

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	IX
นิพนธ์ต้นฉบับ	
การศึกษาลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดดำสมองอุดตัน ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กษิตทัช ตลประสิทธิ์, อาคม อารยาวิชานนท์	1
ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชร่วมกับโรคทางกาย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วิวัฒน์ สารพัฒน์	15
การปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พิชญดา ดาทวี่, ปัทมานันท์ ภูปา, ทศนียา ไกรสรสวัสดิ์, รัชนิพร แสงวงศ์, ปติตตา สิมานุรักษ์, สุเพียร โภคทิพย์	31
บทความพินิจวิชา	
การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปรีดา อารยาวิชานนท์	43
บทความพิเศษ	
การช่วยเหลือครอบครัวผู้เสียชีวิตสมองตายและบริจาคอวัยวะ พิงเนตร สฤณรัตน์รันตร์	59

CONTENT

EDITOR'S NOTE	IX
ORIGINAL ARTICLE	
Clinical Manifestation and Predisposing Factors in Cerebral Venous Sinus Thrombosis: A 3-years Retrospective Study at Sanpasitthiprasong Hospital	1
Kasittach Dolprasit, Arkhom Arayawichanont	
Characteristics of Psychiatric Comorbidity in Inpatient at Sanpasitthiprasong hospital	15
Wiwat Sarapat	
The Study of CPR Guideline 2010 Adopted by Staff at the Intensive Care Unit of Sanpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani	31
Phitchayada Datawee, Pattamanan Phupa, Tassaniya Kraisornsawat, Rachaneeporn Sangwong, Pathidta Simanukrak, Supian Pokathip	
REFRESHER ARTICLE	
Rehabilitation of Stroke Patient	43
Preeda Arayawichanont	
SPECIAL ARTICLE	
Organ Donation of Patients with Brain Death and Caring for Donors' Families	59
Puengnetr Saritniran	



สภรพสิทธิเวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

ปีที่ 37 ฉบับที่ 1-3 เดือนมกราคม - ธันวาคม 2559 Vol. 37 No.1-3 January - December 2016

บรรณาธิการแถลง

สำหรับสภรพสิทธิเวชสารฉบับรวมเล่ม ปี 2559 นี้ มีงานวิจัยต้นฉบับ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การศึกษา
ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดดำสมองอุดตันในโรงพยาบาลสภรพสิทธิประสงค์ จังหวัด
อุบลราชธานี 2) ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชร่วมกับโรคทางกายที่เข้ารับบริการใน
โรงพยาบาลสภรพสิทธิประสงค์ ระหว่างปี พ.ศ.2556-2558 และ 3) การศึกษาการปฏิบัติตาม CPR Guideline
2010 ของบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสภรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี นอกจากนั้นยังมีบทความ
วิชาการเรื่องการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และบทความพิเศษเรื่องการช่วยเหลือครอบครัวผู้เสียชีวิต
สมองตายและบริจาคอวัยวะ ซึ่งคิดว่าน่าจะก่อประโยชน์แก่ผู้อ่านได้ไม่มากนักน้อย แล้วพบกันใหม่ในฉบับ
หน้าครับ

บรรณาธิการ

การศึกษาลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดดำสมองอุดตัน ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

กษิตพัช ติลประสิทธิ์ อาคม อารยาวิชานนท์

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อศึกษาอาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงของโรค ผลทางห้องปฏิบัติการทางคลินิกและผลตำแหน่งหลอดเลือดดำสมองอุดตัน การรักษาและผลการรักษา และการติดตามการรักษา 6 เดือน โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคหลอดเลือดดำสมองอุดตันจากผลเอกเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือเอกเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าโดยรังสีแพทย์ ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2555 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ.2557 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา 48 คน เป็นชาย 22 คน หญิง 26 คน อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาคือ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง ชัก และไม่รู้สติ ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางคลินิกกับโรค คือ อุบัติเหตุทางศีรษะ และ mastoiditis/otitis media ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่สำคัญพบ D-dimer สูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 91.6 ค่า ESR สูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 87.5 ภาวะ leukocytosis ร้อยละ 60 ภาวะพร่องโปรตีนซี ร้อยละ 5 และภาวะพร่องโปรตีนเอส ร้อยละ 5 ส่วนสาเหตุของการเกิดโรคนั้นพบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดกิน และอุบัติเหตุที่ศีรษะ ด้านตำแหน่งหลอดเลือดดำอุดตันที่พบมากที่สุดคือ superior sagittal sinus, transverse sinus, cortical vein, และ sigmoid sinus ตามลำดับ หลังให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดพบว่าอาการดีขึ้นเกือบทั้งหมด โดยมีผู้เสียชีวิต 1 ราย เมื่อติดตามหลังให้การรักษา 6 เดือน พบว่าอาการปกติ ร้อยละ 66.67 มีอาการอ่อนแรงหลงเหลือ ร้อยละ 12.5 ปวดศีรษะ ร้อยละ 16.67 ชัก ร้อยละ 2.08 และกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 2.08 โดยสรุปแล้ว ภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันพบมากในเพศหญิง วัยกลางคน และมีอาการทางคลินิกได้หลายอย่าง โดยมีอาการปวดศีรษะ อ่อนแรง และชัก เป็นอาการเด่น ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโรคที่สำคัญ คือ อุบัติเหตุทางสมองและหูชั้นกลางอักเสบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี เมื่อสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสม

คำสำคัญ ภาวะหลอดเลือดดำสมองอุดตัน อาการและอาการแสดง ผลทางห้องปฏิบัติการ การรักษาโรค การติดตามผลการรักษาโรค

บทนำ

ภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน (cerebral venous sinus thrombosis) คือ ภาวะที่โพรงหลอดเลือดดำของสมองหรือโพรงเลือดดำเกิดการอุดตันจากลิ่มเลือด ทำให้การไหลเวียนโลหิตเป็นไปไม่ได้ ซึ่งเป็นภาวะที่พบไม่บ่อย อัตราการเกิดโรคในประเทศตะวันตกพบได้ 3-4 คน ในประชากร 1 ล้านคนต่อปี⁽¹⁾ สำหรับประชากรในเอเชียโดยทั่วไปพบ 5-8 คน ในประชากร 1 ล้านคนต่อปี โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย⁽²⁾ สำหรับข้อมูลในประเทศไทยพบว่าการศึกษาข้อมูลของโรคนี้นี้ยังมีจำนวนน้อยและยังไม่มีรายงานอัตราความชุกของโรคนี้

พยาธิสรีรวิทยาเกิดจากเมื่อมีการอุดตันของโพรงหลอดเลือดดำสมองทำให้เกิดการเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดดำเล็กและหลอดเลือดฝอย เมื่อแรงดันเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ จะไปลด cerebral perfusion ทำให้เกิดสมองบวม หลอดเลือดดำเล็กและหลอดเลือดฝอยแตก ทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทตามมา⁽²⁾

อาการแสดงของโรคสามารถพบได้หลายอย่าง เช่น อาการปวดศีรษะ ชีบ ชัก แขนขาอ่อนแรง จึงทำให้วินิจฉัยได้ค่อนข้างยาก ปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วมที่สำคัญ คือ การใช้ยาคุมกำเนิดของสตรี ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การตั้งครรภ์ เป็นต้น⁽²⁾ ส่วนสาเหตุของโรคนั้นมีได้หลายสาเหตุ ได้แก่ 1) กลุ่มพันธุกรรมการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (genetic prothrombotic conditions) เช่น ภาวะ protein C, S deficiency

2) กลุ่มโรคที่เป็นภายหลัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดอักเสบ เช่น โรคเอสแอลอี 3) Crohn's disease 4) ความผิดปกติการแข็งตัวของเลือด (antiphospholipid syndrome) 5) nephrotic syndrome 6) ภาวะตั้งครรภ์ 7) โรคเลือด เช่น เม็ดเลือดแดงสูงผิดปกติ (polycythemia) ภาวะเกล็ดเลือดสูงผิดปกติ (thrombocytosis) มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) 8) ยา เช่น ยาคุมกำเนิด 9) อุบัติเหตุทางสมอง 10) ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดสมอง เป็นต้น⁽³⁻⁵⁾ การวินิจฉัยโรคทำได้จากการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ร่วมกับการฉีดสารทึบแสงหรือทำเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง⁽⁶⁾ ความสำคัญของการรักษาอยู่ที่การวินิจฉัยโรคนี้ได้อย่างถูกต้องและการได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อลดอัตราการตายและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน⁽⁷⁾

สำหรับข้อมูลในประเทศไทยพบว่าการศึกษาข้อมูลของโรคนี้นี้ยังมีจำนวนน้อย และยังไม่เคยมีการศึกษาถึงอัตราความชุกหรืออัตราเกิดโรคที่ชัดเจน การเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลใหญ่ 8 แห่งในประเทศไทยในเวลา 12 ปี พบเพียง 200 รายเท่านั้น⁽⁸⁾ โดยภาวะนี้พบบ่อยในผู้ป่วยผู้ใหญ่ช่วงอายุ 30-40 ปี ในเด็กก็พบได้แต่พบได้น้อยกว่าผู้ใหญ่มาก โรคนี้นี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สาเหตุที่พบบ่อยมักเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ และการใช้ยาคุมกำเนิด⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงภาวะโรคนี้นี้ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาอาการทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง ผลทางห้องปฏิบัติการ

ตำแหน่งหลอดเลือดดำสมองอุดตัน การติดตามผลรักษาและภาวะแทรกซ้อนของโรค ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและลงรหัส ICD 10 เป็น G08 = Intracranial and intraspinal phlebitis and thrombophlebitis โดยมีเกณฑ์คัดเข้าศึกษา คือ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี 2) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ระหว่าง 1 ม.ค 2555 ถึง 30 ธ.ค 2557 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหลอดเลือดดำสมองอุดตัน โดยได้รับการยืนยันจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซึ่งอ่านผลโดยแพทย์รังสี ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือ เวชระเบียนหรือข้อมูลผู้ป่วยสูญหาย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS vers.17.0 ใช้สถิติ relative risk, 95%CI, p-value โดยงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ก่อนทำการศึกษา

ผลการศึกษา

จากข้อมูลเวชระเบียนในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นหลอดเลือดสมองดำอุดตันตามรหัส ICD 10 (G08)

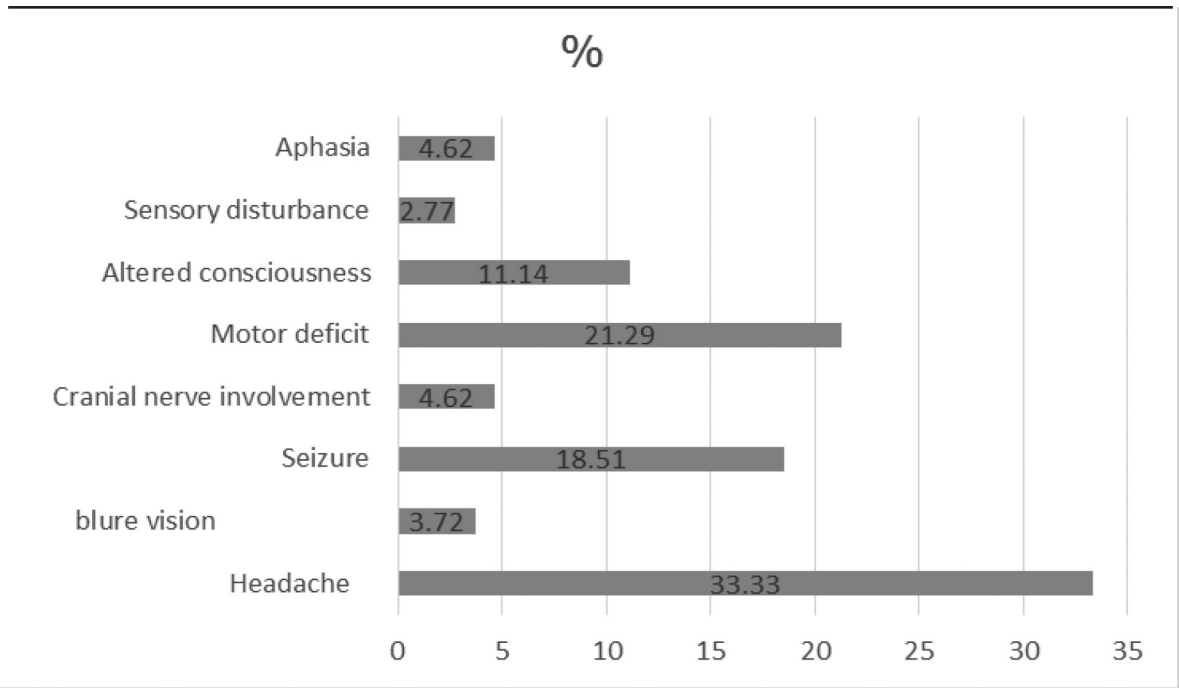
ในช่วงเวลา 3 ปี ระหว่าง 1 ม.ค 2555 ถึง 31 ธ.ค 2557 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบมีจำนวน 110 คน มีเวชระเบียนสูญหาย 2 คน และลงการวินิจฉัยผิด 2 คน รวมจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่วิจัยการศึกษา 106 คน ซึ่งการยืนยันด้วยผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง/เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง จำแนกผู้ป่วยได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกได้รับการยืนยันด้วยผลเอกซเรย์ ทั้งหมด 48 คน และกลุ่มที่สองได้รับการวินิจฉัยหลอดเลือดสมองอุดตันแต่จากผลเอกซเรย์พบเป็นโรคอื่น จำนวน 58 คน

ผู้ป่วยจำนวน 48 คน ซึ่งมีผลเอกซเรย์แสดงถึงภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันอย่างชัดเจน พบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ตารางที่ 1) โดยจำแนกได้เป็นเพศชาย 22 คน (ร้อยละ 45.8) เพศหญิง 26 คน (ร้อยละ 54.16) และพบผู้ป่วยในช่วงอายุ 41-60 ปี มากที่สุด คือ 23 คน (ร้อยละ 47.91) รองลงมา คือ ช่วงอายุ 21-40 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 39.57) ส่วนกลุ่มอายุ 15-20 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี พบได้เท่าๆ กันที่กลุ่มละ 3 คน (ร้อยละ 6.24) อาการสำคัญที่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา (แผนภาพที่ 1) มากที่สุด คือ อาการปวดศีรษะ 36 ราย (ร้อยละ 33.33) แขนขาอ่อนแรง 23 ราย (ร้อยละ 21.29) ชัก 20 ราย (ร้อยละ 18.5) ไม่รู้สึกตัว 12 ราย (ร้อยละ 11.14)

ตารางที่ 1 ข้อมูลเพศและอายุของผู้ป่วยโรคโพรงหลอดเลือดดำอุดตัน

อายุ/เพศ	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
	จำนวน (คน/ร้อยละ)	จำนวน (คน/ร้อยละ)	จำนวน (คน/ร้อยละ)
อายุ 15-20 ปี	2 (4.16)	1 (2.08)	3 (6.24)
อายุ 21-40 ปี	5 (10.41)	14 (29.16)	19 (39.57)
อายุ 41-60 ปี	13 (27.08)	10 (20.83)	23 (47.91)
อายุมากกว่า 61 ปี	2 (4.16)	1 (2.08)	3 (6.24)
รวม	22 (45.84)	26 (54.16)	48 (100)

แผนภูมิที่ 1 ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโพรงหลอดเลือดดำสมองอุดตัน



ด้านปัจจัยเสี่ยงทางคลินิกกับโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (ตารางที่ 2) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.0001$) ได้แก่ ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ (head trauma) มีค่า $\text{relative risk} = 2.34$, 95% $\text{CI} = 1.872\text{-}2.94$ และภาวะ mastoiditis หรือการติดเชื้อในหูชั้นกลาง (otitis media) มีค่า

$\text{relative risk} = 2.234$, 95% $\text{CI} = 1.80\text{-}2.76$ โดยปัจจัยอื่น คือ ภาวะความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การใช้ยาคุมกำเนิดชนิดกิน ประวัติลิ้มเลือดอุดตัน (thrombosis) โรคกระเพาะ และ การตั้งครรภ์หรือช่วงหลังคลอด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรคหลอดเลือดดำสมองอุดตัน

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดดำสมองอุดตัน

Risk factors	Relative risk	95% CI	p-value
Hypertension	0.91	0.450-1.842	0.795
Smoking	1.51	0.959-2.395	0.074
Oral contraceptive pill	1.13	0.700-1.838	0.606
History of thrombosis	0.3	0.048-1.869	0.197
Diabetes mellitus	1.43	0.877-2.333	0.151
Head trauma	2.34	1.872-2.945	< 0.0001
Cancer	0.73	0.145-3.669	0.703
Mastoiditis or Otitis media	2.23	1.806-2.762	< 0.0001
Pregnancy or Post partum	0.54	0.049-6.080	0.622

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 3) ที่สำคัญ พบว่ามีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 91.6 มีค่า D-dimer สูงกว่าค่าปกติ (median±SD = 2.3±2.08) ค่า ESR สูงกว่าปกติ จำนวน ร้อยละ 87.5 (36.85±32.05) มีภาวะ leukocytosis ร้อยละ 60 (10252±3907) pro-long PTT ร้อยละ 22.5 (25±5.85) hyperho-

mocysteinemia ร้อยละ 20 (13.2±5.9) และ lupus anticoagulant ร้อยละ 14.2 (33.75±9.61) ส่วนภาวะพร่องโปรตีนซีและภาวะพร่องโปรตีน เอสพบเพียงอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 5) เท่านั้น นอกจากนั้นยังตรวจไม่พบภาวะ thrombocytosis ในผู้ป่วยรายใด และไม่พบความผิดปกติของ fac-tor V leiden, anticardiolipin, antithrombin III

ตารางที่ 3 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและความผิดปกติ

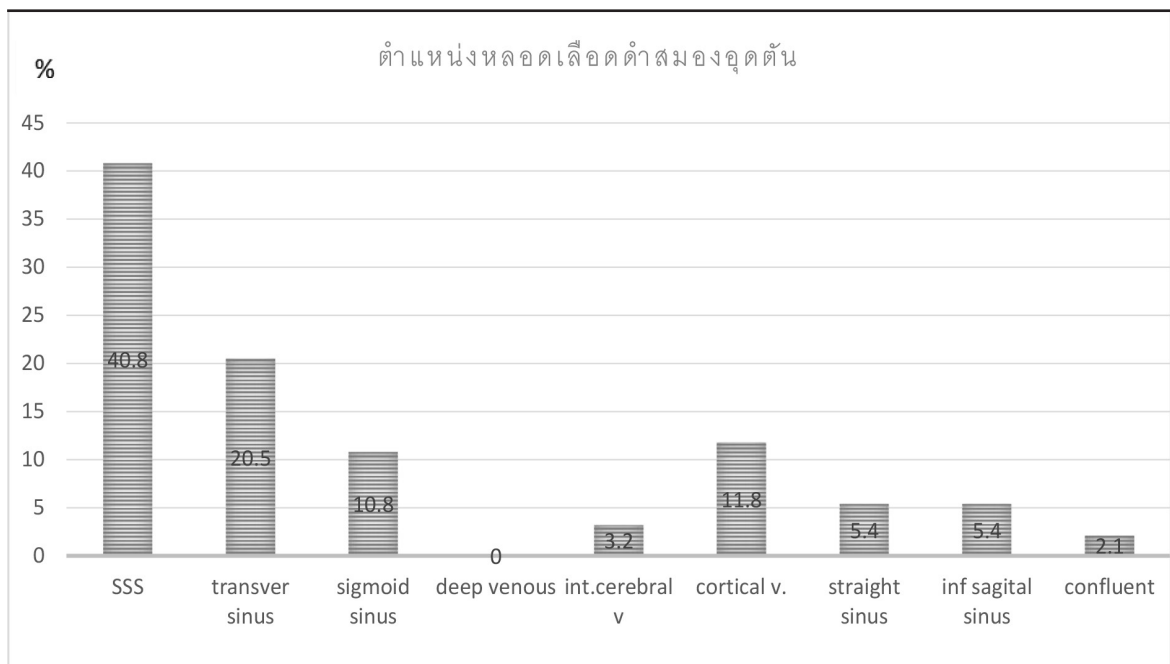
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Abnormal value		Normal value	Median±SD
	ราย	ร้อยละ		
d-dimer (n=12)	11	91.6	0.00-0.29mg/L	2.3±2.08
ESR (n=8)	7	87.5	0-20	36.85±32.05
Leukocytosis (n=30)	18	60	/mm ³	10252±3907
thrombocytosis (n=29)	0	0	/mm ³	257652±102886
PT (n=40)	4	10	10-14 sec	12.75±2.24
PTT (n=40)	9	22.5	23-33 sec	25±5.85
protein (n=20)	1	5	70-140%	95.62±32.82
protein (n=20)	1	5	55-130%	69.09±31.24
ANA (n=17)	0	0	negative	
antitrombin III (n=8)	0	0	75-125%	86.64±25.18
Lupus anticoagulant (screen) (n=14)	2	14.2	32.2-48.6	33.75±9.61
factor 5 Leiden (n=7)	0	0	negative	
homocysteinuria (n=5)	1	20	5.0-15.0	13.2±5.9
anticardiolipinIgM (n=17)	0	0	<2 PL-IgM-U/ml	
anticardiolipinIgG (n=17)	0	0	<2 PL-IgG-U/ml	
b2 microglobulin (n=5)	0	0	0-20	

สาเหตุของการเกิดโรคนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ 31 ราย (ร้อยละ 64.58) ผลข้างเคียงจากการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดกิน 5 ราย (ร้อยละ 10.41) อุบัติเหตุที่ศีรษะ 5 ราย (ร้อยละ 10.41) ภาวะ antiphospholipid syndrome 2 ราย (ร้อยละ 4.16) ภาวะโรค otitis media and mastoiditis 2 ราย (ร้อยละ 4.17) ภาวะ hyperhomocysteinemia 1 ราย (ร้อยละ 2.09) ภาวะพร่อง protein C 1 ราย (ร้อยละ 2.09) และ ภาวะ

พร่อง protein S 1 ราย (ร้อยละ 2.09)

สำหรับตำแหน่งหลอดเลือดดำที่อุดตัน (แผนภาพที่ 2) พบว่า ตำแหน่งที่เส้นเลือดดำอุดตันมากที่สุด คือ superior sagittal sinus (SSS) 38 ราย ซึ่งมากถึงร้อยละ 40.8 ของผู้ป่วยทั้งหมด ตำแหน่งที่พบรองลงไป ได้แก่ transverse sinus 19 ราย (ร้อยละ 20.5), cortical vein 11 ราย (ร้อยละ 11.8), และ sigmoid sinus 10 ราย (ร้อยละ 10.8) ส่วนตำแหน่งอื่นๆ พบได้น้อยกว่ามาก

