

ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูปิเรียร์เวนาคาวา ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

พงษ์พัฒน์ พิมพะสะ* ศรีณย์ กิจศรีณย์* จูติมา กลมเกลียว*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง เพื่อศึกษาสาเหตุ แนวทางในการวินิจฉัย ผลของการรักษา ระยะเวลารอดชีวิต และ ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูปิเรียร์เวนาคาวา (superior vena cava syndrome, SVCS) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่าง 1 มกราคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2558 พบมีผู้ป่วยทั้งหมด 42 ราย เป็นเพศชาย 29 ราย เพศหญิง 13 ราย อายุระหว่าง 22-84 ปี อาการสำคัญของผู้ป่วย คือ หอบเหนื่อย แขนบวม หน้าและคอบวม ส่วนอาการแสดงที่พบได้มาก คือ แขนบวม หน้าและคอบวม และหลอดเลือดดำชั้นตื้นที่ทรวงอกโป่งพอง ลักษณะภาพถ่ายรังสีผิดปกติที่พบ คือ การขยายของช่องทรวงอก ก้อนภายในปอด ก้อนที่ซั้วปอด และน้ำในเยื่อหุ้มปอด การวินิจฉัยโดยการตัดหรือเจาะต่อมน้ำเหลือง และการส่องกล้องทางหลอดลมปอด โดยไม่พบการเจาะขึ้นเนื้อผ่านช่องอกด้วยเข็ม สาเหตุของภาวะ SVCS เกิดจากโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ภาวะแทรกซ้อนที่พบ คือ ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันฉับพลัน และภาวะน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการฉายรังสีรักษา ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตจากภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูปิเรียร์เวนาคาวา การติดเชื้อในกระแสเลือด และความดันต่ำจากหัวใจบีบตัวไม่ได้ การติดตามระยะเวลารอดชีวิต (median overall survival) พบว่าอยู่ที่ 110 วัน โดยสรุปแล้ว สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูปิเรียร์เวนาคาวาเป็นจากโรคมะเร็งปอด ซึ่งการวินิจฉัยสาเหตุของภาวะดังกล่าวจากผลทางพยาธิวิทยาจะมีผลต่อแนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และผลการรักษา

คำสำคัญ ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูปิเรียร์เวนาคาวา มะเร็งปอด ระยะเวลารอดชีวิต

*อายุรแพทย์ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

บทนำ

ภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา (superior vena cava syndrome, SVCS) เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ที่เกิดจากการอุดตันไม่ให้เลือดดำจากหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวาไหลเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา (right atrium) ทำให้เลือดดำที่มาจากบริเวณศีรษะ คอ และแขน ไหลเวียนกลับหัวใจห้องบนขวาได้ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการบวมที่บริเวณหน้าและแขน โดยผู้ป่วยแต่ละคนจะมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน ส่วนการรักษาขึ้นนั้นจะมีหลายแนวทางที่แตกต่างกันไปตามสาเหตุของการเกิดโรค ความเร่งด่วนในการรักษา และความรุนแรงของอาการ⁽¹⁾

สาเหตุของภาวะ SVCS อาจเกิดจากการกดเบียดของเนื้องอก ต่อมน้ำเหลืองบริเวณทรวงอก หรือมีลิ่มเลือดเป็นเหตุให้เกิดการอุดตัน ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้เคยมีรายงานที่เกิดจากภาวะการติดเชื้อวัณโรค เมดิแอสตินีมอักเสบ หรือหลอดเลือดเออร์ตาโป่งพองจากการติดเชื้อซิฟิลิส⁽¹⁾ แต่ในปัจจุบันพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะโรคมะเร็งเป็นส่วนมาก⁽²⁻⁴⁾ โดยมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็งปอด และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ตามลำดับ⁽⁴⁾ อีกทั้งยังพบว่าอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง ได้แก่ ภาวะที่มีการใส่เครื่องมือสวนหลอดเลือด เช่น สายสวน และเครื่องกระตุ้นหัวใจ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวาได้เช่นเดียวกัน⁽⁴⁻⁶⁾

อาการและอาการแสดงของภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการมีศีรษะ หน้าบวม และอาการหอบเหนื่อย ซึ่งเป็นลักษณะอาการที่พบบ่อยที่สุด^(7,8) อันเป็นผลมาจากที่มีการอุดตันไม่ให้เลือดดำจากเส้นเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวาไหลเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ทำให้ระบบการไหลเวียนอุดตันตามมาจึงเกิดอาการดังกล่าวขึ้น

การวินิจฉัยในเบื้องต้นจากภาพถ่ายเอกซเรย์ทรวงอกอาจพบความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ เมดิแอสตินีมที่กว้าง และน้ำในเยื่อหุ้มปอด การใช้ภาพถ่ายรังสีส่วนตัดด้วยคอมพิวเตอร์จะช่วยให้เห็นการอุดตันหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวาซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัย ส่วนการหาสาเหตุของภาวะนี้จำเป็นต้องใช้ชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

สำหรับแนวทางการรักษาส่วนมากจะเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ โดยการให้ออกซิเจน การยกศีรษะสูง และการนอนพัก ซึ่งจะช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยได้ ส่วนการรักษาจำเพาะนั้น ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดอุดตันหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา โดยทั่วไปแล้วมักจะจะต้องได้ผลชิ้นเนื้อยืนยันสาเหตุก่อนเริ่มให้การรักษา ซึ่งแนวทางการรักษาอาจเป็น 1) การให้ยาสเตียรอยด์ จะมีประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เนื้องอกต่อมไทมัส และผู้ป่วยหลังได้รับการฉายรังสี 2) การให้ยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยรายที่มีอาการบวมร่วมด้วย 3) การรักษา

ด้วยยาเคมีบำบัด เป็นทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่มีสาเหตุอุดตันหลอดเลือดดำซุพีเรียเวนาคาจากภาวะมะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และเนื้องอกที่เกิดจากเซลล์สืบพันธุ์ต้นกำเนิด (germ cell) 4) การรักษาด้วยรังสีรักษา จะพิจารณาเร่งด่วนในรายที่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันและภาวะความดันในสมองสูง 5) การรักษาโดยใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด จะพิจารณาในรายที่มีสาเหตุจากการใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำใหญ่ สำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้นยังไม่เป็นที่นิยมในปัจจุบัน

จากข้อมูลแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่ามีผู้ป่วย SVCS จำนวนไม่น้อยที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา แต่ยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลอาการ อาการแสดง สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน ผลของการรักษาและอัตราการรอดชีวิต ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วย SVCS ในแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อศึกษาสาเหตุแนวทางในการวินิจฉัย ระยะเวลาการรอดชีวิต รวมทั้งผลของการรักษาและภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นข้อมูลช่วยในการประเมินและการพิจารณาตัดสินใจถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาข้อมูล

ย้อนหลัง(retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยอายุ ≥ 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 และได้รับการวินิจฉัยภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซุพีเรียเวนาคา (SVCS) โดยมีอาการและ/หรืออาการแสดงอย่างน้อย 1 ข้อ ต่อไปนี้ 1) หน้าบวมและคอบวม 2) แขนบวมข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง 3) อาการหน้าแดง 4) หลอดเลือดดำที่บริเวณหน้าอกโป่งพอง 5) มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในสมองที่สูงขึ้น เช่น ตา มัว ปวดศีรษะ อาเจียนพุ่ง

รวบรวมข้อมูลโดยทำการสืบค้นจากแฟ้มประวัติ แล้วทำการบันทึกลงในแบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการเชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) เพื่อค้นหาข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (case record form) ประกอบไปด้วยข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญและอาการแสดง ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีวิทยา ผลการตรวจพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อ ผลการวินิจฉัยและวันที่ได้รับการวินิจฉัย ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ลักษณะการเสียชีวิตและวันเสียชีวิต ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive study) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการ

ภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา
ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี
พงษ์พัฒน์ พิมพ์สะ ศรัณย์ กิจศรัณย์ ฐิติมา กลมเกลียว

วิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี ก่อนทำการศึกษารวมทั้งนักวิจัยได้
เคร่งครัดในการรักษาข้อมูลผู้ป่วยตามพระราช
บัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าได้กับเกณฑ์
การศึกษาพบว่า มีทั้งสิ้น 42 ราย เป็นเพศชาย 29
ราย และเพศหญิง 13 ราย โดยมีอายุระหว่าง 22-
84 ปี และมีอายุเฉลี่ย 61.5 ปี โดยผู้ป่วยกลุ่มใหญ่
มีอายุระหว่าง 61-80 ปี หรือร้อยละ 57.1 (ตาราง
ที่ 1) จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้พบผู้ป่วยที่มีโรค
ประจำตัวอยู่เดิม 13 ราย (ร้อยละ 31.0) ซึ่งเป็น

เบาหวาน 2 ราย (ร้อยละ 4.7) ความดันโลหิตสูง
8 ราย (ร้อยละ 19.0) ไตวายเรื้อรัง 2 ราย (ร้อยละ
4.7) และโรคหลอดเลือด 1 ราย (ร้อยละ 2.3)

อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลที่
พบได้มากที่สุด คือ อาการหอบเหนื่อย 39 ราย
(ร้อยละ 92.9) อาการแขนบวม 35 ราย (ร้อยละ
83.3) อาการหน้าและคอบวม 32 ราย (ร้อยละ
76.2) และมีก้อนที่คอ 14 ราย (ร้อยละ 33.3)
นอกจากนี้ยังมีอาการสำคัญอื่นที่พบ ได้แก่
อาการไอเป็นเลือด กลืนลำบาก และปวดศีรษะ
(ตารางที่ 2) ทั้งนี้ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีอาการ
สำคัญได้มากกว่าหนึ่งอย่าง

ตารางที่ 1 ช่วงอายุและเพศของผู้ป่วยภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา

ช่วงอายุ (ปี)	เพศชาย (ราย/ร้อยละ)	เพศหญิง (ราย/ร้อยละ)	รวม (ราย/ร้อยละ)
20 - 40	3 (7.1)	0	3 (7.1)
41 - 60	12 (28.6)	2 (4.8)	14 (33.3)
61 - 80	14 (33.3)	10 (23.8)	24 (57.1)
> 80	0	1 (2.4)	1 (2.4)
รวม (ราย/ร้อยละ)	29 (69.0)	13 (31.0)	42 (100.0)

ตารางที่ 2 อาการสำคัญของผู้ป่วยภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูปิเรียรเวนาคาวา

อาการสำคัญ	ราย	ร้อยละ
Dyspnea	39	92.9
Arm swelling	35	83.3
Facial/neck swelling	32	76.2
Neck mass	14	33.3
Hemoptysis	6	14.3
Dysphagia	3	7.1
Headache	1	2.4

สำหรับการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการแสดงที่ตรวจพบได้มาก คือ แขนบวม 35 ราย (ร้อยละ 83.3) หน้าและคอบวม 34 ราย (ร้อยละ 81.0) หลอดเลือดดำชั้นต้นที่ทรวงอกโป่งพอง 34 ราย (ร้อยละ 81.0) และต่อมน้ำเหลืองที่คอโต 13 ราย (ร้อยละ 31.0) นอกจากนั้นยังพบภาวะหน้าแดงจากหลอดเลือดขยายตัว หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง และอาการทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น (ตารางที่ 3) โดยไม่พบผู้ป่วยรายใดที่มีภาวะจอประสาทตาบวม (papilledema)

ตารางที่ 3 อาการแสดงจากการตรวจร่างกายในผู้ป่วยภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูปิเรียรเวนาคาวา

อาการแสดง	ราย	ร้อยละ
Edema of arm	35	83.3
Facial/neck edema	34	81.0
Venous distension of chest wall	34	81.0
Cervical lymphadenopathy	13	31.0
Plethora of face	6	14.3
Venous distension of neck	3	7.1
Stridor	2	4.8

ในจำนวนผู้ป่วย 42 รายที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ SVCS พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 95.2) ซึ่งความผิดปกติที่พบได้แก่ การขยายของช่องทรวงอก 35 ราย ก้อนภายในปอด 25 ราย ก้อนที่ซั้วปอด 23 ราย และ น้ำในเยื่อหุ้มปอด 17 ราย (ตารางที่ 4) สำหรับผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกพบมีข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย 32 ราย (ร้อยละ 76.2) ซึ่งพบความผิดปกติ 3 ลักษณะ ได้แก่ ก้อนที่กดจากภายนอกและ/หรือ

กระจายเข้าไปในหลอดเลือด 27 ราย ลิ่มในหลอดเลือดและก้อน ที่กดจากภายนอกหรือกระจายเข้าไปในหลอดเลือด 3 ราย และการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด 3 ราย

ตารางที่ 4 การตรวจทางรังสีวิทยาในผู้ป่วยภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา

การตรวจทางรังสีวิทยา	ราย	ร้อยละ
การถ่ายภาพรังสีทรวงอก		
-Widening of mediastinum	35	83.3
-Lung mass	25	60.0
-Hilar mass	23	55.0
-Pleural effusion	17	40.4
การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ทรวงอก		
-Mass compression/invasion	27	64.3
-Thrombosis and Mass compression/invasion	3	7.1
-Thrombosis	3	7.1

การตรวจชิ้นเนื้อเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะ SVCS พบมีผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลทางพยาธิวิทยาก่อนทำการรักษา 18 ราย (ร้อยละ 42.9) โดยได้รับการตรวจก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือฉายแสง (performed before treatment) 14 ราย

(ร้อยละ 33.4) และได้รับการตรวจหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือฉายแสง (performed after treatment) 4 ราย (ร้อยละ 9.5) โดยผู้ป่วยแต่ละรายได้รับวิธีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อนำไปตรวจวินิจฉัยที่แตกต่างกัน ได้แก่ การตัดหรือเจาะต่อน้ำเหลือง (lymph node aspiration/biopsy) 8 ราย การส่องกล้องทางหลอดลมปอด (bronchoscope with biopsy) 5 ราย และการเจาะชิ้นเนื้อผ่านช่องอกด้วยเข็ม (mediastinal mass FNA/biopsy) 5 ราย ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีการใช้วิธีการตัดชิ้นเนื้อเยื่อหุ้มปอด (pleural biopsy/cytology) หรือการเจาะชิ้นเนื้อด้วยเข็มโดยใช้อัลตราซาวนด์ (ultrasound guide transthoracic needle biopsy)

ในส่วนของผู้ป่วย 24 ราย ที่ไม่ได้รับการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยานั้น สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินของการเกิดภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา (14 ราย) ผู้ป่วย 4 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมาก่อน และผู้ป่วย 4 ราย เสียชีวิตก่อน

สาเหตุของการเกิดภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวาที่พบได้มากที่สุด คือ โรคมะเร็งปอด (30 ราย, ร้อยละ 71.4) และกลุ่มที่ไม่สามารถระบุการวินิจฉัยได้ชัดเจน (no definite diagnosis) (4 ราย, ร้อยละ 9.52) นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นเนื้องอกที่ต่อมไทมัส (thymoma) 2 ราย เนื้องอกเจอร์มเซลล์ชนิด non-seminoma (Non-seminoma germ cell tumor) 2 ราย โรค

มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด non-hodgkin's 2 ราย และภาวะอุดกั้นจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ (SVC stent thrombosis) 2 ราย (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 โรคที่เป็นสาเหตุของภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา

โรคที่เป็นสาเหตุ	ราย	ร้อยละ
Lung cancer	30	71.4
-Small cell	1	2.4
-Adenocarcinoma	5	11.9
-Large cell	1	2.4
-Squamous cell	4	9.5
-Unclassified	19	45.2
Thymoma	2	4.8
Germ cell tumor	2	4.8
Non-hodgkin's lymphoma	2	4.8
SVC stent thrombosis	2	4.8
No definite diagnosis	4	9.5

กลุ่มผู้ป่วยที่พบเป็นมะเร็งปอด 30 ราย นั้น พบว่ากลุ่มใหญ่ที่สุดไม่สามารถระบุชนิดของเซลล์ (unclassified) ได้ ทั้งจากการอ่านผลชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา และเนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนได้

เสียชีวิตก่อนได้รับการวินิจฉัย แต่อาการโดยรวมเข้าได้กับมะเร็งปอด

การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา พบมีผู้ป่วย 15 ราย ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าเป็นภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นฉับพลัน (upper air way obstruction) 11 ราย นอกจากนั้นพบเป็นภาวะน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion/ cardiac tamponade) ภาวะลิ่มเลือดในปอดอุดกั้นฉับพลัน (pulmonary embolism) และภาวะความดันในสมองสูง (increase intracranial pressure) อย่างละ 1 ราย

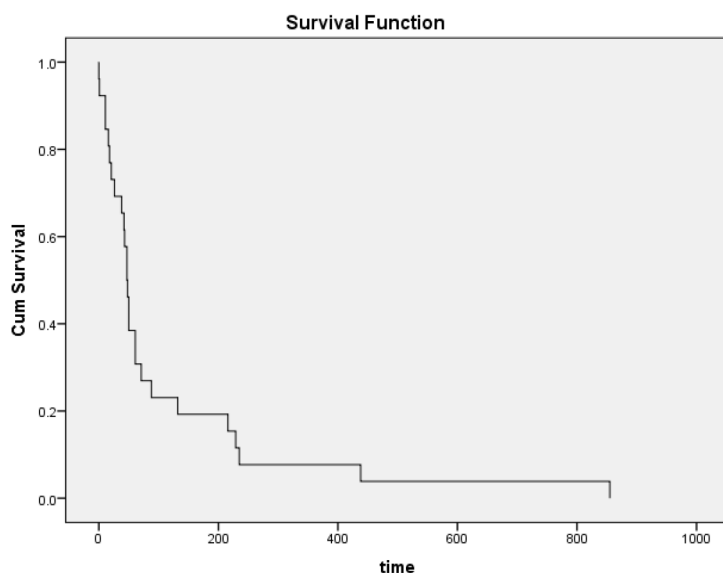
แนวทางการรักษาภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวาในผู้ป่วย 38 ราย (ผู้ป่วย 4 ราย เสียชีวิตก่อนรับการรักษา) พบว่าเป็นการฉายรังสีรักษา (radiotherapy) 31 ราย และการให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) 7 ราย ซึ่งผลการรักษาพบว่า ดีขึ้น (improve) 9 ราย และมีอาการแย่ลงเนื่องจากภาวะโรค (progressive disease) 12 ราย ส่วนผู้ป่วยอีก 17 ราย ไม่พบผลการรักษาในบันทึกเวชระเบียน

มีผู้ป่วย 8 รายซึ่งเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา โดยเป็นการเสียชีวิตจากภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา (SVC syndrome) 3 ราย การติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) 3 ราย และภาวะความดันต่ำจากหัวใจบีบตัวไม่ได้ (cardiogenic shock) 2 ราย

การติดตามข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อศึกษาระยะเวลาการรอดชีวิต (median survival time)

สามารถสืบค้นข้อมูลได้ 26 ราย พบว่าระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ติดตามได้เป็น 110 วัน (95% IC 4.00-5.39) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงระยะเวลาการรอดชีวิตในผู้ป่วยภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซูพีเรียรีเวนาคาวา



วิจารณ์

การศึกษาข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซูพีเรียรีที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยใน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2556 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยทั้งหมด 42 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมีอายุเฉลี่ย ประมาณ 61.5 ปี อาการสำคัญพบอาการหอบเหนื่อยมากที่สุด เนื่องจากภาวะดังกล่าวทำให้เกิดระบบทางเดินหายใจส่วน

บนอุดกั้น ตามมาด้วยอาการแขนบวม ซึ่งเป็นผลมาจากที่มีการอุดกั้นไม่ให้เลือดดำจากเส้นเลือดดำซูพีเรียรีเวนาคาวาไหลเข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ทำให้ระบบการไหลเวียนอุดกั้นตามมา จึงเกิดอาการดังกล่าว ส่วนอาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ แขนบวม ภาวะหน้าและคอบวม และหลอดเลือดดำชั้นตื้นที่ทรวงอกโป่งพอง ซึ่งเกิดจากภาวะของการไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wurschmidt และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบลักษณะผิดปกติเป็นส่วนใหญ่ คือ การ

ขยายของช่องทรวงอก เป็นผลให้ไปกดหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา รองลงมาคือ ก้อนภายในปอด และเมื่อได้ทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ทรวงอกนั้น พบความผิดปกติจากการที่มีก้อนไปกดหรือกระจายเข้าไปในหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา ในส่วนของวิธีการตรวจนั้น ส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยโดยการใช้การตัดหรือเจาะต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและเกิดผลแทรกซ้อนได้น้อย รองลงมาคือ การส่องกล้องทางหลอดลมปอด และการเจาะขึ้นเนื้อผ่านช่องอกด้วยเข็ม

จากการศึกษาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา คือ โรคมะเร็งปอด และพบชนิด adenocarcinoma มากที่สุด รองลงมา ไม่ทราบสาเหตุของการวินิจฉัย เนื่องจากอาการที่ผู้ป่วยมาเข้าได้กับอาการมะเร็งปอดได้และเกิดภาวะเร่งด่วนที่มีความจำเป็นต้องรักษาก่อนการตรวจทางพยาธิวิทยา นอกจากนั้น ยังพบภาวะเนื้องอกต่อมไทมัส เนื้องอกชนิดจีร์มเซลล์ โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง และภาวะอุดตันจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่จากลิ้มเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Schraufnagel และคณะ⁽⁴⁾ ซึ่งภาวะนั้นบ่งบอกถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังในการทำหัตถการทางการแพทย์ที่อาจต้องคำนึงถึงภาวะนั้นร่วมด้วย ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันฉับพลัน ซึ่งอาการที่ผู้มักจะแสดงให้ทราบถึงภาวะนั้น คือ อาการเหนื่อย

และอาการเสียงแหบหรือกลืนลำบาก

ในส่วนวิธีการรักษาส่วนใหญ่เป็นการฉายรังสีรักษาและการให้ยาเคมีบำบัด โดยส่วนมากจะเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับการรักษา และผลการรักษามีแนวโน้มที่ไม่ดีนัก สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตนั้นเป็นผลจากภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวาและตามมาด้วยการมีทางเดินหายใจอุดตันฉับพลัน เป็นเหตุให้ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด รวมทั้งความดันต่ำจากหัวใจบีบตัวไม่ได้ตามมา ในส่วนระยะเวลาการรอดชีวิตจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเริ่มรักษา และชนิดของสาเหตุที่พบ ซึ่งพบว่าถ้าเริ่มรักษาได้เร็วคนไข้จะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า ในด้านการพยากรณ์โรค มักสัมพันธ์กับสาเหตุของภาวะอุดตันหลอดเลือดดำซูพีเรียเวนาคาวา โดยพบว่าถ้าเป็นสาเหตุจากมะเร็งและเริ่มการรักษาที่ช้าจะมีระยะเวลาการรอดชีวิตที่น้อยกว่า

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในเชิงพรรณนาแบบรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางส่วนที่นำมาใช้การศึกษาของผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นผลจากการบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ผู้ทำการรักษาที่แตกต่างกัน รวมทั้งรูปแบบการสืบค้นและการตัดสินใจในการนำผลขึ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยาก็จะแตกต่างกันตามความเห็นของแพทย์แต่ละคน อีกทั้งยังมีขีดจำกัดเรื่องการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจจะกลับ

มาด้วยอาการเดิม หรืออาจไปรักษาภาวะนี้ต่อในโรงพยาบาลแห่งอื่น หรืออาจจะเสียชีวิตลง โดยที่ไม่ได้กลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อีก จึงทำให้ข้อมูลในส่วนนี้ไม่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ก็เป็นประโยชน์ในทางที่จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น และใช้เป็นแนวทางการวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา เพื่อลดช่วงเวลาในการวินิจฉัยและช่วยหาแนวทางการวินิจฉัยให้ถูกต้องและรวดเร็วในอนาคต และเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของตัวโรค ซึ่งจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้มากขึ้นในอนาคต

สรุป

ภาวะอุดกั้นหลอดเลือดดำซุพีเรียร์เวนาคาวา เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์ โดยอาการและอาการแสดงบางอย่างจะบ่งชี้ถึงภาวะนี้ เช่น อาการหน้าบวม แขนบวม ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ผู้ทำการรักษาสามารถที่จะวินิจฉัยได้เสียจากอาการเบื้องต้น สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากภาวะมะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งปอด แพทย์ผู้ทำการรักษาจึงควรตระหนักและประเมินความเร่งด่วนในการสืบค้นสาเหตุของภาวะดังกล่าว เนื่องจากการรักษาและการพยากรณ์โรคจะขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคเป็นหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. Schechter MM .The superior vena cava syndrome. Am Med Sci 1954;227:46-56.
2. Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Clinical practice, Superior vena cava syndrome with malignant causes. N Engl J Med 2000;365:1861-9.
3. Sculier JP, Evans WK, Feld R, et al. Superior vena caval obstruction syndrome in small cell lung cancer. Cancer 1986;57:847-851.
4. Schraufnagel DE, Hill R, Leech JA, et al. Superior vena caval obstruction. Is it a medical emergency? Am J Med 1981;70:1169-1174.
5. Schindler N, Vogelzang RL. Superior vena cava syndrome. Experience with endovascular stents and surgical therapy. Surg Clin North Am 1999;79:683-694.
6. Wurschmidt F, Bunemann H, Heilmann HP. Small cell lung cancer with and without Superior vena cava syndrome: a multivariate analysis of prognostic

- factor in 408 cases. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1995;33:77-82.
7. Arstrong BA ,Perez CA, Simpson JR, et al. Role of irradiation in the management of Superior vena cava syndrome. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1987;13:531-9.
8. Salsali M, Clifton EE. Superior vena caval obstruction in carcinoma of lung. N Y State J Med 1969;69:2875-2880.

Superior Vena Cava Syndrome: A Retrospective Descriptive Study at Sanpasitthiprasong Hospital, UbonRatchathani

Pongput Pimsa* Saran Kitsaran* Thitima Klomkleao*

Abstract

The aim of this descriptive retrospective study was to study causes, diagnosis, results of treatment, time of survival and complications of patients with superior vena cava syndrome (SVCS). Data collection on medical records of inpatients at ward of internal medicine, Sanpasitthiprasong Hospital from January 1 to December 31, 2013 was performed. There were 42 patients; 29 males and 13 females, aged between 22-84 years. The main presenting symptoms were dyspnea, arm swelling, and facial/neck swelling. Most common signs were arm edema, facial and neck edema, and venous distension of chest wall. The abnormalities found on x-rays were widening of mediastinum, lung mass, hilar mass, and pleural effusion. By lymph node biopsy and lung bronchoscopy, but not chest needle puncture, it was found that the cause of SVCS was mostly due to lung cancer. Complications were mostly acute upper air way obstruction. Other complications included pericardial effusion/ cardiac tamponade, pulmonary embolism, and increase intracranial pressure. Major treatment was radiation therapy. Causes of death were superior vena cava thrombosis, sepsis, and cardiogenic shock. The median overall survival was 110 days. In general, most cause of SVCS was lung cancer. Therefore, pathological diagnosis will affect treatments, complications, and outcomes.

Keywords : superior vena cava syndrome, lung cancer, median survival time

*Internal Medicine Physician. Department of Internal Medicine, Sanpasitthiprasong Hospital, UbonRatchathani.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะคาที่ระบายทรวงอก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

ศิริธร ศิริแก้ว*

บทคัดย่อ

การใส่ท่อระบายทรวงอก (intercostal chest drain, ICD) เป็นหัตถการสำคัญเพื่อระบายเลือด ลม น้ำ หรือหนอง ออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด สถิติในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มี การทำหัตถการนี้เพิ่มมากขึ้น จากการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติงานพบว่า 1) หน่วยงานไม่มีแนวทางปฏิบัติ การพยาบาลที่ชัดเจน 2) พบอุบัติการณ์ขณะผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอก 3) บุคลากรมีการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกที่แตกต่างกัน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยระยะคาที่ระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยใช้ กรอบแนวคิดของ “ซูคัพ” ในการพัฒนา หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 9 เรื่อง โดยคำนึงถึงคุณภาพของการศึกษา การนำ ไปใช้ และบริบทของการทำงาน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยนำไปร่างเป็น แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะคาที่ใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยระยะคาที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทั้งหมด 2 กิจกรรมใหญ่ คือ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยระยะคาที่ใส่ท่อระบาย ทรวงอกเพื่อการระบายที่มีประสิทธิภาพ 18 ข้อ และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 8 ข้อ หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยใช้เกณฑ์ AGREE II พบว่าการประเมินคุณภาพได้ค่าคะแนน ร้อยละ 85-90 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหอผู้ป่วยกับผู้ป่วย 10 ราย พบว่าช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพปอดได้ดี ขณะที่พยาบาลผู้ปฏิบัติเกือบทั้งหมดลงความเห็นว่าสามารถให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัตินี้ได้

คำสำคัญ ท่อระบายทรวงอก ผู้ป่วยอายุรกรรม แนวปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

* พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

บทนำ

การใส่ท่อระบายทรวงอก (intercostal chest drain, ICD) เป็นหัตถการที่มีความสำคัญในการช่วยผู้ป่วยที่พบป่วยในผู้ป่วยอายุรกรรม โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด วัณโรคปอด ฝีที่ปอดที่มีเลือด ลม และหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อเป็นการระบายเลือด ลม หรือหนอง ออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด การใส่ท่อระบายทรวงอกอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การระบายของอากาศและเลือดที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้มีอากาศบริเวณใต้ผิวหนัง ปอดแฟบ และการติดเชื้อบริเวณท่อระบายภายในช่องเยื่อหุ้มปอด⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า การเลื่อนหลุดของท่อระบายทรวงอกทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วย⁽²⁾ และหากผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกไม่ได้รับการดูแลพยาบาลที่ถูกต้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้⁽³⁾

