจาตุรณศรี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คนุตตา จามจรี

สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ

ดารณี สุวพันธ์

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์แห่งชาติ

ถนอม บรรณประเสริฐ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทรงคุณ วิทยุวรรณ

สถาบันพยาธิวิทยา

ทวีรัตน์ ชูเอก

โรงพยาบาลราชวิถี

ทวีชัย เตชะพงศ์วรชัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธนรัตน์ อัมสุวรรณศรี

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

ธโนทัย โชตนฤดี

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บุษกร โลหารขุน

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์แห่งชาติ

เบญจมา เขียวหวาน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ

สำนักวิชาการสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

ปฐมพร ศิริประภาศิริ

โรงพยาบาลราชวิถี

ประธาน จินายน

สถาบันร่วมผลิตแพทย์ กรมการแพทย์

มหาวิทยาลัยรังสิต

ประยูร โกวิท

โรงพยาบาลบ้านไผ่

ประเสริฐ ธนิกจากร

โรงพยาบาลราชวิถี

ปานเนตร ปางพุดผิงค์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปาริชาติ สรเทศน์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ปิยะภัทร เดชพระธรรม

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เปี่ยมลาก แสงสายันท์

สถาบันโรคทรวงอก

พงศ์ศักดิ์ ปัจฉิมะกุล

โรงพยาบาลราชวิถี

พงษ์ลดา สุพรรณชาติ

สถาบันโรคทรวงอก

พลรัตน์ วิไลรัตน์

คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ใจ นัยโกวิท

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์พรรณ กฤตยรังสรรค์

สถาบันโรคผิวหนัง

ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข

โรงพยาบาลราชวิถี

ภาคภูมิ สุปัยพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภูพิงค์ เอกะภิภาค

สถาบันประสาทวิทยา

ภูษิต เพ็ญฟู

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ม.ล.กรเกียรติ์ สนิทวงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ยิ่งสุมาลย์ เจาะจิตต์

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ทางการแพทย์แห่งชาติ

ยุทธนา แสงสุตา

โรงพยาบาลราชวิถี

รังสรรค์ นิรามิษ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วรัท ทรรศนะวิภาส

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วลัยอร ปรัชญพฤทธิ

สถาบันโรคผิวหนัง

วิจิตร ธารานนท์

ศูนย์เทคโนโลยีทางทันตกรรมขั้นสูง

วิชัย อธิชัยกุลทล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

วินัดดา ปิยะศิลป์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วินัย วนานุกุล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

วิรัตน์ เตชะอาภรณ์กุล

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช-

ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

วิโรจน์ วิรัชย์

สถาบันัญญารักษ์

วิระ บุรณะกิจเจริญ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวัฒน์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สมชัย ชัยสุภมมงคลลาภ

สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข

สมชาย ไทวณะบุตร

สถาบันประสาทวิทยา

สมบูรณ์ คุณาธิคม

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

สมบูรณ์ ทรัพย์วงศ์เจริญ

โรงพยาบาลราชวิถี

สมศักดิ์ คุปต์นริตติชัยกุล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมศักดิ์ ลิเชวงวงศ์

โรงพยาบาลเลิดสิน

สละ อุบลฉาย

สมาคมรังสีเทคนิคแห่งประเทศไทย

สวิง ปันจัยสิน

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สุชาติ พหลภาคย์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สุชาติ ชาญไชยพิบูลย์กุล

สถาบันประสาทวิทยา

สุพจน์ แจ่มสุวรรณ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุรศักดิ์ อำมาตย์โยธิน

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

แสงชัย พฤทธิพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

อดิเรก จิระพงศ์

คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยี

ทางการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

อรุณ จิรวัดน์กุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ

สถาบันวิจัยแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

อากาศรี สุสวัสดิ์

สถาบันประสาทวิทยา

อารยา ประเสริฐชัย

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อุไรวรรณ โชติเกียรติ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เอกชัย ไคววีสารัช

โรงพยาบาลราชวิถี

ฝ่ายจัดการ : ศิวาพร สังวรม - นิจันรินทร์ แก้วไธย์ - เสด็จ เป้าทุมมา

สำนักงาน : สำนักงานวารสารกรมการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0 2590 6276 โทรสาร. 0 2965 9862

กำหนดการตีพิมพ์ ปีละ 6 ฉบับ (ฉบับ ม.ค.-ก.พ. มี.ค.-เม.ย. พ.ค.-มิ.ย. ก.ค.-ส.ค. ก.ย.-ต.ค. พ.ย.-ธ.ค.)

วิสัยทัศน์ของกรมการแพทย์

ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาคภายในปี 2564

พันธกิจ

1. ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์
2. กำหนด พัฒนา และติดตามคุณภาพมาตรฐานการรักษายาบาลของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน
3. ถ่ายทอด เติมทุนทักษะบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสนับสนุนด้านวิชาการแก่เครือข่ายเขตบริการสุขภาพและประชาคมอาเซียน
4. บริการการแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิและสูงกว่าอย่างได้มาตรฐานในระดับสากล
5. พัฒนาและเสนอแนะนโยบายด้านการแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน
6. เสนอแนะนโยบาย แนวทางการป้องกัน ควบคุม และบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อและสารเสพติด



บทบรรณาธิการ

สวัสดีครับผู้อ่านทุกท่าน วันเวลาผ่านไปอย่างรวดเร็ว วารสารกรมการแพทย์ก็มาถึงฉบับรับส่งมอบกันแล้วนะครับ ซึ่งความเข้มข้นก็ยิ่งเหมือนเดิม โดยฉบับนี้เราได้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับโรคผิวหนัง ซึ่งเราได้รับเกียรติจาก **พล.ท. นพ.กฤษฎา คงอุไร** อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มาให้สัมภาษณ์ในคอลัมน์ Hall of Fame โดยบอกเล่าเรื่องราวถึงปณิธานที่จะดำเนินตามรอยเบื้องพระยุคลบาท พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรรณาธิการพิตรในการทำงานเพื่อรักษาผู้ป่วย และความมุ่งมั่นในการศึกษาเรียนรู้ จนทำให้ชีวิตก้าวสู่การเติบโตในหน้าที่การงาน และยังเป็นต้นแบบของการมีวินัยและความเพียรให้แพทย์รุ่นใหม่ๆ ได้ปฏิบัติตามอีกด้วย

ขณะเดียวกันในคอลัมน์ Hospital Visit เราก็จะพาไปรู้จักกับศูนย์บริการโรคผิวหนัง สาขาศูนย์ราชการ ถนนแจ้งวัฒนะ ซึ่งเพิ่งเปิดให้บริการอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 1 สิงหาคมที่ผ่านมา โดยศูนย์ดังกล่าวถือเป็นหนึ่งในบริการที่ดำเนินการตามนโยบาย Medical Hub ในการพัฒนาการให้บริการที่สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ในรูปแบบ Premium clinic ที่จะช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ และช่วยลดความแออัดของผู้รับบริการ ส่วนรายละเอียดจะเป็นอย่างไรนั้นเปิดอ่านกันได้ภายในเล่มนะครับ

ส่วนอีกหนึ่งไฮไลต์ของฉบับนี้ก็คือคอลัมน์เรื่องเด่น

ประจำฉบับ ที่เรานำมาเสนอ 3 เรื่องด้วยกัน คือ **"สัตว์และคนกัด"** ที่ใครๆ รู้สึกเหมือนไม่มีอันตราย แต่แท้จริงนั้น หากผู้ป่วยไม่รีบไปพบแพทย์ก็อาจนำไปสู่อาการที่รุนแรงขึ้นและเป็นอันตรายขึ้นได้จากการติดเชื้อแบคทีเรียในแผลที่ถูกกัดได้ **"โรคพิษสุนัขบ้า"** ซึ่งเป็นโรคที่มักได้ยินและพบได้บ่อยๆ โดยโรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัส และสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ามีโอกาสเสียชีวิตเกือบจะ 100% และ **"ผู้ป่วยโรคผิวหนังควรรับบริการสักสี (Tattoo) ที่ผิวหรือไม"** ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการสักผิวหนังเพื่อให้เกิดลวดลายต่างๆ นั้นได้รับความนิยมขึ้นมากในปัจจุบัน แต่ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ต้องการสักผิวหนังควรต้องพิจารณาพิเศษ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน เพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายขึ้นได้จากหมึกหรือสีที่ใช้ในการสัก นอกจากนี้ เช่นเคยครับ เรายังมีเนื้อหาอื่นๆ ที่จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ในด้านต่างๆ อีกมาก เช่น Pro&Con ซึ่งฉบับนี้นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์ ได้มาช่วยไขความกระจ่างเกี่ยวกับการล้างพิษด้วยการทำ Chelation ซึ่งปัจจุบันเป็นที่นิยมกันมากสำหรับผู้ที่ต้องการล้างพิษในร่างกาย แต่การทำ Chelation จะมีประโยชน์หรือมีประสิทธิผลจริงหรือไม่นั้นพลิกไปหาคำตอบได้ในเล่ม

นพ.อากาศ พัฒนเรืองไล
บรรณาธิการ

วารสารกรมการแพทย์ เป็นวารสารที่บำานการรับรองคุณภาพของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) โดยเป็นวารสารที่บำานการประเมินในกลุ่มที่ 1 ประโยชน์ที่ได้รับแบ่งเป็น 3 กลุ่ม

- ๐ กลุ่มที่ 1 นักศึกษา : สามารถอ้างอิงบทความตีพิมพ์เพื่อขอจบการศึกษา
- ๐ กลุ่มที่ 2 บำาราชการ : สามารถอ้างอิงบทความตีพิมพ์เพื่อขอรับตำแหน่งทางวิชาการ
- ๐ กลุ่มที่ 3 วงศ์กรหรือสถาบัน : สามารถอ้างอิงคุณภาพวารสารได้

วารสารกรมการแพทย์ยินดีรับบทความและผลงานทางวิชาการเพื่อพิจารณาพิมพ์ลงในวารสาร จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งต้นฉบับตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในคำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์ไปยังสำนักงานวารสารกรมการแพทย์

โดยส่งมาที่... บรรณาธิการ วารสารกรมการแพทย์
สำนักงานวารสารกรมการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0 2590 6276 โทรสาร. 0 2965 9862
E-mail : arkas_dms@yahoo.com

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ
ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารกรมการแพทย์

สารบัญ

	หน้า
เรื่องเด่นประจำฉบับ	005
สัตว์และคนกัด (Bite)	010
โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)	014
ผู้ป่วยโรคผิวหนังควรรับการสักสี (Tattoo) ที่มีวนหรือไม่	017
Hall of Fame	025
พลโท กฤษณา ดวงจุโร ทำทุกอย่างให้เป็นธรรม ความรอยในหลวงรัชกาลที่ 9	
Innovation	027
Soap to Fecal success	
Interesting Case	030
Photo Quiz	032
Hot จาก Web	034
Pro & Con?	037
การล้างพิษ	
Hospital Visit	040
คลินิกบริการรูปแบบพิเศษ สถาบันโรคผิวหนัง สาขาศูนย์ราชการ	
สารบัญนิพนธ์ต้นฉบับ	123
ข้อมูลบริการการอบรมทางการแพทย์	125
เกณฑ์การส่งบทความ	128
จดหมายจากผู้อ่าน	128
ชี้อยา Acnotion 10 ผ่านโซเซียลมีเดีย	

สัตว์และคนกัด (Bites)

โกวิท คัมภีรภาพ พ.บ.

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์



Bite wounds เป็น injuries ที่พบบ่อย ผู้ที่ถูกกัดและแพทย์มักคิดว่าไม่มีอันตราย 80% ของผู้ที่ถูกกัดไม่ได้ไปพบแพทย์ bite wounds แบ่งเป็น lacerations, evulsions, punctures, และ scratches แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของ bite infections อาจมาจากสิ่งแวดล้อม, skin flora ของเหยื่อหรือส่วนมากเป็น normal oral flora ของ biter

สุนัขที่กำลังกัดกัน 4 - 5% ของสุนัขกัดเกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น พนักงานส่งจดหมายหรือส่งของ สุนัขมักกัดที่มือเหยื่อ แต่เด็กเล็กมักถูกกัดที่ใบหน้า สุนัขตัวใหญ่อาจมีแรงจับสูงมากกว่า 450 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว ซึ่งอาจทำให้เกิด extensive crush injury แมวกัดพบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากสุนัขกัด แต่แผลถูกแมวกัดมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าแผลถูกสุนัขกัด 2 เท่า

1. สัตว์กัด (Animal bites)

ระบาดวิทยา

Humane Society ของสหรัฐอเมริกาคาดว่าชาวอเมริกันเลี้ยงสุนัข 75 ล้านตัว เลี้ยงแมว 89 ล้านตัว ประมาณ 1 ใน 3 ของครอบครัวชาวอเมริกันเลี้ยงสุนัขและแมว คาดว่าครึ่งหนึ่งของชาวอเมริกันเคยถูกสุนัขหรือแมวกัด 80-90% ของสัตว์กัดมนุษย์เกิดจากสุนัขกัด คาดว่าในสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์สุนัขกัด 4-5 ล้านครั้งต่อปี เหยื่อที่ถูกสุนัขกัดส่วนมากเป็นเด็กชายอายุ 5-9 ปี ซึ่งไปแหย่หรือเล่นกับสุนัข หรือเข้าไปแยก

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ที่ถูกสัตว์กัดที่ไปพบแพทย์ภายใน 8 ชั่วโมง เพราะเป็นแผลรุนแรงหรือต้องการฉีด rabies หรือ tetanus prophylaxis แผลพวกนี้มักปนเปื้อน aerobic และ anaerobic bacteria หลายชนิด 2-30% จะกลายเป็นแผลติดเชื้อซึ่งมักต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ผู้ที่ถูกกัดที่ไปพบแพทย์หลัง 8 ชั่วโมง มักมี established infection แล้ว ส่วนมากมีอาการ localized cellulitis ปวด บวม แดง มี purulent discharge สีเทา



กลิ่นเหม็น ไม่เกิน 10% ของผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ, regional adenopathy, และ lymphangitis puncture wounds มีโอกาสติดเชื้อมากกว่า evulsions และกลายเป็น abscess แผลใกล้กระดูกหรือข้ออาจลึกจนเกิด septic arthritis, osteomyelitis, tenosynovitis หรือ deep abscess sepsis, endocarditis, meningitis หรือ brain abscesses หลัง bite injury พบน้อย *Capnocytophaga canimorsus* อาจทำให้เกิด fatal infection ในผู้ป่วย asplenia หรือ liver disease ผู้ป่วย lymphedema, ผู้ป่วย lupus erythematosus โดยเฉพาะที่กำลังรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ และ immunocompromised hosts (เช่น acute leukemia) อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรงมากขึ้น รวมทั้งภาวะติดเชื้อจากแบคทีเรียที่ปกติทำให้เกิดแค่ limited cellulitis ใน immunocompetent hosts

สาเหตุ

dog bite wound infections ส่วนมากเกิดจาก oral flora ของสุนัข การศึกษาบาดแผลถูกสุนัขและแมวกัด 107 แผลพบว่า เพาะเชื้อพบ *Pasteurella* spp. ใน 75% ของแผลแมวกัด (*P. multocida* subsp. *multocida* 54%), และ 50% ของแผลสุนัขกัด (*P. canis* 26%; *P. multocida* subsp. *multocida* 12%) แบคทีเรียอื่นๆ ที่พบบ่อย คือ streptococci (50%), *S. aureus* (20-40%), และ anaerobes (70% 50-60% ของแผลสุนัขและแมวกัดมี *Bacteroides tectum*, *Prevotella heparinolytica*, *Prevotella zoogloeoformans*, *Prevotella bivia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Porphyromonas canoris*, fusobacteria, และ peptostreptococci *Fusobacterium canifelinum* เป็น intrinsically fluoroquinolone-resistant species แบคทีเรียอื่นๆ ที่พบในแผลสุนัขและแมวกัด ได้แก่ *Acinetobacter* spp., *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Aggregatibacter (H.) aphrophilus*, *Burkholderia zoohelcum*, *Capnocytophaga canimorsus*, *Corynebacterium minutissimum*, *Eikenella*

corrodens, *Enterococcus* spp., *Finnegoldia magna*, *Micrococcus luteus*, *Moraxella* spp., *Neisseria canis*, *Neisseria weaveri*, *S. epidermidis*, *S. intermedius* MRSA อาจติดจาก healthy pet cat มาที่คน แต่ยังไม่มียารายงานการตรวจพบจาก animal bite wounds MRSA เป็น potential causative secondary invader agent โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ MRSA carriage

แมวมักข่วนหรือกัดเป็นรูเข็มเล็กๆ แต่ลึกตามขนขา จึงมีโอกาสติดเชื้อมาก พบ *P. multocida* จาก 50-70% ของ healthy cats และเป็นสาเหตุก่อโรคที่พบบ่อยในแผลแมวกัด พบ *Erysipelothrix rhusiopathiae* ในแผลแมวกัดได้ cougar, tiger, และ feline bites อื่นๆ ก็มีโอกาสพบ *P. multocida* tularemia อาจติดต่อทางแมวกัด cat scratch disease ส่วนมากสาเหตุเป็น *Bartonella henselae* แต่อาจพบ *Afpia felis* และ *Bartonella* spp. อื่นๆ

แผลลิงกัดมักบวมและติดเชื้อรุนแรงกว่าแผลจากสัตว์อื่นกัด Old World monkeys อาจถ่ายทอดเชื้อร้ายแรงคือ subtype B virus (herpesvirus simiae) มีรายงานผู้ถูก bear, caiman, และ kinkajou กัด แล้วติดเชื้อแปลกๆ พบ *Flavobacterium* llb-like isolates จากแผล pig bite, *Actinobacillus lignieresii* และ *Actinobacillus equi*-like bacterium ในแผล horse bites Orf virus อาจถ่ายทอดทางแผล sheep bite

Specific common bacterial infections ที่พบในแผลสัตว์กัด

1. *Pasteurella multocida* infection

Pasteurella multocida เป็นแบคทีเรียที่อยู่ใน nasopharynx ของ 50-60% ในสุนัข และ 70-90% ในแมว ส่วนมากทำให้เกิด local infection และ adenitis หลังถูกสุนัขหรือแมวกัดข่วน *P. multocida* เป็นแบคทีเรียที่ติดเชื้อหลังถูกแมวกัดที่พบบ่อยที่สุดและทำให้เกิดเชื้อ 26% ของแผลสุนัขกัด การติดเชื้อมักเกิดขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังถูกกัด



แมวมียาวแหลม เมื่อกัดคน แบคทีเรียอาจเข้าไปใน periosteum ทำให้เกิด tenosynovitis หรือ osteomyelitis มีรายงานการติดเชื้อ *Pasteurella* หลังถูกสิงโตหรือเสือกัด

systemic *P. multocida* infection อาจเกิดจากการหายใจเอา contaminated barn dust หรือ infectious droplets ที่สัตว์จามออกมา แบคทีเรียอาจเข้าไป colonize หรือทำให้ติดเชื้อในทางเดินหายใจ ทำให้เกิด bronchiectasis, emphysema, peritonsillar abscess, sinusitis แม้กระทั่ง systemic infection ร่วมกับ bacteremia หรือ meningitis ก็อาจเกิดได้

P. multocida เป็น small, Gram-negative, ovoid bacillus ซึ่งเจริญได้ดีบน blood agar แต่ไม่เจริญบน selective Gram-negative media เช่น MacConkey agar ลักษณะโคโลนีคล้าย *Haemophilus influenzae* และ *Neisseria* organisms presumptive *P. multocida* infection ควรรักษาด้วยการชำระล้างแผล และปล่อยแผลเปิด empiric antibiotic คือ amoxicillin/clavulanic acid รับประทาน 7-10 วัน ยาทางเลือก ได้แก่ quinolone, tetracycline และ trimethoprim-sulfamethoxazole ยาปฏิชีวนะควรครอบคลุม skin flora ของผู้ป่วย (เช่น *S. aureus*) และแบคทีเรียในปากสัตว์ถ้าสงสัย MRSA ควรรักษาด้วย vancomycin, clindamycin, tetracycline, หรือ trimethoprim-sulfamethoxazole

2. *Staphylococcus intermedius* infection

S. intermedius เป็นแบคทีเรียที่พบในสุนัขใหญ่ที่มีน้ำหนักมากกว่า 40 ปอนด์ พบเป็น canine gingival flora บ่อยกว่า *S. aureus* (39% vs 10%) *S. intermedius* เป็น Gram-positive, coagulase-positive coccus ซึ่งแยกได้จาก *S. aureus* ด้วยการตรวจทางชีวเคมี *S. intermedius* ไม่สร้าง acetoin จากกลูโคส และมี β -galactosidase activity ยาปฏิชีวนะรักษา ใช้เหมือนการติดเชื้อ *S. aureus* แนวโน้มดื้อยา oxacillin น้อยกว่า *S. aureus*

3. *Capnocytophaga canimorsus* infection

C. canimorsus เป็น capnophilic (“ชอบคาร์บอนไดออกไซด์”), facultatively anaerobic, slow-growing, Gram-negative rod ที่มักพบในแผลสุนัขกัด แบคทีเรียนี้พบในช่องปากของแมว 17% และของสุนัข 24% การติดเชื้อมักเกิดใน splenectomized หรือ immunocompromised hosts แต่มีรายงาน fatal infections รวมทั้ง meningitis ใน immunocompetent hosts และมีอาการ overwhelming sepsis

4. *Porphyromonas* spp. infection

Porphyromonas spp. เป็น slow-growing anaerobic bacteria พบใน deep gingival pockets ของสัตว์และคน แบคทีเรียนี้เพาะเลี้ยงได้ยาก ต้องการวิตามินเคและ hemin ในอาหารเลี้ยงเชื้อ Citron และคณะ ตรวจพบ *Porphyromonas* spp. ใน 28% ของการเพาะเลี้ยงเชื้อจากแผลสุนัขและแมวกัด

การดูแลรักษาแผลสัตว์กัด

ควรซักถามรายละเอียดของอุบัติเหตุชนิดของสัตว์บริเวณที่ถูกกัด แผลที่ถูกกัดที่มือ แผลเป็นรูลึกและแผลขยี้ มักติดเชื้อได้ง่าย ควรเก็บตัวอย่างจากแผลส่งเพาะเลี้ยงเชื้อและย้อมสีแกรมการรักษาแผลควรล้างมากๆ และปล่อยให้แผลเปิด (ไม่เย็บแผล) แผลที่มือ แผลแมวกัดลึก แผลแมวข่วนลึก แผลที่เย็บมาแล้ว ควรรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุม *P. multocida*, *S. aureus* และ anaerobes first choice เป็น amoxicillin/clavulanic acid ถ้าแพ้เพนิซิลลินพิจารณาให้ clindamycin plus levofloxacin หรือ cotrimoxazole doxycycline moxifloxacin หรือ macrolides ในหญิงมีครรภ์ หรือ ceftriaxone ถ้าเป็นแผลรุนแรง, cellulitis ที่ลุกลาม มีไข้, sepsis, immunocompromised hosts ให้รับไว้ในโรงพยาบาล และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด current choices ได้แก่ ampicillin/sulbactam หรือ cefoxitin หรือ carbapenem (ertapenem) พิจารณาให้ tetanus toxoid, tetanus antitoxin, และวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า แผลถูกสัตว์กัดที่หน้าก็รักษาเหมือนกัน ต้องให้ prophylactic antibiotics แม้เป็นแค่แผลเล็กๆ อาจทำ approximation ของ wound margins แล้ว delayed primary หรือ secondary intention

พิจารณาให้ prophylactic antimicrobial therapy สำหรับ moderate to severe injury ที่มาภายใน 8 ชั่วโมง สงสัยมี bone หรือ joint penetration, แผลที่มือ, immuno-compromised hosts, แผลใกล้ prosthetic joint, และแผลบริเวณ genital area ควรให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุม *P. multocida*, *S. aureus*, และ anaerobes



2. คนกัด (Human bites)

Human bites มี complication และ infection rates สูงกว่า animal bites human bites ส่วนมากเป็นที่ distal phalanx ของนิ้วชี้ของมือข้างที่ถนัด แต่ 10-20% ของแผลเป็น “love nips” ที่เต้านมหรืออวัยวะเพศ แผลถูกกัดที่มือมีความรุนแรงกว่า และมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าแผลบริเวณอื่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อ คือ extent ของ tissue damage, ความลึกของแผลและ compartments ที่ถูกรุกราน, และ pathogenicity ของ inoculated oral bacteria

สาเหตุ

แบคทีเรียที่พบบ่อยที่สุดจากแผล คือ viridans streptococci, โดยเฉพาะ *S. anginosus* *S. aureus* infection พบได้ 30-40% ของแผล และมักพบในแผลที่ผู้ป่วยพยายามดูแลรักษาเองหลายวันก่อนมาพบแพทย์ MRSA พบน้อยบางครั้ง พบ *H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *Aggregatibacter (H.) aphrophilus*, *Aggregatibacter (H.) paraphrophilus* และ penicillin-resistant gram-negative rods เช่น *Klebsiella* spp. และ *Enterobacter cloacae* *Prevotella* spp., *Peptostreptococcus* spp. และ *Fusobacterium nucleatum* พบได้บ่อยจากแผล 45% ของ anaerobic gram-negative bacilli ที่พบในแผลอาจคือเพนิซิลลินและ β -lactamase positive ในการศึกษาหนึ่ง *Candida* spp. พบได้ใน 8% ของผู้ป่วย แต่ pathogenicity ยังไม่ชัดเจน

การดูแลรักษา

ควรทำ Gram stain และ aerobic และ anaerobic cultures จาก infected wounds ทุกครั้งก่อนรักษา แผลควร irrigated มากๆ เนื้อตาย debrided และถ่ายรูป หลังจากนั้นให้ immobilization, splinting, และยกสูง empirical antimicrobial therapy ขึ้นกับผลย้อมสีแกรม หรือข้อมูล susceptibility ของ oral flora แผลของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เร็วและยังไม่ติดเชื้อ อาจให้ยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลาสั้นกว่า first-line drugs ควรให้ amoxicillin/clavulanic acid หรือ penicillin plus penicillinase-resistant penicillin หรือ cephalosporin first-generation cephalosporins mono-therapy ไม่ค่อยได้ผล เพราะ anaerobic bacteria บางชนิดและ *Eikenella corrodens* เป็นเชื้อดื้อยา ยังไม่เคยมีการประเมิน newer quinolones ที่มี anaerobic activity ผู้ป่วยบางส่วน (32% ในการศึกษาหนึ่ง) ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ควรถ่ายภาพเอกซเรย์แผลที่อยู่ใกล้กระดูก เพื่อติดตามการเกิด osteomyelitis ส่วนมากไม่แนะนำ primary closure, แม้แต่ uninfected wounds, โดยเฉพาะแผลที่มือ ยกเว้นแผลที่ใบหน้าให้ทำ primary closure ได้เพื่อป้องกัน scarring และ disfigurement infected wounds อาจทำ approximation ของ wound margins หรือ delayed primary closure (3-5 วัน)

References

1. CDC: Nonfatal dog bite-related injuries treated in hospital emergency departments-United States, 2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2003; 52:605.
2. Griego RD, Rosen T, Orengo IF, Wolf JE. Dog, cat, and human bites: a review. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:1019-29.
3. Tuncali D, Bingul F, Terzioğlu A, Aslan G. Animal bites. *Saudi Med J* 2005; 26:772-6.
4. Benson LS, Edwards SL, Schiff AP, Williams CS, Visotsky JL. Dog and cat bites to the hand: treatment and cost assessment. *J Hand Surg Am* 2006; 31:468-73.
5. Garcia VF. Animal bites and *Pasturella* infections. *Pediatr Rev* 1997; 18:127-30.
6. Stefanopoulos PK, Tarantzopoulou AD. Facial bite wounds: management update. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005; 34:464-72.
7. Rittner AV, Fitzpatrick K, Corfield A. Best evidence topic report. Are antibiotics indicated following human bites? *Emerg Med J* 2005; 22:654.
8. Chaudhry MA, Macnamara AF, Clark S. Is the management of dog bite wounds evidence based? A postal survey and review of the literature. *Eur J Emerg Med* 2004; 11:313-7.
9. Rupprecht CE, Gibbons RV. Clinical practice. Prophylaxis against rabies. *N Engl J Med* 2004; 351:2626-35.
10. Talan DA, Abrahamian FM, Moran GJ, Citron DM, Tan JO, Goldstein EJ. Clinical presentation and bacteriologic analysis of infected human bites in patients presenting to emergency departments. *Clin Infect Dis* 2003; 37:1481-9.
11. Suchard JR. "Spider bite" lesions are usually diagnosed as skin and soft-tissue infections. *J Emerg Med* 2011;41:473-81.
12. Barnham M, Holmes B. Isolation of CDC group M-5 and *Staphylococcus intermedius* from infected dog bites. *J Infect* 1992; 25:332-4.
13. Blanche P, Sicard D, Meyniard O, Ratovohery D, Brun T, Paul G. *Capnocytophaga canimorsus* lymphocytic meningitis in an immunocompetent man who was bitten by a dog. *Clin Infect Dis* 1994; 18:654-5.
14. Linton DM, Potgieter PD, Roditi D, Phillips A, Adams BK, Hayhurst M, et al. Fatal *Capnocytophaga canimorsus* (DF-2) septicaemia. A case report. *S Afr Med J* 1994; 84:857-60.
15. Deshmukh PM, Camp CJ, Rose FB, Narayanan S. *Capnocytophaga canimorsus* sepsis with purpura fulminans and symmetrical gangrene following a dog bite in a shelter employee. *Am J Med Sci* 2004; 327:369-72.
16. van de Ven AR, van Vliet AC, Maraha B, Ponssen HH. Fibrinolytic therapy in *Capnocytophaga canimorsus* sepsis after dog bite. *Intensive Care Med* 2004; 30:1980.
17. Elliott DR, Wilson M, Buckley CM, Spratt DA. Cultivable oral microbiota of domestic dogs. *J Clin Microbiol* 2005; 43:5470-6.
18. Summanen PH, Durmaz B, Vaisanen ML, Liu C, Molitoris D, Eerola E, et al. *Porphyromonas somerae* sp. nov., a pathogen isolated from humans and distinct from *porphyromonas levii*. *J Clin Microbiol* 2005; 43:4455-9.
19. Citron DM, Hunt Gerardo S, Claros MC, Abrahamian F, Talan D, Goldstein EJ. Frequency of isolation of *Porphyromonas* species from infected dog and cat bite wounds in humans and their characterization by biochemical tests and arbitrarily primed-polymerase chain reaction fingerprinting. *Clin Infect Dis* 1996; 23: 78-82. ●

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

โทวิท คัมภีรภาพ ผ.บ.

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์



โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่สำคัญที่เกิดจากสัตว์กักตุน และสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า มีโอกาสเสียชีวิตเกือบ 100% จาก encephalitis บั่นทึงเก่าแก่ที่สุดในโลกเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าปรากฏตั้งแต่สมัยบาบิโลน “rabies” มาจากภาษาละติน “rabere” และภาษากรีก “lyssa” แปลว่า “บ้า” (madness)

สาเหตุ

โรคพิษสุนัขบ้าเกิดจาก Rhabdovirus Rhabdoviridae เป็น rod-shaped, negative-sense, nonsegmented, single-stranded RNA viruses มี 3 จำพวกที่ติดเชื้อในสัตว์และคน คือ Lyssavirus, Vesiculovirus, และ Ephemerovirus rabies (serotype 1) เป็น type species ใน Lyssavirus genus สปีชีส์อื่นๆ ใน genus นี้ เป็นสาเหตุของโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์

ระบาดวิทยา

โรคพิษสุนัขบ้าพบได้ทั่วโลก ยกเว้นทวีปแอนตาร์กติกา สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในสหรัฐอเมริกาพบน้อยลงเนื่องจากมาตรการฉีดวัคซีนในสัตว์เลี้ยง ปัจจุบัน 8% ของสุนัข

และสัตว์เลี้ยงไม่ได้ฉีดวัคซีน สัตว์ป่าขนาดเล็ก เช่น สกังก์ แรคคูน จิ้งจอกสีเทา และค้างคาว มีความเสี่ยงมากที่สุด สัตว์ฟันแทะ เช่น กระรอกและแฮมสเตอร์ไม่น่าจะเป็นแหล่งรังโรค แต่พบโรคนี้ในปศุสัตว์มากขึ้น postexposure prophylaxis ได้ผลเกือบ 100% ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยเหลือเพียง 1-4 รายต่อปี มีรายงานผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเพราะผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อ องค์การอนามัยโรคคาดว่าจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าปีละ 55,000 รายในประเทศกำลังพัฒนา ครึ่งหนึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ พบผู้ป่วย 370 รายในปี พ.ศ. 2523 ลดเหลือ 185 รายในปี พ.ศ. 2533 และเหลือ 7 รายในปี พ.ศ. 2556 ส่วนมากพบในภาคกลางและภาคใต้และส่วนมากเกิดจากถูกลูกสุนัขกัด สุนัขที่ติดเชื้อพบกระจายทั่วประเทศและมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

พยาธิกำเนิด

เมื่อถูกสัตว์กัดหรือหายใจเอาละอองน้ำลายที่มีไวรัสไวรัสจะเริ่มแบ่งตัวในเซลล์กล้ามเนื้อลามเข้าไปในเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อ แบ่งตัวและกระจายไปตาม axons ของ

ลักษณะทางคลินิก

เส้นประสาทส่วนปลายไปที่ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ไวรัสไปถึง dorsal root ganglia ภายใน 60-72 ชั่วโมง การฉีด antirabies immunoglobulin และ active immunization สามารถป้องกันไวรัสไม่ให้เข้าไปในเส้นประสาทก็จะป้องกันโรคได้ยังไม่ทราบกลไกที่ไวรัสทำลาย CNS ไวรัสอาจไปรบกวน neurotransmission และ endogenous opioid-systems พบ local nitric oxide production เพิ่มขึ้น 30 เท่า แสดงว่าเป็น excitotoxic mechanism หลังจาก CNS infections ไวรัสแพร่กระจายไปที่อวัยวะอื่นๆ เช่น ต่อม้ำลาย ต่อมหมวกไต และหัวใจ โดยผ่านเส้นประสาทส่วนปลาย พบไวรัสจำนวนมากในน้ำลาย เนื่องจาก viral shedding จาก sensory nerve endings ใน oral mucosa และเกิดจาก viral replication ในต่อมน้ำลาย immune response ต่อ natural rabies infection ไม่เพียงพอต่อการป้องกันการเกิดโรค ไวรัสสามารถกระตุ้น apoptosis ของ T lymphocytes ทำให้เกิด immunosuppression unvaccinated patients อาจมี antibody response ในระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยที่มี cellular immune response มักเกิดเป็น encephalitic (furious) form มากกว่า paralytic form และจะเสียชีวิตเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี response

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อโอกาสในการเกิดโรค คือ viral inoculum แผลถูกกัดที่สัมผัสกับน้ำลายสัตว์ปริมาณมาก (แผลถูกกัดตามมือเท้า VS แผลถูกกัดผ่านเสื้อผ้า) ถูกกัดหลายแผล ถูกกัดแหวบหน้า มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค โรคพิษสุนัขบ้ามีระยะฟักตัว 5 วันถึงหลายปี แต่ 75% ของผู้ป่วยแสดงอาการภายใน 90 วันหลัง exposure ไวรัสอาจยังคงอยู่ใน macrophages แล้วต่อมา emerge และก่ออาการโรค ผู้ป่วยบางรายจึงมีระยะฟักตัวยาวนาน ผู้ป่วยมี prodromal period 1-4 วัน คือ ไข้สูง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย paresthesia ตรงตำแหน่งที่ถูกกัดพบได้ 80% ของผู้ป่วย โรคพิษสุนัขบ้าแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ furious (encephalitic) และ paralytic (dumb) form furious form มีอาการ hydrophobia, delirium, agitation, episodic hyperactivity, seizures, coma และ death ประมาณ 20% ของผู้ป่วย เป็น paralytic form ซึ่งในระยะแรกมักมีอาการทางสมองเพียงเล็กน้อย แต่มี ascending paralysis เพราะพยาธิสภาพของ form นี้อยู่ที่ spinal cord และ brain stem ผู้ป่วยอาจมี meningeal signs ต่อมาผู้ป่วยจะลึบสน แล้วค่อยๆ เข้าสู่โคม่า ไวรัสสามารถกระจายไปที่อวัยวะภายในอื่นๆ systemic complications ที่พบบ่อย คือ cardiac arrhythmias และ gastrointestinal disturbances ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้ามักเสียชีวิตจาก cerebral edema หรือ myocarditis





การวินิจฉัยโรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้าในคนวินิจฉัยได้ยาก มักวินิจฉัยได้เมื่อมีอาการชัดเจนแล้ว การตรวจหาไวรัสอาจให้ผลบวกจากน้ำลายหรือน้ำไขสันหลังในช่วง 2 สัปดาห์แรกของโรคที่เริ่มแสดงอาการ อาจพบได้ตั้งแต่วันที่ 6 ส่วนมากพบในวันที่ 13 fluorescent antibody method สำหรับตรวจ viral antigen เป็นวิธีที่ไวและจำเพาะที่สุด ถ้าผู้ป่วยมีอาการทาง CNS แล้ว สามารถวินิจฉัยจากการติดเชื้อเนื่องจาก highly innervated hair-covered area ของ neck และจากเนื้อสมอง

การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

โรคพิษสุนัขบ้าป้องกันได้โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับสัตว์ป่าหรือสัตว์เลี้ยงที่ไม่คุ้นเคย ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้า เช่น สัตวแพทย์ คนงานเลี้ยงสัตว์ นักวิทยาศาสตร์ในห้องแล็บไวรัส นักท่องเที่ยวที่ไปในถิ่นที่มีโรคพิษสุนัขบ้าชุกชุม ควรได้รับ preexposure prophylaxis ด้วย human diploid cell rabies vaccine (HDRV) ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 3 ครั้ง ในวันที่ 0, 7 และ 21 หรือ 28 และรับซ้ำทุก 2 ปี

ความจำเป็นในการรับ postexposure prophylaxis ขึ้นอยู่กับชนิดและขนาดของสัตว์ ประวัติการฉีดวัคซีนของสัตว์ ความสามารถในการตรวจสอบสัตว์ภายใน 48 ชั่วโมง ความสามารถในการกักกันสัตว์ ส่วนมากสัตว์แพร่ไวรัสในน้ำลายได้ 2-3 วัน ก่อนเริ่มมีอาการป่วย แต่ค้างคาวอาจมีไวรัสนานหลายเดือน ถ้าสัตว์เลี้ยงที่กักมีสุขภาพปกติ และ

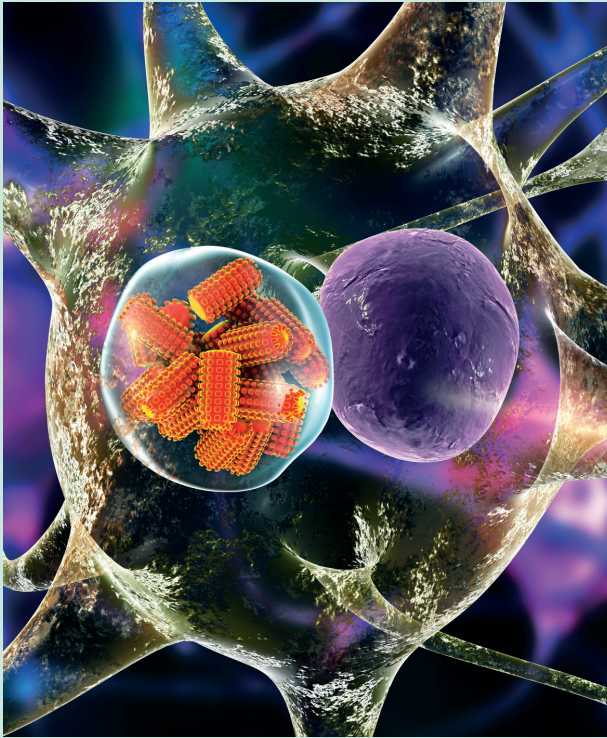
สามารถกักไว้สังเกตอาการ 10 วัน ก็ไม่ต้องรักษาคนที่ถูกกัด นอกจากสัตว์มีอาการบ้า คือ ต้องรีบให้ rabies immunoglobulin (RIG) และ HDRV สัตว์ที่บ้าควรสังหารและส่งตรวจโดยเร็ว ถ้าพบว่าบ้าหรือสงสัย หรือไม่มีประวัติฉีดวัคซีน ควรรักษาผู้ป่วยด้วย RIG และ HDRV

ถ้าถูกสัตว์ป่า เช่น สกังก์ ค้างคาว groundhogs สุนัขจิ้งจอก หมาป่า แรคคูน bobcats และสัตว์กินเนื้ออื่นๆ ควรสันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นบ้า นอกจากผลการตรวจเป็นลบ รักษาด้วย RIG และ HDRV ถ้าถูกสัตว์อื่นกัด เช่น หนู สัตว์ฟันแทะ lagomorphs เช่น กระต่ายและกระต่ายป่า พังพอน ควรพิจารณาเป็นรายๆ สัตว์ฟันแทะ เช่น กระรอก แฮมสเตอร์ หนูตะเภา gerbils chipmunks หนู มีโอกาสเสี่ยงน้อยมาก

แผลถูกสัตว์กัดควรล้างทันทีด้วยสบู่และแปรงขัดเพื่อกำจัดไวรัสให้มากที่สุด ล้างน้ำมากๆ แล้วฟอกอีกครั้งด้วย green soap หรือ 70% alcohol ซึ่งมีฤทธิ์ rabicidal ถ้าจำเป็น ต้องให้วัคซีน รีบให้ RIG และ HDRV โดยด่วนที่สุด นอกจากเคยฉีดวัคซีนแล้ว และยังตรวจพบภูมิต้านทาน ในกรณีนี้ให้ HDRV อย่างเดียวในวันที่ 0 และ 3 ในผู้ที่ไม่เคยฉีดวัคซีน, RIG มีความจำเป็นรีบด่วนที่สุด ขนาด RIG 20 IU/กก., 50% ฉีดรอบแผล อีก 50% ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ HDRV ฉีด 5 โดส ในวันที่ 0, 3, 7, 14, และ 28 ควรตรวจแอนติบอดี 2 สัปดาห์ หลังโดสสุดท้าย ถ้าผลเป็นลบควรฉีดบูสเตอร์

การรักษาโรคพิษสุนัขบ้า

ถ้าสงสัยโรคพิษสุนัขบ้าควรรีบรับไปไว้ในโรงพยาบาล ใช้ isolation precautions อาการแรกๆ ของโรคพิษสุนัขบ้า มักไม่จำเพาะ ตามมาด้วยอาการทางระบบประสาท ระยะเวลา ตั้งแต่อาการเริ่มแรกจนถึงเริ่มโคม่า เฉลี่ย 10 วัน บุคลากร ที่ดูแลผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสผิวด้านหน้า น้ำลาย เนื้อเยื่อ ระบบประสาท น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะของผู้ป่วย ไวรัสไม่แพร่กระจายทางเลือด ซีรัม อูจจาระ



หลักการดูแลรักษาผู้ป่วย

คือ ฝ้าสังเกต ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และกระตุ้นให้ โคม่า เพื่อให้การรักษาจนกว่าร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน pulmonary hypoxia ป้องกันโดย tracheostomy และให้ออกซิเจน ไม่มี specific antiviral treatments สำหรับไวรัส พิษสุนัขบ้า ควรพิจารณาให้ยากันชักด้วย ป้องกัน extreme increase ของ intracranial pressure โดยใส่ CSF reservoir ระบาย intraventricular fluid และวัด intracranial pressure ระวัง cardiac arrhythmia ด้วย ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าส่วนมาก เสียชีวิต แต่มีรายงานผู้ป่วยที่รอดชีวิตด้วย prolonged cardio-respiratory support จึงคุ้มค่าที่จะลองรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ด้วย aggressive treatment

ในประวัติศาสตร์มีผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเพียง 1 ราย ที่มี complete recovery โดยไม่ได้รับ rabies prophylaxis ก่อนหรือหลังป่วย ผู้ป่วยเป็นหญิงอายุ 15 ปี จาก Wisconsin มีประวัติถูกค้างคาวกัด 1 เดือนก่อนเริ่มมีอาการ ถูกรับไว้ใน โรงพยาบาลด้วย fever, obtundation, ataxia, myoclonus, และ dysarthria ผู้ป่วยได้รับการรักษา electrographic burst suppression ด้วย ketamine, midazolam ได้ยาด้านไวรัส คือ ribavirin, amantadine ผู้ป่วยไม่ได้รับ rabies vaccine และ rabies immune globulin เนื่องจากผู้ป่วยมี immune response อยู่แล้วทั้งในซีรัมและ CSF ผู้ป่วย discharged ในวันที่ 76 หลังอยู่โรงพยาบาลโดยยังมี mild neurologic deficits หลังจากนั้น มีหลาย case reports ที่รักษาด้วย Wisconsin protocol ดังกล่าวข้างต้น แต่ผู้ป่วยทุกรายเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า หรือจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา

References

1. Krebs JW, Mandel EJ, Swerdlow DL, Rupprecht CE. Rabies surveillance in the United States during 2004. J Am Vet Med Assoc 2005; 227:1912-25.
2. Burton EC, Burns DK, Opatowsky MJ, El-Feky WH, Fischbach B, Melton L, et al. Rabies encephalomyelitis: clinical, neuroradiological, and pathological findings in 4 transplant recipients. Arch Neurol 2005; 62:873-82.
3. World Health Organization (WHO): Rabies and Envenomings: A Neglected Public Health Issue: Report of a Consultative Meeting, 2007, http://www.who.int/bloodproducts/animal_sera/Rabies.pdf, accessed 2010
4. Kositprapa C, Limsuwan K, Wilde H, Jaijaroen W, Saikasem A, Khawplod P, et al. Immune response to simulated postexposure rabies booster vaccinations in volunteers who received preexposure vaccinations. Clin Infect Dis 1997; 25:614-6.
5. Fishbein DB, Robinson LE. Rabies. N Engl J Med 1993; 329:1632-8.
6. Willoughby RE Jr, Tieves KS, Hoffman GM, Ghanayem NS, Amlie-Lefond CM, Schwabe MJ, et al. Survival after treatment of rabies with induction of coma. N Engl J Med 2005; 352:2508-14. ●

ผู้ป่วยโรคผิวหนังควรรับบริการสักสี (Tattoo) ที่ผิวหรือไม่

วลัยวรรณ ปรัชญพฤกษ์ พ.บ.