แผนภาพที่ 2 ตำแหน่งที่หลอดเลือดดำสมองอุดตัน



ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยใช้ warfarin อย่างเดียว 33 ราย (ร้อยละ 68.75) และมีการให้ low molecular weight heparin (LMWH) ตามด้วย warfarin จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 31.25) โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดได้รับยา aspirin หรือ heparin สำหรับยาที่ใช้ร่วมในการรักษาอาการชัก พบว่าได้รับยา dilantin 12 ราย (ร้อยละ 57.14) ยา sodium valproate 4 ราย (ร้อยละ 19.05) ยา dilantin+sodium valproate 4 ราย (ร้อยละ 19.05) และยา levetiracetam 1 ราย (ร้อยละ 4.1) โดยมีระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 12.62 วัน (ตารางที่ 4)

หลังให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดพบว่าเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดของผู้ป่วย (ร้อยละ 97.9) มีอาการดีขึ้น โดยมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังให้การรักษาเพียง 1 ราย

เมื่อติดตามผู้ป่วยหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (32 ราย) หายเป็นปกติ ส่วนผู้ป่วยที่เหลือยังมีอาการอ่อนแรงหลงเหลือจำนวน 6 ราย มีอาการปวดศีรษะ 8 ราย ยังมีอาการชัก 1 ราย และพบมีผู้ป่วย 1 ราย ที่กลับมาเป็นซ้ำ

วิจารณ์

ภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วนหญิงต่อชาย 1.2 : 1 พบผู้ป่วยในช่วงอายุ 41 ถึง 60 ปีมากที่สุด

(ร้อยละ 47.9) โดยมีอายุเฉลี่ยเป็น 40.9 ± 15.43 ปี ซึ่งข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยใกล้เคียงกับรายงานในต่างประเทศ เช่น จาก รายงานของ Terazzie และคณะ จากประเทศอิตาลี(10) ซึ่งพบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 3.8 : 1 และมีอายุเฉลี่ย 44.8 ± 14.3 ปี จากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 48 ราย ส่วนรายงานในประเทศ เช่น กุสุมา และคณะ ทำการศึกษาใน รพ.สุรินทร์⁽¹¹⁾ พบผู้ป่วยอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเป็น 1 : 1 และอายุเฉลี่ย 28.75 ปี แต่ก็มีจำนวนผู้ป่วยเพียง 8 ราย ส่วนรายงานของ ปิยะนันท์ และคณะ⁽⁸⁾ โรงพยาบาลสกลนคร จำนวนผู้ป่วย 14 ราย พบเป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92.8) รายงานในประเทศและต่างประเทศ มีความต่างกันเนื่องจากประชากรที่นำมาศึกษาในประเทศไทยนั้นมีจำนวนน้อย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำสมองอุดตันมาด้วยอาการและอาการแสดงได้หลายอย่าง โดยอาการส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา คือ อาการปวดศีรษะ อาการอ่อนแรงของแขนขา และอาการชัก ตามลำดับ ซึ่งคล้ายกับหลายการศึกษา เช่น รายงานของ Ferro และคณะ⁽⁹⁾ ได้รวบรวมข้อมูลจากหลายประเทศพบผู้ป่วยส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดศีรษะ ร้อยละ 89 รองลงมา คือ แขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 37 และอาการชัก ร้อยละ 30 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของการศึกษานี้

ปัจจัยเสี่ยงและโรคร่วมที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางคลินิกกับโรคโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ยาที่ใช้ในการรักษา ผลการรักษา และการติดตามการรักษาที่ 6 เดือน

ยาที่ใช้ในการรักษา		จำนวน	
		คน	ร้อยละ
ยาป้องกันหลอดเลือดดำอุดตัน	LMWH/Warfarin	15	31.25
	Warfarin	33	68.75
	Aspirin	0	0
ยารักษาร่วม	Dilantin/sodium valproate	4	19.05
	Dilantin/sodium valproate	12	57.14
	Sodium valproate	4	19.05
	Levetiracetam	1	4.76
ผลการรักษา			
การติดตามหลังการให้ยารักษา	improvement	47	97.91
	death	1	2.09
ผลการรักษาหลังติดตาม 6 เดือน (อาการหลงเหลือ)	motor weakness	6	12.5
	headeche	8	16.67
	seizure	1	2.08
	recurrent CVST	1	2.08
	normal	32	66.67

คือ ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ และภาวะ mastoiditis หรือการติดเชื้อในหูชั้นกลาง โดยไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับยาเม็ดคุมกำเนิดกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแตกต่างจากรายงานอื่นๆ เช่น รายงานในประเทศไทยของ Pongvarin และคณะ⁽¹²⁾ ซึ่งพบการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 22.9 ส่วนรายงานในต่างประเทศ Azin and Ashjazadeh⁽²⁾ ศึกษาผู้ป่วย 61 คน ในประเทศอิหร่าน พบการใช้ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 62.2 การสูบบุหรี่ ร้อยละ 11.5 ภาวะ mastoiditis ร้อยละ 6.6 อุบัติเหตุที่ศีรษะ ร้อยละ 3.3 และภาวะ otitis media ร้อยละ 3.3 โดยแตกต่างจากรายงานอื่นๆ เนื่องจากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนจากการซักประวัติแรกรับในกลุ่มผู้ป่วยที่ให้ประวัติไม่ได้

สาเหตุในการเกิดโรคในรายงานนี้พบว่ามีส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ สาเหตุจากการขาดโปรตีนซีและโปรตีนเอสเพียงแค่อายละ 1 ราย (ร้อยละ 2.09) โดยเมื่อเทียบค่าเฉลี่ยกับรายงานของ พาวูฒิและคณะ⁽⁵⁾ ในการศึกษาภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันเนื่องจากภาวะพร่องโปรตีนซีหรือโปรตีนเอสในผู้ป่วย 6 ราย พบระดับโปรตีนซีเฉลี่ยอยู่ที่ 29.69% activity และระดับโปรตีนเอส 10.5% activity ซึ่งผลใกล้เคียงกับรายงานนี้ที่พบระดับโปรตีนซี 30% activity และระดับโปรตีนเอส 15% activity โดยค่าเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยที่ตรวจทั้งหมด (median±SD) ของระดับ

โปรตีนซี = 95.62 ± 32.82 และระดับโปรตีนเอส = 69.06 ± 31.84

สำหรับตำแหน่งเส้นเลือดที่อุดตันมากที่สุดคือ superior sagittal sinus พบถึง ร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ transverse sinus ร้อยละ 20.5 cortical vein ร้อยละ 11.8 และ sigmoid sinus ร้อยละ 10.8 เมื่อเทียบกับรายงานอื่น เช่น รายงานของ ปิยะนันท์ และคณะ⁽⁸⁾ พบ superior sagittal sinus มากที่สุดเช่นกัน คือ ร้อยละ 85.7 รองลงมาคือ transverse sinus ร้อยละ 50 และ straight sinus ร้อยละ 28.6 ตามลำดับ

การรักษาผู้ป่วยโรคโพรงสมองหลอดเลือดดำสมองอุดตันในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นั้น ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด warfarin มีผู้ป่วย 15 รายได้รับ LMWH ก่อนให้ warfarin หลังการให้การรักษาในระยะแรกพบว่าอาการดีขึ้น 47 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย และมีผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ 1 ราย ซึ่งใกล้เคียงจากการศึกษาของ Ferro และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งศึกษาผู้ป่วยหลายประเทศจำนวน 624 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตหลังให้การรักษา ร้อยละ 3.4 และกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 2.2 หลังจากติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่กลับเป็นปกติ 32 ราย (ร้อยละ 66.67) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ กุสุมา และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบอาการปกติหลังให้การรักษา 6 เดือน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 62.5) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาเป็นอย่างดี

สรุป

ภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันพบมากในเพศหญิง วัยกลางคน และมีอาการทางคลินิกได้หลายอย่าง โดยมีอาการปวดศีรษะเป็นอาการเด่น ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโรคที่สำคัญ คือ อุบัติเหตุทางสมองและหูชั้นกลางอักเสบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี เมื่อสามารถให้การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสม

จากข้อมูลของงานวิจัยนี้ทำให้ทราบอาการและอาการแสดงโรคโพรงหลอดเลือดดำสมองอุดตัน ปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์ในการเกิดโรคร่วม และผลการรักษาโรค ซึ่งข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยและรักษาโรคต่อไป อีกทั้งสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นประโยชน์เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษาในโอกาสต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ameri A, Bousser MG. Cerebral venous thrombosis. *NeurolClin* 1992;10:87-111.
2. Azin H, Ashjazadeh N. Cerebral venous sinus thrombosis--clinical features, predisposing and prognostic factors. *ActaNeurol Taiwan* 2008;17:82-7.
3. Allroggen H, Abbott RJ. Cerebral venous sinus thrombosis. *Postgraduate Med J* 2000;76:12-15.
4. Stam J. Thrombosis of the cerebral

veins and sinuses. *N Engl J Med* 2005;352:1791-8.

5. พาวุฒิ เมฆวิชัย และคณะ.ภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันเนื่องจากภาวะพร่องโปรตีนซีหรือโปรตีนเอส. *เวชสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสีมา* 2011;34:193-99.
6. Linn J, Michl S, Katja B, et al. Cortical vein thrombosis: the diagnostic value of different imaging modalities. *Neuroradiology*2010;52:899-911.
7. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42:1158-92.
8. ปิยนันท์ อภิวันทนกุล และคณะ. การวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันโดยใช้ภาพทางรังสีวิทยา. *เวชสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2013;34:68-79.
9. Ferro JM, Canhao P, Stam J, et al. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). *Stroke* 2004;35:664-70.
10. Terazzi E, Mittino D, Rudà R, et al.

- Cerebral venous thrombosis: a retrospective multicentre study of 48 patients. *NeurolSci* 2005;25:311-5.
11. กุสุมา สามารถ. ภาวะหลอดเลือดดำในสมองอุดตันในผู้ป่วยโรงพยาบาลสุรินทร์. เวชสาร การแพทย์โรงพยาบาลสุรินทร์ 2009;3:66-72.
12. Pongvarin N, Prayoonwiwat N, Ratanakorn D, et al. Thai Venous Stroke Prognostic Score. *J Med Assoc Thai* 2009;92:1413-22.

Clinical Manifestation and Predisposing Factors in Cerebral Venous Sinus Thrombosis: A 3-years Retrospective Study at Sanpasitthiprasong Hospital

Kasittach Dolprasit Arkhom Arayawichanont**

Abstract

The purpose was to study the symptoms, risk factors and clinical laboratory results and the sites of cerebral venous thrombosis, treatment and outcomes, and 6-month follow-up. The retrospective study was conducted by reviewing medical records of patients with confirmed cerebral venous thrombosis by radiologists' interpretations of computed tomography of brain or magnetic resonance of brain. These patients aged over 15 years were admitted to Sanpasitthiprasong hospital, Ubon Ratchathani from January 1, 2012 to December 31, 2014. There were 48 eligible patients, 22 men and 26 women. The main symptoms were headache, weakness, seizure and alteration of consciousness. The risk factors associated with the disease were head trauma and mastoiditis/otitis media. Significant laboratory findings of D-dimer were higher than normal, 91.6%, ESR more than 87.5%. The prevalence of leukocytosis was 60%, protein C deficiency was 5% and protein S deficiency was 5%. The causes of the disease were mostly unknown, oral contraceptives, and head trauma. The most common venous thrombosis occurred at superior sagittal sinus, transverse sinus, cortical vein, and sigmoid sinus, respectively. After treatment of thrombolytic drugs, most patients were improved, only one died. At follow-up after 6 months of treatment revealed that the patients were normal (66.67%), weakness (12.5%), headache (16.67%), seizure (2.08%) and relapsed (2.08%). Cerebral vein thrombosis is more common in females, middle-aged and characterized by many symptoms. The headache, weakness and seizures are dominant. Risk factors associated with major morbidities were head trauma and middle ear infections. Most patients respond well to treatment, once diagnosed properly and treated appropriately.

Keywords : cerebral venous sinus thrombosis, clinical manifestation, risk factor, laboratory investigation, treatment, outcome

* Department of Medicine, Sanpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวชร่วมกับโรคทางกาย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วิวัฒน์ สารพัฒน์*

บทคัดย่อ

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและมีโรคร่วมทางกายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระหว่าง 1 มกราคม 2556 ถึง 30 ธันวาคม 2558 และได้รับการวินิจฉัยในใบสรุปการจำหน่ายด้วยรหัส F ตาม ICD-10 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชอยู่ทั้งหมด 2,202 คน และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 3,409 ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 1.49 ของจำนวนรายผู้ป่วยในทั้งหมด ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.26) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี (ร้อยละ 71.53) ความชุกของโรคที่พบบ่อยสามอันดับแรก คือ โรคในกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29) กลุ่ม Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10-F19) และกลุ่ม Neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40-F48) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.74 ± 7.04 วัน อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำในช่วงเวลาที่ศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 13.41 และพบมากที่สุดในกลุ่ม F20-F29 สำหรับผู้ป่วยในที่ถูกส่งมาปรึกษาที่แผนกจิตเวชมีทั้งสิ้น 2,253 ราย แต่มีบันทึกการวินิจฉัยโรคจิตเวชในใบสรุปจำหน่ายเพียง 571 ราย โดยแผนกที่ส่งมาขอรับการปรึกษามากที่สุด คือ แผนกอายุรกรรม โดยผู้ป่วยที่ส่งมารับการปรึกษามากที่สุดคือ กลุ่ม Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders ในภาพรวมแล้วผู้ป่วยกลุ่ม Schizophrenia, Schizotypal and Delusional Disorders เป็นกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยที่สุด ทั้งจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและจากบันทึกของแผนกจิตเวชเอง แต่ข้อมูลทั้งสองแหล่งก็มีความแตกต่างกันมาก ซึ่งอาจเกิดจากความไม่ครบถ้วนของการสรุปเวชระเบียนและ/หรือการลงบันทึกในฐานข้อมูลโรงพยาบาล

คำสำคัญ : โรคจิตเวช ภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

* จิตแพทย์ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

WHO ได้รายงานว่าในปี พ.ศ. 2552⁽¹⁾ มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ประมาณ 450 ล้านทั่วโลก โดยทุก 1 ใน 4 คนจะมีอาการทางจิตอย่างน้อยหนึ่งอย่าง พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง ไม่ว่าจะร้ายหรือยากจน ทั้งเขตเมืองและชนบท ซึ่ง WHO คาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต สำหรับรายงานผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยจากรายงาน สจ.ร.ง.2011 กองแผนงานกรมสุขภาพจิต ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในทุกรัฐบาลของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยในรวมทุกรัฐบาลของกรมสุขภาพจิต จากปี พ.ศ. 2546 ถึงปี พ.ศ. 2557 มีปริมาณลดลงจาก 100,142 คน เหลือ 85,669 คน^(2,3) ซึ่งจำนวนที่ลดลงเป็นไปตามนโยบายลดจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (deinstitutionalization) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เพื่อให้ชุมชน โรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ช่วยดูแลตามหลักการบริการสุขภาพจิตชุมชน⁽⁴⁾ ทำให้มีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปมากขึ้น เช่นเดียวกับในต่างประเทศ เช่น อเมริกา ออสเตรเลีย เยอรมัน งานวิจัยหลายฉบับชี้ว่ามีการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปมากขึ้นเช่นกัน⁽⁵⁻⁸⁾ โดยพบได้ว่าการชุกของผู้ป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยในที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ที่ร้อยละ 30-64⁽⁹⁻¹²⁾ ซึ่งโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยใน คือ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล⁽¹³⁾ ขณะเดียวกันยังพบว่าผู้ป่วยโรคทางกายที่มีโรคทางจิตเวชร่วมที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมจะเพิ่มโอกาสตายสูงขึ้นได้^(14,15)

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีโรคร่วมทางกายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปยังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและมีโรคร่วมทางกายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 1,100 เตียง ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในจังหวัดอุบลราชธานีและรับส่งต่อจาก 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเข้ารับบริการและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่าง วันที่ 1 มกราคม 2556 ถึง 30 ธันวาคม 2558 โดยดึงข้อมูลผู้ป่วยในทั้งหมดที่มีการวินิจฉัยในใบสรุปการจำหน่าย (รายงาน 501) ตาม ICD-10 ขึ้นต้นด้วยรหัส F ทั้งที่เป็นการวินิจฉัยหลัก (principal disease) ภาวะโรคร่วม (comorbidity) ภาวะแทรกซ้อน (complication) หรือการวินิจฉัยอื่นๆ (other diagnosis) เพื่อศึกษา ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา สิทธิการรักษา ภูมิลาเนา 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรคจิตเวชตาม ICD-10 การวินิจฉัยโรคทางกายตาม ICD-10 แผนกที่ให้การรักษา ระยะ

เวลาการนอนโรงพยาบาล การนอนโรงพยาบาล
ซ้ำ และการส่งปรึกษาแผนกจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา นำเสนอด้วยตารางแสดงความถี่และ
ร้อยละ สำหรับตัวแปรที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องนำ
เสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
ประสงค์ อุบลราชธานี ตามรหัสเอกสารรับรองที่
020/2559 ก่อนทำการรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลา 3 ปี ที่ทำการศึกษา มีผู้ป่วย
เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลสรรพ
สิทธิประสงค์ จำนวน 175,470 คน (56,035 คน,
59,343 คน, และ 60,092 คน ตามลำดับปี) คิด

เป็นจำนวนการใช้บริการจำนวน 229,317 ครั้ง
(71,361 ครั้ง, 77,748 ครั้ง, และ 80,208 ครั้ง ตาม
ลำดับปี) โดยพบว่าเป็นผู้ป่วยในที่มีการวินิจฉัยโรค
ทางจิตเวชทั้งหมด 2,202 คน (650 คน, 698 คน,
และ 854 คน ตามลำดับปี) และเข้ารับการรักษา
เป็นผู้ป่วยในทั้งสิ้น 3,409 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ
1.26 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด และ ร้อยละ
1.49 ของจำนวนครั้งการเข้ารับบริการ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จากข้อมูลผู้ป่วย
2,202 คน (ตารางที่ 1) เป็นเพศชาย 1371 คน
หรือ ร้อยละ 62.26 เพศหญิง 831 คน หรือ ร้อย
ละ 37.74 อยู่ในช่วงอายุ 16-60 ปี มากที่สุด (ร้อย
ละ 71.53) โดยมีอายุเฉลี่ย 48.77 ± 17.84 ปี มี
สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.73 ประกอบอาชีพ
เกษตรกร ร้อยละ 26.7 และสิทธิการรักษาเป็น
สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 53.95

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวช
ร่วมกับโรคทางกาย

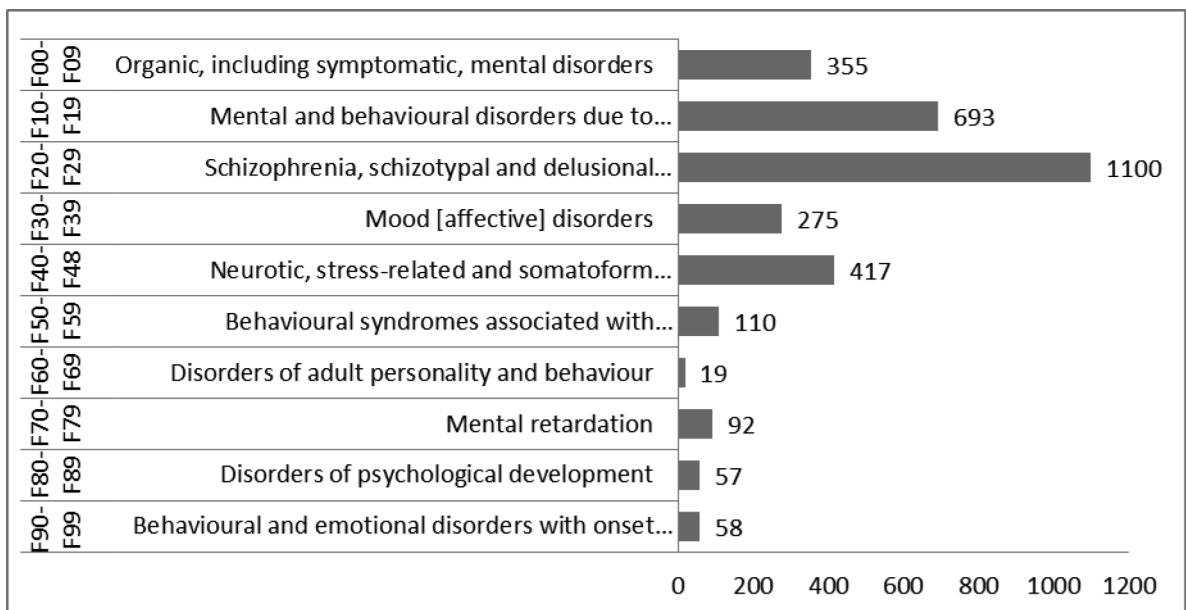
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากเป็นผู้ป่วยใน ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (ร้อยละ)
อายุ		
	- น้อยกว่า 18 ปี	76 (3.45)
	- ระหว่าง 18-60 ปี	1,575 (71053)
	- มากกว่า 60 ปี	551 (25.02)
สถานภาพสมรส		
	- โสด	912 (41.42)
	- สมรส	1,051 (47.73)
	- หย่าร้าง	97 (4.41)
	- คู่สมรสเสียชีวิต	97 (4.41)
	- ไม่ระบุ	45 (2.04)
อาชีพ		
	- เกษตรกร	588 (26.7)
	- ไม่มีงานประจำ/รับจ้าง	355 (16.12)
	- นักเรียน นักศึกษา	120 (5.45)
	- ข้าราชการ	88 (4)
	- มีงานประจำ	67 (3.04)
	- นักบวช	26 (1.18)
	- ไม่ระบุ	958 (43.51)
สิทธิการรักษา		
	- เงินสด	561 (25.48)
	- เบิกต้นสังกัด	120 (5.45)
	- ประกันสุขภาพ	1,188 (53.95)
	- ประกันสังคม	51 (2.32)
	- ผู้พิการ	282 (12.81)

การวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยในจำนวน 2,202 คน ที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช พบว่าจำนวนครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคในกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29) ประมาณหนึ่งในสามได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคในกลุ่ม Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance

use (F10-F19) และประมาณหนึ่งในห้าของผู้ป่วยเป็นกลุ่ม Neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40-F48) ส่วนที่เหลือได้รับการวินิจฉัยโรคดังแผนภูมิที่ 1 อย่างไรก็ตาม พบว่ามีบางรายที่มีหลายการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในคนเดียว แต่โดยส่วนใหญ่จะมีการวินิจฉัยอยู่ 1-2 กลุ่มโรค