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีจำนวนเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 1,188 เตียง จากข้อมูลปี พ.ศ. 2556-2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกจำนวน 764, 836, 869 ราย ตามลำดับ สำหรับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ชั้น 4 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใส่ท่อระบายทรวงอกในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 จำนวน 19, 48, 59 ราย ตามลำดับ (งานสถิติโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มการทำหัตถการใส่ท่อระบายทรวงอกเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนปัญหาและการสังเกตการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2558 พบว่า 1) ในด้านการบริหาร หน่วยงานไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ไม่มีการตรวจสอบการทำงานของระบบการระบายสิ่งที่อยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้ช้า ขาดความสนใจในด้านการทำกายภาพบำบัด ขาดการกระตุ้นในการฟื้นฟูสมรรถนะของปอด อีกทั้งความเจ็บปวดจากแผลบริเวณที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าขยับตัวและหายใจตื้น 2) ด้านผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอกจากการเลื่อนหลุด อุดตัน ของท่อระบายทรวงอกจำนวน 10 ราย จากผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก 59 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 17 ส่วนใหญ่เกิดขณะมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือเปลี่ยนท่าผู้ป่วย ทำให้ต้องมีการใส่ท่อระบายทรวงอกซ้ำ นอกจากนี้ยังเกิดมีอากาศบริเวณใต้ผิวหนัง 5 ราย (ร้อยละ 8) มีการติดเชื้อบริเวณที่ใส่ท่อระบายทรวงอก 3 ราย (ร้อยละ 5) ปอดเป็นหนอง 4 ราย (ร้อยละ 7) ภาวะข้อไหล่ติด 1 ราย (ร้อยละ 2) และต่อขาดระบายทรวงอกผิด 1 ราย (ร้อยละ 2) ส่งผลให้การระบายเลือด ลม หรือหนอง ออกมาไม่ดี ผู้ป่วยต้องใส่ท่อระบายทรวงอกนานขึ้น โดยมีระยะเวลาในการใส่ท่อระบายทรวงอกโดยเฉลี่ยนาน 11 วัน 3) ด้านบุคลากร มีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกที่แตกต่างกัน ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อ

ระบายนทรวงอกจึงมีความสำคัญ เพื่อนำไปสู่มาตรฐานการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นบทบาทของพยาบาลให้ชัดเจนมากขึ้น

พยาบาล เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการใส่ท่อระบายทรวงอกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เตรียมความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย เตรียมสถานที่และอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ การขอความยินยอมให้ทำหัตถการ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อการดูแลผู้ป่วยขณะคาท่อระบายทรวงอก การดูแลเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการใส่ท่อระบายทรวงอก การดูแลผู้ป่วยในระยะต่อเนื่อง นอกจากนั้น ยังต้องเฝ้าระวังอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ ต้องจัดการอาการรบกวนต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความปวด เป็นต้น ตลอดจนการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งที่ผ่านมา พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 4 ได้ทำบทบาทหน้าที่เหล่านี้ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกอาจเนื่องจากการขาดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกอย่างชัดเจน และเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการพัฒนาปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิง

ประจักษ์จะส่งผลให้ผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอกได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การรักษา การฟื้นฟู อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้วางแผนที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของของ “ชูชีพ”⁽⁴⁾ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกให้มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงาน ลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และผู้ป่วยปฏิบัติมีความพึงพอใจ ซึ่งจะทำให้คุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ท่อระบายทรวงอกเพื่อการระบายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อฟื้นฟูสภาพปอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึง กันยายน 2560 โดยใช้กรอบแนวคิดของชูชีพ⁽⁴⁾ ซึ่งมี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence-trigger phase) พบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์พยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงาน ไม่มีแนวปฏิบัติการ

พยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกที่ชัดเจน

2. การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (evidence supported phase) โดยสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล Pub Med, CINAHL, Thailis, Google Scholar การคัดเลือกใช้หลักฐานจากงานวิจัยทุกระดับ, best-practice, guideline ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2559 (10 ปี) ได้ทั้งหมด 31 เรื่อง ประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือของบทความตามเกณฑ์การประเมิน Joanna Briggs, 2014 (Level) และจัดระดับตามข้อเสนอแนะการนำไปใช้ Grading of Recommendation, The Joanna Briggs Institute, 2008 (Class)⁽⁵⁾ ได้บทความที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบริบทที่จะนำไปปฏิบัติ ทั้งหมด 9 เรื่อง ดังนี้

1) การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยคาสายท่อระบายทรวงอกเพื่อลดการเลื่อนหลุดและการอุดตันของท่อระบายทรวงอก⁽³⁾ (Level 2d, Class B)

2) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพปอดในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอก⁽⁶⁾ (Level 3a, Class A)

3) การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอกหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. ศัลยกรรม 1 โรงพยาบาลอุดรธานี⁽⁷⁾ (Level 4b, Class B)

4) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อการฟื้นฟูสภาพปอดของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก⁽⁸⁾ (Level 2a, Class A)

5) Managing a chest tube and drainage system⁽⁹⁾ (Level 5a, Class B)

6) ผลของโปรแกรมการบริหารปอดต่อปริมาณของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอดและความพึงพอใจของผู้ป่วยใส่สายระบายทรวงอกระบบปิด⁽¹⁰⁾ (Level 2a, Class A)

7) ประสพการณ์การได้รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บทรวงอก⁽¹¹⁾ (Level 4c, Class A)

8) Nursing care and management of patients with intrapleural drains⁽¹²⁾ (Level 5a, Class B)

9) To strip or not to strip? Physiological effects of chest tube manipulation⁽¹³⁾ (Level 1b, Class B)

3. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
ยกร่างแนวปฏิบัติและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ท่อระบายทรวงอกเป็น 2 กิจกรรมใหญ่ คือ กิจกรรมการดูแลท่อระบายทรวงอกเพื่อให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ 18 ข้อ และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 8 ข้อ หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (อายุรแพทย์

เฉพาะทางทรวงอก นักกายภาพบำบัดเฉพาะทางทรวงอก อาจารย์วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลชำนาญการพิเศษ และพยาบาลชำนาญการ) ตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์ AGREE II⁽¹⁴⁾ ซึ่งมีทั้งหมด 6 หมวด คือ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 5) การนำไปใช้ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ

สำหรับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ท่อระบายทรวงอกที่จัดทำขึ้นทั้ง 2 กิจกรรมมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการดูแลท่อระบายทรวงอกเพื่อให้มีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 ตรวจสอบการต่อของระบบระบายทรวงอกให้ถูกต้อง (Class B, Level 4b) ทุก 8 ชั่วโมง โดยใช้คู่มือรูปภาพการต่อท่อระบาย

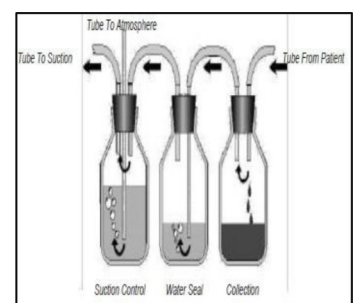
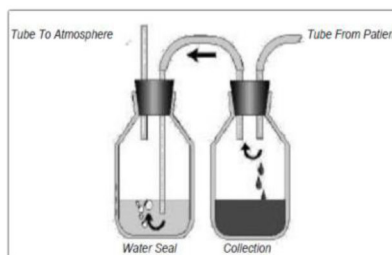
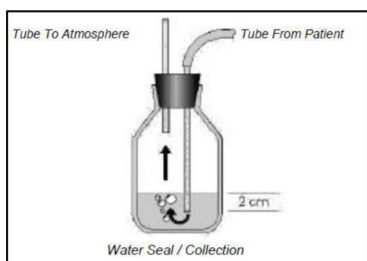
ทรวงอกทั้ง 3 ชนิดประกอบ

■ การระบายทรวงอกชนิด 1 ขวด โดยขวดรองรับสารเหลวกับขวดผิวก้นอากาศเป็นขวดเดียวกัน ปลายหลอดแก้วยาวจะต่อมาจากท่อระบายทรวงอกของผู้ป่วยและจุ่มอยู่ใต้น้ำ 2 เซนติเมตร

■ การระบายทรวงอกชนิด 2 ขวด ประกอบด้วยขวดรองรับสารเหลวที่ต่อมาจากผู้ป่วย 1 ขวด ต่อกับขวดผิวก้นอากาศซึ่งมีหลอดแก้วจุ่มอยู่ใต้น้ำ 2 เซนติเมตร อีก 1 ขวด

■ การระบายทรวงอกชนิด 3 ขวด ประกอบด้วยขวดรองรับสารเหลวที่ต่อมาจากผู้ป่วย 1 ขวด ต่อกับขวดผิวก้นอากาศซึ่งมีหลอดแก้วจุ่มอยู่ใต้น้ำ 2 เซนติเมตรอีก 1 ขวด และต่อกับขวดควบคุมความดันซึ่งจะมีหลอดแก้วจุ่มอยู่ใต้น้ำ 20 เซนติเมตร เป็นขวดที่ 3

ภาพที่ 1 การระบายทรวงอกชนิด 1 ขวด, 2 ขวด, และ 3 ขวด⁽¹⁵⁾



1.2 ตรวจสอบการทำงานของระบบระบายทรวงอกว่าทำงานได้ดี ไม่มีรอยรั่วบริเวณรอยต่อระหว่างหลอดแก้ว หรือจุดขดปิดไม่แน่น กรณีต่อแบบ 3 ขวด หากพบฟองอากาศในขวดที่ 2 แสดงว่ามีรอยรั่วเกิดขึ้นให้ตรวจสอบรอยรั่ว (Class B, Level 4b)

1.3 สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วและลมปุดในหลอดแก้ว (Class B, Level 5a)

1.4 จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 30° หรือลูกนั่ง (Class A, Level 3a)

1.5 ดูแลให้ออกซิเจน 2-4 ลิตร/นาที (Class A, Level 3a)

1.6 จัดสายยางไม่ให้หักพับงอ ไม่ให้ห้อยโค้ง (Class A, Level 3a)

1.7 ดูแลให้ขวดรองรับสารเหลวอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกของผู้ป่วยประมาณ 2-3 ฟุตเสมอ (Class B, Level 4b)

1.8 หากพบว่ามีอาการอุดตันควรกระทำโดยการบีบสายเบาๆ อย่างนุ่มนวล และทำเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Class B, Level 1b)

1.9 การใช้เครื่องดูด ถ้ายังมีลมรั่วหรือปอดยังไม่ขยายตัว แนะนำให้ต่อกับเครื่องดูดใน 48 ชั่วโมงแรก โดยต่อกับเครื่องดูดแรงดันต่ำ ใช้แรงดูด 10-20 เซนติเมตรน้ำ (Class B, Level 5a)

1.10 ในกรณีใช้แรงดันจากเครื่องดูด

เมื่อต้องการปิดเครื่องดูดให้ปลดสายที่ต่อกับหลอดแก้วสั้นของขวดควบคุมความดันให้ต่อกับบรรยากาศภายนอกเสมอ (Class B, Level 4b)

1.11 ในกรณีต่อแบบ 3 ขวด ดูแลควบคุมความดันจากเครื่องดูดให้อยู่ประมาณ 10 ถึง 20 เซนติเมตรน้ำ (Class B, Level 4b)

1.12 ประเมินและบันทึกลักษณะสิ่งที่ระบายออกมา และทำเครื่องหมายไว้ข้างขวด ระบุวัน เวลา ของการบันทึก (Class B, Level 4b) ซึ่งควรทำอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง

1.13 ทำแผลด้วยหลักการปลอดเชื้ออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ขณะทำแผลสังเกตลักษณะผิวหนังรอบท่อระบายทรวงอก ลักษณะ discharge ที่ออกมา (Class B, Level 4b)

1.14 เปลี่ยนขวดรองรับสารเหลวอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ในกรณีใช้ระบบท่อระบายทรวงอกแบบ 1 ขวด ให้เปลี่ยนขวดใหม่เมื่อระดับน้ำสูงประมาณ $\frac{3}{4}$ ของขวด (Class B, Level 4b)

1.15 ส่งตรวจรังสีทรวงอกหลังใส่ท่อระบายทรวงอก (Class B, Level 5a)

1.16 สังเกตอาการ ลักษณะการหายใจ ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมงแรก หากพบว่าอาการและสัญญาณชีพคงที่ประเมินทุก 4 ชั่วโมง

1.17 สอนและแนะนำวิธีการหักพับสายยางทันทีเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เช่น ขวดแตก หรือข้อต่อต่างๆ หลุด (Class A, Level 3a)

1.18 แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน

อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยการใช้มือประคองสาย
ท่อระบายทรวงอกขณะเปลี่ยนท่านอน ระมัดระวัง
ไม่นอนทับสายท่อระบายทรวงอก (Class B,
Level 2d)

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลฟื้นฟู
สภาพปอดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.1 ประเมิน Numeric Pain Scale
และดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เฝ้าระวัง
สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Class B, Level 4b)

2.2 สอนและแนะนำวิธีการหายใจ
ลึกและยาว โดยใช้กลัมน้ำกระบังลมและใช้แขน
ร่วมด้วย (Class A, Level 2a)

2.3 สอนและแนะนำวิธีการหายใจ
โดยใช้ Tri flow ช่วยในการบริหารปอด (Class A,
Level 3a)

■ สูดลมหายใจเข้าออกปกติ
จากนั้นให้หายใจเข้า-ออก ลึกๆยาวๆ 5 ครั้ง ให้ผู้
ป่วยใช้ปากคาบ mouth piece ให้สนิท

■ ให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่
และสังเกตลูกบอลใน spirometer ว่ามีการลอย
สูงมากขึ้นหรือน้อยในแต่ละครั้ง ลูกบอลที่ลอยสูง
ขึ้นจะบอกปริมาณเป็นลิตร

■ ให้ผู้ป่วยหายใจออกช้าๆ
ลูกบอลจะตกลงสู่ตำแหน่งเดิม โดยทำครั้งละอย่าง
น้อย 5 ครั้ง และทำให้ได้ 30 ครั้ง ภายใน 2 ชั่วโมง
โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำตามความสามารถของผู้
ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหรือปวดแผลให้

หยุดพัก

2.4 สอนและแนะนำวิธีการไออย่าง
มีประสิทธิภาพ คือ หายใจเข้า-ออก ลึกๆ ประมาณ
2-3 ครั้ง จากนั้นกลืนหายใจไว้ประมาณ 1-2 วินาที
แล้วไอออกมาแรงๆ โดยใช้แรงดันจากกลัมน้ำ
หน้าท้อง (Class A, Level 2a)

2.5 สอนและแนะนำวิธีการบริหาร
แขนและไหล่ (Class A, Level 3a) โดยให้ยกแขน
สองข้างพร้อมกับสูดลมหายใจเข้า ขณะหายใจ
ออกให้ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจพร้อมกับลดแขนสอง
ข้างลง

2.6 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการ
เคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น การเปลี่ยน
ท่านอน การพลิกตะแคงตัว หรือการทำกิจวัตร
ประจำวันเองบนเตียง (Class A, Level 2a)

2.7 ประเมินการเกิดอากาศใต้
ผิวหนัง โดยการคลำผิวหนังรอบๆ ท่อระบาย
ทรวงอก บริเวณทรวงอก ลำคอ และบริเวณใบหน้า
พร้อมทั้งจดบันทึกการเกิดและบริเวณที่เกิดอากาศ
ใต้ผิวหนังทุก 8 ชั่วโมง (Class B, Level 4b)

2.8 สังเกตอาการอึดอัด แน่น
หายใจลำบาก สัญญาณชีพผิดปกติ ถ้าพบให้
รายงานแพทย์ทันที (Class B, Level 4b)

4. การทดลองใช้ โดยมีการประชุมทีมผู้
จัดทำและดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ
การดูแลผู้ป่วยขณะคาท่อระบายทรวงอก จัดทำ
คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอกให้กับ
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายชั้น

4 ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 24 คน พนักงานผู้ช่วยการพยาบาล/พนักงานผู้ช่วยเหลือ คนไข้/คนงาน ทั้งหมด 9 คน จากนั้นนำแนวปฏิบัติที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ชั้น 4 จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่านให้คะแนนตามแนวทางการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์การประเมิน AGREE II มีทั้งหมด 6 หมวด สรุปวิเคราะห์เป็นสถิติร้อยละของแต่ละหมวด และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ 2) ผลการนำไปใช้กับผู้ป่วยมีการเก็บข้อมูลโดยทีมผู้จัดทำในประเด็น อายุ ข้อบ่งชี้ในการใส่ ICD ระยะเวลาที่คาสาย ICD ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก 3) การเก็บข้อมูลจากพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต สอบถามการปฏิบัติ ข้อมูลประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการทำงาน การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติ

ผลการศึกษา

ผลการตรวจสอบความแม่นยำของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ให้คะแนนแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะคาท่อระบายทรวงอกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนในแต่ละหมวดระหว่าง ร้อยละ 85-90 (ตารางที่ 1) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน

เสนอให้นำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้งานได้ โดยที่ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน มีข้อเสนอแนะให้เพิ่มส่วนของการอ้างอิงและขอบเขตของงาน

ตารางที่ 1 การประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะคาท่อระบายทรวงอกโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน

หมวดการประเมิน	คะแนน (ร้อยละ)
1.ขอบเขตและวัตถุประสงค์	86
2.การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	85
3.ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	85
4.ความชัดเจนในการนำเสนอ	86
5.การนำไปใช้	83
6.ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	90

หลังจากที่นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ชั้น 4 จำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วย 7 ราย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก ส่วนอีก 3 ราย มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องทางเดินหายใจ (bronchoscope) โดยเกิดฟองอากาศบริเวณใต้ผิวหนัง ซึ่งจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก พบว่าทั้ง 3 ราย มีฟองอากาศบริเวณใต้ผิวหนังลดลง และผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้ดี ทำให้อาการดีขึ้นจนกระทั่งแพทย์สามารถเอาท่อระบายทรวงอกออกได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนซ้ำอีก

การติดตามเก็บข้อมูลกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ

งานในหอผู้ป่วยจำนวน 24 คน พบว่าร้อยละ 98 เห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 91 สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้ ขณะที่ ร้อยละ 79 มีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ

วิจารณ์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะคาทอระบายทรวงอกโดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของ “ชูชีพ” จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมจากงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 31 เรื่อง โดยได้นำมาใช้จริง 9 เรื่อง ตามเกณฑ์การประเมินและความเกี่ยวข้องกับบริบทของการปฏิบัติงาน วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยจากนั้นนำไปกร่างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ทอระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ทอระบายทรวงอกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 2 กิจกรรมใหญ่ คือ กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ทอระบายทรวงอกเพื่อการระบายที่มีประสิทธิภาพ 18 ข้อ และกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 8 ข้อ โดยได้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตามเกณฑ์ AGREE II ก่อนที่จะนำไปใช้งาน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ทอระบายทรวงอกพบว่ารายงาน

การศึกษาในผู้ป่วยอายุรกรรมมีไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในแผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมทรวงอก ซึ่งผู้ป่วยอายุรกรรมจะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยศัลยกรรมในหลายประการ เช่น ผู้ป่วยอายุรกรรมส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันต่ำในร่างกายต่ำ สิ่งที่จะบายออกมาจากทอระบายทรวงอกมีทั้งเลือด ลม หนอง และ fibrin ในขณะที่ผู้ป่วยศัลยกรรมเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังน้อยกว่า สิ่งที่จะบายออกมาส่วนมากจะระบายเลือด ลม และหนอง จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยอายุรกรรมมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ทอระบายทรวงอกได้มากกว่า อีกทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมก็อาจมีความแตกต่างกันได้ตามสภาพและสภาวะของผู้ป่วย การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่ใส่ทอระบายทรวงอกจึงมีความจำเป็นอย่างมาก

การนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะคาทอระบายทรวงอกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ทอระบายทรวงอกช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติที่ดีต้องสามารถนำไปใช้ได้ง่าย และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน บุคลากรพยาบาลเองก็ต้องมีการพัฒนาสมรรถนะตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่ท่อระบายทรวงอกจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยอายุรกรรม โดยคัดเลือกจากรายงานการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือทางด้านคุณภาพและการนำไปใช้ รวมทั้งการคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยและสภาพการทำงานจริง สามารถสร้างแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและใช้งานได้จริง เป็นที่ยอมรับของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยและยังช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.สุเพียร โภคทิพย์ ที่ปรึกษาโครงการ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ชั้น 4 ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bailey R. Complications of tube thoracostomy in trauma. J Accid Emerg Med. 2000;17:111-4.
2. Polaski AL, Tatro SE. Luckmann's core principles and practice of medical-surgical nursing. Philadelphia: W.B.

Saunders; 1996.

3. ศิริกาญจน์ จินาวิน, จุฬาวรี ชัยวงศ์นาคพันธ์, พิชามัค ธรรมสร่างกุล, และคณะ. การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยคาสายท่อระบายทรวงอกเพื่อลดการเลื่อน หลุด และการอุดตันของท่อระบายทรวงอก. วารสารโรงพยาบาลแพร์. 2556;21:10-5.
4. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000;35:301-9.
5. The Joanna Briggs Institute. The JBI approach: level of evidence and grade of recommendation. [Internet]. [cited 2018 Jan 11]. Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.
6. บุษกร บุญทศ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการพัฒนาวิชาชีพครู สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น. [ขอนแก่น]: วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
7. อมรินทร์ วินไทย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู ศัลยกรรม 1 โรงพยาบาล

- อุดรธานี. [ขอนแก่น]: การศึกษาอิสระ
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
8. ปาณิกา พรหมภักดี, วัลภา คุณทรงเกียรติ,
เขมารดี มาสิงบุญ. ผลของโปรแกรมการ
สนับสนุนทางสังคมต่อการฟื้นฟูสภาพปอด
ของผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบาย
ทรวงอก. [ขอนแก่น]: วิทยานิพนธ์ปริญญา
การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา; 2555.
9. Durai R, Hoque H, Davies TW. Managing
a chest tube and drainage system.
AORN J. 2010;91:275-83.
10. ญัตถ์ฉวี อ้อกซุ. ผลของโปรแกรมการบริหาร
ปอด ต่อปริมาณของเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด
และความพึงพอใจของผู้ป่วยใส่สายระบาย
ทรวงอกระบบปิด. [กรุงเทพฯ]: วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
วิชาการจัดการการพยาบาล คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต; 2555.
11. ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์. ประสบการณ์การได้
รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บ
ทรวงอก. [ชลบุรี]: วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
12. Briggs D. Nursing care and management
of patients with intrapleural drains.
NursStand R CollNurs G B 1987.
2010;24:47-60.
13. Halm MA. To strip or not to strip?
Physiological effects of chest tube
manipulation. Am J Crit Care Off Publ
Am AssocCrit-Care Nurses 2007;16:609-
12.
14. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. เครื่องมือการประเมินคุณภาพ
แนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการ
ประเมินผล (AGREE II). นนทบุรี: กรมการ
แพทย์; 2556.
15. Nishad PK. Chest Drains: Health &
Medicine presented at; 09:05:58 UTC.
[Internet]. [cited 2017 Sep 11]. Avail-
able from: <https://www.slideshare.net/pknishadpk/chest-drains>.

The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Intercostal Chest Drain by Evidence Best Practice

Siriton Sirikaew*

Abstract

Intercostal chest drains (ICD) is an important procedure to drain blood, air, water or pus from the pleural space. During 2013-2015, there was an increasing number of this procedure at ward of Internal Medicine. The reviews at Sanpasitthiprasong Hospital on procedures had shown that 1) no clear guideline for nursing practice, 2) the risk incidences found during patients were on ICD, 3) different of nursing practice among patient with ICD. The aim of this study was to develop a nursing practice guideline for the patients with thoracic drainage at ward of Internal Medicine (male 4th floor) at Sanpasitthiprasong Hospital using the concept of the Soukup. The evidence basis for the development consisted of nine clinical researches and related literatures due to their quality, application and working context. Comments and suggestions from the researches were analyzed and synthesized as a draft of nursing practice guideline for patients with ICD, consisting of 2 main activities, which included 18 issues of nursing practice for effective chest drainage and 8 issues of pulmonary rehabilitation and prevention of complications. Then the guideline was evaluated by 5 experts upon the criteria of AGREE II with scores of 85-90 percent. The practices applied to 10 patients at ward of internal medicine resulted in a decreased number of complications and good pulmonary rehabilitation. Moreover, almost all the nurses agreed that the guideline can be practiced as routine nursing care.

Keywords : intercostal chest drain, medical patients, nursing practice guideline, nursing care for patients with ICD

* Registered Nurse. Department of Nursing, Sanpasitthiprasong Hospital, UbonRatchathani.

ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช

โรงพยาบาลวารินชำราบ

จิตรา จินารัตน์* อธิราภา ธาณี* พัสณี สิทธิคุณ*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดศึกษา 2 กลุ่มตัวอย่าง วัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที และในระยะติดตาม 1 เดือน เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 4 ครั้ง และกิจกรรมรายบุคคลร่วมกับญาติอีก 1 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินทัศนคติต่อยา ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติชัดเจนทั้งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติที่ดีต่อยารักษาโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวัดผลหลังการทดลอง โปรแกรมนี้ยังแสดงผลที่ดีในระยะติดตาม 1 เดือน ทั้งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติที่ดีต่อยารักษาโรคจิตเภท จุดเด่นของโปรแกรมนี้ คือ การใช้กิจกรรมกลุ่มร่วมกับกิจกรรมรายบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ใช้เวลาไม่มากนัก และสามารถฝึกอบรมบุคลากรได้ไม่ยาก ซึ่งส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและผลการรักษาที่ดี

คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยนอก การเสริมสร้างแรงจูงใจ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

*พยาบาลวิชาชีพ. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี.

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนั้นแม้จะไม่เป็นสาเหตุของการตาย แต่ก็มีผลกระทบมากต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง อีกทั้งยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้บ่อย⁽¹⁾ ด้านผลกระทบต่องานพบว่า เมื่อการป่วยซ้ำและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นบ่อยครั้งเท่าใดจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยของศักยภาพในการดำรงชีวิตมากขึ้นเท่านั้น และเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ การรักษาต้องยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นและใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น^(2,3) ด้านผลกระทบต่อครอบครัวพบว่า การเจ็บป่วยเป็นภาระในด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากในระยะที่มีอาการทางจิตผู้ป่วยมักไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดรายได้ และจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าการรักษาแบบผู้ป่วยนอก⁽⁴⁾ ผู้ดูแลในครอบครัวอาจเกิดภาวะเครียด กังวลกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย ได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลเสียต่อสุขภาพได้⁽⁵⁾ ส่วนผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบจะควบคุมตนเองไม่ได้ จึงอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรงหรือการทำร้ายผู้อื่น⁽⁶⁾

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันจะใช้วิธีการผสมผสานกันทั้งการรักษาด้วยยา การ

รักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม ซึ่งในปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพสูงและถูกนำมาใช้ในการรักษาามากที่สุด เนื่องจากยาสามารถปรับภาวะสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ช่วยลดความรุนแรงและลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้⁽⁷⁾ และเป็นการควบคุมอาการของโรคที่สามารถทำให้อาชีพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยผู้ป่วยร้อยละ 60 สามารถอยู่ในชุมชนได้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่รายงานการศึกษาที่พบผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 50 ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา⁽⁸⁾ ถึงแม้จะมีการพัฒนาปรับปรุงยารุ่นใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาสูงขึ้น มีฤทธิ์ข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากยาน้อยลงกว่าเดิม แต่ก็พบว่าไม่สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้⁽⁹⁾ การไม่รับประทานยาต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงยังคงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁽¹⁰⁾

การทบทวนข้อมูลจากระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเรื่องการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทของผู้วิจัยและคณะ ในฐานะที่ทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (service plan) ในเครือข่ายสุขภาพที่ 10 ได้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา โดยผู้ป่วยหยุดกินยาเอง เลือกกินยาบางชนิด ลดยาเอง

หรือบางรายใช้เครื่องตีแอลกอฮอล์ร่วมด้วย และจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ในปี พ.ศ. 2558 พบได้เช่นกันว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีสาเหตุจากการขาดยา หยุดยาเอง และมีการใช้สารเสพติด ดังนั้น เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชตามวัตถุประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นให้โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน มีการพัฒนาตนเองตามศักยภาพระดับบริการ จึงได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้เกิดคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยมีความตระหนักในการรับผิดชอบดูแลตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการทบทวนรายงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา⁽¹¹⁾ ได้มีข้อเสนอแนะว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยการค้นหาความลังเลใจ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ภายใต้บรรยากาศการทำงานร่วมกันของผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการรักษาของผู้ป่วย

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยและคณะได้คัดเลือกโรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภовารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) เป็นพื้นที่ในการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของโปรแกรม

เสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติที่ดีของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดการศึกษา 2 กลุ่ม เปรียบเทียบกัน วัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน (two independent sample) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (F20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-V) ทั้งหมดมีสัญชาติไทย อายุระหว่าง 20-59 ปี และมีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 อย่าง คือ หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาไม่ตรงตามเวลา ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ไม่มาตรวจตามที่แพทย์นัด โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีอาการทางจิตรุนแรง โดยมีคะแนนของแบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทฉบับภาษาไทย (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS-T) สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย 2) มีภาวะสมองเสื่อมหรือบกพร่องทางพุทธิปัญญา ประเมินด้วยแบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับ

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือ

ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช

จิตรา จินรัตน์ อธิภา ธาณี พสนี สิทธิคุณ

ภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และ 3) ไม่มีผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรงกับผู้ป่วยหรือใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใดอย่างหนึ่ง (บิดา/มารดา/สามี/ภรรยา/พี่น้อง/บุตรหลาน) ทำการศึกษาในช่วงระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 31 สิงหาคม 2560 โครงการนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2560-003 ก่อนเริ่มดำเนินการ

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากโปรแกรมการบำบัดรายกลุ่มตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ ศรีอุบล บำรุง และคณะ⁽¹²⁾ สร้างขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ป่วย 4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนครั้งที่ 5 เป็นกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยรายบุคคลร่วมกับญาติผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการทำกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับ

เปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และพยาบาลปฏิบัติการที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งกิจกรรมทั้ง 5 ครั้ง ประกอบด้วย

-กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพบำบัดและสร้างแรงจูงใจ (therapeutic relationship)

-กิจกรรมที่ 2 การค้นหาความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ลังเลใจ เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย (exploring ambivalence about taking medication and rolling with resistance / examining beliefs about medication)

-กิจกรรมที่ 3 การปรับโครงสร้างทางความคิด ความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม (Normalizing rationales: health belief model & perceived self-efficacy)

-กิจกรรมที่ 4 การปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้อง (self-administration of medication scheme)

-กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ภายในครอบครัว

สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติการที่โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของ พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ⁽¹³⁾ ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ คำถามข้อที่ 1-8 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 9-16 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา 2) แบบประเมินทัศนคติต่อยา (Drug Attitude Inventory: DAI-10) ที่ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย วิริญจน์ ไชยจันทร์⁽¹⁴⁾ มีคำตอบให้เลือกตอบ “ถูก กับ ผิด” โดยให้อ่านข้อความแต่ละข้อ ถ้าเห็นว่าข้อความนั้น “ถูก หรือ มักจะถูก” ให้ตอบว่า “ถูก” ถ้าเห็นว่าข้อความนั้น “ผิด หรือ มักจะผิด” ให้ตอบว่า “ผิด” ข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อความทางบวกจำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 4 ข้อ โดยวัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ และวัดอีกครั้งหลังติดตามอีก 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังโดยใช้ pair t-test ส่วนคะแนนค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตก่อนและหลังใช้ chi-square test การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทและทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตระหว่างกลุ่มใช้สถิติ one-way repeated measured (ANOVA)

