



วารสารแพทย์ เขต ๔-๕

ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗

REGION 4-5 MEDICAL JOURNAL

Vol. 43 No. 4 October - December 2024

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การเปรียบเทียบการให้ยา Dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย: ผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุพรรณบุรี
- การเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช
- การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านมโดยใช้เนื้อเยื่อตัวเองในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า
- ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยชาวไทยและต่างชาติและลักษณะผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร
- ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพังผืดในผู้ป่วยไขมันเกาะตับโรงพยาบาลสมุทรสาคร: การศึกษานำร่อง

รายงานผู้ป่วย

- กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบชนิดลิมโฟไซโตในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช
- การฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะเคลือบฟันเจริญพร่องร่วมกับการนอนกัดฟัน
- กรณีศึกษา: การรักษาเนื้องอกอะมีโยบลาสโตมาด้วยวิธีผ่าตัดซากกรไกรล่างบางส่วนโดยเอาข้อต่อขากรไกรล่างออกพร้อมทั้งใส่เหล็กตามยึดพร้อมทั้งปลูกกระดูกทันที

หัวหิน
HUA HIN

ISSN 0125-7323 print
ISSN 2697-4819 online



วารสารแพทย์ เขต 4-5 (Region 4-5 Medical Journal)

Journal Information



รับรองระหว่างปี 2020 - 2024

Indexed in TCI



Editor : Dr. Sunai Janchai

ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย
(Thai-Journal Citation Index Centre-TCI) ให้อยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2

วารสารแพทย์ เขต 4-5

Region 4-5 Medical Journal

เจ้าของ ชุมรมแพทย์ เขต 4-5
Owner Region 4-5 Medical

ISSN 0125-7323

ที่ปรึกษา

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕
 สาธารณสุขนิเทศน์
 นายแพทย์สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๕
 ประธานชมรมวารสารแพทย์เขต ๔-๕
 กรรมการบริหารชมรมวารสารแพทย์เขต ๔-๕

บรรณาธิการ

นพ.สนัย จันทร์ฉาย โรงพยาบาลนครปรหม

รองบรรณาธิการ

นพ.ธิตี แสงธรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง

กองบรรณาธิการต่างสถาบัน

ศ.นพ.อภิชาติ จิตต์เจริญ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
พญ.นันทิยา ตัมพขุนทด	โรงพยาบาลพุทธชินราช
นพ.ณรงค์ เห็นประเสริฐแท้	โรงพยาบาลราชบุรี
นพ.ศุภชัย ไพบูลย์ผล	โรงพยาบาลราชบุรี
นพ.สมประสงค์ ทองมีสี	โรงพยาบาลชลบุรี
พญ.รติกร อนุสรณาวังน	โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
นพ.นฤวัต เกลสรุคนธ์	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
รศ.ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
รศ.ดร.สมบุรณ์ ศิริสรหิรัญ	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ภัทร พลอยแหวน	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.แสงเทียน อยู่เถา	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.สมลักษณ์ คงเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.กรรณิการ์ สุวรรณโคตร	มหาวิทยาลัยมหิดล
นางกาญจนา สุคนธมณี	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ดร.พัชรินทร์ สมบุรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

กองบรรณาธิการในสถาบัน

นพ.ปฐม วงษ์อุบล	โรงพยาบาลนครปฐม
พญ.สุธัญญา บรรจงภาค	โรงพยาบาลนครปฐม
นพ.โชคชัย วงศ์บุบผา	โรงพยาบาลนครปฐม
พญ.นุชนารถ โตเหมือน	โรงพยาบาลนครปฐม
ทพ.ธารวิทย์ สุขเจริญ	โรงพยาบาลนครปฐม

ฝ่ายจัดการ

น.ส.นิตยา เสถียรพานิช	โรงพยาบาลนครปฐม
น.ส.พัทธธิดา บุษาวงศ์ภักดินันท์	โรงพยาบาลนครปฐม
น.ส.อภิตยา คำแดง	โรงพยาบาลนครปฐม

เหรียญก

ภญ.อรอนงค์ เหล่าตระกูล โรงพยาบาลนครปรหม

วารสารแพทย์ เขต 4-5

เป็นวารสารทางการแพทย์ ราย 3 เดือน กำหนดออกในเดือน มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และตุลาคม-ธันวาคม

ห้องสมุดโรงพยาบาลนครปฐม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ 034-240069, 034-240000 ต่อ 1137

สำนักงาน

E-mail address

journal.region45@gmail.com

พิมพ์ที่

เพชรเกษมการพิมพ์ จังหวัดนครปฐม



วารสารแพทย์เขต ๔-๕

Region 4-5 Medical Journal

ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗

Vol. 43 No. 4 October - December 2024

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การเปรียบเทียบการให้ยา Dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย: ผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด พัทธรา จินประชา พ.บ., 493
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลาหยาเหตุการตาย
ด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุพรรณบุรี กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ พ.บ., 513
- การเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรราช ชาติวุฒิ บุญธนาวงศ์ พ.บ., 529
- การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม
โดยใช้เนื้อเยื่อตัวเองในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า กรณ์ด ยะโสธร พ.บ., 541
- ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยชาวไทยและต่างชาติและลักษณะผู้ป่วย
ที่เข้ารับการบำบัดรักษาคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร พีรพงศ์ หวังโรจนรัตน์ พ.บ., 551
- ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพังผืดในผู้ป่วยไขมันเกาะตับ
โรงพยาบาลสมุทรสาคร: การศึกษานำร่อง วิชิต กาจเงิน พ.บ., 565
- ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปริษานบกพร่องเล็กน้อยกับภาวะซีดในผู้สูงอายุ
ของชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พัทธนันท์ ยศราวุธกุล พ.บ., 579
- การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการ
การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้บริหาร
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดนครปฐม สุภาภรณ์ เลี้ยงอำนวย ศศ.ม., 591
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตพื้นที่ตำบลหนองปลาไหล นิสารัตน์ ศรีนามนัต พ.บ., 609
ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตพื้นที่ตำบลหนองปลาไหล รัชนิ พรหมอยู่ พ.บ., พัลลภา กุลเทศ ส.ม.,
อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร อติยา อุ่นตาดี ส.บ., เสาวนีย์ ฐูปหอม ส.ม.,
ชลีพร ปิยสุทธิ์ ปร.ด., จันทิมา นวมะวัฒน์ ส.ด.,
- รายงานผู้ป่วย
กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบชนิดลิมโฟไซโตในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรราช บุญญฤทธิ์ ศรีสมุทร พ.บ., 625
- การฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะเคลือบฟันเจริญพร่องร่วมกับการนอนกัดฟัน จิตมนต์ วงศ์ตัน ท.บ., 635
- กรณีศึกษา: การรักษาเนื้องอกอะมีโยบลาสโตมาด้วยวิธีผ่าตัดซากกรไกรล่างบางส่วน
โดยเอาข้อต่อซากกรไกรล่างออกพร้อมทั้งใส่เหล็กตามยึดพร้อมทั้งปลูกกระดูกทันที สุรัชย์ เพชรอาภรณ์ ท.บ., 645



วารสารแพทย์เขต ๔-๕

Region 4-5 Medical Journal

ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗

Vol. 43 No. 4 October - December 2024

Contents

Original Article

- A Comparison of the Use of Dexamethasone in Pregnant Women with Late Preterm Labor: Maternal and Neonatal Outcomes Patchara Cheanpracha M.D., 493
- Developing an Operational Model to Address the Causes of Death from Stroke in Suphan Buri Kittipong Yusuwan M.D., 513
- A Comparison of Survival Rate of Colorectal Cancer Patients Between Emergency and Elective Surgery in Chaoprayayommarat Hospital Chatwut Bunthanawong M.D., 529
- Breast Reconstruction After Breast Cancer Surgery with Immediate Autologous Flap Reconstruction in Phrachomklao Hospital Karan Yasothon M.D., 541
- Prevalence of Mental Disorders in Thai and Foreign Patients and Characteristics of Psychiatric Patients in Out Patient Clinic at Samutsakhon Hospital. Peerapong Wangrotjanarat M.D., 551
- Prevalence and Risk Factors of Hepatic Fibrosis in Patients with Nonalcoholic Fatty Liver (NAFLD) Samutsakhon Hospital: A Pilot Study Wichit Kagngorn M.D., 565
- Relationship Between Mild Cognitive Impairment and Anemia Among the Elderly People in Huayploo Community, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province Patthanunt Yosaravuthvarakul M.D., 579
- Development of an Empowerment Model to Increase the Potential for Managing the Quality Criteria and Standards of Primary Health Care Services of Directors of Subdistrict Health Promoting Hospitals in Nakhon Pathom Province Supaporn Liangamnuay M.A., 591
- The Effects of Self-Management Programs on Glycated Hemoglobin Level of Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Nisarath Srinamont B.N.S., 609
Nong Pla Lai Subdistrict, Wang Sai Phun District, Pullapa Kulte M.P.H., Atitaya Auntadee B.P.H.,
Phichit Province. Saowanee thuphoom M.P.H., Chuleeporn Piyasut Ph.D.,
Juntima Nawamawat Dr.P.H.,
- A Case Report**
- Lymphocytic Interstitial Pneumonia (LIP): A Case Report in Chaoprayayommarat Hospital Bunyarit Srisamut M.D., 625
- Oral Rehabilitation of Enamel Hypoplasia Teeth with Bruxism Jitimon Vongtan D.D.S., 635
- A Case Study: Treatment of Ameloblastoma Tumor with Hemi-Mandibulectomy and Immediate Reconstruction with Iliac Bone Graft Surachai Petcharporn D.D.S., 645

การเปรียบเทียบการใช้ยา Dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระยะท้าย: ผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด A Comparison of the Use of Dexamethasone in Pregnant Women with Late Preterm Labor: Maternal and Neonatal Outcomes

พัชรา จีนประชา พ.บ.,
วว. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Patchara Cheanpracha M.D.,
Dip., Thai Board of Obstetrics and Gynecology
Division of Obstetrics and Gynecology
Nakhonpathom Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone และความแตกต่างของการให้ยาครบคอร์สและไม่ครบคอร์สในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ในโรงพยาบาลนครปฐม ขนาดตัวอย่าง 225 ราย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺⁶ สัปดาห์, 35 ถึง 35⁺⁶ สัปดาห์, และ 36 ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์ กลุ่มละ 75 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาข้อมูล และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ chi-square test หรือ Fisher's exact test, independent t test, Mann-Whitney U test, ANOVA, Kruskal-Wallis test, และ generalized linear model

ผลการศึกษา: พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺⁶ สัปดาห์ มีอัตราการเกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดสูงที่สุด (ร้อยละ 64.0) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยา ในช่วงอายุครรภ์ 35 ถึง 35⁺⁶ สัปดาห์ (ร้อยละ 46.7) และ 36 ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์ (ร้อยละ 34.7) นอกจากนี้ทารกในกลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone แบบไม่ครบคอร์สมีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะหายใจเร็ว ชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB) ความต้องการการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบความดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) และการบำบัดด้วยออกซิเจนในทารก รวมทั้งต้องการการดูแลในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาครบคอร์สอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุป: การใช้ยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้ายสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจของทารกแรกเกิด และลดความต้องการการดูแลในหน่วยอภิบาล

ทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับยาครบคอร์ส โดยไม่เพิ่มการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่อมารดา

คำสำคัญ: เดกซาเมทาโซน ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกคลอด

วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(4) : 493–511.

Abstract

Objective: The purpose was to compare maternal and neonatal outcomes among the gestational ages which dexamethasone was administered and between who received complete course and did not in pregnant women with late preterm labor.

Methods: This retrospective study was conducted on pregnant women with late preterm labor at Nakhonpathom Hospital. A total of 225 pregnant women were divided into three groups: those who received the first doses of dexamethasone at 34 to 34⁺⁶ weeks, 35 to 35⁺⁶ weeks, and 36 to 36⁺⁶ weeks, with 75 pregnant women in each group. Data were collected from medical records and analyzed using descriptive and inferential statistics, including chi-square test or Fisher's exact test, independent t test, Mann-Whitney U test, ANOVA, Kruskal-Wallis test, and generalized linear model

Results: The study found that pregnant women who received the first doses of dexamethasone between 34 to 34⁺⁶ weeks had the highest incidence of neonatal respiratory distress (64.0%) compared to those who received the drugs between 35 to 35⁺⁶ weeks (46.7%) and 36 to 36⁺⁶ weeks (34.7%). Additionally, neonates in the group that did not received a complete course of dexamethasone were more likely to experience respiratory distress (RD), transient tachypnea of the newborn (TTNB), require continuous positive airway pressure (CPAP), use of oxygen therapy, and neonatal intensive care unit (NICU) admission; all with statistically significant differences ($p < .05$) when compared to the group that received a complete course.

Conclusion: Administering dexamethasone in late preterm labor can significantly reduce respiratory complications in the newborn and neonatal intensive care unit (NICU) admission, particularly in those who completed the full course, without increasing serious maternal complications.

Keywords: dexamethasone, preterm labor, maternal and neonatal outcomes

Received: Jun 20, 2024; Revised: July 3, 2024; Accepted: Aug 22, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 493–511.

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้เกิดการบางตัวของและ/หรือการเปิดของปากมดลูกในช่วงอายุครรภ์ 20^{0/7} ถึง 36^{6/7} สัปดาห์¹ การเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญทางสูติศาสตร์ เนื่องจากเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดได้สูง รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและสังคม ใน ค.ศ. 2019 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.2¹ ข้อมูลของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2564 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด (ช่วงอายุครรภ์ 24 ถึง 36^{6/7} สัปดาห์) เท่ากับร้อยละ 12.5¹ การดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดมีค่าใช้จ่ายที่สูง ใช้ทรัพยากรจำนวนมาก ต้องมีการแพทย์ทารกแรกเกิดที่เชี่ยวชาญ¹ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสตรีตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดจากโรคหรือสภาวะต่าง ๆ ที่มีอยู่ก่อนการตั้งครรภ์ และอาการหรือโรคแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ ปัจจัยทางด้านสูติกรรม เช่น ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดก่อนกำหนด การแท้งบุตรบ่อย ๆ การติดเชื้อ ปัจจัยด้านทารก เช่น ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ ทารกทำผิดปกติ และสาเหตุอื่น ๆ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด รกฝังตัวผิดปกติ มีน้ำคร่ำปริมาณมากหรือน้อยเกินไป ทารกขาดออกซิเจน การขาดโภชนาการ และการผ่าตัดบริเวณช่องท้องในขณะการตั้งครรภ์²⁻³

สำหรับสตรีตั้งครรภ์ระยะท้าย คือหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 ถึง 36^{6/7} สัปดาห์ซึ่งเป็นช่วงของการตั้งครรภ์ที่ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ โดยแนะนำให้ดำเนินการรักษาอย่างเหมาะสม ได้แก่

ไม่ให้อายับยั้งการหดตัวของมดลูก พิจารณาให้ corticosteroids แบบ คอร์สเดียว (single course) หากไม่เคยได้รับมาก่อนในครรภ์นี้ ให้อายับยั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อ Group B Streptococci (GBS) และประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ¹ ส่วนในกรณีที่อายุครรภ์ระหว่าง 24 ถึง 34 สัปดาห์แนะนำให้อายับยั้งการหดตัวของมดลูกและให้ corticosteroids แบบ คอร์สเดียว (single course) โดยอาจให้ซ้ำได้อีก 1 คอร์ส ในกรณีที่มีความจำเป็น รวมถึงให้อายับยั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อ GBS และ magnesium sulfate (MgSO₄) เพื่อป้องกันระบบประสาทของทารกที่คลอดก่อนกำหนด สำหรับวิธีการคลอดควรพิจารณาเป็นราย ๆ ไปตามสถานการณ์⁴⁻⁵ การให้ corticosteroids แบบ คอร์สเดียว (single course) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นการเจริญเติบโตของปอดทารกและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน โดยปกติจะให้ betamethasone 12 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 24 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง หรือ dexamethasone 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 12 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง⁶ แบบ single repeat course อาจพิจารณาให้ยาในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงที่จะคลอดภายใน 7 วัน และเคยได้รับมาก่อนนานเกิน 14 วัน โดยให้ในช่วงอายุครรภ์ระหว่าง 24 ถึง 34 สัปดาห์ แต่ในบางกรณีอาจให้ในช่วง 34 ถึง 36^{6/7} สัปดาห์หากมีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ยังสามารถพิจารณาให้ rescue course ในกรณีที่ได้รับครั้งแรกมานานเกิน 7 วัน และมีความเสี่ยงที่จะคลอดในระยะเวลาอันใกล้ เช่น ภายใน 48 ชั่วโมง⁴ ซึ่งในโรงพยาบาลนครปฐมได้มีการให้ยาในกลุ่มสตรีที่มีภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดครอบคลุมถึงช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 36^{6/7} สัปดาห์

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาการให้ยา dexamethasone ในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งจากการ

ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ประสิทธิภาพของยา dexamethasone ได้แก่ การได้รับยาสามารถช่วยลดภาวะหายใจลำบากในทารกคลอดก่อนกำหนดได้⁷⁻⁹ พบการทำงานของหัวใจทารกแรกเกิดได้ดีกว่าเมื่อเทียบกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยา¹⁰ ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในทารกที่คลอดก่อนกำหนด¹¹ รวมถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้ corticosteroids นั้นมีผลต่อการรอดชีวิตของทารกได้¹⁰

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจการเปรียบเทียบช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด โดยกำหนดช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์, 35 ถึง 35⁺6 สัปดาห์, และ 36 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ และความแตกต่างของการให้ยาครบคอร์ส (4 เข็ม) และไม่ครบคอร์ส รวมถึงความสามารถในการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของมารดาและทารกแรกเกิด เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการป้องกันและการรักษาภาวะคลอดก่อนกำหนด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในโรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลใกล้เคียงต่อไปได้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเปรียบเทียบช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อเปรียบเทียบการให้ยา dexamethasone ครบคอร์สและไม่ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด

วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ระยะเวลาการดำเนินการ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567–กันยายน พ.ศ. 2567 สถานที่ โรงพยาบาลนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ในโรงพยาบาลนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง กรณีเป็น การวิจัยชีวการแพทย์ (biomedical research) ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการเปรียบเทียบการให้ยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด ซึ่งจากการเก็บข้อมูล pilot study จำนวน 30 ราย ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่ามีภาวะหายใจลำบากของทารก ในกลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์ = ร้อยละ 40, กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ช่วงอายุครรภ์ 35 ถึง 35⁺6 สัปดาห์ = ร้อยละ 10, และกลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ช่วงอายุครรภ์ 36 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ = ร้อยละ 0 โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าสัดส่วน 2 กลุ่ม กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และ $\beta = 0.20$ โดยใช้กลุ่มที่ตอบโจทย์ขนาดตัวอย่าง ค่าสัดส่วนที่ครอบคลุมคำถามวิจัยได้ทั้ง 3 กลุ่ม ในกลุ่มที่เปรียบเทียบค่าสัดส่วนระหว่างกลุ่ม: กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ช่วงอายุครรภ์ 35 ถึง 35⁺6 สัปดาห์ = ร้อยละ 10 และกลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ช่วงอายุครรภ์ 36 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ = ร้อยละ 0 แทนสูตรได้ดังนี้

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

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

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

$$m_1 = \frac{n_1}{4} \left(1 + \sqrt{1 + \frac{2(r+1)}{n_1 r |p_2 - p_1|}} \right)^2$$

Sample size: Group 1 (n_1) = 75, Group 2 (n_2) = 75

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถตอบคำถามวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม ได้ทั้งสิ้น กลุ่มละ 75 ราย รวมทั้งสิ้น 225 ราย

- กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก

ช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์ = 75 ราย

- กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก

ช่วงอายุครรภ์ 35 ถึง 35⁺6 สัปดาห์ = 75 ราย

- กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก

ช่วงอายุครรภ์ 36 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ = 75 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion criteria)

- หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

- ได้รับยา dexamethasone 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง โดสแรกในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 36⁺6 สัปดาห์

- ได้รับยา dexamethasone 6 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทุก 12 ชั่วโมง จำนวนอย่างน้อย 1 โดส ไปถึงครบคอร์สจำนวน 4 โดส

เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัคร (Exclusion criteria)

- Hypersensitivity of dexamethasone
- Severe fetal anomaly เช่น TE-fistula, gastroschisis, omphalocele ฯลฯ
- Multifetal gestation

- Rescue course dexamethasone

- หญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

ที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของมารดา ข้อมูลการได้รับยา dexamethasone ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอด ข้อมูลของทารก และข้อมูลผลลัพธ์ต่อมารดาและทารกแรกเกิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติพรรณนาข้อมูล กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และในกรณีข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range; IQR)

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน กรณีเป็นตัวแปรแจกแจงนับ ใช้สถิติ chi-square test หรือ Fisher's exact test และกรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง 2 กลุ่มอิสระต่อกัน กรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้สถิติ independent t test ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Mann-Whitney U test และกรณี 3 กลุ่มอิสระต่อกัน ข้อมูลมีการแจกแจงปกติใช้สถิติ ANOVA (analysis of variance) ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Kruskal-Wallis Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และวิเคราะห์สถิติแบบควบคุมปัจจัยช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone

โดสแรก (confounding factor) ด้วย GLM (generalized linear model)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม รหัสโครงการ 020/2024 วันที่รับรอง 25/07/2567

ผลการศึกษา

จากการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ในโรงพยาบาลนครปฐม โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ได้แก่ ช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์, 35 ถึง 35⁺6 สัปดาห์, และ 36 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 มีอัตราการได้รับ ยา dexamethasone ครบคอร์ส ร้อยละ 57.3, ในขณะที่กลุ่มที่ 3 ได้รับครบคอร์สเพียง ร้อยละ 40.0, มารดาทั้ง 3 กลุ่ม มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 25.99–28.16 ปี, น้ำหนักก่อนคลอดเฉลี่ย 65.36–66.00 กิโลกรัม, ส่วนสูงเฉลี่ย 155.71–157.83 เซนติเมตร, มีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 5.3–8, และส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอด มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) มากที่สุดในกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 4.0,

มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia) หรือภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (eclampsia) ในกลุ่มที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 9.3, มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (gestational hypertension) ในกลุ่มที่ 2 และ 3 เท่า ๆ กัน คือร้อยละ 1.3, มีภาวะทารกโตช้าในครรภ์ (fetal growth restriction) มากที่สุดในกลุ่มที่ 2 ร้อยละ 1.3, และมีภาวะรกเกาะต่ำ (placenta previa) มากที่สุดในกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 4.0, มีการใช้ยาในการยับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (tocolytic drugs) มากที่สุดในกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 70.7, และมีภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ (premature rupture of membrane) ร้อยละ 76–80, โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์น้อยกว่า 18 ชั่วโมง ร้อยละ 71.2–84.2, น้ำหนักทารกแรกคลอดเฉลี่ยสูงที่สุดในกลุ่มที่ 3 เท่ากับ 2748.40 ± 367.56 กรัม, สำหรับ Apgar score ที่ 1 นาที พบว่าทั้ง 3 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกของทั้ง 3 กลุ่ม พบข้อมูลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ส่วนสูงของมารดา อายุครรภ์ที่คลอด การใช้ยายับยั้งภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (tocolytic drugs) และน้ำหนักทารกแรกคลอด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก จำแนกตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก			p-value
	จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	
	GA 34–34 ⁺⁶ wks (n = 75)	GA 35–35 ⁺⁶ wks (n = 75)	GA 36–36 ⁺⁶ wks (n = 75)	
ข้อมูลมารดา				
1. อายุ (ปี)	28.16 $\pm$ 6.62	27.60 $\pm$ 6.25	25.99 $\pm$ 5.98	.092
2. น้ำหนักก่อนคลอด (กิโลกรัม)	66.00 $\pm$ 11.86	65.36 $\pm$ 9.31	65.96 $\pm$ 11.46	.922
3. ส่วนสูง (เซนติเมตร)	155.71 $\pm$ 5.76	155.88 $\pm$ 5.86	157.83 $\pm$ 5.77	.046*
4. Dexamethasone ครบคอร์ส	43 (57.3)	43 (57.3)	30 (40.0)	.055

หมายเหตุ: GA = gestational age, GDM = gestational diabetes mellitus, FGR = fetal growth restriction, PPRM = preterm premature rupture of membrane, Med = median, Q = quartile, *p < .05, **p < .01

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก จำแนกตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก			p-value
	จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			
	กลุ่มที่ 1 GA 34-34 ⁺⁶ wks (n = 75)	กลุ่มที่ 2 GA 35-35 ⁺⁶ wks (n = 75)	กลุ่มที่ 3 GA 36-36 ⁺⁶ wks (n = 75)	
5. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์				.750
- 1	32 (42.7)	36 (48.0)	32 (42.7)	
- 2 ครั้งขึ้นไป	43 (57.3)	39 (52.0)	43 (57.3)	
6. อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก (สัปดาห์)	Med = 12 (Q1 = 9, Q3 = 17)	Med = 12 (Q1 = 8, Q3 = 19)	Med = 11 (Q1 = 8, Q3 = 16)	.684
7. จำนวนครั้งในการฝากครรภ์	Med = 6 (Q1 = 5, Q3 = 8)	Med = 7 (Q1 = 5, Q3 = 8)	Med = 7 (Q1 = 5, Q3 = 8)	.130
8. ประวัติเคยคลอดก่อนกำหนด	6 (8.0)	4 (5.3)	5 (6.7)	.994
9. วิธีการคลอด				.414
- คลอดทางช่องคลอด	51 (68.0)	51 (68.0)	47 (62.7)	
- ผ่าตัดคลอด	24 (32.0)	22 (29.3)	28 (37.3)	
- การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ	0 (0.0)	2 (2.7)	0 (0.0)	
10. อายุครรภ์ที่คลอด (สัปดาห์)	Med = 35 (Q1 = 34, Q3 = 37)	Med = 36 (Q1 = 36, Q3 = 37)	Med = 37 (Q1 = 36, Q3 = 37)	<.001**
11. GDM	0 (0.0)	3 (4.0)	0 (0.0)	.108
12. Pre-eclampsia/eclampsia	5 (6.7)	5 (6.7)	7 (9.3)	.857
13. Gestational hypertension	0 (0.0)	1 (1.3)	1 (1.3)	1.000
14. FGR	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)	1.000
15. Placenta previa	3 (4.0)	0 (0.0)	2 (2.7)	.375
16. Tocolytic drugs	53 (70.7)	49 (65.3)	35 (46.7)	.007**
17. PPROM	59 (78.7)	60 (80.0)	57 (76.0)	.880
17.1 PPROM duration	Med = 6 (Q1 = 1, Q3 = 35)	Med = 3 (Q1 = 1, Q3 = 12)	Med = 5 (Q1 = 1, Q3 = 12)	.431
<18 hour	42 (71.2)	50 (83.3)	48 (84.2)	.173
$\geq$ 18 hour	17 (28.8)	10 (16.7)	9 (15.8)	

หมายเหตุ: GA = gestational age, GDM = gestational diabetes mellitus, FGR = fetal growth restriction, PPROM = preterm premature rupture of membrane, Med = median, Q = quartile, *p < .05, **p < .01

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก จำแนกตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก จำนวน (ร้อยละ)/ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน			p-value
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	
	GA 34–34 ⁺⁶ wks	GA 35–35 ⁺⁶ wks	GA 36–36 ⁺⁶ wks	
	(n = 75)	(n = 75)	(n = 75)	
<u>ข้อมูลทารก</u>				
1. เพศทารก				.282
- ชาย	42 (56.0)	37 (49.3)	47 (62.7)	
- หญิง	33 (44.0)	38 (50.7)	28 (37.3)	
2. น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)	2473.45 $\pm$ 422.06	2617.12 $\pm$ 380.93	2748.40 $\pm$ 367.56	<.001**
3. Apgar score ที่ 1 นาที	Med = 9	Med = 9	Med = 9	.696
	(Q1 = 9, Q3 = 9)	(Q1 = 9, Q3 = 9)	(Q1 = 9, Q3 = 9)	

หมายเหตุ: GA = gestational age, GDM = gestational diabetes mellitus, FGR = fetal growth restriction, PPROM = preterm premature rupture of membrane, Med = median, Q = quartile, *p < .05, **p < .01

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของมารดา โดยจำแนกตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ไม่พบข้อมูลผลลัพธ์ของมารดาในกลุ่มที่ได้รับ dexamethasone ในช่วงอายุครรภ์แต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของมารดา โดยจำแนกตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3	
	GA 34–34 ⁺⁶ wks (n = 75)	GA 35–35 ⁺⁶ wks (n = 75)	GA 36–36 ⁺⁶ wks (n = 75)	
1. Maternal death	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	N/A
2. Maternal fever	2 (2.7)	1 (1.3)	1 (1.3)	1.000
3. Chorioamnionitis	1 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1.000
4. Endometritis	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	N/A
5. Wound infection	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	N/A
6. Non-obstetric infection	2 (2.7)	3 (4.0)	6 (8.0)	.395
7. Therapeutic antibiotic	3 (4.0)	3 (4.0)	6 (8.0)	.605

หมายเหตุ: N/A = not available

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย พบว่า ในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺⁶ สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงอายุครรภ์ที่น้อยที่สุดในทั้ง 3 กลุ่ม การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (neonatal jaundice) การติดเชื้อในกระแสเลือด ทารก (neonatal sepsis) ความจำเป็นในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilator) และออกซิเจน (oxygen therapy) การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษา อย่างน้อย 5 วัน (antibiotics ≥ 5 days) รวมถึงการเข้ารับการรักษาใน NICU และระยะเวลาพักรักษาตัวใน

โรงพยาบาลหลังคลอด (length of stay) สูงกว่าทารก ในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ซึ่งมีอายุครรภ์มากกว่าอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าการให้ยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้ายนั้น ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิว (RDS) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) และความต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบความดันบวก ต่อเนื่อง (CPAP) ของทารก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรกในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก			p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	<u>กลุ่มที่ 1</u> GA 34–34 ⁺⁶ wks (n = 75)	<u>กลุ่มที่ 2</u> GA 35–35 ⁺⁶ wks (n = 75)	<u>กลุ่มที่ 3</u> GA 36–36 ⁺⁶ wks (n = 75)	
1. Respiratory distress syndrome (RDS)	1 (1.3)	2 (2.7)	0 (0.0)	.775
2. Respiratory distress (RD)	48 (64.0)	35 (46.7)	26 (34.7)	.001**
3. TTNB	13 (17.3)	11 (14.7)	14 (18.7)	.857
4. Neonatal jaundice	52 (69.3)	44 (58.7)	31 (41.3)	.002**
5. Neonatal sepsis	28 (37.3)	19 (25.3)	8 (10.7)	.001**
6. Hypoglycemia	21 (28.0)	15 (20.0)	15 (20.0)	.462
7. Use of oxygen therapy	48 (64.0)	37 (49.3)	27 (36.0)	.003**
7.1 Duration of using oxygen therapy (hours)	Med = 22.5 (Q1 = 3, Q3 = 49.5)	Med = 30 (Q1 = 4, Q3 = 90)	Med = 20 (Q1 = 2, Q3 = 44)	.102
8. CPAP	3 (4.0)	3 (4.0)	1 (1.3)	.704

หมายเหตุ TTNB = transient tachypnea of the newborn, CPAP = continuous positive airway pressure, NICU = neonatal intensive care unit, *p < .05, **p < .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรกในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก			p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	กลุ่มที่ 1 GA 34–34 ⁺⁶ wks (n = 75)	กลุ่มที่ 2 GA 35–35 ⁺⁶ wks (n = 75)	กลุ่มที่ 3 GA 36–36 ⁺⁶ wks (n = 75)	
9. Mechanical ventilator	7 (9.3)	8 (10.7)	1 (1.3)	.039*
10. Antibiotics ≥5 days	29 (38.7)	21 (28.0)	8 (10.7)	<.001**
11. NICU	9 (12.0)	8 (10.7)	1 (1.3)	.020*
12. Length of stay	Med = 5 (Q1 = 4, Q3 = 10)	Med = 4 (Q1 = 3, Q3 = 7)	Med = 3 (Q1 = 2, Q3 = 5)	<.001**

หมายเหตุ TTNB = transient tachypnea of the newborn, CPAP = continuous positive airway pressure, NICU = neonatal intensive care unit, *p < .05, **p < .01

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของมารดา โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย พบว่า ในกลุ่มที่รับยาครบคอร์สจำนวน 116 ราย มีการติดเชื้อในมารดาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอด (non-obstetric infection) จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.8 และมีการ

ใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษา (therapeutic antibiotic) จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.6 มากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาไม่ครบคอร์สอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ต่อมารดา เช่น ไข้ (maternal fever) การติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis) ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของมารดา โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)		
	รับยาครบคอร์ส (n = 116)	รับยาไม่ครบคอร์ส (n = 109)	
1. Maternal death	0 (0.0)	0 (0.0)	N/A
2. Maternal fever	4 (3.5)	0 (0.0)	.050
3. Chorioamnionitis	1 (0.9)	0 (0.0)	.331

หมายเหตุ: N/A = not available, *p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของมารดา โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	รับยาครบคอร์ส (n = 116)	รับยาไม่ครบคอร์ส (n = 109)	
4. Endometritis	0 (0.0)	0 (0.0)	N/A
5. Wound infection	0 (0.0)	0 (0.0)	N/A
6. Non-obstetric infection	9 (7.8)	2 (1.8)	.039*
7. Therapeutic antibiotic	10 (8.6)	2 (1.8)	.024*

หมายเหตุ: N/A = not available, *p < .05

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารกโดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย พบว่า การให้ยา dexamethasone ไม่ครบคอร์สมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของทารกมากกว่า อาทิ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB) การใช้การบำบัดด้วยออกซิเจน (oxygen therapy) และการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบความดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) และเมื่อวิเคราะห์แบบควบคุมปัจจัยช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone

โดสแรก (confounding factor) พบว่า การให้ยา dexamethasone ไม่ครบคอร์สมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของทารก อาทิ การเกิดภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB) การใช้การบำบัดด้วยออกซิเจน (oxygen therapy) ความต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบความดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) และการเข้ารับการดูแลที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone จำนวน (ร้อยละ)		p-value ⁺	p-value [#]
	รับยาครบคอร์ส (n = 116)	รับยาไม่ครบคอร์ส (n = 109)		
1. Respiratory distress syndrome (RDS)	0 (0.0)	3 (2.8)	.072	.136
2. Respiratory distress (RD)	49 (42.2)	60 (55.1)	.055	.013*

หมายเหตุ TTNB = transient tachypnea of the newborn, CPAP = continuous positive airway pressure, NICU = neonatal intensive care unit, *p < .05, **p < .01, p-value⁺ = วิเคราะห์สถิติแบบไม่ได้ควบคุม confounding factor , p-value[#] = วิเคราะห์สถิติแบบควบคุมปัจจัยช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก (confounding factor) ด้วย GLM (generalized linear model)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone		p-value ⁺	p-value [#]
	จำนวน (ร้อยละ)			
	รับยาครบคอร์ส (n = 116)	รับยาไม่ครบคอร์ส (n = 109)		
3. TTNB	12 (10.3)	26 (23.9)	.007*	.009*
4. Neonatal jaundice	66 (56.9)	61 (56.0)	.888	.686
5. Neonatal sepsis	28 (24.1)	27 (24.8)	.912	.486
6. Hypoglycemia	25 (21.6)	26 (23.9)	.680	.595
7. Use of oxygen therapy	50 (43.1)	62 (56.9)	.039*	.009*
7.1 Duration of using oxygen therapy (hours)	Med = 13.5 (Q1 = 2, Q3 = 44)	Med = 27 (Q1 = 5, Q3 = 59)	.094	.272
8. CPAP	0 (0.0)	7 (6.4)	.006*	.041*
9. Mechanical ventilator	6 (5.2)	10 (9.2)	.243	.119
10. Antibiotics ≥5 days	29 (25.0)	29 (26.6)	.813	.370
11. NICU	6 (5.2)	12 (11.0)	.098	.043*
12. Length of stay	Med = 4 (Q1 = 3, Q3 = 7)	Med = 4 (Q1 = 3, Q3 = 8)	.461	.145

หมายเหตุ TTNB = transient tachypnea of the newborn, CPAP = continuous positive airway pressure, NICU = neonatal intensive care unit, *p < .05, **p < .01, p-value⁺ = วิเคราะห์สถิติแบบไม่ได้ควบคุม confounding factor , p-value[#] = วิเคราะห์สถิติแบบควบคุมปัจจัยช่วงอายุครรภ์ที่ได้รับยา dexamethasone โดสแรก (confounding factor) ด้วย GLM (generalized linear model)

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ที่ได้รับยาโดสแรกช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺⁶ สัปดาห์ พบว่า ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจแบบความดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ดังตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ที่ได้รับยาโดสแรกช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺⁶ สัปดาห์

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	รับยาครบคอร์ส (n = 43)	รับยาไม่ครบคอร์ส (n = 32)	
1. Respiratory distress syndrome (RDS)	0 (0.0)	1 (3.1)	.243
2. Respiratory distress (RD)	24 (55.8)	24 (75.0)	.087
3. TTNB	5 (11.6)	8 (25.0)	.130
4. Neonatal jaundice	28 (65.1)	24 (75.0)	.359
5. Neonatal sepsis	16 (37.2)	12 (37.5)	.979
6. Hypoglycemia	11 (25.6)	10 (31.2)	.589
7. Use of oxygen therapy	24 (55.8)	24 (75.0)	.087
7.1 Duration of using oxygen therapy (hours)	Med = 13.5 (Q1 = 2, Q3 = 52.5)	Med = 28.5 (Q1 = 11.5, Q3 = 49.5)	.239
8. CPAP	0 (0.0)	3 (9.4)	.040*
9. Mechanical ventilator	3 (7.0)	4 (12.5)	.416
10. Antibiotics ≥5 days	16 (37.2)	13 (40.6)	.764
11. NICU	3 (7.0)	6 (18.8)	.159
12. Length of stay	Med = 5 (Q1 = 3, Q3 = 10)	Med = 6.5 (Q1 = 4.5, Q3 = 11)	.075

หมายเหตุ TTNB = transient tachypnea of the newborn, CPAP = continuous positive airway pressure, NICU = neonatal intensive care unit, *p < .05, **p < .01

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ที่ได้รับยาโดสแรกช่วงอายุครรภ์ 35 ถึง 35⁺⁶ สัปดาห์ พบว่า ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB) การใช้ออกซิเจนบำบัด (use of oxygen therapy) และการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบความดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) ดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ที่ได้รับยาโดสแรกช่วงอายุครรภ์ 35 ถึง
35⁺⁶ สัปดาห์

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone		p-value
	จำนวน (ร้อยละ)		
	รับยาครบคอร์ส (n = 43)	รับยาไม่ครบคอร์ส (n = 32)	
1. Respiratory distress syndrome (RDS)	0 (0.0)	2 (6.3)	.097
2. Respiratory distress (RD)	15 (34.9)	20 (62.5)	.018*
3. TTNB	2 (4.7)	9 (28.1)	.004**
4. Neonatal jaundice	27 (62.8)	17 (53.1)	.400
5. Neonatal sepsis	9 (20.9)	10 (31.2)	.309
6. Hypoglycemia	9 (20.9)	6 (18.8)	.815
7. Use of oxygen therapy	16 (37.2)	21 (65.6)	.015*
7.1 Duration of using oxygen therapy (hours)	Med = 28.0 (Q1 = 4.5, Q3 = 88.5)	Med = 30.0 (Q1 = 3.0, Q3 = 90.0)	.794
8. CPAP	0 (0.0)	3 (9.4)	.040*
9. Mechanical ventilator	3 (7.0)	5 (15.6)	.230
10. Antibiotics ≥5 days	10 (23.3)	11 (34.4)	.289
11. NICU	3 (7.0)	5 (15.6)	.230
12. Length of stay	Med = 4 (Q1 = 3, Q3 = 7)	Med = 4.5 (Q1 = 3, Q3 = 9)	.614

หมายเหตุ TTNB = transient tachypnea of the newborn, CPAP = continuous positive airway pressure, NICU = neonatal
intensive care unit, *p < .05, **p < .01

จากการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก
โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone
ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน
กำหนดระยะท้าย ที่ได้รับยาโดสแรกช่วงอายุครรภ์ 36

ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์ พบว่า ผลลัพธ์ที่มีความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาในการ
ใช้ออกซิเจนบำบัด (duration of using oxygen therapy)
ดังตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ของทารก โดยจำแนกตามการได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้าย ที่ได้รับยาโดสแรกช่วงอายุครรภ์ 36 ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	รับยาครบคอร์ส (n = 30)	รับยาไม่ครบคอร์ส (n = 45)	
1. Respiratory distress syndrome (RDS)	0 (0.0)	0 (0.0)	N/A
2. Respiratory distress (RD)	10 (33.3)	16 (35.6)	.843
3. TTNB	5 (16.7)	9 (20.0)	.717
4. Neonatal jaundice	11 (36.7)	20 (44.4)	.503
5. Neonatal sepsis	3 (10.0)	5 (11.1)	.879
6. Hypoglycemia	5 (16.7)	10 (22.2)	.556
7. Use of oxygen therapy	10 (33.3)	17 (37.8)	.694
7.1 Duration of using oxygen therapy (hours)	Med = 7.5 (Q1 = 1, Q3 = 20.0)	Med = 23 (Q1 = 17, Q3 = 58)	.027*
8. CPAP	0 (0.0)	1 (2.2)	.411
9. Mechanical ventilator	0 (0.0)	1 (2.2)	.411
10. Antibiotics ≥5 days	3 (10.0)	5 (11.1)	.917
11. NICU	0 (0.0)	1 (2.2)	.406
12. Length of stay	Med = 3 (Q1 = 3, Q3 = 4)	Med = 4 (Q1 = 2, Q3 = 5)	.641

หมายเหตุ TTNB = transient tachypnea of the newborn, CPAP = continuous positive airway pressure, NICU = neonatal intensive care unit, N/A = not available, *p < .05, **p < .01

วิจารณ์

จากการศึกษาซึ่งเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้ยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด ผลลัพธ์พบว่าภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (respiratory distress) เป็นภาวะ

ที่พบได้บ่อยในทารกที่คลอดก่อนกำหนด เนื่องจากปอดของทารกยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้ขาดสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ที่ช่วยในการขยายปอด การวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone ครั้งแรกที่อายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺⁶ สัปดาห์ มีอัตราการหายใจลำบากสูงสุด (ร้อยละ 64) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts และคณะ¹² ที่พบว่าการให้ยาสเตียรอยด์

ก่อนคลอดช่วยกระตุ้นการสร้าง สารลดแรงตึงผิว (surfactant) และลดอัตราการเกิดภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) ในทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ การให้ยา dexamethasone จึงถือเป็นมาตรการสำคัญที่ใช้ในทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจในทารกแรกเกิด นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าทารกในกลุ่มที่ได้รับยาในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์มีอัตราการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดสูงสุด (ร้อยละ 69.3) ตามมาด้วยกลุ่ม 35 ถึง 35⁺6 สัปดาห์ (ร้อยละ 58.7) และกลุ่ม 36 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ (ร้อยละ 41.3) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) การที่ทารกในกลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone ในช่วงอายุครรภ์ที่น้อยกว่า (34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์) มีอัตราภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดสูงสุด สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงที่จะเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เนื่องจากการพัฒนาไม่สมบูรณ์ของตับในช่วงนี้ รวมถึงระดับของการสลายฮีโมโกลบินที่เพิ่มขึ้นในทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะตัวเหลืองในทารกคลอดก่อนกำหนด¹³ การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์มีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดสูงสุด (ร้อยละ 37.3) และลดลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นตามกลุ่มที่ได้รับยาในช่วง 35 ถึง 35⁺6 สัปดาห์ (ร้อยละ 25.3) และ 36 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ (ร้อยละ 10.7) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เนื่องจากทารกยังไม่มีการพัฒนาภูมิคุ้มกันได้อย่างเต็มที่ ทารกที่เกิดในช่วงอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ รวมถึงการติดเชื้อในกระแสเลือด¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้การบำบัดด้วยออกซิเจนพบมากที่สุดในกลุ่มที่ได้รับยาในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์ (ร้อยละ 64) สำหรับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilation)

พบมีอัตราการใช้สูงในกลุ่มที่ได้รับยาในช่วงอายุครรภ์ 35 ถึง 35⁺6 สัปดาห์ (ร้อยละ 10.7) และช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 34⁺6 สัปดาห์ (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ งานวิจัยที่สอดคล้องกับผลการศึกษานี้คือ การศึกษาที่แสดงว่าการให้ corticosteroids เช่น dexamethasone สามารถช่วยลดภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) และการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกคลอดก่อนกำหนดได้ แต่ยังคงต้องพิจารณาปัจจัยด้านอายุครรภ์ เนื่องจากทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์มักจะมีความเสี่ยงสูงในการต้องการการใช้เครื่องช่วยหายใจ¹⁵

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการให้ยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในระยะท้าย (34 ถึง 36⁺6 สัปดาห์) โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone ครบคอร์สและไม่ครบคอร์ส พบว่ามีผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในด้านการหายใจของทารกแรกเกิดและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone ครบคอร์สและกลุ่มที่ได้รับยาไม่ครบคอร์ส อาทิเช่น ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB) การใช้เครื่องช่วยหายใจแบบความดันบวกต่อเนื่อง (CPAP) และการใช้การบำบัดด้วยออกซิเจน ซึ่งพบว่าในกลุ่มที่ได้รับยาครบคอร์สมีอัตราการใช้ CPAP การใช้การบำบัดด้วยออกซิเจน และมีภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับยาไม่ครบคอร์สอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .041$, $p = .009$ และ $p = .009$ ตามลำดับ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การได้รับยา dexamethasone ครบคอร์สมิใช่เพียงสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจในทารกคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ Samouilidis และคณะ¹⁶ ที่พบว่า การให้ dexamethasone มีประสิทธิภาพในการป้องกันปัญหาด้านระบบทางเดินหายใจของทารกที่คลอดก่อนกำหนด ($p = .03$) ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Norman และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การให้ corticosteroids ก่อนคลอด มีผลในการลดการใช้เครื่องช่วยหายใจและการบำบัดด้วยออกซิเจนในทารกที่คลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ การใช้ยา corticosteroids เช่น dexamethasone ช่วยเร่งการเจริญเติบโตของปอดทารกและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจในทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้การใช้ CPAP ในกลุ่มที่ได้รับยาไม่ครบคอร์ส มีอัตราการใช้งานสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาครบคอร์สอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .041$) ซึ่งอาจชี้ให้เห็นถึงผลของการได้รับยาครบคอร์สในการลดการเกิดภาวะหายใจลำบากที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ โดย Groom¹⁸ ได้แสดงให้เห็นว่าการให้ corticosteroids ก่อนคลอดสามารถลดความจำเป็นในการใช้ CPAP ในทารกแรกเกิดได้อย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น ในกลุ่มทารกแรกเกิดที่ได้รับยา dexamethasone ครบคอร์ส ยังมีความต้องการการดูแลในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับยาไม่ครบคอร์สอีกด้วย ($p = .043$) สอดคล้องกับ Shittu KA และคณะ¹⁹ ที่ระบุว่า การให้ยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดระยะท้าย สามารถลดอัตราการนอนในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .009$) นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การให้ยา dexamethasone ในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ มีการเกิดภาวะแทรกซ้อนในทารกอย่างภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกเกิด (hypoglycemia) ไม่แตกต่างกันในช่วงอายุครรภ์ดังกล่าว ไม่ว่าจะได้รับยาครบคอร์สหรือไม่ก็ตาม ($p = .462$ และ $p = .680$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับ WHO ACTION trials⁹ ที่พบว่า การให้ยา dexamethasone ในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์ มีภาวะน้ำตาลต่ำในทารกแรกเกิด (hypoglycemia) เกิดขึ้นไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก

สำหรับผลต่อมารดานั้น ในการศึกษาพบว่า การให้ยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 36⁺6 สัปดาห์ ไม่พบว่ามี การเพิ่มขึ้นของการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อต่อมารดา อาทิเช่น ไข้ (maternal fever) ภาวะอักเสบติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (chorioamnionitis) การติดเชื้ออื่นที่ไม่ใช่ทางสูติศาสตร์ (non-obstetric infection) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น การติดเชื้อในโพรงมดลูก (endometritis) แผลติดเชื้อ (wound infection) มารดาเสียชีวิต (maternal death) และไม่เพิ่มอัตราการเสียชีวิตเพื่อการรักษาในมารดา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ WHO ACTION trials⁹ ที่พบว่า การให้ยา dexamethasone ในช่วงอายุครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์ ไม่ได้เพิ่มการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวต่อมารดา เมื่อเทียบกับการได้รับยาหลอก ยิ่งไปกว่านั้น หากพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับยา dexamethasone ครบคอร์สและไม่ครบคอร์ส การศึกษานี้ยังพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับยาครบคอร์สมีการติดเชื้ออื่นที่ไม่ใช่ทางสูติศาสตร์ (non-obstetric infection) และการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อการรักษาในมารดามากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาไม่ครบคอร์สอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .039$ และ $p = .024$ ตามลำดับ) ซึ่งสาเหตุการติดเชื้อข้างต้นที่พบในการศึกษานี้ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่เป็นมาก่อนนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ซึ่งเกิดขึ้นหลังจากที่ต้องได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นเวลานาน เช่น ย้ายย้ายการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปในอนาคต

สรุป

การให้ยา dexamethasone ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้ายสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ

ของทารกแรกเกิดและลดความต้องการการดูแลใน
หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) ได้ โดยเฉพาะ
ในกลุ่มที่ได้รับยาครบคอร์ส โดยไม่เพิ่มการเกิดภาวะ
แทรกซ้อนรุนแรงต่อมารดา

เอกสารอ้างอิง

1. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดและถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2564.
2. Mitrogiannis I, Evangelou E, Efthymiou A, et al. Risk factors for preterm labor: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *Res Sq [Preprint]* 2023;rs.3.rs- -2639005. doi: 10.21203/rs.3.rs-2639005/v1.
3. หทัยกาญจน์ หวังกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth: NICE guideline No.25. London: NICE; 2019.
5. Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 713: antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. *Obstet Gynecol* 2017;130(2):e102–9. doi: 10.1097/AOG.0000000000002237.
6. Norman J, Shennan A, Jacobsson B, et al. FIGO good practice recommendations on the use of prenatal corticosteroids to improve outcomes and minimize harm in babies born preterm. *Int J Gynaecol Obstet* 2021;155(1):26–30. doi: 10.1002/ijgo.13836.
7. ชลลดา วิริยะกุล, พรพิมล โรจนครินทร์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับยาสเตียรอยด์ในมารดาที่คลอดทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้ายต่อการเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิวในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2566;62(2):133–42.
8. นิภาวรรณ อรรถวัฒนกุล, พิมพิกา ต้นสุขสวัสดิกุล. ผลของการให้ยา dexamethasone ก่อนคลอดต่อการหายใจผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย. *TJOG* 2558;23(1):25–33.
9. WHO ACTION Trials Collaborators. Antenatal dexamethasone for late preterm birth: A multi-centre, two-arm, parallel, double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *EClinicalMedicine* 2022;44:101285. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101285.
10. WHO ACTION Trials Collaborators. Effect of dexamethasone on newborn survival at different administration-to-birth intervals: a secondary analysis of the WHO ACTION (Antenatal Corticosteroids for improving outcomes in preterm newborn)-I trial. *EClinicalMedicine* 2022;53:101744. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101744.
11. ยุทธนา จันะโร. การเปรียบเทียบผลของการให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ในหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดระยะท้ายของโรงพยาบาลพุทธโสธร. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า* 2563;37(2):89–97.