แผนภูมิที่ 1 การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชจำแนกตาม ICD-10 ในผู้ป่วย 2,202 คน (บางคนได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 1 กลุ่มโรค)



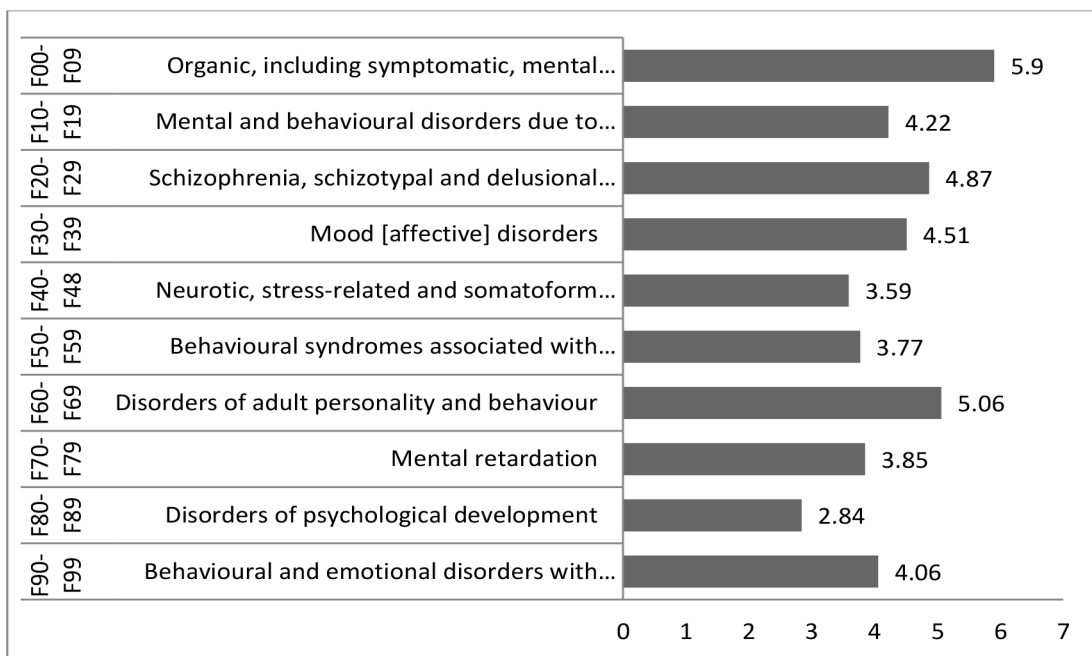
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล จากผู้ป่วยในที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชทั้งสิ้น 3,409 ครั้ง พบมีวันนอนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 4.74 ± 7.04 วัน โดยส่วนใหญ่มีจำนวนวันน้อยกว่า 15 วัน 3,218 ครั้ง (ร้อยละ 94.40) ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง มีจำนวนวันนอนรักษาตัวระหว่าง 15-30 วัน จำนวน 156 ครั้ง (ร้อยละ 4.58) และจำนวนวันนอนที่มากกว่า 30 วัน พบมีอยู่เพียง 35 ครั้ง (ร้อยละ 1.03)

เมื่อจำแนกตามเพศและอายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยเพศชายมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.84 ± 7.22 วัน ส่วนในเพศหญิงคือ 4.56 ± 6.72 วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากที่สุด คือ

5.20 ± 7.09 วัน ผู้ป่วยในที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยรองลงมา คือ 4.69 ± 7.17 วัน และกลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 3.23 ± 3.80 วัน

สำหรับกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกายที่มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากที่สุด คือ Organic, including symptomatic, mental disorders (F00-F09) โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.90 ± 7.96 วัน รองลงมาคือ Disorders of adult personality and behavior (F60-F69) มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.06 ± 6.44 วัน และ Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29) จำนวนวันนอนเฉลี่ย คือ 4.87 ± 7.31 วัน (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 2 จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในแต่ละกลุ่มโรคจิตเวช



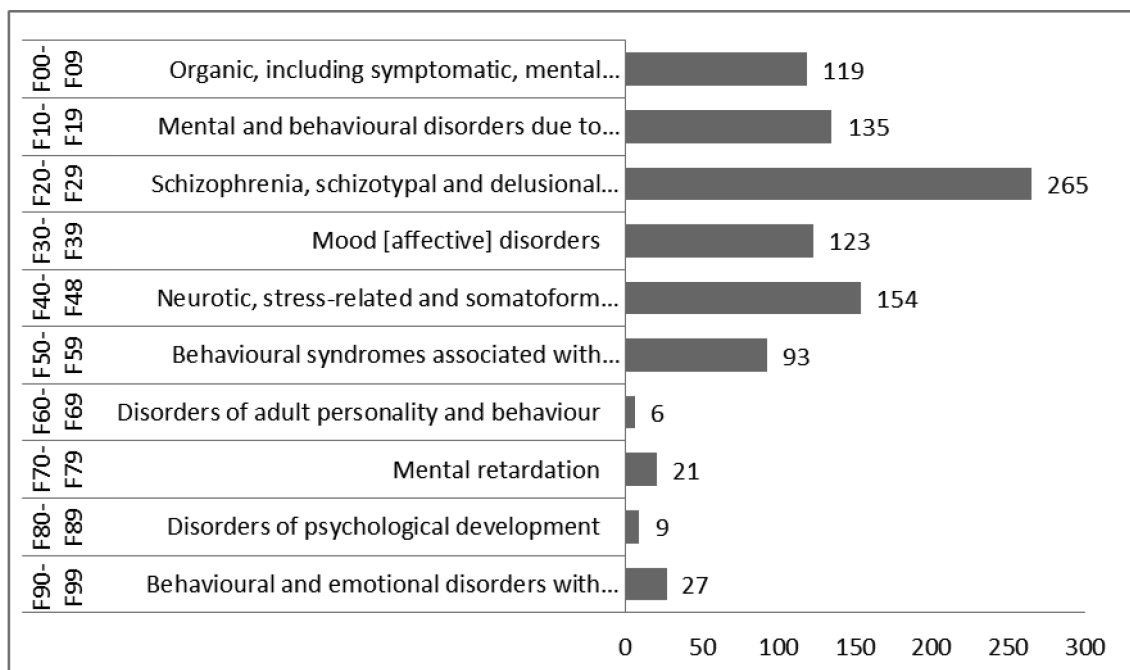
การนอนโรงพยาบาลซ้ำ พบว่า มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน เป็นจำนวน 457 ครั้ง (ร้อยละ 13.41) จากผู้ป่วย 237 คน และพบว่า โรคกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากที่สุด 265 ครั้ง (ร้อยละ 57.54) รองลงมาคือ Neurotic, stress-related and somatoform disorders มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 154 ครั้ง (ร้อยละ 33.70) และอันดับสามคือ Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 135 ครั้ง (ร้อยละ 29.54) ดังแผนภูมิที่ 3

ผู้ป่วยที่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำพบว่า เป็นเพศชาย 138 คน จำนวน 283 ครั้ง (ร้อยละ

61.93) และเป็นเพศหญิง 99 คน จำนวน 174 ครั้ง (ร้อยละ 38.07) โดยกลุ่มผู้ป่วยอายุ 18-60 ปี มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำมากที่สุด คือ 333 ครั้ง (ร้อยละ 72.87) ในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี พบการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 101 ครั้ง (ร้อยละ 22.10) และ กลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำ 23 ครั้ง (ร้อยละ 5.03)

จำนวนวันนอนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยที่นอนซ้ำคือ 5.58±9.79 วัน โดยเป็นจำนวนวันน้อยกว่า 15 วัน มากที่สุด คือ 424 ครั้ง (ร้อยละ 92.78) จำนวนวันนอนรักษาตัวระหว่าง 15-30 วัน มี 26 ครั้ง (ร้อยละ 5.69) และจำนวนวันนอนมากกว่า 30 วัน พบมีอยู่ 7 ครั้ง (ร้อยละ 1.53)

แผนภูมิที่ 3 จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วันหลังจำหน่าย ในแต่ละกลุ่มโรค



ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่มีโรคจิตเวช
ร่วมกับโรคทางกาย

ตารางที่ 2 จำนวนครั้งของการมารับบริการจำแนกตามกลุ่มโรคจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกายและแผนก
ต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ.2556-2558

กลุ่มโรคจิต เวชตาม ICD-10	จำนวน (ครั้ง/ร้อยละ ของผู้ป่วยโรค จิตเวชทั้งหมด)	จำนวนครั้งของการมารับบริการแบ่งตามแผนก (ร้อยละต่อผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละแผนก)							
		Med	Surg	Ortho	Ob-Gyn	Ped	ENT	Eye	อื่นๆ
F00-F09	661	501	106	32	2	1	4	11	4
	30.02	0.634	0.175	0.209	0.006	0.004	0.102	0.180	0.104
F10-F19	1,109	854	180	43	11	0	3	6	12
	50.36	1.080	0.297	0.280	0.031	0.000	0.077	0.098	0.312
F20-F29	1,720	1259	275	82	54	9	19	15	7
	78.11	1.592	0.453	0.534	0.152	0.035	0.485	0.245	0.182
F30-F39	534	361	77	23	29	14	9	14	7
	24.25	0.457	0.127	0.150	0.081	0.055	0.230	0.229	0.182
F40-F48	800	578	99	31	42	13	15	11	11
	36.33	0.731	0.163	0.202	0.118	0.051	0.383	0.180	0.286
F50-F59	294	219	40	13	9	1	4	2	6
	13.35	0.277	0.066	0.085	0.025	0.004	0.102	0.033	0.156
F60-F69	32	14	5	1	0	9	1	0	2
	1.45	0.018	0.008	0.007	0.000	0.035	0.026	0.000	0.052
F70-F79	159	76	16	3	10	39	8	2	5
	7.22	0.096	0.026	0.020	0.028	0.153	0.204	0.033	0.130
F80-F89	82	10	8	3	0	52	5	0	4
	3.72	0.013	0.013	0.020	0.000	0.204	0.128	0.000	0.104
F90-F99	123	48	21	4	4	38	7	0	1
	5.59	0.061	0.035	0.026	0.011	0.149	0.179	0.000	0.026

โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกายในแผนกต่างๆ จากข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยมารับบริการเป็นผู้ป่วยแยกตามแผนก ดังนี้ อายุรกรรม 79,062 คน ศัลยกรรม 60,664 คน สูติ-นรีเวช 35,606 คน กุมารเวชกรรม 25,488 คน ศัลยกรรมกระดูก 15,342 คน จักษุ 6,125 คน โสตศอนาสิก 3,920 คน และแผนกอื่นๆ 3,843 คน โดยแผนกที่มีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชเข้ารับรักษามากที่สุด (ตารางที่ 2) คือ แผนกอายุรกรรม 2,104 คน (2,426 ครั้ง) แผนกศัลยกรรม 464 คน (528 ครั้ง) และแผนกศัลยกรรมกระดูก 134 คน (155 ครั้ง) โดยภาพรวมแล้วกลุ่มโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ กลุ่ม Alcohol related disorders (F10) รองลงมา คือ Schizophrenia (F20) และอันดับสาม คือ Anxiety disorder (F41)

โรคทางจิตเวชร่วมกับโรคทางกายที่ได้รับการปรึกษาแผนกจิตเวช จากข้อมูลเวชระเบียนแผนกจิตเวชระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบการส่งผู้ป่วยมาปรึกษา จำนวน 2,253 ครั้ง และกลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์มากที่สุด คือ Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use รองลงมา คือ Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders อย่างไรก็ตาม พบได้ว่าในจำนวนเหล่านี้มีผู้ป่วย 1,682 ราย ที่ไม่ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชไว้ในฐานข้อมูลโรงพยาบาล สำหรับข้อมูลผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวช

ร่วมกับโรคทางกาย ซึ่งมีการลงบันทึกทั้งในฐานข้อมูลผู้ป่วยในและข้อมูลเวชระเบียนแผนกจิตเวชจำนวน 571 ราย พบว่าแผนกที่ส่งปรึกษาแผนกจิตเวชร่วมดูแลมากที่สุด คือ อายุรกรรม 459 ราย (ร้อยละ 80.39) รองลงมาคือ ศัลยกรรม 67 ราย (ร้อยละ 11.73) และอันดับสามคือ ศัลยกรรมกระดูก 20 ราย (ร้อยละ 3.5) โดยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์สามอันดับแรก คือ Alcohol related disorders, Schizophrenia, และ Unspecified psychosis

วิจารณ์

1.ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยในที่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 มีอยู่ทั้งสิ้น 2,202 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.26 มีอายุระหว่าง 18-60 ปี ร้อยละ 71.53 ผู้ป่วยร้อยละ 47.73 มีสถานภาพสมรส และทำอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 26.7) ซึ่งจากรายงานระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชปี พ.ศ. 2556 ที่ได้สำรวจระบาดวิทยาของผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยพยาบาลปฐมภูมิ (contracting unit for primary care; CUP) ในทุกภาคของประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีทั้งปัจจัยด้านบุคคล เศรษฐกิจ และสังคม เช่น เพศชาย อายุระหว่าง 25-44 ปี ผู้ที่มีสถานภาพหย่า/แยก/หม้าย และกลุ่มอายุ 15-59 ปี ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาอาชีพเกษตรกรรม⁽¹⁶⁾ ซึ่งตรงกันกับข้อมูลจากการศึกษา

นี้ เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยในหน่วยสถานบริการได้มีการส่งต่อเข้ามารับการบริการต่อในโรงพยาบาลจึงทำให้ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยตรงกัน

จากข้อมูลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและไม่มียานประจำ การที่พบผู้ป่วยได้มากในกลุ่มเหล่านี้น่าจะมาจากการขาดโอกาสในการทำงาน มีโอกาสได้รับการจ้างงานต่ำ และโอกาสตกงานสูง นอกจากนั้นยังอาจเกิดจากผลอันเนื่องมาจากอาการของโรคทางจิตเวชเอง ผลข้างเคียงจากการรักษา และ/หรือการขาดความเชื่อมั่นตั้งแต่การสมัครงาน การสัมภาษณ์ไปจนถึงการทำงาน รวมทั้งการถูกรังเกียจจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

จากข้อมูลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ได้รับการรักษาอยู่ในแผนกอายุรกรรม (ร้อยละ 71.1) และแผนกศัลยกรรม (ร้อยละ 15) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Maylath และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาการนอนของผู้ป่วยทางจิตในโรงพยาบาลทั่วไปในเยอรมัน พบว่าแผนกที่ผู้ป่วยทางจิตได้เข้ารับรักษาตัวมากที่สุด คือ แผนกอายุรกรรม อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ป่วยในมักเป็นโรคกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders ซึ่งพบว่ามีโรคทางกายทางอายุรกรรมร่วมด้วยได้บ่อย⁽²¹⁻²⁵⁾

2.โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกาย โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับโรคทางกายในผู้ป่วยในอยู่ที่ ร้อยละ 1.49 ของจำนวนรายผู้ป่วยในทั้งหมด โดยกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก

คือ Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use, และ Neurotic, stress-related and somatoform disorders จากงานวิจัยในต่างประเทศที่ได้มีการสำรวจความชุกของผู้ป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยในที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไปพบได้ประมาณ ร้อยละ 30-64⁽¹⁰⁻¹²⁾ ซึ่งเหตุผลของความแตกต่างน่าจะมาจากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษา โดยการศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล แต่สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศหาความชุกโดยการสำรวจกับผู้ป่วยโดยตรงสำหรับความชุกที่พบน้อยในการศึกษานี้อาจเนื่องจากการเข้ารับบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่น้อย⁽¹⁶⁾ การขาดโอกาสและการสนับสนุนจากสังคม⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ให้บริการทางการแพทย์เองก็มักมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและมองข้ามปัญหาความเจ็บป่วยทางกายอื่นๆ ของผู้ป่วย^(26,27)

3.จำนวนวันนอน พบว่าผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วย 4.74 ± 7.04 วันโดยกลุ่มโรค Organic, including symptomatic, mental disorders มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยมากที่สุด และรองลงมาคือกลุ่มโรค Disorders of adult personality and behavior, Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders และ Mood [affective] disorders ตามลำดับ ซึ่งจากงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษา

ความสัมพันธ์จำนวนวันนอนกับโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปพบว่าการป่วยโรคทางกายร่วมกับโรคทางจิตเวชทำให้จำนวนวันเพิ่มขึ้น ซึ่งพบได้บ่อยในโรคสมองเสื่อม โรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวน และมีปัญหาบุคลิกภาพ ซึ่งตรงกับข้อมูลของผู้วิจัยที่พบว่าโรคกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนวันนอนที่มากกว่าโรคทางจิตเวชกลุ่มอื่นๆ⁽²⁸⁻³¹⁾

4.การนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคทางกายที่มีโรคทางจิตเวชร่วม พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีอัตราการนอนซ้ำอยู่ร้อยละ 13.41 ซึ่งเกินครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มโรค Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders มีการนอนโรงพยาบาลซ้ำอยู่ร้อยละ 7.51 ซึ่งรายงานต่างประเทศเกี่ยวกับอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปที่มีโรคทางจิตเวชภายใน 30 วัน อยู่ที่ประมาณร้อยละ 18⁽²³⁾ ทั้งนี้จากอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำที่สูงอาจเป็นไปได้ว่าการมีโรคจิตเวชและร่วมกับภาวะโรคทางกายอื่นทำให้เสี่ยงต่อภาวะโรคทางกายและกำเริบซ้ำมากขึ้น จากการไม่ดูแลตนเองและการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม การขาดแรงจูงใจและ/หรือความผิดปกติด้านความคิดอันเป็นผลจากการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ^(16,24)

5.การส่งปรึกษาแผนกจิตเวช จากข้อมูลตามสมุดบันทึกการส่งปรึกษาแผนกจิตเวชระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่ามีการส่งปรึกษาร้อยละ 2,253 ครั้ง แต่จากการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล

ของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพบการลงวินิจฉัยโรคทางจิตเวชอยู่เพียง 571 ครั้ง เป็นไปได้ว่าความครบถ้วนของการลงบันทึกในเวชระเบียนอาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งจากรายงานการศึกษาความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ก็พบว่าการบันทึกคำวินิจฉัยของผู้ป่วยในมีความสมบูรณ์เพียงร้อยละ 77.41⁽³²⁾ นอกจากนี้โรคทางจิตเวชอาจไม่ใช่โรคหลักของการรักษาและการวินิจฉัยจึงทำให้แพทย์ผู้ดูแลไม่ได้บันทึกข้อมูลการวินิจฉัยให้ครบถ้วน รวมทั้งอาจเป็นผลมาจากการบันทึกรหัสการวินิจฉัยตาม ICD-10 ในฐานข้อมูลโรงพยาบาลของหน่วยงานบันทึกข้อมูลจากข้อมูลที่ได้มีการบันทึกในฐานข้อมูลพบว่าผู้ป่วยในที่มีโรคทางจิตเวชร่วมได้รับการส่งปรึกษาแผนกจิตเวช 571 ครั้ง พบว่าแผนกที่ส่งมาปรึกษามากที่สุดคือ อายุรกรรม (ร้อยละ 80.39) และ ศัลยกรรม (ร้อยละ 11.73) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders ทั้งสองแผนก ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Fariduzzaman และคณะ⁽³³⁾ ที่ได้ศึกษาการให้บริการของแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไปก็พบเช่นกันว่าแผนกที่ส่งปรึกษามากที่สุด คือ แผนกอายุรกรรม และโรคที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือ โรคกลุ่ม Schizophrenia

6.ข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องด้วยข้อมูลในการศึกษาได้มาจากการทบทวนฐานข้อมูลผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จึงเป็นข้อจำกัดในการตรวจสอบความถูกต้องจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยโดยตรง ส่งผลให้ผลการศึกษาที่พบอาจต่ำกว่า

ความเป็นจริง เนื่องจากกระบวนการวินิจฉัย การลงบันทึกสรุปเวชระเบียน และการบันทึกข้อมูลลงฐานข้อมูล ประการต่อมา การศึกษาที่ไม่สามารถระบุได้ว่าการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเนื่องจากมีอาการทางกายแล้วเกิดภาวะโรคทางจิตเวชขณะนอนโรงพยาบาลหรือมีภาวะโรคจิตเวชอยู่ก่อนแล้ว เนื่องจากการดึงข้อมูลการวินิจฉัยตาม ICD-10 ที่ขึ้นต้นด้วยรหัส F มาทำการศึกษา ทั้งที่เป็นการวินิจฉัยหลัก (principal disease) ภาวะโรคร่วม (comorbidity) ภาวะแทรกซ้อน (complication) หรือการวินิจฉัยอื่นๆ (other diagnosis) ประการสุดท้าย ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งอาจมีบริบทของการลงบันทึกสรุปเวชระเบียนและการบันทึกในฐานข้อมูลที่แตกต่างกันได้

สรุป

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ที่มีโรคทางจิตเวชร่วมมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นในทุกปี โดยโรคทางจิตเวชที่พบร่วมบ่อยที่สุด คือ กลุ่มโรค Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders และ Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use ซึ่งแต่ละโรคมี

จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน แต่โรคที่มีการนอนโรงพยาบาลเข้าบ่อยที่สุดคือโรคในกลุ่ม Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่าข้อมูลที่บันทึกในฐานข้อมูลโรงพยาบาลและที่เวชระเบียนแผนกจิตเวชมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งอาจเป็นเพราะความครบถ้วนของการลงเวชระเบียนของแพทย์และผู้ลงบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลโรงพยาบาล และเพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชร่วมในโรงพยาบาลฝ่ายกายให้มีประสิทธิภาพที่ดีมากขึ้นต่อไปอาจต้องทำการศึกษาเชิงลึกในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่พบได้บ่อยทั้งจากข้อมูลในการสรุปเวชระเบียนและข้อมูลจากกลุ่มงานจิตเวชเอง เช่น Schizophrenia, Alcohol related disorders ทั้งในด้านลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของการป่วยโรคทางจิตเวชกับโรคทางกาย และปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนวันนอนและการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ดร.นพ.จิรวัฒน์ มูลศาสตร์ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในการให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่แผนกคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Improving health systems and services for mental health. Geneva (CH): WHO; 2009.
2. กรมสุขภาพจิต. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546-2550 [ออนไลน์]. 2558 [อ้างเมื่อ 2 มิถุนายน 2558]. จาก: <http://bit.ly/2fTW2dP>
3. กรมสุขภาพจิต. จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชต่อวันที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555-2557. ใน: รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2547. หน้า 122-3.
4. สมชาย จักรพันธุ์, ม.ล., บรรณาธิการ. สุขภาพจิตชุมชน: รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2552.
5. Goldney RD, Fisher LJ, Dal Grande E, et al. Changes in mental health literacy about depression: South Australia, 1998 to 2004. *Med J Aust* 2005;183:134-7.
6. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:36-41.
7. Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:68-73.
8. Mojtabai R. Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatr Serv* 2007;58:642-51.
9. Jefferies K, Owino A, Rickards H, et al. Psychiatric disorders in inpatients on a neurology ward: estimate of prevalence and usefulness of screening questionnaires. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007;78:414-6.
10. Rothenhäusler HB. Mental disorders in general hospital patients [German]. *Psychiatr Danub* 2006;18:183-92.
11. von Ammon Cavanaugh S. The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population: using the MMSE, GHQ, and BDI. *Gen Hosp Psychiatry* 1983;5:15-24.
12. Smaira SI, Kerr-Corrêa F, Contel JOB. Psychiatric disorders and psychiatric

consultation in a general hospital: a case- control study. *Rev Bras Psiquiatr* 2003;25:18–25.