ผลการศึกษา

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี มีอาชีพรับจ้าง มีรายได้ต่อปีของครอบครัวไม่เพียงพอในการเลี้ยงชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย 5 ปีขึ้นไป จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาน้อยกว่า 5 ครั้ง สถานภาพสมรสที่พบว่าเป็นโสดหรือหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่มากกว่าสถานภาพคู่และผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดามากที่สุด

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช
จิตรา จินารัตน์ อธิภา ธาณี พัสณี สิทธิคุณ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
- ชาย	18	90.0	16	80.0
- หญิง	2	10.0	4	20.0
อายุ				
20-30 ปี	4	20.0	1	5.0
31-40 ปี	4	20.0	5	25.0
41-50 ปี	11	55.0	13	65.0
51-60 ปี	0	0	1	5.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9	45.0	20	100.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30.0	0	0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	15.0	0	0
อนุปริญญา/ปวส.	2	10.0	0	0
อาชีพ				
เกษตรกร	3	15.0	5	25.0
ว่างงาน	5	25.0	5	25.0
รับจ้าง	9	45.0	10	50.0
งานบ้าน	3	15.0	0	0
รายได้ต่อปีของครอบครัว				
เพียงพอ	0	0	0	0
ไม่เพียงพอ	20	100	20	100

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	9	45.0	7	35.0
คู่	7	35.0	4	20.0
หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	4	20.0	9	45.0
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย				
5 ปีขึ้นไป	19	95.0	20	100
น้อยกว่า 5 ปี	1	5.0	0	0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา				
ตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป	3	15.0	3	15.0
น้อยกว่า 5 ครั้ง	17	85.0	17	85.0
ผู้ดูแล				
บิดา/มารดา	10	50.0	16	80.0
สามี/ภรรยา	7	35.0	3	15.0
ลุง/ป้า/น้า/อา (ญาติ)	3	15.0	1	5.0
ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา				
มาก	8	40.0	10	50.0
ปานกลาง	5	25.0	9	45.0
น้อย	7	35.0	1	5.0

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทและทัศนคติต่อยารักษาโรคจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบได้ว่าทั้งพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติต่อยารักษา

โรคจิตมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ($p < 0.001$) สำหรับการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มนั้นจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านทัศนคติต่อยารักษาโรคจิต (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และทัศนคติต่อการรักษาโรคจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P value*
พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา					
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	8.10	19	0.04	0.05	0.005
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	1.27	1	1.27	1	0.000*
รวม	9.37	20			
ทัศนคติต่อการรักษาโรคจิต					
ความแตกต่างภายในกลุ่ม	1.9	19	8.10	81.00	0.000*
ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	62.07	1	62.06	93.10	0.000*
รวม	64.6	๒๐			

*p < 0.001, ANOVA

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนเป็นรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบของ Bonferroni Technique พบว่าในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที 2) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3) ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 2 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลอง

สิ้นสุดทันที และ 2) ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน (ตารางที่ 3)

สำหรับความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการรักษาโรคจิตของผู้ป่วยจิตเภท (ตารางที่ 4) ในกลุ่มทดลองพบว่า มีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการรักษาโรคจิต 3 คู่ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที 2) ระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3) ระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ในกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการรักษาโรคจิตเพียง 1 คู่ คือ ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองสิ้นสุดทันที

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

พฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภท	Mean (SD)			(1)และ(2)	(1)และ(3)	(2)และ(3)
	ก่อนการ ทดลอง (1)	หลังการ ทดลอง (2)	ติดตามผล 1 เดือน (3)			
กลุ่มทดลอง (n = 20)	35.55 (8.55)	40.55 (0.48)	42.55 (0.47)	.000*	.000*	.030*
กลุ่มควบคุม (n = 20)	37.25 (5.15)	36.55 (0.47)	40.05 (0.46)	.000*	1.000	.004*

* <.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

พฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภท	Mean (SD)			(1)และ(2)	(1)และ(3)	(2)และ(3)
	ก่อนการ ทดลอง (1)	หลังการ ทดลอง (2)	ติดตามผล 1 เดือน (3)			
กลุ่มทดลอง (n = 20)	3.05 (6.10)	3.71 (0.83)	3.33 (0.21)	.000*	.000*	.030*
กลุ่มควบคุม (n = 20)	3.98 (4.16)	3.21 (0.49)	2.67 (0.22)	.000*	1.000	1.000*

* <.05

วิจารณ์

พฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอกที่มากกระทบผู้ป่วย โดยปัจจัยด้านผู้ป่วยที่สำคัญนอกเหนือจากลักษณะและความรุนแรงของการเจ็บป่วยคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลรักษาและการติดตามการรักษาต่อเนื่อง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย ความซับซ้อนของการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น การมีผู้ดูแลการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ทักษะชีวิตของสังคมและครอบครัว นอกจากนั้น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการรับประทานยา คือ ความตระหนักถึงความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา อาการข้างเคียงของยา และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา⁽¹⁶⁾

การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีแนวคิดมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยเชื่อว่าการรู้คิดมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น การบำบัดด้วยวิธีนี้จำเป็นที่จะ

ต้องสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รับรู้ประโยชน์และปัญหาของการรับประทานยา สามารถจัดการปัญหาที่มีผลมาจากการรับประทานยาได้⁽¹⁷⁾ Kemp และคณะ⁽¹⁸⁾ ได้พัฒนาแนวทางในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือที่เรียกว่า “Compliance therapy” โดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรมบนพื้นฐานการทำงานประสานร่วมกัน การพัฒนาความรับผิดชอบและทางเลือกให้แก่บุคคล และให้ความสำคัญต่อการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้บำบัดต้องมีทักษะหลักคือ การสืบค้นความลังเลใจเกี่ยวกับการรับประทานยา การเคลื่อนไหวไปตามแรงต้าน การทดสอบความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา การปรับความคิดและการรับรู้ให้ถูกต้องและสมเหตุสมผล และการให้ข้อมูล โดยกระบวนการบำบัดจะเน้นความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ได้ดำเนินการเสริมสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการบำบัดเพื่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม⁽¹⁹⁻²⁰⁾ รวมทั้งการศึกษาของศรีอุบล บำรุง และคณะ⁽¹²⁾ ที่ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก็พบเช่นกันว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมความ

ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติต่อการรักษา โรคจิตที่มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในคลินิก จิตเวชที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ได้ปรับรูปแบบของ โปรแกรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของ สถานบริการซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป โดยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม มีขั้นตอนต่างๆ คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ การรับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เห็นใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยตามสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับการใช้ยา ตรวจสอบความคิด ความเชื่อ การรับรู้ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการรักษา การปรับทัศนคติและให้ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็นในการสังเกตและแก้ไขฤทธิ์ข้างเคียงจากยา สร้างความรับผิดชอบในการจัดยาและการรับประทานยาเองอย่างถูกต้อง ภายใต้กระบวนการกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สำหรับกิจกรรมที่ 5 ได้ปรับจากกิจกรรมกลุ่มเป็นผู้ป่วยรายบุคคลร่วมกับญาติผู้ดูแลเพื่อเน้นปัญหาประเด็นเฉพาะบุคคล ซึ่งการศึกษาของ กาญจนา เหมะรัต และคณะ⁽¹⁶⁾ ได้แสดงให้เห็นว่าการจัดการรายกรณีสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ นอกจากนี้ การเพิ่มญาติผู้ดูแลเข้ามาในกิจกรรมนี้ยังเป็นการเพิ่มความรู้และความตระหนักของญาติต่อภาวะโรคและแนวทางการรักษา สามารถสังเกตและจัดการอาการข้างเคียง

ของยาในเบื้องต้น ส่งเสริมให้ญาติมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย เพื่อให้เป็นอีกแรงในการกระตุ้นและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ซึ่งผลการศึกษานี้ก็ได้ออกให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและทัศนคติต่อการรักษาโรคจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ตรงกับลักษณะเด่นของการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ จะเป็นตัวพลัง เป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่ออุปสรรคในการรักษา⁽²¹⁾ และแรงจูงใจนี้จะเป็นตัวพลังผลักดันให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่องต่อไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ได้ติดตามผู้ป่วยเพียง 1 เดือน ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่านั้น การศึกษาในระยะที่ยาวขึ้นจึงยังมีความจำเป็นเพื่อแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและผลการรักษาในระยะยาวอย่างไร

สรุป

การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาจึงเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลที่สำคัญและต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลมีบทบาท

สำคัญในการสนับสนุนสร้างเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้อง โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในคลินิกจิตเวชที่ปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับการใช้งานในโรงพยาบาลทั่วไปในการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่าสามารถกระตุ้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาด้วยตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง รวมทั้งมีความร่วมมือในการติดตามการรักษา นอกจากนี้ รูปแบบของโปรแกรมที่เป็นกิจกรรมกลุ่มร่วมกับกิจกรรมรายบุคคลและญาติยังมีข้อดีที่สามารถดำเนินการได้กับผู้ป่วยหลายคนพร้อมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มที่มีประสบการณ์คล้ายกัน อีกทั้งยังสามารถเน้นประเด็นเฉพาะของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.
2. Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, et al. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1835-42.
3. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี; 2558.
4. น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, สายใจ พัวพันธ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารโรงพยาบาลทหารบก* 2560;18(1):229-36.
5. กษพร รัตนสมพร, รัชนิกร เกิดโชค, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2558;29(3): 99-112.
6. Torrey EF. *Surviving schizophrenia: a family manual*. New York: Harper Colophon Books; 1994.
7. Kozuki Y, Schepp KG. Visual-feedback therapy for antipsychotic medication adherence. *International Clinical Psychopharmacology* 2006;21(1):57-61.
8. Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
9. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *American Journal of Psychiatry* 2006;159(1):103

10. Pyne J, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. The Journal of Nervous and Mental Diseases 2001;89:146-53.
11. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2002;9:277-84.
12. ศรีอุบล บำรุง, พัสณี สิทธิคุณ, กนกวรรณ วงศ์ชิง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
13. พรทิพย์ วชิรดิolk, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช, บุญช่วย เทพยศ. ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
14. วิริยจน์ ไชยจันทร์. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
15. Haddad PM, Brain C, Scott J. Non adherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. Patient Related Outcome Measures 2014;5:43-62.
16. กาญจนา เหมะรัต, เพลิน เสียงโซคอยู่, อุณจิตร คุณารักษ์, และคณะ. ผลของการจัดการรายการในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555;26(2):63-73.
17. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, et al. The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2013;39(6):1242-51.
18. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial. British Medical Journal 1996;312:345-9.

โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช
จิตรา จินารัตน์ อธิราภา ธาณี พัสณี สิทธิคุณ

19. จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ, สุกฤติยา กุลศรี, วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อักษรณ์. ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2556;27(3):75-86.
20. พยอม ตันตจรรยา, สุนันญา พรหมดวง, วันเพ็ญ ทัดศรี. ผลการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยาที่หอ

- ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์. สุรินทร์: 2558.
21. สวัสดิ์ เทียงธรรม. แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท [การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช]. บัณฑิตวิทยาลัย, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.

Effect of the Motivational Enhancement Program to Strengthen Medication Adherence among Schizophrenic Outpatients at Psychiatric Unit, Warinchamrap Hospital

Jitra Jinarat* Teerapa Thanee* Passanee Sattikun*

Abstract

The quasi-experimental research, pre and post- test and a month follow-up, was conducted to investigate the effect of the motivational enhancement on medication adherence among schizophrenic outpatients using the motivational concept for mental and behavioral improvement. The program included 4 times of group sessions for patients and one session of each patient with relative. The instruments used for evaluation were the medication adherence behavior test for schizophrenic patient and the Drug Attitude Inventory: DAI-10. The results demonstrated that there was a significant difference over time between the experimental and control groups. Obviously, the medication adherence behavior and drug attitude of the experimental group significantly increased after receiving the motivational enhancement program. The result also showed good results at a 1-month follow-up period, of both the medication adherence behavior and drug attitude of schizophrenic patients. The highlight of this program was the use of group activities and individual activities of patients with relatives, which did not spend much time and the personnel's training was not difficult. This affects the cooperation of patients and good results in the treatment.

Keywords : motivational enhancement, medication adherence, schizophrenia, outpatients

* Registered Nurse. Prasrimahaphodhi Hospital, Ubon Ratchathani.

Stroke unit แห่งแรกของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

อาคม อารยาวิชานนท์*

บทคัดย่อ

Stroke unit หรือ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในปัจจุบัน การรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผลการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น สามารถลดอัตราการตายและอัตราการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเห็นได้ชัดเจน หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจัดเป็นนวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างหนึ่ง que ควรพัฒนาให้มีทุกโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอ

คำสำคัญ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

*อายุรแพทย์ระบบประสาท กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่มีความสำคัญและพบบ่อยในเวชปฏิบัติ เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายสูงติดอันดับ 1 ใน 3 อันดับแรกของประเทศไทยและของโลก นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นักเป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศ การพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการรักษา ลดภาระต่อสังคมและประเทศชาติได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมาพบแพทย์ด้วยอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน เช่น แขนอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชาแขนขาและร่างกายครึ่งซีก เป็นต้น อาการที่ผิดปกตินี้อาจมีสาเหตุได้จากเส้นเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือเส้นเลือดสมองแตกก็ได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องหาสาเหตุที่จำเพาะก่อน แล้วจึงให้การรักษาตามแนวทางการรักษามาตรฐานต่อไป

Stroke unit หรือ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ดูแลรักษาผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผลการรักษาผู้ป่วยดีขึ้น สามารถลดอัตราการตายและอัตราการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเห็นได้ชัดเจน หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจัดเป็น

นวัตกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างหนึ่งที่ควรพัฒนาให้มีทุกโรงพยาบาล จังหวัดและโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอ

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หน่วยประสาทวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้จัดประชุมที่มณฑลพิธีของของกลุ่มงานอายุรกรรม และมีโครงการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) เมื่อปี พ.ศ. 2545

การดำเนินงานในช่วงแรกก่อนการเปิดหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเฉพาะ ได้มีการจัดประชุมคณะทำงานของกลุ่มงานอายุรกรรม และจัดพื้นที่เป็น stroke corner ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และอายุรกรรมหญิง 1 โดยมีเตียงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยละ 4 เตียง มีการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบให้ทีมงานที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญมีจำนวนมาก การดำเนินงานในช่วงแรกจึงยังไม่ประสบผลสำเร็จมากนัก ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษาไม่ได้เปลี่ยนแปลงจากการดำเนินงานตามรูปแบบเดิมแต่อย่างใด

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างนั้นมีหลายประการ ได้แก่ การขาดความ

รู้ของบุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรในหน่วยงานมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องและไม่ดีต่อการรักษาโรค การขาดทีมสหสาขาวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรค การขาดฐานข้อมูลโรคที่ถูกต้องตามจริง การไม่ได้นำแนวทางการดูแลรักษาโรคมาพัฒนาใช้ นอกจากนั้นยังไม่มีสถานที่ในการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การไม่เห็นถึงความสำคัญของผู้บริหารและไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุน รวมทั้งการไม่มีนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข

ในการเตรียมความพร้อมของทีมบุคลากรและพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย หน่วยประสาทวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม ได้เริ่มต้นด้วยการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และวางแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนี้

1. ส่งบุคลากรเพื่ออบรมระยะสั้นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีทั้งหลักสูตรระยะสั้น 1-2 สัปดาห์ และหลักสูตร 3 เดือน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดหอผู้ป่วย stroke unit รวมทั้งจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนาทีมงานสหสาขาวิชาชีพในขณะเดียวกัน

2. จัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. จำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามสาเหตุ โดยกรณีที่เป็นสาเหตุจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตันให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วย

อายุรกรรม ส่วนกรณีที่เป็นสาเหตุจากเส้นเลือดสมองแตกให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท

4. เก็บรวบรวมตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมองต่างๆ เช่น อัตราตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) การทำกายภาพบำบัด การได้รับสุขศึกษาก่อนจำหน่าย อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 1 เดือน การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เป็นต้น

นอกจากนั้น ยังได้แจ้งและประสานคณะกรรมการพื้นที่ใช้สอยของโรงพยาบาล เพื่อพิจารณาจัดหาพื้นที่ที่เหมาะสมในการเปิดหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Unit)

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ได้รับการจัดตั้งและเปิดให้บริการในเดือนกันยายน พ.ศ.2551 โดยได้รับการจัดสรรพื้นที่ใช้สอยจากคณะกรรมการพื้นที่ใช้สอยของโรงพยาบาล ทีมบุคลากรผู้ดูแลรักษาประกอบด้วย อายุรแพทย์ระบบประสาท ทีมพยาบาลจากกลุ่มการพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (acute stroke unit) แห่งแรกของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นหอผู้ป่วย

ป่วยที่ดูแลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง (special care unit) ประกอบด้วยจำนวนเตียงทั้งหมด 12 เตียง รับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจาก เส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke, cerebral infarction) โดยมีเกณฑ์การรับผู้ป่วย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี 2) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 3) มีอาการไม่เกิน 7 วัน ก่อนมาถึงโรงพยาบาล 4) ผู้ป่วยมี glasgow coma score มากกว่า 11 คะแนน และ 5) ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การรับผู้ป่วยจะนอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชายหรือหญิง รวมทั้งในกรณีที่เตียงในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเต็ม ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งแต่แรกรับจะเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหรือหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหลังนอนโรงพยาบาลแล้ว หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถรับดูแลได้จำนวน 2 เตียง

การพัฒนาการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมา ได้ดำเนินการหลายประการทั้งในด้านแนวทางการดูแลรักษา การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการเผยแพร่ความรู้ ดังนี้

■ จัดประชุมทีมงานสหสาขาวิชาชีพ เพื่อพัฒนาแนวทางและจัดทำแผนภูมิการดูแลผู้

ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (แผนภูมิที่ 1 และ 2) และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบช่องทางด่วน (stroke fast track)

■ จัดทำ standing order สำหรับผู้ป่วย ischemic stroke และสำหรับผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) รวมทั้งการจัดทำแนวทางการพยาบาล (nursing care) ในการดูแลผู้ป่วย

■ การพัฒนาบุคลากรด้านต่างๆ ได้แก่ การศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและมีหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งการส่งพยาบาลเพื่ออบรมพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง ในส่วนของหอผู้ป่วยเองก็ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แนวทางการจัดบริการผู้ป่วยแบบ stroke fast track และ comprehensive stroke care การจัดประชุม stroke grand round เป็นต้น

■ การเผยแพร่ความรู้แก่สาธารณะ ทั้งการจัดทำโปสเตอร์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และโปสเตอร์ความรู้แก่บุคคลทั่วไป การจัดทำคู่มือโรคหลอดเลือดสมองสำหรับประชาชน

Stroke Fast Track

การจัดบริการ stroke fast track เริ่มจาก

การประชุมเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง งานระบบส่งต่อ กลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก กลุ่มงานรังสีวิทยา โดยชี้แจงนโยบายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการ stroke fast track ผลดีของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยยาละลายลิ่มเลือด โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ต้นปี 2552 เป็นต้นมา ซึ่งในระยะแรกของการจัดบริการ stroke fast track รับผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 3 ชั่วโมง ต่อมาในปี พ.ศ. 2555 จึงขยายระยะเวลารับผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง โดยมีแนวทางการดำเนินงาน stroke fast track (แผนภูมิที่ 3) ดังนี้

1.ผู้ป่วย stroke ที่มีอาการน้อยกว่า 4.5 ชั่วโมงมาถึงอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ทำการแจ้งเตือน (activate code stroke fast track) ต่อแพทย์เวรพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก กลุ่มงานรังสีวิทยา (งานเอกซเรย์คอมพิวเตอร์) รวมทั้งทำการประเมินสัญญาณชีพและความผิดปกติของระบบประสาท

2.ส่งตรวจ CT brain non contrastด่วน โดยให้ได้ผลในเวลาไม่เกิน 30 นาที กรณีที่พบว่าเป็น hemorrhagic stroke ให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ส่วนกรณีที่พบเป็น ischemic stroke ให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขณะเดียวกันส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการด่วน โดย

ให้ได้ผลภายใน 45 นาที

3.อายุรแพทย์ระบบประสาทหรือแพทย์เวรอายุรกรรมประเมิน NIH stroke score ตลอดจนข้อบ่งชี้และข้อห้ามในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis, rt-PA)

4.กรณีที่มิข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงผลดีผลเสียของการรักษา และให้ผู้ป่วยและ/หรือญาติได้ตัดสินใจและแสดงความยินยอมในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดตามแนวทางการรักษามาตรฐาน ส่วนกรณีที่มิยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจะให้การรักษตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

5.ในระยะแรกแรกที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่มีเครื่องมือในการติดตามอาการผู้ป่วย (monitor) ผู้ป่วยจะนอนสังเกตอาการและความผิดปกติต่างๆ ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 วัน จากนั้นจึงย้ายกลับหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อมาเมื่อมีเครื่อง monitor และ oxygen support ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงให้การดูแลรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่แรกเริ่ม

6.ภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยที่ได้รับการละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด (close monitoring) และห้ามให้ยา antiplatelet และ anticoagulant ในช่วง 24 ชั่วโมงนี้ นอกจากนั้นยังได้มีการแจ้งคัดแพทย์ระบบประสาทเพื่อเตรียมพร้อมในการดูแลผู้ป่วย

กรณีที่ให้ยาแล้วมีภาวะเลือดออกในสมองตามมา

7.ดูแลผู้ป่วยตาม post-rtPA order form หลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด และส่งตรวจ CT brain ซ้ำหลังได้รับยา 24 ชั่วโมง รวมทั้งการจัดให้มี standing order สำหรับผู้ป่วย ischemic stroke ทุกราย

การดำเนินงานหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ stroke fast track

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปีละ 700 กว่าราย โดยได้รับการดูแลรักษาจากอายุรแพทย์ระบบประสาท ทีมพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคระบบประสาทและโรคหลอดเลือดสมองได้รับการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง (แผนภูมิที่ 3) ซึ่งส่งผลดีต่อผู้ป่วยและผลการรักษาในหลายด้าน ทำให้อาการของโรคดีขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการดำเนินงาน stroke fast track ยังมีปัญหาที่ระบบและบุคลากร

ทางการแพทย์ เนื่องจากต้องประสานงานหลายหน่วยงาน จึงยังพบว่าได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้ากว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ รวมถึงการประเมินผู้ป่วยที่จะให้การรักษายาละลายลิ่มเลือดไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) ยังมีจำนวนน้อย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะใช้เกณฑ์การให้ยา thrombolysis ที่ onset ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงสำหรับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดนั้น เกิดขึ้นทั้งจากระบบบริการ สภาวะของผู้ป่วย และความยินยอมรับการรักษา ซึ่งประเด็นที่พบ ได้แก่

- 1.ความล่าช้าในการส่งต่อ
- 2.ความล่าช้าของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 3.ผู้ป่วยอายุมากเกินไป ผู้ป่วยมีอาการชัก ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากเกินไป และผู้ป่วยที่กินยา anticoagulant อยู่แล้ว
- 4.พบมีความผิดปกติของ CT brain
- 5.การประเมิน NIH stroke score มีคะแนนน้อยเกินไปหรือมากเกินไป
- 6.ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว
- 7.ผู้ป่วยไม่ยินยอมให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้อมูลผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559
1.จำนวนผู้ป่วย ischemic stroke (I 63) (ราย)	1806	2150	2000
2.จำนวนผู้ป่วยที่นอน stroke unit (ราย)	716	829	807
3.จำนวนผู้ป่วย stroke fast track (ราย)	176	248	312
4.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ rtPA (ราย)	31	55	54
5.door to needle time (นาที)	83.6	76.43	70.1
6.ระยะเวลาที่ทำ CT brain จนได้รับผล (นาที)	17.8	18.5	17.8
7.ระยะเวลาตรวจ lab จนได้รับผล (นาที)	45.8	44.2	41.0
8.onset to door (< 4.5 ชม.)	3.29 ชม.	3.16 ชม.	2.31 ชม.
9.ระยะเวลาส่งตัวผู้ป่วยจาก ER เข้า stroke unit (นาที)	7.4	7	9
10.post rtPA complication (ราย)			
- Intracerebral haemorrhage	5	7	2
- Pneumonia	3	4	3
- UTI	0	0	0
11.ผู้ป่วยได้รับการทำกายภาพบำบัดตามโปรแกรม	100%	100%	100%
12.อัตราการตายของผู้ป่วย ischemic stroke ที่นอน รพ.	84 (4.7%)	84 (4.14%)	647 (3.35%)
13.อัตราการตายของผู้ป่วยที่รับ rtPA (ร้อยละ)	3.64 %	3.64%	1.85%
14.ร้อยละของผู้ป่วย ischemic stroke ที่ได้ ASA ใน 48 ชม.ของ onset	85	85.3	83.9

การพัฒนาเครือข่าย

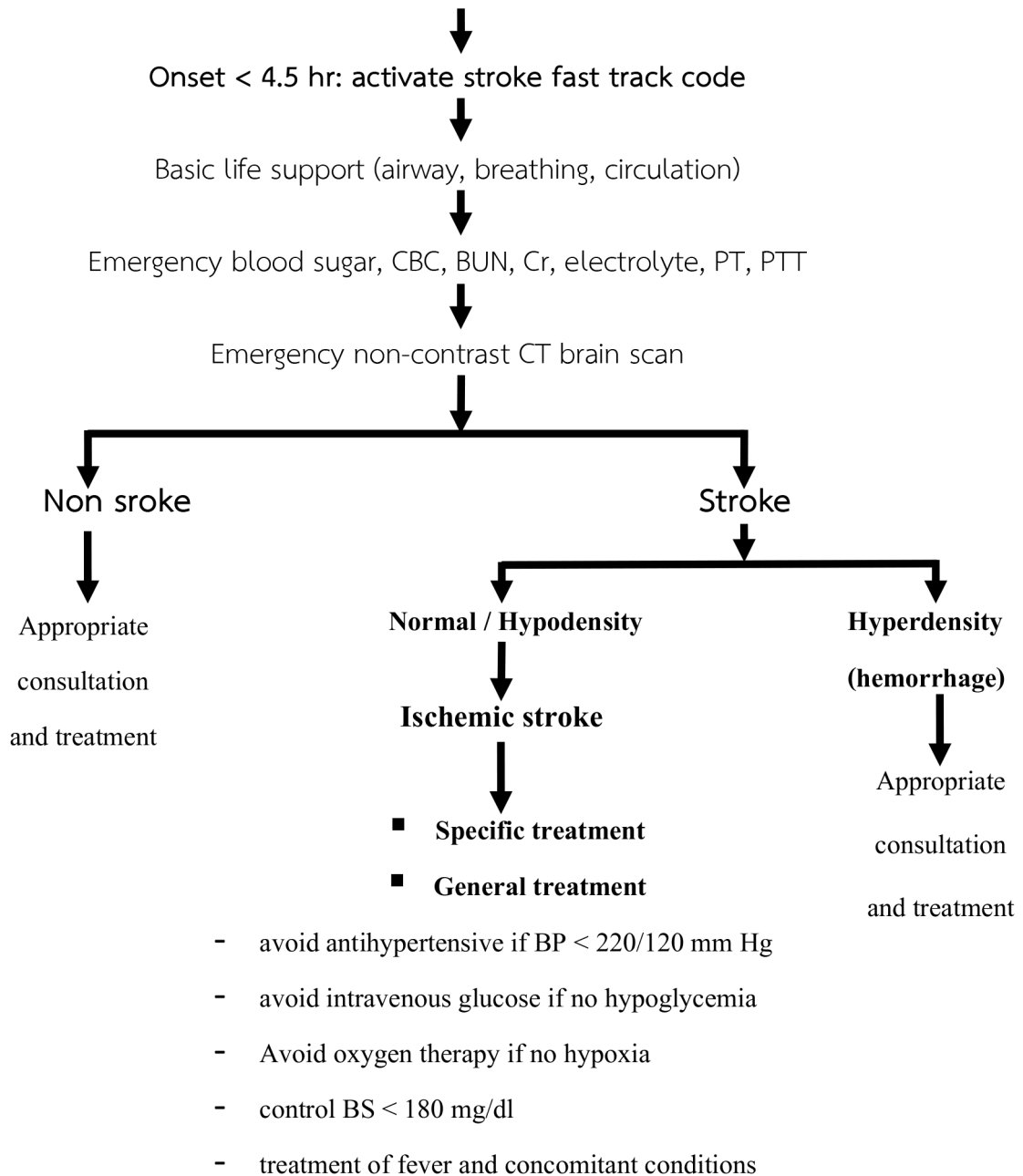
ในช่วงที่ผ่านมา เขตสุขภาพที่ 10 ได้มีการพัฒนาเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขต โดยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน การจัดประชุมวิชาการโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลจังหวัดให้สามารถเปิดบริการ stroke fast track ได้ และถึงแม้ว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะไม่สามารถให้บริการ stroke fast track ได้ แต่การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยจัดตั้ง stroke corner หรือ stroke unit การให้การรักษามาตรฐาน การทำกายภาพบำบัด และการดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ ก็ส่งผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้คุณภาพการดูแลรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้เช่นกัน

บรรณานุกรม

1. Arayawichanont A. Outcome of ischemic stroke patients admitted at Sappasithiprasong Hospital Stroke Unit. IJM 2010;9(3):16-20.
2. Indredarik B, Bakke F, Solberg R, et al. Benefit of stroke unit: a randomised controlled trail. Stroke 1991;22:1026-31.
3. Pongvarin N, Senanarong V, Prayoonwivat N, Arayawichanont A. Siriraj Acute Stroke Unit: The paradigm of Thailand. J Stroke Cerebro Dis (Sup1) 2000;9:132-3.
4. Adams HP, Zoppo G, Albert MJ, et al. Guideline for the early management of adults with ischemic stroke. Stroke 2007;38:1655-1711.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. Stroke: diagnosis and initial management of acute ischemic stroke and transient ischemic attack (TIA). NICE clinical guideline 68, 2008.
6. Jorgensen HS, Kammergaard LP, Houth J, et al. Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke unit? a community based study. Stroke 2000;31:434-9.
7. Stroke unit trialists' collaboration. How do stroke units improve patients' outcomes? Stroke 1997;28:2139-44.
8. Stroke unit trialists' collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1):CD000197.