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

การสักสีทำให้เกิดรอยสักหลายลายต่างๆ นั้น เป็นพฤติกรรมที่ต้องมีเจตนาเป็นพื้นฐาน พบเห็นเฉพาะในสังคมมนุษย์และได้รับความนิยมจากประชาชนโลก แต่เดิมสีที่ใช้ในรอยสักจะเป็นสีดำแต่ปัจจุบันได้นำเอาสีอื่นๆ มาใช้เพื่อทำให้เกิดความสวยงามดึงดูดสายตาแก่ผู้พบเห็น ถ้าท่านป่วยเป็นโรคผิวหนัง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ควรหยุดพิจารณาสักสีว่าการรับบริการรอยสักจะทำให้ท่านมีความเสี่ยงที่แตกต่างกับคนทั่วไปหรือไม่ และมีความเสี่ยงใดบ้าง ก่อนที่จะตัดสินใจตกแต่งร่างกายด้วยรอยสัก

คนส่วนใหญ่ตัดสินใจสักโดยไม่ทราบสักนิดว่าการสักหมึกหรือสีมีผลเสียต่อร่างกายอะไรบ้าง แต่ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินต้องพิจารณาให้ลึกซึ้งกว่าคนทั่วไป แม้ผู้ที่มีสุขภาพผิวดีโดยทั่วไปก็อาจได้รับผลเสีย เพราะการสักสีลงไปบนผิวจะทำให้ผิวหนังเกิดบาดแผลและมีเลือดออกและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนต่อไปนี้คือ

1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงจนถึงขั้นทำให้เสียชีวิตหรือเป็นเรื้อรังนานเป็นปี
2. การสักรอยที่ผิวอาจทำให้เกิดการแพร่เชื้อจากคนหนึ่งสู่คนหนึ่ง เชื้อโรคที่สามารถแพร่ได้ด้วยวิธีนี้ได้แก่ โรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบีหรือซี วัณโรคผิวหนัง และบาดทะยัก เป็นต้น
3. มีคนส่วนหนึ่งอาจเกิดผื่นแพ้ต่อสีที่ใช้สักผิว โดยเฉพาะกรณีสักด้วยสีอื่นๆ ที่ไม่ใช่สีดำจากคาร์บอน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสีแดง) และหลายร้านนำสีดำที่ทำจากสารอื่นมาใช้ เช่น สีดำจากสารถย้อมผม อาจจะมีเจตนาที่จะทำเช่นนั้นหรือด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเม็ดสีที่นำมาใช้

เป็นเรื่องที่น่าแปลกใจที่การใช้เข็มหรือการกระทำการใดๆ ที่ล่วงล้ำเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ เช่น การสักสีซึ่งเป็นการกระทำที่เหมือนการฉีดยาเข้าที่ผิวหนังซึ่งกระทำโดยแพทย์ กลับมีมาตรฐานในการกำกับไม่เท่าเทียมกัน แพทย์ผู้ซึ่งได้รับการอบรมให้มีความรู้ความเข้าใจวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของมนุษย์ได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิธีการปลอดเชื้อมาแล้วเป็นอย่างดี และมีมาตรการต่างๆ ทางกฎหมายและระเบียบกำกับการประกอบวิชาชีพเพื่อประกันความปลอดภัยสำหรับประชาชน แต่การสักสีบนร่างกายกลับไม่มีมาตรการที่เข้มงวด และเมื่อมีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้นส่วนใหญ่มักจะเป็น

เรื่องของคู่มือจะจัดการกันเอง บางครั้งไม่สามารถเอาผิดกับผู้ใดได้ หากมีเหตุเกิดขึ้นผู้ให้บริการก็เพียงแต่ย้ายที่ท่ามาหากินติดตามตัวไม่ได้ หรือผู้ได้รับผลเสียก็เพียงแต่ไม่พอใจ ให้อภัยหรือต่อว่ากันแล้วเรื่องก็จบ ประเด็นนี้จึงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ผู้รับบริการต้องนำมาพิจารณาก่อนเข้ารับบริการจากร้านรอยสัก

โรคสะเก็ดเงินทำให้เกิดผื่นแดงมีขุยขาวตามร่างกาย หากผิวของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินได้รับบาดเจ็บจะเกิดผื่นสะเก็ดเงินขึ้นที่ตำแหน่งซึ่งได้รับบาดเจ็บ (เรียกว่า "Koebner phenomenon") คำว่าบาดเจ็บที่ผิวหนังนี้ หมายความว่ารวมถึง การบาดเจ็บเล็กๆ น้อยๆ เช่น แมลงสัตว์กัดต่อย ผิวไหม้แดด จนถึงบาดเจ็บใหญ่ เช่น มีดบาด แผลผ่าตัด เกิดอุบัติเหตุรุนแรง สิ่งนี้ล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดผื่นโรคสะเก็ดเงินตามมาได้ทั้งสิ้น

การสักรอยทำให้เกิดบาดแผลที่ผิวหนัง จึงสามารถทำให้เกิดผื่นสะเก็ดเงินตามมาได้ ดังนั้นการสักรอยจึงไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน หรือแม้แต่โรคผิวหนังบางกลุ่ม แต่เนื่องจากปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จึงขอหยิบยกกรณีโรคสะเก็ดเงินเป็นตัวอย่างในการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างรอยสักกับโรคผิวหนัง

พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีโอกาสเกิดผื่นโรคสะเก็ดเงินหลังมีการบาดเจ็บที่ผิวหนัง โดยปกติจะเกิดผื่นภายใน 10-20 วันหลังได้รับบาดเจ็บ แต่บางรายก็อาจเกิดเร็วคือภายใน 3 วัน หรือ ช้าออกไปถึง 2 ปี หลังเหตุการณ์บาดเจ็บ รานที่มีความรู้ได้มาตรฐานจะไม่บริการสักรอยให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินหรือผู้ที่เป็นโรคผิวหนังชนิดอื่นๆ แต่บางร้านอาจจะเสี่ยงโดยการสักบนผิวปกติที่ไม่มีผื่นโรคสะเก็ดเงิน

ก่อนตัดสินใจรับบริการสักสีท่านควรเลือกร้านที่มีชื่อเสียงดี มีสภาพแวดล้อมสะอาดสะอ้านและขั้นตอนการบริการ มีกระบวนการปลอดเชื้อที่ได้มาตรฐาน สีที่ใช้ในแต่ละครั้งไม่ใช้ปะปนกันในกลุ่มผู้รับบริการหลายคน และไม่มาจากขวดเดียวกันที่เปิดใช้หลายครั้ง ท่านควรถามรายละเอียดถึงวิธีการสัก การได้มาซึ่งความรู้และประสบการณ์ของผู้สักกรอ รวมถึงใบประกาศหรือหลักฐานที่แสดงถึงการอบรมที่ได้รับมา และขณะที่รับบริการต้องแน่ใจว่าผู้สักกรอให้ท่านนั้น ได้สวมถุงมือที่ปลอดเชื้อ ใช้เข็มใหม่ที่ปลอดเชื้อซึ่งนำออกมาจาก

ปลูกเข็มและสิ่งหล่อหุ้มที่ไม่มีรอยฉีกขาด

หลังการสักสีทึบต้องปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด และหากมีเหตุผิดปกติเกิดขึ้นต้องรีบไปพบแพทย์ผิวหนังทันที ท่านจะไปพบแพทย์เมื่อรอยสักนั้นมีอาการ ปวด บวมแดง มีอาการปวดแสบปวดร้อน เกิดขึ้นช่วงเวลาที่แผลควรจะหายแล้ว (คือหลัง 2 สัปดาห์) อาการเหล่านี้แสดงว่า อาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียที่พบทั่วไปหรือจากแบคทีเรียที่พบไม่บ่อย หรือจากเชื้อวัณโรค หรือเชื้อราชนิดลึก หรือเกิดการแพ้สีที่ใช้สักรอย

ตามเกณฑ์การหายของแผลตามปรกตินั้น หลังสักสี รอยแผลควรจะตกสะเก็ดและหลุดออกไปในที่สุด ระหว่างนี้ แผลรอยสักจะมีอาการคันบ้างและไม่ควรเกา เนื่องจากจะทำให้ กระบวนการหายของแผลนานมากขึ้น และอาจทำให้เกิด แผลใหม่และมีเชื้อโรคเข้าไปในแผลได้ การดูแลแผลรอยสัก ให้เอาผ้าก๊อซที่ปิดแผลออกประมาณ 7-8 ชั่วโมงหลังสักสี ซึ่งช่วงเวลาที่เลือดควรจะหยุดซึมแล้ว ใน 2-3 วันแรกหลังสักสี ควรทำความสะอาดบริเวณรอยสักด้วยน้ำเกลือสำหรับทำแผล ซับด้วยผ้าก๊อซสะอาดให้ผิวแห้ง อย่างเบาๆ ไม่ควรขัดถูบริเวณ นั้น และให้ทาขี้ผึ้งยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ไม่แช่ บริเวณรอยสักในน้ำจนกว่าแผลจะหายดี ห้ามนอนแช่ใน อ่างน้ำร้อน/น้ำเย็น หรือการว่ายน้ำ เมื่อแผลหายแล้วให้ทาครีม บำรุงผิวบริเวณรอยสักเพื่อให้ผิวหนังฟื้นตัวได้เร็วขึ้น เมื่อแผล หายดีแล้วแนะนำให้ไม่ควรให้บริเวณที่สักรอยถูกแดดเป็นเวลายาวนาน เนื่องจากแสงแดดจะทำให้สีรอยสักจาง และบางราย แสงแดดจะทำให้ปฏิกิริยากับเม็ดสีให้กลายเป็นสารก่อภูมิแพ้ได้ ดังนั้นจึงควรทายากันแดดบริเวณผิวที่มีรอยสักเมื่อออกแดด

เมื่อใดก็ตามที่ต้องการลบรอยสัก ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในปัจจุบันการลบรอยสักจะใช้เลเซอร์แต่ควรทราบ

ว่าในหลายรายแพทย์ไม่สามารถลบรอยสักได้เกลี้ยงจนผิว กลับมาปรกติ ทั้งนี้เกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ยังไม่มีช่วง คลื่นเลเซอร์ที่ออกฤทธิ์ตรงกับเม็ดสีชนิดนั้น ตอนสักสีผู้สักรอย (Tattoo Artist) ลงน้ำหนักมือไม่สม่ำเสมอทำให้เม็ดสีบางส่วน อยู่ลึกบางส่วนอยู่ตื้น ส่วนที่อยู่ลึกนั้นขจัดออกได้ยาก หรือไม่ ก็เป็นรอยสักที่เก่ามาก เซลล์ในร่างกายย่อยสลายเม็ดสี (แต่ไม่หมด) และกลืนกินเม็ดสีเข้าไปในเซลล์ ทำให้ปฏิกิริยา ระหว่างเม็ดสีกับแสงเลเซอร์ไม่เป็นไปตามคาดหมาย นั่นคือ เหตุผลว่าก่อนคิดจะสักสีบนผิวหนัง ควรคิดอย่างรอบคอบ เพราะรอยสักจะคงอยู่อย่างถาวรบนผิวหนังนั่นเอง

อีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ไม่เห็นรอยสักคือ การกลบรอยด้วยวิธี การแต่งกลบ ไม่แนะนำให้สักสีเนื้อกลบบนรอยสีอีกชั้นหนึ่ง เพราะไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ถาวรวิธี การสักครั้งที่สองนี้จะต้องสัก กว้างกว่ารอยเดิมและเมื่อต้องการเอาสีเนื้อนี้ออกก็จะพบกับ ความยุ่งยากมากขึ้นไปอีกหลายชั้น และหลายรายไม่ประสบความสำเร็จ

เมื่อท่านไปปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการรับบริการสักสี แพทย์บางท่านอาจแนะนำว่า “สักสีได้ แต่...” แพทย์บางท่าน อาจบอกว่า “ห้ามทำ” ทั้งนี้ขึ้นกับมุมมองของแพทย์แต่ละท่าน และเงื่อนไขของร่างกายท่านในขณะที่ต้องการไปรับบริการ สักสี เช่น โรคผิวหนังของท่านสงบหรือยัง ไม่ว่าแพทย์จะแนะนำ อย่างไร ล้วนแล้วแต่อาศัยข้อมูลการตัดสินใจตามเหตุผล ข้างต้น แต่สุดท้ายท่านคือ ผู้เลือก เพราะท่านคือ ผู้เจ็บตัว ท่านคือผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย และเสียเวลา ท่านคือผู้ที่เสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แพทย์เป็นแต่เพียงผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น หวังว่าข้อมูลข้างต้นน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคผิวหนัง ที่กำลังจะไปรับบริการการสักสีที่ผิวหนังไม่มากนัก



รูปที่ 1 ผู้ป่วยรายที่ 1 และรายที่ 2 ซึ่งเกิดปฏิกิริยาต่อสีแดงที่ใช้สักผิว โดยจะเห็นว่ามีผื่นสีแดงยกนูนขึ้นตาม ลวดลายที่ได้รับการสักสีแดง ซึ่งแยกจากผิวหนังที่ได้รับการสักด้วยสีดำอย่างชัดเจน



รูปที่ 2

References

1. Islam PS, Chang C, Selmi C, Generali E, Huntley A, Teuber SS, et al. Medical complications of tattoos: a Comprehensive review. Clin Rev Allergy Immunol. 2016; 50:273-86.
2. Hendren N, Sukumar S, Glazer CS. Vibrio vulnificus septic shock due to a contaminated tattoo. BMJ Case Rep. 2017 May 27. 2017.
3. Baxter SY, Deck DH. Tattoo-acquired verruca plana. Am Fam Physician. 1993; 47:732.
4. Miller DM, Brodell RT. Verruca restricted to the areas of black dye within a tattoo. Arch Dermatol. 1994; 130:1453-4.
5. Köbner H. Zur Aetiologie Ppsoriasis. Zur Aetiologie Ppsoriasis. 1876;3:559.
6. Weiss G, Shemer A, Trau H. The Koebner phenomenon: review of the literature. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2002; 16:241-248.
7. Mohla G, Brodell RT. Koebner phenomenon in psoriasis: a common response to skin trauma. Postgrad Med. 1999; 106:39-40.
8. Jacob CI. Tattoo-associated dermatoses: a case report and review of the literature. Dermatol Surg. 2002; 28:962-965.
9. Horner KL, Chien AJ, Edenholm M, et al. Winnie the Pooh and psoriasis too: an isomorphic response of guttate psoriasis in a tattoo. Pediatr Dermatol. 2007; 24:E70-E72.
10. Boyd AS, Nelder KH. The isomorphic response of Koebner. Int J Dermatol. 1990;29:401-410 ●

พลโท กฤษฎา ดวงอุไร ทำทุกอย่างให้เป็นธรรม ตามรอยในหลวงรัชกาลที่ 9



การเป็นหมอรักชาติคนไข้ คืองานที่ต้องมีจิตคิดจะช่วยคนป่วยเป็นเบื้องแรก จากนั้น จึงต้องมีความเพียรพยายามในการเล่าเรียนศึกษาตามมา ซึ่งในกรณีนี้ สำหรับพลโท กฤษฎา ดวงอุไร คือบุคคลตามแบบอย่างที่ว่า เพราะเบื้องต้นของชีวิตคือความตั้งใจจะเป็นทหาร แต่เมื่อมีเหตุการณ์ขาดแคลนแพทย์ทหารอันเป็นส่วนหนึ่งของการทำหน้าที่ช่วยปกป้องบ้านเมือง เขาก็ไม่รอช้าที่จะผันตัวเองมาศึกษาเรียนรู้เพื่อสวมบทบาทใหม่นี้ทันที ครั้นเมื่อก้าวเข้ามาทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตก็มีเข้ามาเป็นระยะๆ ทั้งด้วยความสามารถ ความสนใจในการเรียนรู้ การมีวินัยและความเพียร รวมทั้งหลักการบริหารที่เขาอาศัยการเรียนรู้ต่อยอดด้วยตัวเอง จึงทำให้ลำดับขั้นของชีวิตค่อยๆ เปลี่ยนผ่านและเติบโตจากการเป็นแพทย์ทหารสู่แพทย์ผิวหนัง จนกระทั่งขึ้นสู่ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งทั้งหมดนั้นเกิดจากแรงบันดาลใจที่จะดำเนินตามรอยแบบอย่างที่ดีจากในหลวงรัชกาลที่ 9 ที่พระองค์ทรงเป็นต้นแบบแห่งแนวคิดดีๆ หลายอย่าง ที่วางแนวทางไว้ให้ใครหลายคนได้ปฏิบัติตาม รวมทั้งพลโท กฤษฎา ดวงอุไรด้วยเช่นกัน

การเป็นแพทย์เริ่มจากการเป็นทหาร

ช่วงที่ชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงจากนักศึกษาทหารมาเป็นแพทย์ของพลโท กฤษฎา คือ ช่วงที่มีพวกก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ในสงครามเวียดนาม ช่วงนั้นกองทัพขาดแคลนแพทย์ทหาร จึงส่งนักเรียนทหารไปเรียนแพทย์ “ตอนนั้นผมเป็นทหาร เรียนคณะวิทยาศาสตร์ที่มหิดล จึงต้องข้ามไปเรียนแพทย์ที่ศิริราช ซึ่งช่วงนั้นมีการต่อต้านและคัดค้านจากพวกนักเรียนแพทย์อยู่พอสมควรที่ให้ทหารมาเรียนแพทย์ด้วย จนวันหนึ่งตอนนั้นผมอยู่ปี 1 ศิริราช วันที่ 29 ก.ย. 2516 จำได้แม่นเลย ตอนนั้นในหลวงออกมาพูดเรื่องนี้ ทำให้ผมประทับใจมาก น้ำตาไหลเลย วันนั้นในหลวงพูดว่ากองทัพทหารขาดแคลนหมอ แต่หมอเองก็คัดค้าน ไม่อยากให้เรียน คิดกันยังงี้... คือตอนนั้นเราก็ต่อสู้กันพอสมควร แต่พอถึงเวลาคับขันในหลวงท่านออกมาช่วยแก้สถานการณ์ให้ได้

“จนกระทั่งเรียนจบ จากนั้นผมไปอยู่ที่อรัญประเทศ เขตชายแดน ทหารญวนบุกเข้ามาเต็มชายแดนเลย ผมเห็นแล้วรู้สึก...คราวนี้ตายแน่ แล้วในช่วงนั้นในหลวงพระราชทานเพลงเพลงหนึ่งที่มีเนื้อเพลงว่า...บรรพบุรุษของไทยแต่โบราณ ปกบ้านป้องเมืองคุ้มเหย้า เสียเลือดเสียเนื้อมิใช่เบา หน้าที่เรารักษาสืบไป ลูกหลานเหลนโหลนภายหน้า จักต้องมีพลูอาอาศัยอนาคตจะต้องมีประเทศไทย มียอมให้ผู้ใดมาทำลาย ถึงซูม่าล้างโคตรก็ไม่หวั่น จะสู้กันไม่หลบหนีหาย สู้ตรงนี้ สู้ที่นี่ สู้จนตาย ถึงเป็นคนสุดท้ายก็ลองดู...จากเพลงที่ท่านพระราชทานให้ ทำให้พวกเราอมสู้ตาย นี่คือสองเรื่องใหญ่ๆ ที่ผมประทับใจในหลวง”

จากแพทย์ทั่วไปสู่แพทย์ผิวหนัง

“ตอนผมจบหมอจากศิริราช ก็ไปรับราชการเป็นหมอทั่วไปอยู่ตามชายแดน ผมได้ใช้ชีวิตคุ้มค่ามาก ได้ช่วยทหารไว้เยอะ ช่วยประชาชนพลเรือนไว้เยอะ ดัดขาทหารเยอะมาก ได้เห็นชีวิตของประชาชนที่อยู่ชายแดนที่ต้องเสียสละชีวิตเพื่อแผ่นดินโดยไม่ได้อะไร มีคนขาดมากมายนะ ผมเห็นชีวิตแล้วเข้าใจเลย มีคนมากมายเสียแขนเสียขา เสียชีวิตไม่รู้เท่าไรต่อเท่าไร ผมอยู่ที่นั่น 2 ปี เข้าใจชีวิตเลยว่าในหลวงเป็นยังไง ประชาชนเป็นยังไง นักธุรกิจรวยๆ เป็นยังไง จากนั้นผมอยากจะเข้ามาเทรนนิ่งเป็นหมอดัลยกรรมประสาท แต่ระหว่างที่อยู่ชายแดน ผมต้องเข้าออาร์ทัดดาต้องล้างมือด้วยน้ำยาทุกวัน มือเลยเป็นภูมิแพ้ไม่สามารถ



เป็นศัลยแพทย์ได้ เลยมาสมัครเรียนเป็นแพทย์ผิวหนังที่สถาบันโรคผิวหนัง”

ด้วยความใฝ่รู้ที่จะเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หลังจบจากสถาบันโรคผิวหนัง พลโท กฤษฎาไปเรียนต่อที่สถาบันสอนโรคผิวหนังที่มีชื่อเสียงในสหรัฐอเมริกา ที่นิวยอร์ก ยูนิเวอร์ซิตี ก่อนจะกลับมาตั้งแผนกรักษาโรคผิวหนัง และทำการสอนนักศึกษาที่มาเรียนทางด้านนี้ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอีกครั้ง

“ผมเป็นทั้งแพทย์และเป็นครู จนกระทั่งมีอยู่ครั้งหนึ่งผมคิดว่าความรู้ผมยังไม่พอนะ ยังไม่เข้าใจเรื่องระดับโมเลกุลฯ เลยคิดว่าต้องเรียนต่อ เลยไปขอเรียนต่อที่คณะวิทยาศาสตร์ในวิชาเภสัชวิทยา แต่ปรากฏว่าตอนที่เรียนระดับปริญญาตรี ปริญญาโท คะแนนผมเลวร้ายมาก เพราะตอนเป็นนักเรียนแพทย์ ผมไม่ค่อยได้เรียน ผมทำกิจกรรม ทำค่ายอาสา เป็นนักฟุตบอล นักรักบี้ของมหาวิทยาลัย พอเย็นๆ ก็ซ้อม จะดูคนไข้ก็ดูตอนดึกๆ จบมาด้วยคะแนนโหลๆ ตรงนี้ทำให้ผมขอต่อปริญญาโท ปริญญาเอกยาก เพราะคะแนนไม่ดี ผมเลยขอเรียนแต่ไม่เอาปริญญา ได้ความรู้เรื่องเภสัชวิทยามาทำให้ผมได้เข้าใจระดับโมเลกุล และก็ได้เรียนรู้อะไรเพิ่มอีกหลายอย่าง”

จากอาชีพแพทย์และครู สู่ระดับผู้บริหาร

สำหรับการเดินทางเติบโตในอาชีพแพทย์ก่อนที่จะก้าวสู่ระดับผู้อำนวยการกองอายุรกรรม และสู่ตำแหน่งสูงสุดคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าของพลโท กฤษฎา นั้น ใช่ว่าจะราบรื่นไร้อุปสรรคใดๆ เพราะในสมัยก่อนการเป็นแพทย์ผิวหนังยังไม่ได้ได้รับการยอมรับในความสามารถมากเท่ากับแพทย์ในสาขาอื่นๆ อย่างแพทย์ทางสมอง แพทย์หัวใจ

“ช่วงก่อนที่ผมจะได้ขึ้นเป็นผู้อำนวยการกองอายุรกรรมมีคนคัดค้านไม่ให้ผมขึ้น แต่ในที่สุดก็ขึ้นจนได้ เพราะสมัยก่อนบางคนมองโรคผิวหนังคือเล็กน้อย ไม่ใช่หรรอครบ วิชาทุกวิชามีความสำคัญ มีความยากง่ายเหมือนกันหมด ไปดูถูกใครเขาไม่ได้ เพราะฉะนั้นผมก็เติบโตมาเป็นหัวหน้าแผนกโรคผิวหนังเป็นผู้อำนวยการแผนกโรคผิวหนัง หัวหน้าภาควิชา แล้วก็จนเป็นผู้อำนวยการกองอายุรกรรม จากนั้นผมก็คิดว่าชีวิตผมคงจบอยู่แค่นี้แล้ว แต่ชีวิตไม่ใช่อย่างนั้น เราไม่มีทางรู้เลยว่าอนาคตชีวิตจะเป็นยังไงต่อ แต่ขอให้ทำดีไว้เถอะ จนกระทั่งวันหนึ่ง เมื่อผมได้รับยศสูงขึ้นตอนเป็นผู้อำนวยการกองอายุรกรรม ผมยศพันเอก แต่ต่อมาผมได้ยศนายพล เพราะมีผู้ใหญ่ที่ท่านเห็นฝีมือลายมือ ผมก็ได้ขึ้นเป็นนายพล

“แล้วจากนั้นผมก็คิดว่าคงอยู่อย่างนี้ สอนหนังสือไป แล้วอีกสิบปีก็เกษียณ แต่ยังไม่ใช่อีก พอเข้ามาสักระยะหนึ่ง



เกิดปัญหาเรื่องงานวิจัยที่คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
ที่ตรงข้ามสถาบันโรคผิวหนัง ทำให้ผมต้องเข้าไปช่วยดูแล
เรื่องงานวิจัย ซึ่งที่นั่นทำให้ผมต้องดูแลและทำงานร่วมกับฝรั่ง
ซึ่งการที่ผมได้ไปอยู่ที่นิวยอร์กมาระยะหนึ่ง ทำให้ผมเข้าใจฝรั่ง
และเข้าใจคนไทย เข้าใจเอเชีย ที่นี้เป็นที่ทำการวิจัยโรคมาเลเรีย
และโรคเขตร้อนทั้งหลายของทหารฝรั่งกับทหารไทยร่วมกัน
เราก็จับประเด็นถูก ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง
กองทัพไทยกับกองทัพสหรัฐฯ จนกระทั่งทางสหรัฐฯ มอบเหรียญ
ให้ผม เรียกว่า Legion of Merit ซึ่งมีไม่กี่คนที่จะได้เหรียญนี้
ซึ่งเรื่องนี้ถือเป็นความภูมิใจที่สุดอีกเรื่องของผม”

รู้เขารู้เรา พร้อมแก้ปัญหา มีวิสัยทัศน์

หลังจากผ่านการรับมือกับเรื่องราวต่างๆ ที่ส่วนใหญ่
มักจบลงด้วยดี เพราะยึดหลักการทำทุกอย่างด้วยเจตนาดี
มีความตั้งใจ และพร้อมเรียนรู้หลักในการบริหารเพื่อประสิทธิภาพ
ในการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ได้อยู่เสมอ ในวันที่
พลโท กฤษณา ได้ก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งสูงสุดคือการเป็นผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า นั่นก็ดูเหมือนจะเป็นการทดสอบ
ในความสามารถรับมือและจัดการกับเหตุการณ์ใหญ่ที่จะ
เกิดขึ้นอีกคราหนึ่ง



“ปีนั้น 2553 เป็นปีที่เกิดความไม่สงบไปทั่ว ผมเป็นผอ. ที่มีวันหนึ่ง ทหารที่สี่แยกคอกวัวบาดเจ็บ 200 คนใน 2 ชั่วโมง ผมต้องแก้ปัญหาให้ได้ คือคนไข้ 2 ชั่วโมง 200 คน ผมจะแก้ปัญหาอย่างไรให้เคลียร์ได้ ต้องให้ทุกคนช่วยกัน และผมก็แก้ได้ในระดับหนึ่ง

“จากเหตุการณ์นี้ทำให้ผมต้องแก้ปัญหาหลายอย่างมาก ต้องเจรจากับญาติผู้ได้รับบาดเจ็บบางท่านที่ไม่อาจรักษาชีวิตไว้ได้ ต้องอธิบาย ต้องใช้ศิลปะในการพูด ต้องแก้ปัญหา กับเหตุการณ์แบบนี้อยู่ 6 เดือน จนผมต้องกำหนดยุทธศาสตร์ ว่าที่นี้ควรจะเป็นอย่างไร ต้องทำงานอย่างไรให้เกิดประโยชน์ ขึ้นมา

“แล้วในช่วงนั้น สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เสด็จมาที่นี้ โดยไม่คาดคิด ผมได้ไปต้อนรับท่าน แล้วก็ได้ เข้าเฝ้าฯ อย่างใกล้ชิด เป็นสิ่งที่ผมไม่เคยคิดว่าจะได้ใกล้ชิดท่าน ขนาดนี้ แล้วก็ได้ทำงานในใหญ่นขนาดนี้ คือจากหมอมือหนึ่ง ที่คนบอกว่า ไม่ได้สำคัญอะไร แต่นี่คือสิ่งที่ผมมีโอกาสได้ทำ



อะไรหลายๆ อย่างจนกระทั่งผมเกษียณ และระหว่างนี้ผมได้เป็น นายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย และยังเป็นนายกสมาคมศิษย์เก่าโรคผิวหนัง ซึ่งผมคิดว่ามีความสำคัญ เพราะจะทำให้สถาบันนี้แข็งแกร่งขึ้น เป็นฮับของสถาบันโรคผิวหนัง ในเอเชีย ผมถึงอยู่ที่นี่ปัจจุบัน”

ปัจจุบันพลโท กฤษฎา ยังเข้ามานั่งทำงานอยู่ภายใน ห้องทำงานในส่วนหนึ่งของอาคารวังพญาไทภายในโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า ทำหน้าที่ตรวจคนไข้ที่มารักษาโรคผิวหนัง ด้วยความตั้งใจที่จะให้ทุกคนหาย แม้โรคบางอย่างยังรักษา ให้หายขาดได้ยากมากก็ตาม แต่เขาบอกว่า “ทุกอย่าง ไม่ว่า เรื่องยากเรื่องง่าย ถ้าเราตั้งใจ เราจะทำได้” เหมือนหลายๆ งาน ที่เขาได้ทำ และทำได้อย่างที่ผ่านๆ มา ด้วยยึดหลักการมี วิสัยทัศน์ และทำให้สำเร็จ ทำทุกอย่างด้วยความเป็นธรรมชาติ ตามแบบในหลวงรัชกาลที่ 9 ได้เคยตรัสไว้



ประวัติ พลโท กฤษฎา ดวงอุไร

วุฒิการศึกษา

- จบการศึกษาโรงเรียนเตรียมทหาร รุ่นที่ 11 พ.ศ. 2513
- จบการศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล วทบ. พ.ศ. 2517
- จบการศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล พบ. พ.ศ. 2519
- ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาตจวิทยาจากสถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์สาธารณสุข แพทย์สภา ว.ว. (ตจวิทยา) พ.ศ. 2525
- Cert. Fellow in Dermatology New York University พ.ศ. 2531

ตำแหน่งในอดีต

- ผู้อำนวยการกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2546
- ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร พ.ศ. 2550
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2552
- รองเจ้ากรมแพทย์ทหารบก พ.ศ. 2553
- ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2555

องค์กรต่างๆ ในปัจจุบัน

- อดีตนายกสมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย
- อดีตเลขาธิการสมาคมแพทย์ทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
- อดีตเลขานุการมูลนิธิอนุรักษ์พระราชวังพญาไท ในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระเจ้าฟ้าเพชรรัตนฯ
- นายกสมาคมศิษย์เก่าสถาบันโรคผิวหนัง
- Member, Asian Dermatological Association
- Nonresident Fellow, American Academy of Dermatology

Lieutenant General Krisada Duangurai Following the Just Path of King Rama IX



The road to becoming a physician begins with one's desire to help those suffering from illnesses, followed by the perseverance in one's study. On this road, Lieutenant General Krisada Duangurai is exemplary. Initially seeking to serve and protect his country as a soldier, Lt. Gen. Duangurai soon learned of the shortage of army physicians, who played an important role-albeit slightly different-in the protection of his country. Without hesitation, he changed the course of his career and pursued a medical education; it allowed him to fulfill this new purpose. As a doctor, he experienced wave after wave of change. With his competence, thirst for knowledge, discipline, and perseverance, as well as his self-taught nature, his career progressed. From an army physician, Lt. Gen. Duangurai became a dermatologist and eventually stepped up as the President of Phramongkutklao Hospital. All his life, he was inspired to follow the footsteps of His Late Majesty King Rama IX. Exemplary of many good philosophical thoughts himself, the late king has left behind many guiding principles for his subjects to follow.

Becoming a Doctor Started with Becoming a Soldier

Officer in training Duangurai he decidedly pursued a medical education during the rise of communist terrorists in the Vietnam War because there was a shortage of physicians in the army. He was among the many officers in training sent to study medicine. "I was being trained as a soldier, studying at Mahidol University's Faculty of Science, when I switched to the medical school at Siriraj. There was a lot of opposition from medical students themselves. They didn't approve of soldiers to join their classes. One day, during my first year at Siriraj-it was September 29, 1973; I can remember it like it was just yesterday-the king spoke about this. His speech touched me. I even cried. He said there was a shortage of physicians in the army, but the physicians themselves opposed to having soldiers study medicine alongside them; he asked why that was. We were fighting a lot at the time, but when it almost got out of hand, the king stepped in and resolved the situation.

"After I completed my studies, I was stationed at the Aranyaprathet border. When I saw the Vietnamese soldiers advance to the front line, I thought, 'well, this is the end.' Because of a song that His Majesty gave us, we were ready to sacrifice our lives. The lyrics go like this: 'Our forefathers since the days of old, have fought to protect our home, our nation; Sacrificing blood and lives, they were bold; to do the same is our duty, our station; Our children and theirs will have a place, To proudly stand, a land of the Thai, our base; Safeguard our home against all threats we shall; lest we all perished, none shall overtake our locale.' These are the two occasions that His Late Majesty really touched my heart."

From a General Practitioner to a Dermatologist

"When I finished my studies at Siriraj, I served as a general practitioner in the army along the borders.

I have lived my life to the fullest. I have saved many soldiers and many civilians. I have amputated many soldiers' legs. I have seen the lives of people living along the front lines that sacrificed their lives without anything in return. Many people lost their legs. What I saw helped me understand life. Many people lost their legs or arms or even lives. My two years there helped me understand life, the king, the people, the rich businessmen. After that tour, I wanted to be trained as a neurosurgeon, but because I had developed an allergy to the solution used for disinfecting my hands every time I went into the OR to amputate patients, I couldn't become a neurosurgeon. Instead I enrolled as a dermatological student at the Institute of Dermatology."

Thanks to his thirst for knowledge and the ambition to become a specialist, Lt. Gen. Duangurai furthered his dermatological studies at the renowned Department of Dermatology at New York University after completing his training at the Institute of Dermatology. When he returned, he founded the dermatological department and taught dermatology at Phramongkutklao Hospital.

"I was both a teacher and a dermatologist. There was a time I thought that my molecular knowledge was insufficient, that I needed to further my education on the matter, so I applied to study pharmacology at the Faculty of Science. Unfortunately, my bachelor's and master's degrees' grades were horrendous. I didn't spend much time studying. I was doing extracurricular activities and volunteer camps. And because I was also on the varsity soccer and rugby teams, I would train in the late afternoon, and would see my patients later at night. Because I graduated with bad grades, it's rather very difficult to apply for a master's or a Ph.D. Instead I asked to just audit the classes without getting the degree. In the end, I learned much about pharmacology. I now understand molecules and so much more."

From a Teacher and Dermatologist to an Executive

Lt. Gen. Duangurai's road to becoming Chief of Internal Medicine and to becoming the director of Phramongkutklao Hospital, the highest position in his





career, was not paved with rose pedals. In the past, being a dermatologist was often seen as being of a lesser caliber than a practitioner of other branches of medicine, such as a neurologist or a cardiologist.

“Many people were opposed to my Internal Medicine chieftain, but in the end I was promoted to the position. Many people saw dermatology as an insignificant discipline. It isn’t. Every practice is important. There are always easy and difficult parts. You can’t look down on anyone. I progressed in my career path. I became a dermatological supervisor, then dermatological division manager, department head, and then Chief of Internal Medicine. I thought it would end there, but that turned out to be false. No one ever knows where life will take them, but they should continue doing good. One day, I was promoted. When I was Chief of Internal Medicine, I was a colonel, but because the people higher up saw my good work, I was promoted to the rank of a general.

“I thought, well, I would keep doing this, teaching, then retire within the next ten years. Once again, I was

wrong. After a while, there were research problems at the Armed Forces Research Institute of Medical Sciences located across the Institute of Dermatology. This gave me an opportunity to supervise their research work and collaborate with foreign researchers. Having lived in New York awhile has helped me understanding Westerners, Thais, and other peoples of Asia. Thai and American armed forces researched malaria and other tropical diseases together. I was able to identify the problems and foster good relations between the two countries’ armed forces. The US honored with a medal called the Legion of Merit. Not many people have received this medal. It’s one of my proudest moments.”

Mutual Understanding Leads to Solutions and New Visions

Lt. Gen. Duangurai has dealt with many issues, which mostly ended well because he has always worked with good intentions, dedication, and a willingness to learn management principles that has allowed him to carry out assigned tasks with great success. Lt. Gen.

Duangurai reached the pinnacle of his career as he stepped up to the presidency of Phramongkutklao Hospital. Once again, he faced another challenge.

“It was back in 2010, when the violence of the Red Shirt protesters was widespread. As president of the hospital, I had to oversee how we dealt with 200 wounded soldiers from the Khok Wua Intersection. Everyone needed to chip in. I was somewhat able to mitigate the problem.

“I had to deal with countless problems that arose from that situation. I had to negotiate with relatives of the wounded whose lives we couldn’t save. I had to explain to them. I had to choose my words carefully and wisely. I had to deal with this for about six months, during which I came up with a strategy on how the matter should be dealt with, how to work for maximum benefit.

“It just so happened that Her Majesty the Queen visited the hospital unexpectedly. I had a chance to welcome and had an audience with Her Majesty. I never thought I would ever be in her presence or work on something this big. As a dermatologist, I was told that my discipline was unimportant, but I had had many opportunities to work on many things until I retired. I am also the president of the Dermatological Society of Thailand and the president of the Alumni Association of the Dermatological Institute. I think these roles are important because they strengthen this branch of medicine in Thailand, turning the country into Asia’s dermatological hub. That’s why I’ve been here ever since.”

Lt. Gen. Duangurai still works at the Phaya Thai Palace Building within the complex of the Phramongkutklao Hospital. He is still dedicated to treating dermatological patients, although some conditions are difficult to completely heal. His mantra is: “Everything, whether easy or difficult, can be achieved with dedication.” It has served him well, since he himself is the living proof of this mantra, which exemplifies His Late Majesty’s teaching that you must carry out all that is necessary to achieve your vision within the boundary of justice and fairness. ●



The Biography of Lt. Gen. Krisada Duangurai

Education

- Cadet School, Class of B.E. 2513
- B. Sc. Mahidol University, Class of B.E. 2517
- M.D. Mahidol University, Class of B.E. 2519
- Dermatology from the Institute of Dermatology, Department of Public Health, Certified Ph.D.-Equivalent in Dermatology by the Medical Council B.E. 2525
- Certified fellow in Dermatology, New York University, B.E. 2531

Past Positions

- Chief of Internal Medicine, Phramongkutklao Hospital, B.E. 2546
- President of the Armed Forces Research Institute of Medical Sciences, B.E. 2550
- President of Phramongkutklao Hospital and Phramongkutklao College of Medicine, B.E. 2552
- Deputy Surgeon General of the Army Medical Department, B.E. 2553
- Director of Phramongkutklao Medical Center, B.E. 2555

Other Roles

- Former President of the Dermatological Society of Thailand
- Former Secretary General of the Association of Military Surgeons of Thailand under the Royal Patronage of His Majesty the King
- Former Secretary of the Phaya Thai Palace Preservation Foundation under the Royal Patronage of HRH Princess Bejaratana Rajasuda
- President of the Alumni Association of the Dermatological Institute
- Member of the Asian Dermatological Association
- Nonresident fellow of the American Academy of Dermatology

Soap to Fecal success

นางสาวอัญชลี สรรพตานนท์, นางสาวพัชรินทร์ สุทธิศักดิ์,
นางสาวกนิษฐา คุ่มทัพ, นางสาวสุกัญญา สุขเกษม

หอผู้ป่วยในหญิง งานบริการด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ความเป็นมา

จากสถิติการปฏิบัติงานหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลัง กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มเด็กสมองพิการที่เข้าพักรักษา มีภาวะท้องผูกคิดเป็นร้อยละ 80 จัดเป็นปัญหาสำคัญของค่าใช้จ่าย เฉพาะค่ายาระบายคิดเป็นเงินประมาณ 505 บาทต่อผู้ป่วย 1 คน การศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้สบู่และ Dulcolax เหน็บทวารในการฝึกขับถ่ายอุจจาระ พบว่าประสิทธิภาพการใช้สบู่และการใช้ Dulcolax เหน็บทวารในการฝึกขับถ่ายอุจจาระมีผลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญและหากเปรียบเทียบต้นทุนระหว่างสบู่และ Dulcolax พบว่า สบู่มีต้นทุนที่ต่ำกว่า วัตถุประสงค์ในการผลิตหาข้อได้เปรียบ มีการนำสบู่สำหรับฝึกขับถ่ายจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นมาใช้ในการทดแทนการใช้ยาเหน็บ Dulcolax พบปัญหาว่าสูตรผลิตสบู่ที่อ้างอิงมาใช้ไม่สามารถจัดขึ้นรูปแท่งสบู่และนำมาใช้งานได้ จึงได้คิดปรับปรุงสูตรการทำสบู่เพื่อใช้ในการผลิตสบู่สำหรับฝึกขับถ่ายอุจจาระขึ้นเพื่อใช้ในการฝึกขับถ่ายอุจจาระให้ครอบคลุมทั้งในผู้ป่วยในกลุ่มบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและในกลุ่มเด็กสมองพิการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ตามโปรแกรมการฝึกขับถ่ายอุจจาระและผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกขับถ่ายอุจจาระทุกรายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตลอดจนช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและหน่วยงานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาวิธีการและสัดส่วนที่ผสมใหม่ในการผลิตสบู่เหน็บทวารหนัก ใช้ในโปรแกรมฝึกขับถ่ายอุจจาระผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูก ผู้ใช้งานยอมรับ และราคาไม่แพง

ผลการดำเนินงาน

การเปรียบเทียบขั้นตอนการทำสบู่แบบเดิมกับแบบใหม่

แบบเดิม

ขั้นตอนการเตรียมสบู่ใช้มัด

ปัญหาที่พบ

- ใช้เวลาในการหั่นสบู่ 15 นาที/ก้อน
- ผงสบู่ไม่ละเอียด ใช้เวลาในการต้มสบู่ 35-40 นาที
- เนื้อสบู่เกาะเป็นก้อนบ่อระหว่างคน สบู่ละลายยาก



ขั้นตอนการดำเนินงาน

- รวบรวมข้อมูลและทบทวนวิเคราะห์ค้นหาสาเหตุ/ผลกระทบของปัญหาและวิธีการผลิตสบู่รูปแบบเดิม
- คณะทำงานได้ทำการศึกษาปรับปรุงวิธีการผลิตและส่วนผสมในการผลิตสบู่ (โดยอ้างอิงจากนางอัคนา ศรีจันทร์ คู่มือการฝึกขับถ่ายอุจจาระสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกหรือกลั้นอุจจาระไม่อยู่ หอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

อุปกรณ์ในการทำสบู่ ประกอบด้วย

- สบู่ชั้นไลน์ (เนื่องจากเป็นสบู่ที่อ่อนไม่มีน้ำหอม ใช้ในการผลิตสบู่สวนทวารหนัก เนื่องจากมีราคาถูกและหาซื้อได้ง่าย (โดยอ้างอิงจากภาควิชาออปโตติกส์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)
- น้ำธรรมดา
- วาสลีน
- ภาชนะสำหรับต้มสบู่และถาดสำหรับเป็นพิมพ์สบู่
- ไม้สำหรับคนสบู่
- Syringe 3 CC สำหรับกดสบู่เป็นแท่ง
- กระทะไฟฟ้า

วิธีใช้และการพัฒนาต่อเนื่อง

ใช้แทนยาเหน็บ Dulcolax ในโปรแกรมการฝึกขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูกทุกวันอย่างต่อเนื่องและมีการปรับปรุงสูตรการทำสบู่และขั้นตอน/วิธีการผลิตสบู่อย่างต่อเนื่อง

แบบใหม่

ใช้ที่ซูดผักผลไม้

ผลที่ได้

- ใช้เวลาน้อยลง 5 นาที/ก้อน
- ผงสบู่ละเอียด ละลายง่ายขึ้นใช้เวลาในการคน 15 นาทีเมื่อต้มไม่เกาะกันเป็นก้อน



ผลการประเมินการปรับสูตรสบู่ (สูตรใหม่) (ตั้งแต่เดือนเมษายน 2554 – พฤษภาคม 2556) พบว่า

สูตรสบู่	การปรับปรุง	ลักษณะสบู่	ผลการใช้งาน
สบู่สูตรเดิม สบู่ 1 ส่วน น้ำ 2 ส่วน และวาสลีน ½ ส่วน	-	เหลวเป็นวุ้น ไม่สามารถ กดเป็นแท่งได้	ไม่สามารถใช้งานได้
สบู่สูตรที่ 1 สบู่ 1 ก้อน (70gm) : น้ำ 1000 cc วาสลีน ½ ซ.ซ.	ลดปริมาณน้ำ	เหลวเป็นวุ้นไม่สามารถ กดเป็นแท่งได้	ไม่สามารถใช้งานได้
สบู่สูตรที่ 2 สบู่ 2 ก้อน : น้ำ 1000 cc วาสลีน ½ ซ.ซ.	เพิ่มปริมาณสบู่	นุ่ม กดเป็นแท่งได้ยาก	ไม่สามารถใช้งานได้
สบู่สูตรที่ 3 สบู่ 2 ก้อน : น้ำ 900 cc วาสลีน ½ ซ.ซ.	ลดปริมาณน้ำ	นุ่ม กดเป็นแท่งได้	ออกจากตู้เย็น สบู่เหลว เมื่อใช้งานไม่สามารถ ใส่ในทวารหนักได้
สบู่สูตรที่ 4 สบู่ 2 ก้อน : น้ำ 500 cc วาสลีน ½ ซ.ซ.	ลดปริมาณน้ำ	-	- สบู่เป็นแท่ง เมื่อใช้งาน สามารถ ใส่ในทวารหนักได้ - ตั้งทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง จะเริ่มละลายเมื่อตั้งทิ้ง ไว้นานประมาณ 3 นาทีขึ้นไป

สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการนวัตกรรม

1. ได้สูตรสบู่ที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้งานได้จริง
2. ลดระยะเวลาในกระบวนการผลิต จาก 55 นาที เป็น 20 นาที
3. สามารถลดค่าใช้จ่ายเรื่องยาที่ใช้ในการฝีก การขับถ่ายอุจจาระ เดิมใช้ยา Dulcolax ต่อผู้ป่วย 1 ราย = 460 บาท (11.5 บาท × 40 วัน) ปัจจุบัน ใช้สบู่เหน็บ ต่อผู้ป่วย 1 ราย = 10 บาท (0.35 บาท × 40 วัน)
4. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้สบู่สำหรับฝีกขับถ่าย อุจจาระของผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 90 ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้งาน คิดเป็นร้อยละ 87 ●

ขั้นตอนการทำสบู่เหน็บทวารหนัก สำหรับฝีกขับถ่ายอุจจาระ



แบบเดิมปี 2555



แบบปรับปรุงปี 2557



Juvenile Xanthogranuloma

พิมพา ดันธนศรีกุล พบ.

วลัยอร ปรัชญพฤทธิ พบ.

นิอร บุญเผื่อน พบ.

สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 22 เดือน มาพบแพทย์ด้วยอาการแสดงเป็นตุ่มที่เหลืองกระจายตามร่างกายตั้งแต่อายุ 4 เดือน เริ่มพบบริเวณใบหน้าเป็นตำแหน่งแรก โดยตุ่มเหล่านี้เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามอายุของผู้ป่วย ไม่มีอาการคัน ไม่พบอาการผิดปกติอื่นๆ ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านการเจริญเติบโต และด้านพัฒนาการ ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีประวัติโรคประจำตัวใดๆ ประวัติการคลอดปกติ ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการแบบเดียวกันนี้

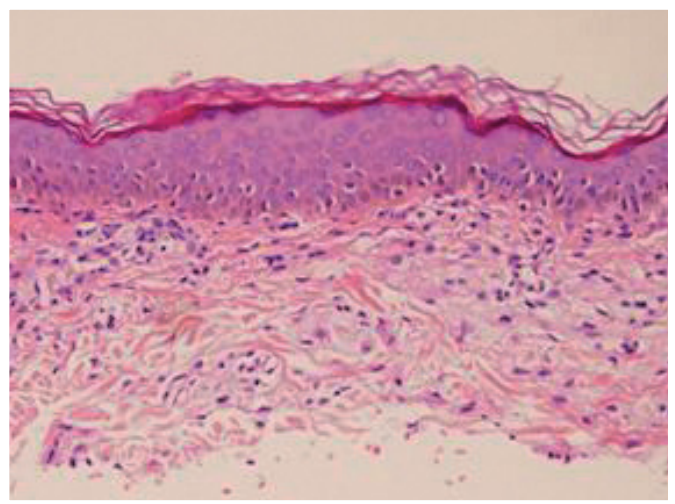
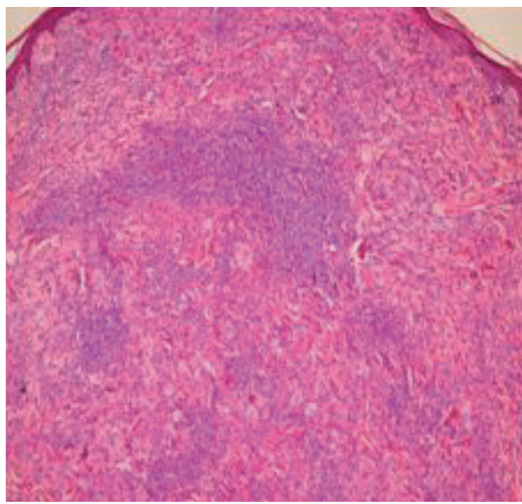


การตรวจร่างกาย

ตรวจร่างกายทางระบบผิวหนังพบว่าผื่น 2 ลักษณะ คือ ผื่นแบบที่ 1) พบเป็นตุ่มนูนกลมสีน้ำตาล มีขอบเขตชัดเจน (well-defined brownish papules) กระจายอยู่ทั่วไปที่ตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ใบหน้า อก หลัง แขนขา และผื่นแบบที่ 2) พบเป็นผื่นนูนราบสีเหลือง ผื่นเล็กๆ บางจุดรวมตัวกันเป็นผื่นใหญ่และมีขอบเขตชัดเจน (well-defined yellowish flat-topped papules and confluent plaques) ผื่นชนิดนี้พบเด่นบริเวณเปลือกตาและรอบดวงตา ใบหน้า อก หลัง ส่วนน้อยพบกระจายอยู่ที่แขนขา โดยผื่นทั้งสองชนิดไม่พบที่บริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าและเยื่อหูหนัง สำหรับการตรวจร่างกายในระบบอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางพยาธิวิทยา

ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการส่งตรวจเพิ่มเติมทางพยาธิผิวหนังของผื่นทั้งสองลักษณะ คือ ผื่นแบบที่ 1) พบเซลล์ฮิสติโอไซต์ที่มีลักษณะค่อนข้างขุ่นเหมือนเป็นฟอง (foamy histiocytes) หลายเซลล์รวมตัวกันเป็นกระจุกที่ชั้นผิวหนังชั้นบน (upper dermis) นอกจากนี้ยังพบเซลล์ฮิสติโอไซต์ขนาดใหญ่ที่เรียกว่า Touton giant cells กระจายกันอยู่ทั่วไป พบมีเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (lymphocytes) จำนวนไม่มาก โดยไม่พบ cholesterol cleft แต่อย่างใด จากผลการตรวจข้างต้นให้การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาเป็น xanthogranuloma สำหรับผื่นแบบที่ 2) ตัดจากหน้าอก พบ foamy histiocytes รวมตัวเป็นกระจุกที่ upper dermis และพบ lymphocytes ร่วมด้วยปริมาณเล็กน้อย ให้การวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาเป็น xanthoma



การวินิจฉัย

ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยเป็น Juvenile xanthogranulomas และ diffuse normolipemic plane xanthoma

การรักษา

ผู้ป่วยได้รับการตรวจตาที่จักษุแพทย์เพื่อหาความผิดปกติทางตาที่เกี่ยวข้องกับโรค xanthogranuloma พบว่าผลตรวจตาอยู่ในเกณฑ์ปกติ และได้ส่งตรวจเคมีของเลือด ได้แก่ ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count, CBC) และค่าระดับไขมันในเลือด (lipid profiles) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรค diffuse plane xanthoma พบว่ามีค่าไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติเล็กน้อย (triglyceride 148 mg/dL) ได้ให้การรักษาแบบประคับประคองและติดตามค่า CBC และ lipid profiles และตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

วิจารณ์

Juvenile xanthogranuloma (JXG) เป็นโรคผิวหนังในกลุ่ม non-Langerhans cell histiocytosis โดยพบมากในวัยทารกและวัยเด็กช่วงต้นซึ่งมักพบในเพศชายได้บ่อยกว่า^{1,2} อาการแสดงคือ ตุ่มนูนชนิด papule หรือ nodule ที่มีสีเหลืองหรือเหลืองอมแดง ตำแหน่งที่พบได้บ่อย ได้แก่ ศีรษะและคอ ไม่มีอาการเจ็บหรือคัน โดยทั่วไปแล้วมักพบเป็นตุ่มนูนเดียว การพบตุ่มนูนกระจายทั่วตัวแบบ generalized หรือ disseminated pattern นั้นพบไม่บ่อย สำหรับ JXG ที่เกิดในอวัยวะอื่นๆ นอกเหนือจากผิวหนังนั้นพบได้น้อยมาก แต่อาจพบได้ที่ตา¹ นอกจากนี้พบว่า JXG อาจมีความสัมพันธ์กับโรคอื่นๆ ได้แก่ โรค neurofibromatosis type 1 หรือ โรค juvenile chronic myelomonocytic leukemia^{1,3} โดยทั่วไปแล้ว JXG

มีการพยากรณ์โรคที่ดี มีรายงานว่าสามารถหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา¹

Plane xanthoma (PX) มีลักษณะเป็นผื่นนูนราบสีเหลืองชนิด papule หรือ plaque หากมีการกระจายตัวแบบ generalized pattern จะเรียกว่า diffuse plane xanthoma ซึ่งมักสัมพันธ์กับความผิดปกติของกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของไขมัน (lipid metabolism) อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีระดับไขมันในเลือดปกติ ซึ่งในกลุ่มนี้จะเรียกว่า diffuse normolipemic plane xanthoma⁴ (DNPX) โดยพบได้บ่อยในกลุ่มอายุระหว่าง 40-60 ปี แต่ในบางครั้งสามารถพบในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่านี้ได้⁵ ผู้ป่วยในรายงานนี้มีค่าไตรกลีเซอไรด์ที่สูงกว่าปกติเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้นจึงยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคในกลุ่ม Familial hyperlipidemia โดยทั่วไปแล้ว DNPX มีการดำเนินโรคแบบ benign แต่พบว่าอาจมีความสัมพันธ์กับโรคในกลุ่ม lymphoproliferative disorders เช่น monoclonal gammopathy, paraproteinemia หรือ multiple myeloma⁴⁻⁵

พยาธิกำเนิดของการที่พบ JXG และ PX ในผู้ป่วยรายเดียวกันนั้นยังไม่มีคำอธิบายที่แน่ชัด โดยทราบแต่เพียงว่า JXG นั้นอาจเกิดจากการที่ histiocytes เกิดปฏิกิริยารวมตัวกันเป็นกลุ่ม granuloma เนื่องมาจากถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าบางชนิดที่ยังระบุไม่ได้⁶ ในขณะที่พยาธิกำเนิดของ DNPX นั้นยังไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ว่าอาจเกี่ยวข้องกับภาวะ paraproteinemia มีผลกับเซลล์ lymphoreticular ที่อยู่ในผิวหนังเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนทำให้เกิดเป็น xanthoma ในที่สุด^{5,7}

สรุป

เป็นการรายงานผู้ป่วยที่พบการเกิดร่วมกันของโรค JXG และ DNPX ในทารก โดยที่ไม่พบความผิดปกติในระบบอื่นๆ นอกเหนือไปจากอาการทางผิวหนังจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้ป่วยรายนี้เป็นรายที่สองที่พบตามหลังจากการรายงานของ Le Bidre⁸ ซึ่งรายงานผู้ป่วยอายุ 7 ปี ผู้มีประวัติอดีตเป็น myelogenous leukemia และได้รับการวินิจฉัย

เป็น xanthelasma และ juvenile xanthogranuloma ทั้งนี้พยาธิกำเนิดของการเกิดร่วมกันของโรค JXG และ โรค DNPX นั้นเป็นเพียงการพบร่วมกันโดยบังเอิญ (coincidence) หรือมีความสัมพันธ์กันอย่างแท้จริง (true association) นั้นยังต้องอาศัยการพิสูจน์ต่อไป

References

1. Hernandez-Martin A, Baselga E, Drolet BA, Esterly NB. Juvenile xanthogranuloma. Journal of the American Academy of Dermatology. 1997;36:355-67; quiz 68-9.
2. Cypel TK, Zuker RM. Juvenile xanthogranuloma: case report and review of the literature. The Canadian journal of plastic surgery = Journal canadien de chirurgie plastique. 2008;16:175-7.
3. Dehner LP. Juvenile xanthogranulomas in the first two decades of life: a clinicopathologic study of 174 cases with cutaneous and extracutaneous manifestations. The American journal of surgical pathology. 2003;27:579-93.
4. Altman J, Winkelmann RK. Diffuse normolipemic plane xanthoma. Generalized xanthelasma. Archives of dermatology. 1962;85:633-40.
5. Hofmann M, Zappel K, Trefzer U, Audring H, Albrecht-Nebe H, Sterry W, et al. Diffuse normolipemic plane xanthoma in a 9-year-old boy. Pediatric dermatology. 2005;22:127-9.
6. Strehl JD, Stachel KD, Hartmann A, Agaimy A. Juvenile xanthogranuloma developing after treatment of Langerhans cell histiocytosis: case report and literature review. International journal of clinical and experimental pathology. 2012;5:720-5.
7. Lynch PJ, Winkelmann RK. Generalized plane xanthoma and systemic disease. Archives of dermatology. 1966;93:639-46.
8. Le Bidre E, Delage M, Lejars O, Machet MC, Lorette G, Maruani A. [Xanthelasma and juvenile xanthogranuloma in a 7- year-old boy]. Annales de dermatologie et de venereologie. 2009;136:723-6. ●

วลัยวรรณ ปรัชญพฤกษ์ พ.บ.
สถาบันโรคผิวหนัง กรมการแพทย์

ประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิง อายุ 50 ปี อาชีพแม่บ้าน มีผื่นที่ฝ่ามือข้างซ้าย เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์ ผื่นเริ่มจากตุ่มแดงคันที่โคนหัวแม่มือ แล้วลามออกไปเรื่อยๆ ยังบริเวณใกล้เคียง (ดังรูป)

แจ้งให้การวินิจฉัยและการรักษา



รูปที่ 1 แสดงให้เห็นแนวเส้นซิกแซก คดเคี้ยว อันเกิดจากปฏิกิริยาอักเสบที่ร่างกายตอบสนองต่อพยาธิที่ไชผ่านชั้นหนังแท้

เฉลย

Creeping eruption (cutaneous larva migrans)

คำอธิบาย

การตรวจร่างกายพบ “Localized linear erythematous zig-zig (snake-like, serpiginous) track at the thenar eminence extending to mid-palm with spots of pustule are seen intermittently along the track.” การตรวจร่างกายนี้ให้ข้อมูลสำคัญสองประเด็นที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค คือ

1. Morphology : “linear erythematous zig-zig (snake-like, serpiginous) track”
2. Distribution : พบที่มือ

พยาธิกำเนิด

เกิดจากพยาธิหลายตัว¹⁻² แต่ส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิปากขอของสุนัขและแมวไชผ่านชั้นผิวหนังแท้ (dermis)³⁻⁴ มนุษย์เป็นเพียง accidental host ซึ่งท้ายที่สุดพยาธิก็ไม่สามารถเจริญเติบโตในร่างกายมนุษย์ต่อไปได้และตายในที่สุด โรคนี้จึงหายได้เอง แต่การรักษาด้วยยาจะทำให้ผื่นหายเร็วขึ้น