13. Mohammed A, Said JM, Wakil MA, et al. Unrecognized psychiatric disorders among adult patients admitted into a general hospital in Maiduguri, North-eastern Nigeria. *Pan Afr Med J* 2014;19:197.

14. Querido A. An investigation into the clinical, social and medical factors determining the results of hospital treatment. *Br J Prev Soc Med* 1959;13:33–49.

15. Hawton K. The long-term outcome of psychiatric morbidity detected in general medical patients. *J Psychosom Res* 1981;25:237–43.

16. เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจระดับจิตเวชปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ; 2556.

17. Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. The

meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32:59–62.

18. Honey A. Benefits and drawbacks of employment: perspectives of people with mental illness. *Qual Health Res* 2004;14:381–95.

19. Seeman MV. Employment discrimination against schizophrenia. *Psychiatr Q* 2009;80:9–16.

20. Maylath E, Spanka M, Nehr R. Which wards or hospital departments admit mentally ill patients? An analysis of hospital admissions recorded by the German Statutory Sickness Insurance Body in the light of the introduction of German budgeting practice [German]. *Gesundheitswesen* 2003;65:486–94.

21. Ahmedani BK, Solberg LI, Copeland LA, et al. Psychiatric comorbidity and 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, AML, and pneumonia. *Psychiatr Serv* 2015;66:134–40.

22. Bunce DF, Jones LR, Badger LW, et al. Medical illness in psychiatric patients: barriers to diagnosis and treatment.

-
- South Med J 1982;75:941-4.
23. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. J Gen Intern Med 2006;21:1133-7.
 24. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. J Clin Psychiatry 2009;70 (Suppl 3):22-9.
 25. Parks J, Svendsen D, Singer P, et al. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Alexandria (VA): National Association of State Mental Health Program Directors; 2006.
 26. Jones S, Howard L, Thornicroft G. "Diagnostic overshadowing": worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatr Scand 2008;118:169-71.
 27. Perese EF. Stigma, poverty, and victimization: roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2007;13:285-95.
 28. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. Psychosomatics 1994;35:233-52.
 29. Wancata J, Benda N, Windhaber J, et al. Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? Gen Hosp Psychiatry 2001;23:8-14.
 30. Addisu F, Wondafrash M, Chemali Z, et al. Length of stay of psychiatric admissions in a general hospital in Ethiopia: a retrospective study. Int J Ment Health Syst 2015;9:13.
 31. Bressi SK, Marcus SC, Solomon PL. The impact of psychiatric comorbidity on general hospital length of stay. Psychiatr Q 2006;77:203-9.
 32. เยาวลักษณ์ จันแดง, วันชัย ล้อกาญจนรัตน์. สมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ 2552;24:1-10.

Characteristics of Psychiatric Comorbidity in Inpatient at Sanpasitthiprasong hospital

Wiwat Sarapat*

Abstract

The objective was to study clinical characteristics of patients with comorbid psychiatric disorders admitted to Sanpasitthiprasong Hospital. The retrospective descriptive study was conducted by reviewing the hospital's database of comorbid psychiatric disorder patients admitted to Sanpasitthiprasong Hospital between 1 January 2013 and 30 December 2015. The diagnoses were concluded as code F of ICD10 at discharge. According to the inpatient database, there were 2,202 patients found having psychiatric disorder while admitted as inpatient 3,409 times, which were 1.49 % of overall inpatients. Most of them were male (62.26%) aged 18-60 years (71.53%). The prevalence of the top three common disorders were; 1) Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders, 2) Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use, and 3) Neurotic, stress-related and somatoform disorders. Average lengths of hospital stay were 4.74 ± 7.04 days and readmission rate were 13.41%. There were 2,253 inpatients with psychiatric symptoms consulted with Department of Psychiatry, however only 571 psychiatric notes were recorded at discharge summary. Most patients referred from Department of Medicine and mainly were of group of Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. This study indicates that Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders had been commonly found on both hospital's database and Department of Psychiatry records. However, it should be noted that the collected data in hospital database considerably differed from medical records of Department of Psychiatry. These may due to incomplete recorded data by physicians and/or responsible officers.

Keywords : psychiatric disorders, comorbidity, inpatient, Sanpasitthiprasong Hospital

* Psychiatrist. Department of Psychiatry, Sanpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

การปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากร ในห้องผู้ป่วยหนัก

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

พิชญดา ดาหวี* ปัทมานันท์ ภูปา* ทศนียา ไกรสรสวัสดิ์* รัชนิพร แสงวงศ์*

ปัทมิตา สิมานุรักษ์* สุเพียร โภคทิพย์*

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องให้การช่วยเหลือให้ทันท่วงทีอย่างถูกต้อง ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ แต่ถึงแม้ว่ายังมีความหลากหลายในการปฏิบัติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่อง ระหว่าง 1 มีนาคม 2558 ถึง 31 กรกฎาคม 2558 ในกลุ่มผู้ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อศึกษาการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากรในงานห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยในช่วงที่ศึกษามีผู้ป่วยภาวะหัวใจหยุดเต้นจำนวน 46 ราย มีการช่วยฟื้นคืนชีพ 63 ครั้ง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตการปฏิบัติโดยผู้ผ่านการอบรมแนวทาง CPR Guideline 2010 และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจำนวนทั้งสิ้น 46 ราย พบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบมากในกลุ่มอายุ > 60 ปี กลุ่มโรคที่พบมาก คือ pneumonia, congestive heart failure, respiratory failure และ upper GI bleed ตามลำดับ สภาพผู้ป่วยก่อนทำการช่วยฟื้นคืนชีพพบภาวะหัวใจเต้นช้ามากที่สุด (ร้อยละ 51.61) ระดับความรู้สึกตัวก่อนการทำการช่วยฟื้นคืนชีพพบภาวะโคม่ามากที่สุด (ร้อยละ 60) ผลการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 พบว่าการเข้าช่วยชีวิตของทีมบุคลากรภายใน 4 นาที ร้อยละ 100 การวัดตำแหน่งก่อนการกดหน้าอกและกดตำแหน่งได้ถูกต้องร้อยละ 95.24 การกดลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว และความเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีการปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 100 การเปลี่ยนรอบการกดหน้าอกทุก 2 นาที ปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 96.83 การช่วยหายใจในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 90.48 มีการใช้แผ่นกระดานรองตัวผู้ป่วย ร้อยละ 82.54 การบริหารยา adrenalin ถูกต้อง ร้อยละ 96.83 และการขานยาทวนคำสั่งแพทย์โดยพยาบาลผู้บริหารยา ร้อยละ 84.13 ผลลัพธ์จากการช่วยฟื้นคืนชีพพบอัตราการรอดชีวิตใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 23.91 และพบภาวะแทรกซ้อนจากการทำการช่วยฟื้นคืนชีพร้อยละ 1.61 การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าเกือบทั้งหมดสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตาม ยังมีการปฏิบัติอีกหลายประการที่ไม่ถูกต้องตามแนวทาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูความรู้และฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพแก่บุคลากรเป็นประจำทุกปีเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ การช่วยฟื้นคืนชีพ CPR Guideline 2010 ผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นคืนชีพ ห้องผู้ป่วยหนัก

* พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.

บทนำ

การช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation, CPR) เป็นปฏิบัติการในนาที่ฉุกเฉิน⁽¹⁾ มีความสำคัญต่อการช่วยเหลือชีวิตที่ต้องทำอย่างรีบด่วน แข่งขันกับวินาทีของความตาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเกิดความพิการ และป้องกันการตาย เพราะอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระบบและความพร้อมของทีมการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยทั่วไปอัตราการรอดชีวิตและสามารถออกจากโรงพยาบาลได้ของผู้ป่วยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 1-10⁽²⁾ เนื่องจากเวลาเป็นส่วนสำคัญที่สุดของความสำเร็จในการฟื้นคืนชีพของผู้เกิดหัวใจหยุดเต้น ทักษะของผู้ช่วยเหลือจึงมีความสำคัญและจำเป็น โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในทีมการช่วยฟื้นคืนชีพ เนื่องจากพยาบาลมักเป็นบุคลากรแรกที่พบผู้ป่วยที่มีปัญหาหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น และเป็นผู้ตัดสินใจเริ่มให้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วย รายงานแพทย์และเรียกทีมในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งร่วมปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและคอยอำนวยความสะดวกทั้งในขณะและภายหลังสิ้นสุดการช่วยฟื้นคืนชีพ⁽³⁾

พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก มีโอกาสให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจหรือภาวะหัวใจหยุดเต้นด้วยการช่วยฟื้นคืนชีพอยู่เสมอ จึงต้องสามารถเป็นผู้นำในการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง การดูแลผู้ป่วยก่อน ขณะ และหลังจากการช่วยฟื้นคืนชีพได้ จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามทางชีวิต

และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ งานวิจัยหลายรายงานแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการรีบทำ CPR ทันที โดยถ้าหากไม่ได้ให้ความช่วยเหลือทันทีที่พบผู้ป่วยหยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น อัตราการรอดชีวิตจะลดลงร้อยละ 7-10 ทุกๆ นาทีที่ผ่านไป⁽⁴⁾ หรือถ้าการช่วยฟื้นคืนชีพไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เพิ่มเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา ถึงแก่ชีวิตหรือเกิดการพิการตามมาได้⁽⁵⁾ การศึกษาผลการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์⁽⁵⁾ พบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เท่ากับร้อยละ 12 ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิต คือ การเรียกทีมช่วยฟื้นคืนชีพ โรคประจำตัวของผู้ป่วย และปริมาณ adrenaline ที่ใช้ระหว่างการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยผู้ป่วยที่มีการใช้ยาระหว่าง 0-20 มก. สัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับปริมาณยาในการช่วยฟื้นคืนชีพเพียง 0-5 มก. จะมีอัตราการรอดชีวิตสูงที่สุด นอกจากนั้น รายงานการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 2,747 ราย พบว่าอัตราการมีชีพกลับบ้านอยู่ที่ร้อยละ 7.4⁽⁶⁾ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ 1) delayed defibrillation 2) major causes of arrest ได้แก่ 5H (hypovolemia, hypoxia, acidosis (hydrogen ion), hypo-hyperkalemia, hypothermia)

และ 5T (tension pneumothorax, tamponade-cardiac, toxins, thrombosis-pulmonary และ thrombosis-coronary ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อ survival rate ได้แก่ การดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (suboptimal care) และ post-resuscitation care ส่วนกลุ่มผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock ขณะที่ผู้ป่วยที่มีอัตราการรอดชีวิตต่ำคือ กลุ่ม neurogenic shock

ปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพจากแนวปฏิบัติเดิม โดยใช้ CPR Guideline 2010 แทน version 2005 จุดเน้นสำคัญของ CPR 2010 ได้แก่ การตรวจพบภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันจะประเมินจากการไม่ตอบสนองและการหายใจที่ผิดปกติของผู้ป่วย ยกเลิกการประเมินการหายใจโดยใช้เทคนิค “ตา ดู หู ฟัง แก้มสัมผัส” เน้นการกดหน้าอกอย่างถูกต้อง ทั้งอัตราเร็ว ความลึก การปล่อยให้หน้าอกกลับคืนจนสุด การขัดจังหวะการกดหน้าอกให้น้อยที่สุด และหลีกเลี่ยงการช่วยหายใจที่มากเกินไป มีการเปลี่ยนแปลงลำดับขั้นตอนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน จาก A-B-C เป็น C-A-B การกดหน้าอกด้วยอัตราเร็วอย่างน้อย 100 ครั้งต่อนาที และต้องกดหน้าอกด้วยความลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว (5 เซนติเมตร) ส่งผลให้บุคลากรหลายส่วนไม่คุ้นชินต่อแนวทางใหม่ ซึ่งส่งผลต่อทักษะความชำนาญและการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010

ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีจำนวนหอผู้ป่วยหนักหรือไอซียู

(ICU) ทั้งหมด 25 แห่งแยกเป็นไอซียูผู้ใหญ่และเด็กโต 22 แห่ง และไอซียูเด็กเล็ก 3 แห่ง ถึงแม้ว่าจะมีการนำแนวทางปฏิบัติ CPR Guidelines 2010 มาใช้ในหอผู้ป่วยหนักตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 แต่ก็ยังไม่เคยมีการประเมินความรู้และทักษะบุคลากรที่เป็นรูปธรรมชัดเจนในสถานการณ์จริงขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพว่าสามารถปฏิบัติตาม CPG Guidelines 2010 ได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด มีเพียงการทดสอบความรู้และประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพโดยการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองเท่านั้น จากข้อมูลการช่วยฟื้นคืนชีพในปีพ.ศ. 2557 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,298 ครั้ง พบอัตราการรอดชีวิตใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 26.82 ซึ่งสูงกว่ารายงานที่ผ่านมา แต่ก็พบปัญหาว่าบุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่ทราบแนวทางปฏิบัติตาม CPR Guidelines 2010 บางหน่วยงานยังไม่มีขั้นตอนปฏิบัติ (algorithm) ในการช่วยฟื้นคืนชีพตาม CPR Guidelines บางหน่วยงานไม่มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน ทำให้เกิดความสับสนเมื่อช่วยฟื้นคืนชีพและ/หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการบันทึกในขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพที่ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างทีม เช่น เวลาในการเริ่มทำการช่วยฟื้นคืนชีพ บันทึกคลื่นหัวใจที่พบก่อนผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น และเวลาในการให้ยา adrenalin เป็นต้น นอกจากนี้ การอบรมทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพที่จัดขึ้นทุกปีก็อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มบุคลากรทุกคน เนื่องจากมีการโอนย้ายหน่วยงานและมีพยาบาลจบใหม่

สำหรับบุคลากรที่เคยผ่านการอบรมการ

ช่วยฟื้นคืนชีพมาแล้ว เมื่อเวลาผ่านไปก็อาจทำให้ความรู้และทักษะลดลงได้ ซึ่งการศึกษาของ Boonmak และคณะ⁽⁷⁾ แสดงให้เห็นว่าหลังอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถคงอยู่ได้นานอย่างน้อย 3 เดือน ส่วนการศึกษาของ Boyde and Watton⁽⁸⁾ พบว่า ภายหลังจากอบรมช่วยฟื้นคืนชีพผ่านไป 5 เดือน แม้ระดับคะแนนความรู้ของพยาบาลไม่เปลี่ยนแปลงแต่คะแนนทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพลดลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และผลลัพธ์ของการช่วยฟื้นคืนชีพ เพื่อนำเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพการช่วยฟื้นคืนชีพต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษานำร่อง (pilot study) การปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โดยประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องผู้ป่วยหนัก จำนวน 230 คน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2558 ถึง 31 กรกฎาคม 2558 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวพบการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นจำนวน 46 ราย จากห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และห้องผู้ป่วยหนักเด็กโต

การเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) การ

สังเกตการช่วยฟื้นคืนชีพโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการทำ CPR ตาม Guideline 2010 โดยมีการประชุมเพื่อฝึกการสังเกตและการบันทึกก่อนเริ่มการศึกษา ผู้ถูกสังเกตได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ขณะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ 2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจากบันทึกเวชระเบียน และ 3) สอบถามข้อคิดเห็นของบุคลากรที่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพในเหตุการณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยได้แก่เพศ อายุผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค/การผ่าตัด สภาพผู้ป่วย และระดับความรู้สึกตัวก่อนการช่วยฟื้นคืนชีพ 2) แบบประเมินการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพของบุคลากรเป็นแบบประเมินการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 โดยมี 2 ตัวเลือกให้ประเมินคือ ปฏิบัติถูกต้อง และ ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับระยะเวลาเข้าช่วยชีวิตของทีมบุคลากร การช่วยเหลือตามขั้นตอน C-A-B การวัดตำแหน่งก่อนการกดหน้าอก ความแรง ความเร็ว และการเปลี่ยนรอบการกดหน้าอก การช่วยหายใจ การบริหารยา การใช้แผ่นกระดานรอง และการทำ DC shock ในราย shockable rhythm 3) แบบประเมินผลลัพธ์การช่วยฟื้นคืนชีพ ภาวะแทรกซ้อน และสภาพการจำหน่ายผู้ป่วย และ 4) ข้อเสนอแนะของบุคลากรที่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพมีลักษณะเป็นคำถามเปิดให้เขียนแสดงความคิดเห็น

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิง

พรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 46 ราย มีการช่วยฟื้นคืนชีพ 63 ครั้ง ได้แก่ 1) ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 28 ราย ช่วยฟื้นคืนชีพ 37 ครั้ง 2) ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 17 ราย ช่วยฟื้นคืนชีพ 23 ครั้ง และ 3) ห้องผู้ป่วยหนักเด็กโต 1 ราย ช่วยฟื้นคืนชีพ 3 ครั้ง

ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (ตารางที่ 1) เป็นเพศชาย 24 ราย (ร้อยละ 52.17) เพศหญิง 22 ราย (ร้อยละ 47.83) โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยขณะช่วยฟื้นคืนชีพที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะปอดติดเชื้อ ภาวะหัวใจล้มเหลว ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนร่วมกับภาวะความดันโลหิตตก (UGIB with shock) สำหรับสภาวะของผู้ป่วยก่อนทำการฟื้นคืนชีพพบว่า มี

การเต้นของหัวใจช้าลง 32 ครั้ง เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) 22 ครั้ง และคลื่นหัวใจผิดปกติ 8 ครั้ง โดยไม่พบภาวะหยุดหายใจเลย ระดับการรู้สึกตัวของผู้ป่วยในขณะนั้นพบว่าอยู่ในภาวะโคม่ามากที่สุด 36 ครั้ง (ร้อยละ 60) และภาวะกึ่งโคม่า 13 ครั้ง (ร้อยละ 21.67)

ผลการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากรในงานห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (ตารางที่ 2) พบว่า การเข้าช่วยชีวิตของทีมนักวิชาการภายใน 4 นาที ร้อยละ 100 การวัดตำแหน่งก่อนการกดหน้าอกและกดตำแหน่งได้ถูกต้องพบร้อยละ 95.24 ความแรงและกดลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว และความเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 100 การเปลี่ยนรอบการกดหน้าอกทุก 2 นาที ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96.83 การช่วยหายใจในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 90.48 การช่วยฟื้นคืนชีพโดยมีแผ่นกระดานรองปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละ 82.54 การบริหารยา adrenalin (1:10,000) ปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 96.83 มีการขานยาทวนคำสั่งแพทย์โดยพยาบาลผู้บริหารยาร้อยละ 84.13

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
อายุ		
	1 – 15 ปี	1 (2.17)
	16 – 30 ปี	3(6.52)
	31 – 45 ปี	6 (13.04)
	46 – 60 ปี	13(28.26)
	> 60 ปีขึ้นไป	23(50)
การวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย		
	Pneumonia	8 ราย(17.39)
	CHF	6 ราย(13.04)
	Respiratory failure	6 ราย(13.04)
	UGIB with Shock	6 ราย(13.04)
	STEMI	4 ราย(8.70)
	Septic Shock	
	Severe Head injury	3 ราย(6.52)
	Head injury with Multiple Fracture	3 ราย(6.52)
	Atrial Fibrillation, Cerebral contusion	2 ราย(4.35)
	และCerebral infraction โรคละ 2 ราย	4 ราย(8.70)
การผ่าตัด		
	MV Repair with TVR	1 ราย
	ORIF at Lt.Femur with Skeletal traction	1 ราย
	AVR with Tissue with MV Repair with Riny	1 ราย

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
สภาพผู้ป่วยก่อนการทำ CPR	
Cardiac arrest	22 ครั้ง (35.48)
การเต้นของหัวใจช้าลง	32 ครั้ง (51.61)
คลื่นหัวใจผิดปกติ	8 ครั้ง (12.90)
(junctional rhythm 1 ครั้ง VT and PVC 1 ครั้ง VT 1 ครั้ง และ PEA 4 ครั้ง)	
ระดับความรู้สึกตัวก่อนทำ CPR	
Alert	5 ครั้ง (8.33)
Confuse	2 ครั้ง (3.33)
Stupor	3 ครั้ง (5.00)
Semi Coma	13 ครั้ง (21.67)
Coma	36 ครั้ง (60)
Sedation (morphine)	1 ครั้ง (1.67)

ตารางที่ 2 การประเมินการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010

รายการประเมิน	ปฏิบัติถูกต้อง	
	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. การเข้าช่วยชีวิตของทีมบุคลากรภายใน 4 นาที	63	100
2. การช่วยเหลือถูกต้องตามขั้นตอน C-A-B		
2.1 มีการวัดตำแหน่งก่อนการกดหน้าอกและกดตำแหน่งได้ถูกต้อง	60	95.24
2.2 ความแรง กดลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว	63	100
2.3 ความเร็ว มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที	63	100
2.4 เปลี่ยนรอบการกดหน้าอกทุก 2 นาที	61	96.83

ตารางที่ 2 (ต่อ)

รายการประเมิน	ปฏิบัติถูกต้อง	
	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
3. การช่วยหายใจ		
3.1 กรณีไม่ใส่ ET-tube กดหน้าอก 15 ครั้งต่อการช่วยหายใจ 2 ครั้ง		ไม่มีผู้ป่วย
3.2 กรณีใส่ ET-tube พบอัตราการช่วยหายใจ 8-10 ครั้งต่อนาที	57	90.48
4. การช่วยฟื้นคืนชีพโดยมีแผ่นกระดานรอง	52	82.54
5. การบริหารยา adrenalin (1:10,000)	61	96.83
5.1 มีการขานยาทวนคำสั่งแพทย์โดยพยาบาลผู้บริหารยา	53	84.13
6. มีการทำ DC shock กรณีเป็น shockable rhythm (จำนวน 3 ครั้งของการ CPR))	3	100