12. Roberts D, Brown J, Medley N, et al. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3(3):CD004454. doi: 10.1002/14651858.CD004454.pub3.
13. Ochigbo S, Ekpebe P, Nyong EE, et al. Neonatal jaundice incidence, risk factors and outcomes in referral-level facilities in Nigeria. *BJOG* 2024;131(S3):113–24. doi: 10.1111/1471-0528.17865
14. Cohen-Wolkowicz M, Moran C, Benjamin DK, et al. Early and late onset sepsis in late preterm infants. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28(12):1052–6. doi: 10.1097/inf.0b013e3181acf6bd.
15. Kibanga W, Mutagonda RF, Moshiri R, et al. Effectiveness of antenatal dexamethasone in reducing respiratory distress syndrome and mortality in preterm neonates: a nested case control study. *BMC Pediatr* 2023;23(1):94. doi: 10.1186/s12887-023-03887-5.
16. Samouilidis A, Beltsios ET, Mavrovounis G, et al. The use of antenatal dexamethasone in late preterm and term pregnancies to improve neonatal morbidity and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Cureus* 2022;14(8):e27865. doi: 10.7759/cureus.27865
17. Norman J, Shennan A, Jacobsson B, et al. FIGO good practice recommendations on the use of prenatal corticosteroids to improve outcomes and minimize harm in babies born preterm. *Int J Gynaecol Obstet* 2021;155(1):26–30. doi: 10.1002/ijgo.13836.
18. Groom KM. Antenatal corticosteroids after 34 weeks' gestation: do we have the evidence? *Semin Fetal Neonatal Med* 2019;24(3):189–96. doi: 10.1016/j.siny.2019.03.001.
19. Shittu KA, Ahmed B, Rabiou KA, et al. Dose the use of antenatal corticosteroids reduce respiratory morbidity in babies born in late preterm period? *BMC Pregnancy Childbirth* 2024; 24(334). doi: 10.1186/s12884-024-06304-6.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาเหตุการตาย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุพรรณบุรี Developing an Operational Model to Address the Causes of Death from Stroke in Suphan Buri

กิตติพงษ์ อยู่สุวรรณ พ.บ.,
ว. สาขาออร์โธปิดิกส์
อ. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน
แขนงสาธารณสุขศาสตร์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
จังหวัดสุพรรณบุรี

Kittipong Yusuwan M.D.,
Dip., Thai Board of Orthopaedics
Dip., Thai Board of Preventive Medicine
in Public Health
Suphanburi Provincial Public Health Office
Suphan Buri

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์แบบแผนและแนวโน้มการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากรในจังหวัดสุพรรณบุรี และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามกระบวนการ PAOR (planning, action, observation, reflection) โดยขั้นตอน (1) การวางแผน (P) เป็นการศึกษาเชิงปริมาณใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557–2566 เพื่อศึกษาแบบแผนและแนวโน้มการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาเชิงคุณภาพใช้การระดมสมอง เพื่อค้นหาปัญหาและสภาพการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง (2) ขั้นปฏิบัติการ (A) เป็นการกำหนดรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหโดยการอภิปรายกลุ่ม เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโดยประยุกต์ตัวแบบระบบสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกันกับขั้นตอนการวางแผน จากนั้นนำตัวแบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง อำเภอเดิมบางนางบวช (3) การสังเกตการณ์ (O) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงาน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสังเกต และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และ (4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (R) ผู้วิจัย ผู้รับผิดชอบงาน และร่วมกับทีมปฏิบัติการ ประเมินผลการดำเนินงาน และสะท้อนความคิดเห็นต่อรูปแบบที่ดำเนินงาน สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา แบบจำลองตารางชีพ การวิเคราะห์จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: 1) แบบแผนและแนวโน้มการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองพบอัตราตายมีแนวโน้มสูงขึ้น สัดส่วนการตายในเพศชายมากกว่าหญิง การตายเริ่มมีแนวโน้มพบในกลุ่มอายุน้อย ผลจากการ

เสียชีวิตก่อนวัยอันควรทำให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดลดลง 1.06 ปี และจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น และ 2) ตัวแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) ด้านรูปแบบบริการ เน้นการสร้างความรอบรู้ การคัดกรองให้ครอบคลุม และการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับปัญหา (2) ด้านบุคลากร เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับเน้นเนื้อหาตามบริบทของปัญหา (3) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ จัดให้มีฐานข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเพียงพอต่อการนำไปใช้วางแผนแก้ไขปัญหา (4) การเข้าถึงยาและบริการที่จำเป็น จัดให้มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับ stroke alert, stroke fast track, fast pass, EMS 1669, 24-hour. consulting system, และระบบ refer back (5) ระบบการเงินการคลัง จัดให้มีแผนงบลงทุนที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการ และ (6) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ จัดให้แผนการควบคุมกำกับติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยผลลัพธ์จากการดำเนินงานส่งผลให้จำนวนผู้ป่วย hemorrhage stroke ลดลง อัตราการเข้าถึงบริการ stroke ภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มขึ้น และอัตราการเข้าถึงยา rt-PA ภายใน 60 นาที เป็นร้อยละ 100

สรุป: รูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหасаเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสุพรรณบุรีที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่ โดยสามารถลดการป่วยและเสียชีวิตจาก hemorrhage stroke ได้ และประชาชนมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดำเนินงานแก้ไขปัญหасаเหตุการตาย โรคหลอดเลือดสมอง

วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(4) : 513–528.

Abstract

Objective: The purpose of this study is to (1) examine patterns and trends in the population of Suphan Buri Province's premature stroke deaths and (2) develop an operational model to address the causes of stroke deaths.

Methods: The PAOR process (planning, implementing, observing, reflecting) for action research comprises the following steps: (1) Planning (P) is a quantitative study that used secondary data from the Ministry of Interior's civil register and the Strategy and Planning Division of the Ministry of Public Health between 2014 and 2023. The patterns and trends in stroke-related premature deaths were investigated using these data. Brainstorming was another tool used in qualitative research to identify issues and operational conditions. There were forty executives and related personnel in the sample group. The research instrument used was a semi-structured interview. (2) Action step (A) was to utilize the WHO health systems framework to create an operating model by determining the problem-solving approach through group discussion. The planning stage's sample group was the same as this one. The model was subsequently used in the Doem Bang Nang Buat District pilot project. (3) Observation (O) was gathering operational data in the field through the use of observation forms and satisfaction surveys; and (4) Reflection stage (R), in which the team and the researcher assessed performance and provided feedback on the operating model. Statistics used included descriptive statistics, life table models, YLL, and content analysis.

Results: 1) The results of the analysis of patterns and trends in premature deaths from stroke revealed that the mortality rate tended to increase, the proportion of deaths in males was higher than in females, and death tended to occur in younger age groups, That LE declined by 1.06 years, and YLL tended to increase. 2) The developed model comprised (1) Service delivery, activities focusing on health literacy, comprehensive screening, and developing service systems based on local needs and problems; (2) Health workforce focusing on activities that enhance the skills of employees engaged in operations at all levels, with curriculum content tailored to the problems' context; (3) Information technology system, which offered enough data analysis and a database for planning; (4) Guidelines for stroke alert, stroke fast track, fast pass, EMS 1669, 24-hour consulting system, and refer back system provided to facilitate access to necessary medications; (5) Financial system by offering a strategy for investments that aligns with the service plan; and (6) Leadership and governance element by putting in place a plan for efficient control, supervision, monitoring, and evaluation and strengthening the participation of all sectors. The results of operating the model were as follows: the number of hemorrhagic stroke patients decreased, the rate of access to stroke care within 2 hours increased, and the rate of access to rt-PA within 60 minutes was 100%.

Conclusions: The developing model to address the causes of deaths from stroke in Suphan Buri Province can be practically applied in the area. The operating model reduced morbidity and deaths from hemorrhage stroke, and people's satisfaction with the operation at the highest level.

Keywords: model development, to address the causes of death, stroke

Received: Jun 27, 2024; Revised: July 11, 2024; Accepted: Aug 31, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 513–528.

บทนำ

ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560–2579 ด้านสาธารณสุขตั้งเป้าหมายให้คนไทยมีอายุยืนยาวและมีสุขภาพแข็งแรง มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy: LE) เท่ากับ 85 ปี ในขณะที่ประเทศที่ประชากรมีอายุยืนยาวที่สุดในปัจจุบันคือ มาเก๊า (85.38 ปี)¹ ในประชากรไทยพบว่าอายุคาดเฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งเพศชายและหญิง โดยเพศชายเพิ่มจาก 69.5 ปี ใน พ.ศ. 2553 เป็น 71.9 ปี ใน พ.ศ. 2566 และเพศหญิงเพิ่มจาก

76.3 ปี ใน พ.ศ. 2553 เป็น 79.9 ปี ใน พ.ศ. 2566² ดังนั้น เพื่อให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มถึง 85 ปี ภายใน พ.ศ. 2579 จำเป็นต้องลดจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (premature mortality) ซึ่งมาจาก 2 สาเหตุหลักที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย คือ การเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอก (external causes) และการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (chronic diseases)³ จากผลการศึกษาข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยใน พ.ศ. 2562 พบว่าการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อน

วัยอันควร (YLLs) มีค่าประมาณ 14.4 ล้านปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 78 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดโดยเพศชาย สูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร 9 ล้านปี ขณะที่เพศหญิงมีการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรประมาณ 5.4 ล้านปี สาเหตุรายโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรอันดับต้น ๆ ในเพศชาย ได้แก่ การบาดเจ็บทางถนน คิดเป็นร้อยละ 12.6 สาเหตุรองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิงสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียสูงสุด ได้แก่ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 13.4 สาเหตุรองลงมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บทางถนน และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ⁴

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ 82-90 คือโรคความดันโลหิต โรคอ้วน ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย การรับประทานอาหาร และการสูบบุหรี่ ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทั้งแตกและตีบที่สำคัญและพบคล้ายคลึงกันคือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ⁵ ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มียาเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ปอดอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสโลหิต^{6,7} ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้โดยมีแนวปฏิบัติที่แนะนำคือ การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ไขมันในเลือด และควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ลดหวาน มัน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ และงดใช้สารเสพติดทุกชนิด หลีกเลี่ยงความเครียด พักผ่อนให้เพียงพอ ตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และการสังเกตอาการตนเองตามหลักการ B.E.F.A.S.T ดังนี้ B (Balance) เดินเซ เวียนศีรษะ บ้านหมุนฉับพลัน, E (Eye) ตามัว มองเห็นภาพซ้อนฉับพลัน, F (Face) ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยวเฉียบพลัน, A (Arm) แขน ขา อ่อนแรง

หรือชาครึ่งซีก, S (Speech) พูดไม่ชัด เสียงเปลี่ยน ลื่นแข็ง พูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่ออกทันทีทันใด, T (Time) หากมีอาการให้รีบโทรสายด่วน 1669 และนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว หรือภายใน 4 ชั่วโมง 30 นาที หากไปพบแพทย์ช้า อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรืออาจกลายเป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต⁸

จังหวัดสุพรรณบุรีมีประชากร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566 จำนวนทั้งสิ้น 826,391 คน ในภาพรวมมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 75.60 ปี เมื่อจำแนกเพศพบว่าหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 79.50 ปี (ระดับประเทศเท่ากับ 80.50 ปี) และชายเท่ากับ 71.77 ปี (ระดับประเทศเท่ากับ 73.50) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน พบว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรจังหวัดสุพรรณบุรีทั้งหญิงและชายต่ำกว่าของระดับประเทศ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายตาม 103 กลุ่มโรค พบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับแรกใน พ.ศ. 2566 ซึ่งไม่นับรวมโรคระบบประสาทที่เหลืออยู่ คือ โรคหลอดเลือดสมอง⁹ จากการศึกษาสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดสุพรรณบุรี พบแนวโน้มของการป่วยของ พ.ศ. 2566 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2565 (อัตรา 994.26 และ 757.13 ต่อประชากรแสนคน แต่อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2565 อัตรา 69.22 เพิ่มขึ้นเป็น 79.67 ต่อแสนประชากร ในกลุ่มที่ตายจากโรคหลอดเลือดสมองพบส่วนใหญ่เป็นการตายจากการแตก ร้อยละ 31.16 และมีความรุนแรงของโรคสูง ญาติมักจะดูแลแบบประคับประคอง โดยสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองแตกมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคือ ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 29.9 และเบาหวานร้อยละ 18.4 นอกจากนี้ยังพบผู้เสียชีวิตที่ไม่เคยตรวจสุขภาพและไม่รู้ว่าตัวเองป่วย ร้อยละ 20.2 การป่วยและตายเริ่มพบในคนที่อายุน้อย⁹ ซึ่งการตายตั้งแต่อายุน้อยสะท้อนให้เห็นว่าประชากรของพื้นที่มีการตายก่อนวัยอันควรสูง เมื่อวิเคราะห์

สาเหตุเบื้องต้นพบว่าประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้สัญญาณเตือนของการเกิดโรค ส่วนหนึ่งไม่สะดวกในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินต้องการเข้ารับการรักษาติดต่อ 1669 แต่ได้รับบริการล่าช้า ความครอบคลุมของการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานลดลง (พ.ศ. 2565 ร้อยละ 87.56 และ 90.14 ลดลงเหลือร้อยละ 72.17 และ 69.13 ใน พ.ศ. 2566 ตามลำดับ) เช่นเดียวกันกับการติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้รับการตรวจติดตามก็ดำเนินการได้ลดลง (พ.ศ. 2565 ร้อยละ 84.28 และ 73.27 ลดลงเหลือร้อยละ 81.63 และ 46.96 ใน พ.ศ. 2566 ตามลำดับ) และด้านการรักษาพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับบริการล่าช้าจากความความยุ่งยากซับซ้อนของระบบบริการ⁹

การลดสาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดสุพรรณบุรีจำเป็นต้องมีการแก้ไข ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานตั้งแต่ต้นน้ำคือด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค กลางน้ำคือการพัฒนากระบวนการด้านการวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้น และการส่งต่ออย่างทันทั่วถึง และปลายน้ำคือการพัฒนากระบวนการ และการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาแบบแผนและแนวโน้มการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลิ้นขาดการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์แบบแผนและแนวโน้มการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากรในจังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลิ้นขาดการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามกระบวนการ PAOR¹⁰ โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

1. ขึ้นวางแผน (Planning-P) กำหนดการศึกษาไว้ใน 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกเป็นการศึกษาบริบท และสภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน เพื่อกำหนดจุดที่จะพัฒนา และขั้นตอนที่สองเป็นการยกร่างแนวคิด ข้อเสนอขั้นตอนโดยสังเขปดังนี้

ขั้นตอนการศึกษาบริบท และสภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน: (1) เป็นการวิเคราะห์แบบแผนและแนวโน้มการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาเชิงปริมาณใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2557-2566 และข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ซึ่งให้รหัสสาเหตุการตายโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาอัตราการตายอย่างหยาบ (crude death rate) การคำนวณอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดโดยใช้เทคนิคตารางชีพ (life table) และการวิเคราะห์จำนวนปีที่สูญเสียชีวิตก่อนอายุคาดเฉลี่ยด้วยการตายจากโรคหรือการบาดเจ็บ (year of life lost; YLL) โดยใช้สูตร $YLL = N \times L$ โดยที่ N = จำนวนคนตายตามสาเหตุแต่ละกลุ่มอายุ และ L = การอายุคาดเฉลี่ยรายอายุ (age-specific life expectancy) และ (2) การศึกษาสภาพการดำเนินงานและระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการระดมสมอง (brain storming) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประธาน และเลขา service plan สาขา NCD และ stroke ผู้แทนของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้แทนจากภาคส่วนที่

เกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน เครื่องมือ ได้แก่ แนวคำถามในการอภิปรายกลุ่มแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ตามแนวคิด SWOT analysis ดังนี้ (1) การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกใช้ PESTEL analysis ได้แก่ นโยบาย เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และกฎหมาย และ (2) การวิเคราะห์ปัจจัยภายในใช้ตัวแบบ six building blocks of health system ได้แก่ รูปแบบบริการ บุคลากร ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร การเข้าถึงยาและบริการที่จำเป็น ระบบการเงินการคลัง และภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ

ขั้นตอนที่สองการยกร่างแนวคิด : เป็นการนำผลจากการสังเคราะห์บริบท และสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานที่ดำเนินการอยู่เดิมมายกร่างตัวแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหามรณตายจากโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ตัวแบบ six building blocks of health system 6 ด้าน

ระยะเวลาดำเนินการ 15 มีนาคม 2567 (ภาคเช้า)

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ ทำให้ได้แนวคิดในการจัดทำรูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหามรณตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดสุพรรณบุรี

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action-A) เป็นกำหนดรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญห

2.1 ผู้วิจัยนำร่างตัวแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหามรณตายจากโรคหลอดเลือดให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับหัวข้อ 1.2 พิจารณา และกำหนดแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญห ปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินงานในแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน โดยใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม (group discussion) ซึ่งเป็นการหาข้อสรุปหรือลงมติร่วมกัน เครื่องมือ ได้แก่ แนวคำถามในการอภิปรายกลุ่มแบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ระยะเวลาดำเนินการ 15 มีนาคม 2567 (ภาคบ่าย)

2.2 นำตัวแบบไปใช้ในพื้นที่ ซึ่งกำหนดนำร่องในพื้นที่อำเภอเดิมบางนางบวช ซึ่งเป็นอำเภอที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดของจังหวัด และมีการปรับตัวแบบให้เข้ากับบริบทพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้ก่อน

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ ได้รูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหามรณตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. การสังเกตการณ์ (Observe-O) เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับปฏิบัติ และประชาชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งสังเกตปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำเข้าสู่การสะท้อนผลการพัฒนาแล้วปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสังเกต และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และผู้ให้บริการ ซึ่งเกณฑ์แปลผลดังนี้ คะแนน 1.00–1.80 พึงพอใจระดับน้อยที่สุด, 1.81–2.60 พึงพอใจระดับน้อย, 2.61–3.40 พึงพอใจระดับปานกลาง, 3.41–4.20 พึงพอใจระดับมาก และ 4.21–5.00 พึงพอใจระดับมากที่สุด ระยะเวลาดำเนินการ 22 มีนาคม–15 กันยายน 2567

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ ทำให้ทราบจุดเด่นจุดบกพร่อง และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงตัวแบบ

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection-R) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดยการประเมินผลโดยผู้วิจัยร่วมกับทีมปฏิบัติการในพื้นที่และผู้รับผิดชอบจากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ประธาน และเลขา service plan สาขา NCD และ stroke ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อรูปแบบเพื่อหาข้อสรุป เครื่องมือที่ใช้ แบบบันทึกผลการสะท้อนความคิด และรายงานผลการดำเนินงาน ระยะเวลาดำเนินการ 18–20 กันยายน 2567

ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ ทำให้ทราบผลของรูปแบบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตราการตายอย่างหยาบ (crude death rate) แบบจำลองตารางชีพ

(model life table) การวิเคราะห์จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (year of life lost; YLL) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ COA No.38/2567, REC No.64/2567 วันที่รับรอง 13 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานำเสนอตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

1. **ขั้นวางแผน (Planning -P)** เป็นการนำเสนอบริบท และสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานดังนี้

1.1 **แบบแผนและแนวโน้มการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากร**

ผลการวิเคราะห์สาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากรจังหวัดสุพรรณบุรีย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2557–2566) พบอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก พ.ศ. 2557 อัตรา 49.97 ต่อแสนประชากร เป็น 79.67 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2566

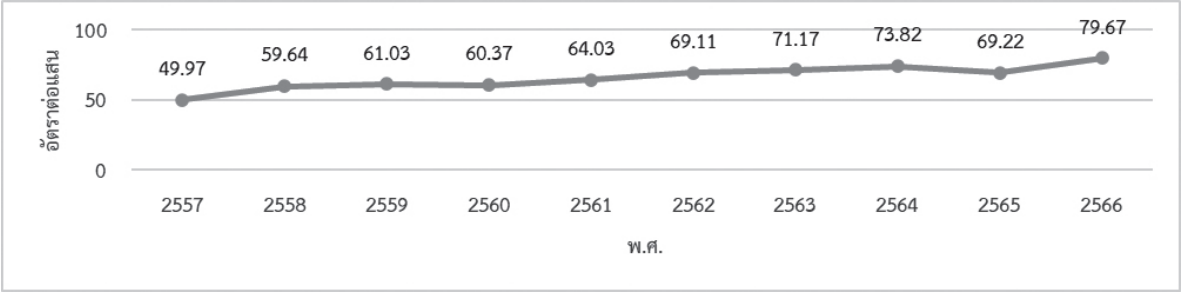
(ตารางที่ 1, แผนภาพที่ 1) ทั้งนี้พบสัดส่วนการตายในเพศชายมากกว่าหญิง และมีการตายในกลุ่มอายุน้อยตั้งแต่กลุ่มอายุ 15–19 ปี และแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายก่อนวัยอันควรร่วมกับอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ค่าเฉลี่ยทั้งสองเพศเท่ากับ 75.56 ปี) จะพบว่า หากไม่มีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น 1.06 ปี ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้อายุขัยของประชากรลดลง (ตารางที่ 2) และทำให้จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (years of life lost: YLL) ระหว่าง พ.ศ. 2565 และ 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่า พ.ศ. 2565 (ตารางที่ 3)

สรุปได้ว่าโรคหลอดเลือดในสมอง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นอันดับแรกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสาเหตุที่ทำให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดลดลงมากที่สุด (1.06 ปี) นอกจากนี้ยังทำให้จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 อัตราตายต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2557–2566¹¹

พ.ศ.	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566
ประชากร กลางปี	848,559	848,401	847,132	848,136	847,992	845,012	844,476	837,218	832,085	825,933
จำนวน การตาย ด้วย Stroke	424	506	517	512	543	584	601	618	576	658
อัตราต่อ แสน ประชากร	49.97	59.64	61.03	60.37	64.03	69.11	71.17	73.82	69.22	79.67



แผนภาพที่ 1 แนวโน้มการตายด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2557-2566

ตารางที่ 2 แสดงอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่ลดลงจากการตายด้วยโรคที่สำคัญ 3 อันดับแรก

สาเหตุการตาย	LE (ปี)	LE (ปี) ที่ลดลง	อันดับ
1. หลอดเลือดในสมอง	76.62	-1.06	1
2. โลหิตเป็นพิษ	76.48	-0.92	2
3. ปอดบวม	76.45	-0.89	3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนปีสูญเสียก่อนวัยอันควรจำแนกตามโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรก ระหว่าง พ.ศ. 2565 กับ 2566

สาเหตุการตาย	จำนวนที่เสียชีวิตทั้งหมด (ราย)			จำนวนปีสูญเสียก่อนวัยอันควร		
	2565	2566	+/-	2565	2566	+/-
1. หลอดเลือดในสมอง	576	658	82	20,905.35	23,822.18	2,916.83
2. โลหิตเป็นพิษ	624	613	-11	19,518.74	20,047.07	528.33
3. ปอดบวม	542	620	78	16,090.27	17,854.92	1,764.65

1.2 ผลการศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัจจุบันของการดำเนินงาน จากใช้เทคนิคการระดมสมอง (brain storming) ผู้เกี่ยวข้องพบว่า ในภาพรวมของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสุพรรณบุรีตามระบบเดิม (ปัจจุบัน) มีการจัดบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูครบทุกมิติจากหน่วยบริการด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดย (1) บริการต้นน้ำ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ซึ่งอยู่ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี; อบจ.สุพรรณบุรี) ร่วมกับอาสา

สมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่ในการคัดกรองผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วยให้รักษาต่อเนื่อง เยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสภาพหลังจากรับการรักษา (2) บริการกลางน้ำ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)/ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ทำหน้าที่ในการให้การรักษาผู้ป่วย รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการเชื่อมโยงการบริการระหว่างกัน และ (3) บริการปลายน้ำ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ทำหน้าที่ในการให้การรักษาผู้ป่วย รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จากโรงพยาบาลชุมชนและ

โรงพยาบาลทั่วไปจัดบริการ stroke unit ให้ความรู้ทางวิชาการและส่งผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟู รพช./ รพท./ รพ.สต. และชุมชน แต่อย่างไรก็ดีพบสภาพปัญหาที่เป็นช่องว่าง (gap) ในการดำเนินงานที่สำคัญคือ (1) ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงยังขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการรับรู้สัญญาณเตือนของการเกิดโรค (2) ประชาชนไม่สะดวกในการมารับคัดกรองหรือการรักษาเนื่องจากอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ (3) ผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินต้องการเข้ารับการรักษาติดต่อ 1669 แต่ได้รับบริการล่าช้า (4) อสม. ขาดความรู้ในดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (5) ผลการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวานลดลงจากการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งถ่ายโอนไป อบจ. ทุกแห่งขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งระบบข้อมูลที่ขาดความสมบูรณ์ครบถ้วน และ (6) การเข้ารับบริการและการส่งต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ยังมีความยุ่งยากซับซ้อนของการให้บริการ

การยกร่างแนวคิด: ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์แบบแผนและแนวโน้มการตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากร และผลการวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานจากการอภิปรายกลุ่มมาสังเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลิ้นขาดการตายโดยสังเขปได้ดังนี้

การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก พบความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาการดำเนินงาน ดังนี้

1. การแสวงหาพันธมิตร การส่งเสริมการประสานงานจากหลายภาคส่วน
2. การมีแผนและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็งและยั่งยืนในทุกพื้นที่
3. การเพิ่มช่องทางสร้างความรอบรู้แก่ประชาชน และการใช้เทคโนโลยีช่วยในการดำเนินงาน
4. การปฏิบัติ หรือปรับปรุงกฎ ระเบียบให้เอื้อต่อการสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

5. การกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับสาธารณสุข

การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน พบข้อได้เปรียบความท้าทาย และโอกาสการพัฒนาการดำเนินงานคือ

1. การจัดการบริการในระดับปฐมภูมิ (ต้นน้ำ) ดำเนินการพัฒนา ดังนี้

1.1 การพัฒนาการเข้าถึงความรู้ (health literacy) การสร้างแรงจูงใจ สร้างบุคคลต้นแบบรวมทั้งการจัดทำคู่มือ/ แนวปฏิบัติ/ stroke alert ที่เข้าใจง่ายเพื่อสนับสนุนการสร้างความรู้

1.2 การพัฒนาระบบจำแนกกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน มีระบบเฝ้าระวัง และการจัดการกลุ่มที่ยังไม่ป่วย และกลุ่มเสี่ยง เพื่อตัดวงจรก่อนเกิด stroke เช่น การสร้างความรอบรู้ การคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน

1.3 การพัฒนาการเข้าถึงและการจัดเก็บข้อมูล เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมการคัดกรอง

1.4 การพัฒนาศักยภาพ อสม. และผู้ดูแล (caregiver: CG) อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) บทบาทการพัฒนาทักษะ (reskill - upskill - new-skill) แบบมีส่วนร่วมระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดกับสาธารณสุข

1.5 การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ 1669 สร้างภาคีเครือข่ายในชุมชนในการร้องขอความช่วยเหลือ และการส่งต่อ เช่น ผู้นำชุมชน, องค์การบริหารส่วนตำบล, โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล, หน่วยอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน (ER)

1.6 การพัฒนาระบบการคัดกรองโรค HT DM และ CVD ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

1.7 การจัดทีม coaching โดยผู้จัดการโครงการ (project manager: PM) จังหวัด/อำเภอ

ร่วมกับทีมผู้เชี่ยวชาญเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหา
ทั้งในภาพรวม และรายกรณี

2. การจัดการบริการของโรงพยาบาล (กลางน้ำ
และปลายน้ำ) ดำเนินการพัฒนาดังนี้

(1) พัฒนาแผนระบบบริการสุขภาพ
(service plan) โดยเฉพาะระบบ fast track, fast
pass กรณีได้ยา rt-PA จากโรงพยาบาลชุมชน, การ
ขยายศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่าย (node)
เพิ่มการเข้าถึงยา rt-PA ในโรงพยาบาลด่านช้าง
โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช และโรงพยาบาลอุ้มผาง
เพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม และการจัดตั้ง
stroke corner

(2) การพัฒนาศูนย์ส่งต่อ ศูนย์รถส่งต่อ
(ศูนย์ ambulance) และศูนย์เครื่องมืออุปกรณ์

(3) มีการจัดทำ stroke protocol,
standing order/ CPG ทั้ง ischemic และ hemorrhage
stroke ระบบปรึกษา case stroke โดยแพทย์
เฉพาะทางระบบประสาท 24 ชั่วโมง

(4) พัฒนาระบบ intermediate care
และการจัดการระบบ refer back

(5) การวางแผนงบประมาณ และโครงสร้าง
พื้นฐาน เพื่อรองรับบริการในโรงพยาบาลที่สถิติ
ผู้ป่วยมาก เพื่อให้มีความพร้อมจัดบริการ เช่น
การขยายศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่าย
(node) , เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan), อุปกรณ์
เครื่องมือที่จำเป็น

**2. ขั้นตอนปฏิบัติการ (Action) เป็นกำหนดรูปแบบ
วิธีการแก้ไขปัญหา**

1. การกำหนดรูปแบบวิธีการแก้ไขปัญหา
จากการสังเคราะห์ข้อเสนอในการดำเนินงานแก้ไข
ปัญหาสาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัด
สุพรรณบุรี โดยประยุกต์ตัวแบบ six building blocks
of health system ตามแผนภาพที่ 2 โดยดำเนินการ
ดังนี้

1.1 ด้านรูปแบบบริการ มีการพัฒนา
ระบบบริการให้เข้าถึงง่าย ครอบคลุม และเชื่อมโยงกัน
แบบไร้รอยต่อ โดยเน้นโปรแกรมที่ช่วยพัฒนาความ
รอบรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ระบบการคัดกรอง
ให้ครอบคลุมและมีบริการเชิงรุก มีการพัฒนาระบบ
บริการตามปัญหา เช่น การขยายศักยภาพโรงพยาบาล
ชุมชนเป็นเครือข่าย (node) การให้ยา rt-PA การพัฒนา
ศูนย์ส่งต่อ/ ระบบส่งต่อแบบ fast pass การเพิ่มเตียง
ศัลยกรรม ICU และ stroke unit

1.2 ด้านบุคลากร จัดให้มีการพัฒนา
ศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกกระดับ รวมทั้ง อสม.
และผู้ดูแล โดยเน้นเนื้อหาตามบริบทของปัญหาและ
ความต้องการ

1.3 ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ
และการสื่อสาร จัดให้มีฐานข้อมูลและการวิเคราะห์
ข้อมูลเชิงลึกเพียงพอต่อการนำไปใช้วางแผน
แก้ไขปัญหา การพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน
ในทุกสถานบริการ มีระบบเชื่อมต่อการให้คำปรึกษา
และการส่งต่อ (consultation and referral system)
ระหว่างชุมชน/ครอบครัวกับสถานบริการการพัฒนา
รวมทั้งการเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยและ
หลากหลายในการสร้างความรอบรู้ที่จำเป็น

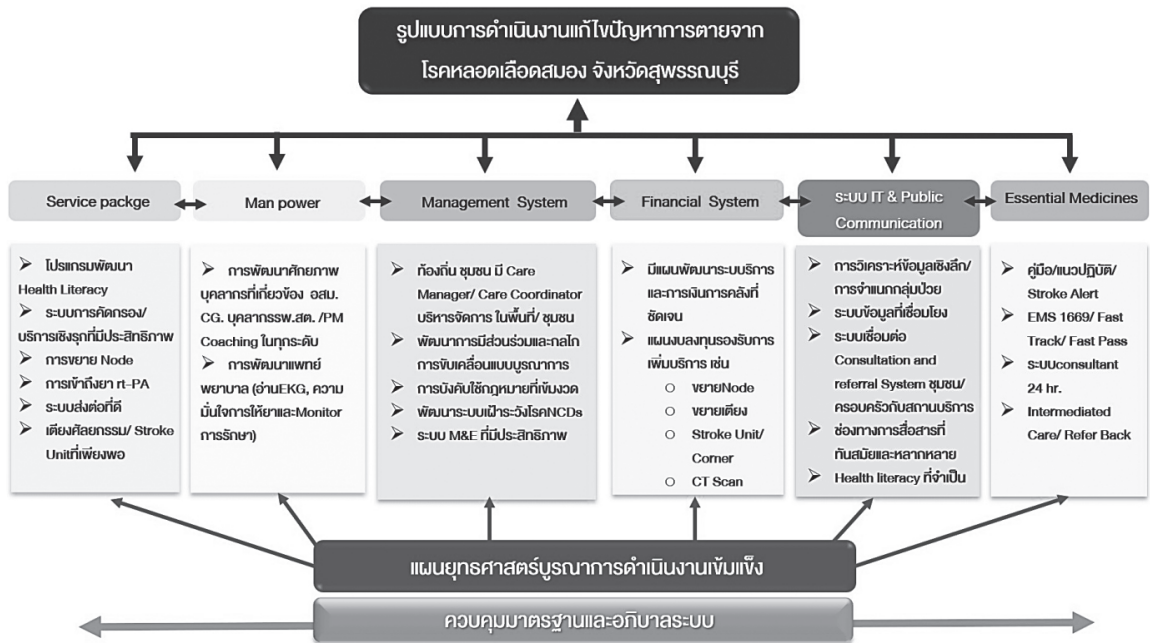
1.4 การเข้าถึงยา/ สื่อองค์ความรู้/
นวัตกรรม/ บริการที่จำเป็น สิ่งที่ควรดำเนินการคือ
การจัดทำคู่มือ/ แนวปฏิบัติเกี่ยวกับ stroke alert,
stroke fast track, fast pass, EMS 1669, 24-hour
consulting system การจัดทำ standing order/ CPG
ทั้ง ischemic และ hemorrhage intermediated care
และระบบ refer back ใช้ร่วมกันทั้งจังหวัด

1.5 ระบบการเงินการคลัง จัดให้มี
แผนพัฒนาระบบบริการและแผนงบประมาณที่สอดคล้องกัน
เพื่อรองรับการเพิ่มบริการตามสภาพปัญหา เช่น
การขยายศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่าย
(node), เตียงศัลยกรรม, stroke unit/ corner, เครื่องมือ

และอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ อาทิ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan)

1.6 ระบบการจัดการ ภาวะผู้นำ และการอภิบาลระบบ สิ่งสำคัญคือ การจัดทำแผน ยุทธศาสตร์ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ

มีขับเคลื่อนการดำเนินงานไปสู่อุปกรณ์ที่ชัดเจน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมีการควบคุมกำกับติดตามและประเมินผล ที่มีประสิทธิภาพ



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลาเหตุการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. การนำตัวแบบไปใช้ในพื้นที่ ซึ่งกำหนดนำร่องในพื้นที่อำเภอเดิมบางนางบวช และมีการปรับรูปแบบให้เข้ากับบริบทพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้ก่อน โดยมีการแปลงตัวแบบสู่กิจกรรมการปฏิบัติดังนี้

2.1 ด้านรูปแบบบริการ ประกอบด้วย กิจกรรม

2.1.1 การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การเยี่ยมบ้าน บริการเชิงรุก

2.1.2 การจัดตั้งสถานีสุนัขสุขภาพ ภายใต้ชื่อโครงการ “เข้าถึงง่าย รักษาไว อุ่นใจประชาชน”

2.1.3 การสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านสื่อในช่องทางที่หลากหลาย

2.1.4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ



2.6 ภาวะผู้นำ และการอภิบาล
ระบบ มีการจัดทำโครงการ “เข้าถึงง่าย รักษาไว อุ่นใจ
ประชาชน” โดยได้รับความร่วมมือจากหน่วยงาน
ท้องถิ่น ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย
มีทีมกำกับติดตามการดำเนินงาน และมีการประเมินผล
และรายงานคณะกรรมการบริหารทราบทุกเดือน

3. ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation)

เมื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่ ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน ซึ่งในขั้นตอนนี้จะนำเสนอในส่วนที่เป็นผลลัพธ์ (outcome) ผลปรากฏดังตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่าง พ.ศ. 2566 และ พ.ศ. 2567 พบว่าจำนวนผู้ป่วย stroke รายใหม่ของอำเภอเดิมบางนางบวชเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.35 เป็น 0.41 แต่ผู้ป่วยที่เป็น hemorrhage stroke ลดจากร้อยละ 18.93 เป็นร้อยละ 12.96 เช่นเดียวกันในผู้เสียชีวิตที่เป็น hemorrhage stroke ลดจากร้อยละ 20.51 เป็นร้อยละ 12.50 อัตราการเข้าถึงบริการ stroke ภายใน 2 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจาก

ร้อยละ 28.98 เป็นร้อยละ 34.55 และผู้ป่วยที่ส่ง mapping ไว้เรียกบริการ 1669 มารับ และให้ rt-PA นับเป็นรายแรกของโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช หลังจากนั้นส่งต่อ admit ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช 1 คืบ และส่งกลับมาฟื้นฟู ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองคือ ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.77) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการ พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อโครงการในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.38, SD = 0.64$) ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X} = 4.18, SD = 0.72$)

ตารางที่ 4 ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2566 และ 2567

ผลการดำเนินงาน	ปี 2566 (ประชากร 70,132 คน)		ปี 2567 (ประชากร 68,573 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วย stroke รายใหม่	245	0.4	279	0.4
- Ischemic stroke	206	84.1	247	88.5
- Hemorrhage stroke	39	18.9	32	13
Factor risk stroke (นำเสนอบางส่วน)				
- HT	89	36.3	97	34.8
- DM	17	6.9	21	7.5
- DM with HT	56	22.9	62	22.2
การเข้าถึงบริการ stroke ภายใน 2 ชั่วโมง	71	29	95	34.6
อัตราการเข้าถึงยา rt-PA ภายใน 60 นาที	0	0.0	1	100.0
จำนวนการเสียชีวิต	8	3.3	6	2.2
- Ischemic stroke	0	0.0	2	0.8
- Hemorrhage stroke	8	20.5	4	12.5
ความพึงพอใจต่อโครงการ				
- ประชาชน (n = 60 คน)	-		$\bar{X} = 4.38, SD = 0.64$	
- เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ (n = 33 คน)	-		$\bar{X} = 4.18, SD = 0.72$	

4. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ผู้วิจัยร่วมกับทีมปฏิบัติการในพื้นที่และผู้รับผิดชอบจากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้สรุปผลจากการประเมินผลการนำตัวแบบไปใช้พบว่า ข้อเสนอตามตัวแบบยังไม่ได้ถูกนำไปใช้ทั้งหมด และการดำเนินกิจกรรมตามตัวแบบมีความเข้มข้นช่วง 6 เดือนหลังของปีงบประมาณ 2567 ในขณะที่จากการประเมินผลพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยง (factor risk stroke) ดังนั้นจึงมีข้อที่ต้องพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้ตัวแบบได้ผลดีที่สุด

วิจารณ์

1. แบบแผนและแนวโน้มการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดลดลงมากที่สุด (1.06 ปี) นอกจากนี้ยังทำให้จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น โดยพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และเริ่มมีการตายในกลุ่มอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับระดับประเทศ⁴ ทั้งนี้เนื่องมาจาก (1) สุพรรณบุรีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.3 ของประชากร⁹ โดยที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (2) แนววิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อาทิ การเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย และสื่อโฆษณาส่งผลต่อการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การขนส่งและเทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้คนมีกิจกรรมทางกายน้อยลง ฯลฯ (3) จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าครึ่งหนึ่งมี factor risk stroke จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวโน้มโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นในระดับประเทศ¹² แต่ทว่าแตกต่างกับการศึกษาสถานการณ์และพยากรณ์การตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อตามเป้าหมาย

ระดับโลก พ.ศ. 2543–2573¹³ ที่พบว่าการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรไทยจากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่อาจจะไม่ได้ตามเป้าหมาย SDGs ที่ร้อยละ 9.9 ใน ค.ศ. 2030 ซึ่งจังหวัดสุพรรณบุรีนอกจากจะพบแนวโน้มการตายที่เพิ่มขึ้นและผลพยากรณ์การเสียชีวิตอยู่ที่ ร้อยละ 10.3 แต่อย่างไรก็ดีการศึกษาพบเช่นเดียวกันว่าเพศชายมีความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงในทุกปี ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสุพรรณบุรีนับว่าเป็นปัญหาสำคัญ ดังนั้น การคัดกรองจะทำให้โรคตั้งแต่ระยะต้นการรักษาจะมีประสิทธิภาพ แต่หากพบในระยะรุนแรงแล้วอาจยากต่อการรักษาส่งผลต่อการตายก่อนวัยอันควร

2. รูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปรับใช้กับพื้นที่ได้ดี แต่ยังพบว่าผลลัพธ์ด้านจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ลดลง แต่การเสียชีวิตลดลงเล็กน้อยในกลุ่ม hemorrhage stroke ในขณะที่การเข้าถึงบริการ stroke ภายใน 2 ชั่วโมง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และผู้ป่วยมีการเข้าถึงยา rt-PA ภายใน 60 นาที โดยถือเป็นรายแรกที่โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช ซึ่งสืบเนื่องมาจากแพทย์ พยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีการจัดทำแนวทางการที่ชัดเจน ทำให้เกิดความมั่นใจในการให้ยา อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเล็กน้อยเกิดจากการนำรูปแบบไปใช้อาจเนื่องมาจาก (1) ระยะเวลาที่ดำเนินการยังช่วงสั้น ๆ ประมาณ 6 เดือน (2) การพัฒนายังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรมตามข้อเสนอ ซึ่งต้องรอแผนการพัฒนาเป็นระยะตามความพร้อมด้านงบประมาณ บุคลากร และสิ่ง/อุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ (3) อำเภอดเดิมบางนางบวชเองมีผลกระทบจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ ร้อยละ 28.9) สัดส่วนมากที่สุดของจังหวัด (4) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จำเป็นที่จะ

ทำให้คนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี ต้องทำให้ตามหลัก
การและครอบครัวประกอบของการสร้างความรอบรู้¹⁴
ดังนั้นจึงต้องระยะเวลาในการฝึกทักษะ ผลการศึกษา
สอดคล้องงานวิจัย นฤมล ละครสี และฐาวรัตน์
ภูทัศนะ^{15,16} ที่พบว่าการพัฒนาทักษะ ความรู้ การ
สร้างความรอบรู้มีประสิทธิผลต่อการพฤติกรรมดูแล
ตนเอง และการเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track
นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็วเป็นผลมาจาก
การทำ mapping ในกลุ่มเสี่ยงทำให้เมื่อเกิดอาการ
ญาติแจ้ง 1669 ไปรับได้เร็วสอดคล้องกับการศึกษา
ของ รัฐพล เวทสรณสุธี¹⁷ ที่พบว่าภายหลังการใช้ระบบ
GPS mapping ในกลุ่มเสี่ยง stroke และ STEMI
ที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้รับการปฏิบัติการ
ฉุกเฉินภายใน 8 นาที เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

สรุป

รูปแบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลาเหตุการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสุพรรณบุรี
มีประสิทธิภาพในการลดการป่วย และเสียชีวิต
จากโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ต้องมีแผนการจัด
กิจกรรมให้ครบถ้วน และครอบคลุมตามข้อเสนอ โดย
มีการกำหนดหัวระยะเวลาการดำเนินงานแต่ละ
กิจกรรมที่ชัดเจน โดยมีการพัฒนาทั้งระบบในภาพ
ของจังหวัด และการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน และ
ควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและ
เบาหวานต้องดำเนินการไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตาม
มีข้อจำกัดของการศึกษาคั้งนี้ คือ ยังไม่สามารถเปรียบ
เทียบผลลัพธ์ระหว่างอำเภอเพื่อยืนยันว่าตัวแบบในพื้นที่
นำร่องกับพื้นที่อำเภออื่นที่ดำเนินการตามแนวทางเดิม
มีความแตกต่างกัน เนื่องจากการวิเคราะห์สาเหตุ
การตายจะเปรียบเทียบได้เมื่อผ่านการตรวจสอบ
ความถูกต้องครบถ้วนจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
กระทรวงสาธารณสุขเมื่อสิ้นปี 2567 แล้ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข อสม.
ของอำเภอเดิมบางนางบวช ผู้ป่วย และญาติที่เข้า
ร่วมโครงการ และผู้ร่วมให้ข้อมูลการดำเนินงานไว้
ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The World Bank Group. “Life expectancy at birth, total” [Internet]. 2024 [cited 2024 June 29]; Available from: URL: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators/Series/SP.DYN.LE00.IN>.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ. 2553–2566 ข้อมูลสถิติและตัวชี้วัดที่สำคัญ [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 สิงหาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก URL: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=300.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2561: 15–6.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. “การสูญเสียปีสุขภาวะ” รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงาน พัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย; 2566.
5. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Stroke. Health topics [Internet]. 2023 [cited 2024 July 29]; Available from: URL: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/stroke/causes>.

6. กนกศรี สมิทรปัญญา. สาเหตุการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย 2564;37(3):6-14.
7. Yuan MZ, Li F, Fang Q, et al. Research on the cause of death for severe stroke patients. J Clin Nurs 2018;27(1-2):450-60. doi: 10.1111/jocn.13954.
8. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. 29 ต.ค. วันหลอดเลือดสมองโลก ร่วมมือกันป้องกัน ลดเสี่ยงอัมพฤกษ์ อัมพาต[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 สิงหาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก URL:<https://ddc.moph.go.th/odpc11/newsph?news=38037&deptcode=odpc11>.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. เอกสารสรุปการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2567. สุพรรณบุรี: กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข; 2567.
10. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer. 3rded. Victoria: Deakin University; 1988.
11. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบฐานข้อมูลการเกิด-ตาย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 สิงหาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก URL:<https://deathbirthrepo.dcs.moph.go.th/login>.
12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 สิงหาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก URL:<https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstastic65.pdf>
13. ขนิษฐา ภูศรีสกุล, ณัฐพัชร มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การศึกษาสถานการณ์และพยากรณ์การตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อตามเป้าหมายระดับโลก พ.ศ. 2543-2573. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(2):228-41.
14. นิรินดา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, กฤษกร คนหาญ, และคณะ. บรรณาธิการ. คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: อาร์ เอ็น พี พี วอเตอร์ จำกัด; 2564.
15. นฤมล ละครสี. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง. วารสารสหเวชศาสตร์และสุขภาพชุมชน 2567; 1(1):44-58.
16. สุวรัตน์ ภูทัศนะ. ผลของการพัฒนาทักษะการประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2567;9(1):690-8.
17. รัฐพล เวทสรณสุธี, จริยา ละมัยเกศ. ผลของการพัฒนาระบบ GPS mapping เพื่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง stroke and STEMI ของจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี 2563;4(2):66-78.

การเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช A Comparison of Survival Rate of Colorectal Cancer Patients Between Emergency and Elective Surgery in Chaoprayayommarat Hospital

ชาตวุฒิ บุญธนาวงศ์ พ.บ.,
วว. ศัลยกรรมทั่วไป
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช
จังหวัดสุพรรณบุรี

Chatwut Bunthanawong M.D.,
Thai Board of General Surgery
Division of Surgery
Chaoprayayommarat Hospital
Suphan Buri

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพและผลการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช

วิธีการศึกษา: วิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 นำเสนอข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบตัวแปรด้วย t test และ chi-square test รายงานอัตราการรอดชีพด้วยสถิติ Kaplan-Meier test เปรียบเทียบอัตราการรอดชีพระหว่างกลุ่มใช้สถิติ log-rank test และ Cox regression analysis

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวน 520 ราย อายุเฉลี่ย 64.8 ปี อัตราการรอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 41.7 วิเคราะห์แยกตามระยะของโรค พบอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ระยะที่ 1, 2, 3, และ 4 ร้อยละ 88.9, 73.4, 53.3, และ 6.4 ตามลำดับ กลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินจำนวน 200 ราย มีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 39.5 น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 1.9, $p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินจำนวน 320 ราย ที่มีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 59.1

สรุป: การวินิจฉัยและคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงอย่างถูกต้องเหมาะสม ก่อนผู้ป่วยจะมีอาการที่ต้องผ่าตัดในภาวะฉุกเฉินจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัด และเพิ่มอัตราการรอดชีพได้

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อัตราการรอดชีพ ผ่าตัด

วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(4) : 529-540.

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare survival rate of colorectal cancer (CRC) patients who received operative treatment between emergency and elective surgery in Chaoprayayommarat Hospital and to analyze the surgical outcome.

Methods: This retrospective study included CRC patients operated in Chaoprayayommarat Hospital during the period 1 January 2012 to 31 December 2017. In this descriptive study, data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and compared correlation using t test and chi-square test. The survival rate was reported using the Kaplan-Meier test. Between group comparisons were made using log-rank test and Cox regression analysis.

Result: A total of 520 CRC patients who underwent surgery. The mean age was 64.8 years. The overall 5-year survival rate of CRC patients was 41.7%. Five-year stage-specific survival rates for stage I, II, III, and IV CRC were 88.9%, 73.4%, 53.3%, and 6.4% respectively. The emergency surgery group (200 patients) had a significantly poorer 5-year survival rate of 39.5% (HR 1.9, $p < .001$) compared with the elective surgery group 59.1%.

Conclusion: Accurate and appropriate diagnosis and screening for colorectal cancer before patients develop symptoms that require emergency surgery can reduce postoperative mortality and improve survival rate.

Keywords: colorectal cancer, survival rate, surgery

Received: July 2, 2024; Revised: July 15, 2024; Accepted: Sept 3, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 529–540.