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคพยาธิไชนี้ส่วนใหญ่สามารถให้การวินิจฉัยจากอาการแสดงที่ผิวหนัง มีน้อยรายที่ต้องใช้การตัดชิ้นเนื้อช่วย เนื่องจากผื่นของโรคพยาธิไชมีลักษณะเฉพาะที่โดดเด่นแตกต่างจากโรคอื่น นอกจากผื่นที่ผิวหนังมีลักษณะเฉพาะแล้ว ประวัติการดำเนินโรคจะสั้น มักจะได้ประวัติไปเที่ยวนอกบ้าน นั่งตามชายหาด ชายป่า สนามหญ้าที่มีสภาพความชื้นสูง ร่างกายของผู้ป่วยสัมผัสกับพื้นดินหรือพื้นหญ้าโดยตรง ดังนั้นตำแหน่งเกิดโรคจึงมักพบตามแขนขา ก้น หรือบางครั้งพบที่หลัง หรือท้องจากการที่ผู้ป่วยนอนราบกับพื้น แต่มีรายงานว่าเกิดในตำแหน่งที่ไม่ควรสัมผัสพื้น เช่น ศีรษะในผู้ป่วยเด็ก⁵ แต่อย่างไรก็ตามในรายดังกล่าวผื่นที่ศีรษะก็ยังคงลักษณะ (morphology) สำคัญของผื่นไว้อย่างครบถ้วน ทั้งนี้การเกิดผื่นที่ใดนั้นขึ้นกับกิจกรรมของผู้ป่วยว่าทำให้อวัยวะส่วนใดของร่างกายสัมผัสแหล่งเชื้อ ผู้ป่วยรายนี้ขณะได้รับเชื้อผู้ป่วยน่าจะอยู่ในท่าที่ฝ่ามือสัมผัสกับพื้นดินหรือพื้นหญ้าบริเวณที่มีพยาธิอาศัยอยู่ จะสังเกตเห็นว่าปฏิกิริยาการอักเสบบางจุดของผื่นเริ่มลดลง ในขณะที่บางบริเวณซึ่งเป็นร่องรอยที่ปรากฏภายหลังจะมีการอักเสบรุนแรงกว่าและมีหนอง ปฏิกิริยาการอักเสบที่มีหลายระยะนี้แสดงให้เห็นจุดเริ่มต้นที่พยาธิเริ่มไชเข้าผิวหนังแล้วเคลื่อนไปเรื่อยๆ แบบไร้ทิศทาง ร่างกายจะมีปฏิกิริยาการอักเสบตอบสนองตามหลังพยาธิไปเรื่อยๆ บริเวณใดที่พยาธิเพิ่งไชผ่านไม่นาน ก็ยังคงมีการอักเสบใหม่ๆ ให้เห็น ส่วนหนองที่เกิดขึ้นอาจเป็นปฏิกิริยาของร่างกายต่อพยาธิที่รุนแรงหรือไม่ก็มีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน ดังได้กล่าวมาแล้วว่าการวินิจฉัยผื่นพยาธิไชจะอาศัยลักษณะทางคลินิกเป็นหลัก กรณีเกิดจากพยาธิปากขอของสุนัขและแมว การตรวจอุจจาระผู้ป่วยจะไม่พบพยาธิหรือไข่พยาธิ เพราะพยาธิไม่สามารถเข้าสู่ระบบลำไส้ของมนุษย์และไม่สามารถพัฒนาต่อจนมีวงจรชีวิตที่สมบูรณ์ได้ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องตรวจอุจจาระของผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค แต่มีข้อยกเว้น กรณีพยาธิที่ไชเป็น Strongyloides ซึ่งเป็นพยาธิที่สามารถพัฒนางจรชีวิตต่อในร่างกายมนุษย์ได้ กรณีนี้ผู้ป่วยอาจมีปัญหาการติดเชื้อพยาธิ Strongyloid ในลำไส้ตามได้ ส่วนพยาธิปากขอของมนุษย์จะไม่ทำให้เกิดผื่นแบบ creeping eruption ส่วนใหญ่มาด้วยผื่นคันแบบ nonspecific dermatitis บริเวณผิวหนังที่พยาธิไชเข้าและพยาธิก็สามารถเข้าสู่ระบบลำไส้ของมนุษย์และพัฒนางจรชีวิตต่อไปได้ ดังนั้นทั้งสองกรณีที่มีการติดเชื้อพยาธิปากขอของมนุษย์และ Strongyloides เมื่อตรวจอุจจาระจะมีโอกาสพบพยาธิและ/หรือไข่พยาธิ กรณีเกิดจาก Strongyloides ถ้าเป็นการ

ติดเชื้อจากผู้อื่นในระยะแรกอาจตรวจดูจากระไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่เมื่อพยาธิเจริญเติบโตในลำไส้ของผู้ป่วยแล้วก็จะตรวจพบพยาธิและไข่พยาธิ (โปรตีสกาวจระเข้ของพยาธิ Strongyloides จากตำราเพิ่มเติม) กรณีที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในลำไส้มาก มีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการ creeping eruption จากการถูกพยาธิในลำไส้ของตัวเองไช ซึ่งกรณีนี้จะพบผื่น creeping eruption บริเวณรอบทวารหนักในร้อยละ 1 พุด แต่ถ้าผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่ดี แทนที่จะเห็นผื่นเป็น snake-like track แต่กลับเห็นเพียงจุดเลือดออกเล็กๆ บริเวณรอบทวาร สะโพกและอาจกระจายไปได้ไกลกว่านั้น นั่นแสดงว่าผู้ป่วยมีจำนวน Strongyloides เป็นจำนวนมาก และปฏิกิริยาอักเสบของร่างกายต่อสู้กับพยาธิได้ไม่ดีจึงไม่เห็นลักษณะ snake-like track

หมายเหตุ ตัวจิ๊ดเองก็ทำให้เกิดลักษณะ creeping eruption ได้แต่ไม่บ่อย เพราะตัวจิ๊ดจะไชผิวหนังลึกกว่ากลุ่มพยาธิปากขอ คือมักไชผ่านบริเวณรอยต่อของหนังแท้กับชั้นไขมันอาการทางผิวหนังของพยาธิตัวจิ๊ดจึงมาด้วย migratory swelling เสียส่วนใหญ่

การรักษา

ให้ยาขับพยาธิตัวใดตัวหนึ่งต่อไปนี้คือ albendazole, ivermectin, thiabendazole¹⁻² หากไม่รักษาโรคพยาธิไชผิวหนังที่มีสาเหตุมาจากพยาธิปากขอของสุนัขและแมว จะหายได้เองภายในเวลาเป็นสัปดาห์หรือเดือน แต่การรักษาจะช่วยให้หายเร็วขึ้น อย่างไรก็ดี มีรายงานการดื้อยามาตรฐานข้างต้นเหมือนกัน⁶

สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับอาการโรคพยาธิไชผิวหนัง

- Creeping eruption เป็นโรคผิวหนังที่เกิดจากกลุ่มพยาธิปากขอ (hookworms)
- แหล่งปล่อยเชื้อพยาธินี้ส่วนใหญ่มาจากสุนัขและแมว
- จะได้ประวัติสัมผัสกับบริเวณที่เป็นแหล่งปล่อยมูลของสุนัขและแมว และสภาพแวดล้อมมีความชื้นพอที่จะให้พยาธิดำรงชีวิตอยู่ได้
- ลักษณะผื่นจะคดเคี้ยว เหมือนงูเลื้อย คัน บางครั้งมีตุ่มน้ำ ตุ่มหนอง
- โรคหายได้เองแต่การให้ยารักษาพยาธิจะทำให้ผื่นหายเร็วขึ้น

References

1. Vega-Lpoez F, Hay RJ. Parasitic worms and protozoa. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rooks' Text book of dermatology. 7th ed. UK: Blackwell Publishing; 2004. pp. 32.1–48.
2. Lupi O. Infections, Infestations and bites. Cutaneous larva migrans. In: Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. Dermatology. 2nd. New York: Mosby Elsevier; 2008. Pp.1276–83.
3. Bowman DD, Montgomery SP, Zajac AM, Eberhard ML, Kazacos KR. Hookworms of dogs and cats as agents of cutaneous larva migrans. Trends Parasitol. 2010; 26:162–7.
4. Feldmeier H, Schuster A. Mini review: Hookworm-related cutaneous larva migrans. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012; 31:915–8.
5. Carolina Degen Meotti, Glaucia Plantes, Letycia Lopes Chagas Nogueira, Renata Anselme da Silva, Karoline Silva Paolini, Elias Moreira Nunes. Cutaneous larva migrans on the scalp: atypical presentation of a common disease. An Bras Dermatol. 2014; 89:332-3.
6. Neils Ben Quashie, Emmanuel Tsegah. An unusual recurrence of pruritic creeping eruption after treatment of cutaneous larva migrans in an adult Ghanaian male: a case report with a brief review of literature. Pan Afr Med J. 2015; 21: 285. ●

ไวรัสตับอักเสบ- นักฆ่าที่ถูกหลงลืม

เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย อาจเป็นโรคติดเชื้อมากมายที่อันตรายที่สุดในโลก แต่ในกลุ่มไวรัสเดียวกันนี้ ยังมีไวรัสตับอักเสบทั้งชนิด A, B, C, D และ E ที่คร่าชีวิตผู้คนได้มากถึง 1.34 ล้านคนต่อปีตามรายงานสถานการณ์ภาระโรคของทั่วโลก (Global Burden of Disease) ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

ไวรัสตับอักเสบสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ในรูปแบบต่างๆ และทำอันตรายให้กับผู้ติดเชื้อจนถึงขั้นเป็นมะเร็งตับได้ ซึ่งความหมายของโรคนี้ก็คือ “โรคที่เกิดจากการอักเสบของตับ” อันเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อ ที่แม้ต่างตระหนักว่าเป็นไวรัสอันตราย แต่กลับถูกให้ความสำคัญในการทำวิจัยน้อยกว่าโรคเอดส์หรือเอชไอวีที่มีสถิติผู้เสียชีวิต 1 ล้านคนต่อปี ทั้งๆ ที่จำนวนผู้เสียชีวิตจากไวรัสตับอักเสบบจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่อัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากวัณโรคและเอชไอวีจะลดลง ตามที่ WHO ระบุไว้ในรายงาน Global Hepatitis Report 2017

“ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบในระยะยาวมักจะเป็นมะเร็งในช่วงอายุ 30-50 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่คนส่วนใหญ่อยู่ในจุดสูงสุดของรายได้ จึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก” เบรนท์ คอริบา ศาสตราจารย์ด้านการวิจัยของศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยจอร์จทาวน์ สหรัฐอเมริกา กล่าว

ทั้งนี้ตามข้อมูล Global Burden of Disease ของโรคไวรัสตับอักเสบ ระบุว่า ไวรัส 2 ชนิดจาก 5 ชนิด ที่เป็นฆาตกรหลักๆ คือ ไวรัสตับอักเสบนชนิด B ทำให้ผู้คนเสียชีวิต 8.15 แสนคนต่อปี และไวรัสตับอักเสบนชนิด C ทำสถิติอยู่ที่ 4.89 แสนคนต่อปี ข้อมูลของ WHO ยังระบุว่ายังมีประชากรโลก 257 ล้านคน

ที่กำลังเป็นโรคตับอักเสบนชนิด B และอีก 71 ล้านคน ที่เป็นโรคตับอักเสบนชนิด C โดยในจำนวนผู้ที่เป็นโรคตับอักเสบนเหล่านี้เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชนิด B 89% และชนิด C 80%

อย่างไรก็ดี WHO ก็มีเป้าหมายที่จะกำจัดไวรัสตับอักเสบนซึ่งเป็นปัญหาต่อสาธารณสุขโลกภายในปี ค.ศ. 2030 โดยตั้งเป้าในการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงให้ได้ 90% และลดสถิติการเสียชีวิตลงให้ได้ 65%

สำหรับการพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบนชนิด B นั้น คอริบาล่าว่าสามารถทำได้มากขึ้นตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นของชีวิต ทารกทุกคนที่เกิดจากการคลอดที่ติดเชื้อจะได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบนชนิดแรกในช่วง 24 ชั่วโมงแรกของการคลอดบุตร

ส่วนวัคซีนสำหรับโรคไวรัสตับอักเสบนชนิด C นั้น แม้จะพัฒนาได้ยากกว่า อย่างไรก็ดีตั้งแต่ปี 2014 เป็นต้นมา ยาใหม่สำหรับการรักษาโรคติดเชื้อก็มีประสิทธิภาพและได้รับใบอนุญาต โดยสามารถยับยั้งเชื้อไวรัสได้ประมาณ 95% ของผู้ติดเชื้อภายใน 1 ปี ซึ่งจะช่วยสร้างความหวังและก่อให้เกิดการใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้น

Source : www.npr.org

อุปกรณ์ตรวจเลือดผ่านคลื่นเสียง ทดแทนการตักเนื้อเยื่อเพื่อวินิจฉัยโรค

ทีมวิศวกรนานาชาติได้พัฒนาอุปกรณ์ต้นแบบที่สามารถคัดกรองอนุภาคขนาดเล็กที่เรียกว่าเอกโซโซม (exosomes) จากตัวอย่างเลือดโดยไม่ต้องส่งตัวอย่างไปที่ห้องทดลองได้แล้ว โดยนักวิจัยหวังว่าจะนำเทคโนโลยีนี้ไปใช้ในอุปกรณ์แบบพกพาที่สามารถวิเคราะห์ตัวอย่างเลือดจากผู้ป่วย เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งและโรคอื่นๆ ได้อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องใช้วิธีอัลตราเซนตริฟิวเกชัน (ultracentrifugation) ที่ยุ่งยากและใช้เวลานานในปัจจุบัน

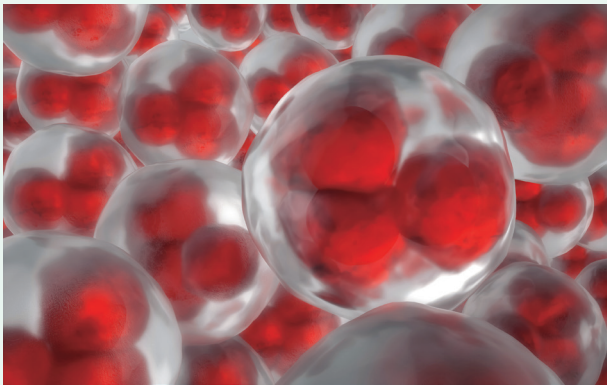
อุปกรณ์ใหม่ของพวกเขา ผสมผสานเทคโนโลยีระบบของไหลจุลภาค (microfluidics) และการแยกคลื่นเสียง (acoustic cell-sorting) ไว้ด้วยกัน เพื่อแยกเอกโซโซมออกจากเลือด

“เอกโซโซมมักจะมีโมเลกุลเฉพาะที่เป็นลายเซ็นของความผิดปกติบางอย่าง ถ้าแยกเอกโซโซมออกจากเลือดได้ ก็จะสามารถนำมาวิเคราะห์ในทางชีววิทยาเพื่อดูว่ามันจะเปิดเผยอะไรให้เราเห็นบ้าง” หมิง เต่า นักวิทยาศาสตร์การวิจัย



ปรับแต่งจีโนมเพื่อศึกษาตัวอ่อนในครรภ์มนุษย์

เมื่อเร็วๆ นี้ นักวิทยาศาสตร์อังกฤษได้ใช้เครื่องมือปรับแต่งจีโนม (Genome Editing) เพื่อยับยั้งยีนสำคัญของการผลิตโปรตีน OCT4 ในตัวอ่อน (embryo) ที่เติบโตได้ 2-3 วันแรกหลังจากที่ไข่ได้รับการปฏิสนธิ โดยการศึกษาพบว่าตัวอ่อนมนุษย์ต้องการโปรตีน OCT4 ซึ่งมีความสำคัญในเซลล์ต้นกำเนิดชีววิทยาเพื่อพัฒนาในระยะ blastocyst (ตัวอ่อนที่เจริญเติบโตไปแล้ว 5-7 วัน) ได้อย่างถูกต้อง และทำให้นักวิทยาศาสตร์เข้าใจถึงการทำงานของยีนในตัวอ่อนมนุษย์ในช่วงต้นของการพัฒนาได้ดียิ่งขึ้น



ดร.เคธี เนียกัน จากสถาบันฟรานซิส คริก ผู้วิจัยกล่าวว่า “วิธีหนึ่งที่จะค้นหาสิ่งที่ยีนทำกับตัวอ่อนในช่วงกำลังพัฒนา คือ ดูว่าจะเกิดอะไรขึ้นเมื่อยีนนั้นหยุดทำงาน ซึ่งเราได้แสดงให้เห็นถึงวิธีที่มีประสิทธิภาพ การทำเช่นนี้เราหวังว่านักวิทยาศาสตร์คนอื่นๆ จะใช้มันเพื่อค้นหาบทบาทของยีนอื่นๆ ซึ่งหากเรารู้ถึงยีนสำคัญที่จำเป็นต่อการพัฒนาของตัวอ่อน เราก็สามารถปรับปรุงวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) และเข้าใจถึงสาเหตุของความล้มเหลวในการตั้งครรภ์ได้ โดยการศึกษาของเราเป็นเพียงขั้นตอนแรกเท่านั้น”

สำหรับงานวิจัยซึ่งนำโดยทีมนักวิทยาศาสตร์ของสถาบันฟรานซิส คริก ขึ้นนี้ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Nature และได้รับความร่วมมือจากเพื่อนร่วมทีมจากหลายสถาบัน อาทิ มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ มหาวิทยาลัยออกซฟอร์ด มหาวิทยาลัยแห่งชาติซอล โดยทางทีมใช้เวลามากกว่า 1 ปีในการเพิ่มประสิทธิภาพเทคนิคด้วยการใช้ตัวอ่อนหนูและเซลล์ต้นกำเนิดจากตัวอ่อนมนุษย์ก่อนที่จะเริ่มต้นทำงานกับตัวอ่อนของมนุษย์ และเมื่อต้องการยับยั้งการทำงานของโปรตีน OCT4 ขณะทำการวิจัย ทางทีมได้ใช้เทคนิคปรับแต่งจีโนมที่เรียกว่า CRISPR / Cas9 เพื่อเปลี่ยน DNA ของตัวอ่อนมนุษย์หลังปฏิสนธิ 2-3 วัน จำนวน 41 ตัว จากนั้น 7 วันตัวอ่อนก็จะหยุดการเจริญเติบโต และทางทีมก็ทำการวิเคราะห์ในเวลาต่อมา

นอกจากนี้ ตัวอ่อนของมนุษย์ที่นำมาใช้ในการศึกษาทางทีมได้รับบริจาคจากผู้สมรสที่ได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยวิธี IVF ที่ยังมีตัวอ่อนแช่เย็นเหลืออยู่และต้องการให้ตัวอ่อนส่วนเกินของพวกเขาถูกนำมาใช้เพื่อการวิจัย โดยการศึกษาดำเนินการภายใต้ใบอนุญาตการวิจัยและการกำกับดูแลด้านกฎระเบียบที่เข้มงวดจากหน่วยงานด้านตัวอ่อนมนุษย์และการเจริญพันธุ์ หรือ Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระของรัฐบาลสหราชอาณาจักรที่ดูแลการวิจัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก

“นี่เป็นงานวิจัยที่น่าตื่นเต้นและสำคัญมาก การศึกษาได้ดำเนินการควบคู่กับการกำกับดูแลด้านกฎระเบียบแบบเต็มรูปแบบ และนำเสนอองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับกระบวนการทางชีวภาพในการทำงานของตัวอ่อนในครรภ์มนุษย์ 5-6 วันแรก ซึ่งจะส่งผลต่อการศึกษาด้านยาและชีววิทยาเซลล์ต้นกำเนิดต่อไป “เซอร์พอล เนิร์ช ผู้อำนวยการสถาบันฟรานซิส คริก กล่าว

Source : www.sciencedaily.com

ของแผนกวัสดุศาสตร์และวัสดุวิศวกรรม แห่งสถาบันเทคโนโลยีแมสซาชูเซตส์ (MIT) กล่าว

ในปี 2014 ทีมวิจัยกลุ่มเดียวกันนี้ได้เคยแสดงผลการศึกษาถึงการแยกเซลล์ออกได้โดยใช้คลื่นเสียง นับแต่นั้นทีมนักวิจัยก็ได้แสดงให้เห็นว่าเทคโนโลยีนี้สามารถใช้เพื่อแยกเซลล์เนื้ออกที่หาได้ยากออกจากตัวอย่างเลือดได้ โดยการศึกษาใหม่ของพวกเขามุ่งเน้นการจับเอกซโซม และการใช้อุปกรณ์นี้จะใช้เวลาน้อยกว่า 25 นาทีในการประมวลผลตัวอย่างเลือด 100 ไมโครลิตร

“เทคนิคใหม่นี้สามารถลดข้อบกพร่องของเทคโนโลยีในปัจจุบันสำหรับการแยกเอกซโซมที่ใช้เวลานาน แต่เราต้องการแยกเอกซโซมได้ง่ายๆ เพียงแค่ดูดและรับตัวอย่างที่ต้องการภายใน 10 นาที” โทนี จุน หวง ศาสตราจารย์ด้าน

วัสดุศาสตร์และวัสดุวิศวกรรม แห่งมหาวิทยาลัยดุค หนึ่งในทีมวิจัยกล่าว

ทั้งนี้ ทาเฮอร์ซาอ็อฟ ศาสตราจารย์ด้านวิศวกรรมเครื่องกล แห่งมหาวิทยาลัยอิลลินอยส์ ซึ่งไม่ได้อยู่ในทีมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นว่า วิธีการใหม่ในการแยกเอกซโซมของทีมวิจัยนี้จะนำกระบวนการค้นใหม่ๆ ในการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคได้ ขณะที่ทีมวิจัยก็กำลังวางแผนที่จะใช้เทคโนโลยีนี้เพื่อค้นหาตัวชี้วัดทางชีวภาพ (biomarkers) ที่สามารถเปิดเผยสถานะของโรคได้ โดยพวกเขาได้รับทุนจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อค้นหาเครื่องบ่งชี้ถึงการตั้งครรภ์ผิดปกติ และพวกเขามองว่าเทคโนโลยีนี้สามารถนำมาใช้เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพอื่นๆ ได้เช่นกัน

Source : <http://news.mit.edu>

การล้างพิษ

บพ.สันต์ ใจยอดศิลป์

การ “ล้างพิษ” ซึ่งทางฝั่งตะวันตกเรียกว่า “Chelation” คือ การเอาสารเคมีที่มีฤทธิ์จับโลหะหนักได้ (Chelator) จี๊ดเข้าไปในร่างกาย เพื่อขจัดของเสียให้ออกจากร่างกายผ่านกระบวนการต่างๆ วิธีนี้ได้รับความนิยมกันมาก แต่ในทางการแพทย์ก็ยังถือเป็นหนึ่งใน “การแพทย์ทางเลือก” ที่ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับการรักษา และตามคำแนะนำของแพทย์ที่ใช้ตามความเหมาะสม



การรักษาด้วยการทำ Chelation

ปัจจุบันคนเราได้รับสารพิษกันได้อย่างง่ายดาย ตั้งแต่สารพิษจากยาแผนปัจจุบัน สารปรุงแต่งอาหาร เครื่องสำอาง สารตะกั่ว ฟอสฟอรัส คิวโนพิษ และมลพิษต่างๆ สารพิษเหล่านี้เมื่อเข้าไปสะสมที่ตับจะทำให้ปวดเมื่อยร่างกาย ง่วงนอนบ่อย อ่อนเพลียง่าย ไม่มีแรง ขอบตาดำคล้ำ ยิ่งหากเป็นสารพิษจากโลหะหนัก ก็จะทำให้มีอาการทางสมองร่วมด้วย เช่น สมองมึนงง เฉื่อยชา

สำหรับการล้างพิษด้วยการทำคีเลชั่น หรือ Chelation Therapy นั้น จะมีทั้งการให้รับประทาน (DMSA) การเหน็บทวาร หรือการให้ “สารน้ำ” ทางหลอดเลือดดำ (ให้น้ำเกลือ) ที่มีสารประกอบประเภทกรดอะมิโนที่เรียกว่า EDTA ผสมกับวิตามินและแร่ธาตุ ซึ่ง EDTA ทำหน้าที่สำคัญในการจับสารโลหะหนัก เช่น ตะกั่ว ปรอท สารหนู หรือแม้แต่แคลเซียมส่วนเกิน ซึ่งสะสมตกค้างในเนื้อเยื่อและพอกอยู่ตามผนัง

หลอดเลือดเป็นอันตรายต่อผนังเซลล์และผนังหลอดเลือด แล้วขจัดสารโลหะหนักเหล่านี้ออกผ่านระบบปัสสาวะและการขับถ่าย โดยการให้น้ำเกลือแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1.5-2 ชั่วโมงระหว่างที่ให้น้ำเกลือสามารถพักผ่อน ดูโทรทัศน์ รับประทานอาหารว่าง อ่านหนังสือหรือฟังเพลงได้ตามปกติ ธรรมดา และการรักษาสามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ หลังเสร็จสิ้นการรักษา ไม่จำเป็นต้องนอนพัก

ด้วยคุณสมบัติของสารเคมีที่มีฤทธิ์ในการขจัดสารโลหะหนักนี้เอง การแพทย์ทางเลือกจึงนิยมใช้ Chelation Therapy มาใช้รักษาคนไข้ที่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดอุดตัน (เช่น ไขมันในหลอดเลือดสูง) มีปัญหาสารพิษโลหะหนักสะสมในร่างกาย ระบบการไหลเวียนหลอดเลือดมีความบกพร่อง วิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลียง่าย ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ดูจากระยะเวลาของการออกกำลังจนกระทั่งคลื่นหัวใจ แสดงลักษณะของการขาดเลือด ประสิทธิภาพของการออกกำลัง และคุณภาพชีวิต

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของ EDTA ในผู้ป่วยหลอดเลือดตีบที่ขาตั้งแต่ปี ค.ศ.1994 ในวารสารหลอดเลือด (Circulation) ซึ่งไม่พบว่าการก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ สมาคมหัวใจของสหรัฐฯ (American Heart Association) ก็ยังคงยืนยันว่าการรักษาด้วย EDTA ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนการใช้

ดังนั้นหากใครจะรับการรักษาด้วยการทำ Chelation ก็ควรศึกษาข้อมูลและปรึกษาแพทย์ที่ไว้ใจได้ เพราะการรักษาด้วยวิธี Chelation Therapy นั้น มีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง แต่อาจได้ผลไม่คุ้มกับที่เสียไปได้



Chelation กับผลศึกษาทางการแพทย์

อย่างไรก็ดี การล้างพิษด้วยวิธี Chelation ก็ยังไม่มีบทพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่าได้ผลจริง มีเพียงการบอกเล่าและบอกต่อว่าทำดีเลชั้นแล้วพวกเขาสุขภาพดีขึ้น รวมทั้งการทำประชาสัมพันธ์ของคลินิกความสวยความงามที่ดูน่าเชื่อถือว่าสามารถล้างพิษได้ผลดีจริง

ทั้งนี้ มีการศึกษาโดย Knudtson และคณะซึ่งตีพิมพ์ในวารสารสมาคมแพทย์ของสหรัฐฯ (JAMA) ค.ศ. 2002 โดยการศึกษาคนไข้ที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบ 2 กลุ่มๆ ละ 40 คน กลุ่มแรกให้การรักษาด้วย EDTA และอีกกลุ่มให้ยาหลอก สัปดาห์ละ 2 ครั้งนาน 15 สัปดาห์ ต่อด้วยเดือนละครั้งไปอีก 3 เดือน รวม 33 ครั้ง ปรากฏว่า ไม่มีผลแตกต่างกัน โดยการ



ล้างพิษด้วยวิธีชาวบ้าน

อย่างไรก็ดี การล้างพิษตับที่กำลังอยู่ในกระแสก็ยังมีวิธีธรรมชาติที่สามารถช่วยลดคอเลสเตอรอลในร่างกาย เช่น การรับประทานแอปเปิ้ลวันละ 2 ผล ซึ่งจะได้ผลดีสำหรับผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ

การรับประทานยาถ่ายดีเกลือบวกน้ำมันมะกอก หรือ ยาถ่ายดีเกลือบวกน้ำมันละหุ่ง ก็ไม่ใช่เรื่องเสียหาย อย่างน้อยหลักฐานทางการแพทย์ที่มีก็ยืนยันว่าการถ่ายยาแบบนี้ช่วยเก็บพยาธิในลำไส้ระดับพยาธิเส้นด้ายและพยาธิไส้เดือนได้ เพียงแต่ขณะถ่ายอยู่นั้น ต้องระวังทดแทนการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ด้วยการดื่มน้ำและเกลือแร่ไปด้วยโดยกระบวนเหล่านี้จะช่วยขับถ่ายคอเลสเตอรอลออกจากตับและถุงน้ำดี เพราะตัวน้ำดีเป็นคอเลสเตอรอลที่สร้างมาจากตับ แล้วนำมาพักที่ถุงน้ำดี ก่อนจะปล่อยลงมาในลำไส้ หลังจากนั้นจะถูกดูดซึมกลับผ่านผนังลำไส้ไปเข้ากระแสเลือดใหม่ ซึ่งงานวิจัยพบว่า หากเราดื่มน้ำดีในลำไส้ให้ออกมาทางอุจจาระแทนที่จะปล่อยให้ถูกดูดซึมกลับเข้าไปสู่กระแสเลือด ก็จะลดคอเลสเตอรอลชนิดเลว (LDL) ในเลือดลงได้ เรียกว่าเป็นยุทธศาสตร์ดึงน้ำดีออกทางทวาร แต่วิธีนี้ก็ไม่ได้มีการใช้กันนานแล้ว เนื่องจากมียาลดไขมันที่เรียกว่า Statin ซึ่งช่วยลดไขมันเลวได้ดีกว่า

แต่จะสนับสนุนให้เข้าแคมป์ล้างพิษหรือไม่ เรื่องนี้คงขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้ที่ต้องการเข้ารับบริการ

เพราะการเสาะหาวิธีที่จะทำให้ตัวเองมีสุขภาพดี ไม่ว่าจะเป็นวิธีของแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์ทางเลือกแบบใดก็ตาม ก็ย่อมดีกว่าการทำตัวเองให้มีสุขภาพแย่ลงด้วยการเข้าหาอบายมุขต่างๆ

ในอีกแง่หนึ่ง การที่คนเรารู้ว่าตัวเองมีอำนาจที่จะดูแลตัวเองได้ และหัดใช้อำนาจตัดสินใจทำอะไรของตัวของตัวเองด้วยดุลพินิจของตัวเอง แทนที่จะรอให้แพทย์สั่งหรือทำไปเพราะถูกแพทย์บังคับโดยไม่เข้าใจว่าทำไปเพื่ออะไร ก็นับได้ว่านี่คือจุดเริ่มต้นที่จะฝึกให้คนผู้นั้นเข้มแข็งพอที่จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเองอย่างสิ้นเชิงในอนาคตได้ ซึ่งการที่ผู้คนรู้จักปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปสู่การใช้ชีวิตในแนวทางสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองทั้งเรื่องการออกกำลังกาย การโภชนาการ การจัดการความเครียดโดยวิธีที่มีหลักฐานวิทยาศาสตร์บอกว่าปลอดภัยและมีประโยชน์ ย่อมเป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน โดยเฉพาะความกล้าตัดสินใจโดยใช้วิจารณญาณซึ่งจะตรงหรือไม่ตรงกับที่แพทย์บอกก็ได้ ผิดบ้างถูกบ้างก็ไม่เป็นไร เพราะเรื่องสุขภาพไม่มีผู้รู้จริง 100% ว่าอะไรผิดอะไรถูก สิ่งที่ทางการแพทย์ช่วยในการตัดสินใจได้ก็คือการให้ข้อมูลหลักฐานวิทยาศาสตร์ ดังนั้น ผู้ที่ขบถลองอะไรใหม่ๆ ในเรื่องสุขภาพหากไม่ใช่เรื่องที่มีอันตรายต่อตัวเองชนิดที่เห็นกันชัดเจน ก็สามารถทำได้ ไม่ใช่เรื่องต้องห้ามแต่ประการใด

References

1. Knudtson ML, Wyse DG, Galbraith PD, Brant R, Hildebrand K, Paterson D, et al. Chelation therapy for ischemic heart disease: a randomized controlled trial. JAMA2002; 287: 481-6.
2. สันต์ ใจยอดศิลป์. ทวารล้างพิษตับ ล้างถุงน้ำดี [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.ย. 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.visitdrsant.blogspot.com/2013/03/blog-post_11.html. ●

คลินิกบริการรูปแบบพิเศษ สถาบันโรคผิวหนัง สาขาศูนย์ราชการ



นับเป็นเวลากว่า 45 ปีแล้ว ที่สถาบันโรคผิวหนังได้เปิดให้บริการประชาชนเพื่อช่วยรักษาโรคผิวหนังต่างๆ และพัฒนานวัตกรรมผลิตภัณฑ์ดูแลผิวพรรณเป็นของตัวเองเพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ โดยแต่ละปีมีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ทางสถาบันจึงได้มีการเปิดศูนย์บริการโรคผิวหนังรูปแบบพิเศษขึ้นที่ศูนย์ราชการถนนแจ้งวัฒนะ เพื่อเปิดให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น รองรับนโยบาย Thailand 4.0 ในการพัฒนาสถาบันโรคผิวหนังก้าวสู่การเป็น Digital Hospital

สถาบันเพื่อสุขภาพผิวของประชาชน

สถาบันโรคผิวหนังเปิดให้บริการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2515 ด้วยจุดประสงค์ที่จะให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังที่ได้มาตรฐาน ทันสมัย และเหมาะสม ด้วยความมุ่งมั่นที่จะพัฒนา

ศักยภาพทางด้านวิชาการโรคผิวหนังของไทยให้ทัดเทียมระดับโลก และนำผลงานวิชาการสู่งานบริการเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชน ภายใต้วิสัยทัศน์ “เป็นสถาบันแห่งความเป็นเลิศด้านโรคผิวหนังในระดับนานาชาติ”

สถาบันโรคผิวหนัง ซึ่งอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์นั้น ได้มีบทบาทสำคัญในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลตั้งแต่ระดับตติยภูมิไปจนถึงระดับ Super Tertiary Care สถาบันโรคผิวหนังมีคลินิกเฉพาะทางด้านผิวหนังเพื่อรองรับความต้องการและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนัง ได้แก่ คลินิกสะเก็ดเงิน คลินิกผื่นแพ้สัมผัสและอาชีวเวชศาสตร์ คลินิกงูสวัด ชีววิทยา คลินิกภูมิแพ้/คลินิกโรคตุ่มน้ำพองใส คลินิกโรคผิวหนังในเด็กและโรคพันธุกรรม คลินิกโรคเรื้อรัง/โรคติดต่อ คลินิกโรคภูมิแพ้ คลินิกหลอดเลือด ศูนย์เลเซอร์ผิวหนัง ศูนย์ไบโอเอนจิเนียริง คลินิกเส้นผมและเล็บ/คลินิกผ่าตัดปลูกผม โดยที่ผ่านมาสถาบันฯ ได้ดำเนินงานสอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่ร่วมพลังสังคมเพื่อประชาชน สุขภาพดี พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน นำสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และสอดคล้องกับนโยบายกรมการแพทย์ที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์อย่างครอบคลุมเหมาะสม มีคุณภาพและมาตรฐานโดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง





Premium Clinic ตามนโยบาย Medical Hub

นอกจากนี้ กรมการแพทย์ยังได้ดำเนินการตอบสนองนโยบายรัฐบาลในการนำพาประเทศไทยก้าวสู่ยุค Thailand 4.0 โดยเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังของประเทศไทย ซึ่งสถาบันโรคผิวหนังได้พัฒนาเพื่อก้าวสู่การเป็น Digital Hospital ตลอดจนพัฒนาตำรายาเวชสำอางและนวัตกรรมของสถาบันโรคผิวหนังสู่การผลิตเชิงพาณิชย์ พร้อมทั้งพัฒนาการบริการรูปแบบใหม่ที่สะดวกรวดเร็วขึ้นในรูปแบบ Premium clinic ขึ้นที่ชั้นใต้ดินของอาคารรัฐประศาสนภักดี (อาคารบี) ชั้น 1 ศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดของผู้รับบริการตอบสนองนโยบายรัฐบาลที่มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามนโยบาย Medical Hub และแผนยุทธศาสตร์

เชื่อมโยงภูมิภาคและเศรษฐกิจโลก แผนการพัฒนาระบบบริการรูปแบบพิเศษด้วย

ปัจจุบัน สถาบันโรคผิวหนังมีผู้ป่วยรับบริการเกือบ 2 แสนรายต่อปี เฉลี่ยวันละ 800 ราย โดยศูนย์บริการโรคผิวหนังรูปแบบพิเศษ สถาบันโรคผิวหนัง สาขาศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะแห่งนี้จะช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคผิวหนัง ลดความแออัดของผู้มารับบริการ โดยเปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2560 ที่ผ่านมา

บริการครบวงจรเพื่อผิวสุขภาพดี

พ.ญ.ประภาวรรณ เชาวะณิช ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบันโรคผิวหนัง ด้านพัฒนาคลินิกบริการ เปิดเผยว่า ศูนย์บริการแห่งนี้ให้บริการรองรับตั้งแต่การตรวจเคสโรคผิวหนังทั่วไป การผ่าตัดเล็ก (เช่นการตัดขนเนื้อสังตรวจ) และการฟื้นฟูผิวพรรณได้ค่อนข้างครบวงจร ยกเว้นการผ่าตัดใหญ่ การตรวจเพาะเชื้อที่ทางศูนย์ฯ จะส่งต่อไปสถาบันใหญ่ เนื่องจากพื้นที่ของศูนย์ค่อนข้างจำกัด จึงยังไม่มีห้องแล็บหรือห้องปฏิบัติการสำหรับการตรวจวินิจฉัยในเคสที่ยุ่งยากซับซ้อน

อย่างไรก็ดี ทางศูนย์ฯ ก็สามารถช่วยแบ่งเบาภาระของสถาบันใหญ่ ลดความแออัดของผู้รับบริการ รวมถึงช่วยลดปัญหาเรื่องการเดินทางไปยังสถาบันโรคผิวหนังที่ถนนราชวิถีไปได้ส่วนหนึ่ง เนื่องจากได้มีการสำรวจผู้ป่วย





ที่มาใช้บริการที่สถาบันโรคผิวหนัง ถนนราชวิถี พบว่ากว่าร้อยละ 20-30 เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และนครนายก การเปิดสาขาที่ศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ จึงเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางเข้าไปในเมือง และช่วยลดความแออัดที่สถาบันใหญ่ได้

“ตั้งแต่เปิดให้บริการเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม ที่ผ่านมา ทางศูนย์ฯ สามารถให้บริการได้เฉลี่ย อยู่ที่ 75-80 ราย การให้

บริการก็จะเหมือนสถาบันใหญ่ทุกอย่าง โดยเฉพาะในส่วนการทำเลเซอร์ โบท็อกซ์ และฟิลเลอร์ที่ผู้รับบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานอยู่ภายในศูนย์ราชการ ไม่ต้องลาหยุดงานเพื่อไปรับบริการที่สถาบันใหญ่ แต่สามารถรับคิวและมารับบริการตามเวลาที่กำหนดไว้ได้ทันทีผ่านการส่งข้อมูลแจ้งเตือนหากไปทำที่สถาบันใหญ่ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมาก อาจต้องรอคิวนานถึง 1 เดือน”

พ.ญ.ประภาวรรณ กล่าวต่อไปว่า แม้ทางศูนย์ฯ จะเปิดมาได้เพียง 3 - 4 เดือน แต่ปริมาณผู้รับบริการก็เกินกว่าที่วางแผนรองรับไว้จากเดิมประมาณ 30 คนต่อวัน ทำให้ทางศูนย์ฯ ต้องพิจารณาถึงกำลังคนและแนวทางการทำงาน เพื่อให้สามารถตอบสนองปริมาณคนไข้ให้ดียิ่งขึ้น

ทั้งนี้ พ.ญ.ประภาวรรณ ยังกล่าวด้วยว่า นอกจากการให้บริการเพื่อช่วยลดความแออัดของสถาบันใหญ่ ทางศูนย์ฯ ยังต้องการให้สถานที่แห่งนี้เป็นประโยชน์ในด้านการศึกษา โดยมีแผนจะพัฒนาให้สถานที่ให้เป็นแหล่งเรียนรู้และฝึกอบรมสำหรับแพทย์โรคผิวหนังให้ได้มีประสบการณ์ทั้งจากสถาบันใหญ่และการทำงานในหน่วยงานที่ศูนย์ฯ แห่งนี้ต่อไปในอนาคต

สถาบันโรคผิวหนัง สาขาศูนย์ราชการ แจ้งวัฒนะ บริการตรวจรักษาโรคผิวหนัง ฟันผุสภาพผิว และดูแลผิวพรรณ เช่น สิว ฝ้า ผื่นคัน สะเก็ดเงิน ตุ่มน้ำพองใส เลเซอร์ โบท็อกซ์ ฟิลเลอร์ โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคผิวหนัง เปิดให้บริการทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 10.00 - 18.00 น. โดยเปิดรับบัตรคิวในเวลา 07.00 น. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. 09 5951 8111 ●



ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ของมารดาที่มารับบริการ ในคลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ

กศนิษฐ์ รวิภักดิ์ พ.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพมหานคร 10220

Abstract : Factors Affecting Exclusive Breast-Feeding During the First 6 Months in Regional Health Promotion Center 13 Bangkok

Raweepakawat T

Regional Health Promotion Center 13 Bangkok, 10220

(E-mail : tassarawee@hotmail.com)

This retrospective study was conducted to evaluate factors affecting exclusive breast-feeding during the first 6 months in Regional Health Promotion Center 13 Bangkok. The study was performed in 608 pregnant women who attended the ANC unit and had their childbirth at Regional Health Promotion Center 13 Bangkok between the period of October 2013 and September 2015. The data was collected from OPD card, IPD chart and maternal and child exclusive breastfeeding for 6 months follow up form. There was 10.5% of pregnant women who had short or retracted nipple and 8.7% of the babies had tongue-tie. The rate of exclusive breast-feeding during the first 6 months in these women was 32.7%. About 50.8% of mothers who could continue exclusive breastfeeding for 6 months was housewife and 99.5% of these women had normal nipple and visited antenatal care unit not less than 5 times. 66.9% of mothers who could not continue exclusive breastfeeding for 6 months was employee. 84.6 % of these women had normal nipple and 84.3 % of these women visited antenatal care unit not less than 5 times. Factors affecting exclusive breast-feeding during the first 6 months in Regional Health Promotion Center 13 Bangkok ($p < 0.05$) are mother's occupation, mother's type of nipple and frequency of antenatal care visit.

Key words : exclusive breastfeeding for 6 months, factors affecting, occupation, type of nipple, frequency of antenatal care visit.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนของมารดาที่มารับบริการในคลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ การศึกษาเป็นแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบบติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนในมารดาที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ ในปีงบประมาณ 2556 - 2558 จำนวน 608 ราย มารดามีหัตถ์สั้นหรือบอดร้อยละ 10.5 ทารกมีภาวะพังผืดใต้ลิ้นร้อยละ 8.7 ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้คือร้อยละ 32.7 กลุ่มมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนสำเร็จร้อยละ 50.8 มีอาชีพแม่บ้าน ซึ่งร้อยละ 99.5 มีหัตถ์ปกติ และมาฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป กลุ่มมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนไม่สำเร็จร้อยละ 66.9 มีอาชีพรับจ้าง มีหัตถ์ผิดปกติร้อยละ 84.6 มาฝากครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 84.3 เมื่อนำข้อมูลด้านต่างๆ ของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนสำเร็จ และไม่สำเร็จมาเปรียบเทียบกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนสำเร็จของมารดากลุ่มนี้ ($p < 0.05$) ได้แก่อาชีพมารดา ลักษณะหัตถ์ มารดาจำนวนครั้งของการฝากครรภ์

คำสำคัญ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ปัจจัยที่มีผล อาชีพ ลักษณะหัตถ์ ความถี่ในการฝากครรภ์

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าน้ำนมแม่ที่ดีที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากในน้ำนมแม่นั้นมีสารอาหารที่มีประโยชน์ และคุณค่าจำเพาะที่นมผสมไม่มี ทำให้ทารกมีสุขภาพดีไม่ค่อยเจ็บป่วยบ่อย และมีโอกาสพัฒนาการทางสมองและอารมณ์ที่ดีกว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม¹⁻⁶ แนวทางการให้อาหารทารกและเด็กเล็กขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2555 แนะนำให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือนแรก⁷⁻⁸ แต่ในทางปฏิบัตินั้นการให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือนนั้นมีอุปสรรคมากมายทั้งปัจจัยทางด้านมารดาและทารก มารดาจำนวนไม่น้อยมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่น้อยกว่า 6 เดือน ตั้งแต่ที่รู้ตัวว่าตั้งครรภ์ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถทำได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูกของกรมอนามัย และมีมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กซึ่งประกอบด้วยทีมนำคุณภาพ คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ ห้องคลอดคุณภาพ บริการหลังคลอดที่มีคุณภาพ และบริการทารกแรกเกิดมีคุณภาพ มีเป้าหมายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50.0 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.5 ต่อปี⁹⁻¹⁰ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่มารดามาฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์คุณภาพในปีงบประมาณ 2556 อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ คือร้อยละ 32.5 ปีงบประมาณ 2557 ร้อยละ 34.5 ปีงบประมาณ 2558 ร้อยละ 37.4 และปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 33.3 ซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมาย จึงเป็นที่น่าสนใจว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับส่งเสริม และกระตุ้นหญิงที่มาฝากครรภ์ให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้สำเร็จต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแบบติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาที่ฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ ในปีงบประมาณ 2556 – 2558 จำนวน 608 ราย การเก็บข้อมูลจำนวนครั้งของการฝากครรภ์แบ่งเป็นน้อยกว่า 5 ครั้ง และ 5 ครั้งขึ้นไป ตามมาตรฐานของคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ⁹ คือจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ไม่ต่ำกว่า 5 ครั้ง เกณฑ์ในการแบ่งช่วงอายุครรภ์ของข้อมูลการศึกษาคือ กลุ่มที่มาฝากครรภ์ในช่วงไตรมาสแรกคือ ไม่เกิน 12 สัปดาห์ ช่วงที่ 2 คือกลุ่มที่มาฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 2

จนถึงเกณฑ์อายุครรภ์มากสุดในการรับฝากครรภ์ครั้งแรกของคลินิกฝากครรภ์คุณภาพคือ 20 สัปดาห์ ช่วงที่ 3 คือกลุ่มที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์เกินมาตรฐานของคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ

ขั้นตอนการรับบริการของคลินิกฝากครรภ์คุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ คือรับฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ ฝากครรภ์จำนวน 5 ครั้งขึ้นไปตามมาตรฐานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพของกรมอนามัย⁹ แต่ในกรณีมารดาอายุรุ่นจะรับฝากหมดไม่กำหนดอายุครรภ์ของการฝากครรภ์ครั้งแรก หรือจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ การฝากครรภ์ครั้งแรกแพทย์ทำการตรวจร่างกายมารดา ตรวจหวัณม ถ้าพบมีปัญหาหวัณมจะส่งคลินิกนมแม่เพื่อทำการแก้ไขหวัณมเตรียมพร้อมในการให้นมบุตร¹¹⁻¹² และนัดฝากครรภ์ต่อเนื่องรวมอย่างน้อย 5 ครั้ง การมาฝากครรภ์แต่ละครั้งจะมีการให้สุศึกษาเรื่องที่มีประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด เช่น ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การกระตุ้นพัฒนาการลูก อาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์ การนับลูกดิ้น อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การหายใจระหว่างเจ็บครรภ์และพาเยี่ยมชมห้องคลอดเพื่อเป็นแรงจูงใจให้มารดามาฝากครรภ์และรับสุศึกษาครบทุกครั้งในผู้ที่รับสุศึกษาอย่างน้อย 5 ครั้ง จะให้สิทธิสามีเข้าในห้องคลอดด้วยเวลาที่เจ็บครรภ์ ในห้องคลอดเมื่อมารดาคลอดแล้วหากมารดารู้สึกตัวดีและทารกปกติจะวางทารกบนอกมารดาแล้วใช้ผ้าคลุมตัวทารกให้มารดาโอบกอดทารก เนื้อแนบเนื้อทันทีหลังคลอดอย่างน้อย 1 ชั่วโมง และให้เริ่มดูดนมแม่ภายในครึ่งชั่วโมงหลังคลอด¹³ ในตึกหลังคลอดจะให้แม่และลูกอยู่ในห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมงตามบันได 10 ชั้น เพื่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁹ หลังคลอดแพทย์จะตรวจร่างกายทารกว่ามีปัญหาพึงผีดได้ลิ้นหรือไม่ ถ้ามีและเป็นปัญหาในการให้นมแม่จะส่งตัดพังผืดได้ลิ้นที่ห้องผ่าตัดและนัดติดตามหลังผ่าตัดที่คลินิกนมแม่¹⁴⁻¹⁵ ในตึกหลังคลอดมีพยาบาลคอยให้คำปรึกษาเรื่องการให้นมแม่ แนะนำการจัดท่าที่ถูกต้อง ถ้ามารดามีปัญหาการให้นมบุตรจะส่งปรึกษาที่คลินิกนมแม่ และจะติดตามการกินนมแม่จนครบ 6 เดือน วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามีหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์คลอดและติดตามการให้นมแม่ในคลินิกนมแม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ ระหว่างปีงบประมาณ 2556 – 2558 ที่เก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 608 ราย (ตารางที่ 1) ช่วงอายุที่มาฝากครรภ์มากที่สุดคือ อายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.6 อาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 57.4 คลอดทาง

ช่องคลอดร้อยละ 66.0 เป็นครรภ์แรกและครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 49.8 และ 50.2 มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 ไม่พบโรคระหว่างตั้งครรภ์ พบภาวะซีดร้อยละ 8.7 ความดันร้อยละ 3.0 เบาหวานร้อยละ 3.3 มารดามีหวั่นมสั้นหรือบอดร้อยละ 10.5 ทารกมีภาวะพังผืดใต้ลิ้นร้อยละ 8.7 มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 89.3 มาฝากครรภ์ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 69.1 ฝากครรภ์ครั้งแรกในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ มีมารดาร้อยละ 3.0 ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้คือร้อยละ 32.7

เมื่อนำข้อมูลด้านต่างๆ ของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จและไม่สำเร็จมาเปรียบเทียบกัน (ตารางที่ 2) อาชีพมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สำเร็จมากที่สุดคือแม่บ้านร้อยละ 50.8 อาชีพที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่สำเร็จมากที่สุดคือรับจ้างร้อยละ 66.9 สำหรับลักษณะหวั่นนมมารดาต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จากการศึกษา

พบว่า มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เกือบทั้งหมดจำนวน 198 ราย จาก 199 ราย หรือร้อยละ 99.5 มีหวั่นมปกติ มีมารดาที่หวั่นมบอดเพียง 1 ราย จากมารดา หวั่นมบอดทั้งหมด 64 รายที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ได้สำเร็จ ปัจจัยด้านทารกต่อความสำเร็จในการกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในการศึกษานี้คือ ภาวะลิ้นติดพบว่า กลุ่มที่กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จมีภาวะลิ้นติดร้อยละ 10.1 กลุ่มที่กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่สำเร็จมีภาวะลิ้นติดร้อยละ 8.1 มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สำเร็จเกือบทั้งหมดจำนวน 198 ราย จาก 199 ราย หรือร้อยละ 99.5 มาฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป มีมารดาที่ฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้งเพียง 1 ราย หรือร้อยละ 0.5 ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จ เมื่อนำข้อมูลที่เปรียบเทียบ มาวิเคราะห์ทางสถิติ ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จของมารดากลุ่มนี้ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพมารดา ลักษณะหวั่นนมมารดา จำนวนครั้งของการ ฝากครรภ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของประชากรที่ศึกษา (n = 608)

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ช่วงอายุมารดา		
< 20 ปี	73	12.0
20 – 30 ปี	344	56.6
> 30 ปี	191	31.4
อาชีพมารดา		
รับจ้าง	349	57.4
ค้าขาย	63	10.4
แม่บ้าน	171	28.1
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	25	4.1
วิธีคลอด		
ทางช่องคลอด	401	66.0
ผ่าคลอด	207	34.0
ครรภ์ที่		
ครรภ์แรก	303	49.8
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	305	50.2
โรคมารดา		
ซีด	53	8.7
ความดัน	3	0.5
เบาหวาน	20	3.3
ลักษณะหวั่นนมมารดา		
ปกติ	544	89.5
สั้น/บอด	64	10.5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของประชากรที่ศึกษา (n = 608) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะลิ้นทารก		
ปกติ	555	91.3
มีภาวะพังผืดใต้ลิ้น	53	8.7
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์		
< 5 ครั้ง	65	10.7
≥ 5 ครั้ง	543	89.3
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก		
≤ 12 สัปดาห์	420	69.1
13 – 20 สัปดาห์	170	27.9
> 20 สัปดาห์	18	3.0
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน		
สำเร็จ	199	32.7
ไม่สำเร็จ	409	67.3

ตารางที่ 2 ข้อมูลของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จ และไม่สำเร็จ

ข้อมูล	มารดาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จ (จำนวน 199 ราย)	มารดาที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จ (จำนวน 409 ราย)	p-value
ช่วงอายุมารดา จำนวน (ร้อยละ)			0.705
< 20 ปี	23 (11.6)	50 (12.2)	
20 – 30 ปี	109 (54.8)	235 (47.4)	
> 30 ปี	67 (34.6)	124 (30.4)	
อายุมารดา (ปี) (ค่าเฉลี่ย ±SD)	27.8 ± 5.7	27.4 ± 5.5	0.359
อาชีพ จำนวน (ร้อยละ)			0.000*
รับจ้าง	75 (37.7)	274 (66.9)	
ค้าขาย	19 (9.5)	44 (10.8)	
แม่บ้าน	101 (50.8)	70 (11.5)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (2.0)	21 (5.2)	
วิถีคลอด จำนวน (ร้อยละ)			0.419
ทางช่องคลอด	126 (63.3)	275 (67.2)	
ผ่าคลอด	74 (36.7)	133 (32.8)	
ครรภ์ที่ จำนวน (ร้อยละ)			0.342
ครรภ์แรก	94 (47.2)	210 (51.3)	
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	105 (52.7)	199 (48.7)	
น้ำหนักบุตรแรกคลอด (กรัม) (ค่าเฉลี่ย ±SD)	3064.3 ± 421.9	3082.7 ± 431.4	0.565
โรคมารดา จำนวน (ร้อยละ)			0.857
ซีด	16 (8.1)	37 (9.1)	
ความดัน	1 (0.5)	2 (0.5)	
เบาหวาน	5 (2.5)	15 (3.6)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนสำเร็จ และไม่สำเร็จ (ต่อ)