ส่วนความพร้อมของทีมที่ช่วยในการทำ CPR ครอบคลุมเพียงพอ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติการกดหน้าอกในการทำ CPR ส่วนมากแล้วเป็นบุคลากรพยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผลลัพธ์จากการช่วยฟื้นคืนชีพพบอัตราการรอดชีวิตใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 23.91 (11 ราย) และพบภาวะแทรกซ้อนจากการทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ร้อยละ 1.61 โดยพบว่าเกิดภาวะ pneumothorax 1 รายภายหลังการช่วยฟื้นคืนชีพ

ส่วนข้อเสนอแนะของทีมที่ปฏิบัติการ CPR ให้ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การบันทึกการทำ CPR การบันทึกเวลาการให้ยา adrenalin ไม่ครบถ้วน โดยมีบันทึกเฉพาะจำนวนครั้งที่มีการให้ยา และควรมีการประเมินผลหรือ post conference หลังการทำ CPR

อภิปรายผล

จากการติดตามประเมินการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากรในงานห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี พบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์⁽⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นเพศชายร้อยละ 62.34 และพบเป็นเพศหญิงร้อยละ 37.66 ส่วนจังหวะการเต้นของหัวใจของผู้ป่วยก่อนหัวใจหยุดเต้น (pre-arrest cardiac rhythm) ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการช่วยฟื้นคืนชีพ ในการศึกษาครั้งนี้พบการเต้นของหัวใจช้าลง (bradycardia) มากที่สุดร้อยละ 51.61 และพบคลื่นหัวใจแสดงภาวะ pulseless electrical activity (PEA)

มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคลื่นหัวใจผิดปกติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิตน้อยที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลของ Zoch และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าภาวะ PEA ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสน้อยที่สุดในการรอดชีวิต ตามมาด้วยภาวะการเต้นหัวใจช้าลง และ asystole นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและอยู่ในภาวะโคม่าร้อยละ 60 ซึ่งตรงกับลักษณะของผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก

ด้านความพร้อมของทีมการช่วยฟื้นคืนชีพนั้น จากการศึกษาพบว่าทีมมีความพร้อมในการปฏิบัติ เนื่องจากการช่วยฟื้นคืนชีพในแต่ละครั้งทีมประกอบจะด้วยแพทย์ 1-2 คน พยาบาล 3-5 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน นักศึกษาแพทย์ 1-2 คน และนักศึกษาพยาบาล 1-2 คน ซึ่งนับว่าเป็นทีมที่ครบถ้วนเพียงพอ

สำหรับการปฏิบัติตาม CPR Guideline 2010พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องมากที่สุด คือ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงของทีมบุคลากรภายใน 4 นาที หลายการศึกษาเน้นถึงระยะเวลาของการเริ่มทำ CPR ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่จากการศึกษาในห้องผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีพบว่าการเข้าช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงภายใน 4 นาที ไม่ได้มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 23.91 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธวัชชาญชยานนท์ และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่า การเริ่มการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงภายใน 4 นาทีไม่ได้มีผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเช่นกัน

ส่วนการช่วยเหลือถูกต้องตามขั้น C-A-B นั้นในด้านความแรงของการกดหน้าอกลึก 2 นิ้ว และความเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที บุคลากรสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกครั้ง แต่การเปลี่ยนรอบการกดทุก 2 นาที พบว่าปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 96.83 ขณะที่การวัดตำแหน่งก่อนการกดหน้าอกและกดหน้าอกได้ถูกต้องปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 95.24 และพบภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CPR ร้อยละ 1.61 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชาญชยานนท์ และคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่า ถ้าการช่วยฟื้นคืนชีพไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลทำให้พิการ เพิ่มเวลาในการนอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หรืออาจถึงแก่ชีวิตได้

ด้านการปฏิบัติที่พบว่ามีความถูกต้องน้อยที่สุด ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพโดยไม่ใช้แผ่นกระดานรองพบปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 83.87 จากการสอบถามพบว่าบางครั้งเกิดเนื่องจากความเร่งรีบในการช่วยฟื้นคืนชีพ และบางหน่วยงานแจ้งว่าพื้นเตียงมีความแข็งแรงเพียงพอ โดยไม่จำเป็นต้องใช้แผ่นกระดานรอง รองลงมา คือ การขานยาทวนคำสั่งแพทย์โดยพยาบาลผู้บริหารยาพบปฏิบัติถูกต้องร้อยละ 85.48 สำหรับการปฏิบัติสำคัญที่ยังต้องมีการพัฒนาสมรรถนะในการช่วยฟื้นคืนชีพ คือ การช่วยหายใจกรณีใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติมีอัตราการبيب ambu bag ในการช่วยหายใจถูกต้องร้อยละ 90.48

การที่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลมีทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพและเข้าใจ

แนวทางปฏิบัติของ CPR Guideline 2010 อยู่ในระดับสูง ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่บุคลากรได้ผ่านการอบรมด้าน CPR ทั้งการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงมาแล้ว อีกส่วนหนึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักและได้มีประสบการณ์จริงในการช่วยฟื้นคืนชีพ อย่างไรก็ตาม รายงานของ Boonmak และคณะ⁽⁷⁾ แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการช่วยฟื้นคืนชีพจะเพิ่มมากขึ้นได้จากการให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทและหน้าที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพ แต่ก็อาจคงอยู่ได้เพียงไม่กี่เดือน รวมทั้งอาจลดน้อยถอยลงตามเวลาที่ผ่านมาได้ โดยเฉพาะทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ อูรา แสงเงิน และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ระบุว่าควรมีการส่งเสริมการฟื้นฟูความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงแก่พยาบาลทุกคนในรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น

สรุป

การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพตาม CPR Guideline 2010 ของบุคลากรในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พบมีการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ การเข้าช่วยชีวิตของทีมบุคลากรภายใน 4 นาที กระบวนการช่วยนวดหัวใจเรื่องความแรง/การกดลึกอย่างน้อย 2 นิ้ว ความเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที และการบริหารยา

adrenalin (1:10,000) โดยพบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง ที่ร้อยละ 23.91 อย่างไรก็ตาม ยังมีการปฏิบัติอีกหลายประการที่ไม่ถูกต้องตามแนวทาง ซึ่งอาจส่งผลต่ออัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้น จึงควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูความรู้และฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูงแก่บุคลากรเป็นประจำทุกปี เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างต่อเนื่อง เพราะการพัฒนาประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่เป็นกำลังใจและมีส่วนช่วยเหลือให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. โสภณ กฤษณะรังสรรค์, เข้มชาติ หวังทวีทรัพย์, รัชนิ แซ่ลี, บรรณาธิการ. สรุปแนวทางปฏิบัติการช่วยชีวิต ปี ค.ศ. 2010. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจในพระบรมราชูปถัมภ์; 2553.
2. Suraseranivongse S, Chawaruechai T, Saengsung P, et al. Outcome of cardiopulmonary resuscitation in a 2300-bed hospital in a developing country. Resuscitation 2006;71:188-93.

3. กาญจนา วุฒิเจริญกิจ. ประสบการณ์การช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลประจำการ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน.[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่].ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
4. ยงยศ หัตถพรสวรรค์. การช่วยฟื้นคืนชีพ [เอกสาร]. กรุงเทพฯ: [ม.ป.ป.]; 2554.
5. ธวัช ขาญขุณยานนท์, ปิยวรรณ สุวรรณวงศ์, ศศิกานต์ นิมนารักษ์. ผลของการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2554;29:39-49.
6. Krittayaphong R, Saengsung P, Charuechai T, et al. Factors predicting outcome of cardiopulmonary resuscitation in a developing country: the Siriraj cardiopulmonary resuscitation registry. J Med Assoc Thai 2009;92:618-23.
7. Boonmak P, Boonmak S, Srichaipanha S, et al. Knowledge and skill after brief ACLS training. J Med Assoc Thai 2004;87:1311-4.
8. Boyde M, Wotton K. A review of nurses' performance of cardiopulmonary resuscitation at cardiac arrests. J Nurses Staff Dev 2001;17:248-55.
9. Zoch TW, Desbiens NA, DeStefano F, et al. Short-and long-term survival after cardiopulmonary resuscitation. Arch Intern Med 2000;160:1969-73.
10. อูรา แสงเงิน, สุพัตรา อุปนิสากร, ทิพนาส ชินวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพของพยาบาลโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์. 2555;32:1-10.

The Study of CPR Guideline 2010 Adopted by Staff at the Intensive Care Unit of Sanpasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani

Phitchayada Datawee Pattamanan Phupa* Tassaniya Kraisornsawat*
Rachaneeporn Sangwong* Pathidta Simanukrak* Supian Pokathip**

Abstract

Cardiac arrest was a crisis that needed help promptly, safely and effectively. However, there were variations in the practices, which may affect the survival rate of the patients. The aim of the study was to implement CPR Guideline 2010 by staff at intensive care unit, Sanpasitthiprasong Hospital. A pilot study was conducted between March 1, 2015 and July 31, 2015 among staff who provided resuscitation i.e. doctors, nurses, and nurse aids. Data were collected by observing practice by those who received the CPR Guideline 2010 and by patient records. Data were analyzed using descriptive statistics: percentage and mean. There were 46 patients with cardiac arrest, 63 times of resuscitations. The patients with cardiac arrest were found to be more male than female, and more in >60 years of age. The common diseases were pneumonia, congestive heart failure, respiratory failure, and upper GI bleeding, respectively. The pre-resuscitation conditions were bradycardia (51.61%) and the pre-resuscitation consciousness level was comatose (60%). The results of the CPR Guideline 2010 adoption revealed that all the resuscitation of the personnel team were within 4 minutes. The positioning and sites were correct 95.24%. Depression of at least 2 inches and speed of more than 100 times per minute were 100%. Chest pressure change every 2 minutes were 96.83%. The correct use of a ventilator was 90.48%. The use of resuscitation board was 82.54%. The correct adrenaline administration was 96.83%. And doctors' orders repeats by administrating nurses were 84.13%. Results from resuscitation indicated a 24 hours-survival rate of 23.91% and complications from resuscitation were 1.61%. Most of the staff were able to perform resuscitation according to CPR Guideline 2010 correctly. However, there were many other incorrect procedures. This may affect the survival rate of the patients. Training should be provided to renew the knowledge and practice of resuscitation for personnel every year to continuously improve their knowledge and skills.

Keywords: resuscitation, CPR Guideline 2010, survival rate, intensive care unit

* Registered Nurse. Department of Nursing, Sanpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปรีดา อารยาวิชานนท์*

บทคัดย่อ

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเริ่มตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง โดยระยะแรกจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเป้าหมายพื้นฐานของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด โดยประเด็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะอัมพาตครึ่งซีก ภาวะกลืนเนื้อเกร็ง ปัญหาด้านการรับรู้และการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อความหมาย ภาวะกลืนลำบาก ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะกลืนอุจจาระไม่ได้ และการประกอบกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการดูแลรักษาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะขึ้นกับความรุนแรงของอาการอ่อนแรง สมรรถภาพทางกาย โรคประจำตัวต่างๆ ภาวะทางสังคม อาชีพ เศรษฐฐานะ ความสามารถในการปรับตัว การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วย ซึ่งการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง กลับไปดำรงชีวิตอยู่ในสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ นอกจากนั้นการดัดแปลงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปโดยง่ายและมีความปลอดภัยมากขึ้น

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูผู้ป่วย

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น

บทนำ

เป้าหมายพื้นฐานของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด ซึ่งในการดูแลรักษาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะขึ้นกับความรุนแรงของอาการอ่อนแรง สมรรถภาพทางกาย โรคประจำตัวต่างๆ ภาวะทางสังคม อาชีพ เศรษฐฐานะ ความสามารถในการปรับตัว การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วย

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเริ่มตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่อย่างน้อย 48 ชั่วโมง โดยในระยะแรกจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่เคลื่อนไหว นานๆ เช่น ข้อติด แผลกดทับ ภาวะ orthostatic hypotension หรือภาวะเส้นเลือดดำอุดตัน (deep vein thrombosis) โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกันข้อติด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ด้วยตนเองโดยเร็ว รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยพลิกตัว ลูกนั่งบนเตียง และขึ้นลงรถเข็นนั่ง

การประเมินผู้ป่วยเพื่อรับการฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญ ทำให้ทราบสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อัมพาตครึ่งซีก ความผิดปกติของการรับรู้ ภาวะกลืนลำบาก ความผิดปกติของการพูดและการสื่อสาร เป็นต้น รวมทั้งสภาพทางครอบครัวและสังคม โรคประจำตัวต่างๆ แนวโน้มพยากรณ์ของโรค และความสามารถในการฟื้นฟูสภาพของ

ผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนั้นจะสำเร็จมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับสภาพและปัจจัยเฉพาะตัวผู้ป่วย โดยมีปัจจัยที่ช่วยบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการฟื้นฟูมีทั้งปัจจัยที่ส่งผลดีและผลทางลบ ดังนี้ ปัจจัยที่ส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ที่ดี มีการฟื้นตัวของการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงแต่ละมัดภายในเวลา 2-4 สัปดาห์ รวมทั้งการให้การสนับสนุนและการได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวและสังคม

ปัจจัยที่ส่งผลลบต่อการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ผู้ป่วยที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงอยู่ในระยะ flaccid นาน กล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนและต้นขาที่อ่อนแรงมีอาการเกร็งมาก ไม่สามารถควบคุมการขยับย้าย ปัสสาวะ อุจจาระ ภายในเวลา 1-2 สัปดาห์ มีปัญหาการละเลยร่างกายครึ่งซีกอย่างรุนแรง (severe unilateral neglect) เคยมีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีภาวะซึมเศร้า (post stroke depression) และการมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย

เป้าหมายและโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นกับความรุนแรงของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อน และโรคประจำตัวของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วโปรแกรมการฟื้นฟูจะครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้

1.การวางแผนการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ

ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้ดีขึ้นมากที่สุดตามศักยภาพ

2.การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองวิธีการดูแลและฟื้นฟู

3.การเลือกใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อช่วยในการยืน เดิน และการประกอบกิจวัตรประจำวัน

4.การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

5.การเพิ่มสมรรถภาพทั่วไปของร่างกายซึ่งถดถอยจากการไม่เคลื่อนไหวนาน (deconditioning)

6.ให้การปรึกษาปัญหาทางจิตใจและทางสังคมที่เกิดขึ้นตามมา

7.ฝึกให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่สังคมและประกอบอาชีพได้

8.ประเมินการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการฟื้นฟูสภาพ

สภาวะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ฟื้นฟูและจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะอัมพาตครึ่งซีก ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง ปัญหาด้านการรับรู้และการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อสาร ความหมาย ภาวะกลืนลำบาก ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะกลืนอุจจาระไม่ได้ และการประกอบ

กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.ภาวะอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia/hemiparesis)

ประมาณร้อยละ 88 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อครึ่งซีกร่างกายหรืออัมพาตครึ่งซีก ผู้ป่วยอาจมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีกของร่างกายเพียงบางส่วน (hemiparesis) หรือทั้งหมด (hemiplegia) ซึ่งพบได้ว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนขาข้างที่อัมพาตได้ ร่วมกับการลดลงหรือสูญเสีย tendon reflexes ในเวลาถัดมาจะมีการเพิ่มขึ้นของ deep tendon reflex และมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งในร่างกายซีกที่อัมพาต โดยเฉพาะการเกร็งของกล้ามเนื้อกลุ่ม flexors และ abductors ของแขน และกลุ่ม extensors และ adductors ของขา

การฟื้นจากการอ่อนแรงจะเกิดขึ้นภายหลังจากเริ่มมีอัมพาตครึ่งซีกแล้วประมาณ 6-33 วัน เริ่มจากมีการทำงานของกล้ามเนื้อเป็นกลุ่มก่อน โดยมีการฟื้นที่กล้ามเนื้อกลุ่ม flexor synergy ก่อน แล้วตามด้วยกลุ่ม extensor synergy ทั้งนี้ การฟื้นตัวของการทำงานของกล้ามเนื้อขามักจะเกิดขึ้นก่อน และมีการฟื้นตัวที่ดีกว่ากล้ามเนื้อส่วนแขน การฟื้นตัวส่วนใหญ่เกิดภายใน 3 เดือนแรก หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีกล้ามเนื้อเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่มีการฟื้นตัวภายหลัง 6 เดือนไปแล้ว และเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น อาการเกร็งของกล้ามเนื้อจะค่อยๆ ลดลง แต่ deep tendon reflex ที่ตอบสนองเร็วขึ้นจะยังคง

อยู่ แม้ว่ากำลังของกล้ามเนื้อจะฟื้นจนปกติแล้ว

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อส่วนแขนและมือที่อัมพาต ได้แก่ 1) ความรุนแรงของอาการอ่อนแรงของแขน ถ้าแขนข้างที่อัมพาตไม่มีกำลังของกล้ามเนื้อเหลืออยู่เลย โอกาสการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อจนสามารถใช้งานได้จะน้อยมาก มีเพียงร้อยละ 9 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เท่านั้นที่สามารถฟื้นตัวจนใช้งานได้ 2) ระยะเวลาที่เริ่มเคลื่อนไหวมือข้างที่อัมพาตได้ พบว่า ถ้าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวมือได้บางส่วนภายใน 4 สัปดาห์แรก มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วย จะมีโอกาสที่กล้ามเนื้อฟื้นตัวจนใช้งานได้

Brunstrom (1966, 1970) และ Sawner (1992) ได้แบ่งขั้นตอนของการฟื้นตัวของระบบควบคุมกล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาต เป็น 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 Flaccidity ในระยะนี้กล้ามเนื้อจะไม่มีกำลังและไม่มีแรงดึงตัว

ระยะที่ 2 Spasticity กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงเริ่มมีอาการเกร็ง มีการเคลื่อนไหวแบบ basic synergy ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อที่มี synergy ได้เล็กน้อย

ระยะที่ 3 Voluntary control ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวแขนขาส่วนที่อัมพาตได้มากขึ้น แต่ยังมีการเคลื่อนไหวแบบ synergy อยู่ และกล้ามเนื้อมีอาการเกร็งมากขึ้น

ระยะที่ 4 ผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อที่ไม่อยู่ใน synergy ได้ แต่ synergy patterns ยังคงมีอยู่ ขณะที่กล้ามเนื้อเกร็งลดลง

ระยะที่ 5 ถ้ายังมีการฟื้นตัว ผู้ป่วยจะ

สามารถควบคุมกล้ามเนื้อได้ดีขึ้นและกล้ามเนื้อจะเกร็งลดลงอีก

ระยะที่ 6 อาการเกร็งหายไป ผู้ป่วยสามารถควบคุมกล้ามเนื้อให้เคลื่อนไหวข้อต่อแต่ละข้อได้ และประสานการเคลื่อนไหวได้ปกติ

การดูแลรักษาและการฟื้นฟูปัญหาอัมพาตครึ่งซีก แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.1 ระยะอ่อนปวกเปียก (flaccid) ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก โดยความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะน้อยกว่าปกติ พบได้หลังจากสมองได้รับอันตราย โดยที่กล้ามเนื้อจะไม่ทำงานเนื่องจากขาดการสั่งงานจากระบบประสาทส่วนกลาง ในระยะนี้อาจมีปัญหาข้อไหล่หลุด (shoulder subluxation) ได้ง่าย เนื่องจากกล้ามเนื้อและเอ็นต่างๆ ที่หุ้มรอบข้อไม่สามารถยึดหัวกระดูกต้นแขนให้อยู่ในเบ้าได้อย่างมั่นคงเมื่อถูกถ่วงดึงด้วยน้ำหนักของแขน การรักษาในระยะนี้จะเน้นในแง่ของการป้องกันการยึดติดของข้อ ป้องกันข้อไหล่หลุด และรักษาช่วงพิสัยการเคลื่อนไหวให้อยู่ในภาวะปกติ โดยมีแนวทางดังนี้

1.1.1 การรักษาพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (maintain joint range of motion) ทำโดยวิธีการ passive range of motion (PROM) เป็นการขยับให้ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวเต็มที่ในทุกทิศทาง การเคลื่อนไหวของแต่ละข้ออย่างน้อย 3 ครั้ง วันละ 2 รอบ ในส่วนข้อสะบัก ข้อไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ข้อมือ ข้อนิ้วมือ ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้าและข้อนิ้วเท้า การทำ PROM นอกจากเป็นการป้องกันข้อติดที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ยังเป็นการเรียนรู้การ

เคลื่อนไหว (motor relearning) โดยการกระตุ้นการรับรู้สัมผัสของข้อต่อ นอกจากนั้นผู้ป่วยยังอาจฝึกเคลื่อนไหวด้วยตนเอง โดยอาศัยอุปกรณ์ต่างๆ เช่น skate board ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดัดแปลงทำบนโต๊ะ (รูปที่ 1) ตัว skate ทำจากแผ่นกระดานติดล้อยี่สายรัด สามารถเคลื่อนที่ไปได้ทุกทิศทาง มีความฝืดน้อยหรือไม่มีเลย ผู้ป่วยจะวางแขนข้างที่อ่อนแรงลงบนแผ่นกระดาน จัดทำให้ข้อมือกระดูกขึ้น ใช้แขนข้างปกติช่วยดันให้ skate เคลื่อนไปในทิศทางต่างๆ ขณะที่เคลื่อนไหวจะมีการเหยียดงอศอก หุบและกางข้อไหล่ นอกจากจะเป็นการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของแขนแล้ว ยังเป็นการฝึกการทรงตัวในท่านั่งไปพร้อมกันด้วย

รูปที่ 1 การทำ skate board



1.1.2 การจัดท่า (positioning) เป็นการ จัดท่าในขณะนอนบนเตียง ซึ่งอาจแนะนำญาติให้ทำ โดย 1) จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย 2) ศีรษะอยู่ในแนวกลางลำตัวและหนุนหมอน 3) ใช้หมอนรองใต้แขนข้างที่เป็นอัมพาตบริเวณสะบัก

เพื่อป้องกัน scapular retraction 4) จัดให้ศอกเหยียดหรืองอเล็กน้อย และข้อมือกระดูกขึ้น 5) จากนั้นใช้หมอนรองหรือหนุนขาข้างที่เป็นอัมพาต เพื่อป้องกันข้อสะโพกแบะออก (hip abduct and external rotate) 6) จัดให้เข่าเหยียด ส่วนข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ (neutral) โดยมีแผ่นกระดานหรือหมอนพุงไว้เพื่อป้องกันเท้าตก (foot drop)

1.1.3 การพยุง (supporting) คือ การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยในการประคองเพื่อป้องกันการหลุดของข้อไหล่ (shoulder subluxation) (รูปที่ 2) หรือจัดทำของมือและแขน โดยใช้ อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ (shoulder sling)

