

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักด้วยการใช้แกนตามยึดตรึงในโพรงกระดูกต้นขา แบบใส่ย้อนจากข้อเข่า (retrograde femoral nail) เกื้อกูล พิทักษ์ราษฎร์	1
อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าขณะได้รับการระงับความรู้สึก ทางช่องน้ำไขสันหลัง พิมพ์ประภา นิธิพานิช, อุไรรัตน์ นิยมพันธ์	17
อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สุเพียร โภคทิพย์, ศิริพร จิรวัดน์กุล	27
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในจังหวัดอุบลราชธานี ยงยุทธ วัฒนาไชย	41

บทความพิเศษ

มะเร็งท่อน้ำดี ศรัณญา ประทัยเทพ, ปริญญา ชำนาญ	53
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณัฐณิชา เกศรินหอมหวาน, อรุณี รัตนนิเทศก์	63

CONTENTS

EDITOR NOTE

ORIGINAL ARTICLE

Treatment of Distal Femoral Fractures with Retrograde Femoral Nail	1
Kuakool Phitakrat	
Incidence and Risk Factors of Spinal Anesthesia Induced Bradycardia	17
Pimprapa Nithipanich, Urairat Niyompan	
Symptoms and Response to Symptoms among I-Saan Women	27
with Myocardial Infarction	
Supian Pokathip, Siriporn Chirawatkul	
Factors Affecting Self-Care Behavior of the Cancer Patients Receiving	41
Chemotherapy in Ubon Ratchathani Province	
Yongyut Watanachai	

SPECIAL ARTICLE

Cholangiocarcinoma	53
Nursing Approach to Stroke Patient	63



สสรพลิตีเวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 - 3 เดือนมกราคม - ธันวาคม 2554 Vol. 32 No. 1 - 3 January - December 2011

บรรณาธิการแถลง

สสรพลิตีเวชสารปีที่ 32 ประจำปี 2554 นี้ยังคงเป็นฉบับรวม 1-3 เช่นกับฉบับก่อนหน้านี้ เนื่องจากปัญหาการดำเนินงานของกองบรรณาธิการเอง รวมทั้งในฉบับหน้า (ปีที่ 33) ด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม สำหรับฉบับปีที่ 33 ที่จะตามมานั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนกองบรรณาธิการและฝ่ายจัดการ เพื่อปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานทั้งหมดและเพื่อพัฒนาคุณภาพของวารสาร

ในฉบับนี้มีรายงานวิจัยที่น่าสนใจที่ศึกษาปัญหาทางคลินิก (โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย) โดยใช้มุมมองทางด้านเพศภาวะ (gender) ข้อค้นพบที่ได้ก็แสดงให้เห็นความแตกต่างของการรับรู้เรื่องอาการแสดงของโรคในเพศหญิง เนื่องจากบทบาททางเพศภาวะ (gender role) ซึ่งส่งผลถึงการดูแลตนเองและการแสวงหาการรักษา รวมทั้งอาจส่งผลต่อแนวทางการวินิจฉัยของแพทย์ด้วย การศึกษาในมุมมองด้านเพศภาวะในอีกหลายภาวะ/โรคจึงน่าจะประเด็นที่ควรได้รับความสนใจจากผู้ที่เกี่ยวข้องทางด้านคลินิก เพื่อประโยชน์ต่อแนวทางและผลการรักษาที่แตกต่างกันระหว่างเพศ

ส่วนบทความพิเศษอีกสองเรื่องก็เป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งยังคงเป็นปัญหาระดับต้นๆ ของประชากรในภาคอีสาน รวมทั้งแนวทางของกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมอง ซึ่งก็เป็นภาวะโรคที่ยังคงมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งภาวะเรื้อรังของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา ทั้งสองประเด็นก็เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ควรได้รับการทบทวนและพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องเช่นกัน

บรรณาธิการ

การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักด้วยการใช้แกนตามยึดตรึง ในโพรงกระดูกต้นขาแบบใส่ย้อนจากข้อเข่า (retrograde femoral nail)

เกื้อกูล พิทักษ์ราษฎร์*

บทคัดย่อ

การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักมีความยุ่งยากและภาวะแทรกซ้อนสูง การรักษาด้วยวิธีดั้งเดิม เช่นการยึดตรึงกระดูกด้วยแผ่นเหล็ก dynamic condylar screw (DCS) หรือ condylar blade plate จำเป็นต้องเปิดแผลขนาดใหญ่ และมีการรบกวนเนื้อเยื่ออ่อนรอบบริเวณกระดูกหักมาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ กระดูกติดช้า กระดูกไม่ติด การติดเชื้อหลังผ่าตัด รวมทั้งข้อเข่าติด เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาดังกล่าวจึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักเป็นการผ่าตัดใส่เหล็กแกนยึดตรึงในโพรงกระดูกแบบใส่ย้อนขึ้นไปจากข้อเข่า (retrograde femoral nail) รายงานนี้ได้ทำการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยวิธีนี้ในโรงพยาบาลโสธรระหว่างปี พ.ศ. 2551-2554 จำนวนทั้งหมด 32 ราย ซึ่งได้ติดตามการรักษาเฉลี่ย 16 เดือน (9.4-24.2 เดือน) อายุผู้ป่วยเฉลี่ย 53 ปี (25-73 ปี) พบว่ามีระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 70 นาที (50-110 นาที) ระยะเวลาที่กระดูกติดเฉลี่ย 14.4 สัปดาห์ (12-30 สัปดาห์) ผู้ป่วยกระดูกติดตั้งแต่การผ่าตัดครั้งแรกจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 96.88) ผู้ป่วยทั้งหมดหลังผ่าตัดพบแนวกระดูกปกติจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 90.64) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าปกติ (135°) จำนวน 23 ราย (ร้อยละ 71.88) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อหลังการผ่าตัด จะเห็นได้ว่าการรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักด้วยวิธี retrograde femoral nail ให้ผลการรักษาดี กระดูกติดเร็ว ภาวะแทรกซ้อนต่ำ เหมาะสำหรับกระดูกหักตำแหน่งนี้ โดยเฉพาะชนิด A1, 2, 3 และ C1, 2 บางราย ตาม AO/OTA classification

คำสำคัญ กระดูกต้นขาส่วนปลายหัก, การใช้แกนตามยึดตรึงในโพรงกระดูกต้นขาแบบใส่ย้อนจากข้อเข่า

* ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ กลุ่มงานศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลโสธร

บทนำ

กระดูกหักบริเวณส่วนปลายของกระดูกต้นขา (femur) พบได้ทั่วไป คิดเป็นประมาณร้อยละ 7 ของกระดูกต้นขาหักทั้งหมด⁽¹⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมักเกิดจากการพลัดตกหกล้ม ในอดีตการรักษากระดูกหักตำแหน่งนี้ค่อนข้างจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ผลการรักษาไม่ค่อยดีและมีภาวะแทรกซ้อนสูง⁽²⁾ โดยทั่วไปจะใช้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแผ่นเหล็กเช่น plate และ screw, condylar blade plate, condylar buttress plate หรือ dynamic condylar screw⁽³⁻⁴⁾ ซึ่งในการผ่าตัดจำเป็นต้องเปิดแผลขนาดใหญ่และมีการเกาะเนื้อเยื่ออ่อนและปกคลุมกระดูก (periosteum) มากอันเป็นการทำลายการไหลเวียนของเลือดและสภาพทางชีววิทยาบริเวณรอยหัก ซึ่งจะรบกวนกระบวนการติดของกระดูกได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ กระดูกติดเชื้อหรือกระดูกไม่ติด แผลผ่าตัดอักเสบติดเชื้อ⁽²⁻⁶⁾ รวมทั้งข้อเข่าติด ในปัจจุบันมีการนำเสนอวิธีการรักษากระดูกหักโดยยึดหลักการของ biological osteosynthesis แพร่หลายมากขึ้น⁽⁷⁾ โดยมุ่งเน้นไม่ให้มีการการรบกวนเนื้อเยื่ออ่อนและเยื่อหุ้มกระดูกโดยรอบ ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูกด้วยเหล็กแกนแบบใส่ย้อนขึ้นไปจากข้อเข่า (retrograde femoral nail) ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ยึดหลักการนี้ ข้อดีของวิธีนี้ คือ ไม่ต้องผ่าตัดเปิดแผลเข้าสู่ตำแหน่งกระดูกหัก ทำให้เกิดการทำลาย

เนื้อเยื่อและเส้นเลือดที่เข้ามาเลี้ยงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดด้วยการใช้แผ่นเหล็ก (plate) ช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้⁽⁸⁻¹⁸⁾ และให้ผลการรักษาที่ดี

มีรายงานถึงผลดีของการรักษาด้วย retrograde femoral nail หลายรายงาน Neubauer et al.⁽¹⁴⁾ ได้ทำการรักษากระดูกหักบริเวณต้นขาส่วนปลาย (distal femur) ด้วย retrograde femoral nailing ในผู้ป่วย 40 ราย พบว่าได้ผลดี Papadokostakis et al.⁽¹⁵⁾ ได้ทบทวนการศึกษา retrograde femoral nail ใน 24 การศึกษา ซึ่งมีผู้ป่วยรวม 914 ราย และกระดูกหัก 963 ตำแหน่ง พบว่าให้ผลการรักษาที่ดีเช่นกัน Thomson et al.⁽¹⁶⁾ เปรียบเทียบการรักษาด้วยวิธีการเปิดแผลผ่าตัดกว้างเข่ารอยหักเพื่อจัดกระดูกแบบดั้งเดิม (conventional technique) กับวิธีเปิดแผลผ่าตัดเล็กเพื่อใส่เหล็กแกนยึดตรึงกระดูกแบบย้อนจากข้อเข่า (limited open reduction with retrograde femoral nailing) ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก 22 ราย พบว่าอัตราการผ่าตัดปลูกเสริมกระดูก (bone grafting) ในภายหลังของกลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธีผ่าตัดเปิดแผลผ่าตัดแบบดั้งเดิม สูงกว่า

ในโรงพยาบาลยโสธรเริ่มมีการรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักด้วย retrograde femoral nail ตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 แต่ยังไม่ได้มีการเก็บรวบรวมผลการรักษาอย่างเป็นระบบ ดังนั้นวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อรายงานผล

การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักด้วยวิธี retrograde femoral nail ในโรงพยาบาลโสธร

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักแบบไม่มีแผลเปิด (closed fractured distal femur) ทั้งหมด 32 ราย ที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโสธร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2554 โดยลักษณะของกระดูกหักแบ่งตาม AO/OTA classification⁽¹⁷⁾ (Orthopaedic Trauma Association) เป็น 3 กลุ่ม และ 6 ชนิดย่อย (A1, 2, 3; B1, 2, 3; C1, 2, 3) (ภาพที่ 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในการศึกษานี้ได้แก่ผู้ป่วยที่มีกระดูกบริเวณต้นขาส่วนปลายหักทั้งหมด ยกเว้น ชนิด 33B1-3, C3 และผู้ป่วยอายุน้อยที่ห่อกระดูก (growth plate) ยังไม่ปิด

หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะการบาดเจ็บร่วมในระบบอื่นเรียบร้อยแล้ว จะทำการถ่ายภาพรังสีท่า AP และ lateral ของกระดูกต้นขา จากนั้นจะทำการดึงกระดูกต้นขาด้วยการถ่วงน้ำหนัก (skeletal traction) บริเวณกระดูกแข้งส่วนต้น (proximal tibia) ในระหว่างที่เตรียมการผ่าตัด ซึ่งระยะเวลาจากการบาดเจ็บถึงวันผ่าตัดเฉลี่ย 4 วัน (2-8 วัน)

ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับผ่าตัดตามกระดูกด้วย zimmer-MD/N retrograde femoral nail โดยทำนอนหงายบนเตียงผ่าตัดที่เอ็กซเรย์ผ่านได้ (radiolucent table) และใช้ม้วนผ้าห่มใต้เข้า

ให้เข่างอประมาณ 90 องศา ลงแผลผ่าตัดผ่าน medial parapatellar incision และ medial parapatellar arthrotomy มีการใช้ Fluoroscope ทุกราย การผ่าตัดใช้วิธี closed reduction 29 ราย และ open reduction 3 ราย สำหรับ intercondylar fracture จะยึดชิ้น condyle 2 ชิ้นเข้ากันด้วย cancellous screws ก่อนทุกรายจะใช้ทั้ง proximal และ distal locking screws (static locking)

หลังการผ่าตัดวันแรกผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้ลุกนั่งและทำกายบริหาร ankle pump exercise และการขยับนิ้วเท้า หลังจากเอาสายระบายเลือดออกผู้ป่วยจะได้รับการทำกายภาพบำบัด การบริหารข้อเข่า การเดินโดยใช้เครื่องช่วยพยุง ผู้ป่วยกระดูกหัก type A ทุกรายจะได้รับอนุญาตให้เดินลงน้ำหนักได้บางส่วนหลังจากเอาสายระบายเลือดออกแล้ว และสามารถเดินลงน้ำหนักได้เต็มเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกเจ็บ ส่วน type C จะเริ่มเดินลงน้ำหนักได้บางส่วนที่ประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังการผ่าตัดและพบว่ากระดูกเริ่มติด ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้ลงน้ำหนักได้เต็มเมื่อกระดูกติดเต็มที่

ผลการรักษาที่ติดตามได้แก่ 1) ระยะเวลาการผ่าตัด 2) ระยะเวลาที่กระดูกติด (มี bridging callus อย่างน้อย 3 cortices ทั้งในภาพถ่ายรังสีท่า AP และ lateral) 3) แนวกระดูกหลังผ่าตัด (จะถือว่ามีความผิดปกติ (malalignment) เมื่อมีแนวกระดูกผิดปกติเชิงมุม (angular deform-

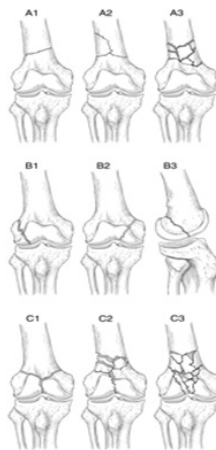
การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักด้วยการใช้แกนตามยี่ดตรง

ในโพรงกระดูกต้นขาแบบใส่ย้อนจากข้อเข่า (retrograde femoral nail)