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบได้เป็นบ่อย และมีการคาดการณ์ว่าจะพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงรายใหม่มากกว่า 1.9 ล้านคนต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับสองจากมะเร็งทั้งหมด และพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเสียชีวิตอยู่ที่ 904,000 คนต่อปี¹ ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย (รองจากมะเร็งตับและมะเร็งปอด) และเป็นอันดับ 5 ในเพศหญิง (รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ และมะเร็งปอด)² โดยพบว่าอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยเฉลี่ยเท่ากับ ร้อยละ 38.6

แบ่งตามระยะของโรคอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะ 1, 2, 3, และ 4 เท่ากับ ร้อยละ 100, 68, 44, และ 2 ตามลำดับ³ ร้อยละ 22.1–34 ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะมาโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน ทำให้การผ่าตัดได้ผลการรักษา การพยากรณ์โรค และอัตราการรอดชีพที่ไม่ดี^{4,5,6} สำหรับภาวะฉุกเฉินที่พบได้ในการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ได้แก่ ภาวะลำไส้อุดตัน ลำไส้ทะลุ เลือดออก ส่วนตำแหน่งที่พบได้บ่อย ได้แก่ บริเวณลำไส้ใหญ่ข้างซ้าย⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ผ่าตัดในภาวะฉุกเฉินมีอัตรา

การเสียชีวิตเท่ากับ ร้อยละ 21.2 ซึ่งมากกว่าในกรณีที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเพียง ร้อยละ 4.8 สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การเกิดหนองในช่องท้อง การเกิดโรคของระบบหัวใจ และระบบทางเดินหายใจที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบฉุกเฉินมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ⁸ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดถ้าไม่มีภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันจะมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 85 แต่ถ้ามีภาวะลำไส้ใหญ่อุดตันหลังผ่าตัดจะมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี เพียงร้อยละ 40⁹

ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอันดับที่ 1 จากมะเร็งทั้งหมดของกลุ่มงานศัลยกรรมและมีแนวโน้มการผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นในทุกปี นอกจากนี้อัตราการเสียชีวิตยังพบเป็นอันดับ 3 จากผู้ป่วยในทันตโรงพยาบาลในกลุ่มงานศัลยกรรมแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นปัญหาสำคัญ แต่การศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีพยังมีข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย โดยมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ตั้งแต่ร้อยละ 30.3–72¹⁰⁻¹² และยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการรอดชีพหลังผ่าตัด โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบการผ่าตัดฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินในประเทศไทย ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าจะได้ข้อมูลที่ประโยชน์และสอดคล้องกับปัญหาของประชาชนในพื้นที่ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีความพร้อมของการผ่าตัดที่แตกต่างกันในผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้ อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้วิเคราะห์ในการวางแผนป้องกัน และตรวจคัดกรองเพื่อลดการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งจะสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของจังหวัดสุพรรณบุรีรวมถึงประเทศไทยในอนาคตได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพ และผลการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทุกรายที่ผ่าตัดตรงไส้โรค C18.0–C20.9 ตามรหัสโรคมะเร็งสากล (The International Classification of Disease for Oncology, ICD-O 3rd) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 รวมระยะเวลา 6 ปี จำนวนทั้งหมด 520 ราย หลังจากได้รับพิจารณาอนุมัติรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว (หมายเลข YM009/2565) ระยะเวลาการติดตามจะเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยืนยันการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และได้รับการผ่าตัด ติดตามไปจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต หรือครบ 5 ปีหลังจากการผ่าตัด โดยสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล โปรแกรม Thai cancer based ซึ่งพัฒนาโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และข้อมูลจากทะเบียนราษฎร

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบบันทึกการเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยจะเก็บข้อมูลผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตาม NCEPOD classification of intervention¹³ สำหรับผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้แก่ ผู้ป่วยในกลุ่ม immediated, urgent, และ expedited และกลุ่มที่ไม่อยู่ในภาวะฉุกเฉินได้แก่ ผู้ป่วยในกลุ่ม elective โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มาในภาวะฉุกเฉินรวมอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ ภาวะลำไส้อุดตัน ภาวะลำไส้ทะลุ เลือดออกในทางเดินอาหาร หนองในช่องท้อง และการต่อเชื่อมของมะเร็งกับ

อวัยวะอื่น^{5,7,14} เก็บข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็ง ได้แก่ ระยะของโรค ตำแหน่ง ชนิดของการผ่าตัด ลักษณะทางพยาธิวิทยา ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา ได้แก่ อัตราการรอดชีพภายใน 5 ปี อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด อัตราการมีลำไส้หน้าท้อง ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การตรวจเซลล์มะเร็งบริเวณขอบรอยตัดของก้อนมะเร็ง และจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เก็บได้หลังการผ่าตัด

ในการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงพรรณนา เปรียบเทียบตัวแปรต่อเนื่องระหว่าง 2 กลุ่มด้วย unpaired t test และเปรียบเทียบตัวแปรไม่ต่อเนื่องระหว่าง 2 กลุ่มด้วย chi-square test อัตราการรอดชีพนำเสนอโดยใช้ Kaplan-Meier test และการเปรียบเทียบสถิติระหว่างกลุ่มใช้สถิติ log-rank test และ Cox regression analysis วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS ค่า $p < .05$ ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช เลขที่ YM099/2565 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามหลักเกณฑ์และดำเนินงานตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวน 520 ราย พบเป็นกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินจำนวน 200 ราย (ร้อยละ 38.5) และเป็นกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินจำนวน 320 ราย (ร้อยละ 61.5) อาการที่พบในกลุ่มที่ผ่าตัด

ฉุกเฉินส่วนใหญ่มาด้วยภาวะลำไส้อุดตัน 160 ราย (ร้อยละ 80) อาการอื่น ๆ ที่พบได้แก่ ภาวะลำไส้ทะลุ 28 ราย (ร้อยละ 14) ภาวะเลือดออก 8 ราย (ร้อยละ 4) ภาวะฝีหนองในท้อง 3 ราย (ร้อยละ 1.5) และภาวะลำไส้เชื่อมต่อกับอวัยวะข้างเคียง 1 ราย (ร้อยละ 0.5) อายุเฉลี่ย 64.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.6) โดยมีช่วงอายุระหว่าง 25-103 ปี กลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีอายุเฉลี่ย 66.2 ปี มากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินที่มีอายุเฉลี่ย 63.9 ปี ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 314 ราย (ร้อยละ 60.4) ส่วนเพศหญิงมีจำนวน 206 ราย (ร้อยละ 39.6) โดยในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินเป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 เพศหญิง ร้อยละ 37.5 ส่วนในกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินเป็นเพศชาย ร้อยละ 59.1 เพศหญิง ร้อยละ 40.9 อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบอายุและเพศในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน พบมีระยะของโรคในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินระยะที่ 1 และ 2 ร้อยละ 31 ส่วนระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 69 ส่วนกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินพบมีระยะที่ 1 และ 2 ร้อยละ 43.4 ส่วนระยะที่ 3 และ 4 ร้อยละ 56.6 ตำแหน่งที่พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน แบ่งเป็น cecum ร้อยละ 6.8 เทียบกับ 6.5, ascending colon ร้อยละ 11 เทียบกับ 10.2, transverse colon ร้อยละ 25.3 เทียบกับ 9.7, descending colon ร้อยละ 12.3 เทียบกับ 8.6, sigmoid colon ร้อยละ 31.6 เทียบกับ 35, และ rectosigmoid colon ร้อยละ 13 เทียบกับ 29 สำหรับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินจะมี synchronous ร้อยละ 1 และตำแหน่งที่พบมะเร็งลำไส้ตรงในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน แบ่งเป็น upper rectum ร้อยละ 53 เทียบกับ 27, middle rectum ร้อยละ 21 เทียบกับ 32, และ lower rectum ร้อยละ 25 เทียบกับ 48 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

		กลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน (จำนวน 200 คน)		กลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน (จำนวน 320 คน)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ, ค่าเฉลี่ย ($\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		66.2 ปี ($\pm$ 13.1 ปี)		63.9 ปี ($\pm$ 12.2 ปี)	
เพศ	ชาย	125	62.5	189	59.1
	หญิง	75	37.5	131	40.9
ระยะของโรค	ระยะที่ 1	2	1	7	2.2
	ระยะที่ 2	60	30	132	41.2
	ระยะที่ 3	76	38	134	41.9
	ระยะที่ 4	62	31	47	14.7
ตำแหน่งของมะเร็ง	ลำไส้ใหญ่	162	81	186	58.1
	ลำไส้ตรง	38	19	134	41.9

ข้อมูลวิธีการรักษา

การผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน จะพบว่าการผ่าตัดที่แตกต่างจากในกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน เช่น จำเป็นต้องผ่าตัดมากกว่าเดิม ได้แก่ กรณี subtotal/total colectomy ร้อยละ 1, explore laparotomy with biopsy (carcinomatosis peritonei with matted bowel) ร้อยละ 0.5, palliative bypass (loop colostomy) ร้อยละ 16, และไม่สามารถต่อลำไส้ได้ จำเป็นต้องมีลำไส้หน้าท้อง แม้จะตัดมะเร็งออกไปแล้ว (Hartmann procedure) ร้อยละ 24 เมื่อพิจารณาในด้านการรักษาต่อด้วยเคมีบำบัดจะพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ผ่าตัด

ไม่ฉุกเฉินได้รับเคมีบำบัดมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินที่ร้อยละ 75.6 เทียบกับ 61 ($p = .002$) โดยในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินบางรายเสียชีวิตไปก่อน หรือสภาพร่างกายไม่พร้อมแข็งแรงพอที่จะให้เคมีบำบัด ส่วนการรักษาด้วยการฉายแสงจะพบในกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินมากกว่าในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินเช่นกัน ที่ร้อยละ 17.5 เทียบกับ 2.5 ($p < .001$) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีระยะของโรคที่มากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน โดยเฉพาะระยะที่ 4 ซึ่งไม่แนะนำการฉายแสงของมะเร็งลำไส้ตรงเนื่องจากไม่มีผลต่ออัตราการรอดชีพโดยรวม และอาจเพิ่มภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

		กลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน (จำนวน 200 คน)		กลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน (จำนวน 320 คน)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดการผ่าตัด	Right hemicolectomy	52	26	50	15.7
	Left hemicolectomy	11	5.5	18	5.7
	Sigmoidectomy	14	7	45	14.2
	Anterior resection	2	1	21	6.6
	Subtotal/total colectomy	22	11	5	1.6
	Low anterior resection	10	5	74	23
	Abdominoperineal resection	8	4	68	21
	Hartmann procedure	48	24	15	4.7
	Loop colostomy	32	16	24	7.5
	Explore laparotomy with biopsy	1	0.5	0	0
เคมีบำบัด	ได้รับ	122	61	242	75.6
	ไม่ได้รับ	78	39	78	24.4
ฉายแสง	ได้รับ	5	2.5	56	17.5
	ไม่ได้รับ	195	97.5	264	82.5

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่รับการผ่าตัด พบลักษณะ histology grading ทั้งสองกลุ่มส่วนมากเป็นชนิด moderately differentiated โดยในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน ร้อยละ 48.5 และกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน ร้อยละ 61.9 สำหรับลักษณะ histology grading อื่น ๆ แบ่งตามกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน ได้แก่ well differentiated (ร้อยละ 31 เทียบกับ 29.4), poorly differentiated (ร้อยละ 4 เทียบกับ 3.8), อื่น ๆ (ร้อยละ 4.5 เทียบกับ 2.5) และไม่พบผลชิ้นเนื้อ (ร้อยละ 12 เทียบกับ 2.4) และจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 520 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 468 ราย ที่มีการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกได้

โดยกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีจำนวน 169 ราย และกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินมีจำนวน 299 ราย โดยในกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินมี 1 รายที่ทำผ่าตัดผ่านกัน (transanal excision) จึงไม่มีต่อมน้ำเหลืองในผลทางพยาธิ พบว่ากลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีการตรวจพบเซลล์มะเร็งบริเวณขอบรอยตัดของก้อนมะเร็ง ร้อยละ 10.7 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินซึ่งจะมีการตรวจพบเซลล์มะเร็งบริเวณขอบรอยตัดของก้อนมะเร็ง ร้อยละ 8 และในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินตรวจพบจำนวนต่อมน้ำเหลืองที่เก็บได้หลังการผ่าตัดน้อยกว่า 12 ต่อมน มากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน โดยอยู่ที่ ร้อยละ 16.6 และ 14 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

		กลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ผ่าตัด ไม่ฉุกเฉิน จำนวน (ร้อยละ)	ค่านัยสำคัญ ทางสถิติ
การตรวจเซลล์มะเร็ง บริเวณขอบรอยตัด ของก้อนมะเร็ง (resection status)	ตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งบริเวณ ขอบรอยตัดของก้อนมะเร็ง (negative margin)	151/169 (89.3)	275/299 (92)	p = .34
	ตรวจพบเซลล์มะเร็งบริเวณ ขอบรอยตัดของก้อนมะเร็ง (positive margin)	18/169 (10.7)	24/299 (8)	
จำนวนต่อมน้ำเหลือง ที่เก็บได้หลังการผ่าตัด	มากกว่าหรือเท่ากับ 12 ต่อมน้ำเหลือง	141/169 (83.4)	256/298 (86)	p = .47
	น้อยกว่า 12 ต่อมน้ำเหลือง	28/169 (16.6)	42/298 (14)	

ผลการรักษาทางคลินิก

อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วันของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินร้อยละ 10.5 สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินที่มีเพียงร้อยละ 1.25 และมีค่า risk ratio 8.4 (95% CI 2.9–24.1) ส่วนอัตราการมีลำไส้หน้าท้องหลังการผ่าตัดจะพบมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินที่ร้อยละ 40 ในขณะที่กลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินจะพบที่ร้อยละ 12.2 และมีค่า risk ratio 3.3 (95% CI 2.3–4.6) สำหรับการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบการติดเชื้อที่บริเวณชั้นผิวหนังในกลุ่มที่ผ่าตัด

ไม่ฉุกเฉินมากกว่า เนื่องจากกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีส่วนที่ไม่ทำ primary closure skin หรือทำแค่ loop colostomy เมื่อพิจารณาวันนอนโรงพยาบาลจะพบว่ากลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีวันนอนโรงพยาบาลมากกว่าเล็กน้อยแต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยอธิบายได้จากผู้ป่วยที่ผ่าตัดฉุกเฉินบางส่วนเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหลังผ่าตัด หรือทำผ่าตัดแค่ loop colostomy ในขณะที่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินมีการผ่าตัดของมะเร็งลำไส้ตรงมากกว่า โดยในกลุ่มนี้จะมีการติดอวัยวะข้างเคียงทำให้การผ่าตัดยุ่งยากซับซ้อนเป็นผลทำให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้นกว่าที่ควรจะเป็นดังตารางที่ 4

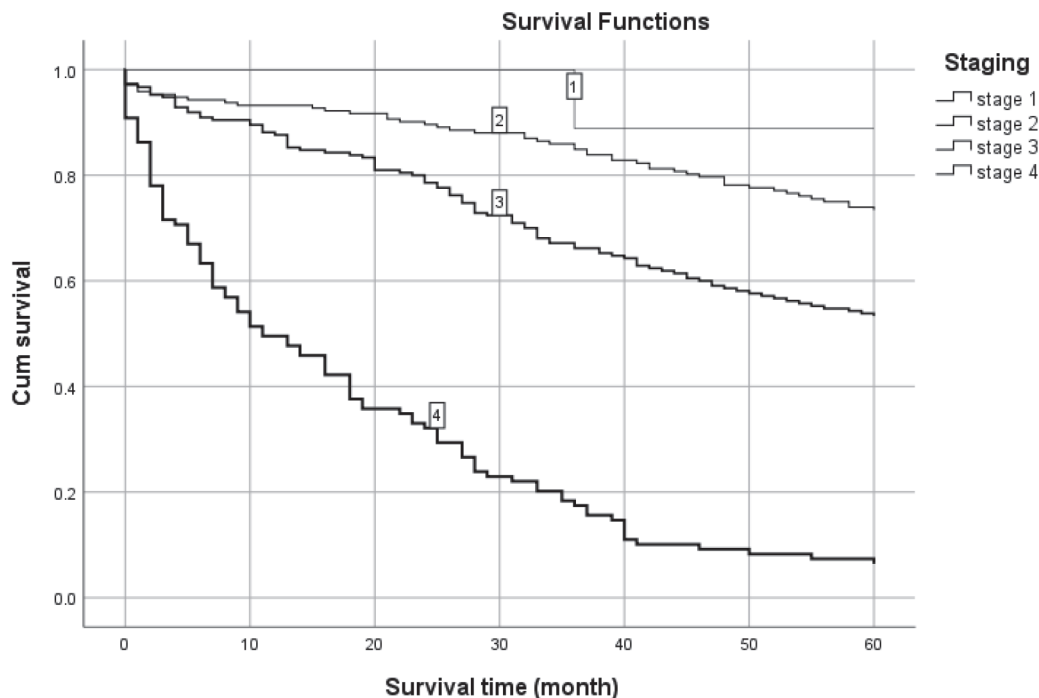
ตารางที่ 4 ผลการรักษาทางคลินิกมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

	กลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน (จำนวน 200 คน)		กลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน (จำนวน 320 คน)		ค่านัยสำคัญทางสถิติ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน	21	10.5	4	1.25	p < .001
อัตราการมีลำไส้หน้าท้อง	80	40	39	12.2	p < .001
อัตราการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด	17	8.5	32	10	p = .57
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล, ค่าเฉลี่ย (± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15.6 (± 10.1)		14.1 (± 8.5)		p = .07

อัตราการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรงหลังได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจำนวน
520 ราย ติดตามหลังจากผ่าตัดครบ 5 ปี พบว่าเสียชีวิต
ไป 252 ราย อัตราการรอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี เท่ากับ

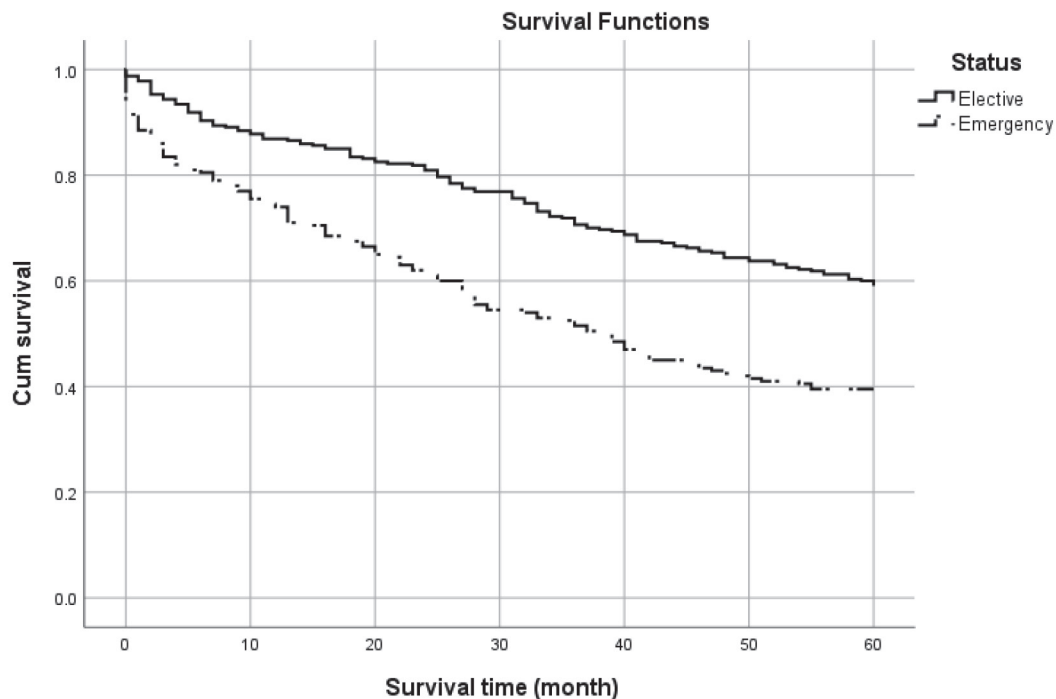
ร้อยละ 41.7 แบ่งตามระยะของโรคได้ดังต่อไปนี้
ระยะที่ 1 ร้อยละ 88.9, ระยะที่ 2 ร้อยละ 73.4, ระยะที่ 3
ร้อยละ 53.3, และระยะที่ 4 ร้อยละ 6.4 แสดงดังกราฟ
ที่ 1



กราฟที่ 1 อัตราการรอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี แบ่งตามระยะของโรค

สำหรับกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินจำนวน 200 ราย
เมื่อติดตามที่ 5 ปี หลังผ่าตัดพบเสียชีวิตไป 121 ราย
ส่วนกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินจำนวน 320 ราย เมื่อติดตาม
ที่ 5 ปี หลังผ่าตัดพบเสียชีวิตไป 131 ราย โดยในผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีอัตราการ
รอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี ร้อยละ 39.5 ซึ่งน้อยกว่าอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเทียบกับผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินมีอัตรา

การรอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี ร้อยละ 59.1 หลังจาก
นั้นนำทั้ง 2 กลุ่มมาวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยอาศัย Cox
regression model ได้ค่า hazard ratio = 1.9 (95%
CI 1.5–2.4, $p < .001$) หรือสามารถแปลผลได้ว่าผู้ป่วย
มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด
ฉุกเฉินเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตมากกว่าในกลุ่มที่
ผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉินถึง 1.9 เท่า ดังแสดงตามกราฟที่ 2



กราฟที่ 2 อัตราการรอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี แบ่งตามการกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน (emergency) และกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน (elective)

วิจารณ์

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัดในการศึกษานี้ พบมีอายุเฉลี่ย 64.8 ปี และค่ามัธยฐานของอายุ 65 ปี ใกล้เคียงกับอายุของการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้ โดยมีค่ามัธยฐานของอายุที่ 61 ปี³ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันการศึกษาของ SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) CRC registry พบผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 50 ปี มากขึ้นเรื่อย ๆ โดยคาดว่าใน พ.ศ. 2573 จะพบผู้ป่วยช่วงอายุ 20–34 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 90–124.2 และผู้ป่วยช่วงอายุ 35–49 เพิ่มขึ้นร้อยละ 27.7–46¹⁵ ดังนั้นการติดตามระบาดวิทยาของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสำหรับประเทศไทยจะช่วยให้การวินิจฉัย และการวางแผนแนวทางการคัดกรองให้เหมาะสมกับช่วงอายุที่จะเปลี่ยนไปในอนาคต การศึกษานี้พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงที่ ร้อยละ 60.4 และร้อยละ 39.6

ตามลำดับ ใกล้เคียงกับการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล^{11,12} แต่แตกต่างจากการศึกษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่จะพบเพศหญิงมากกว่า¹⁶

สำหรับตำแหน่งที่พบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินจะพบบริเวณลำไส้ใหญ่มากถึง ร้อยละ 81 ส่วนลำไส้ตรงพบเพียง ร้อยละ 19 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินจะพบที่ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไม่แตกต่างกันมากที่ ร้อยละ 58.1 และ 41.9 ตามลำดับ โดยมะเร็งลำไส้ตรงจะมีอาการแสดงที่จะพาผู้ป่วยมาตรวจก่อนที่จะเป็นภาวะฉุกเฉินได้มากกว่าลำไส้ใหญ่ เช่น การปวดเบ่ง (tenesmus), ถ่ายเป็นเลือด, หรืออุจจาระลำเล็กลง เป็นต้น อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรงที่ผ่าตัดฉุกเฉิน จะพบว่าการเสียชีวิตใน 5 ปี ถึงร้อยละ 80 ต่างจากกลุ่มมะเร็งลำไส้ตรงที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินซึ่งมีการเสียชีวิตใน 5 ปี เพียง

ร้อยละ 46 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวมของตำแหน่งที่พบมะเร็ง จะพบมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย (descending, sigmoid, rectosigmoid colon) และลำไส้ตรง รวมกันถึงร้อยละ 76.7 ดังนั้นในกรณีที่มีข้อจำกัดของการคัดกรองด้วย colonoscopy การทำเพียง sigmoidoscopy ให้ถึง descending colon ก็สามารถวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้เป็นส่วนใหญ่แล้ว และการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วมือ (per rectum digital examination) ก็สามารถช่วยวินิจฉัยโดยจะนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาก่อนที่จะมีอาการในภาวะฉุกเฉิน

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีความเสี่ยงเสียชีวิตใน 30 วันมากกว่าเกือบ 10 เท่า (RR = 8.4) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน ได้ทำการทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตร้อยละ 90 อายุมากกว่า 65 ปี และเมื่อประเมินความเสี่ยงการผ่าตัดตามแนวทางของ American Society of Anesthesiologist จะพบ ASA score 3-4 มากกว่าร้อยละ 90 เช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Murat และคณะ¹⁷ ที่พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญของอัตราการตายใน 30 วันหลังการผ่าตัดได้แก่ผู้ป่วยอายุเกิน 65 ปี, ASA score มีคะแนนสูง (3-4), ผู้ป่วยมีโรคร่วมสำคัญ, หรือพบการแพร่กระจายของมะเร็ง (distant metastasis) และเมื่อติดตามกลุ่มผ่าตัดฉุกเฉินที่มีลำไส้หน้าท้องในการศึกษานี้พบว่า มีเพียง ร้อยละ 10 ที่ได้รับการผ่าตัดปิดลำไส้หน้าท้อง ที่เหลือร้อยละ 90 ต้องมีทวารเทียมไปตลอดเนื่องจากอายุที่มาก โรคประจำตัวระยะของโรค รวมทั้งผู้ป่วยไม่ยอมผ่าตัด จะพบได้ว่าการผ่าตัดฉุกเฉินของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นอกจากจะมีอัตราการตายที่สูง ผู้ป่วยที่รอดจากจากผ่าตัด ก็จะมีการดูแลทวารเทียมไปตลอด

อัตราการรอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 41.7 เมื่อเทียบกับการวิจัยในประเทศไทยก่อนหน้านี้ อยู่ที่ร้อยละ 30.3-38.6^{3,11,16} แบ่งตามระยะของโรคได้ดังต่อไปนี้ ระยะที่ 1 ร้อยละ 88.9, ระยะที่ 2 ร้อยละ

73.4, ระยะที่ 3 ร้อยละ 53.3, และระยะที่ 4 ร้อยละ 6.4 อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาอัตราการรอดชีพโดยรวม (overall survival) ทำให้ไม่สามารถบอกสาเหตุการตายที่แท้จริงว่ามาจากมะเร็งหรือไม่ เช่นในการศึกษานี้มีผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1 จำนวน 9 ราย เสียชีวิตไป 1 รายจากการที่มีเลือดออกในสมอง ซึ่งถ้าคิดเฉพาะการตายจากมะเร็ง มะเร็งระยะที่ 1 ของการศึกษานี้ควรมีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ที่ร้อยละ 100 เป็นต้น ดังนั้นการศึกษารอดชีพในรูปแบบของการรอดชีพที่ปราศจากโรค (disease free survival) จะได้ข้อมูลที่จำเพาะมากกว่า แต่ต้องมีการเก็บข้อมูลการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยหลังการรักษาให้ครบถ้วน

การศึกษานี้พบอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน ร้อยละ 39.5 น้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน ซึ่งอยู่ที่ ร้อยละ 59.1 โดยสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ตั้งแต่ร้อยละ 25.7-40 ส่วนในกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ตั้งแต่ร้อยละ 51.7-85^{4,8,9,14} และในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตใน 5 ปี เกือบ 2 เท่า (HR = 1.9) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉิน ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Amri และคณะ¹⁴ ซึ่งจะพบความเสี่ยงการเสียชีวิตในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินที่ 5 ปี โดยมี hazard ratio (HR) เท่ากับ 2.44 ปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่ออัตราการรอดชีพลดลงในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน ได้แก่ ระยะของโรคที่มากกว่า (พบระยะ 3-4 เกือบร้อยละ 70) การผ่าตัดที่ได้ oncologic outcome ที่แย่กว่า ได้แก่การพบเซลล์ที่ขอบตัดของมะเร็งที่มากกว่า การเลาะต่อมน้ำเหลืองที่ได้น้อยกว่า หรือ อัตราการตัดก้อนมะเร็งออก โดยพบการตัดก้อนมะเร็งออกที่น้อยกว่าในกลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉิน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินเท่ากับ ร้อยละ 84.5 และ 93.5 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินยังได้รับ adjuvant therapy ที่น้อยกว่าไม่ว่าจะเป็นเคมีบำบัด หรือการฉายแสง

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่เข้ารับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2555 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 520 ราย กลุ่มที่ผ่าตัดฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 39.5 น้อยกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดไม่ฉุกเฉินที่มีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 59.1 ดังนั้นการให้ความรู้กับประชาชนโดยเฉพาะอาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จะทำให้ประชาชนเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการมาตรวจวินิจฉัย และคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งจะช่วยให้พบมะเร็งในระยะเริ่มต้น และลดการมาผ่าตัดในภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้อัตราการรอดชีพในผู้ป่วยกลุ่มนี้สูงขึ้นได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA cancer J Clin* 2024;74(3):229–63. doi: 10.3322/caac.21834.
2. Khuhaprema T, Srivatanakul P. Colon and rectum cancer in Thailand: an overview. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38(4):237–43. doi: 10.1093/jjco/hyn020.
3. Laohavinij S, Maneechavakajorn J, Techatanol P. Prognostic factors for survival in colorectal cancer patients. *J Med Assoc Thai* 2010;93(10):1156–65.
4. Minster JJ. Comparison of obstructing and nonobstructing carcinoma of colon. *Cancer* 1964;17:242–47. doi: 10.1002/1097-0142(196402)17:2<242::aid-cnrcr2820170214>3.0.co;2-m.
5. Hogan J, Samaha G, Burke J, et al. Emergency presenting colon cancer is an independent predictor of adverse disease-free survival. *Int Surg* 2015;100(1):77–86. doi: 10.9738/INTSURG-D-13-00281.1
6. Bass G, Flemming C, Conneely J, et al. Emergency first presentation of colorectal cancer predicts significantly poorer outcomes. *Dis Colon Rectum* 2009;52(4):678–84. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181a1d8c9.
7. Ramos RF, Dos-Reis LCS, Teixeira BEB, et al. Colon cancer surgery in patients operated on an emergency basis. *Rev Col Bras Cir* 2017;44(5):465–70. doi: 10.1590/0100-69912017005007.
8. Sucullu I, Ozdemir Y, Cuhadar M, et al. Comparison of emergency surgeries for obstructed colonic cancer with elective surgeries: A retrospective study. *Pak J Med Sci* 2015;31(6):1322–27. doi: 10.12669/pjms.316.8277
9. Munakata S, Murai Y, Koizumi A, et al. Long-term outcomes of colorectal cancer patients with and without malignant large-bowel obstruction. *Colorectal Cancer* 2018;7(17). doi: 10.2217/crc-2018-0001
10. Wirasorn K, Sawyintong C, Paonariang K, et al. The overall survival of colon cancer patients in Srinagarind Hospital: 2000–2010, Hospital based population. *Srinagarind Med J* 2015;30(2):103–9.

11. Phansranoi K, Kamsa-ard S, Boonnithi N, et al. Association between lesion of cancer and survival of colorectal cancer (CRC) patients after diagnosis at Maharat Nakhon Ratchasima hospital, Nakhon Ratchasima province. *Srinagarind Med J* 2021;36(2):222–8.
12. Chandrachamnong P. Survival analysis after surgery of colorectal cancer in Vajira hospital. *Vajira Med J* 2021;65(4):271–9.
13. Weixler B, Warschkow R, Ramser M, et al. Urgent surgery after emergency presentation for colorectal cancer has no impact on overall and disease-free survival: a propensity score analysis. *BMC Cancer* 2016;16:208. doi: 10.1186/s12885-016-2239-8.
14. Amri R, Bordeianou LG, Sylla P, et al. Colon cancer surgery following emergency presentation: effects on admission and stage-adjusted outcomes. *Am J Surg* 2015;209(2):246–53. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.07.014
15. Bailey CE, HU CY, You YN, et al. Increasing disparities in the age-related incidences of colon and rectal cancer in the United States, 1975–2010. *JAMA Surg* 2015;150(1):17–22. doi: 10.1001/jamasurg.2014.1756.
16. Putthanachote N, Tomuen C, Tomuen M, et al. The study survival rate of colon cancer among male and female. *JVU* 2019;32(2):9–16.
17. Kilic MO, Unalp HR, Kilic Y. Factors affecting postoperative morbidity and mortality in obstructing colorectal cancer. *J Clin Anal Med* 2016;7(2):226–30. doi: 10.4328/JCAM.3872

การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม โดยใช้เนื้อเยื่อตัวเองในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า Breast Reconstruction After Breast Cancer Surgery with Immediate Autologous Flap Reconstruction in Phrachomklao Hospital

กรินทร์ ยะโสธร พ.บ.,
วว. ศัลยศาสตร์ทั่วไป
วว. ศัลยศาสตร์ตกแต่ง
กลุ่มงานศัลยกรรม
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

Karan Yasothon M.D.,
Dip., Thai Board of General Surgery
Dip., Thai Board of Plastic Surgery
Division of Surgery
Phrachomklao Hospital
Phetchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีเต้านมเหมือนธรรมชาติมากที่สุด 2) มีสรีระเหมือนสตรีทั่วไป สามารถแต่งกายได้ปกติ 3) มีสภาพจิตใจดี ไม่วิตกกังวลว่าร่างกายตัวเองผิดปกติ 4) การปิดด้วยแผ่นเนื้อปะปลูก (flap) ทำให้ทนทานต่อการฉายแสง ผลการรักษาดี มีผลข้างเคียงน้อย 5) ลดภาระผู้ป่วยในการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 6) ไม่ต้องใส่เต้านมเทียม (ซิลิโคน) เพื่อช่วยในด้านสรีระร่างกาย

วิธีการศึกษา: วิธีการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมที่ถูกนำมาใช้มี 2 วิธี ได้แก่ การใช้กล้ามเนื้อไขมันหน้าท้อง transverse rectus abdominis musculocutaneous flap (TRAM flap) และ การใช้กล้ามเนื้อไขมันด้านหลัง latissimus dorsi flap (LD flap)

ผลการศึกษา: พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 10 ราย รักษาผ่าตัดด้วยวิธี transverse rectus abdominis musculocutaneous flap (TRAM flap) เป็นจำนวน 7 ราย อีก 3 ราย ทำการรักษาผ่าตัดด้วยวิธี latissimus dorsi muscle flap (LD flap) ค่าเฉลี่ยอายุอยู่ในช่วง 36.5 ปี (ช่วงอายุ 29-46 ปี) มี 2 ราย ที่ขอบแผลมีชั้นผิวหนังตาย (skin gangrene) พบใน TRAM flap และพบว่า TRAM flap ให้ปริมาตรและรูปทรงเต้านมได้ดีกว่า LD flap ผู้ป่วยทั้งหมดไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่แผลบริเวณที่สร้างเต้านมซึ่งเป็นบริเวณที่ถูกฉายแสง

สรุป: การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการริเริ่มการผ่าตัดสร้างเต้านมด้วยเนื้อเยื่อตนเองเป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลทำให้การผ่าตัดรักษาด้านศัลยกรรมตกแต่ง ได้พัฒนาเป็นในแนวทางที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมหลังผ่าตัดเอาเต้านมออกด้วยเนื้อเยื่อตนเอง, แผ่นเนื้อเยื่อปะปลูก (flap), transverse rectus abdominis musculocutaneous flap (TRAM flap), latissimus dorsi flap (LD flap)

วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(4) : 541-549.

Abstract

Objective: Breast reconstruction after breast cancer surgery with immediate autologous flap was starting to be done for the first time in Phrachomklao Hospital, Phetchaburi. The result improved lifestyle after breast surgery, decreased risk of chronic wound and reduced the burden of being referred to other hospitals.

Methods: There are two types of breast reconstruction technic: transverse rectus abdominis musculocutaneous flap (TRAM flap) and latissimus dorsi flap (LD flap).

Results: The number of patients underwent immediate breast reconstruction was 10 cases (TRAM flap 7 cases, LD flap 3 cases). The patients' mean age was 36.5 years. Partial skin gangrene at wound edges was found in 2 cases after TRAM flap. The contours and volume of the reconstruction breast were better in TRAM flap than LD flap. There were no complications of the reconstructive areas after radiation.

Conclusion: The procedures were starting to be done for the first time in Phrachomklao Hospital, Phetchaburi. This is a very useful thing for the patients and begins the development of plastic surgery in the hospital.

Keywords: immediate autologous breast reconstruction, transverse rectus abdominis musculocutaneous flap (TRAM flap), latissimus dorsi flap (LD flap)

Received: July 9, 2024; Revised: July 22, 2024; Accepted: Sept 12, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(3) : 541–549.

บทนำ

การผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมด้วยเนื้อเยื่อตัวเอง หลังการผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม ผู้วิจัยเป็นผู้ริเริ่มวิธีการผ่าตัดเป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา การผ่าตัดรักษามะเร็งเต้านม ในปัจจุบันตรวจพบได้เร็วขึ้นในระยะแรกจากการตรวจร่างกายด้วยตัวผู้ป่วยเอง และตรวจด้วยเครื่องแมมโมแกรม ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น การผ่าตัดซึ่งเป็นการรักษาหลัก มุ่งเน้นเพียงการรอดชีวิต สามารถพัฒนาไปสู่การผ่าตัดที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความสวยงามมากขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านม ในรายที่จำเป็นต้องถูกตัดเต้านมออก (mastectomy) แพทย์สามารถเสริมสร้างเต้านมได้ทันทีหลังผ่าตัด โดยการใช้เนื้อเยื่อผู้ป่วยเอง มี 2 เทคนิค ได้แก่ ใช้กล้ามเนื้อไขมันหน้าท้อง (TRAM flap) และใช้กล้ามเนื้อไขมันด้านหลัง (LD flap)^{1,2}

การใช้กล้ามเนื้อไขมันหน้าท้อง (TRAM flap) ถูกนำมาใช้ในการสร้างเนื้อเต้านมครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1982 โดย Hartrampf ซึ่งทำการผ่าตัดสร้างเต้านมหลังจากการทำ mastectomy โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องด้านล่าง (transverse rectus abdominis) เป็น musculocutaneous flap มี pedicle เป็น superior and inferior epigastric artery เป็น vascular supply และในกรณีของการใช้กล้ามเนื้อไขมันด้านหลัง (LD flap) ถูกนำเสนอครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1986 โดย Iginio Tansini โดยการใช้กล้ามเนื้อด้านหลัง latissimus dorsi muscle ด้านเดียวกับเต้านมที่ต้องการสร้างเป็น myocutaneous flap หมุน มาด้านหน้าเพื่อสร้างเต้านม ซึ่งปัจจุบันทั้งสองวิธีการผ่าตัดสร้างเต้านม ถูกนำมาใช้ในโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลชั้นนำในประเทศไทย ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยซึ่งได้รับการเรียนการสอนจากการอบรมแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมตกแต่ง

จึงนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผ่าตัดเสริมสร้างเต้านมด้วยเนื้อเยื่อตัวเอง ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีเต้านมเหมือนธรรมชาติมากที่สุด
2. มีสรีระเหมือนสตรีทั่วไป สามารถแต่งกายได้ปกติ
3. มีสภาพจิตใจดี ไม่วิตกกังวลว่าร่างกายตัวเองผิดปกติ
4. การปิดด้วย flap ทำให้ทนทานต่อการฉายแสง ผลการรักษาดี มีผลข้างเคียงน้อย
5. ลดภาระผู้ป่วยในการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
6. ไม่ต้องใส่เต้านมเทียม (ซิลิโคน) เพื่อช่วยในด้านสรีระร่างกาย

วิธีการศึกษา

การเลือกผู้ป่วย

Transverse rectus abdominis musculocutaneous flap (TRAM flap)

1. มีร่างกายแข็งแรง สามารถผ่าตัดได้
2. มีปริมาณเนื้อหน้าท้องช่วงสะดือ และต่ำกว่าสะดือพอสมควร

3. ไม่มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ที่มีผลต่อการทำ flap

4. ไม่สูบบุหรี่ไม่เป็นเบาหวาน ซึ่งมีผลต่อการรอดของ flap

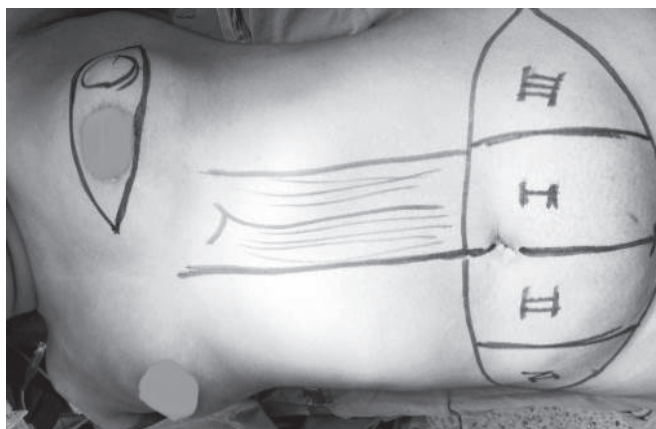
Latissimus dorsi muscle flap (LD flap)

1. มีร่างกายแข็งแรง สามารถผ่าตัดได้
2. ใช้ในการสร้างเต้านมทดแทนที่มีขนาดเล็ก ไม่ใหญ่มาก เพราะมีปริมาตรไม่พอ
3. เป็นตัวเลือกของผู้ป่วยที่ไม่ต้องการมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง
4. ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถทำ TRAM flap ได้ การผ่าตัดทั้งสองวิธียังไม่มีผลสร้างหัวนม (nipple reconstruction) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าสามารถทำได้ ในอนาคตถ้าผู้ป่วยต้องการ

วิธีการผ่าตัด

Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap (TRAM flap)

ก่อนวางยาสลบ แพทย์ผู้ผ่าตัดทำการวาดรูประบุตำแหน่งและ design flap ในผู้ป่วยทุกราย โดยใช้ rectus abdominis muscle ด้านเดียวกับเต้านมที่ต้องการสร้างทุกราย (ipsilateral) ตามรูปภาพที่ 1



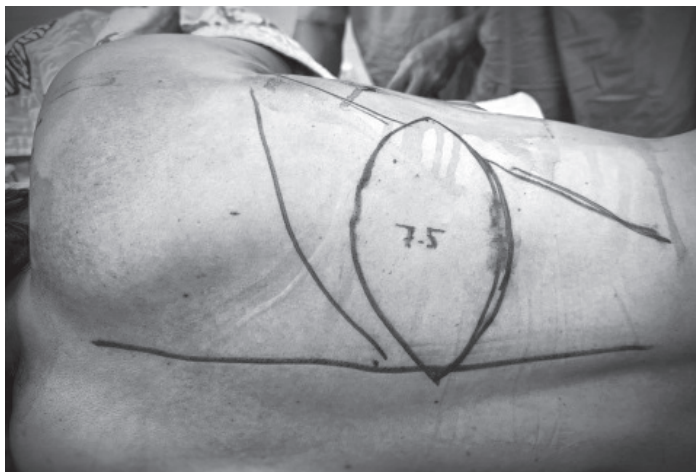
รูปภาพที่ 1 การ design TRAM flap

ลง incision ตามที่ design ไว้ ยก flap แบบ musculocutaneous flap³ โดย preserve fascia มาด้วย เนื่องจาก flap ต้องหมุนเกือบ 180 องศา การทำ tunnel ให้ flap ลอดไปบริเวณแผลที่เอาเต้านมออก ต้องกว้างพอสมควร เพื่อให้เลือดไปเลี้ยง flap⁴ ได้ดี ไม่มีการหักงอหรืออุดตันของเส้นเลือดหลังจากยก flap ไปแล้ว นำ flap ไปวางไว้บริเวณที่ต้องการสร้างเต้านม โดยที่ตัว flap ต้องไม่ตึงและรั้งเกินไป ตกแต่งบริเวณ ผิวหนังของ flap ให้เหมาะสมกับรูปร่างเต้านมโดยเปรียบเทียบกับข้างที่ปกติใส่ vacuum drain ไว้ 2 เส้นที่บริเวณ donor site และบริเวณแผลที่สร้างเต้านมจากนั้น

เย็บปิด flap บริเวณที่สร้างเต้านม ในส่วนของ donor site แพทย์จะทำการวาง mesh graft เพื่อทดแทน กล้ามเนื้อหน้าท้องที่หายไป เป็นการรักษารูปร่าง หน้าท้อง และป้องกันภาวะไส้เลื่อนที่อาจเกิดตามมา

Latissimus dorsi muscle flap (LD flap)

ก่อนวางยาสลบ แพทย์ผู้ผ่าตัดทำการวาดรูประบุตำแหน่งและ design flap ในผู้ป่วยทุกราย โดยใช้ latissimus dorsi muscle⁵ ซึ่งอยู่บริเวณด้านหลัง ด้านเดียวกับเต้านมที่ต้องการสร้าง เพื่อที่จะหมุน flap ได้ในตำแหน่งที่ทำ mastectomy ตามรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 การ design LD flap

จัดท่าผู้ป่วยในท่านอนตะแคง (lateral position) ใช้ด้านที่ทำ mastectomy ขึ้นด้านบน การผ่าตัดจะใช้บริเวณหน้าและหลังตัวผู้ป่วยในท่านอนตะแคง ตัว flap จะถูก design เป็น skin island บน muscle flap แพทย์ต้องวัด skin island muscle flap ให้พอดีหรือมากกว่าบริเวณที่ต้องการสร้างเนื้อเยื่อเต้านม ส่วนใหญ่การทำ skin island flap จะอยู่ด้านหลังในระดับที่ต่ำกว่า scapular เพื่อให้แผลเป็นอยู่ต่ำ

การยก flap หลังจากทำ skin island ติดกับตัว latissimus dorsi muscle flap⁵ แล้วจะเริ่มเลาะตามแนวกล้ามเนื้อขึ้นไปทางด้าน insertion โดย preserve fascia เมื่อยก flap ด้วยความยาวตามที่ต้องการ และคาดว่าจะสามารถหมุน (rotate) ไปทางด้านหน้าได้ โดยผ่านทางรักแร้ (axillar area) วางและเย็บ flap คร่าว ๆ โดยดูรูปร่างว่าเหมาะสมหรือไม่ ตัว flap ต้องไม่รัดตึง แล้วทำการเย็บปิดแผลด้าน donor site

ใส่ vacuum drain 1 เส้น ตกแต่งบริเวณผิวหนังของ flap ให้เหมาะกับรูปทรงเต้านมโดยเปรียบเทียบกับ ข้างที่ปกติ ใส่ vacuum drain ไว้ 1 เส้น

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หมายเลข การวิจัย 16/2566

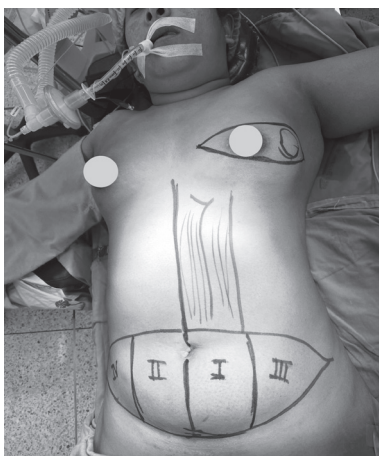
ตารางข้อมูลคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี TRAM FLAP และ LD FLAP

ลำดับที่	อายุ (ปี)	วิธีการผ่าตัด	ขนาดหน้าอก (นิ้ว)		ระยะเวลาในการผ่าตัด (ชม.)	ภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด	ภาวะแทรกซ้อน หลังการฉายแสง
			ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด			
1	31	TRAM	36	37	4 hr. 30 min	X	X
2	35	TRAM	34	33	4 hr.	X	X
3	34	LD	34	31	2 hr. 30 min	X	X
4	42	TRAM	35	34	4 hr. 30 min	X	X
5	46	TRAM	39	42	4 hr.	✓	X
6	43	TRAM	40	42	4 hr. 20 min	X	X
7	29	TRAM	38	39	4 hr.	X	X
8	37	LD	34	31	2 hr. 40 min	X	X
9	33	LD	32	30	2 hr. 20 min	X	X
10	35	TRAM	43	44	4 hr.	✓	X

- X หมายถึง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และหลังการฉายแสงที่บริเวณผิวหนัง
✓ หมายถึง มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และหลังการฉายแสงที่บริเวณผิวหนัง

รูปภาพที่ 3 ตารางข้อมูลคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี TRAM flap และ LD flap

รูปภาพการผ่าตัดด้วยวิธี TRAM flap



รูปภาพที่ 4.1 Pre-operative



รูปภาพที่ 4.2 Intraoperative



รูปภาพที่ 4.3 Post-operative

รูปภาพการผ่าตัดด้วยวิธี LD flap



รูปภาพที่ 5.1 Pre-operative



รูปภาพที่ 5.2 Intraoperative

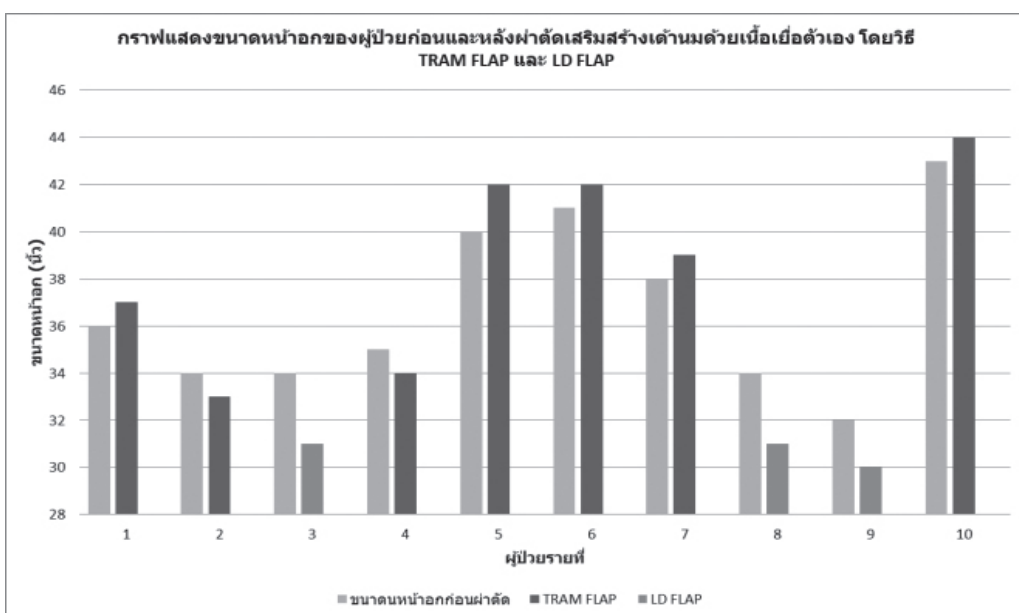


รูปภาพที่ 5.3 Post-operative

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 10 ราย รักษาผ่าตัดด้วยวิธี transverse rectus abdominis musculocutaneous flap (TRAM flap) เป็นจำนวน 7 ราย อีก 3 ราย ทำการรักษาผ่าตัดด้วยวิธี latissimus dorsi muscle flap (LD flap) ค่าเฉลี่ยอายุ อยู่ในช่วง 36.5 ปี (ช่วงอายุ 29-46 ปี) มี 2 ราย ที่ชอบแผล

มี skin gangrene (พบใน TRAM flap) และพบว่า TRAM flap ให้ปริมาตรและรูปทรงเต้านมได้ดีกว่า LD flap ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ดังแผนภูมิที่ 1 จากการติดตามการรักษา เป็นระยะเวลา 6 เดือนหลังการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่แผลบริเวณที่สร้างเต้านมซึ่งเป็นบริเวณที่ถูกฉายแสง ดังแผนภูมิที่ 1



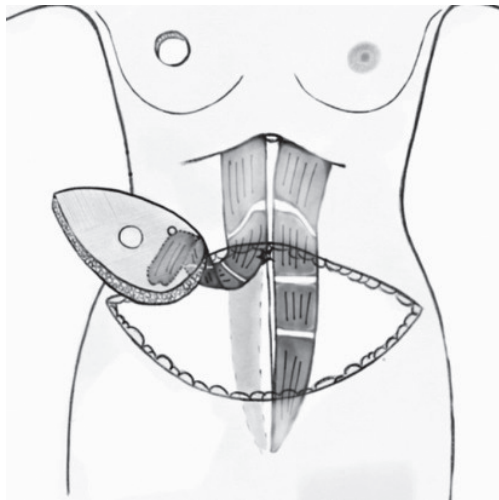
แผนภูมิที่ 1 แสดงขนาดหน้าอกของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด โดยวิธี TRAM flap และ LD flap

วิจารณ์

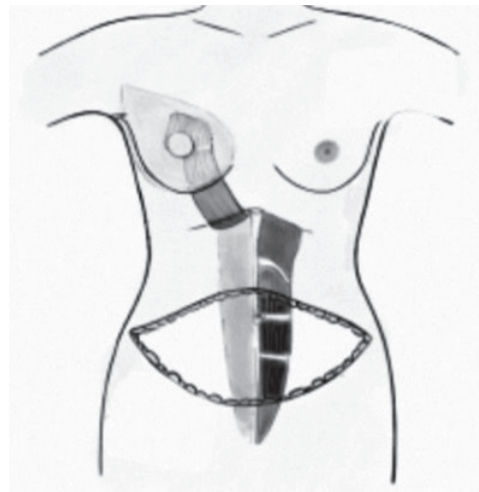
วิธีการผ่าตัดสร้างเต้านมด้วยเนื้อเยื่อตัวเองที่ถูกนำมาใช้ 2 วิธี ได้แก่

Transverse rectus abdominis musculocutaneous flap (TRAM flap) เป็นวิธีที่สามารถสร้างเนื้อเยื่อหน้าอกได้มีขนาดใกล้เคียงกับขนาดเดิมตามที่ต้องการได้ เนื่องจากมีปริมาตรของเนื้อเยื่อมากเป็นข้อได้เปรียบที่ผู้ป่วยเลือกวิธีนี้ ซึ่งในทาง

เทคนิค แพทย์ได้แนะนำผู้ป่วยถึงข้อดีข้อเสีย ในกรณี TRAM flap มีข้อดีคือ ได้นเนื้อเยื่อที่มีปริมาตร มากสามารถสร้างเต้านมได้ใกล้เคียงในรายที่มีหน้าอกขนาดใหญ่ แต่ก็มีข้อเสียคือ มีแผลผ่าตัดหน้าท้องช่วงล่าง ส่วนกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ขาดหายไป ต้องใช้ผืนหนังเทียม (mesh graft) เพื่อรักษารูทรงและป้องกันภาวะไส้เลื่อน⁶⁻⁸ ดังรูปภาพที่ 6.1 และ 6.2



รูปภาพที่ 6.1 TRAM flap (ipsilateral) before

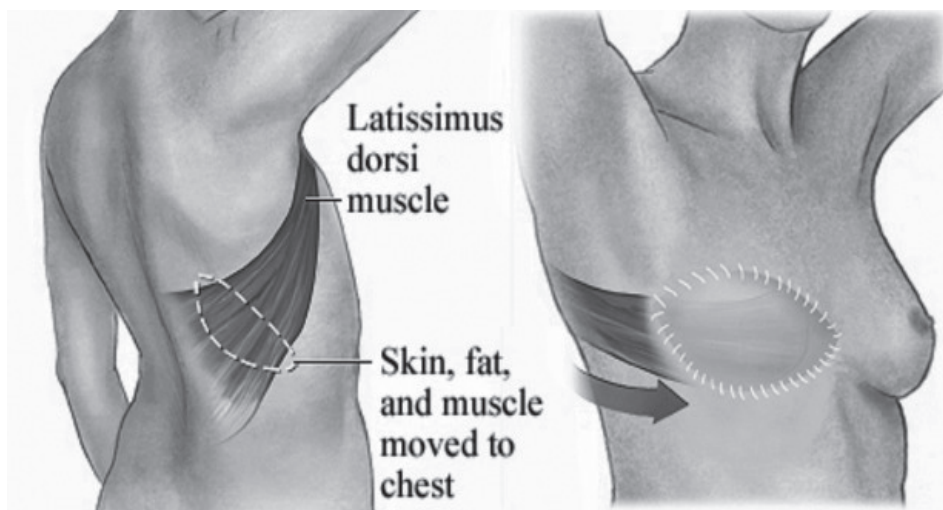


รูปภาพที่ 6.2 TRAM flap after setting

Latissimus dorsi muscle flap (LD flap) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการสร้างเนื้อเยื่อเต้านม^{8,9} หลังจากผ่าตัดเอาเต้านมออก ข้อเสียคือ เส้นเลือดที่มาเลี้ยง flap อยู่ใกล้หน้าอกด้านที่ถูกตัดออกมากกว่า flap อื่นๆ และสามารถสร้างเต้านมที่มีขนาด ปริมาตรเต้านม (breast mound) ได้พอสมควร

และไม่ใหญ่มาก ข้อเสียคือ ผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ของด้านที่สร้างเต้านม ในบางครั้ง ถ้าปริมาตรเนื้อเยื่อไม่พอ แพทย์ผู้ผ่าตัดอาจจะต้องใส่ implant ซิลิโคน ช่วยเสริมเต้านมให้มีปริมาตรที่พอดี

การผ่าตัด LD flap ใช้เวลาผ่าตัดน้อยกว่าและวิธีการผ่าตัดซับซ้อนน้อยกว่า TRAM flap ดังรูปภาพที่ 7



รูปภาพที่ 7 LD flap before & after

สรุป

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการริเริ่มการผ่าตัดสร้างเต้านมด้วยเนื้อเยื่อตนเองเป็นครั้งแรกในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาลทำให้การผ่าตัดรักษาด้านศัลยกรรมตกแต่ง ได้พัฒนาเป็นในแนวทางที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. McCraw JB. Perforator flaps: anatomy, technique, and clinical application. *Plast Reconstr Surg* 2006;118:552-3.
2. Slavin SA, Goldwyn RM. The midabdominal rectus abdominis myocutaneous flap: review of 236 flaps. *Plast Reconstr Surg* 1988;81(2):189-99. doi: 10.1097/00006534-198802000-00008.
3. Maxwell GP. Breast reconstruction following mastectomy and surgical management of the patient with high-risk breast disease. In: Grabb WC, Smith JW, editor. *Grabb and Smith's Plastic surgery*. 5th ed. Raven, Philadelphia-New York: Lippincott Williams & Wilkins; 1997. 763-54.
4. Hallock GG. Doppler sonography and color duplex imaging for planning a perforator flap. *Clin Plast Surg* 2003;30(3):347-57. doi: 10.1016/s0094-1298(03)00036-1.
5. Quillen CG, Shearin Jr JC, Georgiade NG. Use of the latissimus dorsi myocutaneous island flap for reconstruction in the head and neck area: case report. *Plast Reconstr Surg* 1978;62(1):113-7. doi: 10.1097/00006534-197807000-00028.
6. Al Talalwah W. A new concept and classification of corona mortis and its clinical significance. *Chinese J Traumatol* 2016;19:251-4.
7. Whetzel TP, Huang V. The vascular anatomy of the tendinous intersections of the rectus abdominis muscle. *Plast Reconstr Surg* 1996;98(1):83-9. doi: 10.1097/00006534-199607000-00013.