รูปที่ 2 แสดงการหลุดของข้อไหล่ข้างซ้าย



1.2 ระยะเกร็ง (spasticity) ในระยะนี้ กล้ามเนื้อของร่างกายซีกที่มีอาการอ่อนแรงจะมีความตึงตัวมากกว่าปกติ (hypertonic) และมี stretch reflex เร็วขึ้น ทำให้ขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการเกร็งมากจะทำให้ร่างกายอยู่ในท่าที่มีความผิดปกติ ได้แก่ scapular retraction, shoulder adduction and internal rotation, forearm pronation, wrist flexion

and ulnar deviation, knee extension, ankle dorsiflexion and inversion

การรักษาฟื้นฟูในรยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ป้องกันข้อติดหรือ contracture ของกล้ามเนื้อและเอ็น เพื่อเรียนรู้การเคลื่อนไหวและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ถูกต้อง ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นและสามารถทำงานได้

เทคนิคที่ใช้ในการรักษาในรยะ spastic จะใช้การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง การยับยั้งข้อต่อ การฝึกการทรงตัว การควบคุมท่าทางร่วมกับการใช้เทคนิคทาง neurophysiological ต่างๆ เพื่อการกระตุ้นการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อ เช่น sensory stimulation เทคนิคของ Bobath's เทคนิคของ Bronnstrom และเทคนิคทาง proprioceptive neuromuscular facilitation เป็นต้น

1.3 ระยะเวลาฟื้นตัว (recovery) ในรยะนี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมการเคลื่อนไหวได้ กล้ามเนื้อทำงานประสานกันได้ดีขึ้น แต่ทักษะการเคลื่อนไหวต่างๆ ยังไม่ดีพอ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีการฟื้นตัวเลย เช่น มีอาการอ่อนปวกเปียกตลอด หรือบางรายอาจอยู่ในรยะเกร็งเป็นเวลานาน จนทำให้ไม่มีโอกาสฟื้นตัวเช่นกัน

การรักษาในรยะนี้เป็นการเพิ่มทักษะการเคลื่อนไหวของแขนขา ฝึกการทำงานของมือและควบคุมอาการเกร็งที่ลดลงแล้ว โดยการจัดท่าทางการเคลื่อนไหวเพื่อไม่ให้อาการเกร็งเพิ่มกลับมาอีก การรักษาในระยะนี้จะคาบเกี่ยวกันมาก

กับการรักษาในรยะเกร็ง การเคลื่อนไหวที่ฝึกในรยะนี้เน้นการเคลื่อนไหวในทิศทางต่างๆ ร่วมกับการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร หวีผม ล้างหน้า ฝึกกลืน ฝึกยืนและเดินด้วยตัวเอง

การฝึกการเคลื่อนไหวและการทำงานของแขนและมือ เริ่มจากฝึกทำกิจกรรมที่ใช้สองมือร่วมกัน (bilateral activity) ให้มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ เพื่อเพิ่มทักษะและความคล่องตัว ไม่ควรเน้นกิจกรรมที่ต้องออกแรงต้านมากๆ และควรเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวโดยอัตโนมัติ เช่น ตามจังหวะดนตรี โดยมีแนวทางการฝึกดังนี้

1.3.1 การเคลื่อนไหวแขน ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนไปข้างหน้าตั้งฉากกับลำตัว เกร็งค้างไว้ ผู้บำบัดรักษาเคาะเบาๆ บริเวณกล้ามเนื้อ deltoid แล้วเริ่มให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อไหล่ในช่วงสั้นๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น การช่วยกระตุ้นกล้ามเนื้อ triceps จะทำให้การเหยียดข้อศอกดีขึ้นด้วย

1.3.2 การให้ผู้ป่วยออกแรงผลักดันของหรือผนังห้อง เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อ serratus anterior ให้ยืดออกและทำงานได้ดีขึ้น

1.3.3 การคว่ำหน้ามือ โดยหยายมือขณะข้อศอกงอ และคว่ำมือขณะศอกเหยียด เสริมด้วยกิจกรรมที่ช่วยหยายคว่ำมือ เช่น หยิบลูกบาศก์ในทิศทางต่างๆ ขันสกรู หมุนฝาขวด ปิดฝาขวด เป็นต้น

1.3.4 การกระดกข้อมือโดยให้ผู้ป่วยเกร็งค้างไว้ ฝึกให้ผู้ป่วยกำมือขณะกระดกข้อมือและเหยียดศอก เกร็งค้างไว้ในท่านั้นแล้วเหยียดนิ้ว

มือออก ทำซ้ำๆ ร่วมกับฝึกการกางนิ้วหัวแม่มือ การกำมือและการใช้นิ้วมือหยิบจับในท่าต่างๆ

ในทางปฏิบัติแล้วนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดมีส่วนสำคัญในการฝึกผู้ป่วยเพื่อให้มีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อที่อัมพาต โดยใช้วิธีการฝึกแบบดั้งเดิม เช่น การจัดท่า การออกกำลังกาย เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ เป็นต้น รวมทั้งวิธีการฝึกแบบใหม่ซึ่งมีหลักการกระตุ้นให้เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อที่แตกต่างกันไป ได้แก่ วิธี proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF), Bobath's technique, Brunstrom approach, และ sensorimotor approach (Rood)

2.ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง (spasticity)

อาการกล้ามเนื้อเกร็งที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเกิดขึ้นในกล้ามเนื้อแขนกลุ่ม flexor synergy และกล้ามเนื้อขา กลุ่ม extensor synergy อาการกล้ามเนื้อเกร็งจะเกิดเวลาเคลื่อนไหวข้อต่อที่กล้ามเนื้อเกาะอยู่แบบ passive กล้ามเนื้อจะเกร็งหรือมีแรงต้านมากขึ้นถ้าเคลื่อนไหวในความเร็วที่มากขึ้น นอกจากนี้ถ้ามีสิ่งเร้าที่เป็นอันตรายมากระตุ้นร่างกายส่วนที่อัมพาต อาการกล้ามเนื้อเกร็งก็จะมากขึ้น

การรักษาามีหลายวิธี ขึ้นกับความรุนแรงของอาการเกร็ง การรบกวนต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการใช้ประโยชน์จากอาการกล้ามเนื้อเกร็งที่เกิดขึ้น เช่น ช่วยในการยืนหรือเดิน วิธีการรักษาอาการกล้ามเนื้อเกร็งมีดังนี้

2.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ การยืดกล้ามเนื้อที่เกร็ง (stretching program) การใช้กายอุปกรณ์เสริม (orthosis) การใช้เฝือกปูน (serial casting) เพื่อยืดกล้ามเนื้อที่เกร็ง การใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้น (electrical stimulation) และการประคบด้วยความเย็น

2.2 การใช้ยาลดเกร็ง ได้แก่ ยาในกลุ่ม benzodiazepins, baclofen, dantrolene, alpha agonist และ tizanidine ซึ่งการใช้ยาเหล่านี้ในผู้ป่วย stroke อาจต้องคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาร่วมด้วย

2.3 การฉีดยาเพื่อลดอาการเกร็ง ได้แก่ 1) Botulinum toxin มักใช้ฉีดเพื่อลดอาการเกร็งในกล้ามเนื้อมัดเล็กบริเวณแขนและขา เช่น กล้ามเนื้อ brachioradialis, wrist flexors, finger flexors ที่แขน และกล้ามเนื้อ toe flexors, ankle invertors ที่ขา แต่ก็เป็นยาที่ยังมีราคาแพง 2) Phenol เป็นยาที่มีราคาถูกกว่า ใช้ฉีดเพื่อลดอาการเกร็งในกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น hip adductors, hip extensors, biceps เป็นต้น

2.4 Intrathecal baclofen มีราคาแพงมาก และยังมีประสบการณ์การใช้จำกัดในการใช้เพื่อลดกล้ามเนื้อเกร็งในประเทศไทย

2.5 การผ่าตัดเพื่อลดอาการเกร็ง เช่น myotomy, tendon lengthening เป็นต้น มีการใช้รักษาอาการเกร็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองน้อย มักใช้รักษาเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงาน ลดอาการปวด และเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขอนามัย

3.ปัญหาด้านการรับรู้และการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ที่พบในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้แก่

3.1 ความผิดปกติของการรับรู้ body image และ body scheme คือ การรับรู้เกี่ยวกับภาพพจน์หรือหน้าที่ของร่างกายทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก การรับรู้ส่วนต่างๆ ของร่างกาย (body image) และการรู้จักชื่อตำแหน่งและความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ของร่างกาย (body scheme) ซึ่งความผิดปกติในด้าน body image และ body scheme จะทำให้เกิดปัญหาดังนี้

3.1.1 Somatognosia หมายถึง การสูญเสียการรับรู้โครงสร้างของร่างกาย บอกชื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่ได้ ไม่รู้ถึงความสัมพันธ์ของอวัยวะแต่ละส่วน สามารถทดสอบผู้ป่วยได้โดยการให้ชี้บอกส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรือให้วาดรูป/ต่อรูปภาพคน ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนี้จะไม่สามารถทำได้ วิธีการรักษาจะใช้วิธีกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ใหม่โดยใช้มือสองข้างทำงานร่วมกัน เช่น ใส่เสื้อผ้า สัมผัสส่วนต่างของร่างกายพร้อมกับบอกชื่อ หรือนำกิจกรรมต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการรักษา เช่น การต่อรูปภาพคน เป็นต้น

3.1.2 Unilateral neglect หมายถึง การละเลยร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถผสมผสานการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายซีกที่เป็นอัมพาตโดยเฉพาะซีกซ้าย อาจพบร่วมกับการมีความผิดปกติด้านสายตา เช่น hemianopsia ทดสอบได้โดยการให้ผู้ป่วยวาดภาพคนหรือหน้าฬิกา

ผู้ป่วยจะวาดเพียงครึ่งซีกอีกส่วนหนึ่งจะขาดหายไป การรักษาจะกระตุ้นในผู้ป่วยสัมผัสร่างกายซีกที่เป็นโดยใช้ผ้าหรือแปรงนุ่มๆ หรือนำเอากิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวข้ามแนวกลางลำตัวมาใช้ เช่น หยิบ peg board ใส่ตะกร้า, skate board, ใช้กระจกช่วยส่องในขณะแต่งตัว เป็นต้น

3.1.3 Anosognosia เป็นการละเลยร่างกายซีกที่เป็นอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจะปฏิเสธไม่สนใจร่างกายของตนเองเลย

3.1.4 Right / Left discrimination ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจหรือแยกความแตกต่างระหว่างข้างซ้ายและขวาได้

3.2 Figure ground หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะวัตถุออกจากกลุ่มภาพหรือกลุ่มวัตถุอื่นๆ ที่อยู่เบื้องหลังได้ ทดสอบได้โดยให้ผู้ป่วยหยิบสิ่งของออกจากของหลายๆ ชิ้นที่อยู่รวมกัน หรือให้แยกรูปภาพที่วางซ้อนกันอยู่ การรักษาโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยแยกวัตถุออกมาจากกลุ่มที่มีวัตถุรวมกันอยู่หลายๆ ชนิด

3.3 Form constancy เมื่อมีความผิดปกติ ผู้ป่วยจะจำวัตถุที่คุ้นเคยไม่ได้เมื่อวัตถุนั้นมีขนาดรูปร่างหรือสีผิดไป หรือเมื่อวางผิดลักษณะ เช่น เมื่อเอากางเกงว่าไว้ จะจำไม่ได้ หรือเกิดความสับสนในการแยกระหว่างเหยือกน้ำกับกระโถนปัสสาวะ การรักษาโดยให้กิจกรรมเลือกจับคู่ของที่มีรูปทรงเหมือนกัน การแยกเสื้อผ้าที่กองรวมกัน เช่น เสื้อแขนยาว กางเกงขาสั้น และการแยกตัวอักษรตัวใหญ่และตัวเล็ก (A – a) รวมทั้งการนำเอารูปทรงต่างๆ มาให้รู้จัก เป็นต้น

3.4 Position in space เป็นความสามารถในการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุต่อวัตถุ หรือวัตถุกับตัวเอง ถ้ามีปัญหาผู้ป่วยจะไม่สามารถเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างวัตถุ เช่น อยู่บน ล่าง ซ้าย หรือขวา อาจฝึกผู้ป่วยโดยใช้ลูกบาศก์วางบนโต๊ะ 1 อัน แล้วให้ผู้ป่วยนำเอาลูกบาศก์อีกอันวางไว้ในตำแหน่งต่างๆ เช่น วางต่อข้างบน ข้างซ้าย ข้างขวา เป็นต้น

3.5 Spatial relations เป็นการรับรู้ทางสายตาที่สามารถรับรู้ถึงตำแหน่งของวัตถุ 2-3 สิ่งที่มีสัมพันธ์กับสิ่งอื่นหรือตัวเอง หรือสามารถเติมส่วนของภาพที่ขาดหายไปได้อย่างถูกต้อง การรักษาโดยให้ผู้ป่วยวางแท่งไม้เลียนแบบจากผู้รักษา การต่อจุดหรือลากเส้นจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง การต่อรูปภาพ การวาดรูป 3 มิติ เป็นต้น

3.6 Apraxia ผู้ป่วยไม่สามารถจะเลียนแบบการกระทำ การเคลื่อนไหวต่างๆ ได้ ทดสอบโดยการให้ผู้ป่วยคว่ำหามือสลับกันตามผู้บำบัด การต่อ block เป็นรูปร่างต่างๆ แล้วให้ผู้ป่วยทำตาม หรือให้ผู้ป่วยฝึกใส่เสื้อผ้า โดยอาจทำสัญลักษณ์เพื่อป้องกันการสับสน เช่น ติดสีที่กระดุมเป็นคู่ๆ หรือฝึกการเคลื่อนไหวง่ายๆ เลียนแบบตามผู้รักษาทีละขั้นตอน แล้วค่อยเพิ่มความซับซ้อนมากขึ้น

3.7 Agnosia หมายถึง การสูญเสียความจำเกี่ยวกับวัตถุ หรือการเสียความจำวัตถุเมื่อใช้การคลำหรือสัมผัส แม้ว่าจะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาและการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ สามารถฝึกได้โดยการนำเอาสิ่งของในชีวิตประจำวันหรือสิ่งใกล้

ตัวมาอธิบายและฝึกการทำก่อน หรือใช้หลักการ sensory integration มากระตุ้น โดยใช้แรงกดบริเวณฝ่ามือสัมผัสพื้นผิวต่างๆ ที่มีความหยาบต่างกัน หรือปิดตาคลำสิ่งของแล้วบอกชื่อสิ่งของที่คลำ

4.ความผิดปกติทางภาษาและการสื่อความหมาย (aphasia)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีความผิดปกติของการใช้ภาษาและการสื่อความหมายเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง โดยอาจพบลักษณะได้หลายลักษณะ ได้แก่ การรับรู้ความหมายของคำพูดที่ได้ยินผิดปกติ ความผิดปกติของการพูด เช่น พูดคำที่ไม่มี ความหมาย พูดไม่ได้ หรือเรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความผิดปกติของการอ่าน การเขียน และการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง

ปัญหา aphasia แบ่งได้หลายชนิดขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพที่สมองซึ่งจะสัมพันธ์กับชนิดของ aphasia เช่น พยาธิสภาพที่ posterior-inferior frontal lobe ของ dominant hemisphere จะทำให้เกิด Broca's aphasia (motor aphasia) ผู้ป่วยจะสามารถความเข้าใจคำพูดที่ได้ยิน แต่ไม่สามารถพูดออกเสียงได้

การฟื้นตัวจากภาวะ aphasia จะเกิดขึ้นเร็วในช่วง 2-3 เดือนแรก หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่การฟื้นตัวจะเกิดขึ้นน้อยลงภายหลังจาก 6 เดือนไปแล้ว การดูแลรักษาปัญหา aphasia สามารถใช้การรักษาทางอรรถบำบัดโดยนักอรรถบำบัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความหมายของคำพูดและพูดออกเสียงได้ดีขึ้น

5.ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia)

ภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 30-45 พบบ่อยในผู้ป่วยที่เกิดพยาธิสภาพบริเวณก้านสมอง และผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทั้ง 2 ซีกของสมองจะมีภาวะกลืนลำบากมากกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกเดียว

ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากจะมีความเสี่ยงต่อการสำลักอาหาร ซึ่งอาจสังเกตได้จากผู้ป่วยที่มีอาการไอภายหลังจากกลืนน้ำหรืออาหาร มีเสียงพูดผิดปกติหรือพูดไม่ชัด มีความผิดปกติของ gag reflex และมีเสียงเปลี่ยนไปภายหลังจากกลืนน้ำหรืออาหาร การสำลักอาหารในผู้ป่วยที่กลืนลำบากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก

การดูแลรักษาภาวะกลืนลำบากและการป้องกันการสำลักทำได้โดยการฝึกกลืน ซึ่งให้การรักษาโดยนักกิจกรรมบำบัด ขณะที่ฝึกผู้ป่วยต้องมีความรู้สึกตัวดี สามารถนั่งทรงตัวได้ในขณะที่ฝึกการกลืน อาจใช้วิธีก้มศีรษะลงขณะกลืน (chin tuck) และให้ผู้ป่วยหันหน้าไปทางข้างที่อัมพาตเพื่อป้องกันการสำลัก

การฟื้นฟูจากภาวะกลืนลำบากนั้น มีการศึกษาของ Gresham (1990) พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษามีความสามารถทานอาหารได้ในขณะที่ออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ Logemann (1991) รายงานว่าการฟื้นตัวจากภาวะกลืนลำบากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ก้านสมองจะเกิดภายใน 3 สัปดาห์แรกภายหลังจากเกิดโรค

หลอดเลือดสมอง

6.ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (uninhibited bladder)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้จะพบว่ามีปัสสาวะราดเมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะ แต่ไม่มีปัญหาปัสสาวะเหลือค้างภายหลังจากปัสสาวะออกไปแล้ว อุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบได้ประมาณร้อยละ 5-70 และภายหลังจากเกิดโรค 6 เดือนไปแล้ว อุบัติการณ์ของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้จะลดเหลือร้อยละ 15 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรทั่วไปในช่วงอายุเดียวกันที่ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลรักษาปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้สามารถทำได้โดยการจำกัดปริมาณน้ำดื่มที่ได้รับต่อวัน และแบ่งให้ดื่มเป็นเวลา กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะเป็นเวลาโดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยปวดปัสสาวะ ให้การรักษาภาวะที่อาจกระตุ้นให้ปัสสาวะราดมากขึ้น เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาปัสสาวะราดและวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาปัสสาวะราดลดลง แต่ถ้ายังมีปัญหาอยู่อาจพิจารณาให้ยากลุ่ม anticholinergic เช่น oxybutynine HCL ในขนาดต่ำ

7.ภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ (uninhibited bowel)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหานี้เมื่อมีอาการปวดอุจจาระจะกลั้นอุจจาระไม่ได้ พบ

อุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 31 ของผู้ป่วย ปัญหา
นี้ส่วนใหญ่จะหายภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังเกิด
โรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาอุจจาระราดอาจ
เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในทางเดินอาหาร การ
เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปขับถ่ายในห้องน้ำ และปัญหา
การสื่อสารของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถบอกผู้ดูแล
ได้ว่ามีอาการปวดอุจจาระ

การดูแลรักษา ทำได้โดยให้การรักษา
ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เช่น การติดเชื้อทางเดินอาหาร
กระตุ้นให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ฝึกการ
เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องน้ำและฝึกการสื่อสาร
ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้
รับประทานอาหารที่มีกากและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ อาจใช้
เทคนิคการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ให้อา
หารอ่อนๆ เพื่อให้อุจจาระนุ่ม ใช้ยาเหน็บหรือ
สบู่น้ำมันทวาร

8.ปัญหาการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจวัตรประจำวัน หมายถึงกิจกรรมต่างๆ
ที่บุคคลทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่ตื่น
นอนตอนเช้าถึงตอนเข้านอน การพลิกตัวบนเตียง
การนั่ง การยืน การเดิน การทำสุขอนามัยส่วน
บุคคล รวมทั้งการรับประทานอาหาร ล้างหน้า
แปรงฟัน แต่งหน้า ใส่เสื้อผ้า ดูแลทำความสะอาด
ร่างกาย เป็นต้น

หลักการทั่วไปในการฝึกกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

8.1 ก่อนให้ผู้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมใดๆ ผู้
บำบัดการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจจุดประสงค์ในการ
ฝึก ควรบอกขั้นตอนต่อไปในการฝึกของแต่ละ

กิจกรรม การแนะนำการฝึกนอกจากการพูดด้วย
วาจาแล้ว การดูภาพจากเอกสารแผ่นพับหรือ VDO
อาจจำเป็น เพราะผู้ป่วยและญาติอาจหลงลืมได้

8.2 ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีการ
เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การรับรู้
การสื่อสาร ดังนั้นผู้บำบัดต้องเข้าใจเกี่ยวกับ
สภาพของผู้ป่วยเพื่อง่ายต่อการนำหลักการและวิธี
การต่างๆ มาฝึกผู้ป่วย

8.3 การช่วยเหลือของผู้บำบัดควรกระทำ
เท่าที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ช่วยเหลือตัวเองใน
แต่ละขั้นตอน

8.4 กิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมที่มีขั้น
ตอนต่อเนื่องกัน สัมพันธ์กันในแต่ละขั้นตอน หาก
ผู้ป่วยทำกิจกรรมขั้นแรกๆ ได้ไม่ดี จะมีความ
ลำบากในการฝึกทำกิจกรรมขั้นต่อไป

8.5 เทคนิคและวิธีการในฝึกกิจวัตร
ประจำวันมีหลากหลาย ต้องเลือกใช้ให้เหมาะกับ
ผู้ป่วยแต่ละคน

การฝึกการประกอบกิจวัตรประจำวันใน
ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองแบ่ง
ออกเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร
(eating) 2) การดูแลสุขอนามัย (hygiene &
grooming) 3) การแต่งกาย (dressing) 4) การ
ใช้ห้องน้ำ การขับถ่าย (toileting) 5) การ
เคลื่อนไหวตัวบนเตียง (bed mobility) 6) การ
เคลื่อนย้ายตัว (transfer) 7) การเคลื่อนที่ เช่น การ
เดิน การใช้รถเข็น

ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะร่วมกันประเมิน
และตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูให้แก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้

ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วย โปรแกรมการฝึกนั้นระยะแรกทางนักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดจะเน้นการฝึกเพื่อควบคุมและเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อส่วนที่อ่อนแรงก่อน โดยนักกิจกรรมบำบัดจะเน้นการฝึกให้ผู้ป่วยให้สามารถใช้งานแขนข้างที่อ่อนแรงให้ได้ดีขึ้น และฝึกให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหาร ดูแลสุขอนามัย แต่งกาย และ การทำความสะอาดร่างกายได้ด้วยตนเอง ในกรณีที่แขนข้างที่ถนัดมีอาการอ่อนแรงและยังไม่ได้ใช้งาน อาจต้องฝึกให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่ดีทำกิจวัตรประจำวันแทน