ข้อมูล	มารดาที่สามารถเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน สำเร็จ (จำนวน 199 ราย)	มารดาที่ไม่สามารถเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน สำเร็จ (จำนวน 409 ราย)	p-value
ลักษณะหัวนมมารดา จำนวน (ร้อยละ)			0.000*
ปกติ	198 (99.5)	346 (84.6)	
สั้น/บอด	1 (0.5)	63 (15.4)	
ลักษณะลิ้นทารก จำนวน (ร้อยละ)			0.416
ปกติ	179 (89.9)	376 (91.9)	
มีภาวะลิ้นติด	20 (10.1)	33 (8.1)	
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ จำนวน (ร้อยละ)			0.000*
< 5 ครั้ง	1 (0.5)	64 (15.7)	
≥ 5 ครั้ง	198 (99.5)	162 (84.3)	
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวน (ร้อยละ)			0.306
≤ 12 สัปดาห์	145 (72.9)	275 (67.3)	
13 - 20 สัปดาห์	50 (25.1)	120 (29.3)	
≥ 21 สัปดาห์	4 (2.0)	14 (3.4)	

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนของมารดาที่มารับบริการในคลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพมารดา ลักษณะหัวนมมารดา จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ แต่เนื่องจากไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง ความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญจึงอาจเกิดโดยบังเอิญหรือการที่ไม่แตกต่างกันอาจเป็นจากจำนวนประชากรไม่เพียงพอได้ อาชีพมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนสำเร็จมากที่สุดคือแม่บ้าน สอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่ามารดาที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนสำเร็จสูงกว่ามารดาที่ทำงาน¹⁶⁻¹⁸ แต่ในสังคมปัจจุบันมารดาที่ทำงานนอกบ้านมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก จึงควรต้องศึกษาข้อมูลต่อไปในกรณีของหญิงที่ทำงานนอกบ้านที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนสำเร็จว่ามีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องบ้าง เพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงกลุ่มนี้จากการศึกษาที่ผ่านมา ความยาวของหัวนมมารดามีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมารดาที่หัวนมสั้นหรือบอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนน้อยกว่า¹⁹⁻²³ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อย่างเดี่ยว 6 เดือนสำเร็จเกือบทั้งหมดร้อยละ 99.5 มีหัวนมปกติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องแก้ไขหัวนมที่มีปัญหาให้ดีขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยคลินิกนมแม่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ มีการตรวจคัดกรองและแก้ไขปัญหานี้อยู่แล้ว¹² แต่ยังคงปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป มารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนสำเร็จเกือบทั้งหมดร้อยละ 99.5 มาฝากครรภ์ 5 ครั้งขึ้นไป สอดคล้องกับนโยบายฝากครรภ์คุณภาพของกรมอนามัย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ มีนโยบายให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในแต่ละครั้งของการมาฝากครรภ์ ซึ่งมีเรื่องประโยชน์ของนมแม่รวมอยู่ด้วย โดยมีวัตถุประสงค์ในการเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากงานวิจัยที่ผ่านมา²⁴⁻²⁶ ความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีผลอย่างมากต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวอย่างน้อย 6 เดือนสำเร็จ ข้อมูลนี้สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการให้ความรู้และการส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ดียิ่งขึ้นเพื่อเพิ่มจำนวนมารดาที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ส่วนปัจจัยด้านทารกที่มีผลต่อการกินนมแม่ในการศึกษานี้

คือ ภาวะล้นติดพบว่ากลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จ มีภาวะล้นติด ร้อยละ 10.1 กลุ่มที่ไม่สำเร็จ มีภาวะล้นติด ร้อยละ 8.1 จากการศึกษาที่ผ่านมา²²⁻²³ ภาวะล้นติดเป็นปัจจัยด้านทารกที่ทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่สำเร็จ กลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จน่าจะมีอัตราภาวะล้นติดในทารกที่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่สำเร็จ ผลการศึกษาที่ได้ อาจเป็นเพราะทารกที่มีภาวะพังผืดได้ล้นที่มีปัญหาในการกินนมแม่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ จะถูกส่งไปตัดพังผืดได้ล้นและนัดติดตามต่อเนื่องที่คลินิกนมแม่เพื่อแก้ไขปัญหานี้ตั้งแต่แรกคลอด¹⁴⁻¹⁵ ทำให้ได้รับความรู้และพบกับเจ้าหน้าที่ในคลินิกนมแม่บ่อยครั้งกว่ากลุ่มทารกปกติ ทำให้ในการศึกษานี้ อัตราภาวะล้นติดของทารกในกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จ มีมากกว่ากลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่สำเร็จ อย่างไรก็ตามในอนาคตยังคงต้องเก็บตัวอย่างให้มากขึ้นและนำมาเปรียบเทียบกันต่อไป เพื่อความถูกต้องของข้อมูลด้านนี้

จากการศึกษาในปัจจุบันที่มีผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาที่มารับบริการในคลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 13 กรุงเทพฯ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพมารดา ลักษณะหัวนมมารดา จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ กลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสำเร็จส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน และเกือบทั้งหมดมีหัวนมปกติ และมาฝากครรภ์ไม่น้อยกว่า 5 ครั้ง ดังนั้นการเตรียมหัวนมให้พร้อมก่อนคลอด และการนวดเต้านมให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง จึงเป็นเรื่องสำคัญ สำหรับปัจจัยเรื่องอาชีพนั้นอาจแก้ไขได้ยาก แต่หญิงที่ทำงานนอกบ้านอาจให้กำลังใจและเน้นการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของนมแม่ เพื่อเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ตั้งครรภ์ ซึ่งอาจช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงกลุ่มนี้ได้ ปัญหาของการศึกษานี้คือการรวบรวมข้อมูลจำนวนมากจากฐานข้อมูลต่างๆ ซึ่งอยู่แยกกัน ทำให้ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนาน การทำแบบเก็บข้อมูลของคลินิกนมแม่ในอนาคตอาจต้องลงข้อมูลของมารดาช่วงมาฝากครรภ์ด้วย จะทำให้ช่วยลดระยะเวลาของการเก็บข้อมูลงานศึกษาได้

References

- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496-506.
- Fanaro S. The biological specificity and superiority of human milk. *Scientific basis, guarantees and safety controls. Minerva Pediat* 2002; 54:113-29.
- Oddy WH. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. *Breastfeed Rev* 2001; 9:11-8.
- Oddy WH. A review of the effects of breastfeeding on respiratory infections, atopy, and childhood asthma. *J Asthma* 2004; 41: 605-21.
- Oddy WH, de Klerk NH, Sly PD, Holt PG. The effects of respiratory infections, atopy, and breastfeeding on childhood asthma. *Eur Respir J* 2002; 19:899-905.
- Huffman SL, Combest C. Role of breast-feeding in the prevention and treatment of diarrhoea. *J Diarrhoeal Dis Res* 1990; 8:68-81.
- Health World Health Organization. The prevalence and duration of breast-feeding: a critical review of available information. Division of Family Health World Health Organization. *World Health Stat Q* 1982; 35:92-116.
- World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2002.
- กุสุมา ชูศิลป์. เกณฑ์ระดับสากลของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก. ใน ศุภวิทย์ มุตตรมระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรวิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน และยุพียง แห่งชาวนิช, บรรณาธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพมหานคร: โอโยรา; 2555. หน้า 52-5.
- Hangchaovanich Y, Voramongkol N. Breastfeeding promotion in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2006; 89: 173-7.
- Sawadivorn S, Bangsainoi K, Chusilp K, Kasemsaph R, Thavornwathana S, Wongvisuth T, et al. The Breastfeeding Atlas. Bangkok: Union Creation; 2012. (in Thai).

References

12. Raweepakawat T. The results of antenatal nipple preparation in pregnant women who attend ANC unit at Health Promotion Hospital Region I Bangkok. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental* 2014; 37: 92-100.
13. Svensson KE, VelandiaMI, Matthiesen AS, Welles-Nystrom BL, Widstrom AM. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infant: a randomized trial. *Int Breastfeed J* 2013; 8:1.
14. Raweepakawat T. The result of frenulotomy on breast feeding difficulty due to tongue tie: follow up 6 months at Health Promotion Hospital Region I Bangkok. *Thammasat Medical Journal*. 2013; 13:169-80.
15. Raweepakawat T. The result of treatment on breast feeding difficulty due to tongue tie: Follow up 6months at Health Promotion Hospital Region I. *Bull Dept Med Serv* 2014; 39: 76-85
16. Vogel A, Hutchchison BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 1999; 88: 1320-6.
17. Babakazo P, Donnen P, Akilimali P, Ali NM, Okitolonda E. Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: a prospective study. *Int Breastfeed J*. 2015; 10:19.
18. Senarath U, Dibley MJ, Agho KE. Factors associated with nonexclusive breastfeeding in 5 east and Southeast Asian countries: a multilevel analysis. *J Hum Lact*. 2010; 26:248-57.
19. Vazirinejad R, Darakhshan S, Esmaeili A, Hadadian S. The effect of maternal breast variations on neonatal weight gain in the first seven days of life. *Int Breastfeed J* 2009;4: 13.
20. Isarin Thanaboonyawat, Pharuhas Chanprapaph, Amata Puriyapan, Jinda Lattalapkul. Association between breastfeeding success rate and nipple length and diameter in Thai pregnant women. *Siriraj Medical Journal* 2012; 64: 106-8.
21. Puapornpong P, Raungrongmorakot K, Ketsuwan S, Wongin S. Nipple length and its relation to success in breastfeeding. *J Med Assoc Thai* 2013; 1:1-4.
22. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112: 607-19.
23. Jeerasap R. Antenatal breast preparation by Siriraj's test at KhonKaen Hospital. *KhonKaen Hospital Medical Journal* 2008;32: 189-95.
24. Kupratkul J, Taneepanichskul S, Voramongkol N, Phupong V. A randomized controlled trial of knowledge sharing practice with empowerment strategies in pregnant women to improve exclusive breastfeeding during the first six months postpartum. *J Med Assoc Thai* 2010; 93: 1009-18.
25. Owatanapanich S, Sommang K, Sukprasong K. Factors related to successful breastfeeding at King Narai Hospital, Lopburi Province. *Journal of Health Science* 2015; 24:200-11.
26. Cooke M, Sheehan A, Schmied V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. *J Hum Lact* 2003; 19: 145-56. ●

การเปรียบเทียบผลการรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างการผ่าตัดวิธี Moloney's Darn Repair และ Lichtenstein Repair ในโรงพยาบาลบางพลี

วภินันท์ รongviriyapanich พ.บ.

โรงพยาบาลบางพลี อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540

Abstract : Moloney's Darn Repair Versus Lichtenstein Repair in Bang Phli Hospital

Rongviriyapanich A

Bang Phli Hospital, Bang Phli, Samut Prakarn, 10540

(E-mail : chongkho147@me.com)

Background : This study aims to conduct a comparative study of operation results in term of recurrence and postoperative complications as well as the economic reasons between the surgical procedure of Moloney's darn repair and Lichtenstein repair. **Material and Methods :** A retrospective study of the medical records was conducted in Bang Phli Hospital, Samut Prakarn between January 1st, 2014 and December 31st, 2015, totally 2 years. Demographic data, operative data, length of hospital stay, recurrent rate, the rate of surgical site infection and the cost analysis were compared between two groups of patients who received treatment with Moloney's darn repair and Lichtenstein repair. **Results :** There are no statistical differences between Moloney's darn repair and Lichtenstein repair in terms of operative times and complications, but Moloney's darn repair is likely to provide more budget value than that of Lichtenstein repair. **Conclusion :** Based on this study, the technique of Moloney's darn repair shows the better tendency in term of the economic reason rather than the Lichtenstein repair. However, no significant difference about the surgical outcomes was observed.

Keywords : Moloney's darn repair, Herniorrhaphy, Inguinal hernia repair

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : เปรียบเทียบผลการรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างวิธี Moloney's Darn Repair และ Lichtenstein Repair ทั้งในแง่ผลการรักษาและความคุ้มค่าเชิงงบประมาณ **วัตถุประสงค์และวิธีการ :** ทำการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบที่โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2557 - 31 ธันวาคม 2558 เป็นระยะเวลา 2 ปี โดยทำการเปรียบเทียบ Demographic data, Operative data, Hospital stay, อัตราการเกิด Recurrence, อัตราการเกิด Surgical site infection, ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา **ผล :** ทั้งสองวิธีไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องความยากง่ายของหัตถการและภาวะแทรกซ้อน แต่วิธี Moloney's Darn Repair มีความคุ้มค่าในเชิงงบประมาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุป :** การรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบโดยวิธี Moloney's Darn Repair มีความคุ้มค่าเชิงงบประมาณการรักษามากกว่าวิธี Lichtenstein Repair

คำสำคัญ : การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ, Herniorrhaphy, การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบชนิดสานแบบโมโลนี

บทนำ

การผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยๆ ในหัตถการทางศัลยกรรม และพบได้ประมาณร้อยละ 75.0 ของไส้เลื่อนหน้าท้องทั้งหมด พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 90.0 พบในเพศชาย) โดยพบอุบัติการณ์มากที่สุดในสองช่วงอายุ คือ น้อยกว่า 1 ปี และมากกว่า 40 ปี ซึ่งในปัจจุบัน

ได้แนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัดทุกรายถ้าไม่มีข้อห้าม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา เช่น Incarceration หรือ Strangulation เป็นต้น

การผ่าตัดได้เลื่อนขาหนีบในปัจจุบันแนะนำให้ทำแบบ Tension free repair โดยใช้ Lichtenstein Repair (LR)¹ โดยทางโรงพยาบาลบางพลีได้ทดลองนำวิธี Moloney's Darn Repair (MDR)² มาใช้ในการผ่าตัดรักษาเนื่องจากเห็นว่าการรักษาที่ผ่านมาไม่แตกต่างกับ LR ทั้งในแง่การกลับเป็นซ้ำและความเจ็บปวดหลังผ่าตัด รวมทั้งไม่จำเป็นต้องใช้ Prosthesis (Prolene mesh) ซึ่งอาจจะทำให้อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดน้อยกว่า และต้นทุนในการรักษาน่าจะลดลง เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายของ Prosthesis³⁻⁵ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระหว่าง MDR และ LR ในประเทศไทย ผู้รายงานจึงได้จัดทำการศึกษาขึ้นเพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาทั้งในแง่การกลับเป็นซ้ำ การติดเชื้อของแผลผ่าตัด และความคุ้มค่าของวิธีการรักษาระหว่าง MDR และ LR

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาโดยการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบ ซึ่งเป็นครั้งแรกและเป็นข้างเดียวที่โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2557 - 31 ธันวาคม 2558 เป็นระยะเวลา 2 ปี โดยทำการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงประชากร ข้อมูลการผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการกลับเป็นซ้ำ อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งเป็นต้นทุนของโรงพยาบาล รายรับที่ได้จากผู้ป่วยและกองทุนการรักษาต่างๆ ที่จะจ่ายให้โรงพยาบาลตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight, RW) ซึ่งคำนวณจากกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related groups, DRGs) (ตารางที่ 1) และนำรายรับรายจ่ายของผู้ป่วยแต่ละรายมาคำนวณกำไร-ขาดทุนของโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้เลื่อนทั้งแบบ MDR และ LR

ตารางที่ 1 การจ่ายเงินจากกองทุนต่างๆ ให้โรงพยาบาลบางพลี

กองทุนการรักษา	รายรับของโรงพยาบาลต่อ 1 RW	
	ปี 2558	ปี 2559
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขต	8,000	8,000
หลักประกันสุขภาพแห่งชาตินอกเขต	9,000	9,600
ประกันสังคมในเขต	11,500	10,000
ประกันสังคมนอกเขต	11,500	10,000
กรมบัญชีกลาง	9,374	10,128

ข้อมูลต่างๆ จะถูกรวบรวมและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติ Unpaired t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณและ Chi square test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม โดยค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผล

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดรวม 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี MDR 50 ราย และ LR 30 ราย ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานที่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ได้แก่ อายุ (50.40 ปี VS 55.00 ปี, p-value = 0.332),

BMI (22.10 VS 23.72, p-value = 0.096), ข้างที่เป็นไส้เลื่อน (p-value = 1.000), ชนิดของไส้เลื่อน (p-value = 0.087) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้เลื่อน

หัวข้อ	MDR	LR	p-value
อายุ (ปี)	50.40	55.00	0.332
BMI (kg/m ²)	22.10	23.72	0.096
Side of hernia			1.000
• Left (N)	20	12	
• Right (N)	30	18	
Type of hernia			0.087
• Indirect (N)	29	10	
• Direct (N)	8	6	
• Combined (N)	13	14	

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่าง MDR และ LR พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเรื่อง Operative time (36.98 VS 33.97 minutes, p-value = 0.317), Length of stay (2.36 VS 2.13 days, p-value = 0.107) อัตราการเกิด Surgical site infection (6% VS 6.67%, p-value = 0.905), อัตราการเกิด Seroma (2% VS 6.67%, p-value = 0.287), และอัตราการเกิด Recurrence (2% VS 0%, p-value = 0.436) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่าง MDR และ LR

หัวข้อ	MDR	LR	p-value
Operative time (minutes)	36.98	33.97	0.317
Length of stay (days)	2.36	2.13	0.107
Surgical site infection (%)	6	6.67	0.905
Seroma (%)	2	6.6	0.287
Recurrence (%)	2	6	0.436

เมื่อเปรียบเทียบต้นทุนการรักษาพยาบาลและผลกำไร-ขาดทุนของโรงพยาบาลระหว่าง MDR และ LR พบว่า กลุ่ม MDR นั้นมีต้นทุนการรักษาที่ต่ำกว่ากลุ่ม LR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10,245.28 VS 13,475.60 บาท, p-value < 0.001) และมีแนวโน้มการขาดทุนของโรงพยาบาลน้อยกว่า แต่ยังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (-601.43 VS -3,219.63 บาท, p-value = 0.088) แต่รายรับของโรงพยาบาล ไม่ได้แตกต่างกัน (9,634.85 VS 10,255.97 บาท, p-value = 0.715) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าใช้จ่ายในการรักษาระหว่าง MDR และ LR

หัวข้อ	MDR	LR	p-value
ต้นทุนการรักษา (บาท)	10,245.28	13,475.60	< 0.001
รายรับของโรงพยาบาล (บาท)	9,643.85	10,255.97	0.715
กำไร-ขาดทุน (บาท)	-601.43	-3,219.63	0.088

ในปัจจุบันมีการพัฒนาวิธีการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบไปอย่างหลากหลาย โดยมียุคประสงค์เดียวกันคือเพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ อันเป็นผลจากความตึงของแผลผ่าตัดเป็นปัจจัยสำคัญ วิธีการที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมากคือ Lichtenstein Repair ซึ่งเป็นวิธีการผ่าตัดที่ไม่มีความตึงของแผลผ่าตัด แต่มีข้อเสียคือต้องใช้แผ่นวัสดุสังเคราะห์ (Prolene mesh) ใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วย ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น จึงมีแนวคิดที่จะนำวิธีการ Moloney's Darn Repair ซึ่งเป็นการผ่าตัดอีกวิธีหนึ่งที่ไม่มีความตึงของแผลผ่าตัดเช่นกัน แต่มีข้อดีคือไม่ต้องใช้แผ่นวัสดุสังเคราะห์ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำกว่า จึงเป็นการช่วยผู้ป่วยและโรงพยาบาลประหยัดค่าใช้จ่ายลงได้

จากการศึกษาพบว่าวิธีการของ Moloney's Darn Repair ไม่มีความแตกต่างกับ Lichtenstein Repair สังเกตได้จากการเปรียบเทียบเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดที่ใกล้เคียงกัน และในด้านผลการรักษาทั้งจำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการเกิดแผลติดเชื้อและอัตราการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนแล้วก็ได้ผลที่ใกล้เคียงกัน²⁻⁵ โดยที่วิธีการ Moloney's Darn Repair มีต้นทุนการรักษาดูต่ำกว่า Lichtenstein

Repair เนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายของแผ่นวัสดุสังเคราะห์ (Prolene mesh) เพิ่มเติม เมื่อคำนึงถึงรายรับของโรงพยาบาลที่ได้จากกองทุนการรักษาต่างๆ ตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน เนื่องจากวิธีการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบทั้งสองวิธีถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกัน จึงทำให้เมื่อคำนวณกำไร-ขาดทุนของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบแล้วพบว่าการรักษาด้วยวิธี Moloney's Darn Repair มีความคุ้มค่าในเชิงงบประมาณมากกว่าวิธี Lichtenstein Repair การศึกษานี้มีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังและการติดตามการรักษาเป็นเพียงการติดตามระยะสั้น จึงควรมีการทำการศึกษาแบบ Randomized controlled trial ในอนาคตเพื่อตรวจสอบและยืนยันผลการศึกษานี้

สรุป

การรักษาผู้ป่วยไส้เลื่อนขาหนีบโดยวิธี Moloney's Darn Repair มีความคุ้มค่าเชิงงบประมาณการรักษามากกว่าวิธี Lichtenstein Repair

References

1. Kark AE, Kurzer MN, Belsham PA. Three thousand one hundred seventy-five primary inguinal hernia repairs: advantages of ambulatory open mesh repair using local anesthesia. J Am Coll Surg 1998; 186: 447-55.
2. Moloney GE. Results of nylon-darn repairs of herniae. Lancet 1958; 1: 273-8.
3. Kaynak B, Celik F, Guner A, Guler K, Kaya MA, Celik M. Moloney darn repair versus lichtenstein mesh hernioplasty for open inguinal hernia repair. Surg Today 2007; 37: 958-60.
4. Kucuk HF, Sikar HE, Kurt N, Uzun H, Eser M, Tural F, et al. Lichtenstein or darn procedure in inguinal hernia repair: a prospective randomized comparative study. Hernia 2010; 14: 357-60.
5. Abd El Maksoud W, Abd El Salam M, Ahmed HH. Comparative study between Lichtenstein procedure and modified darn repair in treating primary inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial. Hernia 2014; 18: 231-6. ●

โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ สถาบันโรคทรวงอก ประเทศไทย

บุภาณี แต้มเรืองอิทธิ วท.ม.* มณีนันท์ ธีระวิวัฒน์ Ph.D.** สุปรียา ตันสกุล ค.ด.**

นิรัตน์ วิมาณี Ph.D.*** ธรรมรัฐ จันทเณรสุวรรณ พ.บ.****

*สาขาวิชาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

**ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

***สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000

****สถาบันโรคทรวงอก อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

Abstract : A Self-Efficacy Program on Nutritional Diet of Coronary Heart Disease Patients Receiving Percutaneous Coronary Intervention at Central Chest Institute, Thailand

Tamruang-it Y* Therawiwat M** Tunsakul S** Imamee N***

Chantadansuwan T****

*Major in Health Education and Health Promotion, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400

**Department of Health Education and behavioral sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400

***Health Management Program, Faculty of Public Health, Rajabhat Rajanagarindra University, Rajabhat Rajanagarindra University, Mueang Chachoengsao, Chachoengsao, 24000

****Central Chest Institute, Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, 11000

(E-mail : yupanee.t@gmail.com)

This quasi-experimental research aimed to explore the effect of a self-efficacy promoting program on nutrition diet of coronary heart disease patients receiving percutaneous coronary intervention. One group pretest-posttest design was performed. The total of 30 patients was composed of coronary heart disease patients receiving percutaneous coronary intervention at the Central Chest Institute, Nonthaburi Province. They were selected using simple random sampling technique by asking their willingness to join the program. The program

was composed of 4 sessions of learning activities and was lasted for 12 weeks. To organize learning activities, the methods were: giving lectures with slides, educational games on choosing foods and analyzing their appropriateness, demonstration and practicum on choosing appropriate foods, learning through modeling, group discussion, verbal persuasion, and following-up through telephone. Data collection was done before and after the experiment by employing interview-schedule. Data were analyzed and presented as percentage,

arithmetic means, standard deviation and Paired sample T-test. After the experiment, the research findings showed that the experimental group gained significantly higher levels of mean scores in regard to knowledge, self-efficacy, outcome expectation, and appropriate diet consumption behavior than that before the program (p -value < 0.001). These findings revealed the effectiveness of the program implemented on the better changes of the patients' diet consumption behavior. Moreover, hospitals can adopt this program applying to promote patients' diet consumption behavior so they can change their health behaviors successfully.

Keywords : Self-efficacy, Nutritional diet, Coronary heart disease patient

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 30 ราย เป็นกลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยสอบถามความสมัครใจและยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ 4 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ วิธีการที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายประกอบสไลด์ การเรียนรู้ผ่านเกม การเลือกอาหารและวิเคราะห์ความเหมาะสม การสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการเลือกอาหารที่เหมาะสม การเรียนรู้จากตัวแบบการอภิปรายกลุ่ม การใช้คำพูดชักจูง และติดตามทางโทรศัพท์ รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired sample T-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลสามารถทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นโรงพยาบาลต่างๆ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกระทำพฤติกรรมที่ถูกต้องได้อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

บทนำ

โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือโรคที่เกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการตีบหรือตัน ในปี พ.ศ. 2556 องค์การอนามัยโลกพบสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจัดเป็นลำดับที่ 3¹ สำหรับประเทศไทย โรคหัวใจขาดเลือดจัดเป็น 1 ใน 3 ของโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุดของประชากรไทย² โดยพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 23.45 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2555 เป็น 27.83 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2557³ ปัจจุบันการรักษาโรคนี้สามารถทำได้หลายวิธี จากสถิติพบว่าผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดี ช่วยลดความรุนแรงของโรค และผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว แต่ก็มีโอกาสเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 33.0⁴ ในผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และขาดการออกกำลังกาย⁵

จากข้อมูลของสถาบันโรคทรวงอกในปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดจัดเป็น 1 ใน 5 โรคแรกที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการสูงสุด และระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2556 มีผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 1,335, 1,763 และ 1,972 ราย ตามลำดับ และเมื่อศึกษาข้อมูลการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า ร้อยละ 46.0 มีภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 31.0 มีอาการเจ็บอกซ้ำ และร้อยละ 23.0 มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เนื่องจากการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของจงกล⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่สถาบันโรคทรวงอก จำนวน 15 ราย สรุปได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจที่จำเป็นในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง แม้จะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่มากพอที่จะนำไปปฏิบัติได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นตัวทำนายที่ดีในการทำพฤติกรรมของบุคคล⁸⁻⁹ ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้พื้นฐานที่จำเป็นและการฝึกทักษะการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องจึงเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยการประยุกต์ใช้แนวคิด การรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดร้า¹⁰ เพื่อให้ผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง

ความคาดหวังในผลดี และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการตีบซ้ำ ของหลอดเลือดหัวใจ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนสิงหาคม 2559 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Lemeshow¹¹ โดยผู้ศึกษาใช้ผลการศึกษาของจิตติพร¹² มาเป็นข้อมูลในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 19 ราย แต่เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายหรือการถอนตัวจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20.0 โดยใช้สูตรการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง¹³ ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 30 ราย เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 40 – 65 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และต้องได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆ ร่วมด้วย ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกัน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย โดยลงชื่อในหนังสือยินยอมตนในการทำวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 40 – 60 นาที รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “อาหารเพื่อสุขภาพหัวใจ” เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย 3 ราย ใช้เวลา 40 นาที เสริมสร้างความรู้

เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้การบรรยาย การเล่นเกม เลือกอาหารที่ชอบ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติการจัดอาหารด้วยตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 “อาหารนอกบ้าน เลือกอย่างไรให้คุณมีสุขภาพหัวใจที่ดี” เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย 3 ราย ใช้เวลา 60 นาที เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหาร ใช้ประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการสาธิตและการฝึกปฏิบัติการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับตนเองและอ่านฉลากโภชนาการ

กิจกรรมครั้งที่ 3 “คุณทำได้ คุณทำได้ เพื่อสุขภาพหัวใจที่แข็งแรง” เป็นกิจกรรมรายบุคคล ใช้เวลา 40 นาที เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหาร ใช้ประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเองผ่านการประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองจากแบบบันทึกพฤติกรรม ทบทวนการฝึกปฏิบัติการจัดอาหารสำหรับตนเองและอ่านฉลากโภชนาการ มีการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ และ Teach back

กิจกรรมครั้งที่ 4 “รักษหัวใจ ใส่ใจการบริโภคอาหาร” เป็นกิจกรรมรายบุคคล ใช้เวลา 40 นาที เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหาร ใช้ประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเองจากการประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองจากแบบบันทึกพฤติกรรม มีการใช้คำพูดชักจูง และ Teach back ทบทวนความรู้และสรุปกิจกรรม

ระหว่างดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ศึกษา โดยการติดตามทางโทรศัพท์

จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 6 และ 8 หลังกลุ่มทดลองกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดี มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 10 ระดับ และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้อง มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ ซึ่งผ่านขั้นตอนการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา และทดลองใช้เครื่องมือ ซึ่งแบบสัมภาษณ์ในส่วนความรู้ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.72 การรับรู้ความสามารถของตนเองได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.82 และความคาดหวังในผลดีได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample T-test การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

ผล

กลุ่มทดลองเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 63.3 และ 36.7 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 57.17 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 46.6 รองลงมาคือระดับปริญญาตรีร้อยละ 43.4 เกษียณอายุราชการและไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดร้อยละ 46.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,500 บาท (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	63.3
หญิง	11	36.7
อายุ		
40 – 50 ปี	5	16.7
51 – 60 ปี	14	46.7
> 60 ปีขึ้นไป	11	36.6

อายุเฉลี่ย 57.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.65

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (n = 30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	14	46.6
ปริญญาตรี	13	43.4
สูงกว่าปริญญาตรี	3	10.0
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ	6	20.0
พนักงาน/ลูกจ้างของหน่วยงานเอกชน	4	13.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	6	20.0
เกษียณอายุราชการ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14	46.7
รายได้ต่อเดือน		
< 20,000 บาท	15	50.0
20,001 – 30,000 บาท	12	40.0
> 30,000 บาท ขึ้นไป	3	10.0
รายได้เฉลี่ย 20,500 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8,557.11		

ด้านสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ภาวะอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน (ร้อยละ 40.0 และ 36.7 ตามลำดับ) มีโรคประจำตัวคือภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 33.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามสถานะสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย		
18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร ² (รูปร่างสมส่วน)	7	23.3
23.0 – 24.9 กิโลกรัม/เมตร ² (น้ำหนักตัวเกิน)	11	36.7
25.0 กิโลกรัม/เมตร ² ขึ้นไป (ภาวะอ้วน)	12	40.0
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	7	23.3
ไขมันในเลือดสูง	10	33.3
ความดันโลหิตสูง	6	20.0
เบาหวาน	4	13.4
อื่นๆ	3	10.0

○ ความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารเท่ากับ 4.57 คะแนน อยู่ในระดับที่ควรปรับปรุง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารเท่ากับ 8.73 คะแนน อยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

○ การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 111.73 คะแนน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 127.57 คะแนน อยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

○ ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามคำแนะนำ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีเท่ากับ 90.67 คะแนน อยู่ในระดับดี หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีเท่ากับ 99.93 คะแนน อยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

○ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 39.70 คะแนน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเท่ากับ 54.83 คะแนน อยู่ในระดับดี ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามคำแนะนำ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>SD</i>	t	<i>df</i>	<i>P</i>	ระดับคะแนนเฉลี่ย
ความรู้เรื่องอาหาร							
ก่อนการทดลอง	30	4.57	1.17	18.493	29	< 0.001	ควรปรับปรุง
หลังการทดลอง	30	8.73	0.69				ดี
การรับรู้ความสามารถตนเอง							
ก่อนการทดลอง	30	111.73	13.27	10.917	29	< 0.001	พอใช้
หลังการทดลอง	30	127.57	6.51				ดี
ความคาดหวังในผลดี							
ก่อนการทดลอง	30	90.67	7.59	14.489	29	< 0.001	ดี
หลังการทดลอง	30	99.93	4.93				ดี
พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร							
ก่อนการทดลอง	30	39.70	3.02	34.088	29	< 0.001	พอใช้
หลังการทดลอง	30	54.83	2.12				ดี

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งผลการศึกษาที่เกิดขึ้นเกิดจากการที่ กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โดยผู้ศึกษาได้การออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มทดลองตามแนวคิดของแบนดูรา ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถตนเองย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถต่างกัน จะส่งผลให้การแสดงออกของพฤติกรรมต่างกันด้วย ทั้งนี้ยังเชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองที่สูงร่วมกับการมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการทำพฤติกรรมที่สูง ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นๆ ทำพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จมากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมที่ช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามคำแนะนำ กิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วย กระบวนการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลดีของการบริโภคอาหารตามคำแนะนำ โดยใช้ประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จด้วยตนเองและการเสนอตัวแบบผ่านวิดีโอ โดยการบรรยายความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เรื่องการเลือกอาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารสำเร็จรูปรับประทานให้เหมาะสม และการอ่านฉลากโภชนาการ โดยผู้ศึกษาจะมีการสาธิตการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับตนเองของกลุ่มทดลอง และให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการจัดอาหารที่เหมาะสมสำหรับตนเองตามคำแนะนำ เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะและมีความมั่นใจที่จะทำพฤติกรรมตามคำแนะนำ และการเสนอตัวแบบทางบวกเพื่อให้กลุ่มทดลองได้เรียนรู้จากพฤติกรรมของตัวแบบและเกิดความคาดหวังว่าหากตนเองทำพฤติกรรมตามตัวแบบนั้นก็จะช่วยป้องกันตนเองจากการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ นอกจากนี้กลุ่มทดลองจะได้เล่นเกมเลือกอาหารที่ตนเองชอบและรับประทานเป็นประจำ และนำมาร่วมกันอภิปรายในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม เช่น อาหารที่ตนเองชอบรับประทานมีผลดีหรือผลเสียต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างไร และสามารถปรับให้เหมาะสมได้อย่างไร ซึ่งสมาชิกในกลุ่มก็จะช่วยกันพูดถึงข้อดีข้อเสียของอาหาร

นั้นๆ เช่น กว๊ายเตี่ยวราดหน้า เป็นอาหารที่ให้คุณค่าอาหารหลากหลาย ทั้งแป้ง เนื้อสัตว์ และผัก แต่มีพลังงานและไขมันสูง และหากมีการปรุงรสอาหารเพิ่มก็จะได้ปริมาณน้ำตาล โซเดียมเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นหากจะรับประทานอาหารเมนูนี้ให้เหมาะสม สมาชิกในกลุ่มก็มีความเห็นว่า เปลี่ยนจาก กว๊ายเตี่ยวเส้นใหญ่เป็นเส้นหมี่ขาว ก่อนรับประทานไม่ควรเติมเครื่องปรุงเพิ่ม ให้ชิมก่อนปรุงหรืออาจเติมพริกป่นเพียงเล็กน้อย และรับประทานไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นต้น การให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้โดยตรงจากพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้ศึกษาจะมีการให้ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากคู่มือบันทึกพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่กลุ่มทดลอง รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ศึกษา โดยการพูดให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ในการทำพฤติกรรมที่ถูกต้อง การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้กลุ่มทดลองมีการทำพฤติกรรมเป้าหมาย การซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ตัวอย่างเช่น กลุ่มทดลองต้องไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ บ่อย อาหารในงานส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวาน เบเกอรี่ และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ผู้ศึกษาจึงเสนอแนะให้กลุ่มทดลองเลือกรับประทานเมนูอาหารประเภทยำ แกงจืด ต้มซุปung ดการรับประทานน้ำซุบน้ำแกง รับประทานผลไม้สดแทนขนมหวานและเบเกอรี่ และดื่มน้ำเปล่าแทนเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงอื่นๆ เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของศรพิศ¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา กิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วย การให้ความรู้ การบันทึกการออกกำลังกาย และอาหารที่รับประทาน การชมวิดิทัศน์ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย และมีการติดตามหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา¹⁵ ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมที่ใช้ประกอบด้วยการสอน สุขศึกษารายบุคคล การชมวิดิทัศน์ตัวแบบการสาธิตและฝึกปฏิบัติ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างผู้ศึกษาและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และที่ระบะติดตามผลกลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่มีข้อแตกต่างจากการศึกษาของภัทรศิริ¹⁶ ที่ออกแบบกิจกรรมเน้น 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แต่ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ศึกษาโดยใช้คำพูดชักจูง และติดตามทางโทรศัพท์ ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ และการศึกษาที่ผ่านมา สามารถสรุปได้ว่าการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้กลุ่มทดลองมีการทำพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์กร⁸ และ อรุณ⁹ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการทำพฤติกรรมของบุคคลได้

สรุป

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการรับรู้

ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ สามารถช่วยให้กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ การใช้ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญต่อผู้ป่วยในกลุ่มนี้ด้วยเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก แพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของสถาบันโรคทรวงอก ที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินการศึกษารั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาในครั้งนี้

References

1. Ruamporn Nakapong, Nipa Sichang, Linda Jumpakeaw. A practical guide for health behavioral modification to reduce multiple risk factors on cardiovascular disease. Bangkok: National Office of Buddhism Press; 2010.
2. Keasorn Panjaroensin. Better Health: Heart Health. Bumruangrad International Magazine. (Online). 2009 (cited 2015 Feb 19). Available form: URL; <http://www.bumrungrad.com/th/betterhealth/2009/heart-health/health-briefs>.
3. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Bureau of Non-communicable Disease. Annual Report 2015. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King Press; 2016.
4. Parichad Khongseua, Pachanut Tantikosoom, Noraluk Ua-Kit. The effects of Educative Supportive Nursing Program On Dietary Behaviors Among Patients After Percutaneous Transluminal Coronary Intervention. Kuakarun Journal of Nursing. 2014; 21: 168-85.
5. Nittaya Ritpetch, Chanokporn Jitpanya, Janya Chimluang. Relationships Among Symptom Clusters, Self-Management, Health Value, Sense of Coherence, and Health-Related Quality of Life in Patients with Percutaneous Coronary Intervention. Princess of Naradhiwas University Journal. 2013; 5: 16-34.

References

6. Kanokpon Jamsomboon. Clinical Tracer in Elderly Cardiac Patient. (Online). 2012(cited 2016 Jan 28). Available form: URL; <http://readgur.com/doc/2217090/clinical-tracer-in-elderly-cardiac-patient>
7. Jongkon Pongpathajit, Nawarat Suthipong. Social Support and Health Promotion Behaviors of The patients with Coronary Artery Disease Post Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2011; 22: 58-70.
8. Narongkorn Chaiwong, Supaporn Duangpaeng, Khemaradee Masingboon. Factors influencing Self-management Behaviors among Acute Myocardial Infarction Patients. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2014; 9: 112-19.
9. Oranoot Keawsaard. Effect of Self-Efficacy Enhancement on Health behavior Among Coronary Heart Disease Patients. [Thesis] Chiang Mai: Chiang Mai University; 2001
10. Sompod Aiemsupasit. Theories and Techniques in Behavior Modification. 8th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2014.
11. Lameshow S, Hosmer, DW, Klor J, Lwanga S. Adequacy of Sample Size Estimation in Health Studies. New York: Wiley&Sons; 1990.
12. Aroon Chirawatkul. Biostatistics for health science research. 3rd ed. Khon Kean: Klunghana vitthaya press; 2007.
13. Chittiporn Wichitthongchai, Suwalee Lowirakorn. Effect of Nutritional Education in Patients After Coronary Artery Bypass Graft Surgery at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Srinagarind Med J. 2013; 28(2): 220-228.
14. Sornpit Prompiw, Chuanpit Tumnong, Suporn Wongkpratoom, Chaiyasith Wongvipaporn. The Effects of a Perceived Self-Efficacy Program on the Exercise and Diet Behaviors of Patients with Acute Coronary Syndrome Post Percutaneous Coronary Intervention. Journal of Nursing and Health Care. 2015; 33: 23-33.
15. Wasana Pumjun, Tharadol Kengganpanich, Supreya Tansakul, Mondha Kengganpanich. Health Education Program for Promoting Self-care Behavior of Coronary Artery Bypass Grafting Patients. Journal of Health Education. 2013; 36: 10-27.
16. Pattarasiri Potjamanpong, Charuwan Kritpracha, Tippamas Chinnawong. Effect of Self-Efficacy Integration with Family Support Program on Behaviors to Prevent Heart Attack Recurrence in Patients with Acute Myocardial Infarction after Revascularization. Songklanagarind Journal of Nursing. 2015; 35: 49-64. ●

โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม

อรวรรณ ม่วงวงษา วท.ม.*, มณีนรี ธีระวิวัฒน์ Ph.D.***, สุปรียา ตันสกุล ค.ด.**,
นิรัตน์ อิมามิ Ph.D.***

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

**ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

***ภาควิชาการจัดการสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24000

Abstract : A Self-Efficacy Dietary Glycemic Control Program for Patients with Type 2 Diabetes in Nakhon Pathom Province

Mungvongsa A*, Therawiwat M**, Tansakul S**, Imamee N***

*Faculty of Public Health, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400

**Department of Health Education and Behavior Sciences, Faculty of Public
Health, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400

***Department of Health Management, Faculty of Science and Technology,
Rajabhat Rajanagarindra University, Mueang Chachoengsao, Chachoengsao, 24000

(E-mail : aravan.mug15@gmail.com)

Diabetic patient with in-proper diet would be at a risk of serious complications that harm their health. This quasi-experimental research aimed to study the effect of a self-efficacy on dietary glycemic control program of patients with type 2 diabetes in Nakhon Pathom Province. The study sample comprised 64 diabetic patients equally assigned into experimental and a comparison group. Only the experimental group participated in the learning activities of the self-efficacy dietary glycemic control program 4 times in 8 weeks. The learning activities were; knowledge enhancement, role modeling; behavioral goals setting; proper dietary skills development through games; and other food product label reading and food selection practices; preparing food menu; setting food proportion according to food model; group discussion; and providing social support by the researcher and village health volunteer by home visit and phone. While the comparison group received normal services from the sub-district health promotion

hospital. Data were collected using a structured interview questionnaire and presented in frequency, percent, mean, and standard deviation. The research hypotheses were tested using Chi-Square test, Paired Sample's t-test, and Independent Sample's t-test. Results revealed that, the experimental group had significantly better knowledge about complications and dietary for the diabetic patients, perceived self-efficacy and outcome expectation on diet, and dietary behaviors than before the experiment, and better than the comparison group ($p < 0.05$). The average fasting blood sugar lever of the experimental group was significantly lower than before the experiment, and less than the comparison group ($p < 0.05$). Public health service institutes could apply this program for the patient with type 2 diabetes to gain proper dietary behaviors, and control their blood sugar levels, prevent complications from diabetes resulting in good health and quality life.

Keywords : Patient with type 2 diabetes, Perceived self-efficacy, Dietary

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 ราย กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ตามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การเสริมสร้างความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยการเรียนรู้จากตัวแบบ การตั้งเป้าหมายพฤติกรรม การพัฒนาทักษะการบริโภคอาหารที่ถูกต้องโดยการเรียนรู้ผ่านเกม การฝึกอ่านฉลากโภชนาการ ฝึกการเลือกรับประทานอาหาร การจัดเมนูอาหาร และกำหนดสัดส่วนปริมาณอาหารตามโมเดลอาหารจานรอง การอภิปรายกลุ่ม และการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ศึกษาและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการติดตามเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตาม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test, Paired Sample's t-test และ Independent Sample's t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย สถานบริการสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเอง การบริโภคอาหาร

เบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนมากทุกปี ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า โลกมีผู้ที่เป็นเบาหวานประมาณ 382 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2558 พบว่า โลกมีผู้ที่เป็นเบาหวานประมาณ 415 ล้านคน โดยสมาคมเบาหวานนานาชาติมีการคาดการณ์ว่า ในอีก 25 ปีข้างหน้า ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศแถบเอเชีย¹

สำหรับสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2557 พบว่า อัตราผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 1,050.05, 1,080.25 และ 1,032.50 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ² และในปี พ.ศ. 2556 พบมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 9,647 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 27 ราย คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 14.93 ต่อประชากรแสนคน³ โรคเบาหวานจัดเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นโรคที่ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อีกมากมาย หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 484,876 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดแดง 19,359 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางไต 35,096 ราย ภาวะแทรกซ้อนระบบประสาท 22,326 ราย ภาวะแทรกซ้อนทางตา 14,262 ราย ภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง 51,572 ราย⁴ โรคเบาหวานมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงหลายพฤติกรรม ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การรับประทานยาไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด เป็นต้น

จังหวัดนครปฐม เป็นหนึ่งในจังหวัดของประเทศไทยที่พบผู้ป่วยเบาหวานในอัตราที่สูง ในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 8,968 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,030.40 ต่อประชากรแสนคน และข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อได้รายงานอัตราป่วยของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน เฉพาะจังหวัดนครปฐมระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2555 พบว่า มีอัตราป่วยเท่ากับ 1,276.9, 1,362.7 และ 1,325 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁵ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสุวรรณ อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม เป็นสถานบริการที่พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากแห่งหนึ่ง ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสุวรรณให้ความสำคัญและวางแผนแก้ปัญหาโดยตลอด แต่ก็พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2558 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 97, 119, 131 และ 137 คน ตามลำดับ นอกจากนี้พบอัตราป่วยเบาหวาน ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2558 มีอัตราเท่ากับ 0.86, 2.53 และ 1.77 ต่อพันประชากร ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด

213 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ (Fasting blood sugar : FBS มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ติดต่อกัน 2 ครั้ง) จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 48.8) และพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในปี พ.ศ. 2557 - 2559 จำนวน 98, 102 และ 110 ราย ตามลำดับ⁶ แม้ว่าทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสุวรรณ จะมีการจัดให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากร และเวลาในการให้ความรู้ หรือจัดกิจกรรมปรับพฤติกรรม จึงส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายตามมาได้

จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ดังที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้ รวมทั้งเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตราย และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม โดยมีสมมติฐานการวิจัย หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน มีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง มีความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสุวรรณเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมหาสวัสดิ์เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันมีสูตรคำนวณ⁷ ดังนี้

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

จากการคำนวณตามสูตร ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองเท่ากับ 66.429 และ 3.118 ตามลำดับ กลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 63.086 และ 5.591 ตามลำดับ⁸ ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 29 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10.0 ดังนั้นจะได้ตัวอย่างกลุ่มละ 32 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 64 ราย เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเม็ดเท่านั้น มีอายุระหว่าง 35 - 65 ปี เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่มักพบเบาหวานในผู้ใหญ่ ระยะเวลาที่ป่วยไม่มีผลต่อการคัดเข้าแต่ต้องยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถอ่านออก เขียนพูดภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 5 ส่วน ซึ่งได้ผ่านการทดสอบเครื่องมือและวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงพบว่าด้านความรู้ได้ค่าความเที่ยง 0.79 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการบริโภคอาหารที่ถูกต้องได้ค่าความเที่ยง 0.71 และด้านความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารที่ถูกต้องได้ค่าความเที่ยง 0.92 และเครื่องมือที่ใช้ทดลองได้แก่โปรแกรมทดลองที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาเอง คู่มือการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน⁹ และโปสเตอร์ สมุดบันทึกการบริโภคอาหาร เป้าหมายพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นมาเองและอุปกรณ์อื่นๆ ที่ใช้ในการจัดอบรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent sample's t-test และ Paired sample's t-test การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผล

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคมและข้อมูลภาวะสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

คุณลักษณะทางประชากรและสังคม	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	χ^2	p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			1.067	0.302
ชาย	14 (43.7)	10 (31.3)		
หญิง	18 (56.3)	22 (68.7)		
อายุ (ปี)			0.213	0.832
น้อยกว่า 40	2 (6.3)	2 (6.3)		
40 - 60	19 (59.3)	18 (56.2)		
มากกว่า 60	11 (34.4)	12 (37.5)		
ระดับการศึกษา			3.197	0.362
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2 (6.3)	2 (6.3)		
ประถมศึกษา	16 (50.0)	22 (68.8)		
มัธยมศึกษา	11 (34.4)	5 (15.6)		
ปริญญาตรี	3 (9.3)	3 (9.3)		

*Significant p-value ≤ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 32)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 32)	χ^2	p-value*
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาการป่วย (ปี)			0.952	0.345
< 1	3 (9.3)	6 (18.8)		
1 - 5	18 (56.3)	17 (53.1)		
> 5	11 (34.4)	9 (28.1)		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม²)			0.271	0.788
18.5 - 22.9 (ปกติ)	9 (28.2)	11 (34.4)		
23 - 24.9 (น้ำหนักเกิน)	4 (12.5)	2 (6.3)		
≥ 25 (อ้วน)	19 (59.3)	19 (59.3)		
ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า (FBS) ของเดือนที่ผ่านมา (mg/dl)			0.308	0.759
126 - 154 (เฝ้าระวัง)	25 (78.1)	23 (71.9)		
155 - 182 (อันตราย)	2 (6.3)	4 (12.5)		
> 182 (วิกฤติ)	4 (12.5)	4 (12.5)		
ไม่ทราบ	1 (3.1)	1 (3.1)		

*Significant p-value ≤ 0.05

ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) หลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	12.78	3.03	1.388	62	0.170
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	11.78	2.72			
mean difference (95% CI)		1.00 (-0.4, 2.4)				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	15.28	2.18	5.317	62	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	12.15	2.50			
mean difference (95% CI)		3.12 (1.9, 4.3)				

การรับรู้ความสามารถตนเองต่อการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	40.91	7.78	0.611	62	0.544
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	42.03	6.93			
mean difference (95% CI)		1.12 (-4.8, 2.5)				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	52.88	7.92	6.446	62	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	41.66	5.84			
mean difference (95% CI)		11.21 (7.7, 14.6)				

*Significant $p\text{-value} \leq 0.05$

ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ความคาดหวังในผล	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	40.41	5.15	1.959	62	0.055
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	38.44	2.40			
mean difference (95% CI)		1.96 (-0.0, 3.9)				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	45.84	5.71	6.617	62	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	38.47	2.66			
mean difference (95% CI)		7.37 (5.1, 9.6)				

*Significant $p\text{-value} \leq 0.05$

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	49.47	8.04	0.476	62	0.636
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	50.38	7.16			
mean difference (95% CI)		0.90 (-4.7, 2.8)				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	54.47	5.15	3.524	62	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	48.78	7.53			
mean difference (95% CI)		5.68 (2.4, 8.9)				

*Significant $p\text{-value} \leq 0.05$

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) หลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value*
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	144.63	36.94	0.255	62	0.799
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	142.28	36.44			
mean difference (95% CI)		2.34 (-15.9, 20.6)				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	32	127.0	13.75	3.915	62	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	32	150.47	30.99			
mean difference (95% CI)		23.46 (-35.4, -11.4)				

วิจารณ์

การศึกษานี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 ราย โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กลุ่มทดลอง จำนวน 4 ครั้งเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตามปกติ ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากกิจกรรมการเรียนรู้เน้นเสริมสร้างความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยการบรรยายให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหา เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่เน้นความรู้เรื่องชนิดและปริมาณ ทำให้การบรรยายได้รับความสนใจ สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ ชูระณี¹⁰ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้พฤติกรรมและดัชนีสุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้พฤติกรรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง น้ำตาลในเลือดน้ำตาลสะสมดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากกิจกรรมเน้นพัฒนาการเรียนรู้และฝึกทักษะปฏิบัติ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มผ่านการเล่นเกมเพื่อฝึกทักษะ เช่น การอ่านฉลาก การเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การจัดเมนูอาหาร กำหนดสัดส่วนปริมาณอาหาร ด้วยการลงมือปฏิบัติและเมื่อปฏิบัติถูกต้องทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรงจากความสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง ของ Banura¹¹ ร่วมกับฝึกตั้งเป้าหมายพฤติกรรม เช่น กินข้าว - แบ่งน้อยลง กินผักมากขึ้น กินขนมหวาน ผลไม้ น้ำหวานน้อยลง และติดตามเป้าหมายด้วยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านจากผู้ศึกษาและเยี่ยมบ้านจาก อสม. กับผู้ศึกษาพร้อมกับบันทึกการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในสมุดที่แจกให้ และยังสามารถเรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่น ผ่านการสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์จากวิดีโอ

และบุคคล ผู้ศึกษาแล้วชื่นชมและให้กำลังใจเป็นการพูด
 จูงใจด้วยวาจา พร้อมกับปรบมือเป็นการกระตุ้นทางอารมณ์
 และให้รางวัลเพื่อช่วยเสริมแรงเป็นการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม
 ที่พึงประสงค์¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑามาส¹²
 ได้ศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวานและการจัดการ
 ตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
 พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการจัดการตนเอง การรับรู้
 ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรม
 การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย
 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์
 ที่ถูกต้องที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากผู้ศึกษาใช้กระบวนการเรียนรู้
 แบบผสมผสาน ได้แก่ การบรรยาย เสนอตัวแบบเชิงบวก การตั้ง
 เป้าหมายและให้รางวัล ร่วมกับฝึกทักษะผ่านการเล่นเกม
 อภิปรายกลุ่ม แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
 ถึงปัญหาและอุปสรรค ซึ่งการเสนอตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึง
 กับผู้ป่วยช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วจากประสบการณ์ของคนอื่น
 เช่น “การกินข้าว ขนมหวาน และดื่มน้ำหวานลดลง แล้วกินผัก
 ให้มากขึ้น จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น” ทำให้ผู้ป่วย
 เบาหวานเห็นถึงผลดีหากมีการปฏิบัติตามตัวแบบ สอดคล้อง
 กับงานวิจัยของ ทรงเดช¹³ ได้ศึกษาผลการพัฒนาความสามารถ
 ของตนเองและการตั้งเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยน
 พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
 ชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น
 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้และเจตคติ
 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์
 เพิ่มขึ้นด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับ
 น้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น เป็นผลจากความรู้ที่ได้รับมีความ
 เฉพาะเจาะจงกับปัญหาสุขภาพของตนเอง ได้ฝึกทักษะ ได้ตั้ง
 เป้าหมายพฤติกรรม เมื่อปฏิบัติได้ตามเป้าหมายผู้วิจัยกล่าว
 ชื่นชมและชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม
 จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทาง
 ที่ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภัทธมา¹⁴ ได้ศึกษา
 โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร ประยุกต์แบบจำลอง
 ข้าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน
 จังหวัดนนทบุรีพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้ความสามารถ
 ตนเอง ความคาดหวังในผลดี พฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น
 ด้านระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าที่ลดลงเป็นผล
 จากการที่กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ได้แก่
 รับประทานข้าว - แบ่งปริมาณลดลง ดื่มน้ำตาลลงในอาหาร
 ลดลง รับประทานขนมหวานหลังอาหารลดลง รับประทาน
 ผลไม้ปริมาณลดลง และดื่มน้ำหวานลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลง
 ทางด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าว จึงส่งผลให้
 กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลง

สรุป

ผลการศึกษาในตัวแปรที่ศึกษา สรุปได้ดังนี้ ความรู้
 เรื่องภาวะแทรกซ้อนและอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้
 ความสามารถตนเองต่อการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ความคาดหวัง
 ในผลของการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง พฤติกรรมการบริโภค
 อาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ภายหลัง
 เข้าร่วมโปรแกรมทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า
 ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีระดับน้ำตาลในเลือด
 ก่อนอาหารเช้า (FBS) พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง
 กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าลดลง
 มากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ควรเพิ่มระยะเวลาที่ทำการศึกษาและติดตามผลให้นานขึ้น
 เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์
 อย่างต่อเนื่อง ควรเลือกตัวแบบทางบวกจากสมาชิกในกลุ่ม
 เป้าหมาย จะทำให้กลุ่มเป้าหมายเรียนรู้ได้ชัดเจนและสนใจ
 มากยิ่งขึ้น และเป็นแรงกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรม
 ตามตัวแบบ ในการตั้งเป้าหมายพฤติกรรม ควรเริ่มจาก
 เป้าหมายที่คิดว่าตนเองสามารถทำได้ เมื่อทำได้ จึงค่อยๆ
 ปรับเพิ่มขนาดของเป้าหมายที่ทำท้าทายและยากขึ้น แต่ยังคง
 เป้าหมายเดิมไว้อยู่ แต่ถ้าทำไม่ได้ให้ตั้งเป้าหมายใหม่โดย
 ลดขนาดของเป้าหมายนั้นลง และควรเพิ่มรายละเอียดของ
 เป้าหมายที่ตั้ง เช่น ปริมาณ ความถี่ ระยะเวลา สำหรับ
 สมุดบันทึกการบริโภคอาหาร ควรปรับให้ง่ายต่อการบันทึก
 ข้อมูล โดยทำเป็นรายการแสดงข้อมูลชนิดของอาหาร ปริมาณ
 พร้อมรูปภาพประกอบ ควรมีการวิจัยกึ่งทดลองกับกลุ่มผู้ดูแล
 ผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งโปรแกรมทดลองนี้สามารถนำไปประยุกต์
 กับโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแล
 สุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

References

1. International diabetes federation. IDF DIABETES ATLAS Seventh Edition 2015; 2015.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2558: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กร สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; 2556.
4. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ ประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2558.
6. ข้อมูลจากแบบประเมินตนเองการพัฒนาคุณภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดสุวรรณ ตำบลศาลายา ประจำปี พ.ศ. 2559; 2559.
7. Fleiss JL. Statistical method for rate and proportion. 2nd Edition. New York: John Wiley&Sons; 1981.
8. อุมารณ์ สานุสันติ. การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม เพื่อดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง ของโรงพยาบาลท่าตะโก จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
9. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. อิ่มอร่อยได้สุขภาพ สไตล์เบาหวาน สำหรับผู้เป็นเบาหวาน ที่ยังไม่มีภาวะของโรคแทรกซ้อน. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2555.
10. อรุณี รัตนพิทักษ์, กิรดา ไกรนุวัตร, อภิรดี ศรีวิจิตรกมล, และจุฑาทิพย์ วิภาวณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการ เบาหวานด้วยตนเองต่อความรู้พฤติกรรมและดัชนี สุขภาพในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล ศาสตร์. 2556; 30 : 7-18.
11. Bandura, A. Social Learning Theory, New Jersey:Prentice-Hall; 1977.
12. จุฑามาศ จันทร์ฉาย. โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวาน และการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา. 2555; 7 : 69-83.
13. ทรงเดช ยศจำรัส และปาริชา นิพนานนท์. ผลการพัฒนาความสามารถของตนเองและการตั้ง เป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556; 6 : 21 – 30.
14. ศุภัสมา สุดใจ. โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร ประยุกต์แบบจำลองข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะ พฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559. ●

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ในการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก จังหวัดพัทลุง

ธีรบุรุษ คองทองสังข์ บ.บ.