8. Ducic I, Spear SL, Cuoco F, et al. Safety and risk factors for breast reconstruction with pedicled transverse rectus abdominis musculocutaneous flaps: a 10-year analysis. *Ann Plast Surg* 2005;55(6):559–64. doi: 10.1097/01.sap.0000184463.90172.04.
9. Ariyan S. The pectoralis major myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the head and neck. *Plast Reconstr Surg* 1979;63(1):73–81. doi: 10.1097/00006534-197901000-00012.

ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยชาวไทยและต่างชาติและลักษณะผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร Prevalence of Mental Disorders in Thai and Foreign Patients and Characteristics of Psychiatric Patients in Out Patient Clinic at Samutsakhon Hospital.

พีรพงศ์ หวังโรจนรัตน์ พ.บ.,
ว. จิตเวชศาสตร์
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

โรงพยาบาลสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร

Peerapong Wangrotjanarat M.D.,
Dip., Thai Board of Psychiatry
Division of Department of Psychiatry
and Drug Dependence
Samutsakhon Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร และเพื่อเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มคนไทยและต่างชาติที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2566 จำนวน 5,705 ราย ข้อมูลประกอบด้วย เพศ อายุ สัญชาติ การวินิจฉัยโรค สถานภาพการสมรส

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,705 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 2,652 ราย เพศหญิง 3,053 ราย สถานภาพการสมรสพบว่ามีโสด ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือคู่ ร้อยละ 46.1 เมื่อแยกตามสัญชาติพบเป็นคนไทย 5,446 ราย ต่างชาติ 259 ราย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25-64 ปี กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มโรคทางอารมณ์ (F30-39) รองลงมาคือ กลุ่มอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด (F40-49) และโรคจิตเภท (F20-29) คิดเป็นร้อยละ 22.9, 17.8, และ 15.9 ตามลำดับ โดยความชุกมากสุดในเพศหญิงคือ กลุ่มโรคทางอารมณ์ (F30-39) รองลงมาคือ กลุ่มอาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด (F40-49) และกลุ่มอาการด้านพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับ ความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางร่างกาย (F50-59) คิดเป็น 7.78, 5.18, และ 4.33 ต่อ 1,000 ตามลำดับ ส่วนในเพศชายความชุกที่พบมากที่สุดได้แก่ ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) พบ 6.31 ต่อ 1,000 รองลงมาคือ จิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด (F20-29) และกลุ่มโรคทางอารมณ์ (F30-39) โดยมีความชุก 4.79 และ 2.75 ต่อ 1,000 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มคนต่างชาติ

พบว่าความชุกมากที่สุดคือกลุ่มความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10–19) พบ 0.46 ต่อ 1,000 รองลงมาคือ F40–49 (ความชุก 0.299 ต่อ 1,000) และ F20–29 (ความชุก 0.24 ต่อ 1,000) ตามลำดับ

สรุป: จากการศึกษาพบว่าในจังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มโรคทางจิตเวชในเพศชายที่ควรมีการเฝ้าระวังมากที่สุดคือ ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่วนในเพศหญิงเป็นกลุ่มโรคทางอารมณ์ แต่ในชาวต่างชาติกลับพบโรคทางอารมณ์น้อยที่สุดมาเป็นลำดับที่ 6 แต่พบโรคจากสารเสพติดมาเป็นอันดับที่ 1 ดังนั้นจึงควรจัดบริการเพื่อเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดในชาวต่างชาติ โดยในการจัดบริการที่ให้แก่ประชาชนในอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาคร ควรเน้นการส่งเสริมป้องกันการนำกลุ่มผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา โดยอ้างอิงจากการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางการบริหารจัดการการให้บริการที่เหมาะสมต่อไปตามเชื้อชาติและกลุ่มโรคที่พบ

คำสำคัญ: โรคทางจิตเวช ความชุก

วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(4) : 551–564.

Abstract

Objective: This was to investigate the prevalence of mental disorders among Thai and foreign patients in the outpatient clinic of Samutsakhon Hospital and to compare the characteristics of psychiatric patients across different diagnostic groups.

Methods: This study is a retrospective descriptive analysis that collected data from medical records of patients who visited the psychiatry department at Samutsakhon Hospital from 1 January to 31 December 2023. A total of 5,705 patients were included, with data on gender, age, nationality, diagnosis, and marital status.

Results: Among the 5,705 patients studied, 2,652 were male and 3,053 were female. Marital status: 51.4% were single, followed by 46.1% married. The majority, 5,446 patients, were Thai nationals, while 259 were foreigners. Most patients aged 25–64 years. The most common diagnostic group was mood disorders (F30–39), accounting for 22.9%, followed by somatoform and stress-related disorders (F40–49) at 17.8%, and schizophrenia (F20–29) at 15.9%. In females, the highest prevalence was for mood disorders (F30–39) at 7.78 per 1,000, followed by somatoform and stress-related disorders (F40–49) at 5.18 per 1,000, and behavioral syndromes associated with physiological disturbances (F50–59) at 4.33 per 1,000. In males, the most prevalent disorders were mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10–19) at 6.31 per 1,000, followed by schizophrenia and delusional disorders (F20–29) at 4.79 per 1,000, and mood disorders (F30–39) at 2.75 per 1,000. In the foreign group, the highest prevalence was found in mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10–19), with a rate of 0.46 per 1,000. This was followed by F40–49 (prevalence of 0.299 per 1,000) and F20–29 (prevalence of 0.24 per 1,000) respectively.

Conclusion: The study indicates that in Samut Sakhon Province, the most critical psychiatric condition requiring surveillance in males is mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use. In females, mood disorders are the most prevalent. However, among foreigners, mood disorders are found the least, ranking sixth, while substance abuse ranks first. Therefore, services should be provided to monitor substance use among foreigners. Consequently, mental health services in Mueang District, Samut Sakhon Province, should focus on prevention and promotion, ensuring that these patient groups are effectively guided into appropriate treatment processes. These findings provide a foundation for optimizing the management and delivery of psychiatric services.

Keywords: mental disorders, prevalence.

Received: July 11, 2024; Revised: July 30, 2024; Accepted: Sept 16, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 551–564.

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญของความเป็นอยู่โดยรวม มีส่วนสำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม ความผิดปกติทางจิตครอบคลุมสภาวะต่าง ๆ มากมาย ตั้งแต่ความผิดปกติทางอารมณ์และความวิตกกังวลไปจนถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชขั้นรุนแรง¹ ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ และมักส่งผลกระทบต่อชีวิตต่อบุคคลและชุมชนในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา ทว่าโลกได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งความสนใจนี้มาจากจากความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความชุกของความผิดปกติทางจิตที่แพร่หลาย และผลที่ตามมาในวงกว้างต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวม ปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าสุขภาพจิตไม่เพียงแต่เป็นปัญหาส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจด้วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและความเป็นอยู่ทางสังคมโดยรวม

โรคทางจิตเวช คือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง เป็นโรคที่มีอาการเด่นในเรื่องความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ หรือพฤติกรรม มีลักษณะผิดไปจากคนทั่วไป รายงานในวารสาร

การแพทย์ The Lancet ฉบับใหม่ได้ชี้ว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตกำลังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ประเทศในโลก² “โรคจิตเวช” ที่ใครหลายคนมักมองข้าม ยอดของผู้รับบริการแต่ละปีมีจำนวนไม่น้อย โดยโรคจิตเวช เป็นกลุ่มอาการทางจิตใจ หรือ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน หรือมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรต่าง ๆ ซึ่งพบว่าสาเหตุทั่วไปของการเกิดโรคทางจิตเวชมาจาก 1. ปัจจัยโน้มเอียงที่มีอยู่ก่อน ได้แก่ พันธุกรรม ลักษณะนิสัยและบุคลิกภาพ 2. ปัจจัยที่เร่งให้เกิดอาการ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และ 3. ปัจจัยที่ทำให้อาการป่วยดำเนินต่อไป ได้แก่ การไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง บรรยากาศความตึงเครียด การขาดทักษะการจัดการอารมณ์และการสื่อสารที่ไม่ดี³

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช^{4,5}

ปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช มีเกณฑ์การวินิจฉัย 2 ระบบ คือ

1. เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ปัจจุบันปรับปรุงครั้งที่ 5 เรียก DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM)

2. เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เรียกว่า ICD-10 (International Classification of Diseases 10th Revision)

โดยเกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 บ่งโรคทางจิตเวชเป็นกลุ่มดังนี้

- F00–F09 Organic, including symptomatic, mental disorders ความผิดปกติทางจิตใจที่สาเหตุจากโรค รวมทั้งที่มีอาการทางกาย

- F10–F19 Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

- F20–F29 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders จิตเภท พฤติกรรม แบบจิตเภทและความหลงผิด

- F30–F39 Mood [affective] disorders ความผิดปกติทางอารมณ์

- F40–F49 Neurotic, stress-related and somatoform disorders โรคประสาท อาการทางกายที่เกิดจากจิตใจและความเครียด

- F50–F59 Behavioral syndromes associated with physiological disturbances and

physical factors กลุ่มอาการด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางร่างกาย

- F60–F69 Disorders of adult personality and behaviour ความผิดปกติของพฤติกรรม และบุคลิกภาพในผู้ใหญ่

- F70–F79 Mental retardation ภาวะปัญญาอ่อน

- F80–F89 Disorders of psychological development ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิตใจ

- F90–F98 Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น

- F99 Unspecified mental disorder ความผิดปกติทางจิตใจที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด

ความชุก

ความชุก (prevalence) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรค ๆ หนึ่งประชากรกลุ่มเสี่ยง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยทั่วไปเรามักพูดถึงความชุกที่เป็น point prevalence คือ จำนวนผู้ป่วย ณ จุดเวลาหนึ่ง คำนวณได้จาก

$$\text{Prevalence} = \frac{\text{number of existing cases at a point of time}}{\text{size of population at a point of time}}$$

อย่างไรก็ตามมีความชุกอีกชนิดหนึ่ง คือ จำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาหนึ่ง หรือ period prevalence คำนวณได้จาก

$$\text{Period prevalence} = \frac{\text{number of cases at the start of the period} + \text{number of new cases that occur during the period}}{\text{average size of population at the period of time}}$$

แนวคิดทางระบาดวิทยาของกรมอนามัยกล่าวว่า ความชุกของโรค (prevalence) หมายถึงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งเก่าและใหม่ ในประชากรที่จุดเวลาหรือ ช่วงเวลาที่กำหนด โดยมากในระยะเวลา 1 ปี อัตราความชุกของโรค (prevalence rate) หมายถึงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งเก่าและใหม่ต่อหน่วยประชากรที่จุดเวลาหรือช่วงเวลาที่กำหนด โดย

$$\text{อัตราความชุกของโรค} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่จุดเวลาที่กำหนด} \times 1,000}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดที่จุดเวลานั้น}}$$

หน่วยประชากรอาจเป็น 100, 1,000, 10,000 หรือ 100,000 ก็ได้⁶

ความชุกโรคทางจิตเวช

เอก อัครโรจน์พงษ์⁷ ศึกษาความชุกของโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 พบความชุกของโรคความผิดปกติและพฤติกรรมรวมทุกโรคอยู่ที่ 10 ต่อประชากร 1,000 ราย ความชุกของโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเป็นรายโรค พบว่าในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา พบความชุกของโรคจิตเภท (schizophrenia) มากสุดอยู่ที่ 2.29 ต่อประชากร 1,000 ราย รองลงมาเป็นปัญหาจากการใช้บุหรี่ สุรา และสารกระตุ้นประสาท

นอกจากนี้จากฐานข้อมูลป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต เผยแพร่ความชุกโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในคนไทยไว้ดังนี้ (ตารางที่ 1)⁸

ตารางที่ 1 แสดงความชุกโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในคนไทย

ลำดับ	โรค	ICD-10	ความชุก
1	โรคออทิซึม (autistic)	F84.0	child 2.5 others 5.1/100,000
2	โรคสมาธิสั้น (ADHD)	F90	8.1%
3	สติปัญญาต่ำกว่าวัย (MR)	F70-79	10.37/1,000
	mind MR	F70	5.6/1,000
	moderate MR	F71	6.3/1,000
	severe MR	F72	6.3/1,000
4	โรคจิตเภท (schizophrenia)	F20	0.87%
5	โรควิตกกังวล		
	- GAD	F41.1	0.3%
	- PTSD		0.9%

ตารางที่ 1 แสดงความชุกโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในคนไทย (ต่อ)

ลำดับ	โรค	ICD-10	ความชุก
6	โรคซึมเศร้า (depression)		1.8%
	mind	F32.0	73.48% (9Q) 26.26% (8Q)
	moderate	F32.1–F32.2	21.17% (9Q) 2.71% (8Q)
	severe	F32.3	4.76% (9Q) 1.81% (8Q)
7	ติดสารเสพติด		
	เหล้า	F10	18.0%
	- alcohol abuse	F10.1	13.9%
	- alcohol dependence	F10.2	4.1%
	ยาบ้า	F11–19	4.1%
	- substance abuse		2.8%
	- substance dependence		1.3%
	ยาสูบ (nicotine dependence)	F17	14.9%
8	ฆ่าตัวตาย (suicide)		3.5%
9	สมองเสื่อม (dementia)	F00–03	5–7%

จากปัญหาทางสุขภาพจิตมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรเพื่อใช้ในการจัดการปัญหา ทั้งยังพบว่ามีภาระกระจายอย่างไม่เท่าเทียมและใช้ทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ จึงส่งผลเสียต่อการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วโลก ทำให้เกิดช่องว่างของการรักษามากกว่า ร้อยละ 75 ในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกจึงจัดทำรายงานสถานการณ์สุขภาพจิต และเสนอโครงการเชิงปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างของปัญหาทางสุขภาพจิต (WHO’s Mental Health Gap Action Program; mhGAP) โดยกำหนดกลยุทธ์ในการขยายวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ครอบคลุมปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญ 8 โรค/ภาวะ ได้แก่ โรคจิต, โรคซึมเศร้า, โรคสมองเสื่อม,

โรคลมชัก, ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์, ความผิดปกติทางจิตเวชจากสารเสพติด, ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก, และการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย โดยพยายามสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงร่วมเชิงนโยบายของรัฐ องค์การระหว่างประเทศ และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในการจัดระบบบริการสาธารณสุขและจัดสรรทรัพยากร เพื่อพัฒนาระบบบริการในการลดช่องว่างดังกล่าว ในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program; HITAP) ประเมินว่ามีผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ 8 โรค/ภาวะ ดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ แต่ปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้าน

สุขภาพจิตประมาณ 8 แสนคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 8 เท่านั้น การที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างมหาศาลต่อระบบสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาทางสุขภาพจิตมิได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคม ดังนั้นการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ จึงต้องการค้นหาข้อมูลที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหาการเข้าถึงบริการการรักษาโรคทางจิตเวชของประชาชนเพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาการให้บริการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม

จากการพิจารณาเหล่านี้ การศึกษานี้จึงพยายามที่จะจัดให้มีการประเมินความชุกของความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างประเทศที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครอย่างครอบคลุม โดยตรวจสอบความชุกและประเภทของความผิดปกติทางจิตในประชากรเฉพาะกลุ่มนี้ งานวิจัยนี้มุ่งหวังที่จะให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าซึ่งสามารถเป็นข้อมูลสนับสนุนต่อนโยบายสุขภาพจิต การจัดสรรทรัพยากร และการให้บริการภายในสถานพยาบาลพหุวัฒนธรรมแห่งนี้ จากการศึกษาที่เราพยายามที่จะทำความเข้าใจภูมิทัศน์ด้านสุขภาพจิตในสังคมให้ดีขึ้น และเพื่อสนับสนุนความพยายามอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตสำหรับสมาชิกทุกคนในสังคมที่หลากหลายนี้

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยจิตเวชในคนไทยและต่างชาติ ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือประชากรคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยอ้างอิงจากประชากรกลางปี 2566 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 240,539 คน แยกเป็นเพศชาย 113,075 คน และเพศหญิง 127,464 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2566 จำนวน 5,705 ราย แบ่งเป็นคนไทย 5,446 ราย และต่างชาติจำนวน 259 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้

- ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยทางสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ภาวะ โดยดูจากการลงวินิจฉัยตาม ICD 10 ประกอบไปด้วย F00-F99

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นแบบรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สัญชาติ การวินิจฉัยโรค สถานภาพการสมรส

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ค้นหาเลขประจำตัวโรงพยาบาลของผู้ป่วย (HN) ที่ได้มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาครแผนกผู้ป่วยนอก ในช่วงเวลา 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์การวิจัย International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) F00.x-F99.x จากฐานข้อมูลเวชระเบียน หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเดิมซ้ำหลายครั้งในระยะเวลาที่ศึกษาให้นำข้อมูลการรักษาครั้งแรกสุดในระยะเวลาศึกษามาวิเคราะห์

2. รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ การวินิจฉัยโรค สถานภาพการสมรส

3. นำข้อมูลที่ได้มาแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามสัญชาติ ได้แก่ กลุ่มสัญชาติไทย และกลุ่มต่างชาติ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ดำเนินการขอจริยธรรมในการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยได้รับอนุมัติการดำเนินการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เลขที่โครงการวิจัย SKH REC 117/567/V.1 วันที่รับรอง 17 เมษายน พ.ศ. 2567 วันหมดอายุ 16 เมษายน พ.ศ. 2568

2. ทำหนังสือขอใช้เวชระเบียนผู้ป่วย โดยขอใช้เวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช ตั้งแต่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยตัดผู้ป่วยซ้ำออก

3. ลงข้อมูลผู้ป่วยตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การวินิจฉัยโรค สัญชาติ ในแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้น

4. รวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปตรวจสอบทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะทางประชากรศาสตร์ของประชากรที่ทำการศึกษา ใช้ค่าร้อยละ (percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ วินิจฉัยโรคทางจิตเวช สถานภาพสมรส

2. คำนวณอัตราความชุกของโรคทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยชาวไทย โดยรายงาน ทั้งอัตราความชุกรวม และแยกตามกลุ่มโรค

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,705 ราย สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 5,705)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สัญชาติ		
- ไทย	5,446	95.5
- ต่างชาติ	259	4.5
2. เพศ		
- ชาย	2,652	46.5
- หญิง	3,053	53.5
3. อายุ		
- 15-24 ปี	706	12.4
- 25-34 ปี	909	15.9
- 35-44 ปี	943	16.5
- 45-54 ปี	996	17.5
- 55-64 ปี	930	16.3
- 65 ปีขึ้นไป	1,221	21.4

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 5,705) (ต่อ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. สถานภาพการสมรส		
- โสด	2931	51.4
- คู่	2630	46.1
- หม้าย	37	0.6
- หย่า	31	0.5
- พระ	33	0.6
- ไม่ระบุ	43	0.8

จากตารางด้านบน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทยถึง 5,446 คน (ร้อยละ 95.5) มีต่างชาติเพียง 259 คน (ร้อยละ 4.5) เมื่อวิเคราะห์ตามเพศที่มารับบริการพบว่า เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนพอ ๆ กัน โดยเพศชายมีจำนวน 2,652 คน (ร้อยละ 46.5) และเพศหญิงจำนวน 3,053 คน (ร้อยละ 53.5) อายุของ

กลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงอายุมีพอ ๆ กันโดยมากที่สุดอยู่ที่ช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป รองลงมาคือช่วงอายุ 45-54 ปี, 35-44 ปี, 55-64 ปี, 25-34 ปี, และ 15-24 ปี ตามลำดับ ด้านสถานภาพการสมรส พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดมากที่สุดถึง ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ คู่ ร้อยละ 46.1

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามสัญชาติ (n = 5,705)

การวินิจฉัยโรค	คนไทย		ต่างชาติ		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
F00-09	541	9.9	7	2.7	548	9.6
F10-19	778	14.3	106	40.9	884	15.5
F20-29	852	15.6	54	20.8	906	15.9
F30-39	1,303	23.9	3	1.2	1,306	22.9
F40-49	950	17.4	67	25.9	1,017	17.8
F50-59	796	14.6	22	8.5	818	14.3
F60-69	9	0.2	0	0	9	0.2
F70-79	70	1.3	0	0	70	1.2
F80-89	85	1.6	0	0	85	1.5
F90-98	58	1.1	0	0	58	1.0
F99	4	0.1	0	0	4	0.1
รวม	5,446	100	259	100	5,705	100

จากตารางที่ 3 พบว่าเมื่อนำกลุ่มตัวอย่างมาแยกตามการวินิจฉัยโรค พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่ม F30-39 รองลงมาคือกลุ่มโรค F40-49 และ F20-29 ตามลำดับ (ร้อยละ 23.9, 17.4, และ 15.6) ส่วนในต่างชาติกกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคือกลุ่ม F10-19 (ร้อยละ 40.9) รองลงมาคือกลุ่มโรค F40-49 (ร้อยละ 25.9) และ F20-29 (ร้อยละ 20.8) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยสัญชาติไทย (n = 5,446; ชาย 2,490 คน; หญิง 2,956 คน)

การวินิจฉัยโรค	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ความชุก	จำนวน (คน)	ความชุก	จำนวน (คน)	ความชุก
F00-09	238	2.10	303	2.38	541	2.25
F10-19	714	6.31	64	0.50	778	3.23
F20-29	542	4.79	310	2.43	852	3.54
F30-39	311	2.75	992	7.78	1,303	5.42
F40-49	290	2.56	660	5.18	950	3.95
F50-59	244	2.16	552	4.33	796	3.31
F60-69	6	0.05	3	0.023	9	0.04
F70-79	46	0.41	24	0.19	70	0.29
F80-89	58	0.51	27	0.21	85	0.35
F90-98	40	0.35	18	0.14	58	0.24
F99	1	0.008	3	0.023	4	0.02
รวม	2,490		2,956		5,446	22.64

*หมายเหตุ ประชากรกลางปี ชาย 113,075 คน; หญิง 127,464 คน; รวม 240, 539 คน

เมื่อนำกลุ่มตัวอย่างคนไทยมาหาความชุกในภาพรวม และแยกตามเพศ ตามตารางที่ 4 พบว่า ในภาพรวม กลุ่มโรคที่มีความชุกมากที่สุดคือ F30-39 รองลงมาคือ F40-49 และ F20-29 (ความชุก 5.42, 3.95, และ 3.54) ตามลำดับ เมื่อแยกตามเพศ พบว่าในเพศชายกลุ่มโรคที่มีความชุกที่สุด ได้แก่ กลุ่มโรค F10-19 (ความชุก 6.31) รองลงมาคือ F20-29 (ความชุก 4.79) และ F30-39 (ความชุก 2.75) ตามลำดับ ส่วนในเพศหญิง กลุ่มโรคที่มีความชุกมากที่สุดคือ F30-39 (ความชุก 7.78) รองลงมาคือ F40-49 (ความชุก 5.18) และ F50-59 (ความชุก 4.33) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยต่างชาติ (n = 259, ชาย 162 คน, หญิง 97 คน)

การวินิจฉัยโรค	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	ความชุก
F00-09	4	3	7	0.03
F10-19	100	6	106	0.46
F20-29	31	23	54	0.24
F30-39	0	3	3	0.01
F40-49	17	50	67	0.29
F50-59	10	12	22	0.09
F60-69	0	0	0	0
F70-79	0	0	0	0
F80-89	0	0	0	0
F90-98	0	0	0	0
F99	0	0	0	0
รวม	162	97	259	1.14

*หมายเหตุ จำนวนแรงงานต่างชาติในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาคร รวม 228,062 คน

จากตารางที่ 5 พบว่าความชุกของชาวต่างชาติมากที่สุดคือกลุ่ม F0-19 (ความชุก 0.46) รองลงมาคือ F40-49 (ความชุก 0.29) และ F20-29 (ความชุก 0.24) ตามลำดับ แต่ไม่สามารถแยกความชุกตามเพศได้เนื่องจากไม่มีข้อมูลประชากรต่างชาติแยกตามเพศ

วิจารณ์

จากผลการศึกษา ความชุกโรคทางจิตเวชในประชาชน อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาครเป็น 22.64/1,000 (ร้อยละ 2.3) โดยกลุ่มโรคที่มีความชุกมากที่สุดคือ F30-39 (กลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์) มีความชุกคิดเป็น 5.42/1,000 (ร้อยละ 0.5) ซึ่งจากฐานข้อมูลป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตพบโรคซึมเศร้ามีความชุกที่ร้อยละ 1.8 ซึ่งมากกว่าความชุกที่ได้ของอำเภอเมืองสมุทรสาคร รองลงมาคือกลุ่มโรควิตกกังวล F40-49 พบมีความชุก 3.95/1,000 (ร้อยละ 0.4) ซึ่งต่ำกว่าฐานข้อมูลการป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบมีความชุกเฉลี่ย ร้อยละ 0.6 และกลุ่ม F20-29

ความชุก 3.54/1000 (ร้อยละ 0.4) ซึ่งจากฐานข้อมูลป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตพบความชุกที่ร้อยละ 0.87

ในกลุ่มโรค F10-19 โรคจากสารเสพติดพบความชุกคิดเป็น 3.23/1,000 (ร้อยละ 0.3) ซึ่งต่ำกว่าฐานข้อมูลป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบว่า ความชุก ผู้ที่ป่วยทางจิตเวชจากสารเสพติดทุกชนิด คิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ 12.3 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตรงกับข้อมูลรายงาน World Drug Report 2020 การใช้ยาเสพติดทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเชิงจำนวนและสัดส่วนของประชากรโลกที่ใช้ยาเสพติด และจาก World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC:

United Nations Office on Drugs and Crime) พบว่า ใน พ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรกว่า 284 ล้านคน จากทั่วโลกในช่วงอายุ 15–64 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีการใช้สารเสพติดซึ่งเทียบได้กับจำนวน 1 ในทุก ๆ 18 คน จากช่วงอายุดังกล่าว อีกทั้งยังพบว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติด เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา¹⁰

จากข้อมูลดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่าการเข้าถึง บริการทางด้านสุขภาพจิตของอำเภอเมืองสมุทรสาคร ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอยู่มากในทุกกลุ่มโรค จึงควร มีการณรงค์ค้นหาผู้ที่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต นำเข้าสู่ การบำบัดรักษาที่เหมาะสมให้มากขึ้น เนื่องจาก เมื่อดูความชุกจากฐานข้อมูลป้องกันปัญหาทางสุขภาพ จิตของกรมสุขภาพจิตแล้วอัตราการเข้าถึงบริการของ ผู้ที่ป่วยด้านสุขภาพจิตในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร ถือว่ายังต่ำกว่าค่าคาดการณ์อีกมาก

เมื่อมองในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นต่างชาติ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดมาก ถึง ร้อยละ 40.9 เนื่องจากพบว่าต่างชาติส่วนใหญ่เข้ามา เพื่อทำงานใช้แรงงาน ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติดที่ พบว่าแรงงานต่างชาติในจังหวัดสมุทรสาครมีการใช้สาร เสพติดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ด้าน คือการขาดทักษะ การปฏิเสธ การคบเพื่อน การเข้าถึงข่าวสารการป้องกัน ตนเองจากสารเสพติด และทักษะการจัดการอารมณ์ และความเครียด¹¹ ซึ่งเป็นผลการการสื่อสารด้านภาษา จึงควรมีการให้ความรู้ในทักษะต่าง ๆ ข้างต้น เพื่อ ป้องกันการใช้สารเสพติดในกลุ่มต่างชาติอันก่อให้เกิด โรคทางจิตเวชในกลุ่มนี้

สรุป

การศึกษาวិจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ย้อนหลัง (retrospective descriptive study) เรื่องความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยชาวไทย และต่างชาติ และลักษณะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา บำบัด รักษาคลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชที่มา รับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมุทรสาคร และเพื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละ กลุ่มโรคที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล สมุทรสาคร โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้คือ ประชากรคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขต อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร โดยอ้างอิง จากประชากรกลางปี 2566 และกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย ที่มาใช้บริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 มกราคม–31 ธันวาคม 2566 เป็น ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และได้รับวินิจฉัยทาง สุขภาพจิตอย่างน้อย 1 ภาวะ โดยดูจากการลงวินิจฉัย ตาม ICD 10 ประกอบไปด้วย F00–F99 โดยมีการ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกของผู้ที่มารับ บริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสมุทรสาครที่ได้ รับการวินิจฉัยกลุ่มโรค F00–99 จำนวน 5,705 ราย นำมาวิเคราะห์แยกตามเพศ อายุ สัญชาติ สถานภาพ มีผลการศึกษารูปได้ ดังนี้

1. เปรียบเทียบคนไทยกับต่างชาติ พบว่า คนไทยพบป่วยกลุ่มโรค F30–39 มากที่สุด ร้อย ละ 23.93 รองลงมาเป็นกลุ่มโรควิตกกังวล F40–49 และโรคจิตเภท F20–29 ร้อยละ 17.44 และ 15.64 ตามลำดับ ส่วนในต่างชาติ พบว่าสูงสุดคือกลุ่มโรคจาก การใช้สารเสพติด F10–19 รองลงมาเป็นกลุ่มวิตกกังวล F40–49 และโรคจิตเภท F20–29 ร้อยละ 40.9, 25.87, และ 20.85 ตามลำดับ

2. ความชุกของโรคทางจิตเวชในประชากรที่ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัด สมุทรสาคร คิดเป็น 22.64/1,000 เมื่อแยกรายโรคพบว่า ในเพศชายกลุ่มโรคที่มีความชุกมากที่สุดคือ F10–19 ความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรม เนื่องจาก การใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทคิดเป็น 6.31/1,000 เพศหญิงคือ F30–39 กลุ่มโรคทางอารมณ์ คิดเป็น 7.78/1,000

3. เมื่อแยกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชาย (ร้อยละ 53.5 และ 46.5 ตามลำดับ) เมื่อแบ่งตามอายุ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 21.4) และมีสถานภาพโสดมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 51.4 ส่วนในด้านคุณลักษณะอื่น ๆ เช่น อายุ สถานภาพ พบว่าไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ

1. นำผลการศึกษาที่ได้มาวิเคราะห์หา แนวทางการเพิ่มการเข้าถึงบริการการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช
2. ส่งเสริมการให้บริการครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ จากการการศึกษาที่ได้ในกลุ่มโรคที่พบมาก และเป้าหมายที่ต้องเฝ้าระวัง
3. นำผลการศึกษาที่ได้เป็นแนวทางในการ ส่งเสริม และเฝ้าระวังการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการส่งเสริมความรู้ในด้านสุขภาพจิต การเข้าถึงบริการในประชาชนทุกกลุ่มทั้งคนไทยและคนต่างชาติ
2. สร้างทัศนคติต่อประชาชนทั่วไปในเรื่องโรคทางสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการ การรักษาที่เหมาะสม
3. พัฒนาระบบการคัดกรองให้ง่าย เข้าถึง รวดเร็ว และเมื่อเกิดปัญหาสามารถเข้าถึงบริการได้ทันที

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในเชิงลึกถึงปัจจัยการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในกลุ่มคนไทยและต่างชาติเพิ่ม เพื่อ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาแนวทางการป้องกันเฝ้าระวัง การเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยทางจิตเวช

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นางสาวเบญจวรรณ เนตรแหม ที่ช่วยเป็นที่ปรึกษาในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลทางด้านสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Reed GM, Correia JM, Esparza P, et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. World Psychiatry 2011;10(2):118–31. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x
2. The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. Inaction on mental health crisis will cost world \$16 trillion by 2030 [internet]. 2018 [cited 2019 May 24]. Available from: URL: <https://globalmentalhealthcommission.org/wp-content/uploads/2018/10/Lancet-Commission-on-Global-Mental-Health-Press-Release.pdf>
3. อภันตริ์ สาขากร. ความรู้เบื้องต้นโรคจิตเวช [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2567]; เข้าถึงได้จาก: URL: <https://psychiatry.or.th/JOURNAL/61-1/07 Sinnern.pdf>
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4thed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder. Geneva: World Health Organization; 1992.

6. ดารินทร์ อารีโยชัย, ปณิธิ ธรรมวิริยะ. การวัดทางระบาดวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2567]; เข้าถึงได้จาก: URL: http://elearningboe.moph.go.th/moodle/pluginfile.php/300/mod_resource/content/2/ep2_measure1_of_epid.pdf.
7. เอก อัครโรจน์พงษ์. ความชุกของโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39(1):99-108.
8. กลุ่มศูนย์สุขภาพจิต MPIS. ฐานข้อมูลป้องกันปัญหาสุขภาพจิต: ความชุกของโรคจิตเวชที่พบบ่อยในคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567]; เข้าถึงได้จาก: URL: <http://mpis.srithanya.go.th/mhc/prevalence.aspx>
9. เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, ชีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, และคณะ. การสำรวจระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช: โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจร สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัด ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต; 2556. 1-159.
10. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2022: executive summary policy implications. New York: United Nations; 2022.
11. ภารณี นิลกรณ์, และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลรูปแบบการป้องกันการใช้สารเสพติดรายใหม่ในเยาวชนโดยความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จังหวัดนครปฐม. สงขลา: ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2563.

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพังผืดในผู้ป่วยไขมันเกาะตับ

โรงพยาบาลสมุทรสาคร: การศึกษานำร่อง

Prevalence and Risk Factors of Hepatic Fibrosis in Patients with Nonalcoholic Fatty Liver (NAFLD) Samutsakhon Hospital: A Pilot Study

วิชิต กาจเงิน พ.บ.,
ว. อายุรกรรมทั่วไป
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร

Wichit Kagngorn M.D.,
Thai Board of Internal Medicine
Division of Medicine
Samutsakhon Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดพังผืดและระดับไขมันที่สะสมที่ตับ รวมทั้งค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการมีไขมันสะสมและการเป็นพังผืดในผู้ป่วยไขมันเกาะตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบนำร่อง (pilot study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไขมันเกาะตับที่มาทำการตรวจด้วยเครื่อง FibroScan ณ คลินิกโรคตับ ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า mean, median, mode, range, odds ratio, 95% CI, และ p-value

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยไขมันเกาะตับ มีอายุเฉลี่ย 51.3 ± 11.7 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 48 ราย (ร้อยละ 61.5) BMI เฉลี่ย 28.8 ± 5.3 มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 มากที่สุด จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 41) มีประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 19.2) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 64.1) และพบอัตราส่วนรอบเอวต่อความสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 88.5) นอกจากนี้ พบมีโรคร่วมมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 42.3) รองมา คือ พบมีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 34.6) มีโรคเบาหวาน จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 23.1)

เมื่อตรวจผู้ป่วยไขมันเกาะตับด้วยเครื่อง FibroScan พบมีภาวะไขมันสะสมระดับ S0 จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 52.6), S1 จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 12.8), S2 จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 6.4), S3 จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 28.2) และมีภาวะพังผืดในตับระดับ F0-F1 จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 78.2), ระดับ F1-F2 จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 7.7), ระดับ F2-F3 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.8), และระดับ F3-F4 จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 10.3)

สรุป: ตรวจพบภาวะไขมันสะสมในตับร้อยละ 47.4 และพบภาวะพังผืดในตับระดับ F1-4 ร้อยละ 21.8 ของผู้ป่วยไขมันเกาะตับ นอกจากนี้ ผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 80 และ 90 เซนติเมตร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดไขมันสะสมในตับของผู้ป่วยไขมันเกาะตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และผู้ที่มีรอบเอว >90 เซนติเมตร

หรือมีไขมันสะสมระดับ S3 เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดพังผืดในตับระดับ F2-4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) และผู้ที่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดพังผืดในตับระดับ F2-4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .01)

คำสำคัญ: โรคไขมันเกาะตับ พังผืดในตับ

วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(4) : 565-577.

Abstract

Objective: The aim was to study the prevalence of hepatic fibrosis and the level of fat accumulation, as well as to find risk factors for fat accumulation and fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver in Samutsakhon Hospital.

Methods: This is a pilot study. The data were collected from the recording form of patients with fatty liver who came to be examined with a FibroScan machine at the Liver Disease Clinic in Samutsakhon Hospital on 27 June 2024. The data were analyzed using mean, median, mode, range, odds ratio, 95% CI, and p-value.

Result: The patients with fatty liver had an average age of 51.3 ± 11.7 years; the majority were female, 48 patients (61.5%). The average BMI was 28.8 ± 5.3 with the body mass index more than 30 in 32 patients (41%). Fifteen patients (19.2%) had history of smoking. Most had a waist circumference of more than 90 centimeters, 50 patients (64.1%); and a waist-to-height ratio of more than or equal to 0.5, 69 patients (88.5%). The most common comorbidities found were hyperlipidemia in 33 patients (42.3%); followed by hypertension, 27 patients (34.6%); and diabetes, 18 patients (23.1%).

When examining patients with fatty liver using a FibroScan machine, 41 cases (52.6%) were S0, 10 cases were S1 (12.8%), 5 cases were S2 (6.4%), 22 cases were S3 (28.2%), and 61 cases (78.2%) were F0-F1, 6 cases were F1-F2 (7.7%), 3 cases were F2-F3 (3.8%), and 8 cases were F3-F4 (10.3%).

Conclusions: Fatty liver disease were found to have fat accumulation in liver of 47.8% and 21.8 percent of patients with fatty liver disease had liver fibrosis of F1-F4. Moreover; waist circumference of more than 80 and 90 centimeters had a significant risk of fat accumulation at liver in patients with fatty liver disease (p-value < .01), waist circumference >90 centimeters or S3 fat accumulation had a significant risk of liver fibrosis of F2-F4 levels (p-value < .05), and those who smoked had a significant risk of liver fibrosis of F2-F4 levels (p-value < .01).

Keywords: nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD), fibrosis

Received: July 18, 2024; Revised: Aug 1, 2024; Accepted: Sept 17, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 565-577.

บทนำ

ภาวะไขมันเกาะตับ (nonalcoholic fatty liver disease: NAFLD) เป็นภาวะที่เกิดจากการมีไขมันส่วนเกินสะสมในเซลล์ตับ โดยทั่วไปมักพบในคนที่มีความอ้วน น้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคตับเรื้อรังและพบความชุกได้ ร้อยละ 25 ของผู้ใหญ่ทั่วโลก¹ นอกจากนี้ NAFLD ประกอบด้วยสองฟีโนไทป์ (phenotypes) คือ NAFL (simple steatosis) และ NASH (nonalcoholic steatohepatitis) ซึ่งภาวะ NASH จัดเป็นการอักเสบที่รุนแรงมากขึ้นของ NAFLD และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดพังผืดในตับ สามารถนำไปสู่โรคตับแข็งและการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้อีกด้วย^{2,3}

จากการศึกษารวบรวมแบบเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (systemic and meta-analysis) ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ จำนวน 7,389 บทความ และ 151 งานวิจัย พบความชุกของการเกิด NAFLD ในผู้ที่น้ำหนักเกิน ร้อยละ 69.99 (95% CI 65.40–74.21; $I^2 = 99.10\%$) พบความชุกของ NAFL ในผู้ที่น้ำหนักเกิน ร้อยละ 42.49 (32.55–53.08; $I^2 = 96.40\%$) และความชุกของ NASH ในผู้ที่น้ำหนักเกิน ร้อยละ 33.50 (28.38–39.04; $I^2 = 95.60\%$) ในขณะที่ผู้ที่มีโรคอ้วนจะพบความชุกของ NAFLD ร้อยละ 75.27 (95% CI 70.90–79.18; $I^2 = 98.50\%$) และความชุกของ NAFL ร้อยละ 43.05 (32.78–53.97; $I^2 = 96.30\%$) และความชุกของ NASH ร้อยละ 33.67 (28.45–39.31; $I^2 = 95.60\%$) นอกจากนี้ ความชุกของ NAFLD ในผู้ที่น้ำหนักเกิน จะพบสูงที่สุดในอเมริกา ร้อยละ 75.34 (95% CI: 67.31–81.93; $I^2 = 99.00\%$) อีกทั้ง ในผู้ที่มีน้ำหนักเกินที่เป็น NAFLD พบพังผืดระยะ F2–4 ร้อยละ 20.27 (95% CI 11.32–33.62; $I^2 = 93.00\%$) แต่ในผู้ที่เป็นโรคอ้วนที่เป็น NAFLD พบพังผืดระยะ F2–4 ร้อยละ 21.60% (11.47–36.92; $I^2 = 95.00\%$) และในผู้ที่มีน้ำหนักเกินที่เป็น NAFLD พบพังผืดระยะ F3–4

ร้อยละ 6.65% (4.35–10.01; $I^2 = 58.00\%$) แต่ในผู้ที่เป็นโรคอ้วนที่เป็น NAFLD พบพังผืดระยะ F3–4 ร้อยละ 6.85% (3.85–11.90; $I^2 = 90.00\%$) และจากการศึกษาในแถบยุโรปพบความชุกของ NAFLD ที่เพิ่มมากขึ้น ประเมินค่าการณั้ร้อยละ 17–25 ของจำนวนประชากรทั่วไปในประเทศตะวันตก⁵ ในขณะที่การศึกษาของแถบประเทศเอเชีย จะพบความชุกของ NAFLD ร้อยละ 15–20⁶

มีการศึกษาในประเทศไทย⁷ ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากผู้ป่วยที่มาปรึกษาในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ มกราคม ค.ศ. 2011 ถึง ธันวาคม ค.ศ. 2022 จำนวน 743 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 131 รายที่มี lean metabolic syndrome (BMI <23 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และ 612 รายที่ non-lean metabolic syndrome (BMI ≥23 กิโลกรัม/ตารางเมตร แต่ <25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) โดยพบความชุกของ NAFLD ในกลุ่มที่ nonlean ถึงร้อยละ 62.6 และกลุ่มที่ lean ร้อยละ 31.3 แต่ความชุกเฉลี่ยของ NAFLD เท่ากับร้อยละ 57.1 (95% CI 53.4–60.7) และตรวจพบพังผืดระดับ F2–4 ร้อยละ 7.6 ในกลุ่มที่ lean (95% CI 3.7–13.6) และร้อยละ 10.8 ในกลุ่มที่ non-lean (95% CI 8.4–13.5) นอกจากนี้ ความชุกของ NAFLD พบในกลุ่มของ nonlean มากกว่ากลุ่มที่ lean และผู้ป่วยกลุ่ม lean ที่มี metabolic syndrome ร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงในการเกิด NAFLD มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปอีกด้วย นอกจากนี้ มีการศึกษาแบบตัดขวาง (cross sectional study) ที่รวบรวมข้อมูลจากทางภาคอีสานของประเทศไทย⁸ ตั้งแต่ มีนาคม ค.ศ. 2013–กันยายน ค.ศ. 2015 โดยทำการเก็บข้อมูลจาก The Cholangiocarcinoma Screening and Care Program (CASCAP) จำนวน 34,709 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 27,073 ราย และเพศหญิง จำนวน 7,636 ราย โดยพบความชุกของ NAFLD ในผู้หญิง ร้อยละ 22.9 (95% CI 22.5–23.5) และในผู้ชายพบ

ร้อยละ 18.3 (95% CI 17.4–19.2) ผู้หญิงจะพบความชุกของ NAFLD มากกว่าผู้ชายในทุกช่วงอายุและจะเห็นชัดเจนที่สุดในช่วงอายุ 56–60 ปี (prevalence = 27.4% versus 21.2%; adjusted prevalence difference = 9.4% (95% CI: 7.9–10.9); adjusted OR = 1.8 (95% CI: 1.8 to 2.0)

การศึกษาเรื่องภาวะเศรษฐกิจศาสตร์แอบแฝงในผู้ป่วย NASH ที่มีภาวะพังผืดมาก (fibrosis stage ≥ 2) ในประเทศไทย⁹ ทำการศึกษาในประชากรที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2.9 ล้านรายใน ค.ศ. 2019 พบว่า ความชุกของ NASH เท่ากับร้อยละ 5.74 ค่าใช้จ่ายตลอดอายุขัยใน NASH เท่ากับ 15.2 ร้อยล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือ 5,147 ดอลลาร์สหรัฐต่อราย ซึ่งเทียบเท่ากับร้อยละ 3 ของ GDP ประเทศไทยใน ค.ศ. 2019 ซึ่งคาดการณ์ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตลอดอายุขัยใน NASH อยู่ระหว่าง 11.4 ถึง 18.2 ร้อยล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยจะเห็นได้ว่าภาวะเศรษฐกิจศาสตร์แอบแฝงในผู้ป่วย NASH มีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในประเทศไทย ดังนั้น แพทย์ผู้รักษาและผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุข ควรที่จะต้องพิจารณาถึงความสำคัญของการจัดการ รวมทั้งการป้องกันการเกิด NASH อย่างเป็นระบบ

เนื่องในโอกาสวันตับอักเสบโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้วันที่ 28 กรกฎาคมของทุกปี เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนได้ตระหนักถึงภัยอันตรายจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี มีการจัดตรวจไขมันสะสมในตับและการตรวจพังผืดของตับ โดยการใช้นิพัส (FibroScan) นอกจากนี้ ยังพบสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการอักเสบของตับได้บ่อย คือ โรคไขมันเกาะตับ ซึ่งการตรวจด้วยเครื่องมือดังกล่าวมีประโยชน์ในแง่ของการวางแผนการรักษาและพิจารณาการทำโครงการต่าง ๆ ของผู้ป่วยไขมันเกาะตับที่มีรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยปัจจุบันยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการตรวจไขมันสะสมในตับ เนื่องจากขาดแคลน

อุปกรณ์และเครื่องมือเฉพาะ ส่วนการตรวจพังผืดของตับ สามารถทำได้จากหลายวิธี เช่น การตรวจผลเลือด APRI FIB-4 การตรวจด้วยเครื่องมืออัลตราซาวด์ รวมทั้ง การตรวจชิ้นเนื้อตับด้วยวิธีการเจาะเนื้อตับ เป็นต้น แต่ในทางปฏิบัติเราจะเลือกวิธีที่มีความยุ่งยากและมีความเสี่ยงน้อย ซึ่งการตรวจด้วยวิธี FibroScan^{10,11} ถือเป็นวิธีที่ดีวิธีหนึ่ง เพื่อสามารถวินิจฉัยปริมาณไขมันสะสมในตับและการเกิดพังผืดสะสมของตับ เพื่อประเมินภาวะตับแข็ง ทำให้สามารถวินิจฉัยได้ถูกต้องรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ก่อนที่จะเกิดโรคอื่น ๆ ตามมา ช่วยลดอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตจากทั้งไขมันเกาะตับ และภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดพังผืดของตับได้ดียิ่งขึ้น โดยผู้เข้ารับการตรวจ จะไม่เกิดความเจ็บป่วยใด ๆ และช่วยลดอัตราเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนแทนวิธีการเจาะเนื้อตับ (liver biopsy) อีกด้วย

จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของหลายงานวิจัยเกี่ยวกับพยาธิวิทยาข้อมูล CAP พบว่า จุดตัดค่า CAP score ของแต่ละระดับไขมันสะสมในตับ คือ ระดับ S0 ถึง S3 โดย S0 นิยามว่า CAP <248 เดซิเบล/เมตร ซึ่งหมายความว่าระดับไขมันสะสม ร้อยละ <10, S1 นิยามว่า CAP 248 ถึง <268 เดซิเบล/เมตร ซึ่งหมายความว่าระดับไขมันสะสม ร้อยละ 10 ถึง <33, ส่วน S2 นิยามว่า CAP 268 ถึง <280 เดซิเบล/เมตร ซึ่งหมายความว่าระดับไขมันสะสม ร้อยละ 33 ถึง <66, และ S3 นิยามว่า CAP ≥ 280 เดซิเบล/เมตร ซึ่งหมายความว่าระดับไขมันสะสม 33% ถึง <66%¹² ส่วนค่า cut-off ของ transient elastography เมื่อเทียบกับ Meta-analysis of Histological Data in Viral Hepatitis (METAVIR) scoring system พบว่า จุดตัดค่าพังผืดในตับ คือ ระดับ F0 ถึง F4 โดย F0–F1 นิยามว่า LSM <7.9, F1–F2 นิยามว่า LSM 7.9 ถึง <8.8, ส่วน F2–F3 นิยามว่า LSM 8.8 ถึง <11.7, F3–F4 นิยามว่า LSM ≥ 11.7 ^{13,14}

เนื่องจากทางโรงพยาบาลสมุทรสาคร ยังไม่มีเครื่องมือตรวจ FibroScan ในปัจจุบันจึงไม่เคยมีการ

ศึกษาหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดไขมันสะสม และการเกิดพังผืดในผู้ป่วยที่มีไขมันเกาะตับที่มารักษาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดพังผืดและระดับไขมันที่สะสมในผู้ป่วยไขมันเกาะตับ รวมทั้งค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดไขมันสะสมและพังผืดในผู้ป่วยไขมันเกาะตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบนำร่อง (pilot study) โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไขมันเกาะตับที่มาทำการตรวจด้วยเครื่อง FibroScan ณ คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ในวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยมีเกณฑ์นำเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยไขมันเกาะตับ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหารและตับ โดยอาศัยจากผลอัลตราซาวด์ 2. ประชากรไทยที่มีอายุ 18 บริบูรณ์ขึ้นไป และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปกว่า 30 กรัมต่อวัน ในผู้ชายหรือมากกว่า 20 กรัมต่อวัน ในผู้หญิง 2. ผู้ที่ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบ 3. ปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่า mean, median, mode, range, odds ratio, 95% CI, และ p-value

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยไขมันเกาะตับ ที่มารับการตรวจด้วยเครื่อง FibroScan ที่คลินิกโรคตับ ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า อายุเฉลี่ย 51.3 ± 11.7 ปี เป็นเพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 38.5) เพศหญิง 48 ราย (ร้อยละ 61.5) มีน้ำหนักเฉลี่ย 75.3 ± 15.3 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 161.6 ± 9 เซนติเมตร BMI เฉลี่ย 28.8 ± 5.3 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย

มากกว่า 30 จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 41) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25–30 จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 35.9) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18–25 จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 21.8) และมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18 จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.3) มีประวัติการสูบบุหรี่จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 19.2)

ผู้ป่วยไขมันเกาะตับ ส่วนใหญ่มีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 64.1) รองมา คือ มีรอบเอว 80–90 เซนติเมตร จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 30.8) และมีรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตรจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 5.1) อีกทั้ง พบอัตราส่วนรอบเอวต่อความสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 จำนวน 69 ราย (ร้อยละ 88.5) และอัตราส่วนรอบเอวต่อความสูงน้อยกว่า 0.5 (normal adiposity) จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 11.5) นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้ชีวิต (lifestyle habit) ที่พบ คือ การทานอาหารฟาสต์ฟู้ดจำนวน 46 ราย (ร้อยละ 59) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ คือ เคยทำ จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 53.8) ยังออกกำลังกายเป็นประจำ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 19.2) และไม่มีการออกกำลังกายจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 26.9) ส่วนกิจวัตรประจำวันแบบทำงานเล็กน้อย จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 28.2) แบบทำงานทั่วไป จำนวน 48 ราย (ร้อยละ 61.5) แบบทำงานหนัก จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 10.3)