เกื้อกูล พิทักษ์ราษฎร์

ity) มากกว่า 5 องศาหรือการบิดหมุนผิดรูป (rotational deformity) มากกว่า 10 องศา) 4) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า 5) ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อหลังการผ่าตัด กระดูกติดเชื้อหรือไม่ติด การผ่าตัดซ้ำ

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการติดตามการรักษาครั้งแรกภายหลัง 2 สัปดาห์ และ 1 ครั้งต่อเดือนใน 6 เดือนแรก ในช่วง 6 เดือนหลังติดตามทุก 2 เดือน จากนั้นจึงติดตามทุก 3 เดือน โดยผู้ป่วยจะได้รับการถ่ายภาพรังสีทุกครั้ง



รูปที่ 1 The AO/OTA classification of supracondylar femur fractures. Type A, extra-articular. Type B, partial articular/unicondylar. Type C, complete articular/bicondylar. The fractures may be subclassified based on the location of the fracture lines and degree of comminution

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วย retrograde intramedullary nail พบผู้ป่วยทั้งหมด 32 ราย เป็นชาย 18 ราย หญิง 14 ราย อายุระหว่าง 25-73 ปี อายุเฉลี่ย 53 ปี เป็นการหักของกระดูกต้นขาส่วนปลายข้างขวา 20 ราย (ร้อยละ 62.5) ข้างซ้าย 12 ราย (ร้อยละ 37.5) ต้นขาส่วนปลายหัก ทุกรายเป็นกระดูกหักแบบไม่มีแผลเปิด สาเหตุของกระดูกหักเป็นอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์มากที่สุด 23 ราย (ร้อยละ 71.88)

หกล้ม 8 ราย (ร้อยละ 25) และอุบัติเหตุรถจักรยาน 1 ราย (ร้อยละ 3.12)

ลักษณะของกระดูกหักแบ่งตาม AO/OTA classification ประกอบด้วย type A 26 ราย (ร้อยละ 81.25) type C 6 ราย (ร้อยละ 18.75) โดยไม่พบการหักแบบ type B รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และเนื่องจากการบาดเจ็บส่วนใหญ่มีความรุนแรงจึงพบการบาดเจ็บร่วมในผู้ป่วย 5 ราย ดังนี้ กระดูกแข้งข้างเดียวกันหัก (ipsilateral tibial diaphysis) 2 ราย กระดูกสะบ้าแตก (ipsilateral patellar fracture) 1 ราย กระดูกข้อเข่า

ข้อสะโพกแตก (nondisplaced acetabular fracture) 1 ราย และมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ 1 ราย ทั้งนี้ผู้ป่วย 2 ราย ที่มีกระดูกเชิงหักในข้างเดียวกัน ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกด้วยเหล็กแกนยึดตรึงในโพรงกระดูก (tibial nail) ในการผ่าตัดครั้งเดียวกัน ส่วนผู้ป่วยรายที่มีกระดูกสะบ้าแตกร่วมด้วยได้รับการผ่าตัดด้วย tension band wiring

อย่างไรก็ตามพบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดสำหรับ retrograde femoral nailing ตั้งแต่ 50-110 นาที ระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 70 นาที ภาพที่ 2.1-2.3 และ 3.1-3.4 แสดงตัวอย่างภาพรังสีผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด และในช่วงการติดตามผู้ป่วย

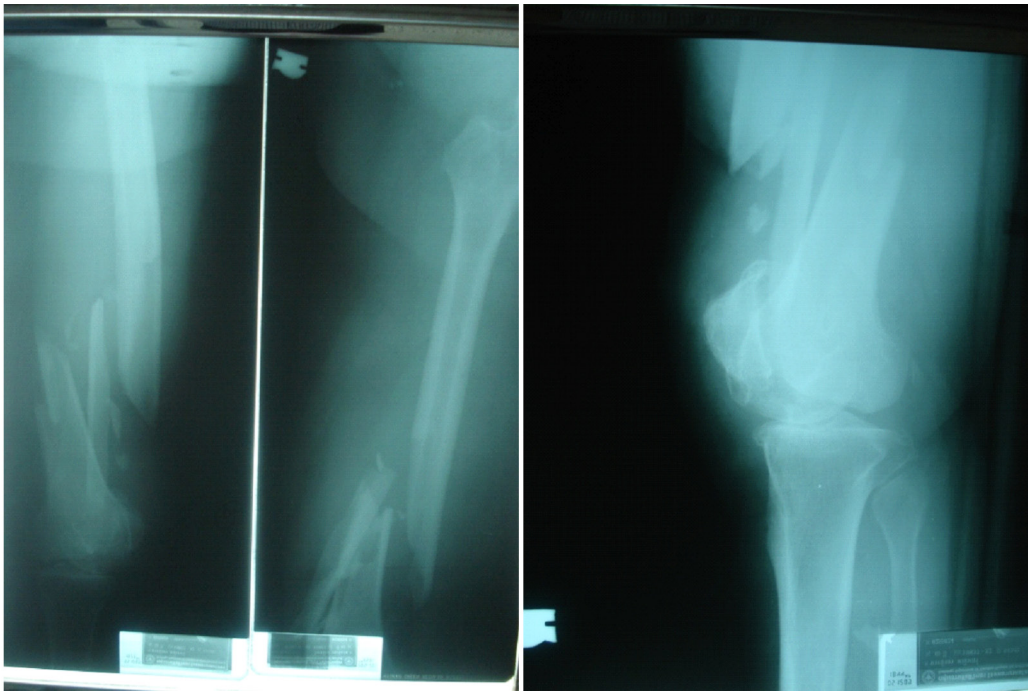
ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทั้งหมด (32 ราย)

ลักษณะการหักตาม AO/OTA classification	จำนวน (n=32)	ร้อยละ
• Type A	26	81.25
-A1	15	46.88
-A2	8	25.0
-A3	3	9.37
• Type B	-	-
• Type C	6	18.75
-C1	4	12.50
-C2	2	6.25
-C3	-	-

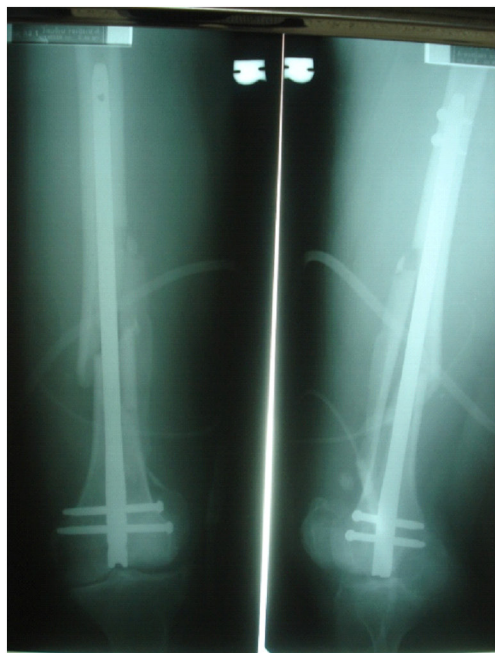
จากการติดตามผู้ป่วยในช่วงระหว่าง 9-24 เดือน ระยะเวลาในการติดตามเฉลี่ย 16 เดือน พบว่าระยะเวลาที่กระดูกติดพบได้ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ ถึง 30 สัปดาห์ ระยะเวลาเฉลี่ย 14.4 สัปดาห์ โดยพบมีการติดของกระดูกตั้งแต่การผ่าตัดครั้งแรก จำนวน 31 ราย (ร้อยละ 96.88) มีผู้ป่วย 1 ราย ที่เกิดปัญหาการหลุดหลวม (loosening) ของ nail

และ locking screw ในสัปดาห์ที่ 12 ทำให้กระดูกไม่ติด ซึ่งผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแก้ไขด้วยวิธียึดตรึงกระดูกด้วยแผ่นเหล็ก (plate) และปลูกเสริมด้วยกระดูกเชิงกราน (iliac bone graft) และจากการติดตามการรักษาพบว่ากระดูกติดดีในสัปดาห์ที่ 30 นอกจากนั้นยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัด

การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักด้วยการใช้แกนตามยี่ดตรีง
ในโพรงกระดูกต้นขาแบบใส่ย้อนจากข้อเข้า (retrograde femoral nail)
เกื้อกุล พิทักษ์ราษฎร์



ภาพที่ 2.1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 64 ปีกระดูกต้นขาส่วนปลายหักชนิด A3



ภาพที่ 2.2 ภาพถ่ายรังสีหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด



ภาพที่ 2.3 หลังการผ่าตัด 20 สัปดาห์



ภาพที่ 3.1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 67 ปีกระดูกหักชนิด A1



ภาพที่ 3.2 ภาพถ่ายรังสีหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด



ภาพที่ 3.3 หลังการผ่าตัด 12 สัปดาห์



ภาพที่ 3.4 หลังการผ่าตัด 16 สัปดาห์

การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหักด้วยการใช้แกนตามยี่ดตรง
 ในโครงกระดูกต้นขาแบบใส่ย้อนจากข้อเข้า (retrograde femoral nail)
 เกื้อกุล พิทักษ์ราษฎร์

ผลการรักษาเมื่อประเมินจากภาพถ่ายรังสีหลังผ่าตัดและอาการแสดง (ตารางที่ 2) พบว่าแนวกระดูกปกติจำนวน 29 ราย หรือร้อยละ 90.64 มีผู้ป่วย 2 ราย ที่มีแนวกระดูกผิดรูปเชิงมุม(angular deformity) มีขาดสั้น 1 เซนติเมตร 1 ราย ซึ่งการผิดรูปทั้ง 3 รายนี้ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้ป่วยยังสามารถใช้ชีวิตได้ค่อนข้างปกติ โดยไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดแก้ไข

ตารางที่ 2 ผลการรักษาหลังการผ่าตัด

ผลการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
- แนวกระดูกปกติ	29	90.64
- มี varus angulation ประมาณ 5 องศาแต่ไม่มีผลต่อการเดินและการเคลื่อนไหวของข้อเข้า	1	3.12
- มี angulation ในแนว anterior-posterior แต่ไม่เกิน 10 องศา	1	3.12
- มีขาดสั้น (shortening) 1 เซนติเมตร	1	3.12

เมื่อพิจารณาถึงพิสัยหรือองศาของการเคลื่อนไหวของข้อเข้าหลังการรักษา (ตารางที่ 3) พบว่ามีพิสัยอยู่ในเกณฑ์ปกติ 23 ราย และมีพิสัยที่ต่ำกว่า 110 องศา จำนวน 9 ราย โดยที่ 1 รายในจำนวนนี้มีการเคลื่อนไหวข้อเข้าจำกัด (พิสัย < 80°) เนื่องจากปลายของ nail ยื่นเข้ามาในข้อเข้า

ตารางที่ 3 พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข้า

พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข้า (องศา)	จำนวน	ร้อยละ
• ปกติ (135°)	23	71.88
• 100-110°	6	18.75
• 90°	2	6.25
• การเคลื่อนไหวข้อเข้าจำกัด (<80°)	1	3.12

วิจารณ์

การรักษากระดูกหักบริเวณต้นขาส่วนปลายสามารถทำได้หลายวิธี แต่การรักษาด้วยการผ่าตัดได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยการไม่ผ่าตัด Schatzker et al.⁽¹⁸⁾ พบว่ากลุ่มผ่าตัดได้ผลดีร้อยละ 75 ขณะที่กลุ่มไม่ผ่าตัดได้ผลดีเพียงร้อยละ 32 สำหรับการผ่าตัดโดยทั่วไปจะใช้การยึดกระดูกด้วยแผ่นเหล็ก 95° angled blade plate, dynamic condylar compressive screw และ condylar buttress plate โดยในการยึดตรึงกระดูกด้วยแผ่นเหล็ก (plate systems) จำเป็นต้องใช้การผ่าตัดผ่านต้นขาด้านนอก (lateral approach) ซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่ออ่อนและเส้นเลือดที่หล่อเลี้ยงค่อนข้างมาก ทำให้เกิดปัญหากระดูกติดช้า (delayed union) กระดูกไม่ติด (nonunion) การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (infection) และแผลเป็นของเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue scar) ตามมา^(2,4) รวมทั้งอัตราการผ่าตัดปลูกเสริมกระดูก (bone grafting) ที่สูงกว่า^(2,5)

ในปัจจุบันมีการรักษากระดูกหักโดยยึดหลักการของ biological osteosynthesis อย่างแพร่หลายมากขึ้น โดยมุ่งเน้นไม่ให้มีการรบกวนเนื้อเยื่ออ่อนและเยื่อหุ้มกระดูกโดยรอบ ทำให้กระดูกติดได้เร็วขึ้น ซึ่งการรักษาด้วย retrograde femoral nail ก็เป็นอีกวิธีหนึ่ง โดยข้อดีของวิธีนี้คือไม่ต้องผ่าตัดเปิดแผลเข้าสู่ตำแหน่งกระดูกหัก การทำลายเนื้อเยื่อและเส้นเลือดหล่อเลี้ยงจึงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการผ่าตัดด้วยการใช้

plate ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้⁽⁸⁻¹³⁾

มีหลายการศึกษาที่รายงานผลการรักษากระดูกหักบริเวณต้นขาส่วนปลายด้วย retrograde femoral nails เช่น Gurkan et al.⁽¹¹⁾ ทำการศึกษาในผู้ป่วย 16 ราย พบว่าระยะเวลาการติดของกระดูกเฉลี่ย 25 สัปดาห์ Handolin et al.⁽¹³⁾ ทำการศึกษาในผู้ป่วย 46 ราย พบมีอัตราการติดของกระดูกร้อยละ 95 และระยะเวลาการติดของกระดูกเฉลี่ย 17.5 สัปดาห์ Neubauer et al.⁽¹⁴⁾ ทำการศึกษาในผู้ป่วย 40 ราย พบว่าระยะเวลาการติดของกระดูกเฉลี่ย 16.5 สัปดาห์ ส่วนรายงานการศึกษานี้พบว่าระยะเวลาการติดของกระดูกเฉลี่ย 14.4 สัปดาห์ อัตราการติดของกระดูกร้อยละ 96.88 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นและการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วย แผ่นเหล็ก (plate system)⁽⁴⁻⁶⁾