โรงพยาบาลพัทลุง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง 93000

Abstract : Factors Related to Health Problems among Staffs Using Chemical Agent to Control Dengue Mosquitoes in Phattalung Province Kongtongsang T

Phattalung Hospital, Mueang Phattalung, Phattalung 93000

(E-mail : yoot_2003@hotmail.com)

The purposes of this study were 1) to study the situation of chemical use, knowledge and self-defense of staff, 2) to determine factors associated with health problems, as risk factors, and to find appropriate ways to prevent the risk factors of chemical agents used in dengue mosquitoes. A cross-sectional study was conducted. The population were 120 staffs used chemical eradicated mosquitoes in Phattalung province. Data were collected using questionnaire which was composed of health problem form used chemical, knowledge and self care while using chemical agent, etc. The results of the study showed that 67.0% had health problems in the respiratory tract including nasal sore and sore throat, but no symptom was severe. Chemical agent used was a pyrethroid substance that is less toxic in humans. The factors associated with illness in staffs were pre-spray preparation, inappropriate dressed such as do not clean the body after spraying, do not wearing long sleeves shirt while spraying. That information was used to set workshop for awareness on chemical self-protection, knowledge revitalization of spraying among the staffs and development of a spraying guideline at the provincial level. Staffs were very satisfied with the training and it can be used to work well.

Keywords : Health problem, Chemical, Prevention and control, Dengue

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การใช้สารเคมี ความรู้ความเข้าใจและการป้องกันตนเองของเจ้าหน้าที่หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเจ้าหน้าที่และนำผลมาหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการใช้สารเคมีของเจ้าหน้าที่ในการควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก จังหวัดพัทลุง การศึกษาใช้รูปแบบแบบสำรวจภาคตัดขวาง โดยทำการศึกษาในเจ้าหน้าที่ที่ทำงานพ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกของจังหวัดพัทลุงจากหน่วยงานทุกสังกัด จำนวน 120 ราย ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันตนเองในการพ่นสารเคมี อาการป่วยที่เกิดจากการพ่นสารเคมี และความรู้ความเข้าใจในการพ่นสารเคมี ผลการศึกษาพบว่า มีเจ้าหน้าที่ที่มีการเจ็บป่วยจากการพ่นสารเคมีควบคุมยุงลายร้อยละ 67.0 ส่วนใหญ่พบอาการในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ แสบจมูก เจ็บคอ แต่ไม่พบอาการที่มีความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับชนิดสารเคมีที่ใช้ คือสารเคมีกลุ่มไพเรทรอยด์ที่มีพิษน้อยในคน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการป่วยในเจ้าหน้าที่พ่นสารเคมี ได้แก่ การแต่งกายที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง การไม่ทำความสะอาดร่างกายหลังพ่น และการไม่ใส่เสื้อแขนยาวขณะพ่น เป็นต้น ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องการป้องกันตนเองจากสารเคมีและฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการพ่นสารเคมีในเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการจัดทำแนวทางการพ่นสารเคมีในระดับจังหวัด ซึ่งผลการจัดอบรมได้รับความพึงพอใจจากเจ้าหน้าที่และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการปฏิบัติงานพ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ : ปัญหาสุขภาพ สารเคมี การควบคุมและป้องกัน ไข้เลือดออก

จากสถานการณ์ในปัจจุบัน การระบาดของโรคติดต่อ นำโดยแมลงเป็นปัญหามากขึ้น เนื่องจากสภาวะโลกร้อน ประเทศไทยซึ่งอยู่ในภูมิภาคเขตร้อนจึงได้รับผลกระทบจากปรากฏการณ์นี้โดยตรง โดยพบว่าการระบาดของโรคที่นำโดยแมลงในทุกๆ ปี โดยเฉพาะโรคไข้เลือดออก นับว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขอย่างมาก ในระยะ 50 ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2501 โดยเริ่มต้นที่กรุงเทพมหานครแล้วแพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ¹ ต่อจากนั้นก็มียางานผู้ป่วยทุกปี โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนปัจจุบันพบว่ามีรายงานผู้ป่วยจากจังหวัดต่างๆ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบททั่วประเทศ การมีอยู่อย่างมากมายตามการเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่คนสร้างขึ้น ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้โรคแพร่กระจายไปในระยะไกล ประกอบกับโรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน² ดังนั้นการป้องกันควบคุมโรคจึงมุ่งเน้นไปที่การควบคุมพาหะนำโรค ซึ่งทำได้โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์และการควบคุมยุงที่โตเต็มวัยด้วยวิธีการทางกายภาพ ชีวภาพ และการใช้สารเคมีเพื่อกำจัดยุงลายในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร เพื่อควบคุมการระบาดของโรค ซึ่งกรณีเกิดการระบาดของโรคจำเป็นต้องใช้สารเคมีในการควบคุมยุงที่โตเต็มวัยโดยทันที เพื่อยุติการแพร่ระบาด³ โดยสารเคมีที่นิยมใช้ควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกพบว่ามี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไพรีทรอยด์ และกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต⁴

ในปัจจุบันมีการใช้สารเคมีในการพ่นควบคุมยุงที่โตเต็มวัยกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกรณีเกิดการระบาด การป้องกันโรคล่วงหน้า และการร้องขอจากประชาชน จึงทำให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีโอกาสสัมผัสสารเคมีและรับพิษจากสารเคมีอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยที่ทำให้สารเคมีมีผลต่อสุขภาพของผู้ฉีดพ่น ได้แก่ การเลือกใช้สารเคมี การผสมสารเคมีหลายชนิดฉีดพ่นในครั้งเดียว ความถี่ของการฉีดพ่น การสัมผัสสารเคมีของร่างกายของผู้ฉีดพ่น รวมถึงการป้องกันตนเองของผู้ฉีดพ่น⁵ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสารเคมีแต่ละชนิดซึ่งมีคุณสมบัติ วิธีการใช้ ข้อควรระวังที่แตกต่างกันไป ถ้านำมาใช้ถูกวิธีจะเกิดประโยชน์ แต่หากนำมาใช้ไม่ถูกวิธี นอกจากจะไม่สามารถควบคุมยุงพาหะนำโรคได้แล้ว อาจเกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมและเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้

จังหวัดพัทลุงในปี 2559 มีการระบาดของไข้เลือดออกเป็นอันดับ 5 ของประเทศ และเป็นอันดับ 3 ของเขตสุขภาพ

ที่ 12 ซึ่งถือว่ามีผลกระทบมากที่สุด ทำให้การป้องกันและควบคุมโรคต้องทำอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ทั้งการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำและการควบคุมยุงที่โตเต็มวัยโดยการพ่นสารเคมี ดังนั้น การใช้สารเคมีที่ถูกต้องเพื่อให้มีความปลอดภัยมากที่สุดทั้งผู้ปฏิบัติงานและประชาชนทั่วไปจึงเป็นสิ่งสำคัญ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ใช้การสำรวจภาคตัดขวางเพื่อทราบสถานการณ์การใช้สารเคมี ความรู้ความเข้าใจ และการป้องกันตนเอง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่และหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เป็นทีมพ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกของจังหวัดพัทลุงจากหน่วยงานทุกหน่วยงานทั้งหมด จำนวน 120 ราย ระยะเวลาดำเนินการศึกษา เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ทำการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่เป็นรายบุคคล ในประชากรที่ศึกษาโดยเก็บข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการพ่นสารเคมีควบคุมไข้เลือดออก ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การปฏิบัติตัวก่อนพ่นและหลังพ่นยาเป็นต้น วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้การคำนวณอัตราร้อยละและค่ามัธยฐานของตัวแปรที่เกี่ยวข้องหาความสัมพันธ์ระหว่างการป่วยที่เกิดจากการพ่นสารเคมีกับปัจจัยเสี่ยงโดยใช้ Odd Ratio กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติด้วย 2-sided p-value น้อยกว่า 0.05 และ 95% Confidence interval (95% CI) การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

ผล

อาสาสมัครที่เข้าร่วมจำนวนทั้งหมด 120 ราย ซึ่งเป็นทีมในการพ่นทุกอำเภอในจังหวัดพัทลุง ส่วนใหญ่ทำหน้าที่พ่นสารเคมี ร้อยละ 81.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 81.0 มัธยฐานอายุ 45 ปีอายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 70 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช/ปวส/อนุปริญญาร้อยละ 47.0 อาชีพหลักส่วนใหญ่เกษตรกรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำสวน ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลร้อยละ 80.0 ระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 75.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่พ่นสารเคมี (n=120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	97 (81.0)
หญิง	23 (19.0)
หน้าที่ในทีม	
พ่นสารเคมี	100 (81.0)
กำกับดูแลและติดตามการพ่น	14 (14.0)
บริหารจัดการและประสานงาน	6 (5.0)
มัธยฐานอายุ (ปี) (พิสัย)	45 (24-70)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	16 (14.0)
มัธยมศึกษา/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	56 (47.0)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	48 (39.0)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	92 (77.0)
มี	28 (23.0)
ระยะเวลาในการทำงาน	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	89 (75.0)
10-20 ปี	31 (25.0)
มากกว่า 20 ปี	10 (5.0)

สารเคมีที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้สารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์ร้อยละ 96.0 การผสมสารเคมีพบว่าส่วนใหญ่ใช้อัตราส่วนตามฉลาก ร้อยละ 94.0 ส่วนในช่วงผสมสารเคมีพบว่ามีโอกาสได้รับสารเคมีมากที่สุดร้อยละ 50.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ประวัติการใช้สารเคมีพ่นสารเคมี (n=120)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มสารเคมีที่ใช้ในการพ่น	
กลุ่มไพรีทรอยด์	110 (96.0)
กลุ่มออร์แกนโนฟอสเฟส	10 (4.0)
สูตรในการผสมสารเคมี	
อัตราส่วนตามฉลาก	105 (94.0)
เพื่อนแนะนำ	11 (4.0)
อ่านหนังสือตำรา	4 (2.0)
โอกาสการได้รับสารเคมีในการพ่นสารเคมี	
ผสมสารเคมี	60 (50.0)
ขณะพ่นหรือพักผ่อน	47 (39.2)
ล้างเครื่องมือ	13 (10.8)

ความถี่ในการพ่นสารเคมีในผู้ป่วย 1 ราย ส่วนใหญ่พ่น 3 ครั้ง คือ วันที่ 0, 3, 7 ตามลำดับ และใน 1 วันที่ทำการพ่นใช้เวลาในการพ่นส่วนใหญ่ 1 ชั่วโมง ในส่วนการอบรมการพ่นสารเคมีส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมแล้วร้อยละ 65.0 ส่วนการอบรมการดูแลเครื่องพ่นส่วนใหญ่เคยอบรมแล้วร้อยละ 56.0 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 วิธีการพ่นสารเคมีของเจ้าหน้าที่ (n=120)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
ความถี่ในการพ่นสารเคมีในผู้ป่วย 1 ราย	
1 ครั้ง	11 (10.0)
2 ครั้ง	36 (30.0)
3 ครั้ง	73 (60.0)
จำนวนชั่วโมงที่พ่นต่อวัน	
1 ชั่วโมง/วัน	70 (58.0)
3 - 5 ชั่วโมง/วัน	46 (39.0)
มากกว่า 5 ชั่วโมง/วัน	4 (3.0)
การได้รับการอบรมเรื่องพ่นสารเคมี	
เคย	78 (65.0)
ไม่เคย	42 (35.0)
การได้รับการอบรมเรื่องการบำรุงเครื่อง	
เคย	68 (56.0)
ไม่เคย	52 (44.0)

ในส่วนของเจ็บป่วยโดยให้นิยามการป่วยคือมีอาการผิดปกติหลังจากพ่นสารเคมีภายใน 24 ชั่วโมงหลังพ่นสารเคมีโดยพบว่าพบว่าร้อยละ 67.0 มีอาการป่วยที่เกี่ยวข้องกับการพ่นหมอกสารเคมี และส่วนใหญ่เป็นอาการป่วยทางเดินหายใจ เช่น แสบจมูก เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจติดขัด ตามลำดับ การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้รักษาร้อยละ 60.0 (ตารางที่ 4 และ 5)

ตารางที่ 4 การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการพ่นสารเคมี (n=120)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
ป่วย	80 (67.0)
ไม่ป่วย	40 (33.0)

ตารางที่ 5 อาการป่วยที่เกิดขึ้นในเจ้าหน้าที่พ่นสารเคมี (n=120)

อาการ	จำนวน (ร้อยละ)
ระบบทางเดินหายใจ	
แสบจมูก	70 (87.0)
เจ็บคอ คอแห้ง	57 (71.0)

ตารางที่ 5 อาการป่วยที่เกิดขึ้นในเจ้าหน้าที่พันสารเคมี (n=120) (ต่อ)

หัวข้อ	จำนวน (ร้อยละ)
ระบบทางเดินอาหาร	
คลื่นไส้อาเจียน	13 (16.0)
ระบบประสาท	
เวียนศีรษะ	36 (45.0)
ปวดศีรษะ	27 (33.0)
มือสั่น	5 (6.0)
เป็นลม	2 (2.0)
ระบบผิวหนัง	
แสบตา	30 (37.0)
คันตามตัว	5 (6.0)
ระบบสุขภาพจิต	
นอนไม่ค่อยหลับ	5 (6.0)

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ปัจจัยที่มีผลต่ออาการป่วยในเจ้าหน้าที่พันสารเคมี ได้แก่ การสวมเครื่องแต่งกายที่เหมาะสม (OR 2.58, 95% CI 1.11-5.98) การชำระร่างกายทันทีหลังพันสารเคมี (OR 3.92, 95% CI 1.69-9.05) การใส่เสื้อแขนยาวขณะพัน (OR 4.66, 95% CI 1.86-11.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยป้องกัน ได้แก่ การผสมสารเคมีตามฉลาก (OR 0.84, 95% CI 0.20- 3.46) การพันสารเคมีน้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง (OR 0.90, 95% CI 0.41- 1.95) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออก

ปัจจัย	ผู้ป่วย /รวม	ร้อยละ	OR (95% CI)	p-value (< 0.05)
การสวมเครื่องแต่งกายที่เหมาะสมในการพัน				
มี	37/47	79.0	2.58	0.02
ไม่มี	43/73	59.0	(1.11-5.98)	
การชำระร่างกายทันทีหลังพันสารเคมี				
มี	65/86	75.0	3.92	0.0009
ไม่มี	15/34	44.0	(1.69-9.05)	
การผสมสารเคมีตามฉลาก				
ผสมตามฉลาก	73/110	66.0	0.84	0.81
ไม่ผสมตามฉลาก	7/10	70.0	(0.20-3.46)	

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคใช้เลือดออก (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้ป่วย /รวม	ร้อยละ	OR (95% CI)	p-value (< 0.05)
ระยะเวลาในการทำงานพ่นสารเคมี				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	62/89	69.0	1.65	0.23
มากกว่า 10 ปี	18/31	58.0	(0.71-3.85)	
การได้รับการอบรมเรื่องการพ่นมาก่อน				
เคยได้รับการอบรม	53/78	67.0	1.17	0.68
ไม่เคยได้รับการอบรม	27/42	64.0	(0.53-2.59)	
จำนวนชั่วโมงที่พ่น/วัน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง/วัน	46/70	65.0	0.90	0.79
มากกว่า 1 ชั่วโมง/วัน	34/50	68.0	(0.41-1.95)	
การใส่เสื้อแขนยาวขณะพ่น				
มี	70/94	74.0	4.66	0.0005
ไม่มี	10/26	38.0	(1.86-11.66)	

วิจารณ์

ความชุกของอาการเจ็บป่วยของเจ้าหน้าที่จากการพ่นสารเคมีกำจัดยุงพาหะนำโรคใช้เลือดออกร้อยละ 67.0 ซึ่งพบอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของงานวิจัยที่จังหวัดราชบุรีที่พบความชุกการเจ็บป่วยร้อยละ 78.0⁵ และเนื่องจากอาการที่พบในเจ้าหน้าที่เล็กน้อยทำให้ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาหรือถ้าเป็นมากขึ้นก็ไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มของสารเคมีที่ใช้ในจังหวัดพัทลุงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไพรีทรอยด์ซึ่งมีผลข้างเคียงในคนน้อย โดยพบอาการ ได้แก่ อาการทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร สารไพรีทรอยด์เป็นสารเคมีที่สังเคราะห์จากดอกเบญจมาศทำให้ไม่มีพิษตกค้างในร่างกายโดยร่างกายสามารถขับออกทางปัสสาวะได้หมด⁶

ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยที่เกิดจากการพ่นสารเคมีเป็นเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากสารเคมี เช่น การแต่งกายที่ไม่เหมาะสมและถูกต้องขณะทำงานเนื่องจากลักษณะชุดที่ใส่มีความมิดชิดใช้เวลาในการแต่งกายนานและเวลาปฏิบัติงานทำให้ร้อนมากจึงทำให้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่นิยมสวมใส่กันโดยเฉพาะการพ่นแบบหมอกควัน

เนื่องจากเครื่องพ่นหมอกควันใช้ความร้อนในการแตกตัวของสารเคมีให้เป็นละอองเล็กๆ⁷ ในส่วนปัจจัยที่ป้องกันการเจ็บป่วย เช่น การได้รับการอบรมการพ่นมาก่อนและการผสมสารเคมีที่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นการให้ผู้พ่นสารเคมีตระหนักและเข้าใจในการป้องกันตัวเองจากสารเคมี การมีความรู้ในการพ่นสารเคมีจึงมีความสำคัญในการป้องกันปัญหาทางสุขภาพของเจ้าหน้าที่ได้

การนำผลการวิเคราะห์หามาแนวทางในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้น

จากผลการศึกษาพบว่า การประเมินความรู้เกี่ยวกับใช้เลือดออก การควบคุมโรค และการพ่นสารเคมีของเจ้าหน้าที่พ่นสารเคมีพบส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางและบางคนไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพ่นสารเคมีหรือการบำรุงดูแลเครื่องพ่นเลยและการมีความรู้การพ่นเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพในเจ้าหน้าที่ ดังนั้นเพื่อเป็นการฟื้นฟูวิชาการปฏิบัติงานจึงได้มีการในการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการการพ่นสารเคมีให้แก่ผู้พ่นสารเคมีในจังหวัดพัทลุง รวมทั้งการทำแนวทางการพ่นสารเคมีระดับจังหวัดพัทลุงโดยวิทยากรเป็นผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคนำโดยแมลง

ที่ 12.3 จังหวัดตรัง โดยการอบรมเน้นการนำไปใช้ได้จริง นำปัญหาที่พบในพื้นที่มาแก้ไขให้ผู้ปฏิบัติงานได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งต่างจากการอบรมที่ผ่านมาเน้นทฤษฎีเป็นหลัก ซึ่งผลการอบรมพบความพึงพอใจของผู้เข้าอบรมจำนวน 100 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.0 อยู่ในระดับดีมากและร้อยละ 95.0 สามารถเอาความรู้ที่ได้รับนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในอาสาสมัครที่ร่วมศึกษาจำนวน 120 ราย มีอาการป่วยที่เกิดจากการพ่นสารเคมีร้อยละ 67.0 ส่วนใหญ่พบในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ แสบจมูก เจ็บคอ ไม่พบอาการที่มีความรุนแรงซึ่งสัมพันธ์กับชนิดสารเคมีที่ใช้คือ สารเคมีกลุ่มไพรีทรอยด์ที่มีพิษน้อยในคน

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในเจ้าหน้าที่พ่นสารเคมี ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีที่ไม่เหมาะสม เช่น การแต่งกายที่ไม่ถูกต้องขณะปฏิบัติงาน

ในส่วนการได้รับการอบรมการพ่นมาก่อนเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันตนเองจากสารเคมีและการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการพ่นสารเคมีในเจ้าหน้าที่รวมทั้งการจัดทำแนวทางการพ่นสารเคมีในระดับจังหวัดจึงมีความสำคัญมากและสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมยุงที่โตเต็มวัยได้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ที่สนับสนุนงบประมาณการวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดตรัง สาธารณสุขอำเภอทั้ง 11 แห่ง ในจังหวัดพัทลุง กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง อาจารย์ ดร.วัลลภ ดิษฐ์สุวรรณ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง นายแพทย์ธนสร ชุมช่วย โรงพยาบาลพัทลุงที่ให้คำแนะนำในการศึกษาในครั้งนี้และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลพัทลุงทุกท่าน

References

1. ไข้เลือดออก. [อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 2560 ม.ค. 28] เข้าถึงได้จาก: <https://www.th.wikipedia.org/wiki/ไข้เลือดออก>
2. การระบาดของไข้เลือดออก. [อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 2560 ม.ค. 28] เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/fact/Dengue_Haemorrhagic_Fever.htm
3. การป้องกันไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต][เข้าถึงเมื่อ 2560 ม.ค. 28] เข้าถึงได้จาก: <http://www.cdc.gov.tw/uploads/Files/e844a191-8188-43bc-9d75-5002ddd5dcf2.pdf>
4. สารเคมีในการพ่นยุงพาหะไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 2560 ม.ค. 28] เข้าถึงได้จาก: http://www.thaivbd.org/n/uploads/file/file_
5. ผลกระทบต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการใช้สารเคมีควบคุมยุงพาหะนำโรคไข้เลือดออกในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 2560 เม.ย. 28] เข้าถึงได้จาก: <http://www.irem2.ddc.moph.go.th/research/48512556>
6. Pyrethroid [online][cited 2017 Apr 28] Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Pyrethroid>
7. ปิติ มงคลกลาง.บรรณานุกรม.คู่มือการใช้เครื่องพ่นสำหรับผู้ปฏิบัติการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก.กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง กรมควบคุมโรค; 2558. ●

จำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแฉ่ปริมาณรังสีสูง ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ

ดลสุข พงษ์นิกร พ.บ., ทัศนวรรณ อาษากิจ พ.บ., ศิริรัตน์ เชื้อสำราญ พ.บ.,
จำนัยพันธ์ เรือนศรี วท.ม., เจนวิทย์ เวียงนิล ส.ม., พิชยา ภัคจิรสกุล วท.บ.
โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

Abstract : High-Dose-Rate Brachytherapy Schedules in Locally Advanced Cervical Cancer : A Systematic Review

Pongnikorn D, Asakit T, Chueasamran S, Rueansri J, Wiangnin J, Pakkajeerasakul P
Lampang Cancer Hospital, Mueang Lampang, Lampang 52000

(E-mail : donsukp@hotmail.com)

Cervical cancer is a significant public health problem among Thai woman. Radiation therapy has been common treatment for patients with locally advanced cervical cancer. Radiation therapy is composed of two techniques which are; 1) External pelvic irradiation and 2) Intracavitary irradiation or Brachytherapy. Recently, all of the medical service institutions still do not have the same standard for treatment in either the dose of radiation or the fraction times of given radiation. This systematic review aims to assess the effectiveness and complication of fraction times of high dose rate brachytherapy in locally advanced cervical cancer. We performed by searching researches in MEDLINE database via PUBMED. A systematic literature review was conducted in English articles published between 2003 and 2013. Either Randomized control trails (RCTs) or Quasi-randomized controlled trails comparing effectiveness of fraction times of high dose rate brachytherapy in locally advanced cervical cancer were selected for this study. The first outcome was survival rate. The secondary outcome was local control rate and the third outcome was complication rate. This study also evaluate the risk of bias. Three out of 1,554

studies did compare fraction times of high dose rate brachytherapy and interpretation was limited by different results. Therefore, Meta analysis was precluded. The results of survival rate, local control rate, acute complication rate and late complication were not different in any time of brachytherapy. However, the incidence of late complication brachytherapy for fraction sizes of 3 Gy amount 10 fractions is more than brachytherapy fraction sizes of 5 Gy amount 5 fractions. This primary result showed that the results of each study has no difference in effectiveness and complication.

Keyword : High dose rate brachytherapy, Cervical cancer

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของสตรีไทย การรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่ ประกอบด้วย 2 วิธี 1) การฉายรังสีจากภายนอก 2) การใส่แร่เข้าไปในช่องคลอดและโพรงมดลูก ในปัจจุบันยังไม่มีขนาดปริมาณรังสีและจำนวนครั้งของการใส่แร่ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในแต่ละสถานบริการทางการแพทย์ การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผล

และผลข้างเคียงของจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ ทำการสืบค้นข้อมูลจาก MEDLINE ผ่าน PUBMED กำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2556 และสืบค้นจากรายงานการวิจัย และ/หรือวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง เอกสารการศึกษาจะถูกจำกัดไว้เฉพาะการศึกษาที่เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น โดยพิจารณาเกณฑ์การศึกษารายงานที่เป็น Randomized control trials (RCTs) หรือ Quasi-randomized controlled trials ที่มีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ มีการวัดผลลัพธ์การศึกษา 1) อัตราการรอดชีพ 2) อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ 3) อัตราการเกิดผลข้างเคียง และมีการประเมินความเสี่ยงของอคติ จากการศึกษาพบ 3 การศึกษาจาก 1,554 การศึกษาที่มีการเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงที่แตกต่างกันจึงไม่สามารถนำมาสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อทำ Meta-analysis ได้ ทั้งนี้ผลของการศึกษา พบว่า อัตราการรอดชีพ อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ อัตราการเกิดผลข้างเคียงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ไม่พบความแตกต่างกันในแต่ละจำนวนครั้งของการใส่แร่ แต่มีแนวโน้มการเกิดผลข้างเคียงระยะยาวสูงกว่าในการใส่แร่ครั้งละ 3 Gray (Gy) จำนวน 10 ครั้ง เปรียบเทียบกับการใส่แร่ครั้งละ 5 Gy 5 ครั้ง ผลการศึกษาเบื้องต้นนี้แสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์ของแต่ละการศึกษาไม่พบความแตกต่างกันในด้านประสิทธิผลและการเกิดผลข้างเคียง

คำสำคัญ : การใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูง มะเร็งปากมดลูก

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในสตรี มีอัตราอุบัติการณ์ 17.7 ราย ต่อแสนประชากร¹ จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่ได้รับการรักษาโรงพยาบาลมะเร็งลำปางในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน 174 ราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่ (IIB, IIIB) ร้อยละ 68.9² โรงพยาบาลมะเร็งลำปางเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางตติยภูมิที่ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งภายในเขตบริการสุขภาพที่ 1 มารับบริการซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายรังสี เป็นต้น ทั้งนี้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระยะลุกลามเฉพาะที่จะได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเป็นหลัก³ รังสีรักษาเป็นการใช้รังสีพลังงานสูงในปริมาณที่เพียงพอไปทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์มะเร็งจนไม่สามารถซ่อมแซมได้ ส่งผลให้เซลล์มะเร็งตายในที่สุด⁴ ซึ่งการรักษาด้วยรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมี 2 วิธี

1) การฉายรังสีจากภายนอก 2) การใส่แร่เข้าไปในช่องคลอดและโพรงมดลูก⁵ โดยปริมาณรังสีที่ได้รับจากการฉายรังสีจากภายนอกจะอยู่ในช่วง 1.8-2 Gray (Gy) ต่อครั้ง จนครบ 45 Gy และมีการเพิ่มปริมาณรังสี โดยการใส่แร่เข้าไปในโพรงของอวัยวะที่เป็นโรค เพื่อให้ได้ผลของรังสีทางชีววิทยา (Biologically effective dose:BED) รวมเท่ากับ 75-79 Gy⁶ ส่วนการใส่แร่เข้าไปภายในโพรงอวัยวะมีอัตราแอมป์ปริมาณรังสีที่แตกต่างกันจากรายงานของ The International Commission on Radiation Units and Measurement (ICRU) หมายเลข 38 แบ่งอัตราแอมป์ปริมาณรังสี (dose rate) เป็น 3 กลุ่มดังนี้ Low Dose Rate (LDR) อัตราการแอมป์ปริมาณรังสีอยู่ในช่วง 0.4-2.0 Gy ต่อชั่วโมง Medium Dose Rate (MDR) อัตราการแอมป์ปริมาณรังสีอยู่ในช่วง 2.0-12.0 Gy ต่อชั่วโมงและ High Dose Rate (HDR) อัตราการแอมป์ปริมาณรังสีมากกว่า 12.0 Gy ต่อชั่วโมง⁷ แม้ว่าผลการรักษาและผลข้างเคียงของการใส่แร่ชนิดอัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูง จะไม่แตกต่างจากวิธีการใส่แร่ชนิดอัตราแอมป์ปริมาณรังสีต่ำ⁸ แต่เนื่องจากการใส่แร่ชนิดอัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูง มีระยะเวลาการรักษาที่สั้นมีการกระจายรังสีที่แม่นยำ ผู้ป่วยสามารถมารับการใส่แร่แบบผู้ป่วยนอกได้และมีการสัมผัสรังสีของบุคลากรทางการแพทย์น้อย ทำให้การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นที่แพร่หลาย ในปัจจุบันไม่มีการกำหนดปริมาณรังสีเพื่อรักษามะเร็ง และจำนวนครั้งของการใส่แร่ที่เป็นมาตรฐานสากล โดยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีจำนวนครั้งของการใส่แร่ที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ครั้งละ 5.5 Gy 5 ครั้ง จนถึง ครั้งละ 7 Gy 4 ครั้ง⁹ การศึกษาของ Tigenhe¹⁰ พบว่าการใส่แร่ชนิดอัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงครั้งละ 9 Gy 2 ครั้ง มีประสิทธิผลเท่ากับการใส่แร่ครั้งละ 8 Gy 3 ครั้ง และครั้งละ 6.5 Gy 4 ครั้ง ทั้งนี้การใส่แร่ที่อัตราแอมป์ปริมาณสูงแบบน้อยครั้ง อาจเกิดผลข้างเคียงต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ลำไส้ใหญ่ และกระเพาะปัสสาวะ¹¹ ในประเทศไทยไม่มีการกำหนดปริมาณรังสีและจำนวนครั้งของการใส่แร่ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การกำหนดแผนการรักษาขึ้นกับบริบทของแต่ละสถานบริการทางการแพทย์โดยเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์รังสีรักษา พบหนึ่งการศึกษาที่สำคัญในประเทศไทยของ Tharavichitkul¹² พบว่า การใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงครั้งละ 7.2 Gy 3 ครั้ง มีผลการรักษาไม่แตกต่างจากการใส่แร่แบบครั้งละ 6 Gy 4 ครั้ง การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลและผลข้างเคียงของจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ ทั้งนี้จำนวนครั้งของการใส่แร่มีผลต่อจำนวนครั้งของการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย อีกทั้งลดปริมาณและภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์

การศึกษานี้เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ โดยทำการสืบค้นแหล่งข้อมูลโดยสืบค้นข้อมูลจาก MEDLINE ผ่าน PUBMED กำหนดปีที่ใช้ในการสืบค้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2556 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นจากรายงานการวิจัยและ/หรือ วิทยานิพนธ์ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการศึกษาจะถูกจำกัดไว้เฉพาะการศึกษาที่เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้นทำการคัดเลือกข้อมูลที่น่าสนใจมาศึกษาได้รวบรวมการศึกษาที่เป็น Randomized control trials (RCTs) หรือ Quasi-randomized controlled trials ที่มีการเปรียบเทียบประสิทธิผลของจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเฉพาะที่ (IIB, IIIB) และมีการวัดผลลัพธ์การศึกษาซึ่งผลลัพธ์หลัก ได้แก่ 1) อัตราการรอดชีพ พิจารณาจากร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่หลังเริ่มการรักษาคำนวณด้วยวิธี Kaplan-Meier 2) อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ พิจารณาจากร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีผลการตรวจภายใน และ/หรือการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ที่ไม่พบการลุกลามของมะเร็งหลังจากเริ่มการรักษาคำนวณด้วยวิธี Kaplan-Meier และผลลัพธ์รอง คือ อัตราการเกิดผลข้างเคียงทั้งผลข้างเคียงระยะสั้นและผลข้างเคียงระยะยาว โดยพิจารณาจากร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษาหลังจากเริ่มการรักษา เกณฑ์คัดผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการฉายรังสีอย่างเดี่ยวหรือการฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัด โดยในการรักษาด้วยรังสีต้องได้รับการฉายรังสีภายนอกตามด้วยการใส่แร่ชนิดอัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงโดยการฉายรังสีจากภายนอกแบบ Conventional fraction คือ ได้รับการฉายรังสี 5 วันต่อสัปดาห์ และในการใส่แร่ด้วยอัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงต้องไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่มีระยะของโรคอยู่ในระยะแพร่กระจาย (IVB) หรือมีการกลับเป็นซ้ำ หรือได้รับการผ่าตัดและ/หรือการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานมาก่อน

งานวิจัยที่ได้มาทั้งหมดคณะผู้ศึกษาได้มีการประเมินคุณภาพ การประเมินความเสี่ยงอคติโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงอคติของ The Cochrane Collaboration¹³ ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้ การสร้างลำดับของผู้เข้าร่วมโครงการ การจัดผู้เข้าร่วมโครงการโดยการสุ่มอย่างปกปิด การปกปิดวิธีการดูแลรักษา: ผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัย ผู้วัดผล จำนวนข้อมูลของผลลัพธ์ที่ไม่ครบถ้วน การเลือกผลลัพธ์รายงาน ทั้งนี้ คณะผู้ศึกษาได้มีการวิเคราะห์งานวิจัยร่วมกัน

การสืบค้นข้อมูลตามกลยุทธ์การสืบค้นจากฐานข้อมูล MEDLINE ผ่าน PUBMED ได้เอกสารจำนวนทั้งสิ้น 1,553 การศึกษา นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลได้จากรายงานการวิจัยที่ไม่มีใน PUBMED อีก 1 การศึกษาแล้วคัดเลือกเฉพาะเอกสารที่เกี่ยวข้องจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อในเบื้องต้นได้จำนวน 3 การศึกษา ซึ่งพบว่าทั้ง 3 การศึกษามีรายงานการศึกษาฉบับสมบูรณ์รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์เป็นหลักแต่ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลเข้าด้วยกันเพื่อทำ Meta-analysis เนื่องจากจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงแตกต่างกัน

การศึกษาทั้ง 3 การศึกษาได้ผ่านการประเมินความเสี่ยงอคติโดยใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงอคติของ The Cochrane Collaboration¹³ พบว่า ทั้ง 3 การศึกษามีการจัดผู้เข้าร่วมโครงการโดยสุ่มอย่างปกปิดและในการศึกษาของ Nam¹⁴ ที่มีการสุ่มสร้างลำดับของผู้เข้าร่วมโครงการโดยใช้คอมพิวเตอร์จัดเป็นความเสี่ยงต่ำ ทั้ง 3 การศึกษาไม่สามารถปกปิดจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงจัดเป็นความเสี่ยงต่ำสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการและผู้วิจัย และไม่สามารถปกปิดการดูแลรักษาได้ เนื่องจากผู้วัดผลจำเป็นต้องมีการตรวจร่างกายหรือดูผลการวินิจฉัยเพื่อประเมินอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ซึ่งอาจเกิดอคติ สำหรับจำนวนข้อมูลของผลลัพธ์ที่ครบถ้วนมีเพียง 1 การศึกษาของ Tharavichitkul¹² ส่วนการศึกษาของ Nam¹⁴ และการศึกษาของ Tigeneh¹⁰ มีความครบถ้วนของผลลัพธ์ร้อยละ 93.4 และร้อยละ 89.3 ตามลำดับ โดยทั้งสองการศึกษาไม่ทำการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้วยวิธี intention-to-treat ผลลัพธ์ของการรักษา 2 แบบ คือ แบบแรก : ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การรอดชีพ อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่และแบบที่สอง : ผลลัพธ์รอง ได้แก่ อัตราการเกิดผลข้างเคียง (ระยะสั้นและระยะยาว)

ผลลัพธ์หลัก 1) อัตราการรอดชีพ จำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงให้ผลการศึกษาที่ไม่แตกต่างกันทั้ง 2 การศึกษา (ตารางที่ 1) และมี 1 การศึกษาที่มีการวิเคราะห์กลุ่มย่อย ตามระยะโรค พบว่า ในระยะของโรคที่ IIB และ IIIB มีอัตราการรอดชีพของการใส่แร่ 6 Gy 4 ครั้ง ไม่แตกต่างกับ 7.2 Gy 3 ครั้ง (ตารางที่ 2) 2) อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ จำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมป์ปริมาณรังสีสูงทั้ง 3 การศึกษา ให้ผลการศึกษาที่ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3) และมีหนึ่งการศึกษาที่มีการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตามระยะโรค พบว่า ระยะของโรคที่ IIB มีอัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ของการใส่แร่ 6 Gy 4 ครั้ง ไม่แตกต่างจากการใส่แร่ 7.2 Gy 3 ครั้ง มีข้อสังเกตในโรคระยะลุกลามระยะลุกลามระยะ IIIB พบว่า อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ของการใส่แร่ 6 Gy 4 ครั้ง มีแนวโน้มสูงกว่าการใส่แร่ 7.2 Gy 3 ครั้ง อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.065$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 อัตราการรอดชีพ

ผู้วิจัย	วิธีการรักษา (จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ)		p-value
	แบบที่ 1	แบบที่ 2	
Nam ¹⁴	3 Gy x 10 fraction (28)	5 Gy x 5 fraction (28)	
3-year overall survival	78.3%	73.9%	0.85
3-year disease-free survival	90.5%	85.0%	0.71
Tharavichitkul ¹²	6 Gy x 4 fraction (188)	7.2 Gy x 3 fraction (172)	
3-year overall survival	96.7%	98.4%	0.336
3-year disease-free survival	68.1%	67.6%	0.971

ตารางที่ 2 อัตราการรอดชีพแยกกลุ่มย่อยตามระยะของโรค

ผู้วิจัย	ระยะของโรค	อัตราการรอดชีพ	วิธีการรักษา (จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ)		p-value
			แบบที่ 1 6 Gy x 4 fraction	แบบที่ 2 7.2 Gy x 3 fraction	
Tharavichitkul ¹²	Stage IIB	3-year overall survival	97.9% (109)	98.0% (106)	0.602
		3-year disease-free survival	74.3% (109)	73.0% (106)	0.525
	Stage IIIB	3-year overall survival	94.5% (75)	97.4% (64)	0.447
		3-year disease-free survival	57.4% (75)	58.8% (64)	0.327

ตารางที่ 3 อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่

ผู้วิจัย	วิธีการรักษา (จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ)			p-value
	แบบที่ 1	แบบที่ 2	แบบที่ 3	
Nam ¹⁴	3 Gy x 10 fraction	7.2 Gy x 3 fraction		0.92
3-year rate	90.0% (28)	90.9% (28)		
Tigeneh ¹⁰	6.5 Gy x 4 fraction	8 Gy x 3 fraction	9 Gy x 2 fraction	0.463
6-month rate	90.0% (22)	85.7% (23)	88.8% (21)	
Tharavichitkul ¹²	6 Gy x 4 fraction	7.2 Gy x 3 fraction		0.146
3-year rate	86.1% (188)	80.7% (172)		

ตารางที่ 4 อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่แยกกลุ่มย่อยตามระยะของโรค

ผู้วิจัย	ระยะของโรค	อัตราการรอดชีพ	วิธีการรักษา (จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ)		p-value
			แบบที่ 1 6 Gy x 4 fraction	แบบที่ 2 7.2 Gy x 3 fraction	
Tharavichitkul ¹²	Stage IIB	3-year local control rate	87.6% (109)	84.5% (106)	0.763
	Stage IIIB	3-year local control rate	82.2% (75)	73.0% (64)	0.065

ผลลัพธ์รอง 1) อัตราการเกิดผลข้างเคียงระยะสั้น grade 0-2 พบว่า จำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมปริมาตรรังสีสูง ให้ผลการศึกษาที่ไม่แตกต่างกัน มีการศึกษาหนึ่งที่วัดอัตราการเกิดผลข้างเคียงระยะสั้นในระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ grade 2-4 โดยพบว่า จำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราปริมาณรังสีสูงก่อให้เกิดผลข้างเคียงระยะสั้นต่อระบบทางเดินปัสสาวะที่ไม่ต่างกัน ส่วนการใส่แร่ 7.2 Gy จำนวน 3 ครั้ง มีแนวโน้มการเกิดผลข้างเคียงระยะสั้นต่อระบบทางเดินอาหารสูงกว่าการใส่แร่ 6 Gy จำนวน 4 ครั้ง ($p = 0.09$) (ตารางที่ 5)

2) อัตราการเกิดผลข้างเคียงระยะยาว มีเพียงหนึ่งการศึกษาที่ทำการวัดอัตราการเกิด ผลข้างเคียงระยะยาว

grade 2-4 โดยพบว่า จำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราปริมาณรังสีสูงให้ผลการศึกษา ไม่แตกต่างกัน แต่การใส่แร่ 3 Gy 10 ครั้ง มีแนวโน้มเกิดผลข้างเคียงระยะยาวสูงกว่าการใส่แร่ 5 Gy 5 ครั้ง ส่วนอีกหนึ่งการศึกษา มีการวัดอัตราการเกิดผลข้างเคียงระยะยาวในระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วย Grade 3-4 พบว่า จำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมปริมาตรรังสีสูงก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารไม่แตกต่างกัน แต่การใส่แร่ 6 Gy 4 ครั้ง มีแนวโน้มในการเกิดผลข้างเคียงระยะยาวต่อระบบทางเดินปัสสาวะสูงกว่าการใส่แร่ 7.2 Gy จำนวน 3 ครั้ง ($p < 0.001$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 5 อัตราการเกิดผลข้างเคียงระยะสั้น

ผู้วิจัย	ผลข้างเคียง	วิธีการรักษา (จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ)		p-value
		แบบที่ 1	แบบที่ 2	
Nam ¹⁴	Grade 0-2	3 Gy x 10 fraction (28) 10/17 (58.8%)	5 Gy x 5 fraction (28) 9/15 (60%)	0.615
Tharavichitkul ¹²		6 Gy x 4 fraction (188)	7.2 Gy x 3 fraction (172)	
	GI Grade 2-4	2/188 (1.1%)	7/172 (4.1%)	0.09
	GU Grade 2-4	3/188 (1.6%)	3/172 (1.7%)	0.615

ตารางที่ 6 อัตราการเกิดผลข้างเคียงระยะยาว

ผู้วิจัย	ผลข้างเคียง	วิธีการรักษา (จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ)		p-value
		แบบที่ 1	แบบที่ 2	
Nam ¹⁴	Grade 2-4	3 Gy x 10 fraction (28) 5/22 (23.8%)	5 Gy x 5 fraction (28) 2/22 (9.1%)	0.24
Tharavichitkul ¹²		6 Gy x 4 fraction (188)	7.2 Gy x 3 fraction (172)	
	GI Grade 2-4	6/188 (2.7%)	5/172 (3.5%)	0.648
	GU Grade 2-4	2/188 (1.1%)	0/172 (0%)	<0.001

วิจารณ์

จากการสืบค้นข้อมูลไม่พบว่ามีรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบของจำนวนครั้งของการใส่แร่ อัตราแอมปริมาตรรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก แต่มีหนึ่งรายงานการทบทวนอย่างเป็นระบบเปรียบเทียบการใส่แร่อัตราแอมปริมาตรรังสีต่ำเปรียบเทียบกับการใส่แร่อัตราแอมปริมาตรรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกซึ่งไม่พบความแตกต่างในด้านการรอดชีพ การกลับเป็นซ้ำของโรค และผลข้างเคียงระยะยาว การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมปริมาตรรังสีสูงทั้งในด้านการรอดชีพ การควบคุมโรคเฉพาะที่ และผลข้างเคียงทั้งระยะสั้นและระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบการใส่แร่ 3 Gy 10 ครั้ง กับการใส่แร่

7.2 Gy 3 ครั้ง เปรียบเทียบการใส่แร่ 6.5 Gy 4 ครั้ง กับ 8 Gy 3 ครั้ง และ 9 Gy 2 ครั้ง และเปรียบเทียบการใส่แร่ 6 Gy 4 ครั้ง กับ 7.2 Gy 3 ครั้ง การศึกษาอื่นหลังของ Ferrigno¹⁵ ให้ความเห็นว่าการใส่แร่อัตราแอมปริมาตรรังสีสูงแบบ 6 Gy 4 ครั้ง มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 การศึกษาของ Peterit¹⁶ ได้ทำการทบทวนเอกสารและพบว่าไม่สามารถสรุปจำนวนครั้งของการใส่แร่อัตราแอมปริมาตรรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวนครั้งที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละสถาบัน Orton¹⁷ ได้ให้ความเห็นไว้ว่า ถ้าปริมาณรังสีในการใส่แร่อัตราแอมปริมาตรรังสีสูงเกินกว่า 7 Gy ต่อครั้ง จะเพิ่ม morbidity ของผู้ป่วยมะเร็ง

ปากมดลูก อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Nam¹⁴ ให้ความเห็นว่า การเปรียบเทียบจำนวนครั้งและปริมาณรังสีในการใส่แร่ อัตราแผลปริมาณรังสีสูงอาจจะแปลผลผิดพลาดได้ เนื่องจากการเปรียบเทียบต้องคำนึงถึงปริมาณรังสีจากการฉายแสงภายนอกด้วย ดังนั้น การเปรียบเทียบผลของรังสีทางชีววิทยา หรือ Biologically effective dose (BED) ซึ่งคำนวณมาจากการฉายแสงภายนอกและการใส่แร่จึงน่าจะเหมาะสมกว่า แต่ในปัจจุบันก็มีความแตกต่างของคำแนะนำ โดยประเทศญี่ปุ่นแนะนำ BED at point A ($\alpha/\beta = 10$) ที่ 60-80 Gy₁₀ ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำที่ 107-108 Gy¹⁸ การศึกษาของ Nam¹⁴ รายงาน BED at point A ของการใส่แร่ 3 Gy 10 ครั้ง และการใส่แร่ 5 Gy 5 ครั้ง เท่ากันคือ 110 Gy₁₀ การศึกษาของ Tharavichitkul¹² รายงาน BED at point A ของการใส่แร่ 7.2 Gy 3 ครั้ง เท่ากับ 85.2 Gy₁₀ และการใส่แร่ 6 Gy 4 ครั้ง เท่ากับ 86.4 Gy₁₀ ส่วนการศึกษาของ Tigeneh¹⁰ รายงาน BED at point A ของการใส่แร่ 6.5 Gy 4 ครั้ง และการใส่แร่ 8 Gy 3 ครั้ง เท่ากันคือ 103 Gy₁₀ ส่วนการใส่แร่ 9 Gy 2 ครั้ง เท่ากับ 94 Gy₁₀

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่สืบค้นได้และนำมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาของ Tharavichitkul¹² มีผู้เข้าร่วมโครงการ 377 ราย ส่วนอีกสองการศึกษามีผู้เข้าร่วมโครงการ 71 ราย¹⁰ และ 56 ราย¹⁴ โดยทั้ง 3 การศึกษาอาจมีความเสี่ยงอคติ เนื่องจากไม่มีการรายงานการปิดวิธีการรักษาในผู้ที่วัดผล เนื่องจากผู้วัดผลต้องมีการตรวจร่างกายและ/หรือการดูแล การตรวจวินิจฉัยทางรังสีเพื่อประเมินการควบคุมโรคเฉพาะ ซึ่งถ้าไม่มีการปิดข้อมูลการรักษาอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงอคติได้ การศึกษาของ Tigeneh¹⁰ และ Nam¹⁴ มีจำนวน drop out ร้อยละ 10.6 และ ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ โดยทั้งสองการศึกษาไม่ได้ทำการวิเคราะห์แบบ intention-to-treat ซึ่งอาจมีความเสี่ยงอคติได้นอกจากนี้การศึกษาของ Tigeneh¹⁰ ซึ่งไม่ได้มาจากการสืบค้นผ่าน PUBMED อาจมีความเสี่ยงอคติจากการที่ไม่ได้รายงานการเปรียบเทียบอัตราการเกิดผลข้างเคียงตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ การศึกษาทั้ง 3 การศึกษาที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีความแตกต่างกันของจำนวนครั้งการใส่แร่ อัตราแผลปริมาณรังสีสูง โดยการศึกษาของ Nam¹⁴ เปรียบเทียบการใส่แร่ 3 Gy 10 ครั้ง กับการ

ใส่แร่ 5 Gy 5 ครั้ง การศึกษาของ Tigeneh¹⁰ เปรียบเทียบการใส่แร่ 6.5 Gy 4 ครั้ง กับ 8 Gy 3 ครั้ง และ 9 Gy 2 ครั้ง และการศึกษาของ Tharavichitkul¹² เปรียบเทียบการใส่แร่ 6 Gy 4 ครั้ง กับ 7.2 Gy 3 ครั้ง นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ยาเคมีบำบัดควบคู่ไปกับการให้รังสีรักษายังมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าการศึกษาของ Tigeneh¹⁰ มีการให้ยา Cisplatin 80 mg/m² ทุก 3 สัปดาห์ การศึกษาของ Nam¹⁴ มีการให้ยา 5-FU และ Cisplatin ทุก 4 สัปดาห์ ส่วนการศึกษาของ Tharavichitkul¹² มีการให้ยา Cisplatin 40 mg/m² ทุกสัปดาห์ หรือ mitomycin-C 10 mg/m² สัปดาห์ที่ 1 และ 6 เมื่อพิจารณาการวัดผลลัพธ์พบว่ามีความแตกต่างกันโดย Tigeneh¹⁰ มีระยะเวลาการวัดผลด้านการควบคุมโรคเฉพาะที่หลังการรักษา 6 เดือน ส่วนอีก 2 การศึกษามีระยะเวลา การวัดผลด้านการรอดชีพและการควบคุมโรคเฉพาะที่หลังการรักษา 3 ปี^{12,14} การวัดผลข้างเคียงพบว่า Tharavichitkul¹² และ Nam¹⁴ ใช้เกณฑ์ของ RTOG/EORTC ส่วน Tigeneh¹⁰ ใช้เกณฑ์ของ LENT/SOMA ซึ่งทั้ง 2 เกณฑ์นี้มีความแตกต่างกัน¹⁹

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ ซึ่งพบการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์จำนวนน้อย มีการเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการใส่แร่ อัตราแผลปริมาณรังสีสูงแตกต่างกัน และมีการวัดผลลัพธ์ในระยะเวลาและใช้เกณฑ์ที่ต่างกัน ทำให้ไม่สามารถสังเคราะห์ข้อมูลและทำ Meta-analysis ได้ ดังนั้น เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ชัดเจนและแม่นยำขึ้น ควรมีการสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่นเพื่อนำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการทำการศึกษาวิเคราะห์เชิงทดลองเปรียบเทียบจำนวนครั้งของการใส่แร่ อัตราแผลปริมาณรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย จะทำให้สามารถนำข้อมูลมากำหนดจำนวนครั้งที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศได้ ก่อให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดต่อบุคลากรผู้ให้บริการและผู้ป่วย

สรุป

การศึกษาประสิทธิผลและผลข้างเคียงของจำนวนครั้งของการใส่แร่ อัตราแผลปริมาณรังสีสูงในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลามเฉพาะที่ไม่พบความแตกต่างกันในเรื่องของผลลัพธ์ด้านอัตราการรอดชีพ อัตราการควบคุมโรคเฉพาะที่ และอัตราการเกิดผลข้างเคียง

References

1. Thiravud Khuhaprema, Pattarawin Attasara, Hutcha Sriplung, Suraporn Wiangnon, Yupa Sumitsawan, Suleeporn Sangrajang, et al. Cancer in Thailand (204-2006). [Internet]. 2554.