ผู้ป่วยไขมันเกาะตับ มีโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 33 ราย (ร้อยละ 42.3) รวมด้วยมากที่สุดพบมีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 34.6) มีโรคเบาหวาน จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 23.1) มีโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 19.2) มีโรคไวรัสตับอักเสบบีซี จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 6.4) มีโรคตับแข็ง จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 5.1) โรคไตเรื้อรังจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.8) โรคเอดส์ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.6) มีโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหอบหืด และโรคไทรอยด์เป็นพิษ อย่างละจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.3)

อีกทั้ง ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กล่าวคือ มีจำนวน 74 ราย (ร้อยละ 94.9) ภาวะแทรกซ้อนที่รองมา คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.8) และโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.3) นอกจากนี้ มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 30.8)

ผู้ป่วยไขมันเกาะตับ ตรวจพบภาวะไขมันสะสม S0 จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 52.6), S1 จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 12.8), S2 จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 6.4), S3 จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 28.2) และมีภาวะพังผืด ในตับ F0-F1 จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 78.2), F1-F2 จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 7.7), F2-F3 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 3.8), และ F3-F4 จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 10.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคไขมันเกาะตับที่คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน, N = 78 (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย (ปี)	51.3 ± 11.7
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	75.3 ± 15.3
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	161.6 ± 9
BMI เฉลี่ย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	28.8 ± 5.3
เพศ	
- ชาย	30 (38.5)
- หญิง	48 (61.5)
ดัชนีมวลกาย (BMI)	
- น้อยกว่า 18	1 (1.3)
- 18-25	17 (21.8)
- 25-30	28 (35.9)
- มากกว่า 30	32 (41)
รอบเอว	
- น้อยกว่า 80 เซนติเมตร	4 (5.1)
- 80-90 เซนติเมตร	24 (30.8)
- มากกว่า 90 เซนติเมตร	50 (64.1)
Waist/height ratio	
- น้อยกว่า 0.5 (normal adiposity)	9 (11.5)
- ตั้งแต่ 0.5	69 (88.5)
พฤติกรรมการใช้ชีวิต (lifestyle habit)	
- ทานอาหารฟาสต์ฟู้ด	46 (59)
- ออกกำลังกาย	
ไม่มี	21 (26.9)
เคยทำ	42 (53.8)
ทำอยู่	15 (19.2)

ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคไขมันเกาะตับที่คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน, N = 78 (ร้อยละ)
- กิจกรรมประจำวัน (physical activity)	
Low	22 (28.2)
Moderate	48 (61.5)
High	8 (10.3)
ประวัติการสูบบุหรี่	
ไม่เคย	63 (80.8)
เคยสูบ	14 (17.9)
สูบบุหรี่	1 (1.3)
โรคประจำตัว	
- โรคเบาหวาน	18 (23.1)
- โรคความดันโลหิตสูง	27 (34.6)
- โรคไขมันในเลือดสูง	33 (42.3)
ประวัติครอบครัวโรคเบาหวาน	24 (30.8)
โรคร่วม	
- โรคความดันโลหิตสูง	27 (34.6)
- โรคไขมันในเลือดสูง	33 (42.3)
- โรคเบาหวาน	18 (23.1)
- โรคไวรัสตับอักเสบบี	15 (19.2)
- โรคไวรัสตับอักเสบบี	5 (6.4)
- โรคตับแข็ง	4 (5.1)
- โรคไตเรื้อรัง	3 (3.8)
- โรคเอดส์	2 (2.6)
- โรคหลอดเลือดหัวใจ	1 (1.3)
- โรคหอบหืด	1 (1.3)
- โรคไทรอยด์เป็นพิษ	1 (1.3)
ภาวะแทรกซ้อนที่พบ	
- โรคเส้นเลือดในสมองตีบ	3 (3.8)
- โรคหลอดเลือดหัวใจ	1 (1.3)
- ไม่มี	74 (94.9)

ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคไขมันเกาะตับที่คลินิกโรคตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน, N = 78 (ร้อยละ)
ผลตรวจ FibroScan	
ภาวะไขมันสะสม	
- S0	41 (52.6)
- S1	10 (12.8)
- S2	5 (6.4)
- S3	22 (28.2)
ภาวะพังผืดในตับ	
- F0-F1	61 (78.2)
- F1-F2	6 (7.7)
- F2-F3	3 (3.8)
- F3-F4	8 (10.3)

ผลรวมอาจน้อยกว่าหรือมากกว่า 100

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดไขมันสะสมในตับของผู้ป่วยไขมันเกาะตับ

ปัจจัยเสี่ยง		Odds ratio	95% CI	p-value
เพศ	(23/78), 29.9%	0.981	0.691, 1.393	1.0
BMI >25	(13/78), 16.9%	1.041	0.574, 1.888	1.0
BMI >30	(19/78), 24.7%	0.617	0.357, 1.068	.107
รอบเอว >80 เซนติเมตร	(4/78), 5.2%	4.512	1.698, 11.989	.001**
รอบเอว >90 เซนติเมตร	(30/78), 39%	0.602	0.424, 0.854	.004**
Waist/height ratio >0.5	(34/78), 44.2%	0.929	0.793, 1.089	.487
ประวัติครอบครัว เป็นโรคเบาหวาน	(13/78), 16.9%	0.764	0.391, 1.490	.469
โรคเบาหวาน	(8/78), 10.4%	1.128	0.499, 2.553	.795
โรคความดันโลหิตสูง	(14/78), 18.2%	0.838	0.455, 1.543	.637
โรคไขมันในเลือดสูง	(18/78), 23.4%	0.752	0.446, 1.267	.360
ประวัติสูบบุหรี่	(6/78), 7.8%	1.354	0.533, 3.439	.576
ทานอาหารฟาสต์ฟู้ด	(22/78), 28.6%	0.984	0.680, 1.426	1.0
การออกกำลังกาย	(28/78), 36.4%	0.935	0.715, 1.223	.799

Sig * p < .05, ** p < .01

ตารางที่ 2 แสดงถึง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดไขมันสะสมในตับของผู้ป่วยไขมันเกาะตับ โดยพบว่า ผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 80 และ 90 เซนติเมตร จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 5.2 และ 39 ตามลำดับ) มีโอกาส

เกิดไขมันสะสมในตับได้มากกว่าและเมื่อนำข้อมูลวิเคราะห์ทางสถิติ พบความแตกต่างของการเกิดไขมันสะสมในตับของผู้ป่วยไขมันเกาะตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดพังผืดสะสมในตับระดับ F2-4 ของผู้ป่วยไขมันเกาะตับ

ปัจจัยเสี่ยง		Odds ratio	95% CI	p-value
เพศ	(4/78), 5.2%	1.806	0.423, 2.293	.094
BMI >25	(4/78), 5.2%	0.985	0.220, 1.227	1.0
BMI >30	(6/78), 7.8%	0.711	0.384, 1.319	.510
รอบเอว >90 เซนติเมตร	(10/78), 13%	0.657	0.501, 0.861	.042*
Waist/height ratio >0.5	(11/78), 14.3%	0.866	0.788, 0.951	.087
ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน	(4/78), 5.2%	0.821	0.346, 1.947	.729
โรคเบาหวาน	(4/78), 5.2%	0.575	0.231, 1.428	.441
โรคความดันโลหิตสูง	(6/78), 9.6%	0.575	0.301, 1.096	.175
โรคไขมันในเลือดสูง	(6/78), 9.6%	0.739	0.400, 1.364	.513
ทานอาหารฟาสต์ฟู้ด	(7/78), 9.1%	0.915	0.560, 1.494	.758
ประวัติสูบบุหรี่	(6/78), 9.6%	0.246	0.109, 0.555	.005**
การออกกำลังกาย	(9/78), 11.7%	0.876	0.638, 1.202	.717
S0	(4/78), 5.2%	1.519	0.675, 3.417	.333
S1	(1/78), 1.3%	1.478	0.207, 10.544	1.0
S2	(0/78), 0%	0.925	0.8865, 1.990	.601
S3	(6/78), 9.6%	0.438	0.220, 0.871	.046*

Sig * $p < .05$, ** $p < .01$

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้ป่วยไขมันเกาะตับที่มีรอบเอว >90 เซนติเมตร หรือมีไขมันสะสมในตับระดับ S3 มีโอกาสเกิดพังผืดสะสมระดับ F2-4 ในตับมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

และผู้ที่สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดพังผืดสะสมในตับระดับ F2-4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคไขมันเกาะตับที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคตับ ภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่าอายุเฉลี่ย 51.3 ± 11.7 ปี โดยพบอายุน้อยสุด คือ 29 ปี และอายุมากที่สุด คือ 79 ปี ซึ่งโดยส่วนใหญ่ พบอายุน้อยกว่า 60 ปี โดยจังหวัดสมุทรสาคร ถือเป็นบริบทกึ่งสังคมเมือง มีประชากรวัยทำงานจำนวนมาก ก่อปรกับการทำงานที่เร่งรีบ ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ชีวิต (lifestyle habit) คล้ายคนทำงานในเมือง โดยจากการศึกษานี้ พบการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดจำนวน 46 ราย หรือมากถึงร้อยละ 59 อีกทั้ง ไม่มีการออกกำลังกาย จำนวน 21 รายนับเป็น 1 ใน 3 หรือร้อยละ 26.9 ของผู้เข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ของกิจกรรมประจำวันเป็นแบบทำงานทั่วไป จำนวน 48 ราย หรือร้อยละ 61.5 ส่วนลักษณะการทำงานแบบหนักพบเพียง จำนวน 8 ราย หรือร้อยละ 10.3 เท่านั้น จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่เข้าร่วมวิจัย มักมีรูปร่างอ้วน ซึ่งผลการศึกษาก็พบ BMI เฉลี่ยเท่ากับ 28.8 ± 5.3 กิโลกรัม/ตารางเมตร อีกด้วย นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นเพศหญิง 48 ราย (ร้อยละ 61.5) และเป็นเพศชายเพียง 1 ใน 3 (ร้อยละ 38.5) โดยร้อยละ 75 ของผู้หญิงที่เข้าร่วมวิจัย พบมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในขณะที่ร้อยละ 80 ของผู้ชายที่เข้าร่วมวิจัย พบมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งการมีน้ำหนักเกินมาตรฐานและมีอัตราส่วนรอบเอวต่อความสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 จำนวนมากถึงร้อยละ 88.5 ของผู้เข้าร่วมวิจัย ทำให้มีโอกาสเกิดโรคไขมันเกาะตับได้ง่ายกว่ามาก นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไขมันเกาะตับจะมีลักษณะที่ค่อนข้างอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษารวบรวมแบบเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systemic and meta-analysis) ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ กล่าวคือ พบความชุกของการเกิด NAFLD ในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 69.99 (95% CI 65.40–74.21 $I^2 = 99.10\%$) และจากการศึกษานี้พบร้อยละ 76.9 ของผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25

ซึ่งเมื่อเทียบกับการศึกษาจากอเมริกาที่มีความชุกของ NAFLD ในผู้ที่มีโรคอ้วน ร้อยละ 75.34 (95% CI 70.90–79.18; $I^2 = 98.50\%$) นับว่าจากการศึกษานี้พบความชุกของ NAFLD ที่ใกล้เคียงกัน เนื่องจาก ชาวอเมริกันส่วนใหญ่มักมีรูปร่างสูงใหญ่และค่อนข้างอ้วนนั่นเอง

จากการศึกษารวบรวมแบบเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (systemic and meta-analysis) ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁴ ในผู้ที่มีน้ำหนักเกินที่เป็น NAFLD พบพังผืดระยะ F2–4 ร้อยละ 20.27 (95% CI 11.32–33.62; $I^2 = 93.00\%$) แต่ในผู้ที่เป็นโรคอ้วนที่เป็น NAFLD พบพังผืดระยะ F2–4 ร้อยละ 21.60% (95% CI 11.47–36.92; $I^2 = 95.00\%$) ส่วนการศึกษานี้พบเพียงร้อยละ 14.1 ของผู้ป่วยไขมันเกาะตับที่พบพังผืดระยะ F2–4 ซึ่งน้อยกว่ามากแต่ใกล้เคียงกับการศึกษาจากโรงพยาบาลศิริราชที่พบ ร้อยละ 10.8 ในกลุ่มที่ non-lean (95% CI 8.4–13.5)⁷ อาจจะเพราะผู้ที่เข้าร่วมวิจัยในการศึกษานี้ ร้อยละ 23.1 มีค่าดัชนีมวลกายน้อยและอยู่ในเกณฑ์ปกติตนเอง ซึ่งประเด็นนี้มีความน่าสนใจต่อการทำวิจัยในอนาคต เช่น การศึกษาเพิ่มเติมในประชากรกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่ม lean NAFLD ที่มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ตรวจพบมีภาวะไขมันเกาะตับ จะมีความสำคัญทางคลินิกที่แตกต่างจากกลุ่มที่มีโรคอ้วนอย่างไร ทั้งในแง่พยาธิวิทยาการอักเสบของเซลล์ตับ รวมไปถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทางคลินิกอีกด้วย นอกจากนี้ การศึกษานี้พบความชุกของ NAFLD ร้อยละ 47.9 ในเพศหญิง และร้อยละ 46.7 ในเพศชาย คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทย³ โดยพบความชุกของ NAFLD ผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ซึ่งอธิบายได้จากหลายสาเหตุไม่ว่าจะเป็นเรื่องฮอร์โมนที่แตกต่างกัน หรือส่วนใหญ่ผู้หญิงมักมีรูปร่างที่อ้วนมากกว่านั่นเอง

ผลกระทบที่ตามมาจากการเกิดพังผืดในตับของผู้ป่วยไขมันเกาะตับมีความสำคัญมาก เนื่องจากมีการศึกษาเรื่องภาวะเศรษฐกิจศาสตร์แอบแฝงในผู้ป่วย

NASH ที่มีภาวะพังผืดมาก (fibrosis stage ≥ 2) ในประเทศไทย⁹ โดยใน ค.ศ. 2019 คาดการณ์ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยตลอดอายุขัยใน NASH อยู่ระหว่าง 11.4 ถึง 18.2 ร้อยล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเห็นได้ว่าภาวะเศรษฐกิจสาธารณสุขในผู้ป่วย NASH เป็นภาระสุขภาพที่ซ่อนอยู่ในประเทศไทย และยังคงต้องการนโยบายสาธารณสุขที่ชัดเจนในการแก้ปัญหาและการติดตามผลกระทบในระยะยาวต่อไป โดยเน้นผลลัพธ์ที่สำคัญซึ่งจากการศึกษานี้พบความสัมพันธ์โดยตรงของการมีไขมันสะสมกับการเกิดพังผืดสะสมในระดับ กล่าวคือ กรณีผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 80 และ 90 เซนติเมตร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดไขมันสะสมในระดับของผู้ป่วยไขมันเกาะตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) ซึ่งผู้ที่มีโอกาสเกิดไขมันสะสมในระดับมากกว่า ยิ่งมีโอกาสในการเกิดพังผืดมากกว่า โดยพบว่า ผู้ป่วยไขมันเกาะตับที่มีรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร หรือมีไขมันสะสมในระดับระดับ S3–S4 เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพังผืดสะสมในระดับระดับ F2–4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยชี้ให้เห็นว่า รอบเอวที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดไขมันสะสมในระดับของผู้ป่วยไขมันเกาะตับ ซึ่งจะส่งผลกระทบทางคลินิกในอนาคตได้ จึงควรลดโอกาสในการเกิดพังผืดที่ตับ (liver fibrosis) ก่อนที่จะพัฒนาเป็นโรคตับแข็ง (liver cirrhosis) รวมทั้งการพัฒนาต่อไปเป็นโรคมะเร็งตับในที่สุด (hepatocellular carcinoma) ยกตัวอย่างเช่น ควรออกนโยบายลดรอบเอว ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายมากขึ้น ออกกิจกรรมรณรงค์การงดสูบบุหรี่ รวมถึงบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มประชากรเป้าหมาย และให้ความสำคัญแก่ชนานาชาติที่มีการออกนโยบายควบคุมค่าความหวานในอาหาร โดยทั้งนี้ทั้งนั้น เพื่อลดการเกิดไขมันสะสมในระดับแต่แรกเริ่มนั่นเอง นอกจากนี้ อาจพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการนำผลการศึกษาไปใช้ขยายผลในระดับประชากรทั่วไปอีกด้วย เพื่อลดโอกาสเกิดไขมันสะสมในระดับเช่นเดียวกันหรืออาจใช้เป็น

ข้อมูลพื้นฐานเพื่อทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับระดับความรุนแรงของโรคต่อไป

ถึงแม้จะมีความพยายามอธิบายเรื่องโรคเมตาบอลิก (metabolic syndrome) ที่สัมพันธ์กับการเกิดไขมันเกาะตับมากขึ้น มีการศึกษาจากอเมริกา¹⁵ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง NAFLD และ metabolic syndrome โดยพบว่าความผิดปกติทางเมตาบอลิกจะเพิ่มโอกาสในการเกิด NAFLD มากขึ้น (adjusted OR = 11.5; 95% CI 8.9–14.7) อีกทั้งจากการศึกษาของ Goyal¹⁶ และ Shaikh¹⁷ พบความชุก NAFLD ที่มี metabolic syndrome ร่วมด้วยเท่ากับร้อยละ 73 และ 43 ตามลำดับ ดังนั้น จึงมีการเสนอการใช้ MASLD (metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease) แทน NAFLD เพื่ออธิบายสาเหตุสำคัญที่แท้จริงมากกว่าการใช้ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียว ที่ยังคงมีความขัดแย้งในเรื่องระยะเวลาและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ได้รับนั้น มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่สิ่งที่น่าสนใจและยังคงต้องติดตามเกี่ยวกับเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายจาก MAFLD^{18–20} ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาใหม่ ๆ ต่อไปในอนาคต

สรุป

ผู้ป่วยไขมันเกาะตับ ตรวจพบภาวะไขมันสะสมร้อยละ 47.4 และพบภาวะพังผืดในตับ ร้อยละ 21.8 นอกจากนี้ ผู้ที่มีรอบเอวมากกว่า 80 และ 90 เซนติเมตร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดไขมันสะสมในระดับของผู้ป่วยไขมันเกาะตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$) และรอบเอว >90 เซนติเมตร และไขมันสะสมระดับ S3 เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดพังผืดในระดับระดับ F2–F4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) และผู้ที่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดพังผืดในระดับระดับ F2–F4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .01$)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์อายุรกรรมทางเดินอาหาร
และตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่งานหน่วยงานคลินิก
โรคตับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

เอกสารอ้างอิง

1. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology* 2016;64(1):73–84. doi: 10.1002/hep.28431
2. Alkhoury N, Feldstein AE. Noninvasive diagnosis of nonalcoholic fatty liver disease: are we there yet? *Metabolism* 2016;65(8):1087–95. doi: 10.1016/j.metabol.2016.01.013
3. Rinella ME, Sanyal AJ. Management of nafld: a stage-based approach. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2016;13(4):196–205. doi: 10.1038/nrgastro.2016.3
4. Quek J, Chan KE, Wong ZY, et al. Global prevalence of non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in the overweight and obese population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatology* 2023;8(1):20–30. doi: 10.1016/S2468-1253(22)00317-X
5. European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), European Association for the Study of Obesity (EASO). EASL-EASD-EASO clinical practice guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol* 2016;64(6):1388–402. doi: 10.1016/j.jhep.2015.11.004
6. Buday B, Pach PF, Literati-Nagy B, et al. Sex influenced association of directly measured insulin sensitivity and serum transaminase levels: Why alanine aminotransferase only predicts cardiovascular risk in men? *Cardiovasc Diabetol* 2015;14:55. doi: 10.1186/s12933-015-0222-3.
7. Boonchai P, Kositamongkol C, Jitrukthai S, et al. Clinical differences and non-alcoholic fatty liver disease-related factors of lean and non-lean patients with metabolic syndrome. *J Clin Med* 2022;11(9):2445. doi: 10.3390/jcm11092445.
8. Summart U, Thinkhamrop B, Chamadol N, et al. Gender differences in the prevalence of nonalcoholic fatty liver disease in the Northeast of Thailand: a population-based cross-sectional study. *F1000Res* 2017;6:1630. doi: 10.12688/f1000research.12417.2
9. Phisalprapa P, Prasitwarachot R, Kositamongkol C, et al. Economic burden of non-alcoholic steatohepatitis with signifcant fibrosis in Thailand. *BMC Gastroenterol* 2021;21:135. doi: 10.1186/s12876-021-01720-w

10. Wong VW, Vergniol J, Wong GL, et al. Diagnosis of fibrosis and cirrhosis using liver stiffness measurement in nonalcoholic fatty liver disease. *Hepatology* 2010;51(2):454–62. doi: 10.1002/hep.23312
11. Siddiqui MS, Vuppalanchi R, Van Natta ML, et al. Vibration controlled transient elastography to assess fibrosis and steatosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019;17(1):156–63. doi: 10.1016%2Fj.cgh.2018.04.043.
12. Karlas T, Petroff D, Sasso M, et al. Individual patient data meta-analysis of controlled attenuation parameter (CAP) technology for assessing steatosis. *J Hepatol* 2017;66(5):1022–30. doi: 10.1016/j.jhep.2016.12.022.
13. Eddowes PJ, Sasso M, Allison M, et al. Accuracy of FibroScan controlled attenuation parameter and liver stiffness measurement in assessing steatosis and fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *Gastroenterology* 2019;156(6):1717–30. doi: 10.1053/j.gastro.2019.01.042
14. Boursier J, Zarski J-P, de Ledinghen V, et al. Determination of reliability criteria for liver stiffness evaluation by transient elastography. *Hepatology* 2013;57(3):1182–91. doi: 10.1002/hep.25993.
15. Jinjuvadia R, Antaki F, Lohia P, et al. The association between nonalcoholic fatty liver disease and metabolic abnormalities in The United States Population. *J Clin Gastroenterol* 2017;51(2):160–6. doi: 10.1097/MCG.0000000000000666
16. Goyal A, Arora H, Arora S. Prevalence of fatty liver in metabolic syndrome. *J Family Med Prim Care* 2020;9(7):3246–50. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1108_19
17. Shaikh MA, Bhanuprakash P. Study of non-alcoholic fatty liver disease in metabolic syndrome. *Int J Adv Med* 2018;5(6):1465–69. doi: 10.18203/2349-3933.ijam20184758
18. Ramirez-Mejia MM, Mendez-Sanchez N. What is in a name: from NAFLD to MAFLD and MASLD – Unraveling the complexities and implications. *Current Hepatology reports* 2023;22(4):221–7. doi: 10.1007/s11901-023-00620-9
19. Shon H, Lei S, Yiwei H, et al. From NAFLD to MASLD: when metabolic comorbidity matters. *Ann Hepatol* 2024;29(2):101281. doi: 10.1016/j.jaohep.2023.101281
20. Rui S, Zhao L, Yingzhi Z, et al. Comparison of NAFLD, MAFLD and MASLD characteristics and mortality outcomes in United states adults. *Liver Int* 2024;44(4):1051–60. doi: 10.1111/liv.15856.

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยกับภาวะซีดในผู้สูงอายุ ของชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม Relationship Between Mild Cognitive Impairment and Anemia Among the Elderly People in Huayploo Community, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province

พัทธนันท์ ยศราวุธวรกุล พ.บ.,
ว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
กลุ่มงานการแพทย์
โรงพยาบาลห้วยพลู
จังหวัดนครปฐม

Patthanunt Yosaravuthvarakul M.D.,
Dip., Thai Board of Family Medicine
Division of Medical Department
Huayploo Hospital
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยกับภาวะซีดในผู้สูงอายุของชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ และ 3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยกับภาวะซีดในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มหลายขั้นตอน ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 368 คน เก็บข้อมูลในช่วง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติกพหุคูณเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อย

ผลการศึกษา: พบว่าความชุกของภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุของชุมชนห้วยพลูเป็น ร้อยละ 37.8 ความชุกของภาวะซีดในผู้สูงอายุของชุมชนห้วยพลูเป็น ร้อยละ 36.9 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยและภาวะซีดในการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามพบว่าภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับการศึกษา (Adj OR = 1.975; 95% CI = 1.020–3.823) พฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วน (Adj OR = 2.872; 95% CI = 1.441–5.724) และ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (Adj OR 1.749; 95% CI = 1.033–2.961) ของผู้สูงอายุหลังจากการปรับด้วยอิทธิพลอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ แล้ว

สรุป: ความชุกของภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยในการศึกษานี้เท่ากับ ร้อยละ 37.8 ความชุกของภาวะซีดในผู้สูงอายุในการศึกษานี้เท่ากับ ร้อยละ 36.9 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยและภาวะซีดในการศึกษานี้ แต่พบว่าระดับการศึกษา พฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วน

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ภาวะซีด ผู้สูงอายุ

วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(4) : 579–590.

Abstract

Objective: The purposes are 1. to determine the prevalence of mild cognitive impairment and anemia among the elderly people who were living in Huayploo community, Nakhon Chai Si District, Nakhon Pathom Province; 2. to determine the factors associated with mild cognitive impairment among these elderly people; and 3. to describe the association between mild cognitive impairment and anemia among these elderly people.

Methods: This is a cross-sectional study. The multi-stage cluster sampling was used to draw a sample of 368 elderly people aged 60 years and older from Huayploo community. The data collection was conducted between November, 2023 and May, 2024. Chi-square test and multiple logistic regression were used to examine associations between independent variables and mild cognitive impairment.

Results: The prevalence of mild cognitive impairment among the elderly people who were living in Huayploo community was 37.8 %. The prevalence of anemia in this population was 36.9%. The association between mild cognitive impairment and anemia among this population was not significantly detected in this study. However, mild cognitive impairment was found to be significantly associated with education level (Adj OR = 1.975; 95% CI = 1.020–3.823), fast food intake (Adj OR = 2.872; 95% CI = 1.441–5.724), and lipid diet eating behavior (Adj OR 1.749; 95% CI = 1.033–2.961) among elderly people after adjusting for other factors.

Conclusion: The prevalence of mild cognitive impairment in this study was 37.8%. The prevalence of anemia in this study was 36.9%. The association between mild cognitive impairment and anemia among the population was not significantly detected in this study. However, there were the significant associations between mild cognitive impairment and education level, fast food intake, and lipid diet eating behavior.

Keywords: mild cognitive impairment (MCI), anemia, elderly people

Received: July 20, 2024; Revised: Aug 7, 2024; Accepted: Sept 23, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 579–590.

บทนำ

เมื่อมีอายุมากขึ้นวัยต่าง ๆ ในร่างกาย จะเริ่มมีการเสื่อมถอยลง สภาวะของการเสื่อมถอย ของวัยต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ เราเรียกโดยรวมว่าเป็น กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งมีความ หลากหลายครอบคลุมทุกระบบ ซึ่งพบว่ากลุ่มอาการ ผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เป็นปัญหาสุขภาพ ที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ทั้งยังเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ซึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) นั้น ก็จะมีภาวะสมองเสื่อม (dementia หรือ major neurocognitive disorder) และภาวะปริชานบกพร่อง เล็กน้อย (mild cognitive impairment หรือ mild neurocognitive disorder) รวมอยู่ด้วยเช่นกัน ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment หรือ minor neurocognitive disorder) เป็นการเปลี่ยนแปลงของสมองที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน จากผู้ที่มีภาวะการรับรู้ปกติ (normal cognition) ไปเป็นภาวะสมองเสื่อม (dementia หรือ major neurocognitive disorder) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วย มีปัญหาทางด้านปริชาน (cognition) ร่วมกับการตรวจ การทำงานของปริชาน (cognitive function) แล้วพบว่า บกพร่อง แต่ไม่ทำให้สูญเสียหน้าที่การทำงานหรือ การเข้าสังคมอย่างชัดเจนเหมือนในผู้ป่วยภาวะ สมองเสื่อม ซึ่งภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะ ที่เจอได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ และเป็นภาวะที่เพิ่มโอกาส ที่จะเป็ภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต¹

ปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่อาจทำให้เกิดภาวะ ปริชานบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุมาก พฤติกรรมเนือยนิ่ง ปัจจัยเสี่ยงด้านโรคหัวใจและ หลอดเลือด การเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไชมันและคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ปัจจัยเสี่ยงด้านการ เฝาะผลาญ โรคไตวายเรื้อรัง ประวัติโรคซึมเศร้า และ ปัจจัยด้านการดำเนินชีวิต การรับประทานอาหาร

กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยป้องกัน ได้แก่ ระดับการศึกษาที่สูง การออกกำลังกาย และการรับ ประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน^{2,3}

ภาวะซีดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย ในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ ระยะยาวมีผล ต่อกระบวนการรู้คิด (cognitive impairment) ได้แก่ ความสามารถในการบริหารความคิด เช่น การวางแผน การตรวจตราและการแก้ปัญหา ทำให้ไม่สามารถจัดการ กับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ และในระยะยาวอาจ ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม⁴ ปัจจุบันมีข้อมูลเพิ่มขึ้นว่า ภาวะซีดนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ⁵⁻⁷ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์นี้ไม่ได้มีการศึกษามากนักในประเทศที่มี รายได้น้อยและรายได้ปานกลางอย่างเช่นประเทศไทย ประกอบกับผู้วิจัยเป็นแพทย์ผู้ดูแลคลินิกผู้สูงอายุของ โรงพยาบาลห้วยพลูและถ้าผลการวิจัยออกมาว่าปัจจัย ทั้งสองมีความสัมพันธ์กันผู้วิจัยมีแนวคิดที่จะนำผล การศึกษาไปวางแผนดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะ ปริชานบกพร่องเล็กน้อย เพื่อประโยชน์ของ กลุ่มผู้สูงอายุเอง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเพื่อหา ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีดกับภาวะปริชานบกพร่อง เล็กน้อยว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร¹

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะปริชาน บกพร่องเล็กน้อย และความชุกของภาวะซีดของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุในเขตชุมชน ห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ ปริชานบกพร่องเล็กน้อยและภาวะซีดในผู้สูงอายุในเขต ชุมชนห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross sectional study) ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เอกสารรับรองเลขที่ 53/2566

1. ประชากร คือ จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ในเขตชุมชนห้วยพลู ซึ่งจากฐานข้อมูลล่าสุดมีผู้สูงอายุ ทั้งหมด 11,086 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่ม เป็นลำดับขั้นจากชุมชนแล้วเข้ามาตรวจเพิ่มเติม ที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลห้วยพลู อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2566-พฤษภาคม 2567 จำนวน 368 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. สัญชาติไทย ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย
2. อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลห้วยพลู
3. สามารถสื่อสารด้วยการฟังและพูด ภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลห้วยพลู
2. ผู้ที่ไม่ได้ต้องการจะร่วมโครงการวิจัย หรือ เข้าร่วมแล้วและต้องการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อความ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการดื่ม สุรา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติโรคเรื้อรัง ดัชนีมวลกาย

2. แบบประเมิน 9 ด้าน ในผู้สูงอายุซึ่งเป็นการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน mini cog ซึ่งเป็นแบบประเมินคัดกรอง ด้านความคิดความจำ (cognitive decline) ของผู้สูงอายุ

3. แบบประเมินปัจจัยทางพฤติกรรมสุขภาพ และอาหารของผู้สูงอายุ

4. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) ประกอบด้วย

4.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activities of daily living: BADL)

4.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นซับซ้อน โดยมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (instrument activities of daily living: IADL) ของสถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

5. แบบประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่อง เล็กน้อย (Montreal cognitive assessment: MoCA) เป็นแบบ ประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ได้จากการสุ่ม เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม

2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจะส่งต่อผู้ป่วยพร้อมแบบประเมินมายัง โรงพยาบาลห้วยพลูเพื่อเจาะเลือดตรวจสุขภาพทั่วไป เช่น ตรวจหา เบาหวาน ไบรอนในเลือด ซึ่งเป็นแนวทางการตรวจผู้สูงอายุของโรงพยาบาลห้วยพลูอยู่แล้ว รวมทั้งตรวจหาภาวะซีด โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ ผู้ชายใช้ค่าฮีโมโกลบิน (Hb) น้อยกว่า 13 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้หญิงใช้ค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 12 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยที่มีภาวะซีดจะได้รับการรักษาและติดตามอาการต่อไปในคลินิกผู้สูงอายุ แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ของ تیمดูแล ผู้สูงอายุของโรงพยาบาล จะประเมินภาวะการรู้คิด บกพร่องเล็กน้อยด้วยแบบทดสอบ MoCA ผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับประโยชน์ คือได้รับการ

ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุและแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา ได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี และได้รับคำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพในด้านต่าง ๆ จากการเข้าร่วมวิจัย ในครั้งนี้

แนวทางการวินิจฉัยภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย

เบื้องต้นผู้สูงอายุจะได้รับการประเมิน mini-cog จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล หากพบความผิดปกติ คือคะแนนน้อยกว่า 4 คะแนน จะประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบทดสอบ ADL (basic and instrumental ADL) และแบบประเมิน MoCA เพื่อวินิจฉัยภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย การวินิจฉัย MCI ในเวชปฏิบัติทั่วไปประกอบด้วยการซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด การตรวจคัดกรอง ด้วยแบบทดสอบสมอง การตรวจร่างกายโดยเฉพาะ การตรวจทางระบบประสาท และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น MCI จะได้รับการดูแลต่อไปโดยผู้ป่วยและญาติจะได้รับความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวและได้รับการบันทึกชื่อเพื่อรอเข้าโครงการ

TEAM V ซึ่งเป็นโปรแกรมสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะ ปรีชานบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งทางโรงพยาบาลมีโครงการ จะส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมกับทางสถาบันผู้สูงอายุต่อไป เพื่อมาดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) โดยเปรียบเทียบข้อมูลแจกแจงด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบปัจจัยเดียวด้วยการวิเคราะห์การถดถอย ลอจิสติก (logistic regression) และครวละหลาย ปัจจัยด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบลอจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression) รายงานความเสี่ยง ด้วย odds ratio (95% CI) โดยทุกการทดสอบกำหนด ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 368 คน เพศชาย ร้อยละ 34.5 เพศหญิง ร้อยละ 65.5 อายุเฉลี่ย 68.95 ± 7.01 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน (n = 368)	ร้อยละ
เพศ	368	
- ชาย	127	34.5
- หญิง	241	65.5
อายุ (ปี); mean $\pm$ SD 68.95 ± 7.01	368	
- ≤ 70 ปี	238	64.7
- > 70 ปี	130	35.3
สถานภาพสมรส	366	
- โสด/หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	140	38.3
- สมรส/อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้จดทะเบียน	226	61.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n = 368)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด	366	
- ตั้งแต่ประถมศึกษาลงไป	290	79.2
- สูงกว่าประถมศึกษา	76	20.8
สิทธิการรักษา	367	
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	317	86.4
- สิทธิการรักษาอื่น ๆ	50	13.6
ลักษณะชุมชนที่อาศัยอยู่ปัจจุบัน	366	
- เขตเทศบาล	125	34.2
- นอกเขตเทศบาล	241	65.8
รายได้ครัวเรือนโดยเฉลี่ย	360	
- <10,000 บาท/เดือน	181	50.3
- ≥10,000 บาท/เดือน	179	49.7
อาชีพ	347	
- เกษตรกร	135	38.9
- อื่น ๆ	212	61.1

2. ความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยและภาวะซีดในผู้สูงอายุ

ความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุในการศึกษานี้เท่ากับ ร้อยละ 37.8 ความชุกของภาวะซีดของผู้สูงอายุในการศึกษานี้เท่ากับ ร้อยละ 36.9

ตารางที่ 2 ความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยและภาวะซีดในผู้สูงอายุ

ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย	จำนวน (n = 368)	ร้อยละ
มี	139	37.8
ไม่มี	229	62.2
ภาวะซีดในผู้สูงอายุ	จำนวน (n = 336)	ร้อยละ
มี	124	36.9
ไม่มี	212	63.1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์สูง ระดับความถี่ของไต ระดับไขมันเอชดีแอลซี

(HDL cholesterol) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี มีโอกาสมีภาวะปริมาตรบกพร่องเล็กน้อยเป็น 1.813 เท่า ของผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี เป็นต้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะปริมาตรบกพร่องเล็กน้อย

ปัจจัยเสี่ยง	MCI		Crude OR	95% CI for OR	p-value
	Yes (ร้อยละ)	No (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	37	63	1		
หญิง	38.2	61.8	1.051	0.674–1.639	.826
อายุ					
≤70	32.8	67.2	1		
>70	46.9	53.1	1.813	1.170–2.810	.008
ที่อยู่อาศัย					
เขตเทศบาล	50.4	49.6	2.249	1.442–3.507	<.001
นอกเขตเทศบาล	31.1	68.9	1		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาลงไป	41.4	58.6	2.275	1.276–4.055	.005
สูงกว่าประถมศึกษา	23.7	76.3	1		
รายได้ของครอบครัว					
≤10,000 บาท/เดือน	44.2	55.8	1.695	1.103–22.606	.016
>10,000 บาท/เดือน	31.8	68.2	1		
ภาวะซีด					
มี	46.8	53.2	1.479	0.944–2.319	.088
ไม่มี	37.3	62.7	1		
รับประทานอาหารจานด่วน					
ไม่มีเลย	33.8	66.2	1		
บางครั้ง-มาก	54.9	45.1	2.389	1.412–4.042	.001
รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง					
ไม่มีเลย	43.8	56.2	1.584	1.034–2.426	.035
บางครั้ง-มาก	33	67	1		
รับประทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์สูง					
ไม่มีเลย-บางครั้ง	33.1	66.9	1		
มาก	50	50	2.023	1.258–3.254	.004

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะปริชนบกพร่องเล็กน้อย (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	MCI		Crude OR	95% CI for OR	p-value
	Yes (ร้อยละ)	No (ร้อยละ)			
CKD (eGFR)					
Gr 1–2	37.7	62.3	1		
Gr 3–5	54.5	45.5	1.985	1.048–3.761	.035
HDL-C					
≤55	35.2	64.8	1		
>55	48.5	51.5	1.734	1.013–3.639	.016

หลังจากปรับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ แล้ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะซีดมีโอกาส 1.257 เท่า ที่จะมีความผิดปกติของปริชนบกพร่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซีด (อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงไปมีโอกาส 1.975 เท่า ที่จะมีความผิดปกติของปริชนบกพร่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหาร

จานด่วนมีโอกาส 2.872 เท่า ที่จะมีความผิดปกติของปริชนบกพร่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานอาหารจานด่วนเลย (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเลยมีโอกาส 1.749 เท่า ที่จะมีความผิดปกติของปริชนบกพร่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบางครั้ง-มาก (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติกพหุคูณที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปริชนบกพร่องเล็กน้อย

ปัจจัยเสี่ยง	Adj OR	95% CI for OR	p-value
เพศ			
ชาย	1		
หญิง	0.709	0.409–1.229	.221
อายุ			
≤70	1		
>70	1.481	0.868–2.528	.150
ที่อยู่อาศัย			
เขตเทศบาล	1.501	0.825–2.729	.183
นอกเขตเทศบาล	1		
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาลงไป	1.975	1.020–3.823	.044
สูงกว่าประถมศึกษา	1		

ตารางที่ 4 วิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติกพหุคูณที่มีความสัมพันธ์กับภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อย (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	Adj OR	95% CI for OR	p-value
รายได้ของครอบครัว			
≤10,000 บาท/เดือน	1.249	0.747–2.090	.396
>10,000 บาท/เดือน	1		
ภาวะซีด			
มี	1.257	0.733–2.155	.405
ไม่มี	1		
รับประทานอาหารจานด่วน			
ไม่มีเลย	1		
บางครั้ง-มาก	2.872	1.441–5.724	.003
รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง			
ไม่มีเลย	1.749	1.033–2.961	.037
บางครั้ง-มาก	1		
รับประทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์สูง			
ไม่มีเลย-บางครั้ง	1		
มาก	1.351	0.737–2.477	.330
CKD (eGFR)			
Gr 1–2	1		
Gr 3–5	1.935	0.880–4.257	.101
HDL-C			
≤55	1		
>55	0.693	0.406–1.185	.180

วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยที่ ร้อยละ 37.8 ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาในทวีปเอเชีย ที่พบความชุกของภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยที่ ร้อยละ 5 ถึง 20 ในประเทศจีนพบความชุกที่ ร้อยละ 14.7 ในประเทศอินเดียพบความชุกที่ ร้อยละ 26.06 ในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่ามีความชุกอยู่ที่ ร้อยละ 18.6–71.4¹ และพบภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังในประเทศไทย ร้อยละ 52.76 อีกการศึกษา

หนึ่งพบความชุกของ MCI โดยรวมในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ ร้อยละ 6.7–25.2 ความชุกของภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยจะสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น² อีกการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65–69, 70–74, 75–79, และ 80 ปีขึ้นไป เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 18.7, 28.5, 26.4, และ 33.9 ตามลำดับ จากการศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) คิดเป็นร้อยละ 80.6 และมีการศึกษาในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 16.7 ส่วนการศึกษา

ในต่างประเทศที่ศึกษา ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ร้อยละ 21.2 ความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยในการศึกษาต่าง ๆ ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องวิธีการวิจัย เช่น สถานที่ทำการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ประเมินช่วงอายุที่ทำการวิจัย ระดับการศึกษาและอาชีพของประชากรที่ทำการวิจัย^{5,9}

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ ร้อยละ 36.9 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2565 จำนวน 8,935 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ ร้อยละ 38.2¹⁰ บางการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยสูงกว่าต่างประเทศกว่า 2 เท่า โดยรายงานในต่างประเทศอยู่ระหว่าง ร้อยละ 5.5–37.88 และประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง ร้อยละ 16.5–62.61 พบภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จนสูงสุดร้อยละ 60.7 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป⁴ อีกการศึกษาหนึ่งเป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบทั่วโลกพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 2.9–61 ในผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 3.3–41 ค่าที่แตกต่างกันมากนี้ ขึ้นกับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ สถานที่ที่ทำการศึกษาสภาวะสุขภาพของกลุ่มประชากรที่ศึกษา และเกณฑ์ในการใช้วินิจฉัยภาวะซึมเศร้า¹¹

การศึกษานี้พบว่าหลังจากปรับอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ แล้ว ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีโอกาส 1.257 เท่าที่จะมีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ แต่ก็มีข้อมูลจากหลายการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยอย่างเช่นการศึกษาของ Dlugaj และคณะ⁶ ในประเทศเยอรมนี จากการทบทวนอย่างเป็นระบบในหลาย ๆ งานวิจัยก็พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะปริชานบกพร่อง^{5,7}

ในส่วนของปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร जानด่วน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ในเรื่องของระดับการศึกษา มีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมามีคือ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หมายความว่าระดับการศึกษายังต่ำภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะยิ่งสูง พบว่าผู้ที่ได้รับ การศึกษาน้อยกว่า 9 ปี มีอัตราการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมากกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษา มากกว่า 13 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยอาจขาดประสบการณ์ในการจัดการกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง มีการศึกษาปัจจัยต่อการเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยในประเทศไทยพบว่าในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี) มีโอกาสเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยมากเป็น 1.74 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาเกินกว่า 4 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับอีกการศึกษาหนึ่ง ที่พบว่าในผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี มีโอกาสเกิดภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย เป็น 1.50 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{1,3} ส่วนการบริโภคอาหาร जानด่วนก็มีความสัมพันธ์เชิงบวกด้วยเช่นกัน จากการศึกษาในผู้สูงอายุที่รับประทานอาหาร जानด่วนมีโอกาส 2.872 เท่าที่จะมีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานอาหาร जानด่วนเลย สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศหลาย ๆ การศึกษาที่เป็นไปในการทำนองเดียวกันว่าหากบริโภคอาหารแปรรูปสูง (ultra-processed food) ไปนาน ๆ จะนำไปสู่ภาวะปริชานที่แย่ลง^{12,13}

สรุป

ความชุกของภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยในการศึกษานี้เท่ากับ ร้อยละ 37.8 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการศึกษานี้เท่ากับ ร้อยละ 36.9 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยและภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ แต่พบว่าระดับการศึกษา พฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อยของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้สูงอายุในชุมชนทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล, และเจ้าหน้าที่คลินิกผู้สูงอายุทุกท่านที่ช่วยเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ภริณีวิทย์ อนันต์ติลลภพ. ภาวะปริซานบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment or mild neurocognitive disorder). วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566;17(1):392-8.
2. ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะ, มัญชุมาส มัญจาวงษ์. ภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย. วารสารอายุรศาสตร์ ม.ขอนแก่น 2563;1:25-35.
3. ปิยะกร ไพรสนธิ์, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. วารสารสภาการพยาบาล 2560;32(1):64-80.
4. Griffiths J, Thakruea L, Wongpakaran N, et al. Prevalence of mild cognitive impairment in rural Thai older people, associated risk factors and their cognitive characteristics. Dement Geriatr Cogn Dis Extra 2020;10(1):38-45. doi: 10.1159/000506279.
5. Kung WM, Yuan SP, Lin MS, et al. Anemia and the risk of cognitive impairment: an updated systematic review and meta-analysis. Brain Sci 2021;11(6):777. doi: 10.3390/brainsci11060777
6. Dlugaj M, Winkler A, Weimar C, et al. Anemia and mild cognitive impairment in the German general population. J Alzheimers Dis 2016;49(4):1031-42. doi: 10.3233/JAD-150434.
7. Kim HB, Park B, Shim JY. Anemia in association with cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. J Alzheimers Dis 2019;72(3):803-14. doi: 10.3233/JAD-190521.
8. World Health Organization. Prevalence of anemia in older people [internet]. 2024 [cited 2024 August 11]; Available from: URL: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/prevalence-of-anemia-in-older-people>
9. ปิยะกร ไพรสนธิ์, พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. วารสารสภาการพยาบาล 2560;32(1):64-80.
10. Karopongse E, Srinonprasert V, Chalerm Sri C, et al. Prevalence of anemia and association with mortality in community-dwelling elderly in Thailand. Sci Rep 2022;12(1):7084. doi: 10.1038/s41598-022-10990-7.

11. Beghé C, Wilson A, Ershler WB. Prevalence and outcomes of anemia in geriatrics: a systematic review of the literature. *Am J Med* 2004;116(Suppl 7A):3S–10S. doi: 10.1016/j.amjmed.2003.12.009.
12. Gomes Gonçalves N, Vidal Ferreira N, Khandpur N, et al. Association between consumption of ultraprocessed foods and cognitive decline. *JAMA Neurol* 2023;80(2):142–50. doi:10.1001/jamaneurol.2022.4397
13. Henney AE, Gillespie CS, Alam U, et al. High intake of ultra-processed food is associated with dementia in adults: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Neurol* 2024;271(1):198–210. doi: 10.1007/s00415-023-12033-1.

การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการ การพัฒนาคูณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดนครปฐม

Development of an Empowerment Model to Increase the Potential for Managing the Quality Criteria and Standards of Primary Health Care Services of Directors of Subdistrict Health Promoting Hospitals in Nakhon Pathom Province

สุภาภรณ์ เลี้ยงอำนาจ ศศ.ม.,
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
จังหวัดนครปฐม

Supaporn Liangamnuay M.A.,
Human Resource Officer, Speciality
Nakhon Pathom Provincial Health Office
Nakhon Pathom

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจฯ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการศึกษา: การวิจัยและพัฒนาแบบผสมวิธีที่ใช้ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อสำรวจความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 113 คน 2) ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 13 คน และ 3) ระยะที่ 3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย (1) การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 35 คน (2) ใช้แบบสรุปคะแนนตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 35 แห่ง และ (3) ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากประชาชนอายุ 20-80 ปี จำนวน 400 คน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทดสอบสมมติฐานด้วยค่าสถิติ independent sample t test, one-way ANOVA, และ paired t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา: ความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.6 (mean = 179.68, SD = 41.32) 2) รูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ คือ SER-SIA Model ประกอบด้วย S: support to receive work opportunities การสนับสนุนให้ได้รับโอกาสในงาน, E: encouragement support การเสริมสร้างขวัญกำลังใจ R: resource support การสนับสนุนทรัพยากร, S: support for self-motivation การสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในตนเอง, I: information support การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร, และ A: appreciating the value of work การทำให้เห็นคุณค่าในงาน และ 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า (1) ศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากคะแนนเฉลี่ย 169.20 คะแนน (SD = 34.79) เพิ่มขึ้นเป็น 211.91 คะแนน (SD = 25.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001) (2) ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จากคะแนนเฉลี่ย 227.60 คะแนน (SD = 8.44) เพิ่มขึ้นเป็น 243.57 คะแนน (SD = 6.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001) และประชาชนมีความพึงพอใจต่อคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90.3 (mean = 108.85, SD = 12.36)

สรุป: ควรรนำ SER-SIA Model ที่ผู้วิจัยค้นพบไปใช้เสริมพลังอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ: เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ การเสริมพลังอำนาจ บริการสุขภาพปฐมภูมิ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(4) : 591-607.

Abstract

Objective: The aim was to study the need to increase the potential for managing the quality criteria and standards of primary health care services. Development of an empowerment model and study the effectiveness of the empowerment model to increase the potential for managing the quality criteria and standards of primary health care services of directors of subdistrict health promoting hospitals.

Methods: A mixed method research was used, both quantitative and qualitative research, divided into 3 phases as follows, Phase 1 was a survey research to explore the need to increase the potential for managing the quality criteria and standards of primary health care services. A questionnaire was used to collect data from 113 directors of subdistrict health promoting hospitals.

Phase 2 was a qualitative research to develop an empowerment model to increase the potential for managing the quality criteria and standards of primary health care services by in-depth interviews with 13 experts. And Phase 3 was to study the effectiveness of the empowerment model to increase the potential for managing the quality criteria and standards of primary health care services, consisting of (1) quasi-experimental research with a single group measuring before-after. A questionnaire was used to collect data from 35 directors of subdistrict health promoting hospitals. (2) A summary score assessment according to quality criteria and standards in providing primary health care services, was used to collect data from 35 subdistrict health promoting hospitals. And (3) a questionnaire was used to collect data from 400 people aged 20–80 years. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values. Hypothesis testing was performed using independent sample t test, one-way ANOVA, and paired t test. The statistical significance was set at the .05 level.

Results: 1) The need to increase the potential for managing the quality criteria and standards of primary health care services of the directors of subdistrict health promoting hospitals were mostly at a high level of 49.6 percent (mean = 179.68, SD = 41.32). 2) The empowerment model to increase the potential to manage the quality criteria and standards of primary health care services was the SER-SIA Model, consisting of “Support” to receive work opportunities; “Encouragement” support; “Resource” support; support for “Self-motivation”; “Information” support; and “Appreciating” the value of work. 3) Effectiveness of the empowerment model to increase the potential for managing the quality criteria and standards of primary health care services, (1) it was found that the potential to manage the quality criteria and standards of primary health care services increased from an average score of 169.20 (SD = 34.79) to 211.91 (SD = 25.81) with statistical significance at the .01 level (p-value < .001). (2) Self-assessment according to quality criteria and standards for primary health care services from an average score of 227.60 (SD = 8.44) increased to 243.57 (SD = 6.73) with statistical significance at the .01 level (p-value < .001). (3) The people were satisfied with the quality and standards of primary health care services at a high level of 90.3 percent (mean = 108.85, SD = 12.36).

Conclusion: The empowerment model discovered by the researcher, namely the SER-SIA Model, should be used to empower the directors of subdistrict health promoting hospitals in order to increase the potential for managing the quality criteria and standards of primary health care services.

Keywords: the quality criteria and standards of primary health care services, empowerment, primary health care services, health promoting hospital

Received: July 22, 2024; Revised: Aug 10, 2024; Accepted: Sept 29, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 591–607.