จากการศึกษานี้มีเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย 70 นาที (50-110 นาที) ซึ่งใช้เวลาน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วย condylar blade plate⁽⁵⁻⁷⁾ Christodoulou et al.⁽¹⁹⁾ ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวิธี retrograde femoral nails กับ dynamic condylar systems พบว่าได้ผลดีใกล้เคียงกันแต่ในกลุ่ม retrograde femoral nails จะเกิดการเสียเลือดและใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดน้อยกว่า การผ่าตัดตามกระดูกด้วย nail ยังมีข้อดีกว่าการใช้ plate คือ nail จะรับแรงกระทำน้อยกว่า⁽⁹⁾ เนื่องจากแรงจากน้ำหนักตัวจะตกค่อนลงมาด้านใน (medial) ของกระดูกต้นขา

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการใช้ locking plate ซึ่งพัฒนามาควบคู่กับ minimally invasive surgery แพร่หลายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม Henderson et al.⁽²⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบการเกิด periosteal callus ระหว่างการผ่าตัดด้วยวิธี retrograde femoral nail กับวิธี locking plates ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่าการสร้าง periosteal callus ในกลุ่ม nail สูงกว่า นอกจากนี้ retrograde femoral nails ยังมีข้อดีกว่าคือเหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุและมีภาวะกระดูกบาง⁽²¹⁾ ซึ่งถ้าใช้แผ่นเหล็กยึดตรึงกระดูก จะมีปัญหาการยึดของ screw ไม่แข็งแรงพอ ทำให้เกิดคสวามล้มเหลวของการยึดติดได้ El-Kawy et al.⁽²²⁾ ทำการรักษา supracondylar fracture ของกระดูก femur ด้วยวิธี retrograde femoral nailing ในผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 23 ราย (อายุเฉลี่ย 75 ปี) พบว่ากระดูกดีดี แม้จะมีปัญหาแนวกระดูกผิดรูปเชิงมุม (angular malalignment) บ้างแต่ก็ไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การรักษาด้วยวิธี retrograde femoral nails นั้นใช้ได้ดีกับกระดูกหักแบบ AO type-A (ภาพที่ 2.1 และ 3.1) แต่ใน type C ก็สามารถทำได้เพียงแต่ต้องยึด lag screw เพื่อยึดกระดูกบริเวณข้อก่อน ซึ่งมีข้อควรระวังคือ lag screw อาจขวางทางเข้าของ nails ได้ อย่างไรก็ตามการเปิดแผลผ่าตัดผ่านเข้าข้อเข่าอาจทำให้เกิดการติดเชื้อที่ข้อเข่าและการเจ็บเข่าเรื้อรังได้ในบางราย Neubeuer et al.⁽¹⁴⁾ ได้ทำการศึกษารักษาด้วย

วิธีนี้ในผู้ป่วย 40 ราย พบว่าเป็นวิธีการยึดตรึงกระดูกที่ใช้ได้ดีโดยเฉพาะกับกระดูกต้นขาส่วนปลายหักบริเวณเหนือเข่า (supracondylar area) ทั้งชนิดหักนอกข้อ (extra-articular: type A1-3) และชนิดมีรอยแตกเข้าข้อเข่าแบบไม่มีชิ้นแตกย่อยหลายชิ้น (simple intra-articular : type C1-2) และเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับกระดูกต้นขาส่วนกลางหัก (femoral shaft fracture) โดยเฉพาะเมื่อมีการขัดขวางการผ่าตัดเข้าบริเวณส่วนต้นของกระดูกต้นขา (proximal femur)

เนื่องจากส่วนปลายของกระดูกต้นขามีโพรงกระดูกค่อนข้างกว้างและมักจะมีการแตกย่อยเป็นหลายชิ้น (comminution) ในการผ่าตัดด้วย retrograde femoral nails อาจเกิดปัญหาแนวกระดูกไม่ตรงได้ (malalignment) Volkan et al.⁽¹¹⁾ พบว่าการกำหนดจุดเข้าของ retrograde nail และการจัดแนวกระดูกก่อนใส่ nail มีความสำคัญ โดยอาจทำให้เกิดแนวกระดูกผิดรูปทั้งในแนว หน้าหลัง (anteriorposterior) และแนวด้านข้าง (lateral angulation) ได้ แต่ในการศึกษานี้ใช้วิธีเปิดแผลผ่าตัดเข้าข้อเข่า (arthrotomy) ร่วมกับ fluoroscopy จึงพบมี malalignment เพียง 2 ราย และไม่มีผลต่อการเดินและการเคลื่อนไหวของข้อเข่า นอกจากนี้ยังมีข้อควรระวังคือ ปลายของ nail ที่ยื่นเข้ามาในข้อเข่า ถ้ามากเกินไปอาจมีผลจำกัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเช่นเดียวกับที่พบในรายงานนี้ Murray et al.⁽²³⁾ ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วย femoral shaft

fractures 32 ราย พบว่าพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในการรักษาแบบ antegrade nailing ดีกว่ากลุ่ม retrograde nailing

นอกจากนั้น retrograde nails ยังใช้ได้ดีในรายที่กระดูกต้นขาส่วนปลายและกระดูกเชิงข้างเดียวกันหัก (floating knee injuries) ซึ่งในการใส่ tibial nail นั้นสามารถใช้แผ่นผ่าตัดเดียวกันได้ รวมทั้งยังสามารถสำรวจการบาดเจ็บในข้อเข่าได้ด้วย⁽²⁴⁾ TAN et al.⁽²⁵⁾ ทำการรักษาผู้ป่วย floating knee injuries ด้วยวิธี interlocked intramedullary nailing ผ่านแผ่นผ่าตัดเดียวในผู้ป่วย 38 ราย พบว่าเป็นวิธีที่มีการบาดเจ็บจากการผ่าตัดน้อย อัตราการติดเชื้อต่ำ ขณะที่มียาต้านการติดเชื้อของกระดูกดี

ถึงแม้ว่า การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดหลายอย่างได้แก่ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังซึ่งอาจมีความไม่สมบูรณ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย แต่ก็ได้แสดงให้เห็นผลการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการผ่าตัดนี้ในโรงพยาบาล

ยโสธร และเปรียบเทียบผลการรักษากับรายงานการศึกษาอื่น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

ในปัจจุบันการรักษาด้วย retrograde interlocking intramedullary nailing เป็นวิธีหนึ่งที่จะรักษา distal femoral fractures ให้ได้ผลดี โดยเฉพาะการหักชนิด type A รวมทั้ง type C ที่มีการแตกเป็นชิ้นไม่มากก็สามารถใช้ได้ (type C1-2) ข้อดีของ retrograde nails คือ กระดูกติดได้เร็ว ระยะเวลาการผ่าตัดสั้นกว่า ขนาดแผ่นผ่าตัดเล็ก มีการเลาะเนื้อเยื่อน้อยและเสียเลือดน้อย ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ การดูแลหลังผ่าตัดง่าย เดินลงน้ำหนักได้เร็ว นอกจากนี้ยังใช้ได้ดีกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บร่วม เช่น ผู้ป่วยกระดูกต้นขาข้างเดียวกันหักหลายตำแหน่ง หรือมีกระดูกเชิงข้างเดียวกันหักร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- 1.O'Brien PJ, Meek RN, Blanchet PA, Broekhuysen HM. Fractures of the distal femur. In: Buchholz RW, Heckman JD, Court-Brown C, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. Vol.2, 6th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p.1915-67
- 2.Saw A, CP Lau. Distal femoral fractures. Journal of Orthopaedic Surgery 2003; 11(2): 141-7.
- 3.Shewring DJ, Meggitt BF. Fractures of the distal femur treated with the AO dynamic condylar screw. J Bone Joint Surg Br 1992; 74: 122-5.
- 4.Chiron HS, Tremoulet J, Casey P, Muller M. Fractures of the distal third of the femur treated by internal fixation. Clin Orthop 1974; 100: 160-70.
- 5.Giles JB, DeLee JC, Heckman JD, Keever JE. Supracondylar-intercondylar fractures of the femur treated with a supracondylar plate and lag screw. J Bone Joint Surg Am 1982; 64: 864-70.
- 6.Merchan EC, Maestu PR, Blanco RP. Blade-plating of closed displaced supracondylar fractures of the distal femur with the AO system. J Trauma 1992; 32: 174-8.
- 7.Bolhofner BR, Carmen B, Clifford P. The results of open reduction and Internal fixation of distal femur fractures using a biologic (indirect) reduction technique. J Orthop Trauma. 1996; 10(6): 372-7.
- 8.Leung KS, Shen WY, So WS, Mui LT, Grosse A. Interlocking intramedullary nailing for supracondylar and intercondylar fractures of the distal part of the femur. J Bone Joint Surg Am 1991; 73: 332-40.
- 9.Zlowodzki M, Williamson S, Cole PA, Zardiackas LD, Kregor PJ. Biomechanical evaluation of the less invasive stabilization system, angled blade plate, and retrograde intramedullary nail for the internal fixation of distal femur fractures. J Orthop Trauma 2004; 18: 494-502.
- 10.Seifert J, Stengel D, Matthes G, Hinz P, Ekkernkamp A, Osternmann PA. Retrograde fixation of distal femoral fractures:result using new nail system. J Orthop Trauma 2003; 17: 488-95.
- 11.Volkan GURKAN, Haldun ORHUN, Murat DOGANAY, Faruk SALIOGLU,

- Tarcan, Muhshin DURSUN, Murat BUL-BUL. Retrograde intramedullary interlocking nailing in fractures of the distal femur. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2009; 43(3): 199-205.
12. Achaya KN, Rao MR. Retrograde nailing for distal femoral shaft fractures: a prospective study. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2006; 14(3): 253-8.
13. Handolin L, Pajarinen J, Lindahl J, Hirvensalo E. Retrograde intramedullary nailing in distal femoral fractures: results in a series of 46 consecutive operations. *Injury* 2004; 35(5): 517-22.
14. Neubauer T, Ritter E, Potschka T, Karlbauer A, Wagner M. Retrograde nailing of femoral fractures. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech.* 2008; 75(3): 158-66.
15. Papadokostakis G, Papadokostakis C, Dimitriou R, Giannoudis PV. The role and efficacy of retrograde nailing for the treatment of diaphyseal and distal femoral fractures: a systematic review of the literature. *Injury* 2005; 36: 813-22.
16. Thomson AB, Driver R, Kregor PJ, Obrebsky WT. Long-term functional outcomes after intra-articular distal femur fractures: ORIF versus retrograde intramedullary nailing. *Orthopedics* 2008; 31(8): 748-50.
17. Muller ME, Nazarian S, Koch P, Schatzker J. The comprehensive classification of fractures of long bones. Berlin: Springer; 1990.
18. Schatzker J, Horne G, Waddell J. The Toronto experience with the supracondylar fracture of the femur, 1966-72. *Injury* 1974; 6: 113-28.
19. Christodoulou A, Terzidis I, Ploumis A, Metsovitis S, Koukoulidis A, Toptsis C. Supracondylar femoral fractures in elderly patients treated with the dynamic condylar screw and the retrograde intramedullary nail: a comparative study of the two methods. *Arch Orthop Trauma Surg* 2005; 125: 73-9.
20. Henderson CE, Lujan T, Bottlang M, Fitzpatrick DC, Madey SM, Marsh JL. Stabilization of distal femur fractures with intramedullary nails and locking plates: differences in callus formation. *Iowa Orthop J.* 2010; 30: 61-8.
21. Armstrong R, Milliren A, Schrantz W, Zeliger K. Retrograde interlocked intramedullary nailing of supracondylar

- distal femur fractures in an average 76-year-old patient population. Orthopedics. 2003; 26(6): 627-9.
- 22.El-Kawy S, Ansara S, Moftah A, Shalaby H, Varughese V. Retrograde femoral nailing in elderly patients with supracondylar fracture femur; is it the answer for a clinical problem? Int Orthop 2007; 31: 83-6.
- 23.Murray P, Bergin P, Labropoulos P, Gunther S. Retrograde femoral nailing and knee function. Orthopedics. 2008; 31(10). pii: orthosupersite.com/view.asp?rID=31517.23.
- 24.Ostrum RF. Treatment of floating knee injuries through a single percutaneous approach. Clin Orthop Relat Res 2000; (375): 43-50.
- 25.Tan JS, Zhang Y, Zhang JP, Zeng M. Treatment of floating knee injuries with interlocked intramedullary nailing through a single incision. Zhongguo Gu Shang 2008; 21(7): 544-6.
- Treatment of Distal Femoral Frac-

tures with Retrograde Femoral Nail

*Kuakool Phitakrat**

Abstract

Distal femoral fractures are complex musculoskeletal injuries with therapeutic challenge due to high rate of complications. Classic implants like dynamic condylar screw or condylar blade plate require large incisions and can generate delayed union, nonunion sites, post-operative infection and knee stiffness. To avoid problem, retrograde femoral nailing is applied to treat distal femoral fractures. This retrospective study was performed in patients underwent retrograde femoral nailing at Yasothon Hospital in 2008-2010. A total of 32 patients (18 males, 14 females; mean age 53 years, ranging from 25-73 years) had average time to follow up of 16 months (9.4-24.2 months). It was found that the operative time was 70 minutes in average (50-110 minutes), the mean time of fracture healing was 14.4 weeks (12-30 weeks). Thirty- one patients had fracture healing at the first operation (96.88%). Of all post-operative patients, 29 (90.64%) had normal bone alignment, 23 (71.88 %) had normal motion range of knee joints (135o), and none had complications. Retrograde femoral nailing yielded good results, fast fracture healing, and low rate of complications. It is effective treatment for distal femoral fracture, especially A1, A2, A3 and C1, C2 according to AO/OTA classification.