ส่วนนักกายภาพบำบัดจะเน้นในการฝึกและกระตุ้นให้กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงมีกำลังมากขึ้น และผู้ป่วยสามารถควบคุมได้ดีขึ้น ฝึกการพลิกตัว ลุกนั่งบนเตียง การทรงตัวในท่านั่ง การลุกยืน การทรงตัวในท่านยืนและการเดิน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงหรือมีความผิดปกติทางระบบประสาทมากจนไม่สามารถฝึกการยืนและเดินได้ ทางนักกายภาพบำบัดจะฝึกให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปรถเข็น และฝึกการใช้รถเข็นนั่งแทนการฝึกเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย (spatial orientation) และความสามารถในการรับรู้และเรียนรู้ของผู้ป่วย (cognitive function) โดยทั่วไป ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการทรงตัวจะสามารถเดินได้ช้าและมีเข่า

เหยียดแข็งตรงในช่วงจังหวะการก้าวเดิน ผู้ป่วยจะไม่สามารถปรับการเดินบนทางไม่เรียบได้ เนื่องจากระยะเวลาของการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อในระหว่างการเดินผิดปกติ

การฝึกเดินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปจะฝึกให้ผู้ป่วยเดินบนพื้นทางเดิน ซึ่งมีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยยอมลงน้ำหนักที่ขาข้างอ่อนแรงเนื่องจากกลัวหกล้ม ในปัจจุบันมีการใช้เครื่องมือ body weight supported treadmill มาช่วยในการฝึกเดิน เครื่องมือนี้จะประกอบไปด้วยลู่วิ่งเดินและเครื่องพยุงน้ำหนัก ซึ่งจะช่วยลดการลงน้ำหนักตัวบนขาข้างที่อ่อนแรงได้ถึงร้อยละ 40 ช่วยให้จังหวะการก้าวเดินดีขึ้น ในผู้ป่วยที่อ่อนแรงมากอาจต้องให้นักกายภาพบำบัดช่วยจัดวางตำแหน่งของขาที่อ่อนแรงตามจังหวะการก้าวเดิน และควบคุมสะโพกของผู้ป่วยไม่ให้เอียงไปทางด้านข้าง เมื่อผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้นและไม่ต้องให้นักกายภาพบำบัดช่วยแล้ว ก็จะค่อยๆ ลดการพยุงน้ำหนักลงและเพิ่มความเร็วของลู่วิ่งเดินขึ้น ผู้ป่วยที่ฝึกด้วยเครื่องมือนี้จะเดินได้ในความเร็วที่มากกว่า มีการทรงตัวที่ดีกว่า และมีการฟื้นตัวของกล้ามเนื้อที่ดีกว่าการฝึกเดินบนพื้นปกติ แต่การฝึกเดินด้วยเครื่องมือนี้ก็ยังมีข้อจำกัดที่ต้องให้นักกายภาพบำบัดช่วยในระหว่างการฝึก 2 คน

การประเมินและการดัดแปลงสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

สภาพบ้านในที่นี้ หมายถึง สภาพของที่อยู่อาศัยทั้งบริเวณภายในและภายนอกอาคาร การประเมินสภาพบ้านจำเป็นต้องอาศัยข้อมูล

เกี่ยวกับตัวผู้ป่วยและญาติร่วมกันไปด้วยเพื่อให้ประกอบกรประเมิน และเพื่อให้คำแนะนำในการออกแบบ ดัดแปลงสภาพบ้าน ให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการดัดแปลงสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปโดยง่ายและมีความปลอดภัยมากขึ้น โดยมีประเด็นที่ต้องพิจารณาในแต่ละส่วนของบ้าน ดังนี้

1.ทางเข้าสู่ตัวอาคาร บริเวณที่ยกระดับสูงจากพื้นหรือมีบันไดหลายชั้นต้องจัดให้มีทางลาดสำหรับผู้ใช้เก้าอี้ล้อเข็น โดยทางลาดที่เหมาะสมควรมีความชันไม่เกิน 5 องศา หรือความสูงต่อความยาวไม่น้อยกว่า 1 ต่อ 12 ความกว้างของทางลาดควรมากกว่า 90 เซนติเมตร สำหรับเดินทางเดียว พื้นทางลาดควรออกแบบให้มีขั้นกันลื่น ถ้าทางลาดมีความสูงเกิน 15 เซนติเมตร ต้องทำราวเกาะกันไว้ทั้ง 2 ข้าง ในกรณีที่ทางลาดยาวเกิน 10 เมตรขึ้นไป หรือมีทางลงสู่ถนนโดยตรง ต้องออกแบบให้มีที่พักหรือทำแบบหักมุม และที่พักบริเวณก่อนขึ้นลงทางลาดควรมีพื้นที่อย่างน้อย 1.5 x 1.5 ตารางเมตร

2.บันได ต้องไม่ชันมากเกินไป ขนาดขั้นบันไดที่เหมาะสมคือ สูง 14 เซนติเมตร และกว้าง 32 เซนติเมตร บันไดต้องมีราวเกาะทั้ง 2 ข้าง ความสูงของราวเกาะที่เหมาะสมคือ ประมาณ 90 เซนติเมตร สำหรับผู้ใหญ่ และ 75 เซนติเมตร สำหรับเด็ก ขนาดของราวเกาะควรมีเส้นผ่าศูนย์กลางระหว่าง 1.25 ถึง 5 เซนติเมตร และมีผิวไม่ลื่นเพื่อให้จับได้อย่างมั่นคง

3.ประตู ควรกว้างไม่น้อยกว่า 81.5 เซนติเมตร หรือกว้างมากกว่าความกว้างของเก้าอี้ล้อเข็น การเปิด-ปิดประตูต้องทำได้โดยง่าย โดยทั่วไปประตูแบบเปิดออกจะสะดวกกว่าแบบเปิดเข้า การใช้ประตูแบบเลื่อนเปิด-ปิด โดยเฉพาะแบบเปิด-ปิดอัตโนมัติจะสะดวกต่อผู้พิการมากที่สุด และไม่ควรให้มีธรณีประตู แต่ถ้ามีความสูงก็ไม่ควรเกิน 1.3 เซนติเมตร

4.พื้นภายในตัวอาคาร ควรมีระดับเดียวกันตลอดทั้งชั้นและไม่ลื่น ถ้าต่างระดับกันควรจัดให้มีทางลาด

5.ทางเดิน ควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 91.5 เซนติเมตร ถ้าต้องการให้เก้าอี้ล้อเข็นสามารถเข็นสวนทางกันได้ (เช่น ภายในโรงพยาบาล) ควรมีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.52 เมตร พื้นทางเดินควรเป็นพื้นเรียบแต่ไม่ลื่น และไม่มีสิ่งกีดขวาง

6.อุปกรณ์และเครื่องใช้ภายในบ้าน เติงควรมีความสูงเท่ากับความสูงของที่นั่งเก้าอี้ล้อเข็นหรือสูงประมาณ 48-52 เซนติเมตร โต๊ะหรือเคาน์เตอร์ควรสูงประมาณ 76-85 เซนติเมตร หรือสูงกว่าที่พักแขนของเก้าอี้ล้อเข็นเล็กน้อย ชั้นวางของ สวิตช์ไฟ โทรศัพท์ ต้องมีความสูงพอเหมาะที่ผู้ใช้เก้าอี้ล้อเข็นเอื้อมถึง หรือประมาณ 38-120 เซนติเมตร การจัดวางอุปกรณ์ เครื่องใช้ภายในบ้านควรจัดให้เป็นระเบียบ ไม่เกะกะ และมีพื้นที่พอสำหรับการเข็นล้อผ่านเข้าออก (กว้างมากกว่า 91.5 เซนติเมตร) หรือการเลี้ยวกลับเก้าอี้ล้อเข็น (มากกว่า 1.5 x 1.5 ตารางเมตร)

7.ห้องน้ำ ควรมีพื้นที่กว้างพอที่เก้าอี้ล้อ

เข็นเข้าไปได้ (มากกว่า 1.5 x 1.5 ตารางเมตร) ประตูทางเข้ากว้างตั้งแต่ 81.5 เซนติเมตร ขึ้นไป และจัดให้มีราวเกาะติดผนังทั้งด้านหน้าและด้านหลังสำหรับให้ผู้พิการใช้เกาะพยุงตัว ความสูงของราวเกาะที่เหมาะสมคือประมาณ 85-90 เซนติเมตร และยาวไม่น้อยกว่า 1 เมตร ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของราวเกาะที่เหมาะสมประมาณ 3.2-5.1 เซนติเมตร และควรติดให้ยื่นห่างจากผนังมากกว่า 3.8 เซนติเมตร เพื่อให้สามารถสอดนิ้วมือเข้าไปกำราวได้สะดวก โถส้วมควรเป็นแบบชักโครกนั่งห้อยขาแทนแบบนั่งยองๆ หรืออาจใช้เก้าอี้นั่งถ่าย (commode chair) ช่วย ความสูงที่เหมาะสมของโถส้วมจะอยู่ที่ประมาณ 43-48 เซนติเมตร อ่างล้างหน้าควรสูงประมาณ 68.5-91.5 เซนติเมตร และมีที่วางด้านล่างพอให้ผู้ใช้อั่งล้อเข็นจะสอดขาเข้าไปได้ (อย่างต่ำ 43 เซนติเมตร)

สรุป

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง สามารถพึ่งตนเองในชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด ตามศักยภาพ ป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหวและนอนนาน เช่น ข้อติด แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น ตลอดจนดูแลรักษาปัญหาต่างๆ ที่ตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความผิดปกติของการพูดและการสื่อสาร ความหมาย ภาวะกลืนลำบาก และปัญหากล้ามเนื้อเกร็ง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวสังคมได้โดยเป็นภาระต่อ

ครอบครัวน้อยที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บรรณานุกรม

1. มยุรี เทพอักษร. กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไเอเดีย นสโตร์; 2532.
2. อรรถธร โตทยานนท์. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: เสก อักษรานุเคราะห์ และคณะ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทคนิค; 2539. หน้า 537-71.
3. Anderson TP. Rehabilitation with complete stroke. In: Kottke FJ, Lehmann JF, eds. Krusen's handbook of physical medicine and rehabilitation. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990. p. 656-76.
4. Brammer CM, Herring GM. Stroke rehabilitation. In: Brammer CM, Spires MC. Manual of physical medicine and rehabilitation. Philadelphia: Hanley and Belfus; 2002. p. 139-66.
5. Brandstater ME. Stroke rehabilitation. In: Delisa JA, Gans BM. Rehabilitation medicine principles and practice. 4rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2005. p. 1655-76.
6. Stein J, Brandstater ME. Stroke rehabilitation. In: Frontera WR, Delisa JA, Gans BM. Rehabilitation medicine principles and practice. 5th ed. Phila-

-
- delphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 551-74.
7. Harvey RL, Roth EJ, Yu DT, Celnick P. Stroke syndromes. In: Braddom RL, eds. Physical medicine and rehabilitation. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p. 1177-222.
 8. Sandin KJ, Mason KD. Manual of stroke rehabilitation. Boston: Butterworth-Heinemann; 1996.
 9. Zorowitz R, Baerga E, Cuccurullo S. Stroke. In: Cuccurullo S. Physical medicine and rehabilitation board review. New York: Demos Medical; 2002. p. 1-46.
 10. Quinn TJ, Paolucci S, Sunnerhagen KS, et al. Evidence- based stroke rehabilitation: an expended guidance document from the european stroke organization (ESO) guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack 2008. J Rehabil Med 2009; 41: 99-111.
 11. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/ American stroke association. Stroke 2016; 47: e1-e67.

Rehabilitation of Stroke Patient

*Preeda Arayawichanont**

Abstract

Rehabilitation of patients with stroke can begin in the acute phase when patients had neuropathy and vital signs were stable at least 48 hours. The first phase focuses on the prevention of complications. The basic goals of rehabilitation were to enable patients to help themselves as much as possible and to be minimal burden on relatives or caregivers. Main issues for patients included hemiplegia, muscular contraction, difficulty on perception and learning, language disorders and interpreting, dysphagia, urinary and fecal incontinence, and incapability of daily activities. The treatment of rehabilitation depended on the severity of weakness, physical fitness, underlying diseases, social status, occupations, economic status, ability to adapt, perception and learning of patients. The correct and appropriate rehabilitation of patients with stroke enabled patients to help themselves, to live back in society with good quality of life. In addition, home and environmental modifications were important to keep the patient's lifestyle easy and safe as possible.

Keywords : stroke, rehabilitation

* Assistant Professor. Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Khonkaen University.

การขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้เสียชีวิตสมองตาย และการดูแลครอบครัวผู้เสียชีวิต

พืงเนตร สฤษดิ์นรินทร์

บทนำ

มนุษย์เรามีความเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นธรรมดา ในแต่ละวันภายในร่างกายจะมีการเกิดใหม่และการตายอยู่ตลอดเวลา เช่น เซลล์ผิวหนังตาย ลอกหลุดเป็นขี้ไคล ผิวใหม่งอกมาแทนทำให้ผิวเปล่งปลั่ง เม็ดเลือดมีการตายทุก 3 เดือน และสร้างเม็ดเลือดใหม่มาทดแทนจากไขกระดูก ทำให้การบริจาคโลหิตสามารถบริจาคได้ทุก 3 เดือน โดยร่างกายจะสร้างทดแทนได้อย่างเพียงพอและยังมีสุขภาพดี อวัยวะร่างกายส่วนอื่นก็มีอายุการใช้งานที่ยาวนานไปตามอายุขัยของแต่ละคน แต่อุบัติเหตุที่คร่าชีวิตมนุษย์ก่อนถึงอายุขัยปกติโดยการกระทบกระแทกสมอง ทำให้สมองตายก่อนเวลาหยุดสั่งงาน เป็นผลให้อวัยวะต่างๆ ที่ควบคุมโดยสมองหยุดทำงานไปด้วย ถึงแม้ว่าแพทย์จะใช้เครื่องช่วยหายใจและยากระตุ้นการเต้นของหัวใจเพื่อให้เลือดและออกซิเจนยังคงหล่อเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไปได้ ในระหว่างนั้นอวัยวะต่างๆ ก็ยังคงทำงานได้ต่อไปอีกระยะหนึ่ง แต่ก็เป็นไปได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น ท้ายที่สุดแล้ว หัวใจก็จะหยุดเต้นไปเองเพราะไม่มีคำสั่งจากสมอง และส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ไม่สามารถทำงานได้ต่อไป อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลานี้อวัยวะร่างกายที่ยังไม่ถึงอายุขัยจะเป็นประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ที่เป็นโรคระยะสุดท้าย สามารถนำไปปลูกถ่ายให้กับบุคคลอื่นที่มีอวัยวะเสื่อมก่อนอายุขัยจากโรคภัยหรือภาวะโรคบางประการ ซึ่งจะต้องเสียชีวิตหากไม่ได้

รับอวัยวะใหม่มาทดแทน แต่หากได้รับอวัยวะจากผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุมาปลูกถ่ายแทนก็จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยนั้นๆ ได้

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยในระยะสุดท้ายอยู่เป็นจำนวนมากที่ทุกข์ทรมานจากการที่อวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ตับ ไต กระดูกแก้วตา ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ วิธีการรักษาทางการแพทย์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้คือ การปลูกถ่ายอวัยวะใหม่ ซึ่งอาจได้มาจากการบริจาคของผู้มีร่างกายแข็งแรงดี หรือด้วยอวัยวะของผู้มีจิตศรัทธาซึ่งได้แสดงเจตนารมณ์ในการบริจาคอวัยวะเมื่อเสียชีวิต หรือได้จากญาติผู้เสียชีวิตสมองตายที่มีความประสงค์จะบริจาคอวัยวะของผู้เสียชีวิตสมองตายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นที่ต้องการอวัยวะเพื่อการปลูกถ่าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีชีวิตอยู่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมต่อไปสำหรับอวัยวะที่บริจาคเมื่อเสียชีวิตหรือที่ผู้เสียชีวิตสมองตายได้อุทิศอวัยวะเป็นทานนั้น ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย จะเป็นองค์กรกลางในการประสานงาน โดยการนำอวัยวะที่ได้รับบริจาคไปใช้ต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างเป็นธรรมและเสมอภาคที่สุด ซึ่งอวัยวะที่สามารถนำไปใช้ปลูกถ่ายได้แก่ หัวใจ ปอด ตับ ไต ตับอ่อน กระดูกแก้วตา เส้นเลือด และไขกระดูก

อย่างไรก็ตาม การขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้เสียชีวิตสมองตายเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เป็นความลำบากใจของผู้ประสานงาน โดยเฉพาะในช่วงขณะของความโศกเศร้าจากการสูญเสียครั้งยิ่ง

ใหญ่ของครอบครัว เสมือนเป็นความไม่เหมาะสม ไม่ถูกกาลเทศะ ของผู้เป็นแพทย์ที่จะมาขออวัยวะ ร่างกายซึ่งเป็นของรักของหวงของคนเราทุกคน แต่เมื่อคำนึงถึงประโยชน์ของอวัยวะที่ต้องเสื่อมสลายไปตามการสิ้นอายุขัยก่อนวัยอันควร ทำให้ทีมประสานขอบริจาคอวัยวะมีความตั้งใจและความพยายามที่จะสื่อสารกับครอบครัวให้เข้าใจถึงประโยชน์และบุญกุศลที่ครอบครัวและผู้เสียชีวิตสมองตายมีโอกาสมากกว่าคนอื่น ถึงแม้ว่าความสูญเสียกะทันหันเป็นเรื่องของการหมดบุญที่จะต่อชีวิต แต่สมาชิกครอบครัวก็อาจช่วยสงเคราะห์ผู้เสียชีวิตสมองตายได้อนุโมทนากับการบริจาคอวัยวะเป็นทาน เป็นการบริจาทานที่ทำได้ยากลำบากแต่มีประโยชน์มากในการต่ออายุให้กับผู้ป่วยอื่น ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการบริจาทานว่าเป็นมงคลสูงสุดข้อหนึ่งในมงคล 38 ข้อ บุญกุศลนั้นก็อาจช่วยบรรเทาความโศกเศร้าของครอบครัวลงได้เมื่อระลึกถึงคุณงามความดีที่ได้ต่อชีวิตให้ผู้รับอวัยวะและครอบครัวอีกหลายๆ คน และเมื่อทำบุญอุทิศส่วนกุศลหรือจตุรปูบกกกล่าวดวงวิญญาณผู้ตายให้รับรู้ถึงบุญกุศลจากการบริจาคอวัยวะของผู้ตายจะเป็นพลวปัจจัยให้ผู้ตายไปสู่สุคติภพอย่างแน่นอน

**ขั้นตอนการการขอรับบริจาคอวัยวะเพื่อ
การปลูกถ่าย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี**

เมื่อแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้

ป่วยหนักเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองตายและอยู่ในเกณฑ์ที่อาจเป็นผู้บริจาคอวัยวะได้ จะแจ้งไปที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หรือพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อทำการประเมินในเบื้องต้นว่าผู้ป่วยสามารถบริจาคอวัยวะได้หรือไม่

ในกรณีที่อาจเป็นผู้บริจาคอวัยวะได้ พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะจะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อขออนุญาตให้ผู้ป่วยนั้นๆ เป็นผู้บริจาคอวัยวะ เมื่อแพทย์เจ้าของไขยินยอมจึงแจ้งแพทย์ศัลยกรรมประสาทหรือแพทย์อายุรกรรมประสาท เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยภาวะสมองตายรวมทั้งประสานงานกับห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมรวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์อื่นๆ เพิ่มเติม

จากนั้น แพทย์เจ้าของไข้ร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะจะเข้าพบและพูดคุยกับญาติเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะ โดยทำหน้าที่สื่อสารให้ครอบครัวได้เข้าใจภาวะสมองตาย และทางเลือกที่จะบริจาคอวัยวะให้เป็นทานแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการอวัยวะไปช่วยเหลือให้มีชีวิตเช่นปกติต่อไปอีกระยะหนึ่ง ซึ่งหากครอบครัวไม่เลือกการบริจาคอวัยวะให้เป็นทานอวัยวะต่างๆ ก็จะมีหมดอายุและเนาเปื่อยผุพังไปตามธรรมชาติ ในขณะที่รอญาติผู้เสียชีวิตตัดสินใจ พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะจะแจ้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ให้ทราบ

และแจ้งทีมผ่าตัดนำอวัยวะออกให้ทราบล่วงหน้าด้วย

เมื่อญาติผู้เสียชีวิตยินยอมบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะจะจัดให้ญาติเซ็นยินยอมบริจาคอวัยวะ จากนั้นแจ้งทีมผ่าตัดนำอวัยวะออกทราบอีกครั้งเพื่อกำหนดเวลาในการผ่าตัด กรณีทีมผ่าตัดมาจากโรงพยาบาลอื่นจะต้องประสานงานเพื่อกำหนดเวลาทำการผ่าตัดให้เรียบร้อย

หลังการผ่าตัดเอาอวัยวะออก โรงพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะต้องติดตามดูแลและให้ความช่วยเหลือญาติผู้บริจาคอวัยวะในเรื่องการจัดการศพ เช่น โลงศพ รถนำส่งศพ ดอกไม้ เคารพศพ เป็นต้น รวมทั้งการประสานงานกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการจัดการพิธีศพผู้เสียชีวิตที่บริจาคอวัยวะ

สำหรับผู้ที่สามารถบริจาคอวัยวะได้นั้น มีข้อกำหนด ดังนี้ 1) ผู้บริจาคอวัยวะต้องมีอายุไม่เกิน 60 ปี 2) เสียชีวิตจากภาวะสมองตายด้วยสาเหตุต่างๆ 3) ปราศจากโรคติดเชื้อและโรคมะเร็ง 4) ไม่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต ความดันโลหิตสูง โรคตับ และไม่เสพติดสุรา 5) อวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่ายต้องยังทำงานได้ดี 6) ปราศจากเชื้อที่ถ่ายทอดทางการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ไวรัสตับอักเสบบี หรือไวรัสเอดส์

รูปแบบการขอบริจาคอวัยวะของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

รูปแบบการขอบริจาคอวัยวะของทีมประสานการขอบริจาคอวัยวะของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีผลการปฏิบัติงานพอจะเป็นแบบอย่างสำหรับผู้สนใจและเห็นประโยชน์ที่จะทำการขอบริจาคอวัยวะให้แพร่หลายขึ้น ภายใต้อาณัติของ ศพด. ทั้งด้านศีลธรรม คุณธรรม น้ำใจ และถูกต้องตามกฎหมายบ้านเมือง ด้วยความเสียสละอย่างเต็มใจและภาคภูมิใจของครอบครัวผู้เสียชีวิต โดยแบ่งขั้นตอนในการเจรจาเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนพบครอบครัวผู้ป่วย ระยะเข้าพบและเจรจา และระยะการดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่บริจาคอวัยวะ ดังนี้