บทนำ

พัฒนาการการยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีมาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายในการปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยยกระดับสถานอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานบริการด่านหน้า และเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งถือเป็นก้าวสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ¹ โดยมีการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่เรียกว่า “เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือ PCA: Primary Care Award”² ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีการวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเป็นนโยบายสำคัญเพื่อให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน ภายใต้สโลแกน บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนสุขภาพดี³

ในปีงบประมาณ 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเป็นเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 เพื่อรองรับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดสุขภาวะแก่ประชาชนผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ มีแนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ^{4,5} ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความสำคัญ

มีการจูงใจบุคลากร และพัฒนาให้มีทักษะความสามารถ มีการสร้างค่านิยมร่วมกันโดยส่งเสริมให้มีความมุ่งมั่น ซื่อสัตย์ เสียสละ ทำงานเป็นทีม รวมทั้งดูแลและให้เกียรติผู้ร่วมงานอย่างเท่าเทียมกัน^{6,7}

จังหวัดนครปฐมมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 134 แห่ง อยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จำนวน 98 แห่ง และถ่ายโอนไปอยู่ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐมจำนวน 36 แห่ง จากการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในปีงบประมาณ 2566 พบว่าผ่านเกณฑ์จำนวน 115 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 19 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 14.2⁸ จากการทบทวนการศึกษาที่พบว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ประกอบกับยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ มีนโยบายเสริมสร้างสมรรถนะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีภาวะผู้นำที่มีความสามารถในการวางแผน กำหนดนโยบาย และทิศทางการดำเนินงานขององค์กร⁹

การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดนครปฐมที่ผ่านมา ดำเนินการภายใต้นโยบาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม โดยมีทีมพี่เลี้ยงของเครือข่ายสุขภาพอำเภอทำหน้าที่สนับสนุนและนิเทศงาน ปัญหาที่พบคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ยังขาดศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน และขาดความชัดเจนในการดำเนินงานตามองค์ประกอบของเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบกับในปีงบประมาณ 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามเป็นเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ดังกล่าว⁸ ทั้งนี้ ยังไม่เคยมีการศึกษาวิจัยถึงศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดนครปฐม โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน¹⁰ และประยุกต์ใช้เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566⁵

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D: research and development) ใช้การวิจัยแบบผสมวิธีแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากร ได้แก่ ผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 134 คน กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้ตารางคำนวณของเครจซีและมอร์แกน¹¹ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 103 คนผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างและป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 113 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

- 1) ปฏิบัติงานในหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปัจจุบันมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นเรื่องขอย้ายออกนอกเขตจังหวัดนครปฐม และผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นเรื่องขอลาออกจากราชการ 2) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (discontinuation criteria)

- 1) ผู้ที่เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย 2) ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความต้องการเพิ่มศักยภาพในการ

บริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่าตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท จำนวน 50 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน¹² วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3¹³ แปลผลดังนี้ น้อย = 50.00–116.66 คะแนน, ปานกลาง = 116.67–183.32 คะแนน, มาก = 183.33–250.00 คะแนน

แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อเท่ากับ 1.00 และผลจากการวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁴ ได้เท่ากับ 0.927

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทดสอบ

สมมติฐานด้วยสถิติ independent sample t test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (one-way ANOVA) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากร ได้แก่ 1) ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จำนวน 8 คน 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 8 คน 3) สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 7 คน 4) หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จำนวน 12 คน และ 5) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน กลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกด้วยวิธี snowball technique

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นเรื่องขอย้ายออกนอกเขตจังหวัดนครปฐม และผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นเรื่องขอลาออกจากราชการ 2) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (discontinuation criteria) 1) ผู้ที่เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย 2) ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงคำถามมาจากแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน¹⁰

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1. การเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพ

มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในมุมมองของท่านหมายถึงอะไร

ข้อ 2. ท่านคิดว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลแม่ข่ายควรเสริมพลังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างไร เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในด้านต่อไปนี้

1) ด้านการสนับสนุนให้ได้รับโอกาสในงาน (support to receive work opportunities)

2) ด้านการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ (encouragement support)

3) ด้านการสนับสนุนทรัพยากร (resource support)

4) ด้านการสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในตนเอง (support for self-motivation)

5) ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร (information support)

6) ด้านการทำให้เห็นคุณค่าในงาน (appreciating the value of work)

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมพลังอำนาจในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำให้มีความสมบูรณ์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของ แครบทรี่และมิลเลอร์¹⁵

เมื่อพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้แล้ว ผู้วิจัยจะนำ

รูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 35 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมพลังอำนาจ โดยการเปรียบเทียบศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจ เปรียบเทียบผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพ และมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจ และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจ โดยศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจ จำนวน 400 คน

3. การวิจัยระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมพลังอำนาจ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการ 3 ส่วน ดังนี้

3.1 การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (quasi-experimental research: one group, pre-test and post-test) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 35 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจุบันมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นเรื่องขอย้ายออกนอกเขตจังหวัดนครปฐม และผู้ที่อยู่ระหว่างการยื่นเรื่องขอลาออกจากราชการ และ 2) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (discontinuation criteria) 1) ผู้ที่เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการ

ศึกษาวิจัย 2) ผู้ที่ขอลอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 การได้รับการเสริมพลังอำนาจ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่าตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต จำนวน 30 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน¹² วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3¹³ แปลผลดังนี้ น้อย = 30.00–70.00 คะแนน, ปานกลาง = 70.01–110.00 คะแนน, มาก = 110.01–150.00 คะแนน

ส่วนที่ 2 ศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่าตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต จำนวน 50 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน¹² วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3¹³ แปลผลดังนี้ น้อย = 50.00–116.66 คะแนน, ปานกลาง = 116.67–183.32 คะแนน, มาก = 183.33–250.00 คะแนน

แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวิธีทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁴ ของการได้รับการเสริมพลังอำนาจ และศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้เท่ากับ 0.935 และ 0.921 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทดสอบ

สมมติฐานด้วยสถิติ paired t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ศึกษาผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการเสริมพลังอำนาจ

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสรุประเมินประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 (ฉบับปรับปรุง)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ paired t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิภายหลังการพัฒนาารูปแบบการเสริมพลังอำนาจ

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20–80 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 35 แห่ง จำนวน 171,045 คน กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้ตารางคำนวณของเครจซีและมอร์แกน¹¹ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 399 คน ผู้วิจัยจึงศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1) เคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 2) ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในรอบปีที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 ครั้ง 3) สามารถสื่อสารได้ตามปกติ และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจิต และ 2) ผู้มีปัญหาการได้ยินและมีปัญหาเกี่ยวกับความจำ

เกณฑ์การให้เลิกการศึกษา (discontinuation criteria) 1) ผู้ที่เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคต่อการศึกษา

วิจัย 2) ผู้ที่ขอถอนตัวออกจากโครงการศึกษาวิจัย และ 3) ผู้ที่เสียชีวิตระหว่างการศึกษารวบรวม

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพและ

มาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประเมินค่าตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ท จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน¹² วิเคราะห์ผลในภาพรวมโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนสูงสุดลดด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วย 3¹³ แปลผลดังนี้ น้อย = 25.00–58.33 คะแนน, ปานกลาง = 58.34–91.66 คะแนน, มาก = 91.67–125.00 คะแนน

แบบสอบถามมีค่าความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และผลจากการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁴ ได้เท่ากับ 0.916

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ independent sample t test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (one-way ANOVA) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โครงการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตามใบรับรองเลขที่ 69/2566 ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยระยะที่ 1

พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.2 มีอายุเฉลี่ย 51.81 ปี มีอายุราชการเฉลี่ย

30.4 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 75.2 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 80.5 ระดับตำแหน่งชำนาญการ ร้อยละ 66.4 ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ย 9.98 ปี เคยเข้าอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 80.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.3 และมีความมุ่งมั่นทุ่มเทในการทำงานเพื่อองค์กรและชุมชนอยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 93.7 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.6 (mean = 179.68, SD = 41.32) ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุราชการต่างกัน มีความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value = .009) ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยต่างกันโดยใช้ independent sample t test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

ปัจจัย	สถิติที่ใช้	ค่าสถิติ	p-value
เพศ	independent sample t test	1.640	.104
สถานภาพ	independent sample t test	.631	.530
การเข้าอบรมเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	independent sample t test	-.792	.430
โรคประจำตัว	independent sample t test	-.031	.976
ความมุ่งมั่นทุ่มเทในการทำงานเพื่อองค์กรและชุมชน	independent sample t test	-.622	.535
อายุ	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	1.309	.274
อายุราชการ	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	4.897	.009
ระดับการศึกษา	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	.248	.863
ระดับตำแหน่ง	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	1.876	.138
ระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	1.799	.155

ผลการวิจัยระยะที่ 2

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกสรุปได้ดังนี้ การเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรประกอบด้วยกระบวนการส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับ

โอกาสในงาน ได้รับการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในตนเอง และทำให้เห็นคุณค่าในงานอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของ
กิบสัน¹⁰ กับสรุปผลการสัมภาษณ์เชิงลึกมาพัฒนาจนได้
รูปแบบคือ SER-SIA Model ประกอบด้วย S: support
to receive work opportunities การสนับสนุนให้
ได้รับโอกาสในงาน, E: encouragement support
การเสริมสร้างขวัญกำลังใจ, R: resource support
การสนับสนุนทรัพยากร, S: support for self-
motivation การสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในตนเอง,

I: information support การสนับสนุนข้อมูล
ข่าวสาร, และ A: appreciating the value of work
การทำให้เห็นคุณค่าในงาน โดยรูปแบบ SER-SIA Model
มีค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์รายข้อ¹⁶
อยู่ระหว่าง 0.80–1.00 ผู้วิจัยจึงนำไปใช้เสริมพลัง
อำนาจฯ แก่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนต่อไป ดังมี
รายละเอียดของขั้นตอน/กระบวนการ และองค์ประกอบ
ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน
บริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการวิจัยระยะที่ 3

ภายหลังการพัฒนากระบวนการเสริมพลังอำนาจ
เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพ
มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่าผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการเสริมพลัง
อำนาจฯ ในระดับมาก ร้อยละ 91.4 (mean = 125.82,
SD = 12.96) ศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนา
คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ จากคะแนน

เฉลี่ย 169.20 คะแนน (SD = 34.79) เพิ่มขึ้นเป็น 211.91 คะแนน (SD = 25.81) และผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จากคะแนนเฉลี่ย 227.60 คะแนน

(SD = 8.44) เพิ่มขึ้นเป็น 243.57 คะแนน (SD = 6.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value < .001) ดังมีรายละเอียดในตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	n	Mean	SD	Mean difference	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
ก่อนการพัฒนา	35	169.20	34.79	-42.714	-56.459	-28.969	-6.315	.000
หลังการพัฒนา	35	211.91	25.81					

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	n	Mean	SD	Mean difference	95% CI		t	p-value
					Lower	Upper		
ก่อนการพัฒนา	35	227.60	8.44	-15.971	-17.828	-14.113	-17.475	.000
หลังการพัฒนา	35	243.57	6.73					

จากการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนพบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับมาก ร้อยละ 90.3 (mean = 108.85, SD = 12.36) เมื่อ

วิเคราะห์รายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านการจัดการบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ (mean = 4.42, SD = 0.51) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้ รายจ่าย การได้รับการเยี่ยมบ้าน และ มาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแตกต่างกัน
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังมีรายละเอียด
สุขภาพตำบลต่างกัน มีความพึงพอใจต่อคุณภาพและ ในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ความพึงพอใจ		
	Mean	SD	แปลผล
1. ด้านระบบบริหารจัดการ	4.27	0.56	มากที่สุด
2. ด้านการจัดการบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	4.42	0.51	มากที่สุด
3. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม	4.36	0.59	มากที่สุด
4. ด้านระบบสารสนเทศ	4.35	0.56	มากที่สุด
5. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	4.38	0.53	มากที่สุด
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	4.26	0.61	มากที่สุด
7. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค (คปส.)	4.27	0.60	มากที่สุด
8. ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	4.41	0.58	มากที่สุด
รวม	4.34	0.50	มากที่สุด

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยต่างกัน โดยใช้ independent sample t test และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)

ปัจจัย	สถิติที่ใช้	ค่าสถิติ	p-value
เพศ	independent sample t test	2.556	.011
สถานภาพ	independent sample t test	-2.664	.008
โรคประจำตัว	independent sample t test	-1.939	.053
การทำกิจกรรมในชุมชนร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	independent sample t test	-2.698	.007
อายุ	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	2.199	.054
ระดับการศึกษา	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	2.55	.027
อาชีพ	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	3.218	.004
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	8.196	<.001
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	5.736	<.001
การได้รับการเยี่ยมบ้านในรอบปีที่ผ่านมา	การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA)	3.970	.020

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยระยะที่ 1

จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุราชการต่างกันมีความต้องการเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าอายุราชการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี¹⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าประสบการณ์ในการทำงานส่งผลต่อการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรตามแนวทางการควบคุมการติดเชื้อทางทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่¹⁸

การศึกษาวิจัยระยะที่ 2

การเสริมพลังอำนาจเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ กิบสัน¹⁰ กล่าวว่า การเสริมพลังอำนาจเป็นการแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริมการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมการดำเนินงานของตนเองได้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นรูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ SER-SIA Model ซึ่งประกอบด้วย S: support to receive work opportunities การสนับสนุนให้ได้รับโอกาสในงาน, E: encouragement support การเสริมสร้างขวัญกำลังใจ, R: resource support การสนับสนุนทรัพยากร, S: support for self-motivation การสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจใน

ตนเอง, I: information support การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร, และ A: appreciating the value of work การทำให้เห็นคุณค่าในงานโดยเฉพาะงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งได้นำแนวคิดการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน มาพัฒนาเป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดนครนายก คือ SIM-CPR Model ประกอบด้วย S: support for self-motivation การสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในตนเอง, I: information support การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร, M: morale support การเสริมสร้างขวัญกำลังใจ, C: creating value in work การทำให้เห็นคุณค่าในงาน, P: providing job opportunities การให้โอกาสในงาน, และ R: resource support การสนับสนุนทรัพยากร¹⁹

การศึกษาวิจัยระยะที่ 3

จากการใช้รูปแบบการเสริมพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิตาม SER-SIA Model พบว่าศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้น คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้น และประชาชนมีความพึงพอใจต่อคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ จากการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการเสริมพลังอำนาจจึงเห็นโอกาสในงาน เห็นคุณค่าของงาน มีขวัญกำลังใจ มีแรงจูงใจ มีความมั่นใจในตนเอง ประกอบกับการได้รับสนับสนุนทรัพยากรและข้อมูลข่าวสารจึงสามารถบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่งผลให้ประชาชนมีความพึงพอใจต่อคุณภาพและมาตรฐานของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวประสบความสำเร็จ^{6,7}

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับการยกย่องชมเชย การเห็นคุณค่า และการมีแนวทางพัฒนาที่เป็นระบบชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเพิ่มขึ้น^{20,21} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบติดดาว จังหวัดอุดรธานี โดยเจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจากทีมพี่เลี้ยงที่เป็นสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล มีการประเมินผลแบบ coaching และมีการทำงานเป็นเครือข่ายส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 5 ดาว เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 35.5 ในปี 2558²² สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกำหนดนโยบายจากผู้บริหารที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาของทีมสหวิชาชีพ และการมีระบบกำกับนิเทศติดตามของทีมสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 5 ดาว ทุกแห่ง²³

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ด้วยการมีนโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินงานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้²⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังจากการพัฒนาระบบการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย โดยการให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกปฏิบัติการจัดการขยะติดเชื้อ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนจากผู้บริหารส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อเพิ่มขึ้น²⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังจากได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดนครนายก ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยศักยภาพในการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น¹⁹

ผู้วิจัยได้วัดผลลัพธ์สุดท้ายคือความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิตามการรับรู้ของประชาชนที่เคยใช้บริการ พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อการให้บริการทั้งในสถานบริการและในชุมชนอยู่ในระดับมาก เหตุผลที่ประชาชนมาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพราะความสะดวกในการเดินทางไม่แออัด บริการรวดเร็ว เจ้าหน้าที่เก่งและทำงานดี มีความสนิทสนมคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ที่มีแพทย์มาตรวจ และมียาจ่ายให้เหมือนกับที่ได้รับจากโรงพยาบาล²⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังจากพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี ประชาชนได้รับการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพมากขึ้น²⁷

สรุป

การเสริมพลังอำนาจตาม SER-SIA Model ทำให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับโอกาสในงาน มีขวัญกำลังใจที่ดี ได้รับสนับสนุนทรัพยากร และข้อมูลข่าวสาร ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และเห็นคุณค่าในงาน จึงส่งผลให้มีศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายคือประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรนำ SER-SIA Model ไปใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมพลังอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาความรู้ความสามารถ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่าย ทักษะการสื่อสาร ทักษะการประสานงาน ทักษะการคิดเชิงบวก พัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) พัฒนาด้านเจตคติโดยมีการนิเทศติดตามและเยี่ยมเสริมพลังเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้ความคิดสร้างสรรค์ ใช้ความคิดเชิงกลยุทธ์ ความคิดนอกกรอบ และมองหาวิถีใหม่ ๆ มาปรับปรุงกระบวนการทำงาน สนับสนุนทรัพยากรและข้อมูลข่าวสารอย่างครอบคลุมและเป็นธรรมในการดำเนินงานยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแก่ประชาชน บุคลากรสาธารณสุขควรมุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยการทำงานเชิงรุกในชุมชนรวมทั้งการเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปฏิบัติ

ในชุมชน ทั้งนี้ ในการดูแลสุขภาพประชาชนควรคำนึงถึงความแตกต่างในด้านเพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และรายจ่ายด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดีจากการให้ความร่วมมือของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายวิโรจน์ รัตนอมรสกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ที่สนับสนุนให้ศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ขอบพระคุณ นายเนตร มณีเทศ และนายทินกร ชื่นชม นายแพทย์เชี่ยวชาญ และนางน้ำฝน โพธิ์สุพรรณพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน; 2561.
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary care award). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2552.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2559.
4. ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร. คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: URL: <http://gishealth.moph.go.th/pcu/download/document2.pdf>

5. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.
6. หทัยรัตน์ คงสืบ, วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2562;5(1):72-84.
7. นิลุบล ลือชาเกียรติศักดิ์. ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว เครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2565;36(2):37-49.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. รายงานผลการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดนครปฐม [เอกสารอัดสำเนา]. นครปฐม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม; 2567.
9. ไพจิตร วราชิต, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล, นิทัศน์ รวยยาว, และคณะ. บรรณาธิการ. คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2555.
10. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991;16(3):354-61. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10. doi: 10.1177/001316447003000308.
12. อัจฉรา ประเสริฐสิน. เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2563.
13. Best JW, Kahn JV. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1986.
14. Cronbach LJ. Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich; 1977.
15. Crabtree BF, Miller WL. Doing qualitative research: multiple strategies. Thousand Oaks, CA: Sage; 1992.
16. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity: Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association. AERA 1976;5(3):1-37.
17. สุทิสภา อาภาเกสัช. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน 2563;6(3):86-95.
18. อรพรรณ จันทรา, พรทิพย์ กิระพงษ์, นิตยา เพ็ญศิริณา. การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างและการปฏิบัติของทันตบุคลากรตามแนวทางการควบคุมการติดเชื้อทางทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2564;15 (37):298-311.
19. ไพโรจน์ กวินเลิศวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดนครนายก. วารสารแพทย์เขต 4-5 2567;43(1):157-70.

20. จำรัส พรหมบุญ, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, สุรพร ลอยหา. การพัฒนากระบวนการบริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่อม อำเภोधักขันธ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558;12(1):23-30.
21. วัฒนา สว่างศรี, อติศักดิ์ ไทแก้ว. การพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดพัฒนา อำเภอมะนังมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2558;12(1):123-30.
22. กรรณิการ์ ฮวดหลี. ผลการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (คปสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบติดดาว (คปสอ.ติดดาว และ รพ.สต.ติดดาว) จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560;25(1):76-84.
23. สิทธิชัย สารพัฒน์, ยุทธชัย นพพิบูลย์. รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาตรฐาน 5 ดาว ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม 2564;1(2):33-48.
24. สมัย ลาประวัตติ. การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2566;2(1):104-12.
25. อนุ เอี่ยมทอง, เสน่ห์ แสงเงิน. การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสุโขทัย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2562;2(2):1-14.
26. มณีนรัตน์ ปัจจะวงษ์, ปิยะนุช พรหมสาขาณ สกนนคร. ประเมินผลการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิตามการรับรู้ของประชาชนที่เคยใช้บริการ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2563;28(3):295-05.
27. ปราณี พระโรจน์. การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563;13(2):186-95.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตพื้นที่ตำบลหนองปลาไหล อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร

The Effects of Self-Management Programs on Glycated Hemoglobin Level of Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Nong Pla Lai Subdistrict, Wang Sai Phun District, Phichit Province.

นิสาร์ตน์ ศรีนามนต์ พย.บ.,
รัชณี พรหมอยู่ พย.บ.,
พัลลภา กุลเทศ ส.ม.,
อติตยา อุ่นตาดี ส.บ.,
เสาวนีย์ ธูปหอม ส.ม.,
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทรายพูน
จังหวัดพิจิตร
ชุลีพร ปิยสุทธิ ปร.ด.,
จันทิมา นวะมะวัฒน์ ส.ด.,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สวรรคประชารักษ์ นครสวรรค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Nisarath Srinamont B.N.S.,
Ratchanee Promyoo B.N.S.,
Pullapa Kulte M.P.H.,
Atitaya Auntee B.P.H.,
Saowanee thuphoom M.P.H.,
Wangsaiphun District Health Office
Pichit
Chuleeporn Piyasut Ph.D.,
Juntima Nawamawat Dr.P.H.,
Boromarajonani college of nursing,
Swanpracharak Nakhonsawan
Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1C มากกว่าร้อยละ 7 และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองปลาไหล อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร คัดเลือกแบบการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 ราย สุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึก

การจัดการตนเอง แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการจัดการตนเอง และตารางบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 14 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ paired t test และ independent t test

ผลการศึกษา: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 8.31 (SD = 0.95) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 7.61 (SD = 1.21) โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .64$) ของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สรุป: ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น และสามารถนำมาใช้ในงานคลินิกโรคเบาหวานเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้, โปรแกรมการจัดการตนเอง
วารสารแพทย์เขต 4-5 2567 ; 43(4) : 609-623.

Abstract

Objective: The purpose was to evaluate the effectiveness of a self-management program on glycated hemoglobin (HbA1C) control in patients with uncontrolled glycemic type 2 diabetes.

Methods: A quasi-experimental study with pretest-posttest designs was conducted. The sample consisted of diabetes patients with HbA1C levels $>7\%$, in Nong Plalai Subdistrict, Wang Sai Phun District, Phichit Province. A total of 60 participants were recruited using a simple random sampling method and equally divided into two groups: 30 in an experimental group and 30 in a control group. The tool included a self-management program for controlling glycated hemoglobin in patients with uncontrolled type 2 diabetes. The data collection instrument was a self-management record consisting of three sections: personal information, self-management record, and a blood sugar recording table. Data was collected over 14 weeks during the experimental group receiving the self-management program, while the control group received standard care. Data analysis included frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and hypothesis testing with paired t test and independent t test.

Results: The experimental group showed a statistically significant reduction of mean glycated hemoglobin levels before and after the intervention ($p < .05$), with a pre- intervention mean of 8.31% of total hemoglobin (SD = 0.95) and a post- intervention mean of 7.61% (SD = 1.21). However, no statistically significant difference ($p > .05$) was found in the post- intervention mean glycated hemoglobin levels between the experimental and control groups.

Conclusion: The findings suggested that the self- management program helped patients with type 2 diabetes improve blood sugar control. This program could be integrated into diabetic clinic to enhance the quality of care for patients with type 2 diabetes.

Keyword: type II diabetes patients, uncontrolled blood glucose, self-management program

Received: July 25, 2024; Revised: Aug 11, 2024; Accepted: Oct 1, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 609–623.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และมีแนวโน้มที่ประชาชนจะเจ็บป่วยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกระบุว่า ใน ค.ศ. 2030 จะมีประชากรโรคเบาหวานเพิ่มเป็น 2 เท่า และจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนถึง 3.2 ล้านคน/ปี หรือ 6 คนในทุก 1 นาที สำหรับประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 32.21 ใน พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 63.44 ใน พ.ศ. 2561 โดยที่ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ได้ดี (HbA1C น้อยกว่าร้อยละ 7 ของจำนวนฮิโมโกลบินทั้งหมด) มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 57.15 ใน พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 39.68 ใน พ.ศ. 2560¹ สำหรับจังหวัดพิจิตรจากสถิติปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ร้อยละ 0.73 โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มภาวะก่อนเบาหวานในปีที่ผ่านมาสูงถึง ร้อยละ 2.53 นอกจากนี้ยังพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 10.14 ในกระบวนการรักษาตลอดช่วงระยะการเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียง ร้อยละ 40.04 เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นใน พ.ศ. 2561–2565 คิดเป็นร้อยละ 2.73, 2.98, 3.04, 2.27, และ 2.23 ตามลำดับ สุดท้ายประชาชนที่เป็นโรคเบาหวานมีอัตราป่วยตายร้อยละ 1.85 สำหรับอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าร้อยละ 40 มีจำนวน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอดงเจริญ, อำเภอวังทรายพูน, อำเภอเนินนารัง, อำเภอ

โพทะเล, อำเภอดงเจริญ, และอำเภอโพธิ์ประทับช้าง² เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้¹ สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนดเป้าหมายของการรักษาคือ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 70–130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และระดับน้ำตาลสะสมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 จึงจะทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้³

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ที่ผ่านมา^{4–6} พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความสัมพันธ์กับการขาดความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง การจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนแนวทางในการจัดการโรคเบาหวานจะต้องเน้นให้ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรค โดยประชาชนควรได้รับการคัดกรองโรค และจำแนกกลุ่มผู้ที่ได้รับการคัดกรองออกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เป็นโรค และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค แล้วจึงสามารถให้การดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีภาวะก่อนเบาหวานให้จัดบริการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดโอกาสเกิดโรค กลุ่มผู้ป่วยจะให้มีการปรับการรักษาทางยาเพื่อให้มีระดับน้ำตาลสะสมที่เหมาะสมกับระยะของการเจ็บป่วย ตรวจติดตามระดับน้ำตาลทั้งการตรวจติดตามด้วยตนเองหรือการตรวจติดตามโดยบุคลากรสาธารณสุข การให้ความรู้และสร้างทักษะในการดูแลโรคเบาหวานด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ⁷ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตรได้จัดบริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทักษะในการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม การให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การจัดการกับปัญหาเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยการฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร อาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การใช้ยา แต่ยังคงพบผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานอยู่ การที่จะทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมค่าน้ำตาลได้โดยมีส่วนร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องทั้งการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้สำเร็จ จะต้องอาศัยความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์^{8,9} ซึ่งเป็นกระบวนการที่สามารถกระตุ้นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือการตั้งเป้าหมาย (goal-setting), การติดตามตนเอง (self-monitoring), การประเมินผลตนเอง (self-evaluation), และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ร่วมกัน มาเป็นกรอบในการพัฒนา

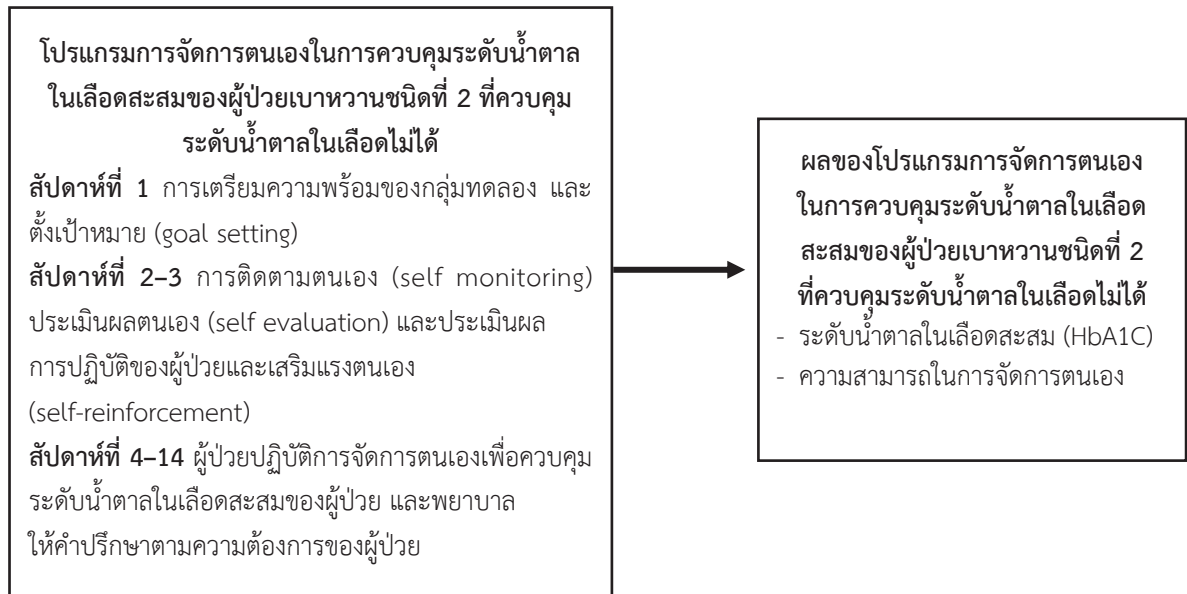
รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับ HbA1C ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แห่งของตำบลหนองปลาไหล อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นสามารถลดระดับ HbA1C ลงได้ แต่ยังคงพบมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานอยู่และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการถอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกระบวนการดูแลดังกล่าวพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานควรเน้นการจัดการตนเองเรื่องการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ปรับปรุงรูปแบบนั้น และนำมาใช้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับ HbA1C ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ จะสามารถจัดการตนเองทั้งด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ทักษะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับ HbA1C ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตพื้นที่ตำบลหนองปลาไหล อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับ HbA1C ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตพื้นที่ตำบลหนองปลาไหล อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดมีกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group with pretest and posttest quasi experimental research) มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ของอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร จำนวนตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ได้จำนวนตัวอย่าง 60 ราย

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าคือ อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีระดับ HbA1C มากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตวายระดับ 5 และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

กำหนดเกณฑ์การให้ยุติจากการศึกษาวิจัย กรณีกลุ่มตัวอย่างเกิดความผิดปกติซึ่งเป็นผลจากโปรแกรม หรือกลุ่มตัวอย่างออกจากโปรแกรมมากกว่าร้อยละ 50

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการสุ่มอย่างง่ายจนครบจำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับ HbA1C ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการตรวจสอบด้านความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ จำนวน 2 ท่าน

แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of consistency: IOC) เท่ากับ 1.00 ทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับวิธีการนำไปใช้ และนำมาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 1 แห่ง แล้ววัดผล พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกการจัดการตนเอง แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการจัดการตนเอง และตารางบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจสอบคุณภาพแบบบันทึกการจัดการตนเองโดยการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ จำนวน 2 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่า ดัชนีความสอดคล้อง (index of consistency: IOC) ได้ เท่ากับ 1.00 ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วแบบพกพาและเครื่องตรวจระดับ HbA1C ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลวังทรายพูน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 14 สัปดาห์ โดยมีการจัดการกระทำกับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย
2. บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลระดับ HbA1C ก่อนเข้าร่วมโครงการ

3. ให้การดูแลตามมาตรฐาน/ แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายสุขภาพอำเภอวังทรายพูนตลอดระยะเวลา 14 สัปดาห์

4. ตรวจระดับ HbA1C หลังสิ้นสุด 14 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย
2. บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลระดับ HbA1C ก่อนเข้าร่วมโครงการ

3. ประชุมชี้แจงผู้ร่วมวิจัยที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขเพื่อทำความเข้าใจรายละเอียดของโครงการวิจัย และการนำไปโปรแกรมไปใช้

4. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4.2 บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลระดับ HbA1C ก่อนเข้าร่วมโครงการ

4.3 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การตั้งเป้าหมาย

1. ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง และอธิบายทำความเข้าใจการประเมินระดับความเสี่ยง ระดับ HbA1C <7% (ความเสี่ยงต่ำ) คือกลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับ HbA1C สูง 7-7.9% (ความเสี่ยงปานกลาง) คือกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะต้น และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ระดับ HbA1C ≥8% คือกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นผลที่เท่า มีประวัติถูกตัดอวัยวะเนื่องจากเบาหวาน มีการมองเห็นลดลงจากความผิดปกติของ

หลอดเลือดที่จอประสาทตา หรือมีอัตราการกรอง
ของไตเท่ากับ 30–59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร

2. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการติดตามระดับน้ำตาล
ในเลือด การใช้เครื่องตรวจน้ำตาลแบบพกพา การบันทึก
ค่าของระดับน้ำตาลในเลือด และวิธีการใช้สมุดบันทึก
การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดใช้เวลา 1.50 ชั่วโมง

3. ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับ การติดตามระดับ
น้ำตาลในเลือด การใช้เครื่องตรวจน้ำตาลแบบพกพา
การบันทึกค่าของระดับน้ำตาล และวิธีการใช้สมุด
บันทึกการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การเปรียบเทียบ
ค่าของน้ำตาลจากกราฟในสมุด ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 2–3 ลงมือปฏิบัติและติดตาม
ตนเอง** เกี่ยวกับ

1. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะ
ที่ปลายนิ้วด้วยตนเองวันละ 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ช่วงเวลาก่อนรับประทานอาหาร
เครื่องดื่ม/ก่อนอาหารเช้า

ครั้งที่ 2 ช่วงเวลาก่อนรับประทานอาหาร
เย็น

2. บันทึกผลของค่าระดับน้ำตาลในเลือด และ
ทำเครื่องหมาย X ลงในตารางบันทึกค่าระดับน้ำตาล
ในเลือด ตามช่องสีที่กำหนดไว้

3. บันทึกรายการอาหารและปริมาณอาหาร
ที่รับประทานทุกชนิดในแต่ละวันลงในสมุดบันทึก

ประเมินผลตนเอง (self-evaluation)
โดยให้แปลผลค่าระดับน้ำตาลที่ได้ในแต่ละช่วงเวลา
กับรายการอาหารและปริมาณอาหารที่รับประทาน
ในแต่ละวัน

**ประเมินผลการปฏิบัติของผู้ป่วยและเสริม
แรงตนเอง (self-reinforcement)** โดยการเยี่ยมบ้าน
และติดตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามโปรแกรม ดังนี้

1. ประเมินผลของระดับน้ำตาลในสมุดบันทึก
การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose
monitoring; BGM)

2. สัมภาษณ์ รับฟังปัญหา และชี้แนะวิธี
การสังเกตรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ
เปรียบเทียบกับค่าของระดับน้ำตาลที่ได้

3. เสริมแรงผู้ป่วยโดยการชื่นชมและให้กำลังใจ
เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรม
การจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

**สัปดาห์ที่ 4–13 ทบทวนการปฏิบัติตัว
ของตนเอง**

โดยให้ปฏิบัติตัวตามที่ได้จากการสังเกตและ
เรียนรู้จากอาหารที่รับประทานในแต่ละวันกับค่าระดับ
น้ำตาลที่ได้จากการเจาะเลือดด้วยตนเองที่ผ่านมา และ
หากพบว่าผู้ป่วยมีความสับสนในกิจกรรมใดกิจกรรม
หนึ่งที่ไม่สามารถให้คำปรึกษาผ่านระบบ social
network ผู้วิจัยจะลงไปเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษาเป็น
รายบุคคล

**สัปดาห์ที่ 14 ประเมินผลของการใช้โปรแกรม
การจัดการตนเอง** โดย

1. เจาะเลือดเพื่อตรวจหาค่า HbA1C
เปรียบเทียบกับค่า HbA1C ก่อนเข้าโปรแกรม

2. สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)
เพื่อประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการ
ตนเอง ใช้เวลา 30 นาที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
โครงการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เอกสารเลขที่โครงการวิจัย
2/2566 เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2566 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้
อธิบายรายละเอียดโปรแกรมและขอความยินยอมกับ
กลุ่มตัวอย่างก่อนลงดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้
กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวออกจากโปรแกรม
ได้ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายคุณลักษณะของ
กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง
ของผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ
paired t test กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติ $p < .05$

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่
มีอายุระหว่าง 50–74 ปี ร้อยละ 83.4 เพศหญิง
ร้อยละ 73.3 การศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษา
ร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.4 อาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 56.7 ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน

5–10 ปี มีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่รักษา
ด้วยยารับประทานอย่างเดียว ร้อยละ 93.3 และไม่พบ
ภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 96.7 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ
ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50–74 ปี ร้อยละ 80.0 เพศหญิง
ร้อยละ 80.0 การศึกษาสูงสุดที่ระดับประถมศึกษา
ร้อยละ 70.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.6 อาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 43.3 ส่วนด้านโรคเบาหวานพบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 5–10 ปี
มีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่รักษาด้วยยา
รับประทานอย่างเดียว ร้อยละ 66.7 และไม่พบภาวะ
แทรกซ้อน ร้อยละ 86.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
25–49	4	13.3	2	6.7
50–74	25	83.4	24	80.0
75 ปีขึ้นไป	1	3.3	4	13.3
เพศ				
ชาย	8	26.7	6	20.0
หญิง	22	73.3	24	80.0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	3.3	6	20.0
ประถมศึกษา	20	66.7	21	70.0
มัธยมศึกษา	8	26.7	2	6.7
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3
สถานภาพสมรส				
โสด	1	3.3	5	16.7
คู่	25	83.4	20	66.6
หม้าย/แยก/หย่าร้าง	4	13.3	5	16.7
อาชีพ				
รับจ้าง	4	13.3	8	26.7
ค้าขาย	5	16.7	2	6.7
เกษตรกร	17	56.7	13	43.3
ไม่ได้ทำงาน	4	13.3	7	23.3

ตารางที่ 1 ลักษณะจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามคุณลักษณะทั่วไป (ต่อ)

คุณลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)				
น้อยกว่า 5 ปี	6	20.0	6	20.0
5 ปีขึ้นไป-10 ปี	13	43.3	12	40.0
10 ปีขึ้นไป	11	36.7	12	40
การรักษา				
ยาเม็ด	28	93.3	20	66.7
ยาเม็ดและยาฉีด	2	6.7	10	33.3
ภาวะแทรกซ้อน				
ไม่มี	29	96.7	26	86.7
มี	1	3.3	4	13.3

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 8.31 (SD = 0.95) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 7.61 (SD = 1.21)

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 8.41 (SD = 0.21) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 8.37 (SD = 1.87) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับ HbA1C		Mean diff	Paired t test	p-value
	Mean	SD			
กลุ่มทดลอง (n = 30)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.31	.95			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	7.61	1.20	-0.60	3.04	.005*
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.41	1.21			
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	8.37	1.87	-0.04	.15	.878

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C		t-test	p-value
	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	7.61	1.20		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	8.37	1.87	1.89	.064

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ของกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 7.61 (SD = 1.20) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C เท่ากับ 8.37 (SD = 1.87) (ตารางที่ 3)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การควบคุมระดับ HbA1C ของกลุ่มทดลอง จำแนกตาม

ระดับ HbA1C พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่มีระดับ HbA1C <7 (ความเสี่ยงต่ำ) เพิ่มขึ้น โดยสัดส่วนที่เพิ่มในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนกลุ่มที่มีระดับ HbA1C ที่สูงเกินกว่า 7 ทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะมีสัดส่วนลดลง โดยสัดส่วนที่เพิ่มในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนและร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับ HbA1C ได้ จำแนกตามระดับ HbA1C ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ค่าระดับ HbA1C	กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ผลลัพธ์ เพิ่ม/ลด (คน)
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
<7 (ความเสี่ยงต่ำ)	กลุ่มทดลอง	-	-	9	30.0	+ 9
	กลุ่มเปรียบเทียบ	-	-	7	23.3	+ 7
7-7.9 (ความเสี่ยงปานกลาง)	กลุ่มทดลอง	12	40.0	10	33.3	- 2
	กลุ่มเปรียบเทียบ	14	46.7	6	20.0	- 8
≥8 (ความเสี่ยงสูง)	กลุ่มทดลอง	18	60.0	11	36.7	- 7
	กลุ่มเปรียบเทียบ	16	53.3	17	56.7	- 1

ผลลัพธ์ของโปรแกรมด้านการจัดการตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการจัดการตนเองโดยมีทบทวนรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละ

มื้อเปรียบเทียบกับค่าของระดับน้ำตาลที่ได้จากการเจาะเลือดที่ปลายนิ้วด้วยตนเองจากเครื่องเจาะน้ำตาลแบบพกพา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ทราบถึงการ

เปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดจากชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ/วัน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เป็นโปรแกรมที่เกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย ทั้งในรูปแบบการจัดโปรแกรมที่มีความครอบคลุม ทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูง การดูแลเท้าและการจัดการกับปัญหาเบื้องต้นอย่างถูกต้อง รวมถึงการมีสมุดบันทึกและมีระยะเวลาระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมนานเพียงพอ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นข้อมูลค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้วของตนเองและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงข้อมูลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง และจากการที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลผ่านทาง social network ทำให้มีความสะดวกรวดเร็วในการสอบถามข้อสงสัย และการได้รับข้อมูลสะท้อนกลับอย่างทันเวลา และตรงกับสภาพที่แท้จริงของปัญหาในแต่ละบุคคล ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ “ที่หมอ สอนให้ฉันตรวจน้ำตาลด้วยตัวเอง และจดไว้ว่าวันนี้ ฉันกินอะไรไปบ้าง จำนวนเท่าไร มันดีมากนะหมอ และฉันก็ตั้งใจจะระวังกินมาจนถึงวันนี้ น้ำตาลของฉันไม่สูงเหมือนเมื่อก่อนนี้แล้ว” DM11 และนอกจากนี้ทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองจากการเห็นผลลัพธ์โดยการสังเกตรายการอาหารที่รับประทานซึ่งมีการ ลงบันทึกทราย ละเอียดไว้ในแต่ละวัน และทบทวนการปฏิบัติตัวของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร

“ต่อไปคงต้องเลิกกินกาแฟของอย่างที่เหมาะสมออกแล้วละ” DM01

“วันนี้น้ำตาลขึ้นเพราะเมื่อเข้าไปงานเลี้ยงมากินน้ำอัดลมไป 2 แก้ว” DM07

“ตามที่ให้ฉันจดว่า กินอะไร ทำอะไร ทำให้เห็นผลของการดูแลตนเองชัดมากขึ้น” DM05

“น้ำตาลในเลือดฉันมันไม่ค่อยสูงมาสักพักแล้ว แสดงว่าอาหารที่กินแบบนี้คงจะพอดี” DM29

ข้อสรุปจากคำพูดต่าง ๆ ของผู้ป่วยข้างต้นจึงอนุมานได้ว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองนั้นมีข้อมูลของตนเองจากการบันทึก และสามารถนำมาใช้เพื่อการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเลือกรับประทานอาหารในแต่ละวันด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วิจารณ์

จากผลการวิจัยเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับการลดลงของระดับ HbA1C ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับ HbA1C ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับ HbA1C เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำในกลุ่มทดลองจะมีสัดส่วนสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และมีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในทางตรงกันข้ามกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะพบสัดส่วนผู้ป่วยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง จะพบว่า กลุ่มทดลองจะมีสัดส่วนผู้ป่วยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจะลดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ยกเว้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จะพบว่า กลุ่มทดลองจะมีสัดส่วนผู้ป่วยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุมระดับ HbA1C

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองมาเป็นแนวทางในการเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง โดยเฉพาะที่เน้นในเรื่องการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในครั้งนี้ จะสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹⁰ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่เป็นผัก และการงดการดื่มชา/กาแฟ หากผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องอาหารจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม^{5,6,11}

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองมาใช้ในการเสริมสร้างการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมดังกล่าวจะเริ่มจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการสาธิตการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ทั้งการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การใช้อินซูลิน การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การกำกับติดตามและการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด กระบวนการเช่นนี้ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการควบคุมระดับ HbA1C โดยกล่าวคือหลังการเข้าร่วมโปรแกรมนี้นี้ผู้ป่วยสามารถลดระดับ HbA1C ได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองการสร้างเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ของการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และมีภาวะสุขภาพดีขึ้น⁴⁻⁸ และการสร้างเสริมความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการให้ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการดูแลตนเอง¹² แต่บางการศึกษา

ก็พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก็ไม่สามารถลดระดับ HbA1C ได้¹³ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเสริมความรู้ในการดูแลตนเองหากไม่ได้ทดลองปฏิบัติจริง และมีการกำกับตนเองที่ดีพอก็จะไม่ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หากกระบวนการเสริมสร้างการจัดการตนเองที่ครอบคลุมกระบวนการ การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ ประเมินข้อมูล การตัดสินใจและการลงมือปฏิบัติ และการประเมินตนเองจะส่งผลให้ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴

ในกระบวนการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของการศึกษานี้จะให้มีการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เพื่อเป็นวิธีการติดตามผลลัพธ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การตรวจน้ำตาลด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบไม่พึ่งพาอินซูลินสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น¹⁵ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสม⁶ ยังสอดคล้องกับหลายการศึกษาในแถบยุโรป ตะวันออกกลาง และเอเชีย¹⁵⁻¹⁸ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมตรวจน้ำตาลด้วยตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบไม่พึ่งพาอินซูลิน พบค่าเฉลี่ย HbA1c แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มที่ตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง (SMBG) กับกลุ่มเปรียบเทียบ (non-SMBG) กลุ่ม SMBG มีผลต่างค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงร้อยละ 0.9–1.2 ส่วนกลุ่ม non-SMBG มีผลต่างค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลงร้อยละ 0.3–0.9 ซึ่งการลดลงของค่า HbA1C 1% สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไตวาย จอประสาทตาเสื่อม

และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดขนาดเล็กอื่น
ได้ถึงร้อยละ 29–37¹⁸⁻¹⁹ และลดอัตราการป่วยจาก
ภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้²⁰
สอดคล้องกับ Centers for Disease Control and
Prevention ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยเบาหวานควบคุม
ระดับน้ำตาลได้ และลดระดับน้ำตาลในเลือดที่เกาะ
ในเม็ดเลือด (HbA1C) ทุกร้อยละ 1 จะช่วยลดภาวะ
แทรกซ้อนได้ถึง ร้อยละ 40^{3,7}

สรุป

โปรแกรมการจัดการตนเองในการควบคุม
ระดับ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในการศึกษานี้ แสดงให้
เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมจะสามารถควบคุมระดับ
HbA1C ได้ ดังนั้นจึง สามารถนำผลของงานวิจัยนี้ไป
ต่อยอดหรือเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้
บริการคลินิกเบาหวาน ซึ่งควรมีการจัดการให้ครอบคลุม
การส่งเสริมการป้องกัน การรักษา หรือแนวทาง
ในการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ต่อไป แต่อย่างไร
ก็ตามการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่อาจเป็นตัวแปร
แทรกซ้อนเช่น ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โรคร่วมที่ส่งผล
ต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และสิ่งสนับสนุนทางสังคม
ที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรค
เบาหวาน ควรศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่เป็น
ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานให้ประชาชนทั่วไปเห็น
ความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคและ
การป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคเบาหวาน
ซึ่งพบข้อสังเกตในการวิจัยครั้งนี้คือ โปรแกรมการ
จัดการตนเองในการควบคุมระดับ HbA1C จะได้ผลดี
กับกลุ่มที่มีระดับ HbA1C ไม่เกิน ร้อยละ 8.5 หาก
ผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C มากกว่านี้ควรที่จะต้อง
มีการปรับเปลี่ยนวิธีการหรือประเด็นที่ให้ความสำคัญ
ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคล ทั้งนี้

หน่วยบริการสาธารณสุข สามารถนำไปประยุกต์ใช้
ในการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่
ที่รับผิดชอบได้

นอกจากนี้ควรติดตามผลของการจัดการ
ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลไม่ได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมิน
ความคงอยู่ของพฤติกรรมของการจัดการตนเองของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และให้การเสริมแรงกับผู้ป่วย
ที่สามารถจัดการตนเองได้ดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข. รายงานประจำปี NCDs 2565.
กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์;
2565.
2. กระทรวงสาธารณสุข. Health data center:
ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาโรค
ไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD) [อินเทอร์เน็ต].
2565 [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 กันยายน 2565];
เข้าถึงได้จาก: URL: [https://pct.hdc.moph.
go.th/hdc/main/index.php](https://pct.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php)
3. American Diabetes Association Profes-
sional Practice Committee. Introduction
and Methodology: Standards of Care in
Diabetes—2024. Diabetes Care 2024;47
(Supplement 1):S1–4. doi: 10.2337/dc24-
SINT.
4. กนกวรรณ ดั่งกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา,
ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริม
การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและ
การพยาบาล 2563;36(1):66–80.

5. อภิญา งามุลแสน. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวาน ด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุม ระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาล พระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต จังหวัดสกลนคร. วารสาร สุขภาพ และ สิ่งแวดล้อมศึกษา 2567;9(1):257–66.
6. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, สว่างจิต สุรอมรกุล, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, และคณะ. ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. วชิรสารการพยาบาล 2565;24(1):1–21.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์. 2566.
8. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management method. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people to change: Textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991. 305–360.
9. Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. Patient education and counseling 2016;99(6):926–43.
10. Tasfia S, Benojir A, Elahi T, et al. Impact of physical exercise and food habit on type II diabetes mellitus medicated patients-A cross sectional study. J Chem Health Risks 2021;11(special):33–43. doi: 10.22034/jchr.2021.1909296.1179
11. จูฑารัตน์ โกเสส, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565;49(2):55–68.
12. Ernawati U, Wihastuti TA, Utami YW. Effectiveness of diabetes self-management education (Dsme) in type 2 diabetes mellitus (T2Dm) patients: systematic literature review. J Public Health Res 2021;10(2):2240. doi:10.4081/jphr.2021.2240
13. Abdulah DM, Hassan AB, Saadi FS, et al. Impacts of self-management education on glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab Syndr 2018;12(6):969–75. doi: 10.1016/j.dsx.2018.06.007.
14. วัชรพร เนตรคำวง. ผลของการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข 2566;3(2):78–95.
15. Bergenstal RM, Mullen DM, Strock E, et al. Randomized comparison of self-monitored blood glucose (BGM) versus continuous glucose monitoring (CGM) data to optimize glucose control in type 2 diabetes. J Diabetes Complications 2022;36(3):108106. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2021.108106

16. Mikhael EM, Hassali MA, Hussain SA. Effectiveness of diabetes self-management educational programs for type 2 diabetes mellitus patients in middle east countries: a systematic review. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2020;13:117–38. doi: 10.2147/DMSO.S232958.
17. Person SN, Luzio SD, Havey JN, et al. Effect of structured self-monitoring of blood glucose, with and without additional telecare support, on overall glycemic control in non-insulin treated type 2 diabetes: the SMBG study, a 12-month randomized controlled trial. *Diabet Med* 2019;36(5):578–90. doi: 10.1111/dme.13899.
18. Johari SM, Razalli NH, Chua KJ, et al. The efficacy of self-monitoring of blood glucose (SMBG) intervention package through a subscription model among type-2 diabetes mellitus in Malaysia: a preliminary trial. *Diabetol Metab Syndr* 2024;16(1):135. doi: 10.1186/s13098-024-01379-9
19. Bergenstal RM, Mullen DM, Strock E, et al. Randomized comparison of self-monitored blood glucose (BGM) versus continuous glucose monitoring (CGM) data to optimize glucose control in type 2 diabetes. *J Diabetes Complications* 2022;36(3):108106. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2021.108106.
20. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: standards of care in diabetes. *Diabetes Care* 2024;47(Suppl 1):S77–110 doi:10.2337/dc24-S005.