Keywords distal femoral fractures, retrograde femoral nailing

* Orthopedist. Department of Orthopedic Surgery, Yasothon Hospital

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า ขณะได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง

พิมพ์ประภา นิธิพานิช* อุไรรัตน์ นิยมพันธ์**

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจเต้นช้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง และสามารถนำไปสู่ภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ การทราบถึงอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางวิสัญญีควรมีความรู้เป็นอย่างดี เพื่อป้องกันอันตรายและให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น จึงได้ทำการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัด เพื่อศึกษาถึงอุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าขณะได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โดยเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ข้อมูลการได้รับยาระงับความรู้สึก และข้อมูลการผ่าตัดจากใบบันทึกทางวิสัญญี ระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดย chi-square test และ multiple logistic regressions รายงานผลทางสถิติโดย 95% CI และ p-value พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 294 ราย อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าเท่ากับร้อยละ 9.2 โดยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นร่วมด้วย 1 ราย ระยะเวลา นับตั้งแต่ได้รับยาชาจนเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าเฉลี่ย 37.3 นาที (2-90 นาที) ปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญ คือ เพศชาย อัตราการเต้นของหัวใจก่อนผ่าตัด ≤ 60 ครั้งต่อนาที และการได้รับยากลุ่มเบนโซไดอะเซปีน

คำสำคัญ ภาวะหัวใจเต้นช้า การระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง

*กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล อุบลราชธานี

**กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล อุบลราชธานี

บทนำ

การระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังได้รับความนิยมในการผ่าตัดบริเวณครึ่งล่างของร่างกาย เนื่องจากมีข้อดี คือ ไม่ทำให้เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ช่วยระงับปวดหลังผ่าตัด ลดการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็ว ค่าใช้จ่ายถูกกว่า⁽¹⁾ ลดอัตราการเกิด deep vein thrombosis⁽²⁾ เป็นต้น แต่ก็มีผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า คลื่นไส้อาเจียน ปวดหลัง หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น หัวใจขาดเลือดหรือหัวใจหยุดเต้นได้⁽³⁾

อาการหัวใจหยุดเต้นจากการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังพบได้น้อย⁽⁴⁾ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 9-13⁽⁵⁾ Robert และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า อาการแสดงแรกก่อนหัวใจหยุดเต้นที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะหัวใจเต้นช้า ขณะที่ธารา ตริตระการและคณะ⁽⁷⁾ รายงานว่าในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น 26 ราย มี 11 ราย ที่มีภาวะหัวใจเต้นช้าก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

เคยมีการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า เช่น อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที ไดยากลุ่มต้านเบต้า อายุน้อยกว่า 50 ปี ระดับการชาสูงกว่า T6 ผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายตาม physical status I ตามแนวทางของ American Society of Anesthesia (ASA) คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ prolonged PR interval⁽⁸⁾ เพศชาย หรือไดยากลุ่มเบนโซไดอะเซพีน⁽⁹⁾ เป็นต้น

ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เคยมีผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นขณะได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง 1 ราย โดยมีอาการหัวใจเต้นช้าก่อน ดังนั้นจึงต้องการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าขณะได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลมาก่อน เพื่อการพัฒนาแนวทางและมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยขณะได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังให้เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลวชิรพยาบาลที่ได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อการผ่าตัด ระหว่างเดือนมกราคม 57' ธันวาคม 2554 จำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 294 ราย โดยการศึกษาได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลก่อนทำการศึกษา

ข้อมูลที่นำมาศึกษาได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักตัว สภาพร่างกายผู้ป่วยตาม ASA physical status โรคประจำตัว ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจเดิม ประวัติการได้รับยากลุ่มต้านเบต้าหรือกลุ่มเบนโซไดอะเซพีน ชนิดของการผ่าตัด การจัดทำของผู้ป่วยขณะผ่าตัด ทำของผู้ป่วยขณะฉีดยาชาทางช่องน้ำไขสันหลัง ตำแหน่งที่แทงเข็ม ปริมาณยาชาที่ได้รับ ระดับการชา ปริมาณการเสียเลือดจากการผ่าตัด ระยะเวลาการ

ผ่าตัด อัตราการเต้นของหัวใจ และเวลาที่เกิดหัวใจเต้นน้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที

ข้อมูลบางอย่างถูกนำมาจัดกลุ่มใหม่เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ โดยการแบ่งผู้ป่วยตามอายุ (<50 ปี และ ≥50 ปี) น้ำหนักตัว (≤60 กิโลกรัม และ >60 กิโลกรัม) อัตราการเต้นของหัวใจก่อนผ่าตัด (≤60 ครั้งต่อนาที และ >60 ครั้งต่อนาที) ปริมาณยาชา 0.5% bupivacaine (≤15 มิลลิกรัม และ >15 มิลลิกรัม) และระดับการชา (≤T8 และ >T8)

วิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าเป็นร้อยละ ข้อมูลที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ chi-square test ส่วนข้อมูลที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ t-test for independent group กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ นำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายผลต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าโดยใช้ multiple logistic regression รายงานผลเป็น 95% confidence interval (95% CI) และ p-value

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 294 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 173 คน (ร้อยละ 58.85) อายุระหว่าง 14 ถึง 90 ปี เฉลี่ย 41+19.5 ปี น้ำหนักตัวระหว่าง 34-108 กก. เฉลี่ย 62.2+13.8 กก. มีผู้ป่วย 3 คน (ร้อยละ 1.02) ได้รับยากลุ่มต้านเบต้า และได้รับยากลุ่มเบนโซไดอะเซพีน 75 คน (ร้อยละ 25.51) ชนิดของการผ่าตัดมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การผ่าตัดทางสูติกรรม กระดูก และข้อ และศัลยกรรม สภาพร่างกายของผู้ป่วย ร้อยละ 50.3 จัดอยู่ใน ASA status I โดยมีอัตราการเต้นของหัวใจก่อนผ่าตัด ระหว่าง 54-140 ครั้งต่อนาที เฉลี่ย 80.4+11.8 ครั้งต่อนาที

ตำแหน่งที่แทงเข็มให้ยาชาอยู่ที่กระดูกสันหลังระดับ L3-4 มากที่สุด (ร้อยละ 95.58) ปริมาณยาชา 0.5% bupivacaine ระหว่าง 7-18 มก. เฉลี่ย 12.32+2.6 มก.ต่อราย และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการชาสูงกว่าระดับ T8 (ร้อยละ 80.61) ขณะผ่าตัดผู้ป่วยร้อยละ 92.8 อยู่ในท่า supine มีระยะเวลาการผ่าตัดตั้งแต่ 18 ถึง 245 นาที เฉลี่ย 65+42.5 นาที และมีปริมาณการเสียเลือด 10-1,700 มล. เฉลี่ย 231.6+268 มล. รายละเอียดอื่นแสดงในตารางที่ 1

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า
 ขณะได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง
 พิมพ์ประกา นิธิพานิช อุไรรัตน์ นิยมพันธ์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ศึกษา และความสัมพันธ์การเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวน (ราย)	การเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า (ราย)	p-value
เพศ			
- ชาย	121	23	< 0.001
- หญิง	173	4	
อายุ			
- < 50 ปี	201	9	< 0.001
- ≥ 50 ปี	93	18	
น้ำหนักตัว			0.811
- ≤ 60 กิโลกรัม	147	13	
- > 60 กิโลกรัม	147	14	
อัตราการเต้นของหัวใจก่อนผ่าตัด			
- ≤ 60 ครั้งต่อนาที	17	9	< 0.001
- > 60 ครั้งต่อนาที	277	18	
การได้รับยาก่อนการผ่าตัด			
- ยากลุ่มต้านเบต้า	3	-	< 0.001
- ยากลุ่มเบนโซไดอะเซพีน	75	18	
ชนิดของการผ่าตัด			< 0.001
- สูติกรรม	121	1	
- กระดูกและข้อ	87	7	
- ศัลยกรรม	69	13	
- อื่นๆ	17	6*	
สภาพร่างกายของผู้ป่วย			0.022
- ASA status I	148	9	
- ASA status II	126	18	
- ASA status III	20	-	

ตำแหน่งที่แทงเข็ม			0.348
- L 2-3	9	-	
- L 3-4	281	26	
- L 4-5	4	1	
ปริมาณยาชา			
- ≤ 15 มิลลิกรัม	265	23	
- >15 มิลลิกรัม	29	4	0.365
ระดับการชา			
- ≤ T 8	57	8	
- > T 8	237	19	0.158
ท่าขณะผ่าตัด			0.17
- supine	271	21	
- lithotomy	13	4	
- lateral	7	1	
- prone	3	1	
ระยะเวลาการผ่าตัด			0.538
- > 60 นาที	208	18	
- 61-180 นาที	79	3	
- ≥ 180 นาที	7	-	
ปริมาณการเสียเลือด			0.988
- ≤ 500 มล.	273	25	
- > 500 มล.	21	2	

*พบในผู้ป่วยผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะทั้ง 6 ราย จาก 14 ราย

พบว่าผู้ป่วย 27 ราย ที่เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า คิดเป็นอุบัติการณ์เท่ากับร้อยละ 9.2 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น 1 ราย

โดยมีภาวะหัวใจเต้นช้าเข้ามามาก่อน ระยะเวลานับตั้งแต่ได้รับยาชาจนเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าเฉลี่ย 37.3 นาที แตกต่างกันของผู้ป่วยแต่ละรายตั้งแต่ 2 นาที ถึง 90 นาที

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าพบว่า เพศ อายุ อัตราการเต้นของหัวใจเดิม ≤ 60 ครั้งต่อนาที การได้รับยากลุ่มเบนโซไดอะเซพีน สภาพร่างกายตาม ASA status และชนิดของการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าหลังการระงับความรู้สึกทางช่อง

น้ำไขสันหลัง (ตารางที่ 1) เมื่อนำไปวิเคราะห์แบบ logistic regression พบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สามารถทำนายผลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เพศชาย อัตราการเต้นของหัวใจก่อนผ่าตัด < 60 ครั้งต่อนาที และการได้รับยากลุ่มเบนโซไดอะเซพีน แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ด้วย of multiple logistic regressions

ปัจจัย	95% CI	p-value
เพศชาย	0.064-0.673	0.009
อัตราการเต้นของหัวใจก่อนผ่าตัด ≤ 60 ครั้งต่อนาที	0.057-0.058	0.004
การใช้อยากลุ่มเบนโซไดอะเซพีน	0.119-0.804	0.016

วิจารณ์

อุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าในการศึกษานี้พบร้อยละ 9.2 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ คือร้อยละ 10.8⁽⁹⁾ ส่วนการศึกษานี้แตกต่างพบร้อยละ 13⁽⁸⁾ ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าพบว่า เพศชาย (ร้อยละ 19) มีอัตราการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้ามากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 2.3) ซึ่งพบในการศึกษาของ วรียา สุขุประการ และคณะ⁽⁹⁾ เช่นกัน แต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นช้ามากกว่าเพศหญิง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้^(7,9) พบปัจจัยเสี่ยงเหมือนกันคือ อัตราการเต้นของหัวใจเดิม ≤ 60 ครั้งต่อนาที โดย

ไม่พบความสัมพันธ์ของ ASA status และอายุผู้ป่วยกับการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าในการศึกษานี้

การได้รับยากลุ่มเบนโซไดอะเซพีน ก็พบว่าปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน มีรายงานว่า การได้รับยากลุ่มนี้มากเกินไปสามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าและหัวใจหยุดเต้นได้⁽⁶⁾ แต่การได้รับยากลุ่มต่ำแบบต่ำซึ่งเป็นยาที่มีผลให้หัวใจเต้นช้า กลับไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าในการศึกษานี้ ซึ่งอาจเป็นจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาในกลุ่มนี้มีน้อยเกินไป (3 คน)

ปัจจัยด้านยาชา คือ ปริมาณยาชา ระดับการชาที่สูงกว่า T8 รวมทั้งตำแหน่งที่แทงเข็ม ไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า

การศึกษาก่อนหน้าพบว่าระดับการชามีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า ทั้งระดับที่สูงกว่า T6⁽⁸⁾ และ T8⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม การสกัดกั้นระบบประสาทซิมพาเทติกอาจเกิดสูงกว่าระดับการชา (sensory level) ได้ 2-4 ระดับ จึงสามารถสูงถึงระดับเส้นประสาทที่ T1-T4 ซึ่งทำหน้าที่ในการกระตุ้นการเต้นของหัวใจ (cardiac accelerator) ได้ ทำให้ต้องเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นช้าเช่นกัน ส่วนปัจจัยด้านการผ่าตัด คือ ชนิดการผ่าตัด ท่าของผู้ป่วย ระหว่างผ่าตัด การเสียเลือดจากการผ่าตัด และระยะเวลาการผ่าตัด เมื่อนำไปวิเคราะห์โดย multiple logistic regression ก็ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลานับจากการฉีดยาทางช่องน้ำไขสันหลังจนถึงเวลาที่เริ่มเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าพบว่าแตกต่างกันตั้งแต่นาทีที่ 2 ถึงนาทีที่ 90 อาจเกิดระหว่างผ่าตัดหรือหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดแล้ว การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงยังคงมีความสำคัญและต้องทำอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษานี้มีผู้ป่วย 1 ราย เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น โดยมีภาวะหัวใจเต้นช้ามาก่อนเล็กน้อยแล้วเกิดหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเป็นผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มีปัญหาด้านการสื่อสารและต้องใช้ล่ามทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบอกความรู้สึกหรือระดับการชาได้ชัดเจน จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางวิสัญญีที่จะเฝ้าระวังอาการอื่นที่อาจเป็นอาการผิดปกติเบื้องต้น เช่น อาการกระสับกระส่ายหรือวิงเวียน

และควรมีการเตรียมยาที่จำเป็นสำหรับการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนให้พร้อมเสมอ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

การระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังเพื่อผ่าตัดเป็นวิธีการที่ใช้ได้ดี แต่ต้องระวังการเกิดภาวะหัวใจเต้นช้าทั้งในขณะผ่าตัดและขณะฟื้นตัว รวมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับการแก้ไขภาวะหัวใจเต้นช้า ในการศึกษาที่พบอุบัติการณ์ร้อยละ 9.2 โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ผู้ป่วยเพศชาย อัตราการเต้นของหัวใจเดิม ≤ 60 ครั้งต่อนาที และการได้รับยากลุ่มเบนโซไดอะซีน

เอกสารอ้างอิง

1. วัชริน สีนชวนนท์. การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน. ใน: วรรณา สมบูรณ์วิบูลย์, เทวรักษ์ วีระวัฒนากานนท์, ปวีณา บุญบุรพงค์, สมรัตน์ จารุลักษณะานนท์, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2543. หน้า 138-50.
2. Rodgers A, Walker N, Schug S, McKee A, Kehlet H, Sage D, et al. Education of post operative mortality and morbidity with epidural or spinal anesthesia. BMJ 2000; 321: 1-12.
3. Chinachoti T, Lapmahapaisan S, Charoentanyarak K, Launphoncharoenchai

- J, Risk factors of hypotension in combined thoracic epidural with general anesthesia for upper abdominal operation. Thai Journal of Anesthesiology 2008; 34(1): 16-23.
4. Geffin B, Shapiro L. Sinus bradycardia and asystole during spinal and epidural anesthesia: a report of 13 cases. J Clin Anesth 1998; 10: 278-85.
5. Auroy Y, Narchi P, Messiah A, et al. Serious complications related to regional anesthesia. Anesthesiology 1997; 87: 479-86.
6. Caplan RA, Ward RJ, Posner K, Cheney FW. Unexpected cardiac arrest during spinal anesthesia: a closed claims analysis of predisposing factors. Anesthesiology 1988; 68: 5-11.
7. ธารา ตริตรระการ, ฐิติมา ชินะโชติ, ชุศรี พิศลยบุตร, นุชส์โรช เพ็ชรไพศิษฐ์, รพีเพ็ญ ศิริเวชฎารักษ์. กลไกการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นหลังได้รับการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง. วิทยุณีสาร 2548; 31: 95-101.
8. Pollard JB. Cardiac arrest during spinal anesthesia: common mechanisms and strategies for prevention. Anesth Analg 2001; 92: 252-6.
9. วรียา สุขุประการ, ต้นหยง พิพานเมฆาภรณ์, เมธี ศิริโสภณา. อุบัติการณ์และปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าในผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนโดยการฉีดยาทางช่องไขสันหลัง ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยุณีสาร 2550; 33(1): 36-42.