แผนภูมิที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันระยะเฉียบพลัน

Sudden onset of focal neurological deficit suspected acute stroke



แผนภูมิที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
เมื่อรับผู้ป่วยไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



1.แจ้ง stroke case manager

2.ประเมินการกลืน (bedside swallowing test)

3.ให้ยา aspirin 300 mg ภายใน 24-48 hours ของ onset ถ้าไม่มีข้อห้าม

4.ส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในผู้ป่วย

5.วางแผนดูแลผู้ป่วยโดย stroke team ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์

นักกายภาพบำบัด โภชนากร ฝายส่งเสริมสุขภาพ

6.ทำกายภาพบำบัด ถ้าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่



วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย



ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน



นัดตรวจหลังจำหน่ายผู้ป่วย

การเยี่ยมบ้านโดยฝายส่งเสริมสุขภาพ

(ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย)

แผนภูมิที่ 3 Stroke Fast Track

ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันภายใน 4.5 ชั่วโมง

คัดกรองภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke screening)
และโทรฯ ไปที่แผนกฉุกเฉิน หรือ EMS หมายเลข 1669

พยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน activate stroke fast track และ

1) บันทึกเวลา 2) ตามแพทย์ฉุกเฉิน, แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ที่ stroke unit, stroke attending

3) แพทย์สั่งตรวจ CBC, DTX, coagulogram, CT brain (non-contrast) *ประทับตรา Stroke Fast Track

4) เปิด IV 2 เส้น 5) ชั่งน้ำหนักผู้ป่วย 6) จัดเตรียมยาและโทรจองเตียง stroke unit

แพทย์ทีม stroke ประเมิน 1) indication/contraindication of IV rt-PA,
2) ประเมิน NIH stroke score 3) CT brain ต้องไม่มี hyperdensity lesion (hemorrhage) และ
ไม่พบ hypodensity lesion ใหญ่กว่า 1/3 ของ MCA distribution
4) ขอความยินยอมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

ผู้ป่วยมีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงและไม่มี
ข้อห้ามในการให้ยา

แพทย์ทีม stroke สั่งการรักษา rt-PA

ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการให้ยา rt-PA

รับผู้ป่วยรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

และ post rt-PA order form, รับผู้ป่วยไว้ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความยากลำบากในการรักษาผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกที่มีความรุนแรง

พืงเนตร สฤณรัตน์รันดร์* ขารียา ธาณี* ประภาพร ศรีชัยบาล* วันเพ็ญ เกณธ์สาคร**

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกมีความสำคัญมากในผู้ป่วยเด็กที่มีความรุนแรงที่หลากหลาย แต่หากเมื่อมีความรุนแรงมากผู้ป่วยอาจถึงแก่กรรมได้จากภาวะช็อคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะเลือดออกมากผิดปกติ ภาวะตับวาย ภาวะสมองผิดปกติ ซึ่งต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ด้วยองค์ความรู้ที่ถูกต้อง แม่นยำ การเอาใจใส่ติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และความร่วมมือของทีมงานทุกระดับที่สอดคล้องไปด้วยกัน ซึ่งจะทำให้การรักษาผู้ป่วยประสบความสำเร็จและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

คำสำคัญ ไข้เลือดออก ไข้เด็งกี ผู้ป่วยเด็ก

*กุมารแพทย์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

**พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

ไข้เด็งกี (dengue fever; DF) และไข้เลือดออก (dengue hemorrhage fever; DHF) เกิดจากการติดเชื้อไวรัส dengue ซึ่งมี 4 ซีโรทัยป์ คือ DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4 โดยมียุง Aedes aegypti และ Aedes albopictus เป็นแมลงนำโรคที่สำคัญ ในปัจจุบันพบเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มหาสมุทรแปซิฟิก และในตอนกลางและใต้ของทวีปอเมริกา⁽¹⁾ ประเทศไทยก็เป็นอีกพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคบ่อย โดยเฉพาะในชุมชนเมืองที่พบว่าไข้เด็งกีและไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งอาจเนื่องมาจากการขยายตัวของประชากร การเกิดชุมชนเมืองใหญ่ รวมทั้งการเดินทางอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้มีการกระจายของยุงลายที่นำเชื้อไวรัสเด็งกีหลายซีโรทัยป์ หรือมีบุคคลที่นำเชื้อมานี้ไปด้วย⁽²⁾

ในประเทศไทยโรคไข้เลือดออกพบได้ตลอดทั้งปี โดยพบได้บ่อยในช่วงฤดูฝน การระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยมักมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี ดังเช่น ในปี 2556-2560 พบมีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 241.03, 63.25, 222.58, 96.76 และ 79.55 ตามลำดับ⁽³⁾ แต่ระยะหลังกลับพบว่าการระบาดไม่มีแผนแน่นอน⁽²⁾ ทั้งนี้ยังพบว่าอัตราป่วยตายในโรคไข้เลือดออกลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.12 ในปี 2560⁽³⁾ ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับ

อัตราป่วยตายในอดีต สำหรับข้อมูลผู้ป่วยไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้นำเสนอในตารางที่ 1

กรณีศึกษาผู้ป่วย เรื่องความยากลำบากในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 8 ปี เชื้อชาติไทย ภูมิลำเนา อ.บุญทริก จ.อุบลราชธานี

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 1) ผู้ป่วยมีไข้ ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และได้รับการรักษาตามอาการ

4 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 2) ผู้ป่วยยังมีไข้อยู่ จึงได้ไปรักษาที่คลินิกเอกชนใกล้บ้าน แพทย์สงสัยการติดเชื้อไข้เลือดออก ได้ให้น้ำเกลืออยู่ที่คลินิก

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 3) อาการไข้ลดลง แต่อาการโดยรวมของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น และมีอาการซึมลง

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 4) ผู้ป่วยยังคงซึม ไม่มีไข้และตัวเย็น ผู้ปกครองพาไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้นำเกลือแร่กลับมากินและนัดไปดูอาการอีกสองวัน หลังกลับบ้านไป เวลาประมาณเที่ยงคืนมีอาเจียนเป็นเลือดสด 1 ครั้ง ประมาณ 1 แก้ว ร่วมกับถ่ายดำ 2 ครั้ง ปริมาณไม่มาก

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล (อาการป่วยวันที่ 5) ผู้ปกครองได้พาไปรักษาที่คลินิกเอกชนอีก

ตารางที่ 1 ข้อมูลไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้อมูลผู้ป่วย	ปี 2556 (ราย)	ปี 2557 (ราย)	ปี 2558 (ราย)	ปี 2559 (ราย)	ปี 2560 (ราย)
จำนวนผู้ป่วย DHF 0-15 ปี	1,899	311	931	603	108
จำนวนผู้ป่วย DHF >15 ปี	1,565	200	1,211	941	161
รวม	3,464	511	2,142	1,544	269
จำนวนผู้ป่วย DHF 0-15 ปี ที่มีภาวะ shock	63 (3.3%)	25 (8.0%)	36 (3.8%)	29 (4.8%)	14 (12.9%)
จำนวนผู้ป่วย DHF >15 ปี ที่มีภาวะ shock	26 (1.6%)	6 (3%)	39 (3.2%)	29 (3.0%)	8 (4.9%)
รวม	89	31	75	58	22
จำนวนผู้ป่วย DHF 0-15 ปี ที่มีภาวะน้ำเกิน	86 (4.5%)	15 (4.8%)	48 (5.2%)	15 (2.5%)	3 (2.8%)
จำนวนผู้ป่วย DHF >15 ปี ที่มีภาวะน้ำเกิน	3 (0.2%)	1 (0.5%)	3 (0.3%)	2 (0.2%)	1 (0.6%)
รวม	89	16	51	17	4
จำนวนผู้ป่วย DHF 0-15 ปี ที่เสียชีวิต	9 (0.5%)	3 (0.9%)	5 (0.5%)	0	0
จำนวนผู้ป่วย DHF >15 ปี ที่เสียชีวิต	5 (0.3%)	2 (1.0%)	4 (0.3%)	8 (0.8%)	1 (0.6%)
รวม	14	5	9	8	1

ครั้ง ขณะรอพบแพทย์ ผู้ป่วยมีอาการหมดสติ จึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน

ที่โรงพยาบาลชุมชน เวลาประมาณ 09.00 น. พบความดันโลหิตแรกรับ 100/80 mmHg ความเข้มข้นของเลือด (Hct) 33% แพทย์ได้สั่งให้ 0.9% NSS 4000 ml. IV load หลังให้สารน้ำ ความดันโลหิตอยู่ที่ 100/70 mmHg จึงเปลี่ยนให้ให้น้ำเกลือ (ไม่ระบุชนิดสารน้ำ) 150 ml/hr (1100 ml.) จากนั้น เวลา 11.00 น. ผู้ป่วยมี Hct ลดลงเป็น 25% ชีพจรเบาเร็วที่ 130 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/80 mmHg เด็กมีอาการซึม ปัสสาวะออก 350 ml. เปลี่ยนให้สารน้ำเป็น Dextran IV rate 5 ml/kg/hr และส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

แรกรับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (เวลา 12.55 น.) ตรวจพบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็วและเบา ได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำและเลือด ต่อมา เวลา 14.30 น. ผู้ป่วยมีอาการเป็นเลือดสดประมาณ 300 ซีซี ร่วมกับถ่ายดำ ความดันโลหิตยังต่ำอยู่ จึงได้ให้เลือดโดยการปั๊มเลือดอย่างรวดเร็ว ขณะที่ให้ทั้งสารน้ำ ให้เลือด และส่วนประกอบอยู่นั้น ผู้ป่วยก็ยังมีอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายดำอยู่ตลอดเวลา ปริมาณเลือดของผู้ป่วยที่ออกมาประมาณว่าอยู่ที่ 3,000 ซีซี ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและผ้าเปล้าได้ถูกเปลี่ยนทุก 10-15 นาที

ในการรักษาระยะวิกฤติของผู้ป่วยรายนี้

แพทย์ได้ให้ทั้งเลือด ส่วนประกอบเลือด เกล็ดเลือด และสารน้ำ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2 ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับและตรวจติดตามระหว่างการรักษาได้แสดงไว้ในตารางที่ 3

การให้การดูแลด้วยการปั๊มเลือดและการให้ส่วนประกอบเลือดอื่นๆ ตลอดเวลาเพื่อให้ทันท่วงทีกับการเสียเลือด การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุก 10-15 นาที มีการตรวจสัญญาณชีพและอาการทางคลินิกตลอดเวลา ซึ่งอยู่ในระยะเวลาถึง 2 วัน 2 คืน ซึ่งประเมินว่าผู้ป่วยมีการเสียเลือดโดยประมาณ 14,300 ซีซี ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการให้เลือด สารประกอบเลือด และเกล็ดเลือดรวมทั้งหมด 39 ยูนิต หลังจากนั้นอาการเลือดออกยังคงมีต่อเนื่องอีก 2-3 วัน แต่ในอัตราที่ช้าลงตามระยะเวลาการดำเนินโรค อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ รวมระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 10 วัน ถึงแม้จะมีความยากลำบากในการรักษาผู้ป่วย แต่ในที่สุดแล้วผู้ป่วยก็สามารถรอดชีวิตได้ด้วยความร่วมมือร่วมแรงใจของทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องเลือดที่เตรียมเลือดได้ทันท่วงที และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ รวมทั้งผู้มีจิตเป็นกุศลที่ร่วมบริจาคเลือดเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย

วิจารณ์

กรณีผู้ป่วยรายนี้เป็นเพียงหนึ่งตัวอย่างของความยากลำบากในการรักษาโรคไข้เลือดออกซึ่งต้องระดมทรัพยากรทางการแพทย์และบุคลากร

ทางการแพทย์มากมายเพื่อที่จะรักษาผู้ป่วยจนสามารถรอดชีวิตได้ อย่างไรก็ตามในบางรายที่มีอาการรุนแรงมาก หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะน้ำเกิน ตับวาย ไตวาย ปอดอักเสบ ก็อาจไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ แม้จะได้รับการรักษาอย่างดีที่สุดแล้ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ อาการแสดงและอาการนำที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยรายใดจะมีอาการรุนแรงจนถึงแก่ชีวิต การนัดตรวจและประเมินผู้ป่วยทุกวันในช่วง 3 วันแรกของอาการป่วย การตรวจหาเชื้อไข้เลือดออก รวมทั้งดูความเข้มข้นเลือด ปริมาณเกล็ดเลือด ปริมาณเม็ดเลือดขาว การให้การรักษาและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การพิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีข้อบ่งชี้ ล้วนเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกได้อย่างปลอดภัย

การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกนั้น สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่ง คือ การวินิจฉัยแยกโรค ร่วมกับการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ผู้รักษาต้องนึกถึงโรคไข้เลือดออกเสมอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้อย่างเดียว การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการจะเป็นข้อมูลหนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก การตรวจ Tourniquet Test นั้น ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากค่า sensitivity ในการตรวจวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกมีเพียง 58% (95% CI, 43%-71%) และค่า specificity อยู่ที่ 71% (95% CI, 60%-80%)

ตารางที่ 2 แสดงสัญญาณชีพและรายละเอียดการให้สารน้ำของผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะวิกฤต

DATE TIME	Hct (vol%)	PR (bpm)	RR (bpm)	BP (mmHg)	สารน้ำ	หมายเหตุ
วันที่ 1 12.55 น.	16	104	24	95/60	Dextran 300 cc/hr PRC 200 cc IV push PRC 200 cc IV push	
14.30 น.		120		60/-	Dextran 300 cc/hr PRC 200 cc IV push	อาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง ครึ่งละ 500 cc
16.00 น.	37	150	90/60			
16.40 น.	28	180		วัดไม่ได้	Dextran 200 cc/hr PRC 200 cc IV push	ถ่ายเป็น melena 3 ครั้ง
17.20 น.		180		50/-		อาเจียนเป็นเลือดสด 100 cc
17.40 น.		154		วัดไม่ได้	Dextran 100 cc/hr	ถ่ายเป็นเลือดสด 10 cc
17.45 น.		152		70/60	Dextran 100 cc/hr FWB 100 cc IV push	ถ่ายเป็นเลือดสด 10 cc
18.42 น.		158	24	70/50	5% DNSS rate KVO FWB 200 cc IV push FFP 200 cc IV push ทำ Cut down	ถ่าย melena 200 cc อาเจียนเป็นเลือดสด 200 cc
19.30 น.		120		94/64	FFP 200 cc IV push	อาเจียนและถ่ายเป็นเลือดสด 500 cc
20.00 น.		155		79/38	5% DNSS 200 cc/hr	ถ่ายเลือดสด 300 cc
20.30 น.		160		84/56	FWB 400 cc IV push	อาเจียนเลือดสด 200 cc
20.45 น.		154		93/57	Dextran 300 cc/hr PRC 200 cc IV push PRC 200 cc IV push	ถ่ายเลือดสด 100 cc

การรักษาผู้ป่วยเด็กไข้เลือดออกที่มีความรุนแรง

พืงเนตร สฤษดิ์นิรันดร์ และคณะ

ตารางที่ 2 แสดงสัญญาณชีพและรายละเอียดการให้สารน้ำของผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะวิกฤต (ต่อ)