[cited 2016 Jun 14]. Available from: http://www.nci.go.th/en/File_download/Nci%20Cancer%20Registry/Cancer%20in%20thailand.pdf.

References

2. งานทะเบียนมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง. สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ปี พ.ศ. 2554. ลำปาง: ฅนกิจการพิมพ์; 2554.
3. ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์, อาคม ชัยวีระวัฒน์, เสาวคนธ์ ศุกรโยธิน, วีรฤดี อิมสำราญ, ธีรฤดี คูหะเปรมะ. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพมหานคร: โฆสิตการพิมพ์; 2556.
4. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 17-48.
5. Treatment options for cervical cancer, by stage [Internet]. 2558. [cited 2016 Jun 14]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-treating-by-stage>
6. Perez CA, Breaux S, Bedwinek JM, Madoc-Jones H, Camel HM, Purdy JA, et al. Radiation therapy alone in the treatment of carcinoma of the uterine cervix. II. Analysis of complications. Cancer 1984; 54:235-46.
7. International Commission on Radiation Units & Measurements. Dose and Volume Specification for Reporting Intracavity Therapy in Gynecology [Internet]. 2016. [cited 2016 July 25]. Available from: <https://www.scribd.com/doc/72099642/icru-38>.
8. Viani GA, Manta GB, Stefano EJ, de Fendi LI. Brachytherapy for cervix cancer: low-dose rate or high-dose rate brachytherapy – a meta-analysis of clinical trials. J Exp Clin Cancer Res 2009; 28:47.
9. Viswanathan AN, Beriwal S, De Los Santos JF, Demanes DJ, Gaffney D, Hansen J, et al. American Brachytherapy Society consensus guidelines for locally advanced carcinoma of the cervix. Part II: high-dose-rate brachytherapy. Brachytherapy 2012; 11:47-52.
10. Tigeneh W, Kotzen J, Donde B. Prospective randomised study comparing three-fraction regimens of High Dose Rate Brachytherapy for cancer of the cervix stage IIB and IIIB. Afr J Haematol Oncol [Internet]. 2011 [cited 2016 Jul 4]. Available from: <http://www.afjho.com/index.php/AJOHAO/article/view/27>.
11. Forrest JL, Ackerman I, Barbera L, Barnes EA, Davidson M, Kiss A, et al. Patient outcome study of concurrent chemoradiation, external beam radiotherapy, and high-dose rate brachytherapy in locally advanced carcinoma of the cervix. Int J Gynecol Cancer 2010; 20:1074-8.
12. Tharavichitkul E, Klunkin P, Lorvidhaya V, Sukthomya V, Chakrabhandu S, Pukanhaphan N, et al. The effects of two HDR brachytherapy schedules in locally advanced cervical cancer treated with concurrent chemoradiation: a study from Chiang Mai, Thailand. J Radiat Res 2012; 53:281-7.
13. Julian PT, Douglas G, Jonathan AC, editors. 8 Assessing risk of bias in included studies [Internet]. 2011 [cited 2016 July 25]. Available from: http://handbook.cochrane.org/index.htm#chapter_8
14. Nam TK, Ahn SJ. A prospective randomized study on two dose fractionation regimens of high-dose-rate brachytherapy for carcinoma of the uterine cervix: comparison of efficacies and toxicities between two regimens. J Korean Med Sci 2004; 19:87-94.
15. Ferrigno R, dos Santos Novaes PE, Pellizzon AC, Maia MA, Fogarolli RC, Gentil AC, et al. High-dose-rate brachytherapy in the treatment of uterine cervix cancer. Analysis of dose effectiveness and late complications. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2001; 50:1123-35.
16. Petereit DG, Pearcey R. Literature analysis of high dose rate brachytherapy fractionation schedules in the treatment of cervical cancer: is there an optimal fractionation schedule? Int J Radiat Oncol Biol Phys 1999; 43:359-66.
17. Orton CG. HDR: forget not "time" and "distance". Int J Radiat Oncol Biol Phys 1991; 20:1131-2.
18. Toita T. Current status and perspectives of brachytherapy for cervical cancer. Int J Clin Oncol 2009; 14:25-30.
19. Hoeller U, Tribius S, Kuhlmeier A, Grader K, Fehlauer F, Alberti W. Increasing the rate of late toxicity by changing the score? A comparison of RTOG/EORTC and LENT/SOMA scores. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003; 55:1013-8. ●

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ในผู้ป่วยที่บาดเจ็บบริเวณศีรษะของโรงพยาบาลลำปาง

กรวรรณ หากุประกอบสุข ฝ.บ.
โรงพยาบาลลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

Abstract : Computed Tomography of the Brain in Acute Head Trauma in Lampang Hospital

Hanprakopsuk K
Lampang Hospital, Mueang Lampang, Lampang 52000
(E-mail : kukgui@yahoo.com)

The requirements of computed tomography of the brain in head injury have been increasing continually each year at Lampang Hospital. This study aims to determine the indications that are correlated with positive CT findings and a change in management. The data from 1,051 head injury subjects were collected between 1 February 2015 and 31 July 2015. Mild head injuries were 88.1%, moderate head injuries were 5.8% and severe head injuries were 5.9%. The mean age was 43.02 ± 22.10 years. Most of the subjects were male (67.2%) and the most frequently cause of head injury was traffic accident (62.0%). Positive CT findings in mild head injury were 20.8% and only 9.6% resulting in change of management. Positive CT findings in moderate head injury and severe head injury were 67.7% and 85.7%, respectively. All of them resulted in change of management. In Lampang Hospital, indications for computed tomography of the brain in head injury that had significant positive CT findings and a change in management were moderate head injury and severe head injury. In the group with mild head injury, additional indications are required such as suspected open or depress skull fracture, signs of base of skull fracture and more than one indication.

Keywords : Head injury, Computer tomography result, Change of management

บทคัดย่อ

สถิติการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในโรงพยาบาลลำปางเพิ่มขึ้นทุกปี การศึกษานี้ทำเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกับผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงการรักษาในโรงพยาบาลลำปาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2558 ถึง 31 กรกฎาคม 2558 ผู้ป่วย 1,051 ราย เป็นกลุ่ม mild head injury ร้อยละ 88.1 moderate head injury ร้อยละ 5.8 และ severe head injury ร้อยละ 5.9 อายุเฉลี่ย (mean) 43.02 ± 22.10 ปี ผู้ชาย ร้อยละ 67.2 ผู้หญิง ร้อยละ 32.8 สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะ อุบัติเหตุทางจราจร พบสูงที่สุด ร้อยละ 62.0 ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์กลุ่ม mild head injury มีผลผิดปกติ ร้อยละ 20.8 มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา ร้อยละ 9.61 กลุ่ม moderate head injury มีผลผิดปกติ ร้อยละ 67.7 มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา ร้อยละ 67.7 กลุ่ม severe head injury มีผลผิดปกติ ร้อยละ 85.7 มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา ร้อยละ 85.7 ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะของโรงพยาบาลลำปางที่เหมาะสมคือ moderate head injury และ severe head injury ส่วนกลุ่ม mild head injury ต้องอาศัยข้อบ่งชี้อื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ suspected open or depress skull fracture, sign of base of skull fracture และมีข้อบ่งชี้มากกว่า 1 ข้อ

คำสำคัญ : การบาดเจ็บศีรษะ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การเปลี่ยนแปลงการรักษา

การบาดเจ็บที่ศีรษะ อาจทำให้เกิดสมองบาดเจ็บ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของโลก มีอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี ตามการเพิ่มจำนวนยานพาหนะในประเทศกำลังพัฒนา¹ การวินิจฉัยภาวะสมองบาดเจ็บมีความสำคัญเนื่องจากอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการได้หากวินิจฉัยและให้การรักษาล่าช้า

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมและได้รับความนิยมในการตรวจผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ เนื่องจากใช้เวลาในการตรวจไม่นาน และมีความแม่นยำสูงในการวินิจฉัยภาวะเลือดออกในสมองและกะโหลกแตกร้าว² การใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในการตรวจผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมีประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและลดอัตราการนอนโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เป็นการตรวจพิเศษทางรังสีที่มีราคาสูง หากทำการส่งตรวจมากเกินไปจะทำให้โรงพยาบาลและประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ยังมีข้อเสียคือทำให้ผู้ป่วยได้รับรังสีถึงแม้ยังไม่มีการวินิจฉัยได้ทั้งนี้ปริมาณรังสีที่แน่นอนที่จะให้เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับวิธีการทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ควรทำตามข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันการได้รับปริมาณรังสีโดยไม่จำเป็น

ในโรงพยาบาลลำปางพบว่าอุบัติการณ์ในการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะและการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2558 มีการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทั้งหมด 10,564 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ 3,125 ราย (ร้อยละ 29.6) วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกับผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงการรักษาในโรงพยาบาลลำปาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลำปางและได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2558 ถึง 31 กรกฎาคม 2558 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ชนิดมัลติสไลด์ 16 แถวทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณศีรษะโดยไม่ฉีด

สารทึบรังสี จำแนกผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มโดยใช้ Glasgow coma scale (GCS)³ คือ mild head injury (GCS 13 - 15), moderate head injury (GCS 9 - 12) และ severe head injury (GCS 3 - 8) ในกลุ่มผู้ป่วย mild head injury มีข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจอื่นๆเพิ่มเติม บันทึกผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยโดยผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่นำมาศึกษาจะเป็นการเอกซเรย์ครั้งแรกหลังจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดย Positive CT finding ได้แก่ Subarachnoid hemorrhage, Subdural hematoma, Epidural hematoma, Intracerebral hemorrhage, brain contusion, intraventricular hemorrhage, brain edema และ fracture skull นอกจากนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นการเปลี่ยนแปลงการรักษาซึ่งสัมพันธ์กับภาวะการบาดเจ็บของสมอง ได้แก่ การผ่าตัดสมอง การให้ยาลดสมองบวมและยาแก้ชัก⁴ ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนารายงานเป็นความถี่ร้อยละ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อบ่งชี้ในการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกลุ่ม mild head injury กับผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผิดปกติ และข้อบ่งชี้ในการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกลุ่ม mild head injury กับการเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยใช้สถิติ multiple logistic regression โดยตัวแปรที่ใช้คือข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ใน mild head injury ที่ใช้จริงในโรงพยาบาลลำปาง

ผล

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลลำปางและได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา มีทั้งหมด 1,051 ราย เป็นกลุ่ม mild head injury (GCS 13 - 15) 926 ราย (ร้อยละ 88.1) moderate head injury (GCS 9 - 12) 62 ราย (ร้อยละ 5.9) และ severe head injury (GCS 3 - 8) 63 ราย (ร้อยละ 6.0) ช่วงอายุตั้งแต่ 4 เดือนถึง 97 ปี อายุเฉลี่ย (mean) 43.0 ± 22.1 ปี ผู้ชาย 706 ราย (ร้อยละ 67.2) ผู้หญิง 345 ราย (ร้อยละ 32.8)

สาเหตุการบาดเจ็บที่ศีรษะ อุบัติเหตุทางจราจรพบสูงที่สุด 652 ราย (ร้อยละ 62.0) ลื่นล้มศีรษะกระแทกพื้น 162 ราย (ร้อยละ 15.4) ตกจากที่สูง 161 ราย (ร้อยละ 15.3) และถูกทำร้ายร่างกาย 76 ราย (ร้อยละ 7.2)

ตารางที่ 1 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำแนกตาม Glasgow coma scale (GCS) และการเปลี่ยนแปลงการรักษา⁴

GCS (n)	Negative CT n (%)	Positive CT n (%)	การเปลี่ยนแปลงการรักษา n (%)
13 - 15 (926)	733 (79.2)	193 (20.8)	89 (9.6)
9 - 12 (62)	20 (32.3)	42 (67.7)	42 (67.7)
3 - 8 (63)	9 (14.3)	54 (85.7)	54 (85.7)

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกลุ่ม Mild head injury ไม่พบความผิดปกติใดๆ 733 ราย (ร้อยละ 79.2) และผลผิดปกติ 193 ราย (ร้อยละ 20.8) จำแนกกลุ่มที่ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผิดปกติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำแนกผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผิดปกติที่พบในกลุ่ม mild head injury

Finding	n (%)
Multiple findings	105 (54.4)
Subarachnoid hemorrhage	26 (13.5)
Skull fracture	20 (10.4)
Subdural hematoma	16 (8.3)
Intracerebral hematoma	14 (7.3)
Epidural hematoma	10 (5.2)
Diffuse brain swelling	1 (0.5)
Intraventricular hemorrhage	1 (0.5)

ผู้ป่วยกลุ่ม Mild head injury พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 837 ราย มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 89 ราย ผ่าตัดสมอง 27 ราย (ร้อยละ 2.9) ได้ยาลดสมองบวม 51 ราย (ร้อยละ 5.5) และได้รับยากันชัก 85 ราย (ร้อยละ 9.2) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา ได้รับการรักษาหลายอย่าง

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกลุ่ม Moderate head injury ไม่พบความผิดปกติใดๆ 20 ราย และพบผลผิดปกติ 42 ราย โดยพบความผิดปกติมากกว่า 1 อย่าง 30 ราย (ร้อยละ 71.4) และ Subarachnoid hemorrhage 5 ราย (ร้อยละ 11.9) กระโหลกศีรษะแตกร้าว 5 ราย (ร้อยละ 11.9) Intracerebral hematoma 1 ราย (ร้อยละ 2.4) และ Subdural hematoma 1 ราย (ร้อยละ 2.4) ผ่าตัดสมอง 11 ราย (ร้อยละ 17.7) ได้ยาลดสมองบวม 30 ราย (ร้อยละ 48.4) และได้รับยากันชัก 23 ราย (ร้อยละ 37.1) โดยผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาหลายอย่าง

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในกลุ่ม Severe head injury ไม่พบความผิดปกติใดๆ 9 ราย และพบผลผิดปกติ 54 ราย โดยทุกรายที่ผลผิดปกติพบความผิดปกติมากกว่า 1 อย่าง (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผ่าตัดสมอง 16 ราย (ร้อยละ 25.4) ได้ยาลดสมองบวม 20 ราย (ร้อยละ 31.7) และได้รับยากันชัก 24 ราย (ร้อยละ 38.1) และเสียชีวิต 18 ราย โดยผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาส่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาหลายอย่าง

เมื่อนำผู้ป่วยในกลุ่ม Mild head injury มาจำแนกตามข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (ตารางที่ 3) โดยข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ป่วย mild head injury ในโรงพยาบาลลำปาง ได้แก่

- อายุ ≥ 65 ปี
- สงสัย open fracture หรือ depress skull fracture
- คลื่นไส้ อาเจียน ≥ 2 ครั้ง
- Retrograde amnesia จำเหตุการณ์ก่อนเกิดอุบัติเหตุ 30 นาทีไม่ได้
- Sign of fracture base of skull : Hemotympanum, Racoon eye, Battle's sign, CSF otorrhea, CSF rhinorrhea
- Dangerous mechanism : Pedestrian struck by motor vehicle, Occupant ejected from motor vehicle, Fall from height > 3 feet > 5 stairs
- Glasgow coma score < 15
- ได้รับยา warfarin
- ชักเกร็งหลังจากได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ
- ปวดหัวศีรษะหลังจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
- Focal neurological deficit : อาการเกิดขึ้นหลังได้รับอุบัติเหตุ เช่น มีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง

ตารางที่ 3 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยกลุ่ม mild head injury (GCS 13 - 15)
จำแนกตามข้อบ่งชี้ที่ส่งตรวจ

Indication	Total case	Negative CT (%)	Positive CT (%)
Age $\geq$ 65	126	19.5	13.2
Suspected open or depress skull fracture	55	5.2	9.0
Sign of fracture base of skull	30	2.0	7.9
$\geq$ 2 episode of vomiting	72	7.9	9.5
Retrograde amnesia before impact 30 minutes	332	44.5	39.2
Dangerous mechanism	57	8.0	5.3
GCS < 15	14	1.6	1.6
warfarin	10	1.4	0.00
Seizure	15	1.6	1.6
Focal neurological deficit	5	0.4	1.1
Headache	18	2.2	1.1
Low risk	122	14.3	9.0
> 1 indication	70	6.0	13.8

หมายเหตุ : More than one indication หมายถึงผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้มากกว่า 1 ข้อ Low risk หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ตรงตาม indication ที่กำหนดไว้

Indication ที่ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์แล้วผลผิดปกติสูงสุด 6 อันดับ ได้แก่ retrograde amnesia, > 1 indication, Age $\geq$ 65, $\geq$ 2 episode of vomiting, Suspected open or depress skull fracture และ low risk

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง
ใน mild head injury และผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผิดปกติ

Indication	Odd ratio (Adjusted)	95% CI	p- value
Age $\geq$ 65	0.6	(0.4, 1.0)	0.074
Suspected open or depress skull fracture	3.9	(1.1, 13.3)	0.031
Sign of fracture base of skull	8.6	(2.3, 32.6)	0.001
$\geq$ 2 episode of vomiting	2.7	(0.8, 9.3)	0.115
Retrograde amnesia before impact 30 minutes	1.9	(0.6, 6.0)	0.271
Dangerous mechanism	1.5	(0.4, 5.5)	0.540
GCS < 15	2.3	(0.4, 12.2)	0.341
warfarin	1	-	-
Seizure	2.1	(0.4, 11.7)	0.378
Focal neurological deficit	7.1	(0.9, 57.9)	0.068
Headache	1.1	(0.2, 6.8)	0.950
Low risk	1.4	(0.4, 4.7)	0.624
>1 indication	5.1	(1.6, 16.8)	0.007

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจโดยควบคุมตัวแปรใช้สถิติ multiple logistic regression พบว่าข้อบ่งชี้ที่มีโอกาสจะทำให้ผล CT positive คือ Sign of fracture base of skull, >1 indication และ Suspected open or depress skull fracture โดย Sign of fracture base of skull จะมีโอกาสตรวจพบผล CT ผิดปกติมากกว่าผลปกติ 8.6 เท่า, >1 indication จะมีโอกาสพบผล CT ผิดปกติมากกว่าผลปกติ 5.1 เท่า และ Suspected open or depress skull fracture จะมีโอกาสตรวจพบผล CT ผิดปกติมากกว่าผลปกติ 3.9 เท่า

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงการรักษาในผู้ป่วยกลุ่ม mild head injury จำแนกตามข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ

Indication	Total case	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง การรักษา (ร้อยละ)	มีการเปลี่ยนแปลง การรักษา (ร้อยละ)
Age $\geq$ 65	126	18.7	14.1
Suspected open or depress skull fracture	55	5.5	9.8
Sign of fracture base of skull	30	2.9	6.5
$\geq$ 2 episode of vomiting	72	8.0	9.8
Retrograde amnesia before impact 30 minutes	332	44.1	37.0
Dangerous mechanism	57	7.6	6.5
GCS < 15	14	1.6	2.2
Taking warfarin/bleeding disorder	10	1.2	0
Seizure	15	1.4	3.3
Focal neurological deficit	5	0.5	1.1
Headache	18	2.0	1.1
Low risk	122	13.4	10.9
>1 indication	70	7.2	10.9

Indication ในการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษา 6 อันดับแรกคือ Retrograde amnesia before impact 30 minutes, Age $\geq$ 65, >1 indication, Low risk, Suspected open or depress skull fracture และ $\geq$ 2 episode of vomiting

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อบ่งชี้ในการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วย mild head injury และการเปลี่ยนแปลงการรักษา

Indication	Odd ratio (Adjusted)	95% CI	p-value
Age $\geq$ 65	0.7	(0.4, 1.4)	0.364
Suspected open or depress skull fracture	4.0	(0.8, 19.7)	0.092
Sign of fracture base of skull	5.1	(0.9, 28.8)	0.067
$\geq$ 2 episode of vomiting	2.7	(0.5, 14.2)	0.227
Retrograde amnesia before impact 30 minutes	1.9	(0.4, 8.5)	0.429
Dangerous mechanism	2.0	(0.4, 10.8)	0.434
GCS < 15	3.2	(0.4, 26.3)	0.273
warfarin	1	-	-
Seizure	5.1	(0.7, 35.7)	0.104

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อบ่งชี้ในการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ในผู้ป่วย mild head injury และการเปลี่ยนแปลงการรักษา (ต่อ)

Indication	Odd ratio (Adjusted)	95% CI	p-value
Focal neurological deficit	5.8	(0.4, 80.7)	0.191
Headache	1.2	(0.1, 14.5)	0.896
Low risk	1.8	(0.3, 9.1)	0.486
>1 indication	3.3	(0.7, 16.0)	0.130

เมื่อหาความสัมพันธ์โดยควบคุมตัวแปร พบว่าไม่มีข้อบ่งชี้ใดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรักษา

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าสาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะที่พบบ่อยที่สุดคือ อุบัติเหตุทางจราจร (ร้อยละ 62.0) ซึ่งตรงกับผลการศึกษาในประเทศอิหร่าน⁵ และในประเทศอินเดีย⁶⁻⁷ แต่แตกต่างกับผลการศึกษาในประเทศคิวบาและบราซิล⁸ ซึ่งการถูกทำร้ายร่างกายเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะที่มีสถิติสูงสุด

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่บาดเจ็บบริเวณศีรษะกลุ่ม mild head injury มีสถิติสูงสุด (ร้อยละ 88.1) ในกลุ่ม severe head injury (ร้อยละ 6.0) และ moderate head injury (ร้อยละ 5.9) มีสถิติรองลงมา ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Naseri⁵ พบสถิติตรงกันในกลุ่มของ mild head injury มีสถิติสูงสุดร้อยละ 80.8 แต่างกันเล็กน้อยในกลุ่ม moderate head injury 14% และ severe head injury 5.3%

ความผิดปกติในสมองที่พบของกลุ่ม mild head injury ของการศึกษานี้พบความผิดปกติมากกว่า 1 อย่างมีสถิติสูงสุดร้อยละ 54.4 รองลงมาคือ subarachnoid hemorrhage 13.5% และกะโหลกศีรษะแตกร้าวร้อยละ 10.4 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Gupta⁹ ซึ่งพบกะโหลกแตกร้าวมากที่สุดรองลงมาคือ intracerebral hematoma และ epidural hematoma ตามลำดับ

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่ม mild head injury มีการเปลี่ยนแปลงการรักษาเพียงร้อยละ 9.6 และเป็นการรักษาโดยผ่าตัดสมองเพียงร้อยละ 2.9 ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าการศึกษาของ Syed⁶ ซึ่งพบว่าการผ่าตัดสมองร้อยละ 4.0 แต่มีจำนวนมากกว่าการศึกษาของ Stiell¹⁰ ซึ่งมีการผ่าตัดในกลุ่ม mild head injury เพียงร้อยละ 0.4

การศึกษาของ Naseri⁵ พบว่ายังมี Glasgow coma scale (GCS) ต่ำยังมีโอกาสสูงในการเกิดความผิดปกติหลายอย่างในสมอง และมีโอกาสสูงที่จะได้รับการผ่าตัดสมอง ซึ่งตรงกับ การศึกษานี้ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่ม mild head injury (GCS 13 - 15), moderate head injury (GCS 9 - 12) และ severe head injury (GCS 3 - 8) พบความผิดปกติในสมองมากกว่า 1 อย่าง

ร้อยละ 54.4 ร้อยละ 71.4 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ สถิติ การผ่าตัดสมองในกลุ่ม mild head injury, moderate head injury และ severe head injury 2.9 %, 17.7 % และ 25.4% ตามลำดับ

เนื่องจากสถิติจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม mild head injury มีจำนวนมากที่สุดแต่ผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีผลผิดปกติ น้อย ในต่างประเทศได้มีความพยายามสร้างข้อบ่งชี้ต่างๆ เพื่อให้การส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เหมาะสมและเพิ่มโอกาส ที่คัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ได้แก่ Canadian CT head rule (CCHR)¹¹, New Orleans CT head rule (NOC)¹² และ NICE guideline¹³ แต่ปัจจุบันพบว่า CCHR มีความนิยมในการใช้แพร่หลาย ในทั่วโลก เนื่องจากหลายงานวิจัยพบว่ามีประสิทธิภาพสูง ในการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่ม mild head injury ทั้งในแง่ของ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการเปลี่ยนแปลงการรักษา เมื่อเทียบกับแนวทางอื่นๆ เช่น การศึกษาของ Papa¹⁴ และ Stiell¹⁰ พบว่า CCHR และ NOC มี sensitivity สูงเท่ากันในการ วินิจฉัยความผิดปกติในสมอง แต่ CCHR มี specificity สูงกว่า

โรงพยาบาลลำปางได้จัดทำข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยกลุ่ม mild head injury โดยใช้ Canadian CT head injury rule เป็นหลัก ได้แก่ GCS < 15 2 hours after injury, suspected open or depress skull fracture, any sign of fracture base of skull, ≥ 2 episode of vomiting, อายุ ≥ 65, retrograde amnesia before impact 30 minutes และ dangerous mechanism นอกจากนี้ได้มีการนำ New Orleans CT head rule มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย ได้แก่ Headache และ post traumatic seizure และนำข้อบ่งชี้ บางอย่างจาก NICE มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย ได้แก่ focal neurologic deficit ในทางปฏิบัติพบว่าบางครั้งแพทย์ผู้ส่ง ตรวจส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่ได้ใช้ข้อบ่งชี้ ที่โรงพยาบาลกำหนด เช่นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำตาม CCHR (low risk) แต่ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลสูง

ในกลุ่ม mild head injury เมื่อนำมาวิเคราะห์จำแนกตามข้อบ่งชี้ที่ส่งตรวจพบว่า ในกลุ่มที่สงสัย open fracture หรือ depress fracture skull สงสัยภาวะฐานกะโหลกแตกร้าว และกรณีมีข้อบ่งชี้ > 1 ข้อ มีผลการตรวจที่ผิดปกติสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ Canadian CT head rule¹¹ ในขณะที่ข้อบ่งชี้อื่นๆ ไม่พบผลการเปลี่ยนแปลงทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ใช้มากที่สุดในกลุ่ม mild head injury คือ retrograde amnesia before impact 30 mins โดยมีจำนวนถึง 332 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.9 แต่พบผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผิดปกติเพียง 64 ราย เท่านั้น เมื่อทบทวนประวัติของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในเวชระเบียนพบว่า ส่วนใหญ่จำเหตุการณ์ช่วงเกิดเหตุไม่ได้ แต่จำเหตุการณ์ก่อนเกิดเหตุได้หลายคนไม่มีบาดแผลที่ศีรษะ แต่ตกใจจำเหตุการณ์ไม่ได้ก็ถูกส่งมาทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยคิดรวมเป็นข้อบ่งชี้

ผู้ป่วยที่มีประวัติชักเกร็ง ทั้งหมด 15 ราย พบผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผิดปกติที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บศีรษะเพียง 3 ราย เมื่อกลับไปทบทวนประวัติของผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถจำแนกประวัติการชักเกร็งว่าเกิดก่อนหรือหลังการบาดเจ็บศีรษะได้อย่างชัดเจน

ผู้ป่วยกลุ่ม Headache 18 ราย พบความผิดปกติเพียง 2 ราย ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตามข้อบ่งชี้คือปวดทั่วทั้งศีรษะนอกเหนือจากบริเวณบาดแผลบริเวณศีรษะ จากการทบทวนประวัติผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่าส่วนใหญ่ปวดบริเวณแผลที่ศีรษะไม่ได้ปวดทั่วศีรษะ

อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าในกลุ่มที่ไม่มีข้อบ่งชี้ จำนวน 122 ราย พบผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผิดปกติ ถึง 17 ราย ซึ่งผลเป็น Subarachnoid hemorrhage 12 ราย Subdural hemorrhage ขนาดเล็ก 4 ราย และ Epidural hemorrhage 2 ราย มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา 10 ราย ซึ่งผู้ป่วยที่มี Subarachnoid hemorrhage และ Subdural hemorrhage ขนาดเล็กบางรายได้รับยาต้านชักและยาลดสมองบวม ส่วนผู้ป่วยที่มี Epidural hemorrhage ได้รับการผ่าตัดสมอง เมื่อวิเคราะห์ในผู้ป่วย

กลุ่มนี้พบว่าส่วนใหญ่มีเลือดออกในปริมาณน้อยหรือเลือดออกในบริเวณที่อาจทำให้เกิดอาการไม่มาก เช่น Epidural hematoma บริเวณ Frontal convexity การชักประวัติและตรวจร่างกายโดยละเอียดจะทำให้อาจจะช่วยทำให้พบความผิดปกติที่น่าสงสัยได้ดีขึ้น

เมื่อนำผู้ป่วยในกลุ่ม Mild head injury มาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง กับการเปลี่ยนแปลงการรักษาพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แพทย์ผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และแพทย์ประจำบ้านซึ่งมีความชำนาญ และประสบการณ์น้อยในการวินิจฉัยภาวะบาดเจ็บของสมอง อีกทั้งข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในแต่ละข้อยังมีรายละเอียดปลีกย่อยที่สำคัญ การศึกษาข้อบ่งชี้ให้เข้าใจอย่างถูกต้องร่วมกับการซักประวัติตรวจร่างกายผู้ป่วยอย่างละเอียด พร้อมทั้งการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะทำให้ช่วยลดการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่จำเป็น และทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

สรุป

ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณศีรษะของโรงพยาบาลลำปางที่เหมาะสมคือ Moderate head injury (GCS 9 - 12) และ Severe head injury (GCS 3 - 8) ซึ่งพบผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติมากกว่าผลปกติ และมีผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างชัดเจน ส่วนกลุ่ม Mild head injury (GCS 13 - 15) ต้องอาศัยข้อบ่งชี้อื่นๆ ร่วมด้วย จากการศึกษาข้อบ่งชี้ที่มีความสัมพันธ์กับผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ คือ Suspected open or depress skull fracture, Sign of base of skull fracture และมีข้อบ่งชี้มากกว่า 1 ข้อ แต่ไม่มีผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามแพทย์ผู้ส่งตรวจผู้ป่วยควรศึกษาความหมายของข้อบ่งชี้อื่นๆ ให้ถูกต้อง จะช่วยลดการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยไม่จำเป็น

References

1. Maas AI, Menon DK, Lingsma HF, Pineda JA, Sandel ME, Manley GT. Re-orientation of clinical research in traumatic brain injury: report of an international workshop on comparative effectiveness research. *J neurotrauma* 2012; 29: 32-46.
2. Osborn AG, Salzman KL, Barkovich AJ, Katzman GL, Provenzale JM, Harnsberger HR. Textbook of diagnostic imaging of brain, 2nd ed. Manitoba; 2010.
3. Teadale G, Jannett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practice scale. *Lancet* 1974; 343: 100-5.
4. สวิง ปันจัยสิทธิ์, นครชัย เผื่อนปฐม, กุลพัฒน์ วีรสาร, บรรณานิการ. แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ โดยราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2556.
5. Naseri M, Tomasian M, Moghaddas AR. Correlation of CT scan finding with the level of consciousness in acute head trauma. *Iran journal Radiol* 2005; 2: 125-9.
6. Syed AT, Lone NA, Wani MA, Bhat AS. Clinical management of patients with minor head injuries. *Int J Health Sci* 2007; 1: 131-40.
7. Tomar SS, Bhargava A, Reddy N. Significance of computed tomography scan in head injury. *Open journal of clinical diagnosis* 2013; 3: 109-14.
8. Bordignon KC, Arruda WO. CT finding in mild head trauma. *Arq Neuropsiquitar* 2002; 60: 204-210.
9. Gupta PK, Atul K, Dwivedi AN, Kumkum G, Madhu B, Gouri G, et al. CT findings and outcomes of head injury: A cross sectional study. *J PAK MED STUD* 2011; 1: 78-82.
10. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, et al. The Canadian CT Head Rule for patient with minor head injury. *Lancet* 2001; 357: 1391-6.
11. Haydel MJ, Preston CA, Mills TJ, Luber S, Blaudeau E, DeBlieux PM. Indications for computed tomography in patient with minor head injury. *N England J Med* 2000; 343: 100-5.
12. National Institute for Clinical Excellence. Head injury Triage, assessment, investigation and early management of head injury in infant, children and adults. Clinical guideline. London: NICE, 2014: 55-56.
13. Papa L, Stiell IG, Clement CM, Pawlowicz A, Wolfram A, Braga C, et al. Performance of the Canadian CT Head Rule and New Orleans Criteria for predicting any traumatic intracranial injury on computed tomography in United State level I trauma center. *Acad Emerg Med* 2012; 19:2-10.
14. Stiell IG, Clement CM, Rowe BH, Schull MJ Brison R, Cass D, et al. Comparison of the Canadian CT Head Rule and the New Orleans Criteria in patients with minor head injury. *JAMA* 2005; 294:1511-8. ●

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

วิราสิริ วสศิริ Ph.d.Ed.

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น อ่าวกลาลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150

Abstract : Factors Influencing Participation in Fund Management of Health Insurance Fund Committee at the Local Level Banmi District Lopburi Province

Waseeweerasi W

Western University, Lumlukha, Pathum Thani, 12150

(E-mail : wirasiri_wasee@hotmail.com)

This research aimed to determine influential factors and relationship with fund management of health insurance fund committee at the local level Banmi district, Lopburi province. The 282 fund management committee were recruited as the subjects. The questionnaire was used as the research tool, and the results were analyzed by frequency, percentage, average, standard deviation, chi-square, Pearson correlation coefficient, and multiple regression analysis. It was found that the level of participation in fund management was 56.4%, 33.0%, and 10.6% for high, moderate, and low levels, respectively. The significant (p -value < 0.05) factors related to participation in fund management were revenue, policy awareness, attitudes, and social support. The significant (p -value < 0.01) factors that could predict the influences on participation in fund management (51% , $R^2 = 0.510$) with Beta were the social support for fund management (0.483) and policy awareness in fund management (0.351). From these observations, it could be suggested that related organizations in fund management of health insurance should support and promote participation in fund management of Health Fund Committee particularly

focused on social support and fund management awareness.

Keywords : Participation in fund management, Fund committee, Policy awareness, Attitudes, Social support

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนฯ จำนวน 282 คน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการทำนายอิทธิพลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนอยู่ในระดับมากร้อยละ 56.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 33.0 และระดับน้อยร้อยละ 10.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ รายได้ การรับรู้นโยบาย ทศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่สามารถทำนายอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ สามารถทำนายได้ร้อยละ 51 อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($R^2 = .510$, $p\text{-value} < 0.01$) พิจารณาจากค่า Beta คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ (0.483) รองลงมาคือการรับรู้นโยบายการบริหารจัดการกองทุนฯ (0.351) ผลการศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยเน้นในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้นโยบายการบริหารกองทุนฯ

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ การรับรู้นโยบาย ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม

บทนำ

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขมาเป็นเวลามากกว่า 50 ปี โดยเริ่มต้นจากพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เป็นจุดเริ่มต้นของการวางแผนเพื่อกำหนดการแบ่งอำนาจหน้าที่และการจัดสรรรายได้ระหว่างราชการส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาคกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเอง ซึ่งมีการกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง¹ และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้กำหนดประชาชนในท้องถิ่นและส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาของพื้นที่เอง โดยต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับการพัฒนาของจังหวัดและประเทศโดยรวม² ให้การสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ³ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดลพบุรี มีกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นทั้งหมด 125 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 99.2 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับ A+ กองทุนที่มีศักยภาพสูง จำนวน 13 กองทุน ระดับ A กองทุนที่มีศักยภาพดี จำนวน 29 กองทุน ระดับ B กองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง จำนวน 17 กองทุน และระดับ C กองทุนที่ยังขาดความพร้อมที่ต้องเร่งพัฒนา จำนวน 1 กองทุน และไม่ได้รับการประเมินหรือไม่ส่งข้อมูล จำนวน 65 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 10.4, 23.2, 13.6, 0.8 และ 52 ตามลำดับ⁴ อำเภอบ้านหมี่ เป็นอำเภอหนึ่ง

ในจังหวัดลพบุรี มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำนวน 21 กองทุน แบ่งเป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลเมือง 1 กองทุน และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล 20 กองทุน⁵ ซึ่งกองทุนแต่ละแห่งนั้นมีคณะกรรมการบริหารกองทุนซึ่งได้มาจากการคัดเลือกและแต่งตั้งอย่างถูกต้องตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการกองทุนฯ มาจากตัวแทนหรือผู้นำชุมชนที่มีความเป็นผู้นำ มีวิสัยทัศน์ ความคิดริเริ่ม ความเป็นอิสระ กล้าหาญในการตัดสินใจ มีความกระตือรือร้น และสามารถใช้กระบวนการชักจูงใจโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจประสานการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวทางหรือเป้าหมายขององค์กร ใช้ความเป็นผู้นำที่มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นหรือกลุ่มให้ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545⁶ ที่ผ่านมาการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี มีการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนโดยใช้รูปแบบการประเมินตนเองส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 4 ผลการประเมินมีดังนี้ คือ ไม่มีกองทุนที่อยู่ในระดับ A+ (กองทุนที่มีศักยภาพสูง) ระดับ A (กองทุนที่มีศักยภาพดี) จำนวน 8 กองทุน ระดับ B (กองทุนที่มีศักยภาพปานกลาง) จำนวน 5 กองทุน ไม่มีระดับ C (กองทุนที่ยังขาดความพร้อมที่ต้องเร่งพัฒนา) และไม่ได้รับการประเมินหรือไม่ส่งข้อมูล จำนวน 8 กองทุน คิดเป็นร้อยละ 38.1, 23.8, และ 38.1 ตามลำดับ⁴ จากการดำเนินงานพบว่ากองทุนมีปัญหาในการดำเนินงานในด้านบุคคลากร คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหรือคณะกรรมการกองทุนขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องหลักการ แนวทางปฏิบัติ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องดูแล บทบาท อำนาจหน้าที่ในการดำเนินงานของกองทุน ด้านงบประมาณ พบว่าการใช้จ่ายงบประมาณไม่ครอบคลุมในทุกกิจกรรมและสัดส่วนของกิจกรรมในการดำเนินการของกองทุนตามวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานไม่เหมาะสม ขาดการวางแผนในการใช้งบประมาณตามกิจกรรมต่างๆ และด้านกระบวนการบริหาร พบว่า ขาดการวางแผนในการดำเนินงาน ขาดการควบคุม ตรวจสอบ ติดตามกำกับและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนทั้งการประเมินตนเองและการประเมินจากหน่วยงานภายนอก และขาดการดำเนินงานหรือการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการบริหารกองทุน เพื่อการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการและการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ⁷

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี เพื่อการพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่เข้าร่วมเป็นกรรมการมาไม่น้อยกว่า 1 ปี ที่อาศัยในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 315 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรของ Daniel (2010)⁸ โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(1-P)}{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P) + (N-1)d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติมาตรฐาน จากตาราง Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96

N = จำนวนประชากรในการศึกษา

P = 0.31 (การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด ของชัยวัตร⁹ พ.ศ. 2553)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ผู้ศึกษายอมให้เกิดได้สูงสุดเท่ากับ 0.05

ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาด จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้แบบสอบถามคืนมา และสามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ 282 ตัวอย่าง (ร้อยละ 82.5) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลสถานภาพทั่วไป 2) แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการบริหารกองทุนฯ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการบริหารกองทุนฯ 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริหาร

กองทุนฯ 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการบริหารกองทุนฯ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 0.969 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

ผล

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีอายุ 50 - 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.43 ปี (SD = 9.613) อายุน้อยสุด 25 ปี และอายุมากที่สุด 79 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.2 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.7 ประกอบอาชีพรับราชการ/ลูกจ้างของรัฐมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.0 มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.9 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 18,000 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 2,000 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 200,000 บาทต่อเดือน (SD = 24,824.413) ตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุน ได้แก่ กรรมการที่เป็นตัวแทนจากชุมชนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.7 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุนฯ มากที่สุดคือมากกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.3

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.0 และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.6 การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำแนกรายด้าน ระดับการมีส่วนร่วมมาก ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.7 รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คิดเป็นร้อยละ 66.0 ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 64.9 และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล 62.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จำแนกรายด้าน (n = 282)

การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ	ระดับของการมีส่วนร่วม		
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
ในภาพรวม	159 (56.4)	93 (33.0)	30 (10.6)
ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์	191 (67.7)	71 (25.2)	20 (7.1)
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	186 (66.0)	82 (29.1)	14 (5.0)
ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	183 (64.9)	83 (29.4)	16 (5.7)
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	176 (62.4)	81 (30.5)	20 (7.1)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p - value < 0.05 ได้แก่ ด้านรายได้ต่อเดือนของครอบครัว (r = - 0.121) มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ การรับรู้นโยบายการบริหารกองทุน (r= 0.343) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ทักษะคิดต่อการบริหารจัดการกองทุน (r = 0.185) ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริหารจัดการกองทุน (r=0.527) ความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ใช้วิธีคำนวณสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (n = 282)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ			p-value
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	
เพศ				0.493
ชาย	72 (60.0)	35 (29.17)	13 (10.83)	
หญิง	87 (53.7)	58 (35.8)	17 (10.5)	
สถานภาพสมรส				0.927
โสด	20 (12.58)	122 (76.73)	17 (10.69)	
คู่	11 (11.83)	69 (74.19)	13 (13.98)	
หม้าย/หย่า/แยก	3 (10.0)	24 (80.0)	3 (10.0)	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพกับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ใช้วิธีคำนวณสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ (n = 282) (ต่อ)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ			p-value
	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา				0.180
ประถมศึกษา	19 (51.35)	14 (37.84)	4 (10.81)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	14 (37.84)	19 (51.35)	4 (10.81)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	38 (53.52)	23 (32.40)	10 (14.08)	
อนุปริญญา	9 (52.94)	7 (41.18)	1 (5.88)	
ปริญญาตรี	50 (64.10)	22 (28.21)	6 (7.69)	
สูงกว่าปริญญาตรี	29 (69.05)	8 (19.05)	5 (11.9)	
อาชีพ				0.097
ไม่ได้ทำงานประจำ/จิตอาสาค้าขาย/ รับจ้าง/พนักงานเอกชน	52 (55.32)	31 (32.98)	11 (11.70)	
เกษตรกร	43 (46.74)	38 (41.31)	11 (11.95)	
รับราชการ/ลูกจ้างของรัฐ	64 (66.67)	24 (25.0)	8 (8.33)	
ตำแหน่งในคณะกรรมการกองทุน				0.124
ประธานกรรม	16 (72.73)	5 (22.73)	1 (4.54)	
รองประธาน	8 (34.78)	11 (47.83)	4 (17.39)	
เลขาและผู้ช่วยเลขานุการ	23 (71.88)	5 (15.63)	4 (12.49)	
กรรมการจากผู้แทนสมาชิกเทศบาล/อบต.	22 (64.71)	11 (32.35)	1 (2.94)	
กรรมการผู้แทนหน่วยบริการปฐมภูมิ	12 (70.59)	5 (29.41)	0	
กรรมการจากผู้แทนอาสาสมัคร สาธารณสุข	25 (53.19)	17 (36.17)	5 (10.64)	
กรรมการจากผู้แทนหมู่บ้านและชุมชน	38 (46.91)	32 (39.51)	11 (16.58)	
กรรมการจากผู้แทนศูนย์ประสานงาน/ หน่วยงานอื่นๆ	15 (57.69)	7 (26.92)	4 (15.39)	

p - value < 0.05 (Chi – Square Test)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยวิธีการคำนวณสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n = 282)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value*
อายุ	- 0.030	0.614
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว	- 0.121*	0.043
ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง	0.034	0.573
การรับรู้นโยบายการบริหารกองทุน	0.343**	0.001
ทัศนคติต่อการบริหารจัดการกองทุน	0.185**	0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริหารจัดการกองทุน	0.527**	0.001

*p - value < 0.05 (Pearson's Correlation)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ได้แก่

แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้นโยบายกองทุนฯ สามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้ร้อยละ 51.0 ปัจจัยที่สามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ โดยพิจารณาจากค่า Beta คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ มีค่า $Beta = 0.483$ รองลงมาคือการรับรู้นโยบายการบริหารจัดการกองทุนฯ มีค่า Standardized Coefficients (Beta) = 0.351 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน ระหว่างตัวทำนายและการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

ตัวทำนาย	B	Std. Error (B)	Adj. R2	Standardized Coefficients (Beta)	t	p-value*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.733	.071	.410	.483	10.294	< .001*
การรับรู้นโยบาย	.716	.096	.507	.351	7.484	< .001*

B (0) = - 10.515 Std. Error B (0) = 5.714 R2 = .510 Sig F < 0.05

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จากการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.4 หากพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.7 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคณะกรรมการกองทุนฯ ส่วนใหญ่เป็นตัวแทนจากภาคประชาชนและเป็นผู้นำชุมชน เกิดความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของเมื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานกองทุนฯ ก็จะทำให้ความร่วมมือตั้งแต่การกำหนดความต้องการ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การจัดทำโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมภร¹⁰ ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการรับประโยชน์มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด เป็นอันดับที่ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา⁶ ที่ศึกษาเรื่องนักการเมืองท้องถิ่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้แทนหรือผู้นำชุมชนต้องมีความเป็นผู้นำ มีวิสัยทัศน์ ความคิดริเริ่ม ความเป็นอิสระ กล้าหาญในการตัดสินใจ มีความกระตือรือร้นและสามารถ

ใช้กระบวนการชักจูงใจโดยใช้ศาสตร์และศิลป์ ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจประสานการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแนวทางหรือเป้าหมายขององค์กร ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้นโยบายกองทุนฯ สามารถคาดการณ์การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้ ร้อยละ 51.0 ซึ่งการที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ เนื่องจากการทำงานในบทบาทคณะกรรมการกองทุนฯ เป็นการทำงานที่ต้องเสียสละซึ่งสมาชิกในครอบครัวต้องมีความเข้าใจและสนับสนุนการทำงาน รวมทั้งแรงสนับสนุนจากชุมชนจะมีส่วนผลักดันให้โครงการหรือกิจกรรมต่างๆบรรลุวัตถุประสงค์ได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวนาท¹¹ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขในจังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับสูง ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการทำนายพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 43.4 และพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลเชิงบวกกับการดำเนินงานกองทุนฯ ส่วนปัจจัยการทำนายที่เหลืออีก

ร้อยละ 49.0 อาจเกิดจากแรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรในด้านต่างๆ เช่น ด้านการบริหารจัดการ ด้านงบประมาณ ด้านการใช้เวลา และด้านบุคลากร จากการศึกษาของนภมณ¹² สำหรับเรื่องการบริหารนโยบายการบริหารจัดการกองทุนฯ มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ เนื่องจากการรับนโยบายการบริหารจัดการกองทุนฯ ก็จะเป็นตัวผลักดันให้คณะกรรมการฯ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ให้มีประสิทธิภาพ มีทิศทางในการดำเนินงานให้กองทุนฯ บรรลุวัตถุประสงค์

สรุป

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับนโยบายกองทุนฯ สามารถคาดทำนายการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ได้ร้อยละ 51.0 สำหรับการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนในภาพรวม อยู่ในระดับ

มาก คิดเป็นร้อยละ 56.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ของครอบครัว การรับนโยบายกองทุนฯ ทักษะคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ

ข้อเสนอแนะ

ซึ่งผลการศึกษาได้เสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการกองทุนฯ ของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ โดยเน้นในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับนโยบายการบริหารกองทุนฯ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ. ดร.สุรีย์ จันทรมโนลี รศ. ดร.ประภาเพ็ญ สุวรรณ และรศ. ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ที่ได้กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องและความครบถ้วนในเนื้อหาของแบบสอบถามและให้คำแนะนำเสนอแนะตรวจแก้ไขข้อบกพร่องขอขอบคุณ คณะกรรมการกองทุนฯ ในการตอบแบบสอบถามและขอบคุณผู้ช่วยวิจัยนางศิริวรรณ วิเศษแก้ว นางทิพย์สุคนธ์ ศรีลาธรรม รวมถึงผู้ที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้

References

1. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 2542. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2560] เข้าถึงได้จาก: <http://www.web.krisdika.go.th/data/law/law2/%a1100/%a1100-20-2542-a0001.pdf>
2. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2560] เข้าถึงได้จาก: <http://www.web.krisdika.go.th/data/law/law1/%C306/%C306-10-9999-update.pdf>
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่; 2553
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสรุปผลการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2560] เข้าถึงได้จาก: http://www.obt.nhso.go.th/obt/evaluation_report
5. ศูนย์ข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 16 มี.ค. 2560] เข้าถึงได้จาก: <http://www.lobpao.com/icenter/datalocal.php>
6. กฤษณา ไวกุลารักษ์. นักการเมืองท้องถิ่น จังหวัดสมุทรสงคราม. สำนักวิจัยและพัฒนาสถาบันพระปกเกล้า; 2555. หน้า 45-53.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต 4; รายงานสรุปผลการประเมินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ 2559. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2560] เข้าถึงได้จาก: http://www.obt.nhso.go.th/obt/evaluation_report?zoneid=&provinceid=&districtid=&year=2016
8. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health; 2010
9. ชัยวัตร คำศรีสวัสดิ์. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. จันทบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี; 2553.