Incidence and Risk Factors of Spinal Anesthesia Induced Bradycardia

Pimprapa Nithipanich Urairat Niyompan***

Abstract

Bradycardia is a complication of spinal anesthesia that can lead to cardiac arrest. The knowledge of the incidence and risk factors of bradycardia during spinal anesthesia is important for anesthetic personnel to prevent adverse event and to promote patients' safety. A retrospective, descriptive study was conducted to study the incidence of bradycardia and its relating factors during spinal anesthesia in patients underwent surgery under spinal anesthesia at Warinchamrab Hospital. Patients' characteristic data, preoperative condition, anesthetic drugs and surgical data were collected from anesthetic sheets in January - December 2011. Data were analyzed using chi-square test and multiple logistic regressions and presented by 95% confidence interval and p-value. Of the overall 294 patients, the incidence of bradycardia was 9.2%. There was one patient having cardiac arrest. Average time from injection of local anesthetic drug to bradycardia was 37.3 minutes (2-90 min.) The significant risk factors were gender (male), baseline heart rate < 60 beats/min. and pre-medication with benzodiazepine.

Keywords ; bradycardia, spinal anesthesia

* Orthopedist. Department of Orthopedic Surgery, Yasothon Hospital

อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสาน ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สุเพียร โภคทิพย์* ศิริพร จิรวัดน์กุล**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 27 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2553-กุมภาพันธ์ 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ได้ข้อค้นพบ 3 ประเด็น คือ 1) ไม่นึกว่าเป็นโรคหัวใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ 2) ครอบครัวต้องมาก่อน ผู้หญิงอีสานให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นหลัก ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 3) ผู้หญิงคือผู้พึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลต้องพึ่งพาคนอื่นในการแสวงหาการรักษา นอกจากนั้นอาการแสดงที่พบก็แตกต่างจากอาการที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัย รวมทั้งการดำรงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและพึ่งพิงทำให้ผู้หญิงให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นสำคัญ ขาดโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง จึงควรมีการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อน เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้หญิง เพื่อให้ผู้หญิงได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ การรับรู้ กล้ามเนื้อหัวใจตาย เพศภาวะ

* นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในอดีตเชื่อกันว่าเป็นโรคของผู้ชาย⁽¹⁾ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้จึงได้จากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก โดยมีผู้หญิงอยู่ในการศึกษาเพียงร้อยละ 15-30⁽²⁾ ทำให้แนวทางการดูแลรักษาส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาในผู้ชาย อย่างไรก็ตาม การทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในหลายด้าน เช่น ผู้หญิงจะมีความตระหนักและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ^(3,4) ผู้หญิงจะมีอาการที่ไม่ชัดเจนเหมือนผู้ชาย⁽⁵⁻⁸⁾ ทำให้แสวงหาการรักษาล่าช้า มีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยรักษาสูง⁽⁹⁾ ทำให้ผู้หญิงได้รับการรักษาน้อยกว่าผู้ชายอย่างชัดเจน⁽¹⁰⁾ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงขึ้น สาเหตุความแตกต่างดังกล่าวเนื่องมาจากความแตกต่างกันทั้งในด้านเพศ (sex) และเพศภาวะ (gender) โดยที่ความแตกต่างทางเพศเป็นความแตกต่างทางด้านชีววิทยาระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ส่วนเพศภาวะหมายถึงเพศที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม (social construction) ให้แสดงถึงบทบาทความเป็นหญิงและความเป็นชาย เพศภาวะจึงเป็นตัวกำหนดคุณลักษณะและกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับแต่ละเพศในแต่ละสังคม ทำให้หญิงชายมีหน้าที่ บทบาท รูปแบบการดำเนินชีวิต อำนาจการตัดสินใจ โอกาส การเข้าถึงและการใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค

และความต้องการการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน⁽¹⁰⁾

การรับรู้อาการและให้ความหมายของอาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะมีผลต่อการแสดงออก การตอบสนองต่ออาการ และการตัดสินใจแสวงหาการรักษา การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมาโรงพยาบาลล่าช้ากว่าชาย เช่น ในอเมริกาผู้หญิงใช้เวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการประมาณ 14 ชั่วโมง ขณะที่ผู้ชายมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.8 ชั่วโมง ชาวจีนในฮ่องกงใช้เวลาเฉลี่ยสำหรับผู้หญิง 53.7 ชั่วโมง ส่วนผู้ชายเป็น 15.6 ชั่วโมง⁽¹¹⁾ นอกจากนั้นผู้หญิงในไอร์แลนด์จะมาโรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากต้องดูแลเด็กและรับผิดชอบในครัวเรือน⁽¹²⁾

มีรายงานการศึกษาในประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลสูงเป็น 2 เท่าของคนตะวันตก (ร้อยละ 16.2 และ 7) และอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย ร้อยละ 12.7 และร้อยละ 10.3 ตามลำดับ⁽¹³⁾ จากรายงานการสำรวจสุขภาพของคนอีสาน 2551 โดยการสำรวจประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มการเป็นโรคหัวใจมากขึ้น และผู้สูงอายุผู้หญิงจะอาศัยอยู่คนเดียวมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 8.9 ร้อยละ 6.1)⁽¹⁴⁾ ขณะที่การศึกษานำร่องในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีแนวโน้มของการมาโรงพยาบาลล่าช้า แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกด้านวิถีชีวิตที่จะอธิบายความ

แตกต่างกัน¹⁵ จึงมีคำถามว่าแนวคิดเชิงเพศภาวะจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้อย่างไร วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ก็เพื่ออธิบายการรับรู้เกี่ยวกับอาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยใช้มุมมองเพศภาวะ (gender perspective)

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study) เนื่องจากทำให้เข้าใจผู้ให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึก นึกคิด ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างแท้จริง⁽¹⁵⁾ ทำการศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากมีศูนย์โรคหัวใจที่มีผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมารับการรักษา และผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้โดยสะดวก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งชนิดที่มีคลื่นไฟฟ้าเอสทียกสูง (ST

Elevation Myocardial Infarction: STEMI) และชนิดที่คลื่นเอสทีไม่ยกสูง (Non ST Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) เลือกอย่างเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้หญิงที่กำลังรักษาในห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด (coronary care unit: CCU) หรือเคयरรักษาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ร่วมกับการสุ่มเชิงทฤษฎีเพื่อให้มีความหลากหลายทั้งด้านคลินิกและด้านประชากร การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลมี 3 ช่องทางดังนี้ 1) ผู้ป่วยหญิงที่กำลังรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โดยพยาบาลประจำตึกจะแจ้งผู้วิจัยทราบเมื่อมีผู้ป่วยหญิงที่เข้าได้กับเกณฑ์เพื่อขออนุญาตในการศึกษา สร้างสัมพันธภาพ และนัดหมายการสัมภาษณ์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจตามนัด โดยผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ และ 3) ผู้หญิงที่อาศัยในชุมชนโดยประสานงานกับศูนย์แพทย์ในชุมชน ซึ่งมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 27 คน มีคุณลักษณะทางประชากร ดังตารางที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และ/หรือผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ โดยใช้แนวคำถามที่มุ่งเน้นความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ในประเด็นวิถีชีวิต บทบาทในครอบครัว ชุมชน และประสบการณ์การเกิดโรค อาการและการตอบสนองต่ออาการ และได้ข้อมูลที่อ้อมตัวเมื่อมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 20 คน

2. การสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้

หญิงจำนวน 7 คน ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งชุมชนเมือง กึ่งเมือง และชุมชนชนบท ในประเด็นวิถีชีวิต ความสุข ความทุกข์ เพื่อให้เข้าใจรูปแบบวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน

3. การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับลักษณะชุมชน เพื่อประกอบการทำความเข้าใจวิถีชีวิต

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มถูกบันทึกในเทปเสียงและถอดเทป

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล (ผู้หญิง 27 คน)

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	
อายุ	38-80 ปี อายุเฉลี่ย 57.9 ปี
สถานภาพสมรส	คู่ 20 คน โสด 1 คน หม้าย 6 คน
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ 3 คน ประถมศึกษา 18 คน มัธยมศึกษา 3 คน ปริญญาตรี 3 คน
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ 9 คน ทำนา/ทำไร่ 8 คน ค้าขาย 5 คน รับราชการ 1 คน ข้าราชการบำนาญ 1 คน รับจ้าง 2 คน ครูโรงเรียนเอกชน 1 คน
ที่อยู่	ในเขตเมือง 13 คน นอกเขตเมือง 14 คน ระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 200 เมตร - 80 กิโลเมตร
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	อาศัยอยู่คนเดียว 3 คน
การวินิจฉัยโรค	STEMI 18 คน NSTEMI 9 คน
จำนวนครั้งของการเป็น MI	เป็นครั้งแรก 23 คน เป็นครั้งที่ 2 จำนวน 4 คน

เสียงชนิดคำต่อคำ (verbatim transcriptions) นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้วิธีของโคไลซี(16) ดังตัวอย่างในตารางที่ 2 ทั้งนี้ในด้านวิถีชีวิตเน้นมุมมองเพศภาวะ คือ บทบาทหน้าที่หญิงชาย (gender role) บรรทัดฐานเชิง

เพศภาวะ (gender norm) การแบ่งงานหญิงชาย (gender based division of labor) การเข้าถึงและควบคุมการใช้ทรัพยากร (access to and control over) และอำนาจและการตัดสินใจ (power and decision making)

ตารางที่ 2 แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคำพูด	ดัชนี (index)	ประเภท (category)	ประเด็น (theme)
1. หมอบอกสงสัยเป็นหัวใจขาดเลือด ต้องส่งไปรักษาต่อด่วน ก็ไม่อยากไปเท่าไร เพราะลูกยังไม่ถึง ก็ขอมอวารถให้ลูก มาถึงก่อนได้มัย เป็นห่วงลูก	ลูกต้อง มาก่อน	บทบาทของ แม่ที่ดี	
2. ตอนหนูออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ ญาติเขา (สามี) ไม่สบายโทรมาให้ไปรับ และพาไปตรวจ สามีก็ยังทำงานอยู่ ก็เกรงใจเขาเลยขับรถไปเอง หนูขับรถมือเดียวเพราะอีกข้างพึ่งออกจาก โรงพยาบาล สวนหัวใจใส่บอลลูก จึงขับรถมือเดียวจากยโสธรมาอุบล ก็กลัวเหมือนกันแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร	ญาติสามี ต้องมาก่อน	บทบาท ลูกสะใภ้	ครอบครัว ต้องมาก่อน

ความเข้มงวด (rigor) และความเชื่อถือได้ (credibility) ของการวิจัย ใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ตีความได้ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและด้านทฤษฎี

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE522321) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (001/2553) ก่อนทำการศึกษา

ผลการศึกษา

ข้อค้นพบที่สำคัญมี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ไม่นึกว่าเป็นโรคหัวใจ 2) ครอบครัวยังต้องมาก่อน และ 3) ผู้หญิงคือผู้พึ่งพิง รายละเอียดในแต่ละประเด็นเป็นดังนี้

1. ไม่นึกว่าเป็นโรคหัวใจ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีประสบการณ์ของอาการที่หลากหลาย ทั้งอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อแตก และอาการหายใจหอบ (สาว) เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม อ่อนล้า ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดเสบ/จุดแน่นที่ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งการบรรยายถึงอาการที่เกิดขึ้นได้ลำบาก สะท้อนจากตัวอย่างคำพูดเหล่านี้

“มันก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ก็มีแต่ว่าเป็นกล้ามเนื้อมันตึงอยู่เนี่ย ก็เลยไปหาแต่หมอกกล้ามเนื้อ” (กุลลาบ 65 ปี, STEMI)

“เหนื่อย จุกเสบท้อง คิดว่าเป็นกระเพาะเพราะตัวเองกินข้าวไม่เป็นเวลา ไปหาหมอบอกเครียดให้ยามากินก็ไม่ดีขึ้น” (บัว 38 ปี, STEMI)

ผู้ให้ข้อมูลมักไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยเฉพาะอาการที่เรียกว่าเอ็นเข้าเกือกหรือเอ็นเข้าเปี่ยง หรือภาวะสะบักจม (scapula-costal pain) บางคนคิดว่าเป็นไทรอยผิดปกติเหมือนลูกชายที่เสียชีวิตด้วยโรคไทรอยผิดปกติ บางคนคิดว่าเป็นอาการเกิดจากผีเข้า การทำผิดเจ้าที่ ศาลปู่ตา ซึ่งแก้ไขโดยการทำพิธีทางไสยศาสตร์หรือขอขมา มีเพียงผู้ให้ข้อมูลวิชาชีพครู 2 คนที่คิดว่าตัวเองมีโอกาสเป็นโรคหัวใจ เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ตรงในการดูแลญาติที่เป็นโรคหัวใจ

“เหนื่อย เหงื่อแตก นึกว่าเบาหวานขึ้น” (พิกุล 46 ปี, STEMI)