วันที่ 2	160	89/58	Dextran 300 cc/hr		
00.00 น.			PRC 130 cc IV push		
01.00 น.	160	90/50		ถ่ายเลือดสด 300 cc	
02.00 น.	150	80/50	PRC 260 cc IV push	ถ่ายเลือดสด 400 cc	
03.10 น.	142	70/50	FWB 400 cc IV drip free flow	ถ่ายเลือดสด 200 cc	
05.25 น.	154	90/60		ถ่ายเลือดสด 400 cc	
05.30 น.				ถ่ายเลือดสด 200 cc	
07.30 น.	171	80/60	Dextran 300 cc/hr	อาเจียนเลือดสด 200 cc	
08.30 น.	14	170	80/50	FWB 200 cc IV push	ถ่าย blood clot 150 cc
09.50 น.	150	80/60			ถ่ายเลือดสด 200 cc
11.20 น.	168	87/60			ถ่ายเลือดสด 300 cc
11.45 น.	165	80/50	PRC 390 cc IV push		ถ่ายเลือดสด 150 cc
13.35 น.	24	178	103/62		ถ่ายเลือดสด 200 cc

PRC = packed red cells, FWB = fresh whole blood, FFP = fresh frozen plasma

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามความรุนแรงของโรค จะพบได้ว่ามีความแตกต่างกันไป โดยที่ โรคไข้เดงกีที่ไม่รุนแรง (non-severe dengue diagnosis) มีค่า sensitivity เท่ากับ 55% (95% CI, 52%-59%) และ specificity เท่ากับ 63% (95% CI, 60%-66%) ขณะที่โรคไข้เลือดออก (dengue hemorrhagic fever diagnosis) มีค่า sensitivity เท่ากับ 62% (95% CI, 53%-71%) และค่า specificity เท่ากับ 60% (95% CI, 48%-70%) แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นกับวันที่มีอาการป่วย (days of illness) ด้วย⁽⁴⁾

ปัจจุบัน ได้มีวิธีการตรวจหาแอนติเจนของเชื้อไวรัสเดงกีโดยใช้ nonstructure protein 1 (NS1 antigen) ซึ่งมีความจำเพาะต่อ Dengue

Virus (DENV) ที่สุด และสามารถตรวจเชื้อได้ทั้ง 4 ซีโรทัยป์ รวมทั้งยังสามารถตรวจหาแอนติเจนของเชื้อไวรัสเดงกีในเลือดได้ตั้งแต่วันที่ 1-7 นับตั้งแต่มีอาการไข้⁽⁵⁾

ในช่วง 3 วันแรกของการป่วย การติดตามการดำเนินโรคโดยใช้ผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น การติดตาม CBC เพื่อดูแนวโน้มค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง (hematocrit) จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC count) จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด atypical lymphocyte และ monocyte จำนวนเกล็ดเลือด (platelet count) รวมทั้งการตรวจค่าเอนไซม์ตับชนิด AST จะช่วยให้แพทย์ผู้ดูแลรักษาสามารถบอกแนวโน้มความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกได้เช่นกัน⁽⁶⁾

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับและตรวจติดตามระหว่างการรักษา

	ที่โรงพยาบาล	ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์				
	ชุมชน	วันที่ 1	วันที่ 2	วันที่ 3	วันที่ 4	วันที่ 7
Hct (vol%)	33-25	16	12	6	35	44
WBC (cell/mm ³)	3900	3500	7000	13100	11500	2300
N%	54	47	60	-	-	69
L%	33	51	37	-	-	26
ATL%	7	-	-	-	-	-
M%	6	2	2	-	-	1
Eo%	-	-	-	-	-	4
Platelet (cell/mm ³)	174000	96000	51000	97000	96000	174000
Dengue IgM			+			
BUN (mg%)		18	17	-	-	15
Cr (mg%)		0.8	0.8	-	-	0.7
BS (mg%)		228	161	-	-	103
Na (mEq/L)		152	154	-	-	145
Cl (mEq/L)		115	119	-	-	108
K (mEq/L)		3.0	3.1	-	-	3.5
CO ₂ (mEq/L)		18	20	-	-	23
PT (sec)		36.3	32.0	37.8	16.0	15.7
PTT (sec)		75.8	11.1	7.6	42.1	32.4

แนวทางในการรักษาโรคไข้เลือดออก
สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรค คือ

ระยะที่ 1 ระยะไข้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการ ไข้อย่างเดียว (fever without localizing sign) การรักษาในระยะนี้เป็นการรักษาตามอาการ ได้แก่ การให้ยาลดไข้เป็น paracetamol 10 mg/kg ทุก 4-6 ชม. ซึ่งต้องระมัดระวังในการคิดคำนวณขนาด ยา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ให้คำนวณขนาดยาตาม weight for height หลีกเลี่ยงการให้ยา aspirin หรือ NSAID (ibuprofen, etc.) เพราะอาจทำให้เกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร หรือ Reye's syndrome จาก aspirin และที่สำคัญต้องมีการให้ความรู้ ความเข้าใจ แนวทางการเฝ้าระวังอาการ อาการแทรกซ้อน ต่างๆ และการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ปกครองเด็กอย่าง ชัดเจน เพื่อป้องกันภาวะช็อคที่จะเกิดขึ้น รวมทั้ง ข้อบ่งชี้ในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

หรือให้มาพบแพทย์ทันทีหากมีอาการต่อไปนี้ คือ 1) อาเจียนมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้เพียงพอ 2) ปวดท้องมาก 3) มีอาการของภาวะเลือดออกรุนแรง เช่น ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด เลือดกำเดาไหลไม่หยุดง่าย ไข้ลดลงแล้ว แต่ตัวเย็นผิดปกติ มือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย ไม่ปัสสาวะนานกว่า 6 ชั่วโมง ซึมลง ไม่ค่อยรู้สึกตัว หอบเหนื่อย บวม สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจจะมีการรุนแรงได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว อายุต่ำกว่า 1 ปี หรือมีภาวะอ้วน^(1-2,5,7-8)

ระยะที่ 2 ระยะวิกฤต หรือระยะช็อค ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยไข้เลือดออก แม้ว่าจะมีภาวะช็อค ผู้ป่วยมักยังมีอาการรับรู้สติได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากสาเหตุอื่นๆ ที่มักจะมีอาการรับรู้สติลดลง ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้ที่ยังมีภาวะรับรู้สติดี (แม้ว่าจะอยู่ในช่วงระยะช็อค) ผู้ป่วยมีอาการซึมลง แต่ยังรู้สึกตัวดี และสามารถหลับได้เป็นช่วงสั้นๆ เมื่อเริ่มมีอาการเลือดออกมากขึ้นจึงมีอาการกระสับกระส่าย ดิ้นรนไปมาบนเตียงผู้ป่วย พร้อมกับเรียกขอความช่วยเหลือว่า “คุณหมอช่วยหนูด้วย หนูใจจะขาดแล้ว ช่วยหนูด้วย หนูเหนื่อยมาก” ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสาร บอกอาการ บอกความรู้สึกของตนเองได้ จึงเป็นข้อดีที่จะสามารถสื่อสารกับทีมผู้รักษา ทำให้ทีมแพทย์ พยาบาล มาดูแลอาการได้อย่างทันท่วงที

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยระยะช็อคอย่างต่อเนื่อง การส่งต่ออาการผู้ป่วยในเวลาราชการ

และนอกเวลาราชการ การจดบันทึกเวลาอย่างละเอียด ทั้งสัญญาณชีพ อาการทางคลินิก การให้สารน้ำทดแทน รายละเอียดการเสียเลือด บันทึกการถ่ายอุจจาระหรืออาเจียนเป็นเลือด ทั้งปริมาณและลักษณะ (เป็นลิ่มเลือดหรือเลือดสด ซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะเลือดออกปริมาณมาก) การติดตามตรวจค่าความเข้มข้นเลือด เป็นประโยชน์อย่างมากที่จะช่วยให้ทีมผู้รักษาประเมินความเปลี่ยนแปลงในแนวโน้มของการมีเลือดออกมากได้ ซึ่งส่งผลให้สามารถให้เลือดทดแทนและทำการรักษาภาวะร่วมอื่นได้อย่างทันท่วงที

ระยะที่ 3 ระยะฟื้นตัว ในระยะฟื้นตัว โดยทั่วไปอาการจะดีขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังอาการช็อค หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง นอกจากสัญญาณชีพเริ่มคงที่และกลับสู่ปกติ pulse pressure กว้าง แล้ว ยังตรวจพบอาการดังต่อไปนี้ A: Appetite (ความอยากรับประทานอาหาร) B: Bradycardia (อัตราการเต้นหัวใจช้าลง) C: Confluent rash (ผื่นแดงร่วมกับมีวงกลมสีขาวกระจายตามขาแขน บางรายเป็นผื่นแดงคัน พบได้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วย DHF และ DF) และ D: Diuresis (ปัสสาวะออกมาก) โดยปกติพบได้ว่าผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีปริมาณเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้นเองเป็นปกติได้ภายใน 1 สัปดาห์ หากให้ผู้ป่วยกลับบ้านก่อน ควรแนะนำไม่ให้มีการกระทบกระแทก เช่น การงดยออกกำลังกาย ขี่จักรยาน เล่นผาดโผน หรือการทำหัตถการ เช่น การถอนฟัน ภายในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์^(7,8)

นอกจากการดูแลทางด้านร่างกายแล้ว การดูแลฟื้นฟูทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผ่านความยากลำบากในภาวะวิกฤต การฟื้นฟูจิตใจทั้งครอบครัวจะมีส่วนสำคัญให้ผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตนี้ไปได้ สำหรับครอบครัวของผู้ป่วยรายนี้ ในครั้งแรกที่พบกับบิดามารดา เป็นช่วงเวลาขณะที่ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดปริมาณมาก มองดูแดงฉานเต็มผ้าปูเตียง ทีมผู้รักษาจึงตัดสินใจให้ครอบครัวดูไปด้วยพร้อมๆกัน และแจ้งครอบครัวให้ทราบว่าเด็กอยู่ในภาวะวิกฤต โอกาสรอดชีวิตค่อนข้างจะน้อย บิดา-มารดาร้องไห้เสียใจอย่างมากแต่ก็มีสติขอให้ทีมงานช่วยลูกเต็มที่ให้ถึงที่สุดและทุกวิถีทาง เมื่อมีภาวะเลือดออกต่อเนื่องตลอดทั้งคืน ทีมผู้รักษาได้ยึบบีมเลือดให้ตลอดเวลาเพื่อให้ทันกับที่เลือดออกปริมาณมาก ได้ให้บิดา-มารดาเข้ามารับรู้ด้วยทุกขั้นตอน พร้อมทั้งอธิบายว่าเลือดที่มองเห็นกับที่ยังค้างในลำไส้อีกมากที่ยังไม่ออกมาให้เราเห็น เด็กยังไม่พ้นภาวะวิกฤต ยังต้องการเลือดอีกมาก ขอให้หาคนมาช่วยบริจาคเลือด บิดา-มารดาจึงติดต่อญาติและคนในชุมชนมาร่วมบริจาคเลือดจนเพียงพอกับความต้องการ ระหว่างนั้นก็อธิบายให้บิดา-มารดาทราบถึงพยากรณ์โรคว่าถ้าประคองอาการให้พ้นระยะช็อคภายใน 48 ชั่วโมง ได้ก็น่าจะมีการเลือดออกลดน้อยลง เมื่อผู้ป่วยรอดชีวิตแล้ว บิดา-มารดาอนุญาตให้เผยแพร่เรื่องราวซึ่งเรื่องราวที่เกิดขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ยังทำให้ทีมผู้รักษามีกำลังใจและภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความทุ่มเทอย่างเต็มใจและเต็ม

กำลังจนกระทั่งสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยกลับคืนมาได้

สรุป

การรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีปัญหาแทรกซ้อนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายๆ ส่วน ความรวดเร็ว ฉับไว และร่วมแรงร่วมใจอย่างแข็งขัน รวมทั้งความละเอียดรอบคอบ และการทบทวนการรักษาตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย โดยองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ประสบความสำเร็จ คือ

1. ความถูกต้องแม่นยำของการวินิจฉัย การติดตามสัญญาณชีพ การให้สารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือดอย่างทันเวลา

2. ความร่วมมือร่วมใจของทีมรักษาพยาบาลทุกระดับชั้น ทั้งแพทย์ พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ห้องคลังเลือด พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนงาน เจ้าหน้าที่เดินรับส่งเลือดให้กับผู้ป่วย ล้วนเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้การรักษาเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ฉับไว ซึ่งส่งผลให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้สำเร็จ

3. ตัวผู้ป่วยที่ยังสามารถรับรู้ได้ถึงความปลอดภัยเปลี่ยนแปลงในร่างกาย การแสดงออกด้วยความเหนื่อยเหมือนจะขาดใจและการร้องขอขอให้ช่วยเป็นดังเสียงเรียกร้องที่ทำให้ทีมรักษาพยาบาลต้องเข้ามาช่วยเหลือทุกวิถีทางอย่างใกล้ชิด สามารถประเมินอาการและการแสดงได้อย่างถูกต้อง และทันท่วงที

4.การมีปริมาณเลือดให้ใช้อย่างเพียงพอ ทั้งปริมาณเลือดสำรองที่ธนาคารเลือด รวมทั้ง การกระตุ้นญาติผู้ป่วยในการบริจาคเลือดเพื่อนำ มาใช้ในการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New edition 2009. Available from: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf>. access July 31, 2017.
2. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Comprehensive guidelines for prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever, revised and expanded edition. 2011. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204894/1/B4751.pdf> access July 31, 2017.
3. สำนักกระบาดวิทยา. ไข้เลือดออก. สืบค้นจาก www.thaivbd.org/n/dengues/download/1 g-เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2561
4. Grande AJ, Reid H, Thomas E, et al. Tourniquet Test for dengue diagnosis: systematic review and meta-analysis

of diagnostic test accuracy. PLoS Negl Trop Dis. 2016;10(8):e0004888.

5. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. คู่มือวิชาการ โรคติดต่อเฉียบพลันและโรคไข้เลือดออกเดงกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2558.
6. Potts JA, Gibbons RV, Rothman AL, et al. Prediction of dengue disease severity among pediatric Thai patients using early clinical laboratory indicators. PLoS Negl Trop Dis. 2010;4(8):e769.
7. ศิริเพ็ญ กัลป์ยาณรุจ, มุกดา หวังวีรวงศ์, จารุณี วัชรเสวี, บรรณาธิการ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรชามหาราชินี. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2556.
8. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมวิชาชีพ. แนวทางการวินิจฉัยและการรักษาไข้เดงกีและไข้เลือดออกเดงกีในผู้ใหญ่ ปี พ.ศ. 2556. สืบค้นจาก: <http://www.rcpt.org/index.php/2012-10-03-16-53-39/category/6-2013-02-02-09-02-52.html?download=109%3Adengue-guideline-rcpt-2013>. เข้าถึงเมื่อ 31 กรกฎาคม 2560.

Difficulties in Treating Severe Dengue Hemorrhagic Fever in Children

Puengnetr Saritniran* Chareeya Thanee* Prapaporn Srichaiban* Wanpen Kensakoo**

Abstract

Dengue hemorrhagic fever (DHF) is the most significant disease with various clinical manifestation and severity in children. The critical severities can make patients die from prolonged shock and complications, such as massive hemorrhage, hepatic failure, or encephalopathy that need rapid management. With accurate and precise knowledge, careful attention and monitoring, and the cooperation of the team at all levels consistent, the treatment of patients will be successful without serious complications.

Keywords : dengue hemorrhagic fever, dengue fever, children

* Pediatrician. Department of Pediatric, Sanpasitthiprasong Hospital, UbonRatchathani.

บันทึก

[illegible]