References

10. สมภร จันจรัส. ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการในการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น จังหวัดระนอง. [การศึกษาปัญหาพิเศษ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต].ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
11. นธมน โหมदनอก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพอำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชัยภูมิ: มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ; 2555.
12. เยาวนาท ดীনาน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขในจังหวัดนครปฐม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555. ●

ความสัมพันธ์ของผลการประเมิน ภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และแบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา

อณูสรณ์ ทองใหญ่ วท.ม.*, จุฑามาศ สุทธิรักษ์ วท.บ.*, บุวดี วิกขพันธ์ ส.ด.**

* โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100

**สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80161

**Abstract : Association of Nutritional Assessment in Cancer Patients
Receiving Radiotherapy between Body Mass Index (BMI) and Nutrition
Alert Form (NAF)**

Tongyai A*, Sutthiruk J*, Wittayapun Y**

*Surat Thani Cancer Hospital, Mueang Surat Thani, Surat Thani 84100

**School of Allied Health Sciences, Walailak University, Thasala,
Nakhon Si Thammarat 80161

(E-mail : anusorn1408@gmail.com)

This descriptive correlational study aimed to determine 1) prevalence of malnutrition using Body Mass Index (BMI) and Nutrition Alert Form (NAF) in nutritional assessment, 2) sensitivity, specificity and accuracy of BMI in assessing the nutritional status compared with those from NAF as a gold standard and 3) relationship between results of nutritional assessment from BMI and those from NAF among the same cancer patients receiving radiotherapy while admitted in Surat Thani Cancer Hospital. Secondary data were collected from the NAF used to assess nutritional status of cancer patients admitted and receiving radiotherapy between September 2557 and March 2558. Stratified random sampling was used to select 98 subjects. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank Correlation. The results showed that the subjects were aged 27 - 86 years. Most were

male (66.3%). The prevalence of malnutrition using BMI and NAF were 34.6% and 89.8%, respectively. Results of correlation analysis found that BMI had a significantly positive correlation with NAF scores ($p < 0.001$) at low degree ($r = 0.314$). The sensitivity, specificity and accuracy of BMI in assessing the nutritional status compared with those from NAF as a gold standard were 38.6%, 100%, and 44.9%, respectively. The result suggested that BMI was inappropriate to use as an index or acquire it to replace NAF in nutritional assessment, since it had quite low validity. Reasonably, NAF should be used for nutritional assessment to enhance the opportunity of patients to receive applicable nutritional therapy.

Keywords : Malnutrition, Body mass index, Nutrition alert form

การศึกษาสหสัมพันธ์เชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จากการประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) 2) ศึกษาค่าความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำในการประเมินภาวะโภชนาการของ BMI เทียบกับ NAF ที่เป็น Gold standard และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วย BMI และ NAF ในผู้ป่วยมะเร็งคนเดียวกันที่ได้รับรังสีรักษา ขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูลทุติยภูมิจากแบบฟอร์มประเมินภาวะโภชนาการอย่างง่ายที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่เข้าพักและรับรังสีรักษา ระหว่างเดือนกันยายน 2557- มีนาคม 2558 จำนวน 98 ราย โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Spearman's Rank Correlation ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 27 - 86 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.3 ความชุกของภาวะทุพโภชนาการจากการประเมินด้วย BMI และ NAF พบร้อยละ 34.6 และ 89.8 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า BMI มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับคะแนน NAF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ($r = 0.314$) ค่าความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำในการประเมินภาวะโภชนาการของ BMI เมื่อเทียบกับ NAF ที่เป็น Gold standard มีค่าร้อยละ 38.6, 100 และ 44.9 ตามลำดับ จากผลการศึกษาให้ข้อสรุปว่าการใช้ BMI ไม่มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้เป็นตัวบ่งชี้เดี่ยวหรือใช้ทดแทน NAF ในการประเมินภาวะโภชนาการ เนื่องจากมีความสามารถในการวัดที่ถูกต้องค่อนข้างต่ำ ดังนั้นควรใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ NAF ในการประเมินภาวะโภชนาการเพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับโภชนาการบำบัดอย่างทันทั่วถึง

คำสำคัญ : ภาวะทุพโภชนาการ ค่าดัชนีมวลกาย แบบประเมินภาวะโภชนาการ

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย และเป็นอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก¹⁻² และยังเป็นโรคที่ต้องรับการดูแลรักษาที่ยาวนาน มีผลข้างเคียงจากการรักษาค่อนข้างรุนแรง ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ³ นอกจากผลกระทบที่กล่าวมาแล้ว ยังได้ผลกระทบที่มีความสำคัญมากกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือ การเกิดภาวะทุพโภชนาการ⁴⁻⁵ ซึ่งเป็นโรคร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคมะเร็ง

อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ให้บริการทางการแพทย์ให้ความ

สำคัญต่อการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลค่อนข้างน้อย⁶ การเฝ้าระวังภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากหากผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการแล้วไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้มีอาการแย่ลง เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งจะเห็นได้จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการประเมินและการดูแลทางโภชนาการไม่ดี จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสูญเสียความอยากอาหารร้อยละ 52.0 และน้ำหนักลดลงร้อยละ 18.0⁷ ทำให้ระยะเวลาในการรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจและครอบครัวตามมาได้⁸

การเฝ้าระวังภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการมีหลายวิธี ตัวอย่างเช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) วัดไขมันใต้ผิวหนัง เส้นรอบวงกล้ามเนื้อท้องกลางแขน ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประวัติการรับประทานอาหาร รวมถึงการใช้แบบประเมิน หรือแบบประเมินภาวะโภชนาการ⁹

เอกวิทย์³ ทำการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 642 ราย โดยใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Bhumibol Nutrition Triage (BNT) พบผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 14.3 และมีการศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับเข้ารับการรักษานในแผนกรังสีรักษา และมะเร็งวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล โดยใช้แบบประเมิน Nutrition Risk Screening (NRS-2002) พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 21.7¹⁰ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่พักรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 140 ราย โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) พบว่า มีผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรงร้อยละ 70.0¹¹

จากรายงานการศึกษาข้างต้น ที่ใช้แบบประเมินเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะทุพโภชนาการนั้นแบบประเมิน BNT เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานของประชากรในประเทศ ส่วนแบบประเมิน NRS-2002¹², PG-SGA¹³ รวมถึงรูปแบบอื่นๆ อีก เช่น Malnutrition Screening Tool (MST)¹⁴, Short Nutritional Assessment Questionnaire© (SNAQ)¹⁵, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)¹⁶, Subjective Global Assessment (SGA)¹⁷ และ Mini Nutritional Assessment© (MNA)¹⁸ เหล่านี้ไม่ได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยอาศัยข้อมูลพื้นฐานของประชากรในประเทศ มีความยุ่งยากในการใช้ มีความตรงในการประเมิน และเกณฑ์แปลผลการประเมินแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถนำผลมาเปรียบเทียบกันได้ ด้วยเหตุนี้ทำให้การประเมินภาวะโภชนาการไม่เป็นที่นิยมและถูกละเลยในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการเสียโอกาสที่จะได้รับการดูแลรักษา

อย่างไรก็ตาม รายงานการศึกษาในต่างประเทศพบผู้ป่วยที่พักในโรงพยาบาลมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 20.0 - 50.0¹⁹ และในประเทศมีผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการสูงถึงร้อยละ 40.0 - 70.0²⁰ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการประเมินภาวะโภชนาการ และการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่เป็นมาตรฐาน เพื่อเฝ้าระวังป้องกันปัญหาทุพโภชนาการของผู้ป่วย เพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษา รวมถึงการพัฒนาการจัดทำข้อมูลทางวิชาการ การพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์รวมถึงเป็นข้อมูลพื้นฐานในเชิงนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศ

สุรตน์⁶ ได้ศึกษาพัฒนาแบบประเมินภาวะโภชนาการ Nutrition Alert Form (NAF) ขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบประเมิน SGA และใช้ข้อมูลพื้นฐานของคนไทยเพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วย ทำการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือจาก 210 โรงพยาบาลในประเทศไทยและมีการกระจายการประเมินครอบคลุม 16 โรค รวมถึงโรคมะเร็งด้วย มีการทดลองและตรวจสอบการใช้โดยนักโภชนาการและพยาบาลในผู้ป่วย 90 ราย พบว่า มีความไว ความจำเพาะ และมีความถูกต้องสูงในการตัดระดับคะแนนของภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งในปี 2559 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้การยอมรับว่าแบบประเมิน NAF เป็นหนึ่งในสองชิ้นที่สามารถใช้เป็น Gold standard²¹ ในการประเมินภาวะโภชนาการนอกเหนือไปจาก แบบประเมิน BNT

อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์การทำงานของผู้ศึกษาในตำแหน่งนักโภชนาการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี พบว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ พยาบาลส่วนใหญ่นิยมประเมินภาวะโภชนาการด้วย BMI ซึ่งมีจุดดัดที่ 18.5 กก./ม² ผลที่ได้คือผู้ป่วยอยู่ในภาวะปกติ แต่เมื่อผู้ศึกษาใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) ในการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาที่มาพักรักษาที่หอผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 89.7 มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง²²

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจากการประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และจากการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) ศึกษาความสัมพันธ์ของผลการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ด้วย BMI และจากการประเมินด้วย NAF และศึกษาค่าความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำในการประเมินของ BMI เทียบกับ NAF ที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถใช้ Gold standard ในผู้ป่วยมะเร็งคนเดียวกัน ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาเลือกใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่มีความ

เหมาะสม เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที รวมถึงเป็นประโยชน์ในการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานศึกษานี้เป็นการศึกษาสหสัมพันธ์เชิงพรรณนา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 - มีนาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 98 ราย โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Proportional Stratified Random Sampling)²³⁻²⁴ ซึ่งมีการจัดเก็บจากงานทะเบียนการประเมินภาวะโภชนาการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลจากแบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) ที่สร้างขึ้นโดย สุรตน์⁶ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการวิเคราะห์เพื่อแปลผลภาวะโภชนาการ ตามเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือการประเมินด้วยค่า BMI ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก²⁵ และการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ NAF⁶ การวิเคราะห์หาค่าความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำของผลการประเมินภาวะโภชนาการ ด้วยค่าความถี่และร้อยละ²⁶ และมีการทดสอบสมมติฐานการวิจัย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วย BMI และ NAF ซึ่งมีระดับการวัดมาตราจัดอันดับ (Ordinal scale) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผล

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 98 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.3 อายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 86 ปี ส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 75.5 มีค่า BMI ต่ำสุด 12.12 กิโลกรัม/เมตร² สูงสุด 37.25 กิโลกรัม/เมตร² ค่า BMI เฉลี่ย 19.23 กิโลกรัม/เมตร² ผลการประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่า BMI พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 34.7 แบ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางร้อยละ 10.2 และระดับรุนแรงร้อยละ 24.5 ผลการประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) พบว่าส่วนใหญ่ มีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 89.8 แบ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางร้อยละ 42.9 และระดับรุนแรงร้อยละ 46.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ผลการประเมินภาวะทุพโภชนาการ ด้วยค่าดัชนีมวลกาย และแบบประเมินทางโภชนาการอย่างง่าย (n=98)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	66.3
หญิง	33	33.7
อายุ (ปี)		
< 30	1	1.0
30-50	23	23.5
> 50	74	75.5
$\bar{X}$ =60.09 ± SD 13.24 min=27.00 max=86.00		
ผลการประเมินภาวะโภชนาการ ด้วยค่าดัชนีมวลกาย (BMI)		
Normal-Mild Malnutrition (≥17.00 กก./ม2)	64	65.3
Moderate Malnutrition (16.00 -16.99 กก./ม2)	10	10.2
Severe Malnutrition (<16.00 กก./ม2)	24	24.5
$\bar{X}$ =19.23 ± SD 4.85 min=12.12 max=37.25		
ผลการประเมินภาวะโภชนาการ ด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF)		
Normal-Mild Malnutrition (0-5 คะแนน)	10	10.2
Moderate Malnutrition (6-10 คะแนน)	42	42.9
Severe Malnutrition (≥ 11 คะแนน)	46	46.9
$\bar{X}$ =9.87 ± SD 2.88 min=4 max=16		

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างของ BMI และระดับคะแนน NAF ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation) พบว่า BMI มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับคะแนน NAF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < .001) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย (r = 0.314)

การศึกษานี้ใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) เป็นตัวเทียบ (Gold standard) เพื่อวิเคราะห์ค่าความไว ค่าความจำเพาะ และความแม่นยำของการประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) กับผลการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF) (n=98)

การประเมินด้วยค่าดัชนีมวลกาย	ผลการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการ (NAF)		รวม
	เป็นโรค	ไม่เป็นโรค	
ผลบวก	34	0	34
ผลลบ	54	10	64
รวม	88	10	98
1. TP (True Positive)	=	จำนวนคนที่ เป็นโรค ที่ BMI ระบุถูกต้องว่าเป็นโรค	= 34 ราย
2. FN (False Negative)	=	จำนวนคนที่ เป็นโรค ที่ BMI ระบุผิดว่าไม่เป็นโรค	= 54 ราย
3. FP (False Positive)	=	จำนวนคนที่ไม่เป็นโรค ที่ BMI ระบุผิดว่าเป็นโรค	= 0 ราย
4. TN (True Negative)	=	จำนวนคนที่ไม่เป็นโรค ที่ BMI ระบุถูกต้องว่าไม่เป็นโรค	= 10 ราย

โดยที่

TP + FN	=	จำนวนคนทั้งหมดที่เป็นโรค	=	88 ราย		
TN + FP	=	จำนวนคนทั้งหมดที่ไม่เป็นโรค	=	10 ราย		
TP + TN + FP + FN	=	จำนวนคนทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน	=	98 ราย		
ความไวของ BMI	=	$\frac{TP \times 100}{TP + FN}$	=	$\frac{34 \times 100}{34 + 54}$	=	38.6%
ความจำเพาะของ BMI	=	$\frac{TN \times 100}{TN + FP}$	=	$\frac{10 \times 100}{10 + 0}$	=	100%
ความแม่นยำของ BMI	=	$\frac{TP + TN}{TP + TN + FP + FN}$	=	$\frac{34 + 10}{98}$	=	44.9%

วิจารณ์

ผลการศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการ จากการประเมินด้วย BMI พบเพียง ร้อยละ 34.7 ต่ำกว่าที่ประเมินด้วย NAF ที่พบภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 89.8 ทั้งนี้เนื่องจากการประเมินภาวะโภชนาการด้วย NAF มีการพิจารณาจากหลายองค์ประกอบทั้งจากน้ำหนัก BMI ลักษณะรูปร่าง การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในรอบ 4 สัปดาห์ ประเภท และปริมาณอาหาร อาการของระบบทางเดินอาหาร ความสามารถในการเข้าถึงอาหาร รวมถึงโรคที่เป็นอยู่ จึงมีความละเอียดและมีความตรงมากกว่า ทำให้ได้รับการยอมรับให้ใช้เป็น Gold standard²¹ ความชุกของภาวะโภชนาการที่พบจึงมีค่าแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Jager²⁷ ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอด้วยแบบประเมิน UMCG Head and Neck Clinical Screening Tool พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะทุพโภชนาการเพียงร้อยละ 31.9 โดยกลุ่มของผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอมีภาวะทุพโภชนาการมากกว่ากลุ่มโรคอื่นๆ ในขณะที่การศึกษาของอาทิตย์¹¹ ที่ประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน PG-SGA พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและลำคอ ที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะทุพโภชนาการระดับปานกลางถึงรุนแรงในอัตราสูงถึงร้อยละ 91.4

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า BMI มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับคะแนน NAF อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-value < .001) กล่าวคือการประเมินของ BMI และ NAF เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีความสัมพันธ์ในระดับน้อย (r = 0.314) เมื่อวิเคราะห์ค่าความจำเพาะ ค่าความไว และความแม่นยำของการประเมินภาวะโภชนาการด้วย BMI เทียบกับ NAF พบว่ามีค่าร้อยละ 100, 38.6 และ 44.9 ตามลำดับ แสดงว่า BMI สามารถใช้ในการตรวจแยกบุคคลที่ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ (Disease -) ได้ถูกต้องในระดับสูงมากหรือถูกต้องทุกราย แต่มีความสามารถในการ

ตรวจแยกบุคคลที่มีภาวะทุพโภชนาการได้ถูกต้อง (Disease +) ในระดับต่ำ ส่งผลให้มีความแม่นยำต่ำ หมายถึงว่า BMI มีความสามารถในการประเมินภาวะโภชนาการที่ถูกต้องค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอกวิทย์³ ที่ได้ทำการประเมินในผู้ป่วยทั่วไปที่มีความหลากหลายทั้งชนิดและความรุนแรงของโรค โดยประเมินภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน BNT และ BMI พบว่ามีความสอดคล้องกันในระดับต่ำมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นแม้ BMI จะเป็นดัชนีที่ปรากฏเป็นส่วนหนึ่งในเครื่องมือการประเมินภาวะโภชนาการเกือบทุกชนิด แต่ถ้านำไปเป็นดัชนีที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการเพียงตัวเดียว นอกจากจะจำแนกผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการได้ต่ำกว่าที่เป็นจริงแล้วยังไม่สามารถจำแนกความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการได้ดีพออีกด้วย จึงไม่ควรใช้ BMI แทนการประเมินด้วยเครื่องมือที่มีความละเอียดมากกว่าหรือที่ได้รับการแนะนำให้ใช้และเป็นที่ยอมรับ เช่น NAF หรือ BNT²¹ ซึ่งมีการประเมินภาวะโภชนาการหลายองค์ประกอบ สามารถใช้ได้ง่าย กระชับ โดยไม่จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ⁶

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานีมีปัญหาเรื่องภาวะทุพโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินการโดยเร็วเพื่อสามารถค้นหาความเสี่ยง ระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้ได้รับการป้องกันและรักษาอย่างรวดเร็ว ลดโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ ลดระดับความรุนแรงของภาวะ ทุพโภชนาการ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงที่รุนแรงและนาน²⁸⁻³¹ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง รวมถึงลดอัตราการตาย³²⁻³³ ซึ่ง NAF เป็นเครื่องมืออีกตัวหนึ่งที่ใช้ในการตรวจประเมินภาวะโภชนาการได้อย่างง่าย ๆ และสามารถระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้รวดเร็ว นอกเหนือไปจากเครื่องมือประเมิน

อื่นๆ ที่ใช้กันในประเทศไทย เช่น SGA และ BNT³⁴ ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ได้มีการประเมินภาวะโภชนาการด้วย NAF และมีการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยที่มีผลการประเมินที่ระดับ Moderate-Severe Malnutrition ตามขั้นตอนที่แนะนำโดย HITAP²¹ โดยนักโภชนาการจะเขียนบันทึกการให้โภชนบำบัดถึงแพทย์ มีพยาบาลเป็นสื่อกลาง จากนั้นแพทย์จะให้สั่งอาหารตามสมควร

สรุป

การศึกษาการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้ BMI และ NAF พบผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีภาวะทุพโภชนาการสูงมาก ประมาณว่า 9 คน ใน 10 คน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง BMI และระดับคะแนนที่ได้จาก NAF ในการประเมินภาวะโภชนาการ พบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับน้อย เมื่อทำการประเมินความไว ความจำเพาะ และความแม่นยำของการประเมินด้วย BMI เทียบกับ NAF พบว่ามีระดับค่าความไวต่ำ ความจำเพาะสูง และความแม่นยำอยู่ในระดับปานกลาง จึงไม่เหมาะสมที่นำ BMI มาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการเพียงดัชนีเดียว เพราะไม่สามารถจำแนกภาวะทุพโภชนาการ และความรุนแรงของได้ดีพอ จึงไม่อาจจะใช้แทนกันได้ แต่เหมาะที่จะใช้เป็นส่วนหนึ่งหรือดัชนีหนึ่ง ร่วมกับดัชนีหรือองค์ประกอบอื่นๆ ในการประเมินภาวะโภชนาการ เพราะมีค่าความจำเพาะที่สูง เช่นที่พบใน NAF รวมถึงควรให้ความสำคัญกับการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ NAF ในการประเมินภาวะโภชนาการต่อไป เพื่อเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับโภชนบำบัดอย่างทันทั่วทั้งที่

ข้อเสนอแนะ

นักโภชนาการ/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และไม่ควรใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพียงดัชนีเดียวในการประเมินภาวะโภชนาการ แต่ควรใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่ได้รับการยอมรับว่าเป็น Gold standard เช่น NAF หรือ BNT เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยทุกราย โดยส่วนใหญ่แล้วจะมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ ควรมีการศึกษาติดตามผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และได้รับการประเมินภาวะโภชนาการด้วย NAF ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือน กันยายน 2557 – มีนาคม 2558 แล้วพบว่ามีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 89.8 ว่าได้รับโภชนบำบัดทุกรายตามขั้นตอนที่แนะนำหรือไม่ และมีภาวะโภชนาการดีขึ้นหรือไม่ อย่างไรก็ตาม นักโภชนาการ/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษา

ควรมีการศึกษาในลักษณะเช่นนี้เพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่สนับสนุนทุนในการวิจัย จากทุนงบประมาณแผ่นดิน ปี 2558 กองทุนแผนงานบริการวิชาการ แก่สังคม กิจกรรมย่อย โครงการเสริมสร้างการปฏิบัติงานสาธารณสุขโดยใช้การวิจัยเป็นฐาน ปี 3

References

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2560). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
2. สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
3. เอกวิทย์ เอี่ยมทองอินทร์. ความสอดคล้องกันของผลการประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วยแบบประเมิน Bhumibol Nutritional Triage และดัชนีมวลกาย. ลำปางเวชสาร 2556; 34: 1-9.
4. Rebecca J. Stratton, Ceri J. Green, Elia M. Disease-Related malnutrition: An evidence-based approach to treatment. Clin Nutr 2003; 22: 585.
5. Van Den Berg MG, Rasmussen-Conrad EL, Van Nispen L, Van Binsbergen JJ, Merks MA. A prospective study on malnutrition and quality of life in patients with head and neck cancer. Oral Oncol 2008; 44: 830-37.
6. Komindr S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. Asia Pac J Clin Nutr 2013; 22: 516-21.

References

7. Naomi E ADAMS, Alison J BOWIE, Natalie SIMMANCE, Michael MURRAY, Timothy C CROWE. Recognition by medical and nursing professionals of malnutrition and risk of malnutrition in elderly hospitalised patients. *Nutr Diet* 2008; 65: 144-50.
8. Nourissat A, Vasson MP, Merrouche Y, Bouteloup C, Goutte M, Mille D, et al. Relationship between nutritional status and quality of life in patients with cancer. *Eur J Cancer* 2008; 44:1238-42.
9. จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. Nutrition assessment. *โภชนาบำบัด* 2551; 19:5-16.
10. กันยรัตน์ กัตัญญ, มาริสา จงธนากร, ธนาทิพ ต้นดีวันนะ. ความสุขของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่เริ่มเข้ารับการรักษาในแผนกรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. *วชิรเวชสาร* 2552; 53:59-67.
11. อาทิตย์ กระภูฤทธิ, จีรนนท์ แก้ววักล้า, จตุรงค์ จงสถิตไพบูลย์, อาภาพร เผ่าวัฒนา. การประเมิน และการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง ศีรษะและลำคอโดยพยาบาล. pp. 1666-74. ใน. Graduate Research Conference 2014. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2557.
12. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr* 2003; 22:415-21.
13. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 1996; 12:15-9.
14. Ferguson M, Capra S, Bauer J, Banks M. Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patient. *Nutrition* 1999; 15:458-64.
15. Kruienza HM, Seidellb JC, De Vetc HCW, Wierdsmaa NJ, Van Bokhorst-de Van Der Schuerena MA. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clin Nutr* 2005; 24:75-82.
16. Weekes CE, Elia M, Emery PW. The development, validation and reliability of a nutrition screening tool based on the recommendations of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). *Clin Nutr* 2004; 23:1104-12.
17. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective global assessment of nutritional status?. *JPEN J Parent Enteral Nutr* 1987; 11:8-13.
18. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA® – its history and challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10:456-63.
19. Valero MA, Diez L, El Kadaoui N, Jimenez AE, Rodriguez H, Leon M. Are the tools recommended by ASPEN and ESPEN comparable for assessing the nutritional status?. *Nutr Hosp* 2005; 20(4): 259-67.
20. Chindavijak B, Komindr S, Ritsri W, Montakantikul P. Effects of changes in patients' nutritional status upon complications, clinical outcomes, length of hospital stay and hospital expense. *Thai J Clin Nutr* 2009; 3:81-5.
21. กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์. การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ ในโรงพยาบาล จำเป็นแต่ทำไมไม่เกิดขึ้น?. *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ* 2559; 4: 1-4.
22. กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี. รายงานตัวชี้วัดประจำปี 2557. สุราษฎร์ธานี: กลุ่มงาน โภชนศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี; 2557.
23. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences 6th ed. John Wiley & Sons, Inc; 1995.
24. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. N4Studies: Sample size and power calculations for android. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program - The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University; 2014.

References

25. World Health Organisation. Waist circumference and waist-hip ratio: Report of a WHO expert consultation. Geneva: WHO document production services; 2008.
26. ยูวดี วิทย์พันธ์. เอกสารประกอบการสอน วิชา พชช. 216 วิทยาการระบาด (Epidemiology). นครนายก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
27. Jager-Wittenaar H, Dijkstra PU, Vissink A, Van Der Laan BF, Van Oort RP, Roodenburg JL. Critical weight loss in head and neck cancer-prevalence and risk factors at diagnosis: an explorative study. Support Care Cancer 2007; 15:1045-50.
28. Wong S, Derry F, Jamous A, Hirani SP, Grimble G, Forbes A. The prevalence of malnutrition in spinal cord injuries patients: a UK multicentre study. Br J Nutr 2012; 108:918-23.
29. Poulia KA, Yannakoulia M, Karageorgou D, Gamaletsou M, Panagiotakos DB, Sipsas NV, et al. Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly. Clin Nutr 2012; 31:378-85.
30. Liang X, Jiang ZM, Nolan MT, Wu X, Zhang H, Zheng Y, et al. Nutritional risk, malnutrition (undernutrition), overweight, obesity and nutrition support among hospitalized patients in Beijing teaching hospitals. Asia Pac J Clin Nutr 2009; 18:54-62.
31. Schiesser M, Muller S, Kirchhoff P, Breitenstein S, Schafer M, Clavien PA. Assessment of a novel screening score for nutritional risk in predicting complications in gastro-intestinal surgery. Clin Nutr 2008; 27:565-70.
32. Reilly JJ Jr, Hull SF, Albert N, Waller A, Bringardener S. Economic impact of malnutrition: a model system for hospitalized patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr 1988; 12:371-6.
33. ชัชมน ดำรงรักษัธรรม. การพัฒนาแนวทางการประเมินและส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด (พย.ม.). ภาควิชาพยาบาลศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
34. กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, คัดนางค์ โตสงวน, อูษา ฉายเกล็ดแก้ว, สุรัตน์ โคมินทร์, วิบูลย์ ตระกูลสุน, สิริกานต์ เตชะวนิช. รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาช่องว่างของการวินิจฉัยและการรักษาภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556. ●

ระดับความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

จารุวรรณ ห่มันมี PhD.

กัญญา จันทรืผล MSc.

งานวิจัยทางการแพทย์ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Abstract : Readiness Levels and Factors Affecting Readiness of Rajavithi Hospital Forward to ASEAN Economic Community

Manmee C

Janpol H

Division of Medical Research, Department of Research and Technology
Assessment, Rajavithi Hospital, Phyathai, Rajathewi, Bangkok, 10400

(E-mail : charuwan_manmee@yahoo.com)

Background : The establishment of the ASEAN Economic Community (AEC) in 2015 is a major milestone in the countries in ASEAN including Thailand. The study of readiness for AEC is aware for management, learning methods, the policy and strategy and collecting the suggestions that can be adapted in use. **Objective :** This study aimed to assess the readiness levels of Rajavithi Hospital (RJH) towards ASEAN economic community. The readiness levels of knowledge, language and service skills were evaluated. Factors associated with readiness levels were also assessed. **Materials and Methods :** The subjects consisted of head, subhead, and officers who have worked at RJH at least one year and in a total of 340 participants from every department. In-depth interview was performed to the director and deputy directors for asking about the policy, plans and organizational preparation for the AEC. Data were collected using questionnaires and were analyzed by descriptive statistics. Independent t-test or One Way ANOVA was assessed for factors and readiness level scores. This study was reviewed and approved by the ethics committee, Rajavithi hospital. **Results :** The majority of the subjects were female with mean age ($\pm$ SD) 41.63 $\pm$ 11.20 years. Most of them were single, bachelor

degree, income $\geq$ 20,000 baht monthly, up to 15 years' work experiences in RJH, high perception of information about AEC and contained language skill preparation. The readiness levels of language, knowledge and services were at low, moderate and high level respectively. Factors associated with language readiness level were male, age, position, job type, marital status, education, income, work experiences and language preparation. While position, education, income, and language preparation were factors associated with service readiness level. Lastly, factors related to knowledge readiness level were position, job type, education, income and perception about AEC information. The policy and plans were designed for both structure and human resource preparation. The executive committees were role model for any key success. To increase medical service performance, international communication, personnel training and service skills for AEC is considerably prepared. **Conclusions :** The readiness levels of Rajavithi hospital towards AEC was evaluated at low, moderate and high levels for language, knowledge, and service preparation. The results suggest that the increment of the language skill, knowledge and learning of AEC is crucial for personnel. The language proficiency

skills should be increased under the consideration of the hospital executives.

Keyword : Readiness, ASEAN Economic Community, Preparation

บทคัดย่อ

นโยบายการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community : AEC) ในปี 2558 เพื่อส่งเสริมความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างประเทศในภูมิภาค บนพื้นฐานของความเสมอภาคและผลประโยชน์ร่วมกันของประเทศสมาชิก รวมทั้งประเทศไทย มีความสำคัญ การศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านการจัดการ การเรียนรู้ นโยบาย กลยุทธ์ และนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาปรับใช้จึงเป็นเรื่องจำเป็น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อประเมินระดับความพร้อมและวัตถุประสงค์รองเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจและเชิงคุณภาพโดยกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาเชิงสำรวจได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถีมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 340 ราย สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการทั้ง 4 กลุ่มภารกิจ รวม 5 คน การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.1 มีอายุเฉลี่ย 41.63 ± 11.20 ปี สถานภาพโสด การศึกษาปริญญาตรี เป็นข้าราชการ รายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลราชวิถีมากกว่า 15 ปีขึ้นไป รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และร้อยละ 92.9 มีการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศ เมื่อศึกษาระดับความพร้อม พบว่า ทักษะด้านภาษามีความพร้อมระดับน้อย ทักษะด้านความรู้มีความพร้อมระดับปานกลาง และทักษะด้านการบริการมีความพร้อมระดับมาก เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศชาย อายุ ตำแหน่งงาน ประเภทงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมด้านภาษาในการรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ และการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศมีความสัมพันธ์กับความพร้อมด้านการบริการในการรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยตำแหน่งงาน ประเภทงาน ระดับการศึกษา รายได้ และการได้รับรู้ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับ

ความรู้เรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มีความสัมพันธ์กับความพร้อมด้านความรู้ในการรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การสัมภาษณ์ผู้บริหารให้ข้อมูลโรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านนโยบาย โครงสร้าง สาธารณูปโภค พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทั้งด้านบริการและภาษาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้บริหารเป็นต้นแบบที่ดีในด้านต่างๆ ภาพรวมสรุปความพร้อมภาษา ความรู้และการบริการอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ผลการศึกษาเสนอแนะผู้บริหารตระหนักและส่งเสริมการเรียนการสอนด้านภาษาและความรู้เกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทักษะทางด้านภาษา และการให้บริการในบุคลากรให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : Readiness, ASEAN Economic Community, Preparation

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกที่มีการแข่งขันกันอย่างต่อเนื่องทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม อุตสาหกรรม ในแถบประเทศอาเซียน ได้มีการจับกลุ่มกันทางเศรษฐกิจ เรียกว่า “ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน” โดยได้ร่วมลงนามทั้งหมด 10 ประเทศสมาชิกได้แก่ ไทย มาเลเซีย สิงคโปร์ อินโดนีเซีย เวียดนาม ลาว พม่า กัมพูชา ฟิลิปปินส์และบรูไน และมีผลในวันที่ 31 ธันวาคม 2558 ตลาดแรงงานเสรีในแถบอาเซียน จะมีแรงงานในแถบประเทศอาเซียนหลังไหลเข้ามาในหลากหลายอาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนบุคลากรระหว่างประเทศ ผู้ประกอบการทั้งภาคเศรษฐกิจ ธุรกิจและสถานประกอบการต่างๆ ในไทยอาจได้รับผลกระทบเหล่านี้ ทั้งการที่แรงงานต่างชาติเข้ามาหรือแรงงานไทยที่มีฝีมือไหลออกไปทำงานต่างประเทศ กลุ่มประเทศ AEC จึงได้มีข้อตกลงร่วมกันในคุณสมบัติวิชาชีพเพื่อรับรองคุณวุฒิและคุณสมบัติความรู้ในการประกอบอาชีพ การขออนุญาตเข้าทำงานในแถบอาเซียน โดยมี 7 สาขาวิชาชีพดังนี้ วิศวกรรม พยาบาล แพทย์ นักบัญชี การสำรวจ สถาปัตยกรรม และบุคลากรวิชาชีพท่องเที่ยว เพื่อให้บุคลากรที่ประกอบอาชีพเหล่านี้ได้รับความสะดวกในการประกอบอาชีพในแถบอาเซียน¹⁻²

สาขาบริการสุขภาพ เป็น 1 ในสาขาที่รัฐบาลเปิดการค้าเสรี ส่งผลต่อการส่งเสริมการลงทุนในการขยายตัวทางธุรกิจบริการทางการแพทย์เข้ามาในประเทศไทยหรือร่วมลงทุนกับผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการลงทุนในประเทศไทยขยายตลาดธุรกิจบริการสุขภาพไปในประเทศอาเซียนอื่นๆ ได้ด้วย โดยสามารถประกอบธุรกิจบริการรักษาสุขภาพได้ 4 รูปแบบ โดยตามข้อกำหนดขององค์การค้าโลก (World Trade Organization : WTO) คือ การบริการข้ามพรมแดน, การบริโภคข้ามพรมแดน, การเปิดสถานประกอบการในต่างประเทศ และการให้บริการโดยผู้ให้

บริการไปให้บริการในต่างประเทศได้ ด้วยการเปิดเสรีทางบริการสุขภาพ อาจส่งผลทั้งทางบวกและลบในหน่วยงานบริการสุขภาพ ด้วยมีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการในธุรกิจสุขภาพจำนวนมาก วิชาชีพแพทย์และพยาบาลมีค่าตัวสูง อาจมองไกลจากหน่วยงานภาครัฐ ไปสู่ภาคเอกชนที่รายได้สูงกว่ามาก เกิดการขาดแคลนแพทย์พยาบาล ในการเคลื่อนย้ายแรงงานแบบเสรี จำนวนแรงงานข้ามชาติ อาจมีการนำโรคเฉพาะถิ่นบางโรคเข้ามาด้วย โรงพยาบาลรัฐจึงต้องมีความพร้อมในการเตรียมการเพื่อรองรับการให้บริการ เนื่องจากการให้บริการในปัจจุบันในโรงพยาบาลรัฐแต่ละแห่งก็มีปริมาณผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากเกินความสามารถที่จะรองรับได้ทันเวลา หากเปิดประชาคมอาเซียนเต็มรูปแบบแล้ว สถานบริการสุขภาพภาครัฐควรต้องมีการเตรียมการไว้อย่างรัดกุม³⁻⁵

ด้วยความสำคัญในการเข้าสู่ AEC ในปี พ.ศ. 2558 ผู้ศึกษาซึ่งเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงสนใจที่ศึกษาระดับความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถีในการรองรับการเข้าสู่ AEC ว่ามีการเตรียมความพร้อมมากน้อยเพียงใด พร้อมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความพร้อมของบุคลากรเพื่อรองรับ AEC จากการทบทวนยังมีการศึกษาเรื่องนี้ค่อนข้างน้อยในสถานบริการพยาบาลภาครัฐ เพื่อการเตรียมความพร้อมได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาทำให้ทราบระดับความพร้อมในภาพรวมของโรงพยาบาล เพื่อวางแผนในการบริหารจัดการในบริบทที่เกี่ยวข้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจและเชิงคุณภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาเชิงสำรวจได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้รับบริการต่างชาติรวมทั้งอาเซียนปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชวิถีมาไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากรไม่จำกัด (Estimating an infinite population mean) โดยอ้างอิงจากการศึกษาของอภิญา⁶ พบว่าค่าเฉลี่ย $\pm$ SD การเตรียมความพร้อมจากคะแนนเต็ม 5 อยู่ที่ 3.29 ± 1.45 ได้ตัวอย่าง 316 ราย เพื่อข้อมูลขาดหายอีก 24 รายรวมเป็น 340 ราย สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการทั้ง 4 กลุ่มภารกิจ เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมิถุนายน-กันยายน 2558 และ การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม ที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ความพร้อมด้านความรู้ภาษาและการให้บริการเกี่ยวกับ AEC

ซึ่งได้สร้างและปรับปรุงขึ้นโดยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานศึกษามาใช้เป็นพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือ โดยประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากร ประสิทธิภาพการทำงาน การอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับ AEC
2. แบบสอบถามความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับ AEC เป็นแบบเลือกตอบ มีข้อคำถาม 20 ข้อ (ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบความเชื่อมั่น Try out กับตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) คือ 0.79 แบ่งระดับคะแนนสรุปความรู้โดยใช้การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม เป็น 3 ระดับคือ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย มีคะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป ร้อยละ 60.0-79.0 และน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามความพร้อมเกี่ยวกับทักษะด้านภาษา และทักษะการให้บริการของบุคลากรเพื่อรองรับ AEC ลักษณะคำถาม เลือกตอบ 5 ระดับ ตาม Linkert Scale คือ 1 คะแนน ไม่มีทักษะ/มีทักษะน้อยที่สุด จนถึง 5 คะแนน มีทักษะมากที่สุด แบบสอบถามผ่านการ Try out กับตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) คือ 0.76 เกณฑ์การแปลผลทักษะ แบ่ง 3 ระดับคือ ทักษะมาก (3.50-5.00), ทักษะปานกลาง (2.50-3.49), และทักษะน้อย (1.00-2.49) ตามลำดับ

4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นคำถามปลายเปิด นำข้อเสนอแนะปัญหา อุปสรรคมาวิเคราะห์ผล

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ คือ แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด ซึ่งเป็นแนวคำถามเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ AEC ได้แก่ สภาพปัจจุบันของโรงพยาบาล แนวทางเตรียมความพร้อม ในมิติด้านโครงสร้าง บุคลากร การบริการ และสิ่งอำนวยความสะดวก ปัจจัยความสำเร็จ และปัญหา-อุปสรรคในการเตรียมความพร้อม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อความและนำเสนอในภาพรวม ซึ่งไม่มีการกล่าวชื่อของผู้หนึ่งผู้ใด

การวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ กับระดับความพร้อมใช้สถิติ student's t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างมากกว่า 2 กลุ่มโดยใช้ One-way ANOVA และกรณีที่ One Way ANOVA มีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อโดยวิธี Scheffe โดยพิจารณาว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อกำหนดค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.1 มีอายุเฉลี่ย 41.63 ± 11.20 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 48.5 การศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 47.8 ข้าราชการ ร้อยละ 56.2 และร้อยละ 48.2 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ด้านประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่าร้อยละ 45.3 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล ราชวิทยาลัยมากกว่า 15 ปีขึ้นไปโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 82.0 ปฏิบัติงานที่ไม่ได้สัมผัสโดยตรงกับคนไข้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 88.0 ได้รับรู้

ข่าวสารเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และร้อยละ 92.9 มีการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อศึกษาระดับความพร้อมทักษะด้านภาษา การบริการ และความรู้ พบว่า ทักษะด้านภาษา มีความพร้อมระดับน้อย ทักษะด้านความรู้มีความพร้อมระดับปานกลาง และทักษะด้านการบริการมีความพร้อมระดับมาก (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความพร้อมของทักษะด้านต่าง ๆ (n=340)

ทักษะ(คะแนนเต็ม)	น้อย (1.00-2.49 คะแนน)	ปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน)	มาก (3.50-5.00 คะแนน)	Total Mean (95% CI)
ทักษะด้านภาษา (5)	192(56.5%)	127(37.3%)	21(6.2%)	2.35(2.27-2.44)
ทักษะด้านการบริการ (5)	40(1.2%)	83(24.4%)	253(74.4%)	3.80(3.73-3.86)
	น้อย (<12 คะแนน)	ปานกลาง (12-16 คะแนน)	มาก (16-20 คะแนน)	Total Mean (95% CI)
ทักษะด้านความรู้ (20)	94(27.7%)	148(43.5%)	98(28.8%)	13.33(12.93-13.73)

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร พบว่า เพศชาย อายุ ตำแหน่งงาน ประเภทงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน และการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมด้านภาษาในการรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ และการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศ มีความสัมพันธ์

กับความพร้อมด้านการบริการในการรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตำแหน่งงาน ประเภทงาน ระดับการศึกษา รายได้ และการรับรู้ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่อง AEC มีความสัมพันธ์กับความพร้อมด้านความรู้ในการรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพร้อมด้านภาษา บริการ และความรู้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพร้อม ด้านภาษา ด้านการบริการ และด้านความรู้

ลักษณะทางประชากร	n	ระดับความพร้อม		
		ภาษา (เต็ม 5)	การบริการ (เต็ม 5)	ความรู้ (เต็ม 20)
เพศ				
หญิง	274	2.25 $\pm$ 0.70	3.83 $\pm$ 0.60	13.29 $\pm$ 3.92
ชาย	64	2.82 $\pm$ 0.82	3.67 $\pm$ 0.59	13.45 $\pm$ 3.11
p-value		<0.001*	0.063	0.743
อายุ (ปี)				
≤ 40	140	2.55 $\pm$ 0.73	3.84 $\pm$ 0.57	13.05 $\pm$ 3.24
40+	200	2.22 $\pm$ 0.74	3.77 $\pm$ 0.62	13.53 $\pm$ 4.09
p-value		<0.001*	0.236	0.248
ตำแหน่ง				
แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร	65	3.05 $\pm$ 0.57	3.73 $\pm$ 0.53	14.43 $\pm$ 2.93
พยาบาล	77	2.50 $\pm$ 0.50	4.04 $\pm$ 0.55	14.94 $\pm$ 3.47
สหสาขาวิชาชีพ	37	2.23 $\pm$ 0.84	3.70 $\pm$ 0.51	13.84 $\pm$ 3.85
อื่นๆ	161	2.03 $\pm$ 0.70	3.73 $\pm$ 0.64	12.01 $\pm$ 3.75

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพร้อม ด้านภาษา ด้านการบริการ และด้านความรู้ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	n	ระดับความพร้อม		
		ภาษา (เต็ม 5)	การบริการ (เต็ม 5)	ความรู้ (เต็ม 20)
p-value		<0.001*	<0.001*	<0.001*
เปรียบเทียบรายคู่พบคู่ต่างอย่างมีนัยสำคัญคือ		(1) vs (2)	(1) vs (2)	(1) vs (4)
		(1) vs (3)	(2) vs (3)	(2) vs (4)
		(1) vs (4)	(2) vs (4)	(3) vs (4)
		(2) vs (4)		
ประเภทงาน				
ข้าราชการ	191	2.56±0.67	3.85±0.55	14.46±3.36
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	114	2.08±0.70	3.75±0.62	12.02±3.69
ลูกจ้างอื่นๆ	35	2.12±1.01	3.69±0.76	11.49±4.12
p-value		<0.001*	0.235	<0.001*
เปรียบเทียบรายคู่พบคู่ต่างอย่างมีนัยสำคัญคือ		(1) vs (2)	-	(1) vs (2)
		(1) vs (3)		(1) vs (3)
สถานภาพ				
โสด	165	2.52±0.68	3.81±0.60	13.21±3.60
คู่	158	2.24±0.78	3.79±0.59	13.59±3.73
หม้าย,หย่า,แยก	17	1.81±0.73	3.81±0.71	12.12±5.34
p-value		<0.001*	0.96	0.257
เปรียบเทียบรายคู่พบคู่ต่างอย่างมีนัยสำคัญคือ		(1) vs (3)	-	-
		(2) vs (3)		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	114	1.94±0.76	3.67±0.64	11.65±3.86
ปริญญาตรี	160	2.39±0.62	3.86±0.58	14.02±3.42
สูงกว่าปริญญาตรี	61	3.03±0.55	3.88±0.55	14.77±3.20
p-value		<0.001*	0.014*	<0.001*
เปรียบเทียบรายคู่พบคู่ต่างอย่างมีนัยสำคัญคือ		(1) vs (2)	(1) vs (2)	(1) vs (2)
		(1) vs (3)		(1) vs (3)
		(2) vs (3)		
รายได้ต่อเดือน				
ต่ำกว่า 10,000 บาท	54	1.90±0.84	3.58 ±0.76	11.26±4.33
10,001 - 15,000 บาท	69	2.25 ±0.70	3.83 ±0.56	12.13±3.49
15,001 - 20,000 บาท	53	2.28 ±0.68	3.63 ±0.56	13.09 ±3.50
>20,000 บาท	164	2.57 ±0.70	3.91 ±0.54	14.60 ±3.28
p-value		<0.001*	0.001*	<0.001*
เปรียบเทียบรายคู่พบคู่ต่างอย่างมีนัยสำคัญคือ		(1) vs (4)	(1) vs (4)	(1) vs (4)
		(2) vs (4)	(3) vs (4)	(2) vs (4)
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่ราชวิถี				
ต่ำกว่า 5 ปี	91	2.58±0.71	3.81±0.62	13.02±3.05
ระยะเวลา 5 - 10 ปี	53	2.33±0.84	3.76±0.42	12.58±3.97
ระยะเวลา 10 - 15 ปี	42	2.32±0.74	3.61±0.78	13.00±3.91
ระยะเวลา 15 ปีขึ้นไป	154	2.24±0.73	3.86±0.58	13.86±3.99
p-value		0.008*	0.103	0.107
เปรียบเทียบรายคู่พบคู่ต่างอย่างมีนัยสำคัญคือ		(1) vs (4)	-	-

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพร้อม ด้านภาษา ด้านการบริการ และด้านความรู้ (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	n	ระดับความพร้อม		
		ภาษา (เต็ม 5)	การบริการ (เต็ม 5)	ความรู้ (เต็ม 20)
ลักษณะงานมีการสัมผัส/เกี่ยวข้องโดยตรงกับคนไข้				
ไม่ใช่	278	2.34±0.74	3.78±0.61	13.47±3.51
ใช่	61	2.42±0.83	3.89±0.56	12.66±4.76
p-value		0.418	0.21	0.163
ได้รับรู้ข่าวสารที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน				
ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร	40	2.23±0.82	3.74±0.81	12.10±3.45
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	292	2.38±0.75	3.81±0.57	13.56±3.78
p-value		0.246	0.597	0.021*
มีการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศ				
ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อม	24	1.72±0.68	3.45±0.66	10.96±5.63
มีการเตรียมความพร้อม	316	2.29±0.78	3.76±0.59	13.23±3.57
p-value		<0.001*	0.018*	0.008

หมายเหตุ : P-value from t-test or One Way ANOVA, * Significant at $p < 0.05$

เมื่อศึกษาความพร้อมด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาลเพื่อรองรับ AEC พบว่า โรงพยาบาลมีความพร้อมด้านป้ายบอกทาง แผนที่ ทางลาดสำหรับการเคลื่อนย้ายรถเข็น การเผยแพร่ข่าวสาร ระบบสิ่งอำนวยความสะดวก ระบบสารสนเทศ และระบบรักษาความปลอดภัย ขณะที่ยังมีประเด็นที่อาจต้องจัดหาเพิ่มเติม ได้แก่ หน้าจอแสดงข้อมูลเป็นภาษาสากล พนักงานด่านหน้าที่สื่อสารภาษาสากลได้มากขึ้น ระบบการเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์เป็นภาษาสากล บริการล่ามภาษา และหน่วยบริการการแพทย์เฉพาะสำหรับผู้รับบริการต่างประเทศ (ตารางที่ 3)

ขณะที่ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารใน 4 ประเด็นหลักสรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

1. สภาพปัจจุบันในการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อรองรับการเข้าสู่ AEC แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.1 ด้านบุคคล มีการเตรียมการอบรมแพทย์ ต้องผ่านการอบรมความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การร่วมอบรมสัมมนาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ ส่วนพยาบาล มีการจัดอบรมการเข้าร่วมศึกษาดูงานความร่วมมือทางวิชาการต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ เป็นต้น

ตารางที่ 3 ความพร้อมด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาลเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

หน่วยงานมีความพร้อมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

- 1 โรงพยาบาลมีป้ายบอกทางและสัญญาณเตือนเป็นภาษาไทยและอังกฤษ
- 2 โรงพยาบาลมีแผนที่ แผนที่ และชื่อสถานที่ต่างๆ เป็นภาษาไทยและอังกฤษ
- 3 โรงพยาบาลมีทางลาดสำหรับการเคลื่อนย้ายรถเข็น มีจุดจอดรถเข็นคนพิการและมีป้ายกำกับ
- 4 โรงพยาบาลมีความพร้อมในการเผยแพร่ข่าวสารความรู้ด้านต่างๆ ผ่านสื่อที่ผู้รับบริการสามารถสังเกตได้
- 5 โรงพยาบาลมีระบบอำนวยความสะดวก หรือระบบช่วยเหลือแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องต่างๆ ที่ชัดเจน
- 6 โรงพยาบาลมีระบบสารสนเทศ และ/หรือระบบสื่อสารที่ทันสมัย
- 7 โรงพยาบาลมีระบบบริหารความเสี่ยง/การรักษาความปลอดภัย ที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้ง

หน่วยงานยังต้องมีการจัดหาจัดเตรียมเพื่อเพิ่มระดับความพร้อม

- 1 โรงพยาบาลควรมีจอแสดงข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้ใช้บริการเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษในจุดบริการต่างๆ
- 2 โรงพยาบาลควรมีพนักงานด่านหน้าที่สามารถสื่อสารได้ทั้งภาษาไทยและอังกฤษประจำตามจุดต่างๆ ให้ครอบคลุม
- 3 โรงพยาบาลควรมีระบบการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนผ่านทางเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเป็นภาษาไทยและอังกฤษ
- 4 โรงพยาบาลควรมีการให้บริการล่ามภาษาที่เพียงพอ
- 5 โรงพยาบาลมีหน่วยบริการเฉพาะทางการแพทย์สำหรับลูกค้าต่างประเทศ

- 1.2 ด้านระบบบริการ มุ่งเน้นคุณภาพการบริการที่มีมาตรฐานระดับสากล เพื่อเป็น safety and quality hospital ส่งเสริมการจัดอบรมและสื่อสารด้านภาษาต่างประเทศ ทั้งภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆ ตามประเภทกลุ่มผู้รับบริการจากประเทศในอาเซียน ทั้งนี้โดยมีการวิเคราะห์ผู้รับบริการเป็นสำคัญ
- 1.3 ด้านระบบโครงสร้าง ระบบโครงสร้างการให้บริการของโรงพยาบาลยังไม่สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมในการเปิดเข้าสู่ประชาคมอาเซียนเท่าที่ควร เพราะผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นคนไทย การที่จะเปิดหน่วยรองรับบริการเฉพาะให้กับชาวต่างชาติอาจต้องใช้การเตรียมความพร้อมอีกระยะหนึ่ง แต่หากในอนาคตมีการเปิดหน่วยบริการเฉพาะนี้แล้ว ก็จะเป็นประโยชน์ยิ่งในการรองรับการให้บริการกับชาวต่างชาติที่จะเพิ่มจำนวนในการเข้ารับบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น
2. ปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อรองรับการเข้าสู่ AEC
 - 2.1 ด้านการสื่อสารภาษาเป็นหัวใจสำคัญในการสื่อสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ซึ่งบุคลากรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้ที่ใช้ภาษาต่างประเทศเป็นหลัก ทำให้การสื่อสารมีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรให้มีบุคลากรมีการอบรมด้านภาษาโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ด้านการพยาบาลและเกี่ยวข้อง
 - 2.2 ด้านการบริการ หากมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นในการสื่อสารก็จะส่งผลโดยตรงต่อการให้บริการ ผู้ให้บริการไม่สามารถแก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการ ทำให้ประสิทธิภาพของการรับบริการลดลง
 - 2.3 ด้านภาระงาน เนื่องจากบุคลากรมีภาระงานค่อนข้างมาก ดังนั้นจึงมีความสำคัญและต้องอดทนในการเรียนรู้ และพัฒนาตนเอง
3. ปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จในการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อรองรับการเข้าสู่ AEC

ผู้บริหารของโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการที่จะให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการเข้าสู่ AEC โดยได้มีการถ่ายทอดนโยบายให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญ เป็นเข็มมุ่งโรงพยาบาล เน้นให้การบริการที่มีมาตรฐานและความเป็น Medical Hub ส่งเสริมการสอนภาษาสากลเพื่อการสื่อสาร ซึ่งฝ่ายทรัพยากรบุคคลได้จัดโครงการฝึกอบรมด้านภาษาให้กับบุคลากรภายในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และในหน่วยงานด้านการพยาบาลมีการจัดทำโครงการเชิญวิทยากรต่างชาติเข้ามาในหน่วยงาน เพื่อฝึกให้เจ้าหน้าที่สามารถพูดสื่อสารได้ มีการจัดทำคู่มือคำแนะนำ 2 ภาษา คือ ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นพื้นฐาน และ

บางหน่วยงานเริ่มมีคู่มือคำแนะนำภาษาพม่า เป็นต้น นอกจากนี้บุคลากรของโรงพยาบาลทุกภาคส่วนก็มีความสำคัญในการที่จะช่วยขับเคลื่อนและนำความพร้อมของโรงพยาบาลให้พร้อมบริการมากที่สุด

4. แนวทางในการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

- 4.1 ด้านโครงสร้าง โรงพยาบาลราชวิถีมีการก่อสร้างอาคารศูนย์การแพทย์ เพื่อรองรับการขยายการให้บริการที่เพิ่มขึ้น โดยมีมาตรฐานการดำเนินงานเป็นไปตามแผน เพื่อมุ่งเน้นการเป็นโรงพยาบาลที่มีความปลอดภัย
- 4.2 ด้านพัฒนาบุคลากร มุ่งเน้นการฝึกอบรมและฝึกประสบการณ์ที่มีความจำเพาะมากยิ่งขึ้น ทั้งด้านการสื่อสาร ทักษะการใช้ภาษา การพัฒนาหลักสูตรต่างๆ ให้มีความเป็นสากลมากยิ่งขึ้น
- 4.3 การบริการ มีแผนการจัดตั้งฝ่ายนิเทศสัมพันธ์ขึ้น เพื่อเตรียมพร้อมและรองรับการให้บริการกับชาวต่างประเทศที่เป็นระบบมากยิ่งขึ้น ส่วนแผนในอนาคตอาจจะมีการผลักดันให้ผู้ป่วยอาเซียนไปใช้บริการในเขตคลินิกเครือข่ายชุมชนรอบอุ้นมากขึ้นด้วย

วิจารณ์

จากการศึกษาระดับความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อรองรับการเข้าสู่ AEC พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านภาษา ความรู้และการบริการ ในระดับน้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ ความพร้อมด้านภาษาระดับน้อยหรือต่ำเป็นประเด็นที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากการรวมตัวกันของ 10 ประเทศในอาเซียน ภาษาอังกฤษจะเป็นภาษากลางที่ต้องใช้ในการติดต่อสื่อสารกัน ในปี 2557 สถาบัน EF Education First ได้เผยแพร่ดัชนีความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษ (EF English Proficiency Index : EF EPI)⁷ ของผู้ใหญ่ในประเทศต่างๆ ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาแม่ โดยสำรวจจากประชาชนกว่า 750,000 คน ผลการทดสอบของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คะแนนต่ำมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยได้อันดับที่ 56 จาก 72 ประเทศ อยู่ในระดับต่ำสุด very low เมื่อเปรียบเทียบกับ 5 ระดับและสูงสุดคือ very high ความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษของไทยเป็นรองประเทศสมาชิกอาเซียนหลายประเทศ เช่น มาเลเซีย อินโดนีเซีย และเวียดนาม สถาบัน EF Education First ได้วิเคราะห์เพิ่มเติมว่าดัชนี EF EPI แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงในเชิงบวกอย่างเด่นชัดระหว่างระดับรายได้และความสามารถด้านภาษาอังกฤษโดยประเทศที่มีความร่ำรวยกว่ามีการใช้จ่ายในการเรียนภาษาอังกฤษซึ่งเป็นภาษาสากลของโลกมากกว่า ส่วนในระยะยาวนั้น การมีความรู้ภาษาอังกฤษเพิ่มขึ้นจะเป็นการ

ส่งเสริมโอกาสทางเศรษฐกิจ และจะส่งผลให้รายได้ประชาชาติเฉลี่ยสูงขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นเพื่อให้ประเทศไทยสามารถเป็นหนึ่งในอาเซียนได้อย่างสมศักดิ์ศรี จึงต้องเร่งพัฒนาให้พร้อมกับการแข่งขันในอนาคต เพราะจากการเปิดเสรีในสาขาวิชาชีพบางสาขาแล้ว มีความเป็นไปได้ที่อาเซียนจะพิจารณาเปิดเสรีในสาขาวิชาชีพอื่นๆ ดังนั้น จำเป็นต้องพัฒนาทักษะด้านภาษาอังกฤษควบคู่ไปด้วย

การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ประกอบอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน AEC โดยศิริภา⁹ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ การศึกษา รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันของพยาบาลมีผลต่อความพร้อมของพยาบาลเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน AEC แตกต่างกัน ในขณะที่อายุ และสังกัดโรงพยาบาลที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความพร้อมของพยาบาลเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน AEC ในด้านทักษะต่างๆของพยาบาล พบว่า มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงาน AEC โดยที่ทักษะวิชาชีพพยาบาล ทักษะภาษาอังกฤษ และทักษะด้านงานบริการมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของทักษะด้านภาษา ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร เรื่องการเตรียมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการก้าวสู่ AEC การใช้ภาษาอังกฤษที่ดีเพื่อช่วยให้เกิดการติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางสื่อสารทุกรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมเรื่องภาษาอังกฤษให้มีทักษะที่ได้มาตรฐาน สามารถสื่อสารได้ การส่งเสริมให้เรียนรู้สังคมและวัฒนธรรมประชาคมอาเซียนมากขึ้น ต่อยอดสู่ในอนาคตเมื่อมีการเปิดประชาคมอาเซียนแบบเสรี การเรียนรู้กฎระเบียบอาจจะต้องพัฒนาการเรียนรู้อีกกฎหมายว่าด้วยอาเซียนมากขึ้นด้วย

เมื่อวัดระดับความรู้เกี่ยวกับ AEC ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณฤมล⁹ โดยทำการศึกษาระดับความรู้ ความพร้อม และปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการรองรับ AEC ของบุคลากรทางบัญชีในสถานประกอบการสระบุรี พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจใน AEC ของบุคลากรทางบัญชีมีความพร้อมระดับปานกลาง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ AEC มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความพร้อมของบุคลากรทางบัญชีเพื่อรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลมุ่งเน้นการให้บริการ ดังนั้นการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารเพื่อการให้บริการที่สมคุณค่าจึงเป็นเรื่องหลัก ขณะที่การให้ความรู้ด้านอาเซียนจากสื่อต่างๆ อาจจะยังไม่สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงหรือจดจำได้มากนัก ระดับความรู้จึงอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามความพร้อมในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ AEC ระดับปานกลางในการศึกษานี้ ตีกว่าผลการศึกษาของวีรากร¹⁰ เรื่องการเตรียมความพร้อมขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการก้าวสู่ AEC กรณีศึกษา: พื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแยง อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลบ้านแยง อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประชาคมอาเซียนในระดับต่ำ ด้านการเตรียมความพร้อมของท้องถิ่นเกี่ยวกับการก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในด้าน สังคม วัฒนธรรม การศึกษา เศรษฐกิจ การบริการและการท่องเที่ยว ยังอยู่ในระดับที่ต่ำ

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทางประชากร ได้แก่ ตำแหน่งงาน ระดับการศึกษา รายได้ และการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศ มีความสัมพันธ์กับความพร้อมด้านการบริการในการรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการบริการเป็นหัวใจสำคัญของสถานบริการทางการแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานต่างๆพร้อมให้บริการอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและมีคุณภาพ คุณลักษณะส่วนบุคคลดังกล่าวและการมีความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศ เป็นการเสริมความมั่นใจในการให้บริการและพร้อมที่จะดูแลผู้รับบริการอย่างเต็มที่ นอกจากนี้สาขาบริการสุขภาพ เป็น 1 ในสาขาที่รัฐบาลเปิดการค้าเสรี ซึ่งจะส่งผลต่อการส่งเสริมการลงทุนในการขยายตัวทางธุรกิจบริการทางการแพทย์เข้ามาในประเทศไทยหรือร่วมลงทุนกับผู้ประกอบการธุรกิจโรงพยาบาล เหตุผลหนึ่งคือการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยมีคุณภาพในระดับที่เป็นที่เชื่อมั่นของนานาชาติ และจะกลายเป็น Medical Hub ที่สำคัญในอนาคต การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุธิดา¹¹ ประเมินการรับรู้ต่อการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ตามนโยบายของรัฐบาล ในกลุ่มประชากรบุคคลวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา มีผลต่อการรับรู้การเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

ระดับความพร้อมของโรงพยาบาลราชวิถีเพื่อรองรับการเข้าสู่ AEC พบว่ามีความพร้อมด้านภาษา ความรู้ และการบริการ ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ ปัจจัยส่วนบุคคลโดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความพร้อมด้านต่างๆ ขณะที่ปัจจัยการเตรียมความพร้อมด้านภาษาต่างประเทศมีความสัมพันธ์กับการให้บริการ ขณะที่การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ AEC มีผลต่อระดับความรู้ ทั้งนี้โรงพยาบาลราชวิถีมีการเตรียมความพร้อมโดยพัฒนาระบบ โครงสร้าง สาธารณูปโภค และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในมิติต่างๆ เพื่อรองรับการเปิด AEC

ข้อเสนอแนะ

นโยบายของโรงพยาบาลราชวิถี เป็นองค์กรนำด้านสุขภาพที่สำคัญของชาติ มุ่งเน้นศูนย์ความเป็นเลิศระดับนานาชาติ

การให้บริการที่มีคุณภาพและผู้รับบริการมีความปลอดภัย โดยการพัฒนาทั้งระบบและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในมิติต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานในการรองรับการเปิด AEC ข้อสรุปการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับกรอบการเตรียมความพร้อมด้านการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะคือ โรงพยาบาลควรขยายขอบเขตการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร นอกจากการส่งเสริมภาษาอังกฤษ จำเป็นต้องเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในประเทศสมาชิกอาเซียนในหลากหลายมิติ แต่ต้องสร้างกระบวนการเสริมความรู้ให้ตระหนักว่าเมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่อาเซียนจำเป็นต้องมีการปรับตัวและสร้างสมรรถนะใหม่ๆ เพื่อแข่งขันกับประเทศเพื่อนบ้านอื่นๆ ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ผลการศึกษาช่วยให้โรงพยาบาลได้ทราบระดับความพร้อมในมิติต่างๆ ตระหนักถึงความสำคัญและเร่งยกระดับการเตรียมความพร้อมของการแข่งขันที่จะเพิ่มสูงขึ้น โดยการตรวจสอบความพร้อมขององค์กรและความพร้อมของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงจุดอ่อนและจุดแข็งที่ควรเร่งพัฒนาและสนับสนุนให้ดียิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์โอกาสและอุปสรรคจากการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เพื่อจะได้มีแนวทางในการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมเหล่านี้เป็นการเพิ่มโอกาสในการสร้างความสามารถในการแข่งขันพร้อมทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพขององค์กรที่จะก้าวสู่ AEC อย่างสมบูรณ์

ในการศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาระดับความพร้อมด้านต่างๆ ที่กำหนด ในการศึกษาต่อไปอาจเพิ่มการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ต่อระดับความพร้อมฯ และอาจมีการเปรียบเทียบระดับความพร้อมในประเด็นต่างๆ กับหน่วยงานด้านสุขภาพอื่นๆ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโรงพยาบาลราชวิถี ขอขอบคุณคณะผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มประสิทธิภาพ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนจากงานวิจัยทางการแพทย์ กลุ่มงานวิจัยและประเมินเทคโนโลยี โรงพยาบาลราชวิถีที่ช่วยเหลือสนับสนุนในทุกกระบวนการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ทุกประการ และขอขอบคุณ รศ.ดร.มธุรส ทิพยมงคลกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตร ศรีสุพรรณ, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, กฤษดา แสงดี การเตรียมความพร้อมของวิชาชีพการพยาบาลเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. Thai Journal of Nursing Council 2012. 27(3): 5-10.

2. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน: ASEAN Economic Community: AEC. 2552

3. ธิดารัตน์ โชคสุชาติ. ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน: ความสำคัญและการเตรียมความพร้อมของไทย 2553. 14(27): 99-112.

4. กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการบรรยาย ทิศทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย ในการก้าวสู่ AEC 2555. นนทบุรี

5. ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การเตรียมความพร้อมของประเทศไทยสู่ประชาคมอาเซียน.

6. อภิญา ดิสสะมาน, ธฤชนู รอดรักษา, สุดารัตน์ โยธาภิบาล, กุลธิดา สิงห์สี, ศิริรัตน์ ชุนทดคล้าย. การเตรียมความพร้อมของกรุงเทพมหานครในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน: ศึกษาในมิติสังคมและวัฒนธรรม ประเด็นการพัฒนามนุษย์. วารสารการเมืองการปกครองกิจการสาธารณะ (Public Affairs) 2557. 4(2): 120-46.

7. EF EPIEF English Proficiency Index. [Internet] The world's largest ranking of countries by English skills. [Cited 20 July 2017] Available from: <http://www.ef.co.th/epi/>

8. ศิริภา จันทร์จิระ. ความพร้อมของผู้ประกอบอาชีพพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนจังหวัดปทุมธานีเพื่อเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกธุรกิจระหว่างประเทศ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 2555.

9. นฤมล สุมรรคา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของบุคลากรทางบัญชีเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน: กรณีศึกษา สถานประกอบการ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการบัญชี คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี 2554.

10. วีรากร อุดรเลิศ. การเตรียมความพร้อมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการก้าวสู่ประชาคมอาเซียน กรณีศึกษา : พื้นที่เทศบาลตำบลบ้านแยง อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 กันยายน-ตุลาคม 2555: 94-104

11. สุธิดา ปัทม และไกรชิต สุตะเมื่อง. การรับรู้ต่อการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ตามนโยบายของรัฐบาล ในกลุ่มประชากรบุคคลวัยทำงาน ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารการเงิน การลงทุน การตลาด และการบริหารธุรกิจ ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 ตุลาคม -ธันวาคม 2556: 490-507. ●

อะไมลอยโดสิสกระจายเข้ากระเพาะอาหารและปอด : รายงานผู้ป่วย 1 ราย

ลิบสิทรี แสงลู่ทอง พ.บ.*, สมชาย จินทรศิริพงษ์ พ.บ.**, นพวรรณ วิภาตกุล พ.บ.**,
ดาร์รัตน์ เอกสมบัติชัย พ.บ.**, นฤดา จิรกาลวสาน พ.บ.***
*แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์, **กลุ่มงานอายุรกรรม, ***กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค,
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000

Systemic Amyloidosis Involving the Stomach and the Lung : A Case Report

Sanglutong L*, Insiripong S**, Wipatagoon N**, Akesombutchai D**,
Jiragalwasan N***

*Medical Resident, **Department of Medicine, ***Department of Anatomical
Pathology, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Mueang Nakhon Ratchasima,
Nakhon Ratchasima, 30000

(E-mail : lickhasit1986@gmail.com)

บทนำ

โรคอะไมลอยด์ หรือ อะไมลอยโดสิส (amyloidosis) เป็นภาวะที่มีการสะสมสารจำพวกอะไมลอยด์ที่เรียงตัวแบบไฟบริล ดัดแปลงมาจากโปรตีนหลากหลายชนิดตามเนื้อเยื่อต่างๆ โดยอยู่แค่ภายนอกเซลล์ ส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักอณูประมาณ 5-25 กิโลดาลตัน ในปัจจุบันพบว่ามียาอย่างน้อย 25 ชนิด เช่น immunoglobulin, β_2 microglobulin, apolipoprotein A-1, atrial natriuretic peptide เป็นต้น ทำให้โรคอะไมลอยด์มีอาการแสดงทางคลินิกหลากหลาย ขึ้นกับโปรตีนที่เป็นสารตั้งต้นและอวัยวะที่สูญเสียการทำงานจากการมีสารนั้นไปสะสม อวัยวะที่แสดงอาการได้บ่อย ได้แก่ ไต หัวใจ และ ตับ เป็นต้น แต่อะไมลอยโดสิสชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในทางคลินิก คือ อะไมลอยโดสิส ซึ่งเกิดตามหลังการมี light chain ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ immunoglobulin จำนวนมากที่พบได้ในภาวะเนื้องอกของพลาสมาเซลล์ ที่พบประมาณร้อยละ 80.0 ของผู้ป่วย¹⁻²

การสะสมสารอะไมลอยด์ที่ทางเดินอาหารพบประมาณร้อยละ 3.2 ของโรคอะไมลอยด์ทั้งหมด ซึ่งถือว่าน้อยมาก โดยร้อยละ 79.0 เป็น systemic amyloidosis³ ส่วนน้อยจะมี

รอยโรคเฉพาะที่ในทางเดินอาหารอย่างเดียว ตำแหน่งที่พบมากที่สุดได้แก่ duodenum รองลงมาได้แก่ กระเพาะอาหาร, colo-rectum, และหลอดอาหาร⁴ โดยอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ กรดไหลย้อน ท้องผูก คลื่นไส้ ปวดท้อง ท้องเสีย น้ำหนักลด เบื่ออาหาร⁵ ส่วนอะไมลอยด์ที่เข้าปอดก็พบได้น้อยมากเช่นกันไม่ถึงร้อยละ 1.0 โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นส่วนของ systemic amyloidosis และส่วนมากผู้ป่วยไม่มีอาการ⁶ ในรายงานนี้เป็นการศึกษาโรคอะไมลอยด์ที่กระจายเข้ากระเพาะอาหารและปอด

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการกลืนลำบากมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นเวลา 1 เดือน ร่วมกับอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ไม้ใช้ ไม่ปวดท้อง ตรวจร่างกายพบว่ามีไข้ และขาบวมเล็กน้อยทั้งสองข้าง

ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ : Hemoglobin 8.5 กรัม%, Hematocrit 26.3 %, White Blood Cell 4,700/มม³, Platelet 251,000/มม³, Mean Corpuscular Volume 79.2

เฟมโตลิตร Mean Corpuscular Hemoglobin 25.7 พิโคกรัม
Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration 32.5 กรัม%,
Red Cell Distribution Width 16.0%

Blood Urea Nitrogen 8.9 มก%, creatinine 0.67 มก%,
Calcium 7.6 มก%, Phosphate 3.7 มก%, albumin 3.4 กรัม%,
globulin 2.1 กรัม%, cholesterol 171 มก%, direct
bilirubin 0.1 มก%, total bilirubin 0.5 มก%, Aspartate
aminotransferase 19 U/L, Alanine aminotransferase 16
U/L, alkaline phosphatase 60 U/L, Hepatitis B surface
antigen, anti-Hepatitis C Virus ให้ผลลบ

ตรวจปัสสาวะไม่พบโปรตีน และไม่มี Bence-Jones
protein

เอกซเรย์ทรวงอก bilateral diffuse reticular infiltration
ตรวจหัวใจด้วยเครื่องสะท้อนคลื่นเสียงความถี่สูงพบหัวใจ
ปกติทั้งทางกายวิภาคและการทำงานหลอดเลือดใหญ่ปกติ

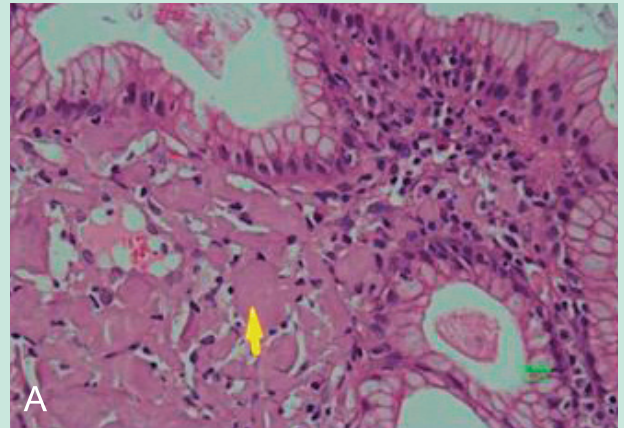
ตรวจช่องท้องด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง พบ
increased echogenicity-liver parenchymal disease

High resolution computed topography ของทรวงอก:
reticular opacities, traction bronchiectasis, focal ground
glass opacities, and consolidation at periphery of both
lower lungs, minimal bilateral pleural effusion. Differential
diagnosis-usual and non-specific interstitial pneumonia

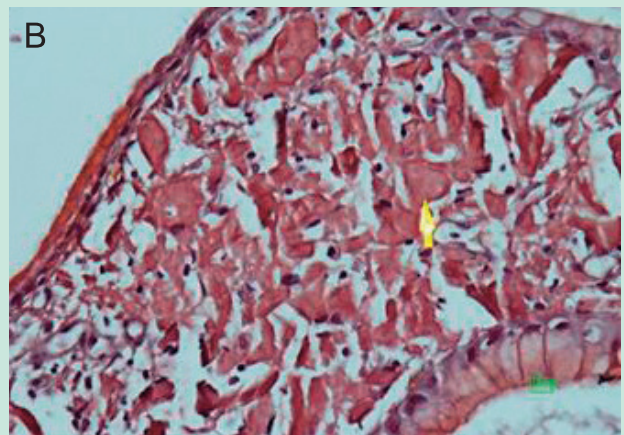
ส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น : หลอดอาหาร-multiple
discrete yellowish plaques on erythematous mucosa at
22 centimeter from incisor, marked inflammatory mucosa
at Esophagogastric junction. กระเพาะอาหาร-diffuse
erythematous nodular gastritis with some small ulcers at
the cardia, fundus, body, antrum, pylorus, 0.5 cm at
duodenum. Impression: acute Gastric Ulcer without
bleeding, acute hemorrhagic gastritis, acute Duodenal
Ulcer, candida esophagitis, positive urease test

ส่องกล้องตรวจหลอดลม น้ำล้างหลอดลมส่งตรวจ
Polymerase chain reaction for tuberculosis ให้ผลลบทั้ง
Mycobacterium tuberculosis. tuberculosis และ
Nontuberculous Mycobacteria

ผลจุลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อ หลอดอาหาร: acute
esophagitis, the presence of the clusters of fungal
hyphae, with scant yeast formed organisms, histo-
morphologically and clinically favored Candida spp.
(positive Giemsa Stain), กระเพาะอาหาร: antrum biopsy:
chronic gastritis with moderate activity, presence of
Helicobacter pylori, pink amorphous deposition, favor
amyloidosis, focally positive for Congo red stain with apple
green birefringence under the polarized light



รูป A แสดง Gastric biopsy: The gastric mucosa shows pink amyloid deposition (arrow) with chronic inflammation in the lamina propria (hematoxylin-eosin, original magnification x100)

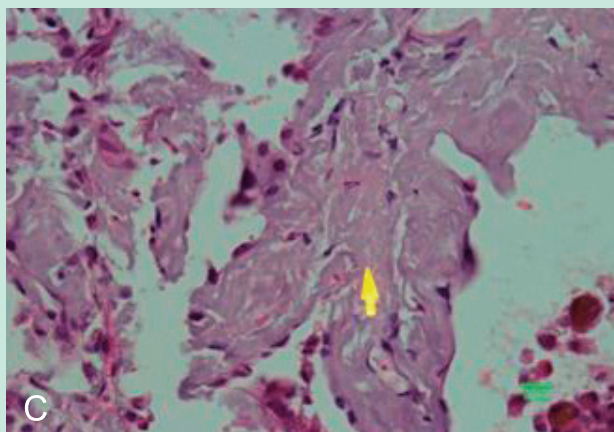


รูป B แสดง Gastric biopsy showing amyloid deposition (arrow) in the lamina propria (congo red stain, original magnification x400)

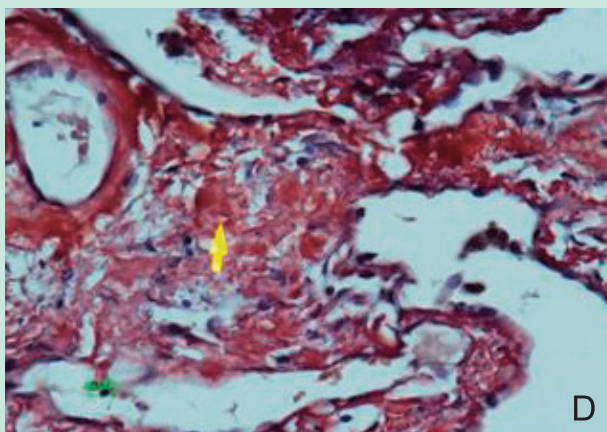
ผลจุลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อไขกระดูก: marked hyper-
cellularity (95%), mainly comprising small lymphocytes
and plasma cells. They mark with Cluster of
Differentiation138, lambda light chain, cyclin D1 and do
not mark with CD3, CD5, CD10, CD20, Cd23 and
kappa light chain. Impression: plasma cell myeloma

ผลจุลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อปอด: right middle lobe
transbronchial biopsy: pink amorphous deposition in the
alveolar septa (interstitium of lung), Congo red stain
shows focally and equivocally positive for apple green
birefringence under the polarized light, no granuloma,
no malignancy

ให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายว่าเป็น โรคอะไมลอยด์แบบ
กระจาย หรือ systemic amyloidosis เข้ากระเพาะอาหาร
และปอดได้ให้การรักษาตามอาการ เช่น ให้เลือดสำหรับภาวะ
โลหิตจาง ยาฆ่าเชื้อราสำหรับหลอดอาหารอักเสบ สำหรับ
multiple myeloma ให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร
Vincristine, Adriamycin, Dexamethasone (VAD) ผู้ป่วย
ทนยาได้ดี



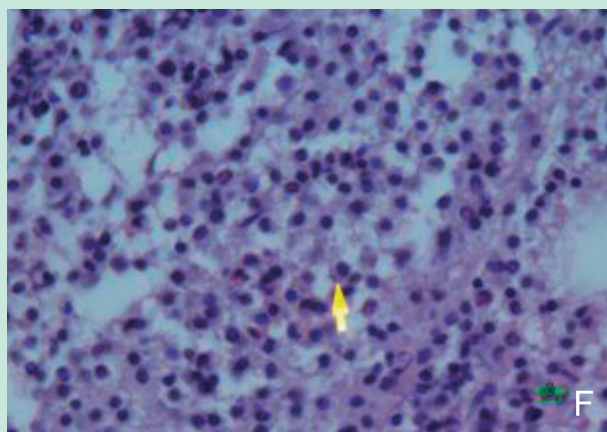
รูป C Lung biopsy : The interstitium is expanded due to extracellular amyloid infiltration (arrow) (hematoxylin-eosin, original magnification)



รูป D Lung biopsy : The interstitium is expanded due to extracellular amyloid infiltration (arrow) (Congo red stain, original magnification x400)



รูป E แสดง Chest x-ray



รูป F แสดง Bone marrow biopsy: The marrow shows numerous plasma cells (arrow), some of which display Dutcher bodies.

วิจารณ์

การวินิจฉัยโรคอะไมลอยด์อาศัยการตรวจชิ้นเนื้อ และ ย้อมสีพิเศษ เช่น Congo red แล้วจะพบลักษณะจำเพาะที่บ่งบอกถึงโรคอะไมลอยด์ เนื่องจากตำแหน่งที่ก่อโรคในผู้ป่วยรายนี้ คือเนื้อเยื่อของพลาสมาเซลล์ (plasma cell myeloma หรือ plasmacytoma) ในไขกระดูก ส่วนอวัยวะที่มีสารอะไมลอยด์ไปสะสม คือกระเพาะอาหารและปอด ฉะนั้นจึงวินิจฉัยได้ว่าเป็น systemic amyloidosis ที่แสดงอาการทางกระเพาะอาหาร และปอดซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องเนื่องกับไขกระดูก จึงไม่ใช่ localized amyloidosis⁵

ผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบากซึ่งเป็นอาการที่พบน้อยมากในผู้ป่วยโรคอะไมลอยด์ที่เข้าระบบทางเดินอาหาร ที่ส่วนใหญ่มาด้วยอาการ คลื่นไส้ อาเจียน ตกเลือดในทางเดินอาหาร การดูดซึมอาหารเสีย และอาการอุดกั้นในทางเดินอาหาร⁶ อย่างไรก็ตาม อาการกลืนลำบากของผู้ป่วยน่าจะเป็นจากหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา ซึ่งพบจากการตรวจชิ้นเนื้อของหลอดอาหาร แม้ผู้ป่วยจะไม่มีปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ให้มีการติดเชื้อรา เช่น มะเร็งหลอดอาหาร เบาหวาน การรับยา steroid และยาปฏิชีวนะก็ตาม⁹ และไม่พบว่า มีสารอะไมลอยด์สะสมในเนื้อเยื่อหลอดอาหารที่อาจจะ

แสดงอาการแบบ achalasia ได้¹⁰ และผู้ป่วยของเราก็มีอาการดีขึ้นหลังการรักษาด้วยยาต้านเชื้อรา

โรคต้นกำเนิดของอะไมลอยด์ของผู้ป่วยรายนี้คิดว่าน่าจะเป็น plasmacytoma ซึ่งเป็นโรคเนื้องอกชนิดโคลนเดียวของพลาสมาเซลล์ โดยเริ่มต้นภายในไขกระดูก เพราะพบ plasma cell มากกว่าร้อยละ 10.0¹¹ แม้ total serum globulin ในเลือดจะไม่เพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบ lambda light chain ด้วย¹² ซึ่งสามารถเป็นสารตั้งต้นของสารอะไมลอยด์ได้¹³ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยของเราไม่ได้ตรวจ serum free light chain และ Bence-Jones protein ซึ่งเป็นผลจาก light chain ในปัสสาวะให้ผลลบ

อาการของโรคอะไมลอยด์ที่เข้าระบบทางเดินอาหาร นอกจากอาการที่เกี่ยวข้องกับกระเพาะอาหารโดยตรง⁵ และการตกเลือดในทางเดินอาหารแล้ว⁷ อาจจะมีอาการที่ผ่านมาทางกลไกอื่นๆ ก็ได้ เช่น autonomic neuropathy, small bowel bacterial overgrowth หรือ cardiac cachexia⁵ autonomic neuropathy อาจจะทำให้เกิดอาการกลืนลำบากได้แต่ไม่น่าใช่ ผู้ป่วยรายนี้ส่วนอาการโรคอะไมลอยด์ที่เข้าปอดนั้น ส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการใดๆ หรืออาจจะมีอาการหายใจไม่อึดก็ได้¹⁴

ผู้ป่วยของเราก็ไม่มีอาการทางปอดเช่นกัน แต่พบความผิดปกติกระจายเต็มปอดโดยบังเอิญจากการเอกซเรย์ปอด

การส่องกล้องทางเดินอาหารในผู้ป่วย amyloidosis ที่กระเพาะอาหาร มีรอยโรคได้หลายแบบ ที่บ่อยที่สุด คือ ปกติ ร้อยละ 35.0, รอยแดงร้อยละ 33.0, กลอกร้อยละ 18.0, เป็นก้อนนูนเล็กๆ ร้อยละ 15.0¹⁵ ส่วนน้อยมากๆ อาจพบก้อนเดี่ยว¹⁶⁻¹⁷ เลือดออกในชั้นเยื่อ¹⁸ เป็นรอยนูน¹⁹ หรือมีแผล⁶ ผู้ป่วยเรามีทั้งการอักเสบของกระเพาะอาหารและมีแผลหลายแผลทั้งในกระเพาะและลำไส้เล็กส่วนต้น ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้น้อย ส่วนอะไมลอยด์ที่ปอด จากผู้ป่วย 43 ราย 3 รายมีรอยโรคที่หลอดลม 13 รายเป็นที่เนื้อปอด 33 รายเป็นที่เยื่อหุ้มปอด 8 รายเป็นที่ mediastinum เอกซเรย์ปอดธรรมดาพบว่าปกติเป็นส่วนใหญ่ แต่เอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะพบความผิดปกติได้มากกว่า เช่น ผนังหลอดลมหนา มีหินปูนจับ หรือ พบเงาเนื้อเยื่ออ่อนในทางลมหายใจได้ อาจพบ multiple nodules, patch shadows, reticular

opacities มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มปอดหนา มีก้อนออกจากข้อปอด²⁰ และ diffuse interstitial infiltration²¹ ผู้ป่วยของเราเป็นแบบ bilateral diffuse reticular infiltration เห็นได้ชัดแม้จะเป็นเอกซเรย์ธรรมดา และไม่มีอาการทางปอดก็ตาม

สรุป

ชายไทย อายุ 48 ปี มีอาการกลืนลำบาก 1 เดือน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น systemic amyloidosis จากการตรวจชิ้นเนื้อจากกระเพาะอาหารและปอด และ esophageal candidiasis โดยมี plasmacytoma จากไขกระดูกที่อาจจะเป็นสาเหตุได้ เช่นเดียวกับรายงานผู้ป่วยรายอื่นๆ ที่มักพบว่าโรคอะไมลอยด์ในกระเพาะอาหารหรือปอดมักเป็นส่วนหนึ่งของโรค systemic amyloidosis ดังนั้นการพบอะไมลอยด์ที่กระเพาะอาหาร หรือปอด จึงมักต้องหารอยโรคที่อื่นๆ ด้วยเสมอ

References

1. Gillmore JD, Hawkins PN. Pathophysiology and treatment of systemic amyloidosis. *Nat Rev Nephrol* 2013; 9: 574-86.
2. Merlini G, Seldin DC, Gertz MA. Amyloidosis: pathogenesis and new therapeutic options. *J Clin Oncol* 2011; 29: 1924-33.
3. Cowan AJ, Skinner M, Seldin DC, Berk JL, Lichtenstein DR, O'Hara CJ, et al. Amyloidosis of the gastrointestinal tract: a 13-year, single-center, referral experience. *Haematologica* 2013; 98: 141-6.
4. Tada S, Iida M, Iwashita A, Matsui T, Fuchigami T, Yamamoto T, et al. Endoscopic and biopsy findings of the upper digestive tract in patients with amyloidosis. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 10-4.
5. Blancas-Mejía LM, Ramirez-Alvarado M. Systemic amyloidosis. *Annu Rev Biochem* 2013; 82: 745-74.
6. Scala R, Maccari U, Madioni C, Venezia D, La Magra LC. Amyloidosis involving the respiratory system: 5-year's experience of a multi-disciplinary group's activity. *Ann Thorac Med* 2015; 10: 212-6.
7. Gorevic PD. An overview of amyloidosis. In: UpToDate, Basow DS (Ed), UpToDate, Waltham MA; 2008.
8. Camilleri M. Gastrointestinal amyloidosis. In: UpToDate, Basow DS (Ed), UpToDate, Waltham MA; 2008.
9. Yakoob J, Jafri W, Abid S, Jafri N, Islam M, Hamid S, et al. Candida esophagitis: risk factors in non-HIV population in Pakistan. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 2328-31.
10. Estrada CA, Lewandowski C, Schubert TT, Dorman PJ. Esophageal involvement in secondary amyloidosis mimicking achalasia. *J Clin Gastroenterol* 1990; 12: 447-50.
11. Kyle RA, Rajkumar SV. Criteria for diagnosis, staging, risk stratification and response assessment of multiple myeloma. *Leukemia* 2009; 23: 3-9.
12. Jimenez C, Vital C, Merlio JP, Deminière C, Dupon M, de Mascarel A, Lacut JY. Plasmacytoma and gastric amyloidosis associated with nodular pulmonary amyloidosis. *Ann Pathol* 1988; 8: 155-7.

References

13. Gertz MA. Immunoglobulin light chain amyloidosis: 2016 update on diagnosis, prognosis, and treatment. *Am J Hematol* 2016; 91: 947-56.
14. Suzuki H, Matsui K, Hirashima T, Kobayashi M, Sasada S, Okamoto N, et al. Three cases of the nodular pulmonary amyloidosis with a longterm observation. *Internal Med* 2006; 45: 283-6.
15. Said SM, Grogg KL, Smyrk TC. Gastric amyloidosis: clinicopathological correlations in 79 cases from a single institution. *Hum Pathol* 2015; 46: 491-8.
16. Rivera R, Kaul V, DeCross A, Whitney-Miller C. Primary gastric amyloidosis presenting as an isolated gastric mass. *Gastrointest Endosc* 2012; 76: 186-7.
17. Losanoff JE, Antaki F, Salwen WA, Edelman D, Reddy A, Levi E, et al. Amyloid tumor of the stomach simulating an obstructing gastric carcinoma: case report and review of the literature. *Endoscopy* 2009; 41 Suppl 2: E45-6.
18. Fossmark R, Skarsvåg E, Aarset H, Hjorth-Hansen H, Waldum HL. Symptomatic primary (AI) amyloidosis of the stomach and duodenum. *Case Rep Gastrointest Med* 2013; 2013: 525439.
19. Kagawa M, Fujino Y, Muguruma N, Murayama N, Okamoto K, Kitamura S, et al. Localized amyloidosis of the stomach mimicking a superficial gastric cancer. *Clin J Gastroenterol* 2016; 9: 109-13.
20. Xu L, Cai BQ, Zhong X, Zhu YJ. Respiratory manifestations in amyloidosis. *Chin Med J (Engl)* 2005; 118: 2027-33.
21. Ege E, Uzaslan E, Ursavaş A, Güçlü M, Ozkalemkaş F, Tolunay S. Primary pulmonary amyloidosis associated with multiple myeloma. *Tuberk Toraks* 2006; 54: 65-70. ●

ข้อมูลบริการการอบรมทางการแพทย์

การรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ปีการฝึกอบรม 2561 รอบที่ 1

สถาบัน/โรงพยาบาล	สาขาที่เปิดฝึกอบรม	ศักยภาพโควตา ปีการฝึกอบรม 2561	การรับสมัคร
โรงพยาบาลราชวิถี			สามารถ ดาวน์โหลด ได้ที่เว็บไซต์ ของแพทยสภาที่ http://tmc.or.th/tcgme/Students/PlanRegister/PlanStep
เปิดฝึกอบรม 25 สาขา	สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง (5 ปี/3 ปี)	1	
	สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก (5ปี/2ปี)	3	
	สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา (4 ปี/2 ปี)	3	
	สาขาศัลยศาสตร์ (4 ปี)	10	
	สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ (4 ปี)	8	
	สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (4 ปี)	3	
	สาขาประสาทวิทยา (3 ปี)	3	
	สาขาอายุรศาสตร์ (3 ปี)	19	
	สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา (3 ปี)	8	
	สาขาวิสัญญีวิทยา (3 ปี)	4	
	สาขาจักษุวิทยา (3 ปี)	7	
	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (3 ปี)	8	
	สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (3ปี)	12	
	สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา (3ปี)	0	
หลักสูตรต่อยอด (อนุสาขา)	สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ (2 ปี)	4	
	สาขามะเร็งวิทยานรีเวช (2 ปี)	3	
	สาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม (2 ปี)	2	
	สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร (2 ปี)	3	
	สาขาอายุรศาสตร์โรคไต (2 ปี)	3	
	สาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ (3 ปี)	2	
	สาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติซึม (2 ปี)	2	
	สาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (2 ปี)	3	
	สาขาอายุรศาสตร์โรคระบบหายใจ และภาวะวิกฤติระบบการหายใจ (2 ปี)	2	
	สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้และทวารหนัก (2 ปี)	1	
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี			
เปิดฝึกอบรม 14 สาขา	สาขากุมารศัลยศาสตร์ (4 ปี)	4	
	สาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น (4 ปี)	2	
	สาขากุมารเวชศาสตร์ (3 ปี)	23	
	สาขาโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก (5 ปี)	1	
หลักสูตรต่อยอด	สาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับเด็ก (2 ปี)	2	
	สาขากุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและโรคตับ (2 ปี)	1	
	สาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา (2 ปี)	1	
	สาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา (2 ปี)	1	

การรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน ปีการฝึกอบรม 2561 รอบที่ 1 (ต่อ)

สถาบัน/โรงพยาบาล	สาขาที่เปิดฝึกอบรม	ศักยภาพโควตา ปีการฝึกอบรม 2561	การรับสมัคร
	สาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน (2 ปี)	1	สามารถ ดาวน์โหลด ได้ที่เว็บไซต์ ของแพทยสภาที่ http://tmc.or.th/tcgme/Students/PlanRegister/PlanStep
	สาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ (2 ปี)	3	
	สาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ (2 ปี)	4	
	สาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด (2 ปี)	4	
	สาขากุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม (2 ปี)	2	
	สาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ (2 ปี)	3	
สถาบันพยาธิวิทยา			
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค (3 ปี)	2	
สถาบันโรคผิวหนัง			
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาตจวิทยา (4 ปี)	6	
โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)			
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาจักษุวิทยา (3 ปี)	5	
สถาบันโรคทรวงอก			
เปิดฝึกอบรม 2 สาขา	สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก (5 ปี/2 ปี)	2	
หลักสูตรต่อยอด	สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ (2 ปี)	6	
สถาบันประสาทวิทยา			
เปิดฝึกอบรม 2 สาขา	สาขาศัลยศาสตร์ (5 ปี)	4	
	สาขาประสาทวิทยา (3 ปี)	8	
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี			
เปิดฝึกอบรม 3 สาขา	สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน (3 ปี) (แขนงอาชีวเวชศาสตร์)	4	
	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (3 ปี)	6	
	สาขาอายุรศาสตร์ (3 ปี)	4	
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ			
เปิดฝึกอบรม 2 สาขา	สาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา	1	
	สาขามะเร็งนรีเวชวิทยา	0	
โรงพยาบาลเลิดสิน			
เปิดฝึกอบรม 6 สาขา	สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง (5 ปี/2 ปี)	2	
	สาขาศัลยศาสตร์ (4 ปี)	4	
	สาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ (4 ปี)	10	
	สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (3 ปี)	3	
	สาขาอายุรศาสตร์ (3ปี)	6	
	สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว	2	
สถาบันทันตกรรม			
เปิดฝึกอบรม 1 สาขา	สาขาทันตกรรมทั่วไป (3 ปี)	10	

วารสารกรมการแพทย์

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารกรมการแพทย์ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้ทางการแพทย์และวิชาที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทยตลอดจนประวัติที่เกี่ยวกับกรมการแพทย์และการสาธารณสุข เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ เรื่องที่ส่งมาพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และเมื่อตีพิมพ์แล้วต้องไม่ตีพิมพ์ในวารสารอื่น

การส่งต้นฉบับ

ให้พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษสัน ขนาด 21.6-27.9 ซม. บนมุมขวาของกระดาษพิมพ์เลขหน้ากำกับทุกหน้า การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน ส่งต้นฉบับ 3 ชุด (รวมทั้งตารางและภาพ) พร้อม CD หรือ DVD (Program microsoft word) ต้นฉบับไม่ต้องพับ ลงทะเบียนถ้าส่งทางไปรษณีย์ พร้อมทั้งจดหมายกำกับจากผู้เขียนเพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย ควรประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุวิธีการ ผล วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) ควรเป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่พบได้ไม่บ่อย หรือไม่เคยมีอาการมาก่อน หรือโรคที่มีลักษณะหรือการดำเนินโรคที่ไม่ตรงแบบ ควรประกอบด้วยหัวข้อดังต่อไปนี้ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทฟื้นฟูวิชา (Refresher course) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยเรียบเรียงจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้เรื่องโรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่ควรเกิน 12 หน้ากระดาษพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความทั่วไปที่มีขนาดเล็ก เนื้อหาอาจเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

ย่อเอกสาร (Abstract) เป็นการย่อเอกสารจากบทความภาษาต่างประเทศหรือบทความภาษาไทย ซึ่งตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆ ของผู้ย่อประกอบด้วย

จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to the editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (Correspondence) เป็นเวทีโต้ตอบระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ ซึ่งความคิดเห็นที่แตกต่างหรือความไม่สมบูรณ์ ข้อผิดพลาดของรายงาน

การเตรียมต้นฉบับ ชื่อเรื่อง ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้นได้ใจความ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา (Concise but informative)

ชื่อ-สกุล/คุณวุฒิของผู้เขียนและหน่วยงาน ชื่อ-สกุลและหน่วยงาน ใช้เป็นคำเต็มทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญาหรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อ วารสารกรมการแพทย์ใช้บทคัดย่อในรูปแบบร้อยแก้ว หรือ Unstructured abstracts ใช้ภาษาที่รัดกุมและเป็นประโยคสมบูรณ์ ควรระบุเนื้อหาที่จำเป็น สิ่งตรวจพบหลัก และผลสรุป และข้อมูลทางสถิติที่สำคัญ เน้นผลการศึกษาที่พบใหม่และสำคัญ ในภาษาอังกฤษควรเป็นประโยคอดีต ไม่ควรมีคำย่อ ไม่มีการอ้างอิงเอกสาร และ/หรือเขียนในรูปแบบของ Structured abstracts ซึ่งประกอบด้วย ภูมิหลัง (Background) วัตถุประสงค์ (Objectives) วิธีการทำวิจัย (Methods) ผลการวิจัย (Results) และบทสรุปการวิจัย (Conclusions)

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยไว้เหนือเนื้อความย่อสำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษของบทความภาษาไทยให้ใส่ชื่อเรื่องชื่อเต็มของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษไว้เหนือเนื้อความย่อ

คำสำคัญหรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำศัพท์ทางเทคนิคที่จำเป็นต้องใช้ภาษาที่อ่านง่ายเข้าใจง่าย กะทัดรัดชัดเจน หากจะใช้คำย่อต้องระบุคำเต็มในครั้งแรกก่อน มีการอ้างอิงเอกสารเป็นตัวเลขเรียงตามลำดับเนื้อเรื่องควรประกอบด้วย

บทนำ ให้อธิบายถึงเหตุผล ความเป็นมาที่นำไปสู่วัตถุประสงค์ของการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่จำเป็นไว้วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้เป็นร้อยแล้วที่ทำบทนำไม่ต้องใส่ข้อมูลและผลสรุปของการศึกษา

วัตถุประสงค์และวิธีการ อธิบายถึงวิธีการศึกษารูปแบบ ช่วงเวลา สถานที่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มาตรการหรือวิธี (Intervention) ที่ใช้ ถ้าเป็นวิธีที่เป็นที่รู้จักกันทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ให้อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปใช้ได้ ระบุวิธีการเก็บข้อมูลการวิเคราะห์ วิธีการทางสถิติที่ใช้

ผล แสดงผลที่ได้จากการศึกษาอย่างชัดเจนให้ผู้ผู้อ่านอ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว ในกรณีที่มีตัวเลขไม่มากหรือไม่ซับซ้อน ถ้าตัวเลขมากตัวแปรมากให้ใช้ตาราง และแปลความหมายของผลที่พบหรือวิเคราะห์จากตารางแสดงเฉพาะที่สำคัญและเป็นประเด็นในการวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เหมือนหรือแตกต่างจากงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร และเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะที่สำคัญและใหม่ ๆ และผลสรุปที่ได้จากการค้นพบนั้นๆ อย่างน่าเชื่อถือในบทนำหรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อด้อย Implication ของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการศึกษาในอนาคต

สรุป สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือประเด็นปัญหาสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
2. การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver โดยใส่หมายเลขอารบิก (Arabic) เอกสารอ้างอิงบนไหล่บรรทัดด้านขวา ไม่ต้องใส่วงเล็บ เรียงตามลำดับและตรงกับที่อ้างอิงไว้ในเนื้อเรื่อง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาไทยให้เรียงลำดับจากชื่อต้นตามด้วยนามสกุล การอ้างอิงผู้เขียนในบทความภาษาอังกฤษให้เรียงลำดับจากนามสกุลผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง

3. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ชื่อเรื่องตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือดูจาก website <http://nim.nih.gov> หรือใช้ตามแบบที่ใช้ในเอกสารนั้นๆ

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสาร

กรรมการแพทย์มีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. การอ้างอิงจากการสารวิชาการ ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์. ปีที่ (vol): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1.1 ชัยเย็นทร์ รัตนวิจารณ์, กุหลาบ หวังดีศิริกุล. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสายตาดำมืดของนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2529; 28: 279-70.

1.2 Campbell D, Hall M, Lemon J, Carr-Hill R, Pritchard C, Samphier M. Clinical birthweight standards for a total population in the 1980. Br J ObstetGynaecol 1987; 100:436-45.

หากมีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรกแล้วตามด้วย "et al." ในวารสารภาษาอังกฤษหรือตามด้วย "และคณะ" ในวารสารภาษาไทย

2. การอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราที่ผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ผู้พิมพ์/หน่วยงาน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์. หนังสือหรือตำรา แต่งโดยผู้พิมพ์

1. พรจันท์สุวรรณชาติ. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. กรุงเทพมหานคร. เดอะเบสท์กราฟฟิคแอนด์ปริ้นท์; 2542

2. Jones KL. Smith's recognizable patterns of human malformation. 5th ed. Philadelphia: WB Saunder; 1997.

หนังสือมีบรรณานุกรม

1. วิลาวัณย์จิ่งประเสริฐ, สุจิตต์ สุนทรธรรม, บรรณานุกรม. อาชีวเวชศาสตร์ ฉบับพิเศษวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ไชเบอร์ดเพรส; 2542.

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

บทใดบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่. ผู้นิพนธ์. ชื่อเสียง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. ริระ ลีลำนันทกิจ, ชูทิติย์ ปานปรีชา. นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) ใน: เกษม ตันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536 หน้า 961-96.

2. Wentz AC. Infertility. In: Jones HW III, Wentz AC, Burnett LS, eds. Novak's text-book of gynecology. 11th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.p. 263-302.

3. การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings) ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วันเดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

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

4. การอ้างอิงวิทยานิพนธ์ ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา, คณะ. เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

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

5. การอ้างอิงจากรายงานการวิจัยพิมพ์โดยผู้ให้ทุน ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

6. การอ้างอิงจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis (serial online) 1995; Jan-Mara (cited 1996 Jun 5): 1(1):[24 screens]. Available from: URL; <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

2. Hemodynamics III: the ups and down of hemodynamics (computer program). Ver-sion 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

3. CDI, clinical dermatology illustrated (monograph on CD-ROM). Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Verison 2.0. San Diego : CMEA; 1995.

7. อื่นๆ

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2538. หน้า 545

2. พระราชบัญญัติอาหารพ.ศ.2522.ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 98 พ.ศ. 2529, ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพิเศษเล่มที่ 103, ตอนที่ 23. (ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2529)

สวัสดีค่ะคุณหมออากาศและทีมงานทุกท่าน ดิฉันเป็นหนึ่งในคนอ่านที่ติดตามเนื้อหาในวารสารมานาน แต่เพิ่งเป็นครั้งแรกที่เขียนจดหมายมา เพราะสงสัยเรื่องการซื้อยา Acnotin10 ที่สามารถซื้อได้เองแล้วหรือคะ พอมีเพื่อนเคยสั่งซื้อผ่านเว็บไซต์หนึ่งเลยอยากซื้อเองบ้าง แต่ไม่แน่ใจเรื่องคุณภาพยาว่าเป็นของแท้จริงหรือไม่ จึงอยากรบกวนคุณหมออากาศช่วยแนะนำด้วยค่ะ

ขอบคุณค่ะ
กัโฌมาศ

ซื้อยา Acnotin10 ผ่านโซเชียลมีเดีย

ขอบพระคุณสำหรับคำถามของคุณกัโฌมาศนะคะ เพราะเป็นเรื่องสำคัญที่อยากจะพูดถึงพอดี ผมจึงอยากนำคำชี้แจงของ นพ.สุรโชค ต่างวิวัฒน์ รองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มาตอบดังนี้ค่ะ

เนื่องจากยา Acnotin10 เป็นยาในกลุ่มวิตามินเอ มีชื่อสามัญทางยา คือ Isotretinoin หรือ Retinoic acid มีชื่อทางการค้า เช่น Roaccutane, Acnotin, Sotret หรือ Isotane เป็นต้น โดยยาในกลุ่มนี้จัดเป็นยาควบคุมพิเศษ ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์เท่านั้น การซื้อยาดังกล่าวจากร้านขายยาจึงต้องมีใบสั่งแพทย์มาซื้อ และขายได้เฉพาะในร้านขายยาที่มีเภสัชกรคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ต้องมีใบอนุญาตขายยา อีกทั้งควรใช้ยาในกรณีที่น่าจำเป็นเท่านั้น

ที่ต้องจัดอยู่ในกลุ่มยาควบคุมพิเศษ ก็เพราะยาในกลุ่มวิตามินเอเป็นยาที่มีผลข้างเคียงสูง ส่งผลต่อหญิงมีครรภ์ทำให้ทารกในครรภ์พิการได้ เช่น โรคปากแหว่งเพดานโหว่ พบความบกพร่องทางสมอง ผู้ที่ได้รับยาจึงต้องคุมกำเนิดก่อนกินยาอย่างน้อย 3 เดือน และคุมกำเนิดตลอดระยะเวลาที่ใช้ยาตัวนี้ในการรักษาผิว เพื่อความปลอดภัยต่อมารดาและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยาในกลุ่มนี้ยังมีผลข้างเคียงอื่นๆ เช่น ทำให้ริมฝีปากแห้ง ตาแห้ง และมีการห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคตับ โรคไต ผู้ที่มีภาวะวิตามินเอสูงเกินหรือผู้ที่รับประทานในเลือดสูง อย่าคิดว่าเป็นแค่เรื่อง ผิว ภัยร้ายอาจถึงชีวิต

ดังนั้น ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรืออย. จึงเตือนประชาชนอย่าสั่งซื้อยาเหล่านี้ผ่านทางโซเชียล

มีเดียและเว็บไซต์มารับประทานโดยเด็ดขาด เพราะเสี่ยงต่อการได้รับยาไม่มีคุณภาพและอาจได้รับผลข้างเคียงถึงชีวิตจากการใช้ยา

ทั้งนี้ ทาง อย. ยังได้เข้มงวดในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายเป็นภัยต่อสังคม โดยเฉพาะทางเว็บไซต์และสื่อออนไลน์ ซึ่งนำมาโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณต่างๆ ผ่านทางเว็บไซต์ ถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาขายยาโดยไม่ได้รับอนุมัติภาพและข้อความโฆษณา โดยในปี 2560 พบการกระทำผิด 111 เรื่อง ดำเนินการส่งเรื่องแจ้งระงับการโฆษณา และส่งเจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินคดี 236 รายการ หากคุณกัโฌมาศหรือเพื่อนๆ พบเห็นการโฆษณาขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายผ่านเว็บไซต์ต่างๆ ก็สามารถร้องเรียนผ่านแอปพลิเคชัน Oryor Smart หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศได้เลยนะคะ เพราะถือเป็นการช่วยเป็นหูเป็นตาให้กับทางการด้วยเช่นกัน 🍀

นพ.อากาศ พัฒนเรืองไฉ
บรรณาธิการ
akas_dms@yahoo.com