“นึกว่าเอ็นเข้าเกือก นวดคั่นกันอยู่เป็นชั่วโมงสองชั่วโมง มีแต่เจ็บแน่นเข้า พอไปโรงพยาบาลหมอจึงบอกว่าหัวใจขาดเลือดชั่วโมงหนึ่งแล้วทำไมป้าจึงมาช้า” (ชบา 51 ปี, NSTEMI)

“ไม่สุขสบาย มันรู้สึกร้อน คลื่นไส้ อาเจียน อาเจียนออกแล้วดีขึ้น เลยคิดว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารไปหาหมอบอกว่ากระเพาะขึ้น รักษาอยู่ 2 เดือน” (เบญจมาศ 53 ปี, STEMI)

“เจ็บเสบในท้องเหมือนลมตีขึ้น อาเจียนออกเป็นฟองแพ็บ นึกว่าเป็นไทรอยเหมือนลูกชาย”

(จำปา 45 ปี, STEMI)

“แน่นๆ เลย หน້อกมันจะเจ็บเหมือนมีคนมานั่งทับนะ หายใจไม่ได้ เหมือนกินข้าวแล้วจุกแน่นท้อง” (ขบา 51ปี, NSTEMI)

“เหนื่อยแล้วก็ส่ว (หายใจหอบ)” (อัญชัน 78 ปี, NSTEMI)

“คิดว่าผีเข้าเจ้าสุญ มันแน่นหายใจไม่ออก แล้วก็มือสั่นนี้เหมือนกบฏกลื่อนั่น” (ดอกแก้ว 51 ปี, NSTEMI)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีอาการร่วมที่นำมาสู่การรักษาที่คล้ายๆ กัน คือ มีอาการเหงื่อออกมากกว่าปกติ ซึ่งเรียกตรงกันว่า “ไค้คั่วแตก” หรือ “ยางตายออก” และรู้สึกร้อนตามร่างกายจนแทบไม่สามารถทนได้ สะท้อนจากคำกล่าวเหล่านี้

“เหงื่อไค้คั่ว ยางตายออก เสื้อผ้าแก็ทั้งหมด” (ลีลาวดี 59 ปี, STEMI)

“มันเป็นเหงื่อแตกออกมา มันไม่ใช่เหงื่อธรรมดา มันเป็นไค้คั่วคนจะตายนั่นแหละ” (พิกุล 46 ปี, STEMI)

“มันใจจะขาด มันรู้สึกร้อนเหมือนจะสวอยไป” (เบญจมาศ 53 ปี, STEMI)

2.ครอบครัวต้องมาก่อน ผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ร่วมในการให้ข้อมูลครั้งนี้สะท้อนว่า ค่านิยมในสังคมอีสานส่วนใหญ่จะปลูกฝังให้ผู้หญิงเป็นผู้ตามที่ดี โดยการเป็นแม่บ้าน และให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นหลัก ผู้หญิงจึงต้องแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง โดย

การทำงานทั้งในบ้าน ดูแลความเรียบร้อยของครอบครัวทุกอย่าง และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยถึงแม้ปัจจุบันผู้หญิงต้องออกมาทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้สู่ครอบครัวด้วย แต่ผู้หญิงก็ยังให้ความสำคัญกับเรื่องในครอบครัวเป็นสำคัญ ดังคำกล่าวเหล่านี้ ทำให้ผู้หญิงต้องแบกรับภาระมากจนเป็นข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพและขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งๆ ที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง

“หมอนัดให้ไปฉีดยา เผิดวันนั้นน้องก็มาตาย และครอบครัวทำบุญร้อยวันให้พ่อ (สามี) แม่ดอง (แม่ของลูกเขย) ก็มาตาย เลยขอหมอเลื่อนไปก่อน เวลามันเจ็บมาก็ทำใจยาวๆ ไว้” (การะเกด 64 ปี, STEMI)

“ไม่ได้คิดว่าเป็นหัวใจไม่ได้คิดตรงนั้น ทนทำงานต่อ เจ็บก็ช่าง โอ๊ยเจ็บๆ เจ็บก็ช่างหัวมันกูต้องทำงานๆ” (ราตรี 62 ปี, STEMI)

“หมอบอกสงสัยเป็นหัวใจขาดเลือดต้องส่งไปรักษาต่อด่วน ก็ไม่อยากไปเท่าไรเพราะลูกยังมาไม่ถึง ก็ขอหมอว่ารอให้ลูกมาถึงก่อนได้มั้ยเป็นห่วงลูก” (บานไม่รู้โรย 43 ปี, STEMI)

“เหมือนจะเป็นลม เอ๊ะ เราเป็นอะไรน้อ ก็เลยจะดำนาคให้หมอดก้าก่อน จึงอดทนดำนาคต่ออดทนไม่ไหว มันแน่นเข้าจะตาย” (พิกุล 46 ปี, STEMI)

“ปิดกวาดถูบ้าน ทำกับข้าว ดูแลแม่ป่วยเป็นอัมพาต ทำทุกสิ่งทุกอย่างเปลี่ยนผ้าแพมเพิส ต้มข้าวต้มน้ำ ป้อนข้าวป้อนน้ำ ทั้งไปทำนาและ

ต้องกลับมาดูแลแม่ ทำอาหารเปลี่ยนผ้าตลอด 4 เดือนเลยเกิดความเครียด” (ดาวเรือง 55 ปี, STEMI))

3. ผู้หญิงคือผู้พึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเอง และไม่ได้แสวงหาการช่วยเหลือโดยทันที แต่จะดูแลแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นตามความเชื่อก่อน โดยการนั่งพักให้คนอื่นนวดบริเวณที่เจ็บปวด การดื่มน้ำอุ่น ดื่มน้ำสมุนไพร หรือการอาบน้ำ เปิดเครื่องปรับอากาศหรือเปิดพัดลมเพื่อดับความร้อน บางคนจะแสวงหาข้อมูลคำแนะนำจากเพื่อนๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะอดทนและรอให้การทำงานต่างๆ ที่รับผิดชอบเสร็จก่อนถึงแม้จะมีอาการเจ็บป่วย เมื่อเกิดอาการรุนแรงมากขึ้นจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอนให้มีความอดทนและเกรงใจ ดังคำกล่าวเหล่านี้

“ส่วนมากคนแก่จะสอนให้เราอดทน รอดูก่อน ถ้าอาการไม่ไหวจึงไปโรงพยาบาล สมมุติถ้าไม่สบายนี้ เดี่ยวรอดูก่อน มันยังไม่เป็นอะไรหรอก ถ้าเป็นหนักๆ ไม่ไหวจึงบอกให้ไปหาหมอ” (มะลิ 49 ปี, STEMI)

“ถ้ามันเป็นหนักเราก็ค่อยตัดสินใจไปอาการไม่หนักเราก็ค่อยอดูก่อนมันจะเป็นยังไง รอดูก่อน ถ้าไปจะเป็นการรบกวนหมอ กลัวหมอว่าโง่เป็นแค่นี้ก็มา กลัวหมอว่าให้” (กล้วยไม้ 63 ปี, NSTEMI)

“ก็เจ็บด้านหลังนั้นนะค่ะ เจ็บแบบไม่เคยเป็นมาก่อน คิดว่าจะหายเอง ก็บอกแฟนอยู่ว่า

เจ็บด้านหลังนะ ก็บอกให้ตาเหยียบและบีบให้” (ผกากรอง 64 ปี, STEMI)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะพึ่งพาคนอื่นในการเดินทางมาโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถขับขีรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ได้เอง และขาดความรู้ในเรื่องของการเดินทางต่างๆ จึงต้องพึ่งพาสามี ลูก หลาน เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่สูงอายุ ยากจน อาศัยอยู่คนเดียว และผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารที่ห่างไกล

“สามีไม่ค่อยพาไปไหน อยู่แต่ไร่นาไม่เคยไปไหนมาไหนเอง มีแต่สามีพาไป พอสามีตายเลยไปไหนเองไม่ถูก” (บานชื่น 59 ปี, STEMI)

“หลังอาเจียนออก ถึงคลานออกมากดโทรศัพท์เรียกหลานให้มาช่วยพาไปโรงพยาบาล” (กระดังงา 72 ปี, NSTEMI)

การเดินทางมาโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่จะใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนตัว รถเหมาหรือรถรับจ้างในหมู่บ้าน การเรียกใช้รถบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาลยังมีน้อย ซึ่งมีเพียงผู้ให้ข้อมูล 4 คน (ร้อยละ 14.8) เท่านั้นที่เรียกรถฉุกเฉินเนื่องจากส่วนใหญ่คิดว่าอาการไม่หนักจึงไม่เรียกใช้บริการ หรือไม่รู้ว่ามีการบริการรถฉุกเฉิน และอาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่ห่างไกล

นอกจากนั้นบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและต้องพึ่งพิงผู้อื่นก็ทำให้โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้หญิงเหล่านี้ลดน้อยลงไปด้วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ขาดความสนใจในข้อมูล

ที่จำเป็น และขาดความตระหนักต่อการเกิดโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลให้มีความรู้และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคหัวใจ ดังเช่นคำบอกเล่าถึงชีวิตประจำเหล่านี้

“จะติดละครมากกว่า ไม่ค่อยดูข่าวหรือสารคดีที่มีประโยชน์เท่าไร” (บัว 38 ปี, STEMI)

“ลูกสาวเปิดซีดีดูแต่หนังตลอด ก็เลยต้องดูกับลูกสาว บางครั้งจนได้ทะเลาะกับพ่อ (สามี) พ่อจะดูข่าว จึงไม่ค่อยรู้เรื่องโรคหัวใจ รู้แต่เบาหวาน” (ชบา 51 ปี, NSTEMI)

วิจารณ์

จากข้อค้นพบดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีการรับรู้และให้ความหมายของอาการเหล่านี้แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละคน อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่จะไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการที่ตำแหน่งอื่นๆ เช่น ปวดที่หลัง ไหล่ หรืออาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ซึ่งอาการที่ไม่ชัดเจน (atypical symptoms) เหล่านี้ก็เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้หญิง⁽⁵⁻⁸⁾ อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงถึงการรับรู้อาการที่คลาดเคลื่อน ส่งผลถึงขาดความตระหนักในการมาโรงพยาบาลที่รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lockyer⁽¹⁷⁾

นอกจากนั้น อาการที่ไม่ชัดเจนดังกล่าวยังทำให้มีโอกาสได้รับการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนเนื่องจากอาการไม่เหมือนกับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งปัจจุบันประกอบด้วย 2

ใน 3 ข้อ⁽¹⁸⁾ คือ 1) อาการทางคลินิก 2) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ 3) ผลการตรวจหาระดับเอนไซม์ของหัวใจ และเกณฑ์ดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับอาการทางคลินิกเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเจ็บหน้าอกแบบ angina pectoris ในขณะพัก ≥ 20 นาที ซึ่งมีลักษณะของการเจ็บที่เฉพาะ ได้แก่ การเจ็บที่บริเวณยอดอกหรือลิ้นปี่ หรือบริเวณกลางอก และลักษณะของการเจ็บต้องเจ็บแบบแน่นๆ เจ็บรัดหรือเจ็บรุนแรงในอก และอาจมีหรือไม่มีอาการร้าวไปที่แขน คาง ฟัน ไหล่ หลังหรือแขนด้านใน แต่ในการศึกษานี้พบว่า อาการที่พบในผู้ให้ข้อมูลมีทั้งอาการที่เหมือนและแตกต่างจากอาการทางคลินิกที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย เช่น การเจ็บมีทั้งเจ็บแบบเจ็บแน่นและเจ็บแสบ จุกแน่น ซึ่งมีอาการคล้ายกับอาการของโรคกระเพาะอาหาร และอาการหายใจหอบ (ส่ว) เหนื่อย หน้ามืด เป็นลม บางคนมีอาการเจ็บหลัง/ไหล่ หรือปวดแสบที่ท้อง/ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน สอดคล้องกับการศึกษาในสังคมตะวันตกที่พบว่าผู้หญิงมีอาการแตกต่างจากผู้ชายอย่างชัดเจน โดยผู้หญิงจะมีอาการเจ็บหน้าอกน้อยกว่า แต่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หรืออาการไม่สุขสบายในระบบทางเดินอาหาร หรือการปวดที่ไหล่ หลัง มากกว่า⁽³⁻⁵⁾ ทำให้มีโอกาสได้รับการวินิจฉัยรักษาที่คลาดเคลื่อนได้สูง

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้หญิงอีสาน และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น เป็นอีกประเด็นที่ควร

ได้รับความสนใจจากบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากข้อค้นพบแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากประสบการณ์การดูแลญาติที่เจ็บป่วย แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลเพียงสองคนที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติที่เป็นโรคหัวใจ สามารถรับรู้และให้ความหมายของอาการได้ถูกต้อง ทำให้สามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที่ รวมทั้งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองทำให้ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ในการศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากเพื่อนและจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ มากกว่าข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงเกิดความเข้าใจและการรับรู้ที่คลาดเคลื่อน และขาดทักษะในการจัดการแก้ไขเมื่อมีอาการของโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลต่อการแสวงหาการช่วยเหลือรักษาที่ล่าช้า ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในสังคมตะวันตกที่พบว่า ผู้หญิงมักจะปรึกษาคนในครอบครัวและเพื่อน ก่อน และจัดการแก้ไขอาการโดยการพักและนอน ทำให้มาโรงพยาบาลล่าช้า⁽¹⁹⁾

การที่ผู้หญิงอีสานมีหน้าที่ความรับผิดชอบในเรื่องงานบ้านและท่งเพื่อคนอื่นให้ความสำคัญกับครอบครัว ทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสได้รับข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากสังคมส่วนใหญ่ล้วนคาดหวังการทำบทบาทในครอบครัวจากผู้หญิง โดยเฉพาะการทำบทบาทของผู้ดูแล ทั้งการดูแลสุขภาพของพ่อแม่ลูกและสามี สอดคล้องกับการศึกษาของรติอร พรกรุณา และคณะ⁽²⁰⁾ ที่พบว่าบุตรสาวในวัฒนธรรมอีสานรับรู้และมี

บทบาทในการดูแลบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็นการทำหน้าที่บุตรสาวต้องกระทำ ทำให้ผู้หญิงต่างท่งกายเทใจให้กับครอบครัวเป็นสำคัญ ประกอบกับสังคมอีสานล้วนให้เกียรติและยกย่องผู้หญิงที่ปฏิบัติตามเรือน 3 น้า 4 ว่า เป็นหญิงที่ดี⁽²¹⁾ ผู้หญิงจึงได้รับการปลูกฝังและอบรมสั่งสอนให้มีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ทั้งการเป็นแม่ เมีย และลูกสาว พี่สาวที่ดี ซึ่งค่านิยมและการปลูกฝังเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ พฤติกรรม และภาวะสุขภาพของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงต้องแสดงบทบาทต่างๆ ตามที่สังคมคาดหวัง อันเป็นบรรทัดฐานเชิงเพศภาวะ และเมื่อผู้หญิงมีอาการของโรคหัวใจจึงขาดความตระหนักต่อการเกิดโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lefler⁽⁴⁾ ที่พบว่าบทบาทหญิงชายและค่านิยมในสังคมมีผลต่อการรับรู้โรคหัวใจในผู้หญิง การที่ผู้หญิงอยู่ในสถานะของผู้พึ่งพิง ทำให้ผู้หญิงขาดอำนาจในการนำตัวเอง ขาดทักษะการจัดการกับภาวะวิกฤต และถูกคาดหวังให้มีบทบาทเป็นผู้ตามที่ดี มีพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นผู้พึ่งพาคนอื่นในครอบครัว และสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจได้จำกัด เนื่องจากลักษณะของความเป็นหญิงตามค่านิยมและการปลูกฝังของสังคมอีสานให้ผู้หญิงเป็นแม่บ้านแม่เรือน ทำงานเย็บปักถักร้อยต่างๆ ทำให้ขาดความสนใจ และความเชี่ยวชาญ ในด้านเทคโนโลยีต่างๆ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับโรคหัวใจได้น้อย

จึงขาดทักษะในการจัดการแก้ไขเมื่อเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน

สรุป

ข้อค้นพบนี้ตอกย้ำว่าอาการที่เกิดขึ้นจริงในผู้หญิงมีความแตกต่างจากเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ในปัจจุบัน อันเป็นผลจากเกณฑ์ที่ได้มาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก (guideline bias) จึงยังไม่มีมาตรฐานสอดคล้องและเหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นจริงในผู้หญิง ส่งผลให้ผู้หญิงขาดโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งมุมมองเชิงเพศภาวะยังมีอิทธิพลต่อผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ผู้หญิงยังไม่ได้รับความเป็นธรรมและเท่าเทียมทางสุขภาพ (health equity and equality) จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการประเมินอาการและการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสม สอดคล้อง กับอาการที่เกิดในผู้หญิง รวมทั้งการเผยแพร่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ถูกต้อง โดยใช้สื่อที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเชื่อของผู้หญิงในสังคมวัฒนธรรมอีสาน และควรมีการเสริมพลังอำนาจในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้หญิง อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษานี้มีเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ จึงไม่ครอบคลุมผู้หญิงอีสานที่มีความเชื่อตามหลักศาสนาอื่นๆ ซึ่งอาจมีความเชื่อและเพศภาวะที่แตกต่างกันได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกๆ ท่านที่ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าในครั้งนี้ และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วน

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2003 update. Dallas, Texas: American Heart Association; 2002.
2. Holdcroft A. Gender bias in research: how does it affect evidence base medicine? J The Royal Soc Med 2007; 100: 1-3.
3. Hart PL. Women's perception of coronary heart disease: an integrative review J Cardiovas Nurs 2005; 20(3): 170-6.
4. Lefler LL. Perceived risk of heart attack: a function of gender? Nurs Forum 2004; 39(2): 18-26.
5. Lefler LL, Bondy KN. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. J Cardiovas Nurs 2004; 19(4): 251-68.
6. King KB., McGuire MA. Symptom pres-

- entation and time to seek care in women and men with AMI. Heart Lung 2007; 36: 235-43.
7. Miller CL. A review of symptoms of coronary artery disease in women. J Ad Nurs 2002; 39(1): 17-23.
 8. Zuzelo PR. Gender and acute myocardial infarction symptoms. Med Surg Nurs 2002; 11(3): 126-36.
 9. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. N Engl J Med 2000; 342: 1163-70.
 10. World Health Organization. Gender sensitivity and gender based analysis in women's health development: historical outlines and case studies of best practice. [serial online] 2003 [cited 2007 Sep 2]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO_WKC_Tech.Ser._
 11. Kaur R, Lopez V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese patients' decision-making in seeking early treatment for acute myocardial infarction. Research in Nursing & Health 2006; 29: 636-46.
 12. Al-Hassan M, Omran SM. The effect of health beliefs on health care seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. Int J of Nurs Pract 2005; 11: 13-20.
 13. จาดศรี ประจวบเหมาะ, กัมปนาท วีรกุล, รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์, และคณะ. ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547. ค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2552 จาก <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/1191>
 14. สุขภาวะคนอีสาน 2551. หนังสือประกอบงานอีสานสร้างสุขปี 2551-2552. สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2552.
 15. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.
 16. Creswell JW. Qualitative inquiry research design, 2nd ed. California: Sage Publications; 2007.
 17. Lockyer L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. Euro J Cardiovas Nurs 2005; 4(1): 29-35.
 18. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

-
- กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. 2547.
19. MacInnes JD. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: a self-regulatory approach. *Euro J of Cardiovas Nurs*: 2006; 5(4): 280-88.
 20. รติอร พรภุณา, ดารุณี จงอุดมการณ์, สุขุมาล ธินาเศรษฐ์อังกูล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. บทบาทและการรับรู้ทางวัฒนธรรมของบุตรสาวในการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมอีสาน: กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2546; 26(3): 21-9.
 21. อภิศักดิ์ โสมอินทร์. *โลกทัศน์อีสาน, พิมพ์ครั้งที่ 2*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมหาสารคาม; 2537.

Symptoms and Response to Symptoms among I-Saan Women with Myocardial Infarction

*Supian Pokathip** *Siriporn Chirawatkul***

Abstract

The aim of this qualitative study was to describe the perception of myocardial infarction symptoms and the response to symptoms among I-Saan women. The key informants were 27 women who had been diagnosed with myocardial infarction. The data were collected by in-depth interview, group discussion, observation and field note during February 2010 to February 2011. The data were analyzed by content analysis. The triangulation was used for the rigor of the research. Three results were revealed as the followings; 1) most of the key informants did not recognize the symptoms that occurred as the symptoms of heart disease, 2) family came first - I-Saan women paid the most attention to family so they did not aware of their health care, 3) the women had to rely on others for seeking treatment. For the perception of myocardial infarction symptoms of I-Saan women, most of them did not recognize that the symptoms were of heart disease. Moreover the symptoms that occurred were different from the basis of medical diagnosis. Because the role of the women was care taker and they were dependent care, the women paid most of their attention to their families so they missed a chance to be diagnosed and treated properly. Therefore, the development of health care services which are sensitive and appropriate for women's lifestyles should be conducted in order to allow women to obtain accurate and early seeking treatment.

Keywords ; perception, myocardial infarction, gender, Thailand

* Ph.D. Candidate. Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในจังหวัดอุบลราชธานี

ยงยุทธ วัฒนาไชย*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในจังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม ด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วย ด้านจิตลักษณะ และด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 269 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิและสุ่มแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านชีวสังคม แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วย แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตลักษณะ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในจังหวัดอุบลราชธานีมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก 2) ปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วย ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) รายได้และระดับการศึกษาที่ไม่ได้เรียน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) การแต่งงานแต่แยกกันอยู่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

* พยาบาลวิชาชีพ. หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี.

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคร้ายแรงโรคหนึ่งซึ่งเกิดได้กับทุกเพศทุกวัยและอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย โดยเซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ ขณะที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมการเจริญเติบโต และการแพร่กระจายของเซลล์ที่ผิดปกติเหล่านี้ได้ ทำให้มีการรุกรานและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกาย เมื่อเกิดขึ้นกับผู้ใดแล้วย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานและความสูญเสีย นานาประการต่อผู้ป่วยและครอบครัว^[1] นอกจากนี้มะเร็งยังเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือประเทศที่กำลังพัฒนา โดยองค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง และยังคงคาดการณ์ไว้ว่าสถานการณ์โรคมะเร็งจะมีแนวโน้มเลวร้ายขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 26.4 ล้านคน และเมื่อรวมกับผู้ป่วยเดิมก็จะมีจำนวนถึง 75 ล้านคน ส่วนอัตราผู้เสียชีวิตจะมีจำนวนถึง 17 ล้านคน^[2] สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัญหาจากโรคมะเร็งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งระหว่างปี พ.ศ.2543-2552 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งช่อง

ปาก ตามลำดับ^[3]

ผลกระทบจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่ได้รับทางด้านร่างกายส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัว และด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ นอกจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากค่ายาแล้ว ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหาร และค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกจากนี้การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งทำให้ต้องเสียชีวิต คิดว่าความตายกำลังรออยู่ ทำให้เกิดความสิ้นหวังในชีวิต มีชีวิตอยู่ด้วยความรู้สึกที่ไม่แน่นอน และกลัวการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถฟันฝ่าอุปสรรค หมดพลังอำนาจทางจิตวิญญาณที่จะก้าวข้ามจิตใจหรือมองเห็นคุณค่าหรือคุณงามความดีของตนเองที่จะช่วยสร้างศรัทธา ความเชื่อ และความหวังที่จะรับการรักษาเพื่อให้หายจากโรค^[4]

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งต้องใช้เวลานาน เกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดได้มาก ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากการรักษาเพิ่มขึ้นไปอีก จึงจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสุขภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ทุกระยะของการเกิดโรค และตลอดระยะเวลาของการรักษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ

ดูแลตนเอง โดยใช้หลักแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของโอเร็ม ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม และได้นำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory) มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการ ศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในจังหวัด อุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้ว นชีวสังคม ปัจจัยด้านความสามารถและ คุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วยปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับ

ตารางที่ 1 ขนาดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประเภทของผู้ป่วยมะเร็ง	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1. มะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี	170	56
2. มะเร็งปอด	125	41
3. มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	155	51
4. มะเร็งเม็ดเลือดขาว	65	22
5. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	143	47
6. มะเร็งระบบทางเดินปัสสาวะ	40	13
7. มะเร็งเต้านม	35	12
8. มะเร็งไขกระดูก	62	21
9. มะเร็งอื่นๆ	19	6
รวม	824	269

ยาเคมีบำบัดในจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง ใน กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง วันที่ 1 กันยายน ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ. 2553 คำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane^[5] ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 269 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ สุ่มตัวอย่างแบ่งชั้นภูมิและสุ่มแบบบังเอิญ โดย คำนวนตามสัดส่วนของประชากรกลุ่มตัวอย่างแบ่ง กลุ่มตัวอย่างตามชนิดของโรคมะเร็ง (ตารางที่ 1)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็น 1) แบบสอบถามปัจจัยด้านต่างๆ เป็นแบบมาตรประเมินค่า (rating scale) มีมาตรวัด 5 ระดับ ประกอบด้วยแบบสอบถามปัจจัยด้านชีวสังคม ปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วย ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และ 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งและการดูแลตนเอง โดยเป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามแบบมาตรประเมินค่า จะให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเรียงจากมากที่สุดถึงน้อยที่สุดเป็น 5-1 สำหรับคำถามด้านบวก และคะแนน 1-5 สำหรับคำถามด้านลบ หลังจากรวมคะแนนทั้งหมดแล้วมีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ^[6] เรียงจากน้อยที่สุดถึงมากที่สุดเป็นช่วงคะแนน ดังนี้ 1.00-1.50, 1.51-2.50, 2.51-3.50, 3.51-4.50, และ 4.51-5.00

คะแนน ส่วนการประเมินระดับความรู้กำหนดเป็น 3 ระดับ ซึ่งปรับใช้จากเกณฑ์การแปลผลโดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคุณภาพ[7] โดยกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูงจะมีคะแนนระหว่าง 7-8 คะแนน ระดับปานกลางมีคะแนน 5-6 คะแนน และระดับต่ำมีคะแนน 0-4 คะแนน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร่วมกับสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลพื้นฐานด้านชีวสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.79 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 45.36 ปี โดยมีอายุระหว่าง 15-65 ปี เป็นผู้ที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกันร้อยละ 73.0 มีระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 62.83 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 43.87 (ตารางที่ 2) และมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 6,022.68 บาท

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลด้านชีวสังคม

ข้อมูลด้านชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. สถานภาพสมรส		
- โสด	49	18.22
- แต่งงานอยู่ด้วยกัน	199	73.98
- แต่งงานแต่แยกกันอยู่	6	2.23
- หม้าย/หย่าร้าง	15	5.58
2. ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	7	2.60
- ประถมศึกษา	169	62.83
- มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	35	13.01
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	30	11.15
- ปวช.	5	1.56
- ปวส.	23	8.55
3. อาชีพ		
- แม่บ้าน	27	10.04
- ค้าขาย	27	10.04
- ข้าราชการ	15	5.58
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	26	9.67
- รับจ้าง	42	15.61
- เกษตรกรรม	118	43.87
- อื่นๆ	14	5.20

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ในจังหวัดอุบลราชธานี
ยงยุทธ วัฒนาไชย

2.ระดับความรู้เรื่องมะเร็งและการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 7.07 ± 1.14 โดยกลุ่มตัวอย่าง 195 ราย (ร้อยละ 72.49) มีความรู้ในระดับสูง ส่วนที่เหลือมีความรู้ในระดับปานกลาง 64 ราย (ร้อยละ 23.79) และระดับต่ำ 10 ราย (ร้อยละ 3.72)

3.กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ± 0.54 แยกรายด้านเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ดังนี้ ด้านความเชื่อและค่านิยม ด้านการยอมรับและเข้าใจในตนเอง ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเอง และการรับรู้เหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเอง (ตารางที่ 3)

4.ปัจจัยด้านจิตลักษณะโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.09 ± 0.44 (ตารางที่ 4) แยกรายด้านเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยดังนี้

ด้านทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ด้านความเชื่ออำนาจในตนในการดูแลตนเอง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน

5.กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 ± 0.56 (ตารางที่ 5) แยกรายด้านดังนี้ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ และแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

6.กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.97 ± 0.57 (ตารางที่ 6) แยกรายด้านเรียงลำดับดังนี้ ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการดูแลผิวหนังที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการพักผ่อน และด้านการออกกำลังกาย