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบชนิดลิมโฟไซต์ ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร Lymphocytic Interstitial Pneumonia (LIP): A Case Report in Chaophrayayommarat Hospital

บุญญฤทธิ์ ศรีสมุทร พ.บ.,
ว. พยาธิวิทยากายวิภาค
กลุ่มงานพยาธิวิทยากายวิภาค
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
จังหวัดสุพรรณบุรี

Bunyarit Srisamut M.D.,
Dip., Thai Board of Anatomical Pathology
Division of Anatomical Pathology
Chaophrayayommarat Hospital
Suphan Buri

บทคัดย่อ

โรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบชนิดลิมโฟไซต์ (lymphocytic interstitial pneumonia; LIP) เป็นโรคที่พบน้อยมากในกลุ่ม interstitial lung disease โดยไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน อาการและอาการแสดงมักไม่จำเพาะ ผู้ป่วยอาจมาด้วยไอ หายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบความผิดปกติเล็กน้อย การวินิจฉัยอาศัยทั้งประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจภาพรังสีวินิจฉัย และการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา ซึ่งจะพบเซลล์อักเสบชนิดลิมโฟไซต์แทรกในเนื้อเยื่อระหว่างถุงลมปอด โรคนี้สามารถรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ และบางรายอาจรักษาร่วมกับ cytotoxic drugs เบื้องต้นยังไม่ทราบการพยากรณ์ของโรคที่ชัดเจน ในบทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วย 1 ราย เป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี โรคประจำตัวเป็นมะเร็งที่ไตชนิด papillary renal cell carcinoma และมีการกระจายไปที่สมอง หลังจากติดตามอาการตามนัดพบมีก้อนที่ปอดด้านซ้ายล่าง ร่วมกับมีอาการหายใจเหนื่อยเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตัดปอดกลีบซ้ายล่างและเลาะต่อมน้ำเหลืองที่ซั้วปอด และส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เนื่องจากสงสัยมะเร็งลุกลามมาที่ปอด ผลชิ้นเนื้อในตอนแรกคิดถึงภาวะที่ไม่ใช่มะเร็งมากกว่ามะเร็ง ซึ่งไม่สัมพันธ์กับลักษณะอาการและภาพทางรังสีวินิจฉัย ในทางพยาธิวิทยาจึงไม่สามารถให้การวินิจฉัยยืนยัน (definite diagnosis) ได้ จึงส่งปรึกษาสถาบันพยาธิวิทยา ซึ่งผลการวินิจฉัยยืนยันเป็น lymphocytic interstitial pneumonia ไม่พบมะเร็ง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการติดตามอาการและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องปอดซ้ำ ไม่พบก้อนเพิ่มเติมในปอด ผู้ป่วยอาการปกติ และได้รับการติดตามอาการต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบชนิดลิมโฟไซต์ โรคเนื้อเยื่อปอด ปอดอักเสบ

วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(4) : 625-633.

Abstract

Lymphocytic interstitial pneumonia (LIP) is a very rare disease in the group of interstitial lung diseases with unknown definite cause. Symptoms are often nonspecific. Patients may present with cough, shortness of breath, and only minimal abnormalities might be heard upon lung auscultation. Diagnosis relies on the patient's history, physical examination, diagnostic imaging, and pathological examination of resection specimens, which reveals lymphocytic infiltration in the interstitial tissue of the alveoli. Treatment can include steroids and, in some cases, cytotoxic drugs. The prognosis is not well understood at this time. This article presents a case of 53-year-old Thai male patient with a medical history of papillary renal cell carcinoma and brain metastasis. During the follow-up appointment, a mass was found in the left lower lung along with occasional shortness of breath. The patient underwent left lower lobectomy with lymph node dissection, and the specimens were sent for pathological examination due to suspected metastatic cancer. Initial histopathological results favored a benign condition, which did not correlate with the clinical presentation and radiological findings. Therefore, a definitive diagnosis could not be made initially, and the specimens were sent to the Institute of Pathology for further consultation. The final diagnosis was lymphocytic interstitial pneumonia with no evidence of cancer. The patient was followed up with repeated chest CT scans, which showed no additional lung masses. The patient remained asymptomatic and continued with regular follow-ups.

Keywords: lymphocytic interstitial pneumonia, interstitial lung disease, pneumonia

Received: July 30, 2024; Revised: Aug 14, 2024; Accepted: Oct 15, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 625–633.

บทนำ

Interstitial lung disease เป็นกลุ่มโรคของความผิดปกติภายในปอด ที่เป็นผลมาจากการอักเสบจนเกิดเป็นแผลหรือพังผืดที่เนื้อเยื่อปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนในเลือดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้ตามปกติ ลักษณะของปอดที่ผิดปกติ คือ ผนังเยื่อหุ้มปอดหนาตัวขึ้น มีการสะสมของ fibroblast, collagen, หรือ inflammatory cell ต่าง ๆ สามารถแบ่งประเภทของ interstitial lung disease ได้โดยใช้หลายลักษณะบ่งโรค (criteria) เช่น primary lung disease เปรียบเทียบกับ secondary to systemic

disease; acute เปรียบเทียบกับ chronic; granulomatous เปรียบเทียบกับ non-granulomatous; known cause เปรียบเทียบกับ unknown cause เป็นต้น โดยร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่เป็นโรค interstitial lung disease มักไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน เรียกรวมว่า idiopathic interstitial pneumonia ซึ่งต้องอาศัย histologic feature ในการจำแนก¹ ในปัจจุบันได้จัดแบ่งตาม American Thoracic Society/ European Respiratory Society (ATS/ERS) โดยแบ่งออกเป็น 8 โรค ตามลักษณะ histopathology²⁻⁵ ดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงโรคและความชุกในกลุ่ม interstitial lung disease ตามลักษณะ histopathology

โรค	ความชุก (ร้อยละ)
Idiopathic pulmonary fibrosis (IPF)	47–64
Nonspecific interstitial pneumonia (NSIP)	14–36
Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease (RB-ILD)	10–17 (รวมกับ DIP)
Desquamative interstitial pneumonia (DIP)	10–17 (รวมกับ RB-ILD)
Cryptogenic organizing pneumonia (COP)	4–12
Acute interstitial pneumonia (AIP)	<2
Lymphocytic interstitial pneumonia (LIP)	<2
Pleuroparenchymal fibroelastosis (PPFE)	น้อยมาก

โรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบชนิดลิมโฟไซต์ (lymphocytic interstitial pneumonia; LIP) เป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ ในผู้ป่วยเด็กมักเกิดหลังจากการติดเชื้อ *Pneumocystis jirovecii* และมักมีโรคประจำตัวเป็น HIV infection ส่วนในผู้ใหญ่พบเพียงน้อยกว่าร้อยละ 2 อาจพบร่วมกับ autoimmune disease และไม่สัมพันธ์กับ HIV infection⁶ อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการไอ หายใจเหนื่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ มีไข้ เป็นมานานเป็นเดือน ตรวจร่างกายพบเสียงปอดผิดปกติแบบ crackle หรือตรวจไม่พบเสียงปอดผิดปกติเลย ผู้ป่วยบางรายอาจมาด้วยการตรวจพบก้อนในปอดโดยบังเอิญจากภาพตรวจทางรังสีวินิจฉัย ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาการและการตรวจร่างกายไม่ได้จำเพาะกับตัวโรคโดยตรง⁷

การวินิจฉัยโรคนี้ทำได้โดยเอกซเรย์ พบได้ทั้ง linear reticular หรือ nodular opacity ซึ่งไม่ได้จำเพาะกับตัวโรคใด ๆ การใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความละเอียดสูง (high-resolution CT) สามารถช่วยในการวินิจฉัยได้มากกว่า และยังช่วยบอกขอบเขตของตัวโรค โดยจะพบ centilobular หรือ subpleural nodule, thickened bronchovascular bundles, nodular ground glass opacity, และ cystic

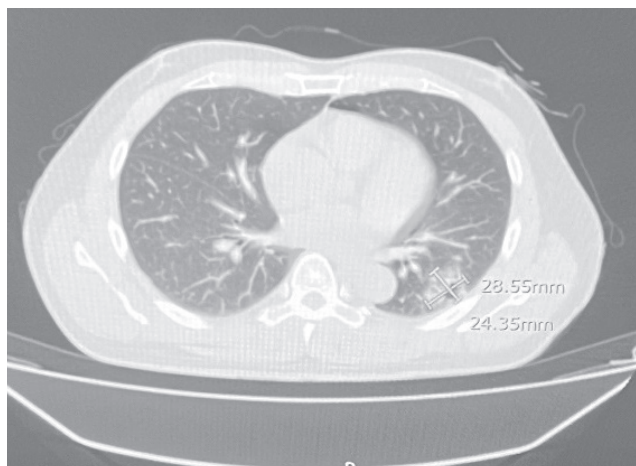
structure⁸ นอกจากนี้การทำ bronchoalveolar lavage จะสามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคการอักเสบติดเชื้อ การทำ lung biopsy หรือ resection จะพบการขยายตัวของผนังถุงลมปอด โดยเซลล์อักเสบชนิด lymphocyte, plasma cell, histiocyte, และพบ germinal center หรือ multinucleated giant cell ร่วมกับ noncaseating granuloma ได้ ส่วนการทำ immunohistochemical staining และ flow cytometry สามารถใช้ช่วยแยก lymphocytic interstitial pneumonia กับ lymphoma โดย lymphocytic interstitial pneumonia จะพบ polyclonal (พบทั้ง B และ T cells) ส่วน lymphoma จะพบ monoclonal (พบเฉพาะ B หรือ T cells)

การรักษาทำได้โดย corticosteroid หรือ cytotoxic drugs แต่ประสิทธิภาพยังไม่ชัดเจน ในผู้ป่วยบางรายอาจหายได้เอง การดำเนินของโรคไปเป็น lymphoma, pulmonary fibrosis, หรือ respiratory insufficiency ยังไม่มีการศึกษาชัดเจน โดยมีอัตราการรอดชีวิตที่ห้าปี (five year survival) ประมาณร้อยละ 50–66 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตคือ การติดเชื้อ⁹

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 53 ปี ปฏิเสธประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุรา มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็งที่ไตชนิด papillary renal cell carcinoma ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดไตซ้าย (radical left nephrectomy) เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2563 หลังจากติดตามอาการมาประมาณ 1 ปี ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องปวดหัวเรื้อรัง จึงทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ left frontal lobe mass และได้รับการผ่าตัดตัดก้อนมะเร็งที่สมอง (craniotomy with tumor removal) ส่งตรวจทางพยาธิวิทยาพบเป็น metastatic poorly differentiated carcinoma ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการฉายแสงจนครบ เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 จากนั้นมีการนัดติดตามอาการมาเรื่อย ๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ การตรวจร่างกายโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เมื่อวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทั้งช่องท้อง เพื่อ surveillance ผลตรวจพบก้อนที่ปอดกลีบซ้ายล่าง ขนาด 2.5×2.9 เซนติเมตร และมีความเป็นไปได้ที่จะเป็นมะเร็งปอดระยะก่อนลุกลาม (ภาพที่ 1) แพทย์อายุรกรรมโรคมะเร็งจึงได้ส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมทรวงอก และนัดทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอก เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบก้อนที่ปอดกลีบซ้ายล่าง ขนาดโตขึ้นกว่าเดิมเป็น $2.4 \times 3.2 \times 2.6$ เซนติเมตร และยังคงมีน้ำเหลืองโตบริเวณหลอดลม หลอดเลือดแดงใหญ่ ขั้วปอด และไหปลาร้า (ภาพที่ 2) แพทย์ศัลยกรรมทรวงอกจึงได้พูดคุยแนวทางการรักษากับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทรวงอกเพื่อตัดกลีบปอดและเลาะต่อมน้ำเหลืองโดยใช้กล้องช่วย (VATS left lower lobe lobectomy with lymph node dissection) และส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เนื่องจากสงสัยเรื่องมะเร็งปอด หรือมะเร็งจากอวัยวะอื่นแพร่กระจายมาที่ปอด



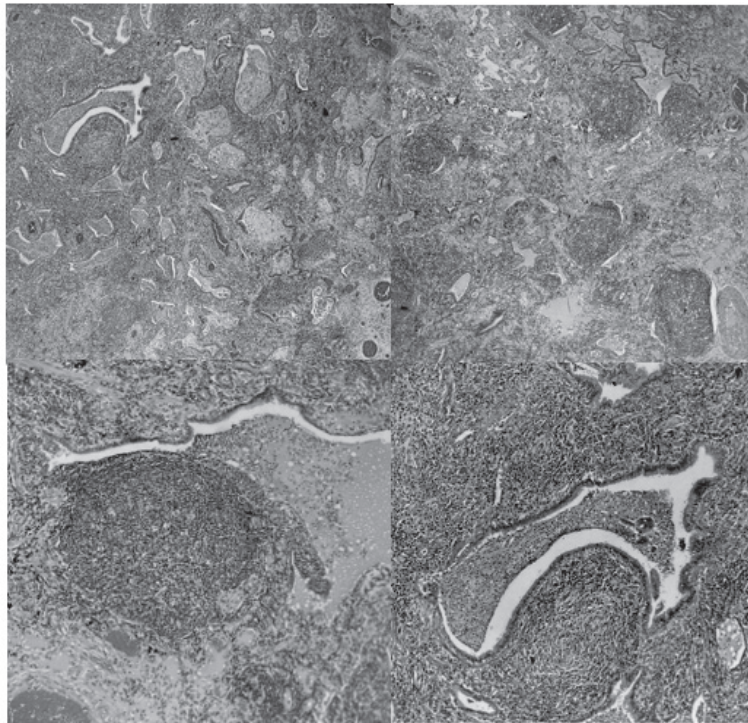
ภาพที่ 1 ภาพจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทั้งช่องท้อง (CT scan whole abdomen) (8/3/65) พบ A 2.5×2.9 cm ground-glass nodule with internal bubbly appearance at left lower lobe, possible pre-invasive lung cancer (follow-up with CT chest is recommended); Post left nephrectomy without local recurrence



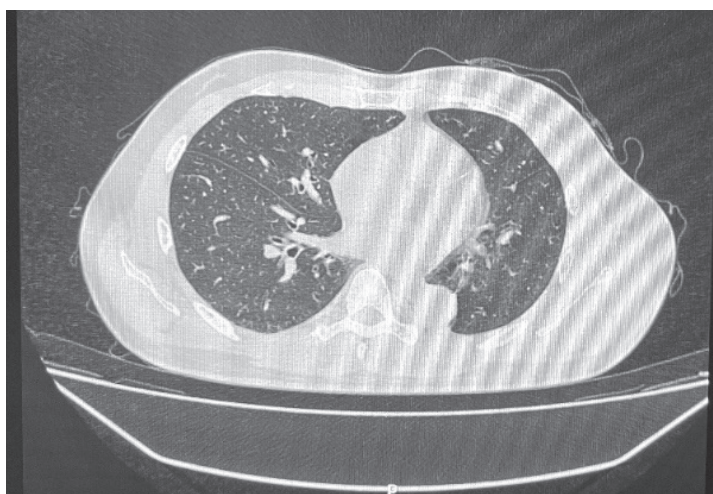
ภาพที่ 2 ภาพจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องปอด (CT chest) (5/5/65) พบ Slightly increased size of a 2.4 x 3.2 x 2.6 cm ground-glass pulmonary mass with internal bubble lucencies at left lower lobe (lung cancer is suspected until proven otherwise); Several small bilateral lower paratrachial, subaortic, right hilar and left supraclavicular nodes, up to 0.7 cm in short axis

จากการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ชิ้นเนื้อที่ได้มาเป็นปอดกลีบซ้ายล่าง เมื่อดูด้วยตาเปล่าพบเป็นก้อนสีน้ำตาลอ่อน ลักษณะแน่นเล็กน้อย ขอบเขตไม่ชัด ขนาด 2.0 x 2.1 x 2.2 เซนติเมตร ก้อนอยู่ชิดเยื่อหุ้มปอด และห่างจาก bronchial resection 2 เซนติเมตร เมื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยาพบลักษณะรอยโรคที่ขอบเขตไม่ชัด ประกอบด้วย ciliated epithelial cells ที่มี mucinous cytoplasm เรียงตัวแบบ irregular glandular pattern ร่วมกับมี inflammatory cell ชนิด lymphocyte, plasma cell, และ macrophage ไม่พบ granuloma หรือ organism ที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบหลอดลมขนาดเล็กที่ขยายตัวและมี macrophage, neutrophil อยู่ภายใน (ภาพที่ 3) และไม่พบรอยโรคหรือความผิดปกติในต่อมน้ำเหลือง

การวินิจฉัยเบื้องต้นจากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จึงออกผลเป็น presence of ciliated epithelial cells arranged in irregular glandular pattern, surrounded by lymphocyte aggregation และได้ให้ differential diagnosis 5 โรค¹⁰⁻¹³ ดังที่แสดงในตารางที่ 2 หลังจากนั้นจึงได้ส่งสไลด์จุลพยาธิวิทยาไปปรึกษาสถาบันพยาธิวิทยา และผลการวินิจฉัยยืนยัน (definite diagnosis) เป็น lymphocytic interstitial pneumonia ไม่พบ organism, granuloma, หรือ malignancy ผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการและเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องปอดซ้ำ เมื่อวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2566 ไม่พบก้อนเพิ่มเติมในปอด (ภาพที่ 4) ผู้ป่วยอาการปกติดีและได้รับการติดตามอาการต่อเนื่อง



ภาพที่ 3 ซ้ายบน: Section shows ill-defined lesion, composed of ciliated epithelial cells, arranged in irregular glandular pattern. ขวาบน: Section shows thickening alveolar septa with scattered lymphocytic aggregation. ซ้ายล่าง: Section shows lymphoid aggregation with occasional germinal center. ขวาล่าง: Sections shows dilated bronchioles filled by macrophages and neutrophils.



ภาพที่ 4 ภาพจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องปอด (CT chest) (28/3/66) พบ No evidence of new significant pulmonary mass (S/P left lower lobectomy with post operative fibrosis adjacent at left hilum)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการวินิจฉัยแยกโรคตามลักษณะจุลพยาธิวิทยาในผู้ป่วยรายนี้

โรค	ลักษณะจุลพยาธิวิทยา
Lymphocytic Interstitial Pneumonia (LIP)	- Dense lymphocytic and plasma cell infiltration in interstitial spaces - Thickened alveolar septa - Occasional germinal centers - Scattered lymphoid aggregates - Immunohistochemistry: polyclonal of CD3 and CD20
Bronchus Associated Lymphoid Tissue (BALT)	- Prominent lymphoid follicles with germinal centers along the bronchi - Organized lymphoid tissue - Peribronchiolar involvement - Mixed inflammatory cells - Immunohistochemistry: polyclonal of CD3 and CD20
Lymphoma (Pulmonary)	- Monomorphic lymphoid cells in sheets or nodules - Angioinvasion - Lymphoepithelial lesions (in some subtypes) - Variable cell size and morphology - Immunohistochemistry: monoclonal of CD3 or CD20 and other markers depending on subtype (e.g., CD5, CD10, etc.)
Peribronchiolar Metaplasia	- Metaplasia of bronchiolar epithelium - Cuboidal or columnar epithelial cells lining the bronchioles - Mild chronic inflammation - Mild fibrosis
Mucinous Adenocarcinoma of the Lung	- Abundant extracellular mucin production - Glandular structures lined by columnar epithelial cells - Variable nuclear atypia - Invasion into surrounding tissue - Special stains: mucicarmine, alcian blue - Immunohistochemistry: TTF-1, CK7, napsin A

สรุป

โรคเนื้อเยื่อปอดอักเสบชนิดลิมโฟไซต์ (lymphocytic interstitial pneumonia; LIP) เป็นโรคที่พบได้น้อยมากในเวชปฏิบัติ ในผู้ใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของโรคที่ชัดเจน ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่จำเพาะต่อโรค ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย การตรวจเพิ่มเติมโดยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาสามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ การรักษาสามารถทำได้ทั้งติดตามอาการและการใช้ยา corticosteroid หรือ cytotoxic drugs สาเหตุการเสียชีวิตมักเกิดจากการติดเชื้อ โรคนี้สามารถพัฒนาไปเป็น lymphoma หรือ progressive pulmonary fibrosis ได้ แต่จากการศึกษาพบว่าการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคนี้อย่างไม่ชัดเจน ทำให้จำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานและยังต้องมีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Kim DS, Collard HR, King TE Jr. Classification and natural history of the idiopathic interstitial pneumonias. *Proc AM Thorac Soc* 2006;3(4):285–92. doi: 10.1513/pats.200601-005TK.
2. Dekan G. Histological classification of interstitial lung diseases. *Z Rheumatol* 2003;62(1):16–20. doi: 10.1007/s00393-003-0476-0.
3. American Thoracic Society; European Respiratory Society. American Thoracic Society/ European Respiratory Society international multidisciplinary consensus classification of the idiopathic interstitial pneumonias. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165(2):277–304. doi: 10.1164/ajrccm.165.2.ats01.
4. Larsen BT, Colby TV. Update for pathologists on idiopathic interstitial pneumonias. *Arch Pathol Lab Med* 2012;136(10):1234–41. doi: 10.5858/arpa.2012-0225-RA.
5. Travis WD, Costabel U, Hansell DM, et al. An official American Thoracic Society/ European Respiratory Society statement: update of the international multidisciplinary classification of the idiopathic interstitial pneumonias. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188(6):733–48. doi: 10.1164/rccm.201308-1483ST.
6. Bayes HK, Chalmers GW. Castleman disease and lymphocytic interstitial pneumonia: a complex diagnostic and management challenge. *Rheumatology (Oxford)* 2017;56(4):665–8. doi: 10.1093/rheumatology/kew420.
7. Lucà S, Pagliuca F, Perrotta F, et al. Multidisciplinary approach to the diagnosis of idiopathic interstitial pneumonias: focus on the pathologist's key role. *Int J Mol Sci* 2024;25(7):3618. doi: 10.3390/ijms25073618.
8. Johkoh T, Fukuoka J, Tanaka T. Rare idiopathic intestinal pneumonias (IIPs) and histologic patterns in new ATS/ERS multidisciplinary classification of the IIPs. *Eur J Radiol* 2015;84(3):542–6. doi: 10.1016/j.ejrad.2014.11.032.

9. Zhu C, Hu J, Wu J, et al. Transformation of lymphoid interstitial pneumonia (LIP) into malignant lymphoma in patients with Sjogren's syndrome: a case report and literature review. *J Cardiothorac Surg* 2022;17(1):79. doi: 10.1186/s13019-022-01826-6
10. Foo SY, Phipps S. Regulation of inducible BALT formation and contribution to immunity and pathology. *Mucosal Immunol* 2010;3(6):537–44. doi: 10.1038/mi.2010.52.
11. Plesch BEC. Histology and immunohistochemistry of bronchus associated lymphoid tissue (BALT) in the rat. In: Nieuwenhuis P, van den Broek AA, Hanna MG Jr, editors. *Vivo Immunology: Advances in experimental medicine and biology*, vol 149. Boston, MA: Springer; 1982. 369–77.
12. Fukuoka J, Franks TJ, Colby TV, et al. Peribronchiolar metaplasia: a common histologic lesion in diffuse lung disease and a rare cause of interstitial lung disease: clinicopathologic features of 15 cases. *Am J Surg Pathol* 2005;29(7):948–54. doi: 10.1097/01.pas.0000168177.71405.ac.
13. Boland JM, Maleszewski JJ, Wampfler JA, et al. Pulmonary invasive mucinous adenocarcinoma and mixed invasive mucinous/nonmucinous adenocarcinoma-a clinicopathological and molecular genetic study with survival analysis. *Hum Pathol* 2018;71:8–19. doi: 10.1016/j.humpath.2017.08.002.

การฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้ป่วยที่มีภาวะเคลือบฟันเจริญพร่อง ร่วมกับการนอนกัดฟัน Oral Rehabilitation of Enamel Hypoplasia Teeth with Bruxism

จิตติมนต์ วงศ์ตัน ท.บ.,
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลราชบุรี
จังหวัดราชบุรี

Jitimon Vongtan D.D.S.,
Division of Dentistry
Ratchaburi Hospital
Ratchaburi

บทคัดย่อ

การเกิดภาวะเคลือบฟันเจริญพร่องร่วมกับภาวะการนอนกัดฟัน ส่งผลให้เกิดการสูญเสียเนื้อฟัน โดยจะพบลักษณะฟันเปลี่ยนสี และรูปร่าง อาจพบอาการเสียวฟันและปวดฟันได้ ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวลดลง มีผลต่อความสวยงาม อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก ความมั่นใจ และการเข้าสังคมได้ โดยบทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเคลือบฟันเจริญพร่องซึ่งได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ฟันน้ำนม ด้วยการทำครอบฟันโลหะไร้สนิม (stainless steel crown: SSC) ในฟันหลัง ร่วมกับการอุดปรับรูปร่างฟันในฟันหน้า และการใส่เฟือกสบฟันแบบนิ่มอย่างต่อเนื่องจนฟันแท้ขึ้นครบจึงเริ่มทำการฟื้นฟูสภาพช่องปากแบบถาวรเพิ่มมิติแนวตั้งด้วยครอบฟันในฟันหลัง และอุดฟันหน้าเพื่อความสวยงาม

คำสำคัญ: ภาวะเคลือบฟันเจริญพร่อง ภาวะการนอนกัดฟัน การฟื้นฟูสภาพช่องปาก

วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(4) : 635-643.

Abstract

Enamel hypoplasia causes rapid loss of dental enamel, especially when combined with bruxism. The appearance of teeth will change color and shape, and patients may experience sensitivity and toothache. Causing the grinding efficiency to decrease, effects on aesthetic, children's development, confidence, and socialization . This article presents a pediatric patient with worn teeth, who has received treatment since the deciduous teeth with a stainless steel crown (SSC) in the back teeth, combined with the filling in the front teeth, and the constant wear of soft occlusal

splints. After her authentic teeth had complete eruption, we began to restore the teeth permanently, adding a vertical dimension with a crown in the back teeth and filling the front teeth for aesthetics.

Keywords: enamel hypoplasia, bruxism, oral rehabilitation restoration

Received: Aug 2, 2024; Revised: Aug 16, 2024; Accepted: Oct 13, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 635–643.

บทนำ

ภาวะเคลือบฟันเจริญพร่อง (enamel hypoplasia) สามารถเจอได้ทั้งในฟันแท้และฟันน้ำนม เกิดขึ้นเพียงซี่เดียวหรือหลายซี่ โดยมักจะทำให้ฟันมีสี ขนาด และรูปร่างที่ผิดปกติ ทั้งนี้อาจมีอาการเสียวฟันร่วมด้วยขึ้นกับระดับความรุนแรงของการสูญเสียเนื้อฟัน¹ สาเหตุเกิดจากทั้งพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการสร้างฟัน ปัจจุบันความรู้ทางพันธุกรรมก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้เราทราบว่าการเกิดความผิดปกติของชั้นเคลือบฟันเกิดได้จากทั้งโครโมโซมเพศ และโครโมโซมร่างกาย เช่น โครโมโซม Xp22, XA(AIH3), 4q11–q21 เป็นต้น ส่วนการเกิดความผิดปกติของเคลือบฟันจากสิ่งแวดล้อมอาจเกิดได้จากการรับประทานยา การอักเสบของฟันน้ำนมรบกวนการสร้างเคลือบฟันในฟันแท้ การขาดความสมดุลของอาหารระหว่างการสร้างฟัน เช่น แคลเซียม วิตามินดี และวิตามินเอ การได้รับสารฟลูออไรด์มากเกินไป ในระหว่างการสร้างฟัน ซึ่งทำให้เกิดฟันตกกระ ถ้าเป็นน้อยจะเห็นเป็นรอยขาวขุ่นบนตัวฟัน แต่ถ้าเป็นมาก อาจเกิดสีน้ำตาลและมีเคลือบฟันบางส่วนหลุดหายไปได้นอกจากนี้การเจ็บป่วยโดยเป็นไข้สูงนานหนึ่งถึงสองวัน ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ก็อาจทำให้เซลล์สร้างฟันหยุดชะงักทำให้เคลือบฟันผิดปกติได้เช่นกัน^{2,3}

การรักษาภาวะเคลือบฟันเจริญพร่องขึ้นอยู่กับอาการและระดับความรุนแรงของการสูญเสียเนื้อฟัน ตำแหน่งของฟัน ทางเลือกในการรักษาฟันหน้ามีทั้งการอุดคอมโพสิต (composite facing) หรือทำ

พอร์ซเลนวีเนียร์ด้านหน้าผิวฟัน (porcelain veneer) หรือครอบฟัน (crown) สำหรับฟันหลังแนวทางการรักษาจะพิจารณาการความรุนแรงเป็นสำคัญ กรณีฟันมีลักษณะปกติ แต่สีคล้ำ และมีอาการเสียวฟันพิจารณาใช้สารลดการเสียวฟัน ถ้าเคลือบฟันสูญเสียไปเล็กน้อย จะใช้การอุดฟันและติดตามอาการเป็นระยะ หากมีการสูญเสียเคลือบฟันเป็นจำนวนมากอาจพิจารณาให้การรักษาโดยการบูรณะทางอ้อม (indirect restoration) เช่น การทำอินเลย์ (inlay), ออนเลย์ (onlay), หรือครอบฟัน (crown) เป็นต้น^{4,5} ทั้งนี้การเลือกบูรณะฟัน นอกจากพิจารณาจากปริมาณเนื้อฟันที่สูญเสียไป และความสวยงามแล้ว อาจต้องคำนึงถึงการดูแลหลังการรักษา อายุและค่าใช้จ่ายในการรักษาร่วมด้วย

ภาวะการนอนกัดฟัน พบได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ สามารถทำให้เกิดการสึกของด้านบดเคี้ยวของฟันได้เช่นกัน โดยสาเหตุของการนอนกัดฟันเกิดจากสภาพจิตใจที่มีความเครียดจากความเร่งรีบในการทำงาน หรือมีความผิดปกติของตัวฟัน เช่น การสบฟันที่เปลี่ยนไป หลังการบูรณะฟัน การเรียงตัวของฟันไม่ปกติ มีฟันซ้อนเก ฟันเปลี่ยนตำแหน่งจากการไม่ได้ใส่ฟันชดเชย หลังถอน ฟันเป็นโรคปริทันต์ทำให้ฟันโยก ความผิดปกติดังกล่าวควรได้รับการแก้ไข และอาจรักษาร่วมกับการใส่เฝือกสบฟันเพื่อลดการสึกของฟัน โดยเฝือกสบฟันจะมีทั้งแบบอ่อน (soft splint) และแบบแข็ง (hard splint) แบบอ่อนจะใช้กรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการ ส่วนในระยะยาวแนะนำให้ใช้เฝือกสบฟันแบบแข็งเพื่อช่วยกระจายแรงที่เกิดจากการสบฟันให้

เหมาะสม พยางค์ต่อขากรรไกรได้ดี และมีความเสถียรมากกว่าแบบอ่อน ทั้งนี้ เผือกสบฟันแบบอ่อนอาจกระตุ้นให้เกิดการนอนกัดฟันขณะหลับได้ในบางคน นอกจากการใส่เผือกสบฟันแล้ววิธีการแก้ไขอื่นที่แนะนำ คือการทำพฤติกรรมบำบัด การรักษาด้วยยาเพื่อให้อาการกล้ามเนื้อคลายตัว การฉีดโบทอกซ์ (botox) ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นต้น^{6,7}

การบูรณะในกรณีที่มีการเพิ่มมิติแนวตั้ง อาจส่งผลให้เกิดปัญหาหลังการรักษาหลายประการ จึงจำเป็นต้องประเมินสิ่งเหล่านี้ให้ดีกว่าก่อนทำการบูรณะการได้แก่ ประวัติการสึกของฟัน (history of wear) การค้ำยันด้านหลัง (posterior support) แบบชั่วคราว ติดตามการใช้งาน การออกเสียง (phonetic evaluation) ระยะปลอดการสบ (interocclusal distance) และภาพลักษณ์ของใบหน้า (facial appearance) จากนั้นจึงนำมาจำแนกประเภทตาม Turner และ Missirlian⁸ เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาต่อไป

บทความนี้นำเสนอผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะของภาวะเคลือบฟันเจริญพร่อง ร่วมกับการนอนกัดฟัน โดยพบอาการตั้งแต่ระยะฟันน้ำนม ได้รับการรักษาด้วยการใส่ครอบฟันโลหะไร้สนิม (stainless steel crown: SSC) ในฟันน้ำนม และฟันกรามแท้ซี่แรก เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยว การอุดฟันหน้าเพื่อความสวยงาม และการใส่เผือกสบฟันแบบนิ่มเพื่อช่วยลดการสูญเสียเนื้อฟัน คงระดับความสูงใบหน้า ทำให้กล้ามเนื้อขากรรไกรทำงานได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการรวมถึงการเข้าสังคมของผู้ป่วย และเมื่อฟันแท้ขึ้นครบ ผู้ป่วยได้รับการประเมินและจำแนกการสึกของฟันตามการแบ่งของ Turner และ Missirlian เป็นกลุ่มที่ 1 คือ มีการสึกอย่างมากและการสูญเสียมิติแนวตั้ง⁸ จึงวางแผนรักษาต่อด้วยการฟื้นฟูสภาพช่องปาก มีการเพิ่มความสูงใบหน้า โดยเลือกใช้ครอบฟันแบบถาวรในฟันหลัง และบูรณะด้วยวัสดุอุดฟันเรซินคอมโพสิตในฟันหน้า (composite facing) เพื่อลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ในฟันหน้าอาจต้องพิจารณา

เรื่องความสวยงามเพิ่มเติมก่อนตัดสินใจบูรณะแบบถาวรต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทยอายุ 9 ปี ไม่มีประวัติเจ็บป่วยรุนแรง และมีลักษณะร่างกายภายนอกทั่วไป รวมถึงใบหน้าและขากรรไกรปกติ ไม่มีการบวมของต่อมน้ำเหลืองบริเวณศีรษะและลำคอ ถูกส่งต่อเพื่อรับการบูรณะฟันหน้าที่ยกร่อน มีปัญหาเรื่องความสวยงาม

จากประวัติการรักษา พบว่าในช่วง พ.ศ. 2552–2555 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยทันตแพทย์เฉพาะทางสำหรับเด็กจากการสึกที่ผิดปกติของเคลือบฟัน โดยการใส่ครอบฟันโลหะไร้สนิมในฟันหลังน้ำนมทั้งหมดรวมถึงฟันกรามแท้ซี่แรก เพื่อป้องกันการสูญเสียเนื้อฟัน

การตรวจภายในช่องปากพบฟันหลังทั้งหมดได้รับการบูรณะด้วยครอบฟันโลหะไร้สนิม ฟันหน้าเป็นฟันแท้มีรูปร่างที่ไม่ปกติ โดยฟันมีขนาดเล็กและห่างกัน ผิวฟันไม่เรียบมีสีเหลืองเล็กน้อย ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเคลือบฟันเจริญพร่อง (enamel hypoplasia) ร่วมกับการนอนกัดฟัน (sleep bruxism)

จากการตรวจภายในช่องปากและการวิเคราะห์ภาพรังสี ได้วางแผนการรักษาโดยอธิบายขั้นตอนการรักษา รวมถึงระยะเวลาค่าใช้จ่ายให้กับผู้ปกครอง และผู้ป่วยได้รับทราบ ก่อนทำการรักษาตามปัญหาที่พบโดยมีลำดับดังนี้:

พ.ศ. 2556–2557 (ฟันชุดผสม)

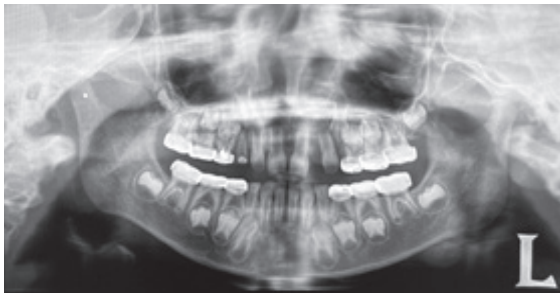
ฟันแท้ซี่หน้าที่เริ่มขึ้นมีลักษณะกร่อนทำให้ฟันมีขนาดเล็กและห่าง ส่งผลต่อความสวยงามและการเข้าสังคมของผู้ป่วย ทำการบูรณะฟันหน้าด้วยการพิมพ์ปาก ทำแบบฟัน ตกแต่งแบบฟันด้วยซีเมนต์ให้ได้รูปร่างที่ต้องการ ส่งทำเผือกสบฟันแบบนิ่มจากแบบฟันที่แต่งแล้ว เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำครอบฟันแบบโดยตรง (direct resin composite crown) ที่ละเอียด

เพื่อให้ได้ขอบที่ดีและตรวจสอบได้โดยยึดด้วยเรซินซีเมนต์ (resin cement) ให้ผู้ป่วยใช้ชั่วคราว โดยระหว่างการใช้งานวัสดุครอบฟันอาจมีการแตกหักหรือหลุด สามารถซ่อมได้ด้วยวัสดุอุดฟันทั่วไป

ผู้ปกครองแจ้งว่าผู้ป่วยมีภาวะการนอนกัดฟัน (bruxism) ใช้เฝือกสบฟันแบบนิ่มใส่เวลานอน เพื่อป้องกันการสึกของฟัน พบว่าเฝือกสบฟันมักขาดชำรุด

จากการนอนกัดฟัน และหลวมจากการขึ้นของฟันแท้ จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนใหม่เป็นระยะ

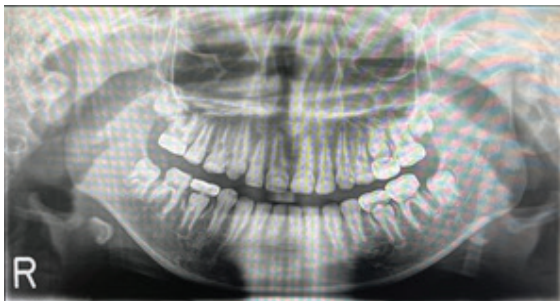
ฟันกรามน้อยที่เริ่มขึ้น เนื้อฟันด้านบดเคี้ยวเริ่มกร่อน สังเกตได้จากภาพถ่ายรังสี พ.ศ. 2556-2557 โดยเฉพาะฟันซี่ 34 และ 44 ทำการบูรณะชั่วคราวด้วยการอุดฟัน รอคอยขึ้นของฟัน



A: ภาพถ่ายรังสี พ.ศ. 2555



B: ภาพถ่ายรังสี พ.ศ. 2556



C: ภาพถ่ายรังสี พ.ศ. 2557



D: ภาพถ่ายรังสี พ.ศ. 2559

รูปภาพที่ 1 ภาพถ่ายรังสีระหว่างการบูรณะช่วงฟันชุดผสม

พ.ศ. 2560-2564 (ชุดฟันแท้)

ครอบฟันโลหะไร้สนิมของฟันซี่ 16, 46 หลุด และ ฟันซี่ 26 ขัดขวางการขึ้นของฟันซี่ 27 จึงเปลี่ยนจากครอบฟันโลหะไร้สนิม เป็นครอบฟันถาวรที่ทำจากโลหะล้วน (full metal crown: FMC) เพื่อความแข็งแรงและขอบที่แนบทำความสะอาดง่ายกว่าครอบฟันโลหะไร้สนิม

ฟันกรามน้อยซี่ 14, 15, 24, และ 25 เริ่มมีการสึกซึ่งส่งผลกระทบต่อรูปร่างของฟัน ฟันห่างและ

ทำให้เศษอาหารติดบ่อยครั้ง ดังนั้น จึงได้บูรณะฟันซี่ 14, 15, 24, และ 25 ด้วยการทำครอบฟันเซรามิกล้วน (zirconia crown) เพิ่มความแข็งแรงให้เนื้อฟัน ทำให้เกิดความสวยงาม รวมถึงช่วยลดปัญหาเศษอาหารติดซอกฟัน

พ.ศ. 2566

ฟันซี่ที่ 7 ขึ้น พบว่าเนื้อฟันกร่อนไม่สามารถช่วยบดเคี้ยว ได้ทำครอบฟันจากโลหะล้วนในฟันซี่ 17, 27, 37, 47 ภายหลังใส่ครอบฟันพบว่าครอบฟันซี่ 37,

47 หลุด เนื่องจากเนื้อที่ในการบูรณะฟันไม่เพียงพอ จึงได้ทำการประเมินและจำแนกการสึกตาม Turner และ Missirlan เป็นแบบที่ 1 คือการฟันสึกอย่างมาก และมี

การสูญเสียมิติแนวตั้ง วางแผนบูรณะแบบฟื้นฟูสภาพช่องปากร่วมกับการเพิ่มมิติแนวตั้ง และทำการบูรณะตามลำดับดังนี้

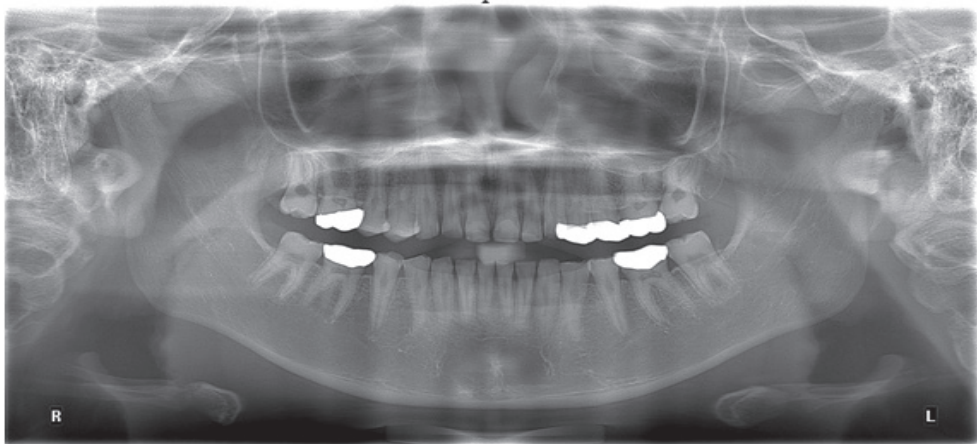


A: ภาพถ่ายหน้าตรง



B: ภาพถ่ายหน้าด้านข้าง

รูปภาพที่ 2 ภาพถ่ายนอกช่องปากก่อนการบูรณะด้วยการเพิ่มมิติแนวตั้ง



A: ภาพถ่ายรังสี พ.ศ. 2565



B: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
การสบฟันด้านขวา



C: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
การสบฟันด้านหน้า



D: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
การสบฟันด้านซ้าย

รูปภาพที่ 3 ภาพถ่ายรังสี และภาพถ่ายในช่องปากก่อนการบูรณะด้วยการเพิ่มมิติแนวตั้ง พ.ศ. 2565

เนื่องจากการบูรณะโดยการเพิ่มมิติแนวตั้งอาจทำให้เกิดปัญหาหลังการรักษาได้ถ้าไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้อง เบื้องต้นได้ทำการพิมพ์ปาก ส่งทำครอบฟันชั่วคราวในฟันหลังล่างโดยเพิ่มมิติแนวตั้งให้แก่เพียงพอกับการบูรณะ ประมาณ 2 มิลลิเมตร ในตำแหน่งฟันหน้า ประเมินการใช้งานบดเคี้ยว การออกเสียง (phonetic evaluation) ระยะปลดการสบ (interocclusal distance) และภาพลักษณะใบหน้า (facial appearance)

ส่วนในฟันหน้าได้ทำการอุดฟันหน้าบนและล่างโดยใช้เฝือกสบฟันแบบนิ่มที่ทำจากแบบพิมพ์ที่ได้ภายหลังการเพิ่มมิติแนวตั้งในฟันหลัง และทำการแต่งรูปร่างโดยเพิ่มความยาวของปลายฟันหน้า มาช่วยในการอุดฟันหน้าทั้งหมด

จากการประเมินการใช้งานพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานได้ดี ครอบฟันไม่เสียหาย จึงได้ทำการบูรณะฟันหลังล่างแบบถาวรด้วยครอบฟันเซรามิกล้วน โดยทำการสแกนในช่องปากด้วยเครื่องสแกนระบบดิจิทัล (intraoral scanner) เลือกสีฟัน และส่งไฟล์ที่ได้ไปยังห้องปฏิบัติการ ออกแบบครอบฟัน และขึ้นรูป

ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (computer aided design and manufacture: CAD/CAM) วัสดุที่ใช้ในการบูรณะฟันกรามน้อยคือเซรามิกชนิดเซอร์โคเนีย (monolithic zirconia) วัสดุที่ใช้ในการบูรณะฟันกรามทำจากโลหะล้วน (full metal crown: FMC) ยึดชิ้นงานทั้งหมดด้วยสารเพิ่มการยึดติด (monobond) และวัสดุเรซินซีเมนต์ (resin cement)

ส่วนฟันหน้าจะได้วางแผนบูรณะถาวรอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม พิมพ์ปากส่งทำ เฝือกสบฟันชนิดอ่อน ให้ผู้ป่วยใส่ระหว่างนอนลดการสึกกร่อนของครอบฟัน

การติดตามผลการรักษา: นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจหลังการรักษาเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ 1 เดือน โดยพบว่าฟันซี่ 26, 36 ครอบฟันหลุด กรอแต่งเนื้อฟันให้เพิ่มการยึดเกาะ พิมพ์ปากทำชิ้นงานมาใหม่ แล้วนำมายึดด้วยวัสดุเรซินซีเมนต์ และนัดกลับมาตรวจ 1 สัปดาห์ 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ เพื่อติดตามผลการรักษา และเปลี่ยนเฝือกสบฟันเป็นชนิดแข็ง



A: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านขวา



B: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านหน้า



C: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านซ้าย

รูปภาพที่ 4 ภาพถ่ายในช่องปากหลังการบูรณะด้วยการเพิ่มมิติแนวตั้งด้วยครอบฟันชั่วคราวในฟันหลัง
พ.ศ. 2566

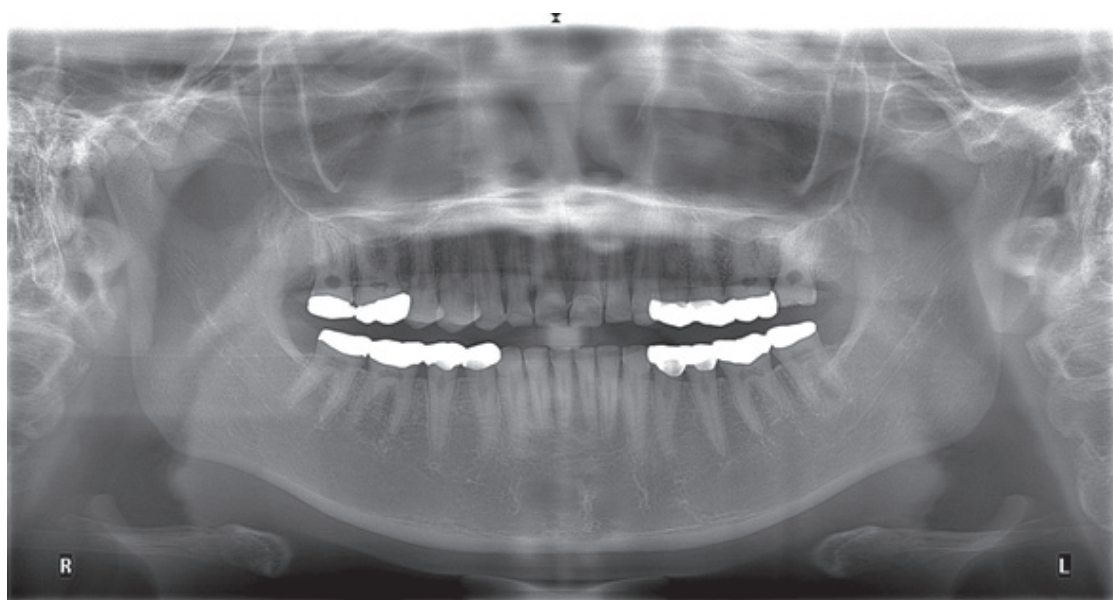


A: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านขวา

B: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านหน้า

C: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านซ้าย

รูปภาพที่ 5 ภาพถ่ายในช่องปากหลังการบูรณะด้วยการเพิ่มมิติแนวตั้งด้วยการอุดฟันหน้าบนและล่าง พ.ศ. 2566



A: ภาพถ่ายรังสี พ.ศ. 2567



B: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านขวา

C: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านหน้า

D: ภาพถ่ายในช่องปากแสดง
สบฟันด้านซ้าย

รูปภาพที่ 6 ภาพถ่ายรังสี และภาพถ่ายในช่องปากหลังการบูรณะด้วยการเพิ่มมิติแนวตั้งด้วยครอบฟันในฟันหลัง
พ.ศ. 2567

สรุป

การบูรณะฟันในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเคลือบฟันเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการรักษาควรทำทันทีที่ฟันเริ่มขึ้น หรือเริ่มใช้งานเพื่อลดการสูญเสียเนื้อฟัน ลดอาการเสียวฟัน หรือการปวดฟันได้ และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันในการบดเคี้ยวได้ตามปกติ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้าสู่วัยรุ่น ภาพลักษณ์เริ่มมีผลกระทบ จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม ส่งผลดีต่อการพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

การเลือกการบูรณะ: ในกรณีศึกษาี้การเลือกใช้ประเภทของการบูรณะ ในช่วงฟันชุดผสม เลือกใส่ครอบฟันโลหะไร้สนิมในฟันน้ำนมและฟันแท้ซี่แรก ซึ่งสามารถทำได้รวดเร็วและประหยัดค่าใช้จ่าย รวมถึงการบูรณะด้วยการอุดฟันในฟันแท้ซี่หน้าเพื่อความสวยงาม

การบูรณะแบบถาวร: เมื่อผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่ฟันแท้ขึ้นครบ และมีความพร้อมจะเลือกใช้ครอบฟันถาวรในฟันหลังทั้งหมดเพื่อความแข็งแรง โดยเลือกวัสดุทำครอบชนิดโลหะทั้งซี่ในฟันกรามทั้งหมด เนื่องจากเนื้อฟันไม่สามารถกรอได้มากมีเนื้อสำหรับวัสดุน้อย แต่มีความแข็งแรง ส่วนในฟันกรามน้อยใช้เป็นเซรามิกทั้งหมดเนื่องจากต้องการความสวยงาม และมีเนื้อสำหรับวัสดุมากกว่าในฟันกราม ส่วนในฟันหน้ายังคงใช้การอุดฟันช่วยประเมนความสวยงาม และช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยได้

การเพิ่มมิติแนวตั้ง: ขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงการเจริญเติบโตของใบหน้าและขากรรไกร การประเมนและวางแผนการรักษาอาจค่อนข้างยาก การบูรณะแบบชั่วคราวช่วยรักษาสภาพการบดเคี้ยวไว้ก่อนที่จะทำการบูรณะแบบถาวร และยังใช้ในการประเมนผลการใช้งานจากการเพิ่มมิติแนวตั้งได้ ส่วนการเพิ่มมิติแนวตั้งอาจช่วยลดการกรอแต่งเนื้อฟันที่มากเกินไปจนจำเป็นได้ด้วย

การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติให้มีความเข้าใจในแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรับการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถดูแลและทำความสะอาดช่องปากและเครื่องมือได้อย่างดี การบูรณะฟันส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพและรักษาความสะอาดของช่องปาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการประสบความสำเร็จตามแผนการรักษา

ผู้ป่วยมีภาวะเคลือบฟันเจริญพร่องทั้งในฟันแท้และฟันน้ำนม ซึ่งคาดว่าเป็นผลมาจากกรรมพันธุ์ เนื่องจากไม่มีประวัติการเจ็บป่วยรุนแรงในช่วงการสร้างฟัน และไม่พบความผิดปกติอื่น ๆ ในร่างกาย สาเหตุของปัญหานี้จะเกี่ยวข้องกับโครโมโซมเพศและโครโมโซมร่างกายที่ถ่ายทอดจากบิดา

ฟันของผู้ป่วยมีลักษณะผิวไม่เรียบ สีเหลืองปนรูปร่างเล็กและผิดปกติ ทำให้เกิดปัญหาการสบฟัน โดยอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นการนอนกัดฟันได้ ส่วนการใช้ฝือกสบฟันแบบนี้ อาจส่งผลให้เกิดการนอนกัดฟันได้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความจำเป็นในการใช้ฝือกสบฟันเพื่อป้องกันการสึกของฟันในช่วงที่ไม่สามารถบูรณะฟันแบบถาวรได้ การชำรุดของฝือกสบฟันจะพบได้มากในช่วงแรกอาจเกิดจากยอดฟันที่สึกและแหลมคมทำให้ฝือกทะเล็ด แต่จะพบว่าฝือกสบฟันชำรุดลดลงเมื่อเริ่มใส่ครอบฟันชั่วคราว

หลังจากการบูรณะแบบถาวรทั้งหมด การใส่ฝือกสบฟันชนิดแข็งช่วยกระจายแรงอย่างสม่ำเสมอ และลดความเสียหายที่อาจเกิดกับครอบฟันได้

จากกรณีศึกษาี้ สามารถนำไปใช้ในการพิจารณาการบูรณะฟันในผู้ป่วยที่มีการสึกของฟันจากกรรมพันธุ์ได้ หากตรวจพบปัญหาได้เร็ว จะช่วยลดความเสียหายของเนื้อฟันที่อาจทำให้เกิดอาการเสียวหรือปวดได้

ในวัยรุ่น ผู้ป่วยมักจะให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์มากขึ้น ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการเข้าสังคมและพัฒนาการของพวกเขา ดังนั้น การบูรณะฟันควรเลือกวัสดุที่เหมาะสมกับช่วงวัยและคำนึงถึงค่าใช้จ่ายร่วมด้วย

สิ่งสำคัญคือการพูดคุยและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและผู้ปกครองเกี่ยวกับระยะเวลาการรักษาและ

ค่าใช้จ่าย การสื่อสารที่ดีจะช่วยเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จของการรักษาได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Towle I, Dove ER, Irish JD, et al. Severe plane-form enamel hypoplasia in a dentition from Roman Britain. *Dent Anthropol J* 2018;30(1):16–24. doi: 10.26575/daj.v30i1.23
2. Salanitri S, Seow WK. Developmental enamel defects in the primary dentition: aetiology and clinical management. *Aust Dent J* 2013;58(2):133–40. doi: 10.1111/adj.12039.
3. Wright JT. The molecular etiologies and associated phenotypes of amelogenesis imperfecta. *Am J Med Genet A* 2006;140(23):2547–55. doi: 10.1002/ajmg.a.31358
4. da Cunha Coelho ASE, Mata PCM, Lino CA, et al. Dental hypomineralization treatment: a systematic review. *J Esthet Restor Dent* 2019;31(1):26–39. doi: 10.1111/jerd.12420.
5. Martos J, Gewhr A, Paim E. Aesthetic approach for anterior teeth with enamel hypoplasia. *Contemp Clin Dent* 2012;3(Suppl 1):S82–5. doi: 10.4103/0976-237X.95112.
6. American Academy of Pediatric Dentistry. The reference manual of pediatric dentistry 2021–2022. Chicago: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021. 123–212.
7. Chandrasekaran S, Logaranjani A, Mahendra J. Bruxism and its management-an overview. *Ann RSCB* 2020;24(1):162–9.
8. Zarb GA, Hobkirk J, Eckert SE, et al. Prosthodontics treatment for edentulous patient: complete denture and implant-supported prostheses. 13th ed. St Louis: Mosby; 2012.