1.ระยะก่อนพบครอบครัวผู้ป่วย ก่อนการเข้าพบครอบครัวผู้ป่วย ทีมประสานการขอรับบริจาคอวัยวะต้องปรับอารมณ์ตนเอง เพื่อเตรียมรับปฏิกริยาต่อการสูญเสียของสมาชิกครอบครัว ซึ่งอาจมีภาวะมีนชา ซ็อก คร่ำครวญ กรีดร้อง ขาดสติ ปฏิเสธความจริง โกรธหมอ/พยาบาล โกรธตัวเอง โกรธสมาชิกในครอบครัว มีความรู้สึกต่อรองว่ามีโอกาสหายใหม่ถ้าดูแลให้ดีกว่านี้ หรืออาจอยู่ในภาวะโศกเศร้า ซึมเศร้า แต่ในบางครั้งก็อาจพบว่าครอบครัวสามารถทำใจยอมรับการสูญเสียได้ ซึ่งความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปฏิกริยาของการสูญเสียจะช่วยให้แพทย์และทีมประสานรับมือกับสถานการณ์ได้ด้วยดี

เมื่อปรับอารมณ์เตรียมใจแล้วควรมีการพูดคุยสื่อสารกันในสมาชิกทีมถึงลำดับการพูด คำพูดและกิริยาท่าทางที่เหมาะสม สัมผัสที่มีความอ่อนโยน เห็นอกเห็นใจ การแสดงความจริงใจ เข้าใจในความทุกข์ของครอบครัว แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนการขอรับบริจาคอวัยวะ ซึ่งต้องสังเกตและมีความไวต่อความรู้สึกของสมาชิกครอบครัว ใช้ไหวพริบปฏิภาณในการลดความรู้สึกผิด ลดความรู้สึกโทษตัวเอง โทษแพทย์พยาบาล นอกจากนั้นควรชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยและครอบครัวอาจมีโอกาทำบุญกุศลอันยิ่งใหญ่ด้วยการบริจาคอวัยวะให้กับผู้ป่วยอื่นที่ยังทุกข์ทรมานกับภาวะโรคและความเจ็บป่วยถึงแม้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ไม่มีใครตั้งใจ ไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้นครั้งนี้ จนทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป

สำหรับบุคลิกลักษณะผู้นำทีม ควรมีบุคลิกนุ่มนวล อ่อนโยน วาจาสุภาพ น้ำเสียงนุ่มนวลไพเราะ มีความเห็นอกเห็นใจครอบครัวผู้เสียชีวิต มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ใจเย็น อดทน และรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสภาพครอบครัวเพื่อนำมาใช้ประกอบการขอรับบริจาคอวัยวะ

ข้อมูลสำคัญที่ทีมขอรับบริจาคควรทราบให้มากที่สุดได้แก่ 1) การเจ็บป่วยของผู้ป่วยสมองตาย 2) ข้อมูลส่วนตัว เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล ภูมิลาเนา อาชีพ/รายได้ เศรษฐฐานะ 3) สภาพแวดล้อมและลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ บาดแผลต่างๆ ที่อวัยวะสำคัญ การดำเนินโรคและสภาวะของผู้ป่วยขณะนั้นๆ 4) สภาพครอบครัวของผู้ป่วยและความเป็นไป 5) นอกจากนั้นควรทำความเข้าใจ

เข้าใจเกี่ยวกับสมาชิกครอบครัว บุตร บิดามารดา บุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ตายและครอบครัว

2.ระยะเข้าพบและเจรจากับครอบครัวผู้ป่วย ทีมเจรจากับครอบครัวควรประกอบด้วยแพทย์ผู้นำทีม แพทย์ผู้ดูแล/แพทย์ระบบประสาท พยาบาลประจำตึกที่ดูแลผู้ป่วย และพยาบาลผู้ประสานงานการขอรับบริจาค เป็นอย่างน้อยสำหรับสถานที่ในการพูดคุยควรมีความเป็นส่วนตัว กว้างขวางเพียงพอกับจำนวนผู้เข้าร่วม จัดลำดับการนั่งที่เหมาะสมและตามลำดับความสำคัญของผู้ป่วยและทีมเจรจา ถ้าเป็นไปได้ควรใช้ภาษาพูดเดียวกันกับครอบครัวผู้ป่วย

แนวทางในการพูดคุยนั้นประกอบไปด้วยข้อมูลทั้งด้านความเจ็บป่วย สภาวะของผู้ป่วยในปัจจุบัน ภาวะสมองตาย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและประโยชน์ที่จะเกิดต่อผู้ป่วยอื่นที่รอคอยอวัยวะ สิทธิในการตัดสินใจของสมาชิกครอบครัวและช่วงเวลา สิทธิและความช่วยเหลือที่ครอบครัวจะได้รับทั้งกรณีที่ดีตัดสินใจบริจาคอวัยวะหรือปฏิเสธ ในขณะเดียวกัน ต้องประเมินสภาวะจิตใจของสมาชิกครอบครัว ร่วมกับการประคับประคองทางด้านจิตใจ การเปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้พูดคุย/ซักถาม และการเน้นช่วงเวลาที่สำคัญที่ต้องตัดสินใจในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ถ้าเลยเวลาแล้วอวัยวะนั้นจะไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ การตัดสินใจบริจาคมายหลังช่วงเวลานั้นก็ไม่สามารถรับไว้หรือดำเนินการใดๆ ได้

นอกจากนี้แล้ว ประเด็นสำคัญอื่นๆ ที่ต้องระลึกถึงและเป็นองค์ประกอบที่ควรสอดแทรกใน

การพูดคุยก่อนที่จะเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ตัดสินใจ ได้แก่

- ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ รวมทั้งความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนต่อการบริจาคอวัยวะ

- ความคิดเห็น/ความรู้สึกต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ป่วยสมองตาย และความตั้งใจบริจาคอวัยวะหรือความคิดเห็นอื่น

- ความปรารถนาส่วนตัวของผู้ตายเกี่ยวกับการทำบุญ ความตั้งใจทำบุญของผู้ตายทางวาจา/เจตนาดั้งเดิม โดยเฉพาะการบริจาคอวัยวะตั้งแต่เมื่อยังมีชีวิต

- โอกาสทำบุญครั้งสุดท้ายที่ผู้ตายอยากทำ แต่ต้องมาเสียชีวิตก่อน

- บอกถึงคุณความดีของการบริจาคอวัยวะ ประโยชน์และความสุขที่เกิดแก่ผู้รับการปลูกถ่ายอวัยวะนั้นๆ เป็นอย่างไร

ในท้ายที่สุดแล้ว ทีมเจรจาต้องเปิดโอกาสและเวลาให้ครอบครัวได้ปรึกษาและตัดสินใจร่วมกัน ภายใต้ข้อจำกัดเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยสมองตาย ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกครอบครัวในภายหลังได้อีกด้วย ทั้งนี้ ไม่ว่าการตัดสินใจของครอบครัวจะเป็นอย่างไร ทีมงานก็ต้องเตรียมตัวเตรียมใจพร้อมที่จะรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น และต้องตอบสนองต่อการตัดสินใจนั้นด้วยดีและด้วยความเคารพ

ในกรณีที่ครอบครัวยินดีบริจาคอวัยวะ ผู้นำการเจรจาหรือผู้ประสานงานควรกล่าวขอบคุณ ย้ำถึงคุณความดีที่จะเกิดขึ้นตามมา และ

ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ

“ขอขอบคุณที่ครอบครัวตกลงบริจาคอวัยวะ เป็นคุณความดีสูงสุดที่มนุษย์คนหนึ่งได้เมตตาและบริจาคเป็นทานแก่บุคคลอื่น สำหรับผู้รับบริจาคที่ต้องทนทุกข์ทรมานหรืออาจต้องเสียชีวิตหากไม่ได้รับอวัยวะไปต่อชีวิต เสมือนได้ชีวิตใหม่จากความกรุณาของครอบครัวผู้บริจาค โรงพยาบาลจะดำเนินการเรื่องสิทธิต่างๆ ให้เรียบร้อย ญาติสะดวกรับศพทำพิธีทางศาสนาอย่างไรก็ขอให้แจ้งทีมประสานฯ เรายินดีอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว ขอขอบคุณค่ะ”

สำหรับครอบครัวที่ไม่ยินดีบริจาคอวัยวะ ทีมงานก็ต้องกล่าวขอบคุณสมาชิกครอบครัวทุกคนที่สละเวลานั่งฟังและเข้าร่วมการพูดคุย ช่วยลดความรู้สึกในทางไม่ดีที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิเสธ รวมทั้งการเปิดโอกาสเพื่อสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น

“ขอขอบคุณที่ครอบครัวได้มาร่วมรับฟังข้อมูลและโอกาสทำบุญครั้งสุดท้าย แม้จะไม่ต้องการบริจาคอวัยวะ หมอและทีมงานยังดูแลผู้เสียชีวิตสมองตายเต็มที่เท่าที่อายุขัยมีอยู่และยินดีให้ความช่วยเหลือครอบครัวเหมือนเดิม ไม่มีความโกรธเคืองใดๆ และไม่ใช้ความผิดที่ครอบครัวไม่ประสงค์บริจาค หากครอบครัวเข้าใจเรื่องการบริจาคที่ทีมงานก็ดีใจและขอขอบคุณอีกครั้งสำหรับความร่วมมือในการมาพบทีมงาน หากเกิดเปลี่ยนใจ เห็นประโยชน์ในการบริจาคอวัยวะ และประสงค์จะบริจาคที่ทีมงานก็ยินดี ขอให้แจ้งทีมงานได้ตลอดเวลาทราบเท่าที่อวัยวะต่างๆ ยังเกิด

ประโยชน์ต่อผู้ป่วยอื่นได้ ขอขอบคุณค่ะ”

ในการขอบริจาคอวัยวะ โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการเข้าพบครอบครัวและญาติเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิเสธที่จะบริจาคอวัยวะ ดังนี้

- บุคคลสำคัญของผู้เสียชีวิตไม่ได้มาอยู่ด้วยขณะทำการขอรับบริจาค
- ครอบครัวไม่ต้องการให้แต่ต้องรบกวนผู้เสียชีวิต
- ครอบครัวเกรงกระทบความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในครอบครัว
- ครอบครัวทำใจไม่ได้ที่จะบริจาคอวัยวะ
- ครอบครัวไม่ประสงค์จะบริจาคอวัยวะ

3. ระยะเวลาดูแลครอบครัวผู้ป่วยที่บริจาคอวัยวะ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พญ.วันเพ็ญ บุญประกอบ ได้เขียนถึงการตายอย่างฉับพลันว่า นำความโศกเศร้าและกระทบกระเทือนใจอย่างมากได้เสมอ พร้อมทั้งความตกใจ การยอมรับไม่ได้ และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงกว่าธรรมดา ในระยะแรกที่รับรู้ว่ามีความตายไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม ความรู้สึกมึนชา (numbness) ความรู้สึกที่ยอมรับไม่ได้ตามความเป็นจริง พบได้เป็นปกติ รวมทั้งปฏิกิริยาเศร้าเสียใจอย่างมากจนควบคุมตนเองไม่ได้ก็จะพบได้เสมอ ผู้อยู่หลังที่ประสบความโศกเศร้า เสียใจ อาจรู้สึกผิด รู้สึกโทษตัวเอง รู้สึกว่ายังไม่ได้ทำอะไรที่เป็นคุณประโยชน์แก่ผู้ตายเท่าที่ควร ซึ่งอาจทำให้มีความเศร้ารุนแรงได้ โดย

ทั่วไปแล้วจะพบอาการซึมเศร้าในเวลา 1-2 สัปดาห์ ภายหลังการสูญเสียของบุคคลผู้เป็นที่รัก และหายไปได้เองโดยไม่ต้องรักษาภายในเวลา 6-8 สัปดาห์ การดูแลครอบครัวผู้เสียชีวิตสมองตาย มีเป้าหมายคือ ให้ความเห็นอกเห็นใจครอบครัวที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ช่วยให้ความโศกเศร้าบรรเทาลงได้ เป็นการช่วยให้ครอบครัวปรับตัวกับการสูญเสียและป้องกันโรคซึมเศร้า นอกจากการให้ความเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวแล้ว การเน้นที่การบริจาคอวัยวะจะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำทุกสิ่งให้ผู้เสียชีวิตเป็นครั้งสุดท้าย นำความความภาคภูมิใจมาสู่ครอบครัว และเมื่อดวงวิญญาณผู้บริจาคอวัยวะทราบถึงกุศลเจตนาของครอบครัวคงมีจิตร่วมอนุโมทนาในมหากุศลครั้งนี้และไปสู่สุคติด้วยอำนาจมหากุศลในครั้งนี้ น้อย่างแน่นอน

ระยะนี้ นอกจากการที่ครอบครัวต้องการความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และความช่วยเหลือทางด้านความรู้สึกจิตใจ (psychological support) อย่างมากจากแพทย์และเจ้าหน้าที่แล้ว การให้คำแนะนำและการช่วยเหลือบางอย่าง เช่น การจัดการเรื่องศพ การเคลื่อนย้ายศพ การติดตามญาติหรือคนรู้จัก และบางครั้งเกี่ยวกับการทำพิธีศพทางศาสนา เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรกระทำ โดยเฉพาะในรายที่เกิดความรู้สึกสับสนในขณะนั้นและความต้องการความช่วยเหลือในช่วงเวลานั้น

ในวัฒนธรรมประเพณีของชาวไทย การจัดงานศพเป็นสิ่งที่ช่วยด้านความรู้สึกของผู้อยู่เบื้องหลังได้มาก การทำบุญสวดมนต์ให้กับผู้ตาย

เป็นการแสดงความกตัญญู วันเวลาที่ผ่านไปเกี่ยวกับกิจกรรมการทำบุญอุทิศส่วนกุศล และการมีพิธีเป็นระยะ เช่น 7 วัน 50 วัน 100 วัน ครบรอบปี หรือมีการปฏิบัติอยู่เรื่อยๆ นั้น ช่วยในกระบวนการการยอมรับและคลายความโศกเศร้าได้อย่างค่อยเป็นค่อยไป เป็นการระลึกถึงในทางที่ดีและทำให้ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ได้รู้สึกว่าได้ปฏิบัติสิ่งที่ตั้งงามให้ผู้ที่จากไปได้ตลอดเวลา และเป็นการช่วยความรู้สึกผิด (guilt) ที่อาจมีอยู่ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความรู้สึกภูมิใจในการปฏิบัติของตนในฐานะญาติพี่น้องที่ดีได้ สังคมที่มีการช่วยเหลือกัน แสดงความเห็นอกเห็นใจ และไปมาหาสู่ ปรับทุกข์กัน จะช่วยผู้ที่สูญเสียในระยะแรกๆ ได้อย่างมาก

ทีมประสานงานการรับบริจาคอวัยวะ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้เล็งเห็นความโศกเศร้าจากการสูญเสียของครอบครัวผู้ป่วยสมองตาย และมองเห็นว่าการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ทำบุญร่วมกับผู้เสียชีวิตในระยะสุดท้ายนี้จะเป็นการช่วยให้หายเศร้าโศกจากการสูญเสียได้บรรเทาลงได้ ประกอบกับการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในภาวะวิกฤติ ค่าขนส่งศพ ตลอดจนค่าโลงศพ เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีทางเลือกในการสร้างกุศลและแบ่งเบาภาระครอบครัวได้บ้างไม่มากนักน้อย โดยเป้าหมายสำคัญ คือ ไม่ว่าครอบครัวผู้เสียชีวิตสมองตายจะบริจาคอวัยวะหรือไม่ก็ตาม ทีมงานก็ยังดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี หากมีข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ ทีมงานจะให้ความช่วยเหลืออย่างดีที่สุดเท่าที่สามารถทำได้ ในกรณีที่ครอบครัวยินดีบริจาค

อวัยวะ ทีมงานได้มีแนวทางการให้การดูแลช่วยเหลือสำหรับครอบครัวผู้เสียชีวิตสมองตายที่บริจาคอวัยวะ ดังนี้

-ประสานงานสิทธิบัตรเพื่อการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

-การจัดหาโลงศพ รถขนส่งศพ จัดหาดอกไม้เคารพศพ และความช่วยเหลือในพิธีทำบุญอุทิศส่วนกุศล

-ติดต่อประสานงานขอใบขึ้นสูตรศพ/ใบมรณะบัตร

-ขอเกียรติบัตรจากสภาากาชาดไทยมอบให้ครอบครัว เพื่อเชิดชูความดีของผู้บริจาคอวัยวะ

-ขอพระราชทานเพลิงศพ/ดินฝังศพ หากครอบครัวประสงค์ขอรับพระราชทานเพลิงศพ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภาากาชาดไทย จะดำเนินการขอพระราชทานเพลิงศพให้เพื่อเป็นเกียรติแก่วงศ์ตระกูลของผู้บริจาคอวัยวะตามความต้องการของครอบครัวผู้บริจาค

-ติดต่อขอเป็นสมาชิกกิตติมศักดิ์ของสภาากาชาดไทยแก่ทายาทผู้บริจาคอวัยวะ 1 คน

สรุป

จากประสบการณ์ในการขอรับบริจาคอวัยวะจากครอบครัวผู้ป่วยสมองตายที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีประเด็นสำคัญที่ได้สังเกตว่าน่าจะมีส่วนช่วยให้การขอรับบริจาคประสบผลสำเร็จ รวมทั้งช่วยประคับประคองด้านจิตใจสำหรับครอบครัว ดังนี้

1. ภูมิลำเนาของครอบครัวผู้ป่วยสมอง

ตายเกี่ยวพันกับสมาชิกของทีมเจรจา เช่น จังหวัดเดียวกัน

2. การใช้ภาษาเดียวกับครอบครัวผู้ป่วยสมองตาย เช่น ภาษาท้องถิ่นอีสาน ภาษาเขมร

3. ความเชื่อตรงของการรับบริจาคมีผลต่อความเชื่อถือและการบริจาค โดยยึดหลักการที่ว่า “ให้แค่ไหนรับแค่นั้น ไม่ให้ก็ไม่ล่งละเมียด” รวมทั้งการปิดท้ายด้วยการแสดงความรู้สึกขอบคุณที่รับฟัง และไม่ทอดทิ้งแม้ว่าครอบครัวจะเลือกที่จะไม่บริจาค ทีมงานก็เคารพในการตัดสินใจ ทีมแพทย์และพยาบาลจะไม่ตำหนิหรือทอดทิ้ง และจะยังให้การดูแลตามปกติ

4. การสื่อสารที่ดีกับบุคคลสำคัญของครอบครัวและบุคคลสำคัญของผู้ป่วยสมองตาย

5. การที่ผู้ป่วยสมองตายเคยได้พูดไว้ว่าจะอุทิศร่างกายให้มูลนิธิการกุศล อยากบวช อยากทำบุญให้พ่อแม่

6. การที่ครอบครัวเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะมาก่อน หรือ ครอบครัวเข้าใจเรื่องการบริจาคอวัยวะอยู่บ้าง

7. การแจ้งให้ครอบครัวทราบว่าหัวใจจะหยุดทำงานในระยะเวลาอันสั้น และเป็นเวลาที่ครอบครัวจะใช้พิจารณาตัดสินใจบริจาค ถ้าผ่าน

เลยเวลานั้นไปแล้วอวัยวะจะใช้ไม่ได้เพราะหมดอายุขัย ซึ่งการนำอวัยวะไปใช้ปลูกถ่ายจะไม่สามารถทำได้แล้ว

8. ความร่วมมือกันระหว่างแพทย์ผู้รักษาพยาบาลผู้ดูแล และแพทย์ผู้ดูแลครอบครัว ในการประคับประคองด้านจิตใจ เพื่อช่วยลดภาวะโศกเศร้าหลังการตาย ลดความรู้สึกผิด ลดการโทษตัวเอง และเน้นบุญกุศลยิ่งใหญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยอื่นอีกหลายคนที่ได้รับอวัยวะที่บริจาค ความภาคภูมิใจและเกียรติแก่วงศ์ตระกูล

9. สำหรับกรณีผู้เสียชีวิตเป็นเด็กหรือวัยรุ่น หรือครอบครัวที่มีลูกเล็กๆ ซึ่งหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิต การได้รับความช่วยเหลือจากทีมงานและการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างทีมงานกับครอบครัวที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ มีคนเข้าใจ เห็นใจ และให้ความช่วยเหลือ

10. ความเอื้ออาทรเกื้อหนุนด้านสวัสดิการ รักษาพยาบาล การดูแลหลังการเสียชีวิต และการสร้างความรู้สึกภาคภูมิใจและเป็นเกียรติในพิธีพระราชทานเพลิงศพ

11. แม้การขอรับบริจาคหลายอวัยวะจะยากกว่าขออวัยวะเดียว แต่ก็ควรพูดและแสดงหลักฐานถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่รอคอยอวัยวะเพื่อปลูกถ่ายมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

1. พระอุบาลีคุณูปมาจารย์ (สิริจันทโท จันทร์). มงคลกถา 38 ฉบับ ท่านเจ้าคุณพระอุบาลีคุณูปมาจารย์ (จันทร์ สิริจันทเถระ). กรุงเทพฯ: มูลนิธิวัดนรนาถสุนทริการาม; 2542.
2. พิงเนตร สถษัตินันต์. ความดีไม่สิ้นสุด การบริจาคอวัยวะเมื่อวาระชีพสลาย. สรรพสิทธิสัมพันธ์. 2544;5:3.
3. วังเพ็ญ บุญประกอบ. ภาวะเร่งด่วนในจิตเวชเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์; 2543.
4. วิศิษฐ์ ฐิตวัฒน์. สารานุกรมเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ. ใน: ธรรมชาติใจ ไว้อาลัยเนื่องในการจากไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย; 2544. หน้า 25-34.
5. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย. ความดีไม่สิ้นสุดคือการอุทิศอวัยวะเมื่อยามสิ้นบุญ [แผ่นพับ]. กรุงเทพฯ: ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย; [ม.ป.ป.].
6. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย. คู่มือการประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฯ; 2543.
7. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย. ผลการดำเนินงานของศูนย์รับบริจาค สภากาชาดไทยปี 2545. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฯ; 2545.
8. สมภพ เรืองตระกูล. อาการของโรคซึมเศร้า. ใน: โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2543. หน้า 4-11.

บันทึก

[illegible]

This image shows a full page of blank white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for writing or drawing. There are no margins, text, or other markings present.