กรณีศึกษา: การรักษาเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาด้วยวิธีผ่าตัดขากรรไกรล่าง บางส่วนโดยเอาข้อต่อขากรรไกรล่างออกพร้อมทั้งใส่เหล็กตามยึด พร้อมทั้งปลูกกระดูกทันทันที่

A Case Study: Treatment of Ameloblastoma Tumor with Hemi-Mandibulectomy and Immediate Reconstruction with Iliac Bone Graft

สุรัชชัย เพชรอาภรณ์ ท.บ.,
ว.ท. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
กลุ่มงานทันตกรรม
โรงพยาบาลสมุทรสาคร
จังหวัดสมุทรสาคร

Surachai Petcharporn D.D.S.,
Thai Board of Oral and Maxillofacial Surgery
Division of Dentistry
Samutsakhorn Hospital
Samut Sakhon

บทคัดย่อ

อะมีโลบลาสโตมาเป็นเนื้องอกที่พบได้บ่อยในกลุ่มเนื้องอกเหตุกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรง โดยเนื้องอก
ยังแบ่งเป็นชนิดต่าง ๆ แต่ละชนิดมีพฤติกรรมทางคลินิก, ลักษณะทางภาพรังสี, และลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา
ที่แตกต่างกัน ทำให้มีการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน อัตราการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคที่ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะ
การรักษาแบบอนุรักษ์ จึงควรวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมร่วมกับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

บทความนี้เป็นรายงานการรักษาผู้ป่วยอะมีโลบลาสโตมา เพศหญิง ชาวต่างชาติ อายุ 25 ปี ในบริเวณขากรร
ไกรล่างด้านซ้าย โดยวิธีการผ่าตัดขากรรไกรออกบางส่วนและใส่แผ่นเหล็กตามยึดร่วมกับการปลูกกระดูกจากสะโพก
ทันทันที่ ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำหลังการติดตามการรักษาเป็นเวลาห้าปี

คำสำคัญ: อะมีโลบลาสโตมา ผ่าตัดขากรรไกรออกบางส่วน

วารสารแพทยเขต 4-5 2567 ; 43(4) : 645-655.

Abstract

Ameloblastoma is the most common benign odontogenic tumor. Each type of
ameloblastoma has different clinico-radiographic presentations, histopathological features, and

prognosis, that leads to different treatment modalities. The aim of this study was to present the clinical, radiographic, and histopathological features as well as treatment modalities and recurrence rate of ameloblastoma. Ameloblastoma is the benign odontogenic tumor, with high recurrent rate when treated by conservative treatment. So we need to select the most suitable treatment modality for each patient with long-term follow-up.

This article reported a case of female foreigner with 25 years of age. She was diagnosed as ameloblastoma tumor in lower left of mandible and treated with hemi-mandibulectomy and immediate reconstruction with iliac bone graft. No recurrence of the tumor was found during 5 years of follow-up.

Keyword: ameloblastoma, hemimandibulectomy

Received: Aug 5, 2024; Revised: Aug 17, 2024; Accepted: Oct 13, 2024

Reg 4-5 Med J 2024 ; 43(4) : 645–655.

บทนำ

รอยโรคที่พบในบริเวณกระดูกขากรรไกรและใบหน้า (maxillofacial bone tumors) สามารถแบ่งได้หลายประเภทตามลักษณะความผิดปกติทางพยาธิวิทยา โดยสามารถจำแนกได้เป็นกลุ่มเนื้องอกเหตุกำเนิดฟัน หรือเนื้องอกโอดอนโทเจนิก (odontogenic tumor) ที่มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อเกี่ยวกับการสร้างฟันกับกลุ่มเนื้องอกนอนโอดอนโทเจนิก (non-odontogenic tumor) ที่ไม่ได้มีเซลล์ต้นกำเนิดมาจากเนื้อเยื่อเกี่ยวกับการสร้างฟัน จากการศึกษา รอยโรคที่พบในกระดูกขากรรไกรของคนไทย จำนวนทั้งหมด 2,216 ราย ของ Chungpanich และ Sukboon¹ พบว่า รอยโรคส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มถุงน้ำ (ร้อยละ 50.3) รองลงมาคือกลุ่มเนื้องอกโอดอนโทเจนิก (ร้อยละ 24.8) กลุ่มรอยโรคคล้ายเนื้องอก (ร้อยละ 7.9) และกลุ่มเนื้องอกนอนโอดอนโทเจนิก (ร้อยละ 3.9) ตามลำดับ โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มเนื้องอกโอดอนโทเจนิก คือ อะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma) (ร้อยละ 47.3) คิดเป็นร้อยละ 11.7 ของรอยโรคที่พบในกระดูก

ขากรรไกรทั้งหมด อะมีโลบลาสโตมาในกระดูกขากรรไกร ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยอายุ 40–50 ปี เพศชาย และหญิงมีอัตราการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน พบในกระดูกขากรรไกรล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตำแหน่งขากรรไกรล่างด้านหลัง (posterior mandible) ทั้งบริเวณที่มีฟันและไม่มีฟัน โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับฟันผุหรือฟันคุดทั้งในขากรรไกรบนและล่าง

อาการแสดงเริ่มแรกที่พบส่วนมากคือการขยายตัวอย่างช้า ๆ ของกระดูกขากรรไกรบนหรือล่างไปทางด้านแก้มหรือด้านลิ้น (buccal and lingual expansion) และอาจมีอาการอื่น ๆ ตามมาหลายอย่าง ได้แก่ การสบฟันผิดปกติ อ้าปากได้จำกัด อาการขากรรไกรฝืดหรือแม้กระทั่งอาการปวด ลักษณะทางภาพรังสีส่วนใหญ่พบลักษณะเงาโปร่งรังสีหลายวง ขอบเขตโค้งเรียบ (corticated multilocular radiolucency) ซึ่งอาจเรียกลักษณะภาพรังสีนี้ว่า ฟองสบู่ (soap-bubble) หรือรวงผึ้ง (honey comb) มักพบการละลายของรากฟัน (root resorption) และรอยโรคอาจสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้น ในบางชนิดอาจพบลักษณะเงาโปร่งรังสี

ร่วมกับเงาที่บั้งสี (mixed radiolucent-radiopaque) ได้

เมื่อพิจารณาลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา พบว่า อะมีโลบลาสโตมามีลักษณะคล้ายกับอวัยวะที่จะเกิดเป็นฟัน ชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ชนิดฟอลลิคูลาร์ (follicular) รองลงมาคือ ชนิดเพล็กซ์ฟอรม์ (plexiform) นอกจากนี้ยังสามารถพบชนิดอะแคนโทมาตัส (acanthomatous), แกรนูลาร์เซลล์ (granular cell), บาซัลเซลล์ (basal cell), และเดสโมพลาสติก (desmoplastic) โดยยังสามารถพบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาหลายชนิดผสมกัน (admixed histopathological type) ในเนื้องอกก้อนเดียวได้ ซึ่งลักษณะทางพยาธิวิทยายังสามารถบอกการพยากรณ์ของโรคได้ ในกรณีที่เป็นลักษณะของรอยโรคที่เป็นลักษณะคล้ายถุงน้ำเดี่ยว ไม่มีลักษณะเนื้อตัน สามารถที่จะเลือกแนวทางการรักษาเชิงอนุรักษ์ด้วยวิธีการควักออก หรือขูดกระดูกออกบางส่วนภายหลังการควักถุงน้ำออกและนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าในกรณีที่เป็นลักษณะรอยโรคเนื้อตัน การรักษาด้วยการผ่าตัดนำเนื้องอกออกทั้งหมดเป็นสิ่งที่ควรพิจารณามากกว่าเพราะเหตุที่รอยโรคมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงมาก²

การรักษาโรคนี้มีแนวคิดที่แตกต่างกัน ตั้งแต่การรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) การรักษาแบบผ่าตัดถอนรากถอนโคน (radical treatment) ไปจนถึงการรักษาด้วยรังสีบำบัด³ (radiotherapy) ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ และไม่สามารถตัดออกได้หมด ซึ่งแนวทางการรักษาที่แตกต่างกันนี้มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรค (recurrence) โดยพบว่าการรักษาแบบอนุรักษ์มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงถึง ร้อยละ 60–80 จากการศึกษาของ Almeida และคณะ⁴ ใน ค.ศ. 2016 พบว่า ส่วนใหญ่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 5 ปี หลังการรักษา

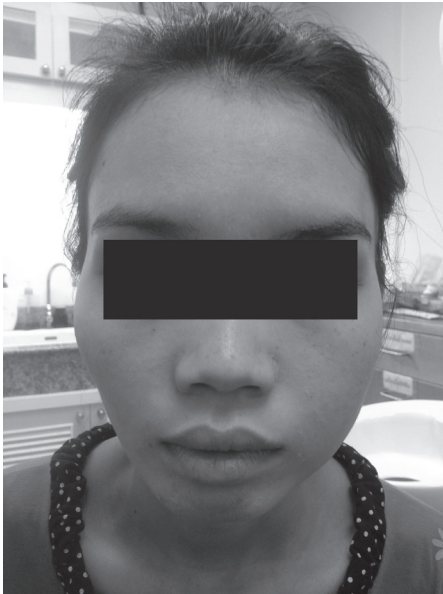
บทความนี้เป็นการนำเสนอการรักษาผู้ป่วยหญิงชาวต่างชาติ อายุ 25 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาด้วยวิธีผ่าตัดขากรไกรสร้างบางส่วน โดยเอาข้อต่อขากรไกรสร้างออกพร้อมทั้งใส่เหล็กตามยึดพร้อมทั้งปลูกกระดูกทันทีโดยไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคภายหลังการติดตามการรักษาเป็นเวลา 7 ปี

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเพศหญิง ชาวต่างชาติ อายุ 25 ปี มาด้วยอาการนำบวมบริเวณแก้มและคางด้านซ้ายมาประมาณ 2 ปี และมีแผลในช่องปากบริเวณเหงือกฟันกรามล่างซ้าย ปัจจุบันเห็นว่ามีอาการบวมมากขึ้น จึงตัดสินใจมาพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ประวัติทางการแพทย์ ผู้ป่วยปฏิเสธการมีโรคประจำตัว การแพ้ยา และการแพ้อาหาร

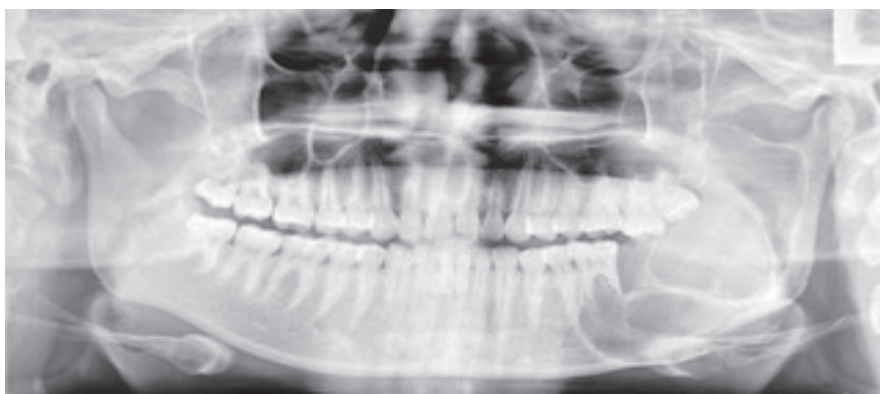
การตรวจภายนอกช่องปาก พบการบวมของขากรไกรสร้างด้านซ้าย ขอบล่างของกระดูกขากรไกรสร้างบริเวณหน้าต่อมุมคางบวมเล็กน้อย คลำได้ความต่อเนื่องกันโดยตลอด กดไม่เจ็บ ไม่มีอาการชา อ้าปากได้ปกติผิวหนังที่ปกคลุมเป็นปกติ ไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต



ภาพที่ 1 ภาพถ่ายใบหน้าผู้ป่วยด้านตรง พบมีอาการบวมแวมด้านซ้ายเล็กน้อย

การตรวจภายในช่องปาก พบการบวมและขยายของกระดูกขากรรไกรล่างด้านซ้าย ตั้งแต่บริเวณฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่ง ไปจนถึงส่วนท้ายของกระดูกขากรรไกรล่าง คลำพบจุดทะลุของรอยโรค (perforation) ทางด้านแก้มบริเวณฟันกรามใหญ่ซี่แรก ซึ่งอาจจะ

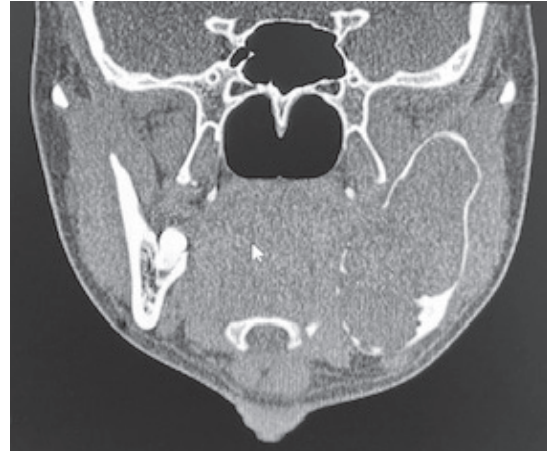
สามารถเห็นได้จากภาพถ่ายทางรังสีวิทยา ด้านลิ้นพบจุดทะลุของรอยโรค เหงือกที่ปกคลุมบริเวณหลังฟันกรามใหญ่ซี่ที่สอง มีแผลขนาด 1×1 เซนติเมตร ตรวจไม่พบฟันกรามใหญ่ซี่ที่สามในช่องปาก ทดสอบความมีชีวิตของฟันพบว่าปกติทุกซี่



ภาพที่ 2 ภาพแสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิก

ส่งตรวจเพิ่มเติมด้วยภาพถ่ายรังสีวิทยา จากภาพถ่ายรังสีพานอรามิก พบเงาดำโปร่งรังสีหลายวง ตั้งแต่บริเวณรากฟันกรามน้อยซี่ที่สอง จนถึงบริเวณ

ข้อต่อขากรรไกรและตั้งแต่เบ้าฟันจนถึงขอบล่างของกระดูกขากรรไกร ขอบเขตชัดเจน ผนังกั้นห้องไม่สมบูรณ์ มีการละลายของปลายรากฟันกรามซี่แรก



ภาพที่ 3, 4 ภาพแสดงภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์

จากภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ พบลักษณะของ
เงาดำโปร่งรังสีที่บริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายขอบเขต
จากข้อต่อขากรรไกรด้านซ้ายไปจนถึงบริเวณฟันกราม
น้อยซี่ที่หนึ่งและจากบริเวณกระดูกเบ้าฟันไปจนถึง
ขอบล่างของกระดูกขากรรไกร โดยมีการขยายกระดูก
ทั้งทางด้านแก้มและด้านล่าง มีจุดทะลุของรอยโรค
ในบริเวณด้านใกล้ลิ้นเป็นลักษณะแผลในช่องปาก
ทั้งทางด้านแก้มและด้านล่าง

จากการตรวจทางคลินิก, ภาพถ่ายรังสีวิทยา,
และอุบัติการณ์รอยโรคในขากรรไกรบนและล่าง
ที่พบได้บ่อย ให้การวินิจฉัยแยกโรคได้ดังนี้ เนื้องอก
อะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma tumor), ถุงน้ำโอ
ดอนโตเจนิคเคอราโตซิสต์ (odontogenic keratocyst),
เนื้องอกมิกซ์โซมา (myxoma tumor)

การรักษาในเบื้องต้นได้ทำการตัดชิ้นเนื้อบาง
ส่วนเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ผลทางพยาธิวิทยาได้
รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา จาก
ข้อมูลทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีวิทยา โดยตัวเนื้องอก
มีขนาดใหญ่และลุกลามออกนอกขากรรไกรไปสู่เนื้อเยื่อ

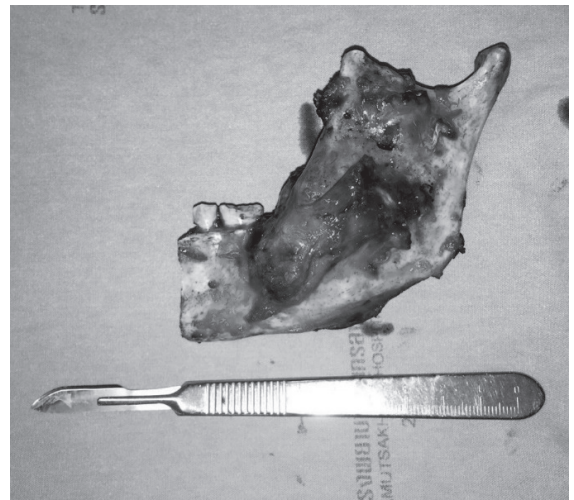
ข้างเคียง ได้วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดขากรรไกร
ล่างบางส่วนออกเพื่อนำรอยโรคออกทั้งหมด และทำการ
บูรณะด้วยแผ่นเหล็กยึด พร้อมทั้งปลูกกระดูกจาก
บริเวณสะโพกทันที โดยได้ทำการผ่าตัดภายใต้การดม
ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำการใส่แผ่นเหล็กยึดฟัน
ในฟันบนและล่าง ผ่าตัดเข้าสู่กระดูกขากรรไกรล่างจาก
ภายนอกช่องปากด้วยวิธีผ่าจากบริเวณใต้ขากรรไกรล่าง
ด้านซ้าย เลาะเป็นชั้นไปจนถึงขอบล่างของกระดูกขา
กรรไกรล่าง เลาะเยื่อหุ้มกระดูกในลักษณะได้ชั้นเนื้อเยื่อ
หุ้มกระดูก ทั้งด้านแก้ม และด้านล่าง โดยจุดที่ทะลุจาก
กระดูกทำการเลาะเนื้อชั้นเยื่อหุ้มกระดูก

ในช่องปากผ่าตัดเข้าสู่กระดูกขากรรไกรล่าง
ด้วยวิธีผ่ารอยกรีดไปตามร่องข้างกระดูกแก้ม เลาะแยก
ส่วนของเนื้อเยื่อออกได้โดยไม่ทะลุกระดูกส่วนที่มีรอย
โรค ถอนฟันกรามน้อยซี่ที่สอง และตัดกระดูกขากรรไกร
ล่างผ่านเบ้าฟันกรามน้อยซี่ที่สอง ด้านหลังทำการเลาะ
ข้อต่อกระดูกขากรรไกรออกจากเบ้า นำกระดูก
ขากรรไกรล่างส่วนที่มีรอยโรคออก จากนั้นจึงใส่แผ่นเหล็ก
ยึดบูรณะ (reconstruction plate) นำกระดูกที่ได้จาก

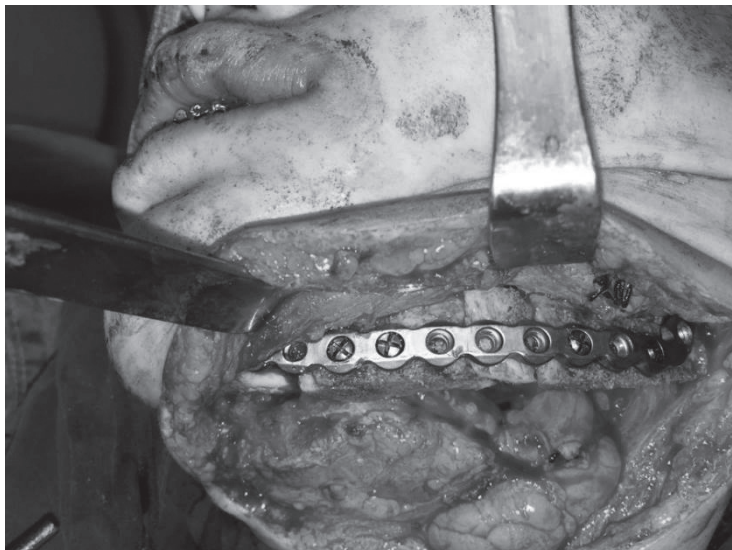
บริเวณส่วนหน้าของกระดูกสะโพกทั้งสองข้าง ขนาด 5×6 เซนติเมตร มาปลูกในบริเวณที่ได้ทำการตัดเนื้องอกออก โดยยึดด้วยสกรูยึด (reconstruction screws) เย็บปิดในช่องปากแบบปรัญภูมิ จากนั้นภายนอกช่องปาก ใส่ท่อระบายเลือด (radivac drain) ในชั้นใต้ผิวหนัง เย็บปิดแผลนอกปากตามลำดับชั้น หลังผ่าตัด ไม่พบภาวะเลือดออกผิดปกติจากแผลทั้งในและ

นอกช่องปาก สามารถอ้าปากได้ประมาณ 10 มิลลิเมตร สบฟันลงสนิท ขึ้นเนื้องอกที่ตัดออกมาได้นำส่งตรวจพยาธิวิทยา

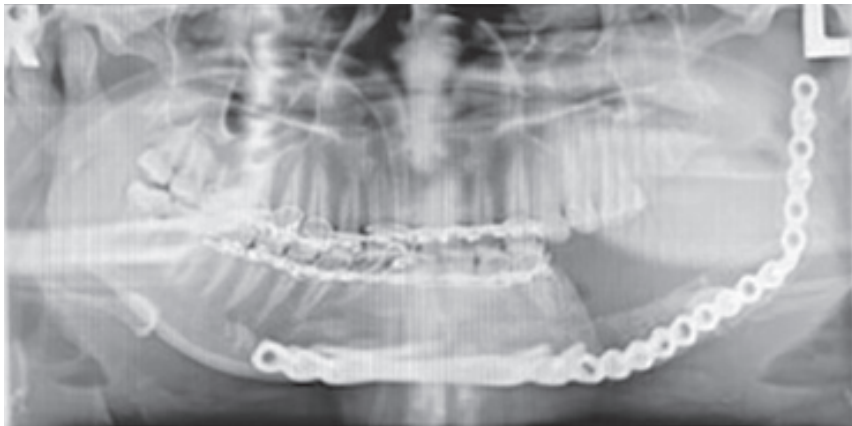
1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกัดฟันได้สนิท อ้าปากได้ 20 มิลลิเมตร ทำการยึดขากรรไกรบนและล่างเข้าด้วยกัน (IMF) พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และคงสายยางให้อาหารกลับบ้าน



ภาพที่ 5, 6 ภาพแสดงบริเวณขากรรไกรล่างด้านซ้ายภายหลังตัดเนื้องอกออกไป และชิ้นเนื้องอกที่ตัดออกมาทั้งหมดพร้อมทั้งข้อต่อขากรรไกร



ภาพที่ 7 ภาพแสดงการใส่เหล็กยึดและปลูกกระดูกที่ภายหลังการตัดตัวรอยโรคออกทั้งหมด



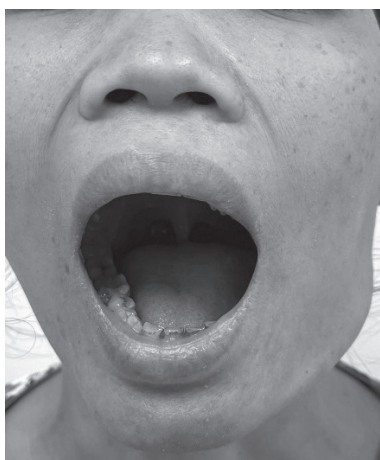
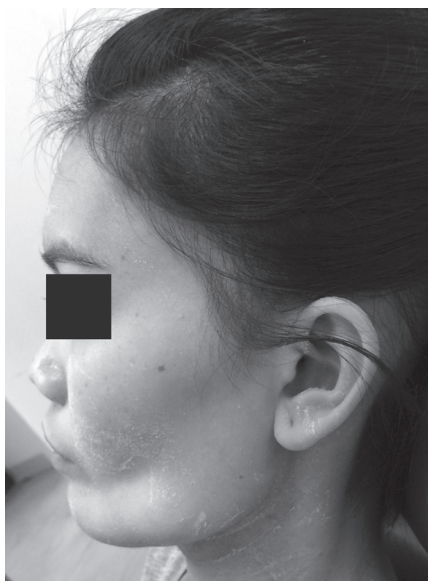
ภาพที่ 8 ภาพแสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิกภายหลังการผ่าตัด 1 วัน แสดงตำแหน่งของแผ่นโลหะยึดกระดูกขากรรไกร และกระดูกปลูก

หลังผ่าตัด 1 เดือน ผลที่ได้คางและในช่องปากหายสนิท ผลที่สะโพกหายสนิทดี สามารถเดินได้เป็นปกติ ปวดเมื่อยบริเวณสะโพกด้านขวาและซ้ายเป็นบางครั้ง กัดฟันได้ลงดี พิจารณาถอดสายยางให้อาหารทางจมูกและลวดยึดขากรรไกรบนล่าง ผลทางพยาธิวิทยารายงานว่าเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา (ameloblastoma)

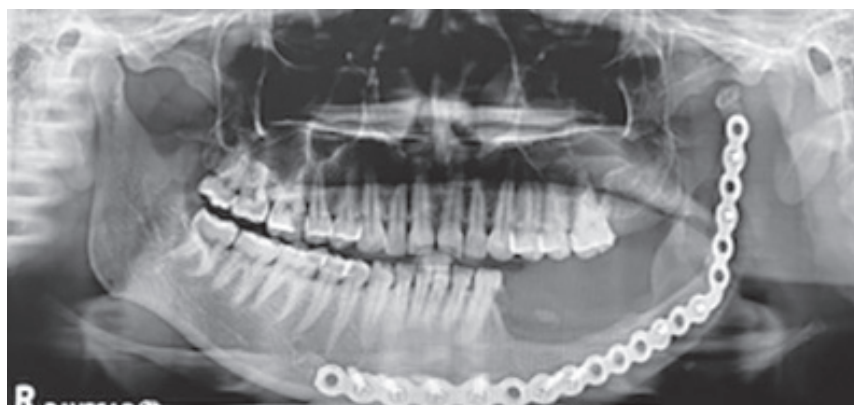
หลังผ่าตัด 4 เดือน ใบหน้าด้านซ้ายนูนกว่าด้านขวาเล็กน้อย อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้าหายเป็นปกติ ผลได้คางด้านซ้ายหายปกติดี มีแผลเป็นเล็กน้อย อ้าปากได้ตรง ไม่มีอาการเจ็บข้อต่อขา

กรรไกรหน้าทั้งสองข้าง ในช่องปากมีการกัดสบฟันที่ดี สันเหงือกไร้ฟันบริเวณกรามล่างด้านซ้ายแหลมและเตี้ย เนื้อเยื่ออ่อนที่ปกคลุมปกติ จากภาพถ่ายรังสีพานอรามิก (panoramic) พบว่ากระดูกที่ทำการปลูกอยู่ในตำแหน่งที่ดี

การติดตามผลการรักษา 6 เดือน, 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, และ 5 ปี ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรค มีการหายของแผลและกระดูกปลูกที่ดี โดยมีแผนการในการผ่าตัดนำแผ่นเหล็กยึดกระดูกออก และบูรณะฟันในช่องปากด้วยฟันเทียมบางส่วนถอดได้



ภาพที่ 9, 10, 11, 12 ภาพแสดงใบหน้าผู้ป่วยภายหลังการรักษา 5 ปี



ภาพที่ 11 ภาพแสดงภาพถ่ายรังสีพานอรามิกติดตามการรักษา 5 ปี

วิจารณ์

เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาเป็นเนื้องอกที่มีจุดกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรง จากการจำแนกขององค์การอนามัยโลกใน ค.ศ. 2017 ได้แบ่งประเภทเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาไว้ดังนี้ 1) อะมีโลบลาสโตมาในกระดูกขากรรไกรหรืออะมีโลบลาสโตมาชนิดเนื้อตัน (conventional ameloblastoma, classic intraosseous ameloblastoma หรือ solid/multicystic ameloblastoma) ซึ่งเป็นอะมีโลบลาสโตมาที่พบได้บ่อยที่สุด 2) อะมีโลบลาสโตมาชนิดถุงน้ำ (ameloblastoma, unicystic type) พบได้ร้อยละ 5-22 ของเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด และ 3) อะมีโลบลาสโตมานอกกระดูกขากรรไกร (ameloblastoma, extraosseous/peripheral type) พบได้ร้อยละ 1-10 ของอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด

อะมีโลบลาสโตมาในกระดูกขากรรไกรหรืออะมีโลบลาสโตมาชนิดเนื้อตัน ส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยอายุ 40-50 ปี เพศชายและหญิงมีอัตราการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน มีการศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคอะมีโลบลาสโตมาของคนไทย โดยในผู้ป่วยจำนวน 486 ราย พบว่ามีอายุตั้งแต่ 4-83 ปี (อายุเฉลี่ย 34.4 ปี) เป็นเพศชาย 239 ราย (ร้อยละ 49.2) และเพศหญิง 246 ราย (ร้อยละ 50.6) ประมาณร้อยละ 80 ของอะมีโลบลาสโตมาทั้งหมด พบในกระดูกขากรรไกรล่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตำแหน่งขากรรไกรล่างด้านหลัง (posterior mandible) แต่อะมีโลบลาสโตมาชนิดเดสโมพลาสติก (desmoplastic) มักอยู่ตำแหน่งด้านหน้าของขากรรไกร (anterior region of jaw) โดยเฉพาะขากรรไกรบน อาการแสดงเริ่มแรกคือการขยายตัวอย่างช้าๆ ไม่มีอาการใด ๆ พบการขยายของกระดูกไปทางด้านแก้มและด้านลิ้น (buccal and lingual expansion) และอาจมีอาการอื่น ๆ ตามมาหลายอย่างได้แก่ สูญเสียฟัน การสบฟันผิดปกติ อาการชา อาการปวดรูปร่างใบหน้าผิดปกติ อ้าปาก

ได้จำกัด การบดเคี้ยวลำบาก และทางเดินหายใจอุดตัน หากปล่อยให้นี้ออกขยายขนาดไปเรื่อย ๆ อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ลักษณะทางภาพรังสีส่วนใหญ่พบลักษณะเงาโปร่งรังสีหลายวง และขอบเขตโค้งเรียบ (corticated multilocular radiolucency) อาจเรียกลักษณะภาพรังสีนี้ว่าฟองสบู่ (soap-bubble) หรือรวงผึ้ง (honey comb) อาจพบการละลายของรากฟัน (root resorption) และรอยโรคอาศัยสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้น ส่วนอะมีโลบลาสโตมาชนิดเดสโมพลาสติก (desmoplastic) อาจพบลักษณะเงาโปร่งรังสีร่วมกับเงาที่รังสี (mixed radiolucent-radiopaque) ได้

สำหรับอะมีโลบลาสโตมาชนิดถุงน้ำนั้น ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเมื่ออายุ 20 ปี พบอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 1-79 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 16 ปี ในผู้ป่วยที่พบเนื้องอกสัมพันธ์กับฟันคุด (impacted tooth) ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเล็กน้อย และอายุเฉลี่ย 35 ปี ในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันคุด (absence of impaction) ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเล็กน้อย⁵ ส่วนใหญ่พบในบริเวณฟันกรามล่างซึ่งที่สามของกระดูกขากรรไกรล่างและกระดูกขากรรไกรล่างส่วนท้ายฟันกราม (ramus) และยังสามารถพบระหว่างรากฟัน (inter-radicular) ปลายรากฟัน (periapical) และบริเวณสันเหงือกไร้ฟัน (edentulous) ได้โดยมักไม่มีอาการใด ๆ นอกจากการขยายตัวของขากรรไกรลักษณะทางภาพรังสีส่วนใหญ่มักพบเป็นลักษณะเงาโปร่งรังสีวงเดียว ขอบเขตชัดเจนสัมพันธ์กับฟันที่ยังไม่ขึ้นในช่องปาก ส่วนรอยโรคที่ไม่สัมพันธ์กับฟันคุดอาจพบลักษณะขอบหยัก (scalloped) ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาอาจจำแนกได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่ ลูมินัล (luminal), อินทราลูมินัล (intraluminal), และมิวรัล (mural) ส่วนใหญ่ให้การรักษามีเหมือนกับถุงน้ำทั่วไปคือ วิธีการรักษาแบบอนุรักษ์⁶ การพิจารณาถึงการรักษาอื่นขึ้นอยู่กับรูปแบบและขนาดของอะมีโลบลาสโตมา อะมีโลบลาสโตมาชนิดมิวรัล ถือว่าเป็นชนิดที่รุนแรงที่สุดในอะมีโล

บลาสโตมาชนิดถุงน้ำ อาจจัดให้พฤติกรรมเหมือนกับอะมีโลบลาสโตมาชนิดเนื้อตันได้ ซึ่งควรรักษาแบบผ่าตัดหรือติดตามการรักษาอย่างระมัดระวัง โดยอาจพบการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วง 10 ปี หลังจากเริ่มต้นรักษาได้⁷

เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาทุกชนิดทั้งชนิดเนื้อตันและถุงน้ำมักพบว่าทำให้มีการบวมโตของขากรรไกรบนหรือล่างอย่างช้า ๆ โดยไม่ค่อยมีอาการเจ็บปวดแม้ไม่ใช่มะเร็ง แต่เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมามีพยาธิสภาพที่รุนแรงคือ มีการทำลายกระดูกและเนื้อเยื่อรอบ ๆ อีกทั้งฟันที่อยู่ใกล้รอยโรคอาจจะมีอาการโยก รากฟันละลายหากไม่ได้รับการรักษาในตั้งแต่วัยโรคยังมีขนาดเล็ก จะสร้างความเสียหายและความพิการแก่ใบหน้าและขากรรไกรได้มาก⁸ การรักษาโดยการผ่าตัดเอารอยโรครวมถึงเนื้อเยื่อรอบ ๆ ออก หากตัวรอยโรคมีขนาดใหญ่มากอาจต้องตัดขากรรไกรบนหรือล่างบริเวณที่เป็นรอยโรคออกด้วย^{9,10} การรักษาด้วยการผ่าตัดเอารอยโรค และเนื้อเยื่อรอบ ๆ ออกรวมทั้งต้องตัดขากรรไกรบนหรือล่างบริเวณรอยโรคออกด้วย^{11,12} ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการใช้ชีวิต ทั้งด้านการพูด การเคี้ยวอาหาร ดังนั้นภายหลังการติดตามผลหลังการผ่าตัดจึงต้องมีการใส่ฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วยเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในการบดเคี้ยวอาหาร อีกทั้งการผ่าตัดเอาเนื้องอกออก มักสร้างความเสียหายแก่บริเวณใบหน้าและขากรรไกร ทำให้ต้องคำนึงการบูรณะทั้งรูปร่างและการใช้งานของใบหน้าและขากรรไกรที่ใกล้เคียงกับปกติก่อนการรักษา จึงมีความจำเป็นที่หลังการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกจะต้องมีการปลูกกระดูกทันที โดยในผู้ป่วยรายนี้ได้พิจารณานำกระดูกสะโพกมาทดแทนขากรรไกรล่างบางส่วนที่ถูกผ่าตัดออกโดยเป็นแหล่งที่ให้กระดูกได้ปริมาณที่มากพอ และมีคุณภาพของกระดูกที่ดี¹² ทำให้มีปริมาณสันเหงือกที่ดีในการใส่ฟันเทียม และมีรูปร่างใบหน้าที่ค่อนข้างสมมาตร แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นการพิจารณาการรักษาในบางกรณี ก็ยังมีการรักษาในเชิงอนุรักษ์

โดยเพียงแค่ควักเอารอยโรคออก ซึ่งโอกาสในการเกิดการเป็นซ้ำของรอยโรคที่ค่อนข้างสูง ต้องมีการติดตามการรักษากันอย่างยาวนานและอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นอย่างมากในการนัดหมายการรักษา¹³ การพิจารณาผ่าตัดนำกระดูกขากรรไกรออกบางส่วนและนำกระดูกจากส่วนอื่นมาทดแทนในผู้ป่วยรายนี้เพื่อหวังผลการรักษาที่ลดโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ และมีความสะดวกในการติดตามผลการรักษา

ในผู้ป่วยรายนี้ผลการรักษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์ในแผนการรักษาซึ่งต้องการไม่ให้เกิดการกลับมาเป็นซ้ำของรอยโรคอีก โดยเลือกวิธีการผ่าตัดเอารอยโรคออกทั้งหมด ด้วยเหตุเพราะตัวรอยโรคมีขนาดใหญ่และมีการเบียดอวัยวะข้างเคียง มีจุดทะลุของรอยโรคออกจากขากรรไกรล่างและมีการปลุกกระดูกในทันทีภายหลังผ่าตัดขากรรไกรบางส่วนออก ทดแทนกระดูกขากรรไกรที่สูญเสียไป ทำให้รูปร่างใบหน้าใกล้เคียงกับก่อนการผ่าตัดและลดความพิการของอวัยวะข้างเคียง โดยเมื่อติดตามการรักษายังไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรค

สรุป

เนื้องอกอะมีโลบลาสโตมา เป็นเนื้องอกที่มีพฤติกรรมการกลับมาเป็นซ้ำได้สูง การรักษาเชิงอนุรักษ์อาจมีประโยชน์ในบางกรณีที่รอยโรคมีขนาดเล็กไม่ใหญ่มากนัก แต่ในรอยโรคที่มีขนาดใหญ่และเบียดอวัยวะข้างเคียงจนมีการทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียง การผ่าตัดเอาเนื้องอกออกทั้งหมด พร้อมทั้งต้องตัดเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ เพื่อให้แน่ใจว่ารอยโรคจะหมดไป แต่นั่นก็อาจนำมาสู่ความพิการของอวัยวะรอบ ๆ ข้างเคียงซึ่งอาจส่งผลต่อการบดเคี้ยว การกลืน การพูด และรูปลักษณ์ภายนอกของผู้ป่วย การบูรณะความพิการของคนไข้ภายหลังการผ่าตัดเอาเนื้องอกออก จึงมีความสำคัญมาก และเป็นความท้าทายที่นอกเหนือไปจากการผ่าตัดเอาเนื้องอกให้หมดไป

เอกสารอ้างอิง

1. Chungpanich S, Kietthubthew S, Sukboon A. Lesions of the jaws: a pathological review of 2,216 cases at Faculty of Dentistry, Prince of Songkla University between 1989–2007. *J Dent Assoc Thai* 2009;59:162–72.
2. El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, et al, editors. WHO classification of head and neck tumours. 4th ed. Geneva: WHO Press; 2017.
3. Maia EC, Sandrini FAL. Management techniques of ameloblastoma: a literature review. *RGO* 2017;65(1):62–9. doi: 10.1590/1981-863720170001000093070.
4. Almeida Rde A, Andrade ES, Barbalho JC, et al. Recurrence rate following treatment for primary multicystic ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2016;45(3):359–67. doi: 10.1016/j.ijom.2015.12.016.
5. สุดาทิพย์ แสงปัญญา, ศิริพงศ์ สิทธิสมวงศ์. การศึกษาย้อนหลังของผู้ป่วยโรคอะมีโลบลาสโตมา ในคณะ ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล* 2562;33(2):106–17.
6. อรุณรัตน์ เวชเตง. การรักษาผู้ป่วยเนื้องอกอะมีโลบลาสโตมาด้วยวิธีผ่าตัดเชิงอนุรักษ์. *วารสารวิชาการ แพทย์ เขต 11* 2559;30(4):283–90.
7. Dhanuthai K. Odontogenic tumors in Thailand. *Asian J Oral Maxillofac Surg* 2004;16(3):166–71. doi: 10.1016/S0915-6992(04)80027-X.
8. Reichart PA, Philipsen HP, Sonner S. Ameloblastoma: biological profile of 3677 cases. *Eur J Cancer B Oral Oncol* 1995;31B(2):86–99. doi: 10.1016/0964-1955(94)00037-5.
9. Bianchi B, Ferri A, Ferrari S, et al. Mandibular resection and reconstruction in the management of extensive ameloblastoma. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(3):528–37. doi: 10.1016/j.joms.2012.07.004.
10. Carlson ER, Marx RE. The ameloblastoma: primary, curative surgical management. *J Oral Maxillofac Surg* 2006;64(3):484–94. doi: 10.1016/j.joms.2005.11.032.
11. McClary AC, West RB, McClary AC, et al. Ameloblastoma: a clinical review and trends in management. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016;273(7):1649–61. doi: 10.1007/s00405-015-3631-8.
12. Jewer DD, Boyd JB, Manktelow RT, et al. Orofacial and mandibular reconstruction with the iliac crest free flap: a review of 60 cases and a new method of classification. *Plast Reconstr Surg* 1989;84(3):391–403.
13. Hendra FN, Natsir Kalla DS, Van Cann EM, et al. Radical vs conservative treatment of intraosseous ameloblastoma: systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2019;25(7):1683–96. doi: 10.1111/odi.13014.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ในการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารแพทย์เขต 4-5

วารสารแพทย์เขต 4-5 เป็นวารสารของชมรมแพทย์เขต 4-5 มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ทางวิชาการด้านการแพทย์ และสาธารณสุข และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการให้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ของโรงพยาบาลในเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 5 ได้แก่ โรงพยาบาลในจังหวัดนครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี กาญจนบุรี เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ และเขตสุขภาพอื่นๆ

ประเภทและรูปแบบของบทความ

วารสารแพทย์เขต 4-5 ตีพิมพ์บทความประเภทต่างๆ ดังนี้

- 1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)
- 1.2 รายงานผู้ป่วย (Case Report)
- 1.3 บทความพินิจ (Review Article)
- 1.4 ย่อเอกสาร (Selected Abstracts)

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือเป็นโรค หรือกลุ่มอาการใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย รายงานผู้ป่วยประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง

บทความพินิจ (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Selected Abstracts) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

รูปแบบของบทความ

1. **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ชื่อไทยให้ใช้ภาษาไทยทั้งหมด ภาษาอังกฤษในชื่อให้แปลเป็นไทย ถ้าแปลไม่ได้ให้เขียนทับศัพท์ ถ้าเขียนทับศัพท์ไม่ได้ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษด้วยตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้น ชื่อเฉพาะให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรต้น ชื่ออังกฤษให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ในอักษรต้นทุกคำ ยกเว้นคำบุพบท

2. **ชื่อผู้พิมพ์และสังกัด (Author)** เขียน ชื่อ นามสกุล ปริญญาหรือคุณวุฒิสูงสุด และตัวย่อที่เป็นสากล ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนร่วมในงานวิจัยนั้น ระบุชื่อสถานที่ทำงานหรือหน่วยงานของผู้เขียนที่เป็นปัจจุบันภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3. **บทคัดย่อ (Abstract)** มีทั้งฉบับภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยมีโครงสร้างอย่างย่อ ประกอบด้วย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ (Objective) วิธีการศึกษา (การเก็บข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การวิเคราะห์ผล) (Methods) ผล (Results) สรุป (Conclusion) จำนวนไม่เกิน 300 คำ
4. **คำสำคัญ (Keywords)** ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ เขียนเป็นคำ หรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจำนวน 3-5 คำ เพื่อทำดัชนีสำหรับค้นคว้า ศึกษาจากเว็บไซต์ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> (คำสำคัญ แปลจาก key word)
5. **บทนำ (Introduction)** ให้ข้อมูลข้อสนเทศ และประเด็นสำคัญทางวิชาการ เป็นส่วนของบทความที่บอก เหตุผลนำไปสู่การศึกษา อธิบายให้ผู้อ่านรู้ว่าจะตอบคำถามอะไร และให้ระบุถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา เป็นในส่วนท้ายของบทนำ
6. **วิธีการศึกษา (Methods หรือ Material and Methods)** กล่าวถึงการออกแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ทางสถิติโดยเรียงเรียงตามขั้นตอน รวมทั้งสถานที่ทำการ ศึกษาและระยะเวลาที่ทำการศึกษา
7. **ผลการศึกษา (Result)** รายงานและอธิบายผลที่สำคัญที่เป็นจริง ตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษา อย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางและภาพประกอบ (ไม่ควรเกิน 7 ตารางหรือภาพ) ไม่ซ้ำซ้อนกับคำบรรยาย ในเนื้อเรื่องให้แปล ความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้
 - **ตาราง** ชื่อตารางควรสั้น ได้ใจความ ระบุไว้ที่ด้านบนของตาราง เส้นตารางมีเฉพาะเส้นแนวนอน 3 เส้น ที่ด้านบนสุด ด้านล่างสุด และเส้นกั้นหัวข้อตารางกับเนื้อหา ไม่ต้องทำเส้นแนวตั้งเลย หัวคอลัมน์ อธิบายข้อมูลในคอลัมน์สั้นๆ คำอธิบายเพิ่มเติมใส่ใต้ตาราง โดยใช้เครื่องหมายเชิงอรรถ (footnote) ตามลำดับ ได้แก่ *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, §§, ||||, ¶¶ เป็นต้น ไม่ต้องใส่คำว่า “หมายเหตุ” (remark) ที่ใต้ตาราง ข้อมูลในแถวไม่ต้องใส่เลข หรือ bullet ระบุหน่วยไว้ที่ข้อมูล (คอลัมน์ซ้ายสุด) ไม่ระบุ หน่วยหรือร้อยละ (%) ที่ตัวเลขข้อมูล
 - **ภาพประกอบ** เตรียมเป็นไฟล์ดิจิทัล นามสกุล Jpeg หรือ tif ความละเอียด 300 dpi ขึ้นไป พร้อมคำบรรยายใต้ภาพ และลำดับที่ของภาพ สำหรับภาพบุคคล อาจบ่งบอกได้ว่าเป็นบุคคลใด ต้องแสดงหลักฐานการได้รับอนุญาตให้เผยแพร่จากเจ้าของภาพ ทั้งนี้ รูป ตาราง แผนภูมิควรเขียนเอง ไม่ลอกจากบทความอื่น หากจำเป็นต้องระบุที่มาและเอกสารสำเนาอนุญาตจากสำนักพิมพ์ต้นฉบับ/ผู้พิมพ์ด้วย

8. **วิจารณ์ (Discussion)** นำประเด็นที่สำคัญเป็นจริงของผลการวิจัย มาศึกษาอธิบายเรียงตามลำดับที่เสนอ เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลการศึกษาของผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น โดยมีหลักฐานอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามคาดหวังอย่างไม่ปิดบัง บอกข้อเด่น ข้อด้อยของการศึกษา
9. **การจัดเอกสารอ้างอิงโดยใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)** อ้างอิงไม่ควรเกิน 20 เล่ม โดยใช้ตัวเลขอารบิกเป็นตัวยก ไม่ต้องใส่วงเล็บ หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำใช้หมายเลขเดิม

การเตรียมต้นฉบับ (สรุปไม่เกิน 12 หน้า)

ต้นฉบับพิมพ์คอล์มน์เดียว กระดาษพิมพ์ขนาด A4 โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word บันทึกไฟล์เป็น Word 97-2003 ไม่ต้องจัดกันหลัง ใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 พอยต์ กรอบของเนื้อหาห่างจากขอบด้านละ 1 นิ้ว ใส่หมายเลขหน้ากำกับทุกหน้าที่มีข้อความ ตั้งระยะห่างบรรทัดเป็นสองเท่า เพื่อความสะดวกในการแก้ไขบทความ

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับบทความที่สรุปรวมเนื้อหาแล้ว ไม่เกิน 12 หน้า จำนวน 3 ชุด ผู้นิพนธ์และคณะลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานรับรองผลงาน และหนังสือรับรองความเป็นเจ้าของตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมระบุสัดส่วนความรับผิดชอบในผลงานของแต่ละคน รวมทั้งข้อมูลวิธีการติดต่อ ได้แก่ หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน หมายเลขโทรศัพท์มือถือ และ E-mail เพื่อการติดต่อกลับ

ทางสำนักงานวารสารฯ จะส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ 3 ท่าน และจะติดต่อผู้นิพนธ์ในกรณีแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (ประมาณ 1 – 2 เดือน หลังจากได้รับบทความ) เพื่อให้ทางผู้นิพนธ์นำไปดำเนินการแก้ไข

ต้นฉบับที่ส่งมาทั้งหมดจะไม่ส่งคืนแก่ผู้นิพนธ์ ไม่ว่าจะได้รับพิจารณาตีพิมพ์หรือไม่ (ยกเว้นรูปภาพซึ่งติดต่อขอคืนได้ที่ผู้จัดการวารสารโดยตรง) การตีพิมพ์บทความในวารสารแพทย์เขต 4-5 มีค่าบริการต่อบทความเรื่องละ 3,000 - 5,000 บาท การชำระค่าบริการหลังจากบทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้นิพนธ์ 3 ฉบับ และสำเนาบทความ 10 ชุด (เฉพาะผู้นิพนธ์ชื่อแรก)

ข้อบัญญัติ ชมรมแพทย์เขต 6-7 สนับสนุนการจัดทำวารสาร

ธนาคารกรุงไทย สาขานครปฐม เลขที่บัญชี 701-0-23446-9

ส่งต้นฉบับมาที่ ผู้จัดการวารสารแพทย์เขต 4-5

สำนักงานวารสารแพทย์เขต 4-5 ห้องสมุดโรงพยาบาลนครปฐม

196 ถนนเทศบาล ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 034-240069, 034-240000 ต่อ 1137

E-mail : journal.region45@gmail.com

กำหนดการพิมพ์บทความ

วารสารแพทย์เขต 4-5 จะดำเนินการตีพิมพ์บทความตามลำดับที่ได้รับบทความ โดยมีการใช้เวลาในการทบทวนจาก reviewers แต่ทั้งนี้ หากบทความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข กำหนดการตีพิมพ์อาจจะเร็วหรือช้า ขึ้นกับระยะเวลาที่เจ้าของบทความใช้ในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาในบทความ

วารสารแพทย์เขต 4-5

หนังสือรับรองความเป็นเจ้าของบทความและยินยอมให้ตีพิมพ์

ชื่อบทความ

ชื่อผู้พิมพ์

เงื่อนไขในการตีพิมพ์บทความ

1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นสมบัติของวารสารแพทย์เขต 4-5 จะนำไปตีพิมพ์อีกไม่ได้
2. ผู้พิมพ์ให้คำรับรองว่าเป็นผู้พิมพ์บทความนี้โดยไม่เคยนำบทความดังกล่าว หรือเนื้อหาที่ส่วนใหญ่เหมือนกันกับบทความนี้ไปลงตีพิมพ์มาก่อน ยกเว้นในรูปของบทความย่อ
3. ผู้ร่วมพิมพ์ได้มีส่วนร่วมในผลงานของบทความนี้มีส่วนร่วมในการจัดทำบทความ ตลอดจนได้ตรวจบทความนี้อย่างถี่ถ้วน และยินยอมที่จะให้ตีพิมพ์บทความนี้
4. ผู้พิมพ์ยินดีให้กองบรรณาธิการและคณะกรรมการและแก้ไขข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาไทยและความเหมาะสม
5. ผู้พิมพ์มีความพร้อมที่จะแสดงข้อมูลในบทความให้แก่บรรณาธิการและคณะกรรมการที่ต้องการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจเงื่อนไขข้างต้นเป็นอย่างดี และยืนยันที่จะส่งบทความนี้ลงตีพิมพ์ พร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานดังนี้

ลายเซ็น	ชื่อเต็ม	วันที่
ลายเซ็น	ชื่อเต็ม	วันที่
ลายเซ็น	ชื่อเต็ม	วันที่
ลายเซ็น	ชื่อเต็ม	วันที่
ลายเซ็น	ชื่อเต็ม	วันที่
ลายเซ็น	ชื่อเต็ม	วันที่
ลายเซ็น	ชื่อเต็ม	วันที่



วารสารแพทย เขต ๔-๕



ห้องสมุดโรงพยาบาลนครปฐม



034-240-069



journal.region45@gmail.com



<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45>