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน

ปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ด้านการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง	3.78	.71	มาก
ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเอง	4.08	.65	มาก
ด้านการยอมรับและเข้าใจในตนเอง	4.18	.62	มาก
ด้านความเชื่อและค่านิยม	4.27	.58	มาก

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านจิตลักษณะจำแนกโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยด้านจิตลักษณะ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ด้านทัศนคติต่อการดูแลตนเอง	4.21	.52	มาก
ด้านความเชื่ออำนาจในตนในการดูแลตนเอง	4.13	.59	มาก
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	3.90	.56	มาก
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	4.10	.61	มาก

ตารางที่ 5 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์	4.35	.64	มาก
แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	4.01	.65	มาก
แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์	4.10	.76	มาก

ตารางที่ 6 ระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ด้านการรับประทานอาหาร	4.01	1.00	ดีมาก
ด้านการออกกำลังกาย	3.81	.79	ดีมาก
ด้านการพักผ่อน	3.88	.69	มาก
ด้านการดูแลผิวหนังที่ได้รับยาเคมีบำบัด	4.04	.74	ดีมาก
ด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล	4.28	.59	ดีมาก
ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	4.02	.71	ดีมาก

7.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ รายได้ ($r=0.12$) ระดับการศึกษาที่ไม่ได้เรียน ($r=.18$) ความรู้เรื่องมะเร็งและการดูแลตนเอง ($r=0.40$) ปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ($r=0.33-0.53$) ปัจจัยด้านจิตลักษณะ ($r=0.41-0.74$) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.40-0.61$) ส่วนตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สถานสภาพสมรสแต่งงานแต่แยกกันอยู่ ($r=0.14$) และระดับการศึกษาประถมศึกษา ($r=0.16$)

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และนำข้อมูลที่ได้ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อลดอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด^[8] รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง^[9]

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมะเร็งเป็นโรค

เรื้อรังและมีการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น นอกจากค่ายาแล้วยังมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีการแสวงหาสิ่งที่ดีในการรักษาและดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จึงพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ส่วนระดับการศึกษาที่ไม่ได้เรียนแต่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้น อาจเนื่องจากบุคคลที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีความรู้สึกถึงการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งอาจส่งผลทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ได้รับการศึกษาจึงตระหนักว่าการตั้งใจเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และคำแนะนำต่างๆ จากบุคลากรที่ให้การดูแล เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ เพราะถ้าหากไม่สนใจหรือไม่ตั้งใจฟังอาจทำให้ไม่เข้าใจและเมื่อนำไปปฏิบัติอาจเกิดผลเสียต่อการดูแลตนเอง

สถานะสภาพสมรสที่แยกกันอยู่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาจเนื่องจากการขาดผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน มีผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ หดหู่ และตามมาด้วยการไม่ใส่ใจในการดูแลตนเอง ทำให้โรคลุกลามมากขึ้นและ/หรือส่งผลต่อผลการรักษาได้

ปัจจัยด้านความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยที่การดูแลตนเองที่ดีนั้นผู้ป่วยต้องยอมรับในสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย มีความเชื่อและมีความหวัง มีความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าและอยากมีชีวิตอยู่ รวมทั้งมองเห็นความสัมพันธ์ของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และสามารถเลือกกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่อันดี

ปัจจัยด้านจิตลักษณะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากการรับรู้ข่าวสารที่มีประโยชน์จะมีส่วนช่วยเพิ่มพูนความรู้ ช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลที่มีอยู่ให้เป็นไปในทางที่ดีและสร้างแรงจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพออกมาในทางที่ดี เช่น เดียวกันกับแนวคิดทฤษฎีต้นไม้จริยธรรม^[10] ที่กล่าวว่า สุขภาพจิตที่ดีเป็นเสมือนเครื่องเชื่อมโยงจิตใจ ส่งผลผลักดันและกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี นามจันทร์^[11] พบว่าผู้ป่วยที่มีเจตคติที่ดีต่อโรค คิดในด้านบวกเกี่ยวกับตนเอง และโรคที่เป็นอยู่ เชื่อว่าความเจ็บป่วยสามารถควบคุมได้ด้วยการรักษาของแพทย์ทำให้ผู้ป่วย

คลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวลลงได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้การศึกษาของ อุบล จวงพานิช^[12] ก็พบเช่นกันว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ต่อภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากการที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีนั้นส่วนหนึ่งมาจากการมีแรงสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ เช่น บุคคลในครอบครัวที่คอยดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานที่คอยให้กำลังใจ หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่คอยให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ และการมีสถานบริการสุขภาพที่ทั่วถึง ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญปัญหา และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข จากแนวคิดของ Pender^[13] กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ปฏิสัมพันธ์และแหล่งให้ความช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ และมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ เช่น การมีสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กชชุกร หว่างนุ้ม^[14] ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรค

มะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดประสบผลสำเร็จในการรักษามากยิ่งขึ้น ช่วยลดความเครียดและนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่นเดียวกับ ขนิษฐา นิลศรี^[9] ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ายังมีบางประเด็นซึ่งควรได้รับการพิจารณา เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีได้มากขึ้น เช่น ยังพบผู้ป่วยที่มีปัจจัยด้านความรู้และการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและในระดับต่ำถึงร้อยละ 23.79 และ 3.72 ดังนั้นควรมีการส่งเสริมความรู้ ให้คำแนะนำ และมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนั้นปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยของตนเองและพร้อมที่จะเผชิญปัญหา การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรคหรือภาวะเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ก็เป็นประเด็นที่สามารถช่วยในการกำหนดนโยบาย แนวทางปฏิบัติ และแบบแผนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดสามารถมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูก

ต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้อีกทาง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการแพทย์. มะเร็งเต้านม. กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
- 2.National Cancer Institute. Annual report: preliminary report. n.p.; 2009. p. 326-54.
- 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ทะเบียนมะเร็งจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2543-2552. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี; 2552.
- 4.จันทิรา จิตต์วิบูลย์. การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2543.
- 5.ธีรฤติ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สาขาวิจัยและประเมินผลการศึกษา สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
- 6.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2545.
- 7.เสรี ราชโรจน์. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2537.
- 8.อมรรัตน์ นระสนต์. อาการและการจัดการ

- กับอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
9. ขนิษฐา นิลสร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2544.
10. ดวงเดือน พันธุนาวิน. ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรมสำหรับคนไทย. : กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2538.
11. รัชณี นามจันทรา. ความวิตกกังวล ความพร้อมในการดูแลตนเอง และแบบแผนการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
12. อุบล จ้วงพานิช. คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
13. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. New York: Appleton and Lange; 1987.
14. กชชุกร ห่วงนุ่ม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

Factors Affecting Self-Care Behavior of the Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Ubon Ratchathani Province

*Yongyut Watanachai**

Abstract

The purposes of this research were to investigate the self-care behavior of the cancer patients receiving chemotherapy in Ubon Ratchathani, to examine the relationship between factors (i.e. the bio-social factor, the basic capacity and backgrounds of the patients, the psychological factor, and the social support factor) and the self-care behavior, and to explore the factors affecting the self-care behavior of the patients. The sample group consisted of 269 cancer patients receiving chemotherapy aged 15-65 years, selected by means of the stratified random and purposive sampling methods. The research instrument was a 5-part-questionnaire including the checklist for identifying the bio-social factor, the questions about the basic capacity and backgrounds of the patients, the questions about the psychological factors, the questions about the social support, and the questions about the self-care behavior of the cancer patients receiving chemotherapy. Statistics used in data analysis were percentage, arithmetic mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis. The research findings were as follows; 1) the self-care behavior of the cancer patients receiving chemotherapy in UbonRatchathani was found to be at a high level, 2) The bio-social factors , the basic capacity and backgrounds factor, the psychological factor , and the social support factor had a linear relative relationship with the self-care behavior of the patients at a significant level, 3) The monthly income and educational level (uneducated) of the respondents were found to have a positive relation with the self-care behavior of the patients, and 4) The separate married status was found to have a significantly negative relation with the self-care behavior of the cancer patients receiving chemotherapy in Ubon Ratchathani.

Keywords : self-care behavior, cancer patients receiving chemotherapy.

* Registered Nurse. Chemotherapy unit, Sanpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

มะเร็งท่อน้ำดี

ศรัณญา ประทัยเทพ* ปริญา ชำนาญ**

บทคัดย่อ

มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหารที่มีความสำคัญ พบได้บ่อยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย บทความนี้กล่าวถึงนิยามของโรคและข้อมูลทางระบาดวิทยาของมะเร็งท่อน้ำดี แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรสดังกล่าว ซึ่งมะเร็งท่อน้ำดีสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามตำแหน่งของมะเร็ง คือ มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (intrahepatic cholangiocarcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma) ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในระยะท้ายๆ โดยส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการตาเหลืองตัวเหลืองและอาการแน่นท้อง การตรวจวินิจฉัยอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจหน้าที่ของตับ และการตรวจทางรังสีวิทยา ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีวิธีการใดมีประโยชน์ในการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีได้ สำหรับการแบ่งระยะของโรคนั้นแตกต่างกันตามตำแหน่งของมะเร็ง กล่าวคือหากเป็นมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับนั้นปัจจุบันแบ่งระยะของโรคโดยใช้เกณฑ์ของ American Joint Committee on Cancer 2010 TMN 7th Edition ส่วนการแบ่งระยะของโรคในมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับนั้นใช้เกณฑ์ของ Bismuth-Corlette classification เป็นหลัก การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีนั้นขึ้นกับตำแหน่งและระยะของโรค แต่การรักษาหลักเป็นการผ่าตัด โดยที่การผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกออกได้หมดเป็นโอกาสเดียวที่จะรักษาให้หายขาดได้ ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาเสริมที่จะทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจายแล้วนั้นการรักษาโดยวิธีประคับประคองยังคงเป็นวิธีที่เหมาะสม

คำสำคัญ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ

* แผนกมะเร็งวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

**กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี

มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) คือ มะเร็งที่เกิดจากเซลล์เยื่อบุผนังของท่อนทางเดินน้ำดีภายในและภายนอกตับ แต่ไม่รวมถึงเยื่อบุของถุงน้ำดีและ Papilla of Vater⁽¹⁾ มะเร็งชนิดนี้พบได้บ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากเป็นแหล่งที่มีผู้ป่วยพยาธิใบไม้ในตับมาก มักพบในผู้ป่วยอายุประมาณ 50-60 ปี และพบในผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง แต่ในระยะสิบปีที่ผ่านมาพบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾ เช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่มะเร็งมักจะเพิ่มขนาดอย่างช้าๆ และมักจะไม่ค่อยมีอาการในระยะต้นๆ ของโรค จึงทำให้แสดงอาการหรือตรวจพบเมื่อโรคเป็นค่อนข้างมากหรืออยู่ในระยะลุกลามแล้ว

มะเร็งท่อน้ำดี อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ตามตำแหน่งที่ตรวจพบมะเร็ง⁽³⁾ คือ

1. Intrahepatic type (peripheral type) มะเร็งจะเกิดที่ท่อน้ำดีภายในตับและขยายออกสู่เนื้อตับข้างๆ ทำให้มีลักษณะเป็นก้อนมะเร็งคล้ายกับมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma โดยข้อมูลทางระบาดวิทยาพบมะเร็งกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 20 ของมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมด

2. Extrahepatic type (central type) มะเร็งจะเกิดที่ท่อน้ำดีใหญ่ตั้งแต่ขั้วตับ (hepatic hilar) จนถึงท่อน้ำดีร่วม (common bile duct) ส่วนปลาย มะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มนี้มักจะทำให้เกิดการอุดตันท่อน้ำดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการตา

เหลืองตัวเหลืองเป็นอาการนำ พบมะเร็งกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 60 ของมะเร็งท่อน้ำดีทั้งหมด

นอกจากนี้ ยังตรวจพบมะเร็งทั้งที่ intra-hepatic และ extra-hepatic bile ducts ร่วมกันได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วย

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (risk factors) ยังไม่มีหลักฐานแน่ชัดนักว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี แต่ข้อมูลวิจัยก่อนหน้านี้ก็พบว่าปัจจัยอยู่หลายประการที่มีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่

1. โรคท่อน้ำดีอักเสบแข็งปฐมภูมิ (primary sclerosing cholangitis) เป็นโรคท่อน้ำดีอักเสบชนิดหนึ่งที่ทำให้มีการหนาแข็งของท่อน้ำดี โรคนี้มีความสัมพันธ์กับโรคลำไส้ใหญ่อักเสบแบบมีแผล ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งท่อน้ำดีในซีกโลกตะวันตก^(3,4)

2. โรคติดเชื้อปรสิตบางชนิด เช่นการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ *Opisthorchis viverrini* ที่พบในประเทศไทย ลาว และมาเลเซีย หรือ *Clonorchis sinensis* ที่พบในญี่ปุ่น เกาหลี และเวียดนาม⁽⁵⁾

3. ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง (chronic liver disease) ไม่ว่าจะจากการเป็นโรคตับอักเสบจากไวรัส เช่น ไวรัสตับอักเสบบีหรือซี โรคตับจากแอลกอฮอล์ หรือตับแข็งจากสาเหตุอื่นๆ⁽⁶⁻⁸⁾

4. โรคถุงเนื้อในท่อน้ำดี (biliary papillomatosis) ก็มีความสัมพันธ์กับมะเร็งท่อน้ำดี

ส่วนการมีนิ่วในถุงน้ำดีนั้นยังไม่ชัดเจนว่าเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีหรือไม่^(6,9)

5.การรับประทานอาหารหมักดอง เช่น ปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม รวมทั้งปลาสาม ซึ่งมีสาร N-nitrosocompound และไนโตรซามีน (nitrosamine) ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้ นอกจากนี้การได้รับสารทึบแสงที่ใช้ทางรังสีวิทยา เช่น thorotrast ในอดีต ก็พบว่าอาจเป็นมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีด้วย⁽¹⁰⁾

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมักมีอาการที่แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่(1) คือ

■กลุ่มที่มีอาการตัวเหลืองตาเหลือง (malignant obstructive jaundice) พบได้ร้อยละ 70

■กลุ่มที่ไม่มีอาการตัวเหลืองตาเหลือง (non-jaundice) พบได้ร้อยละ 30

นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 14 อาจมาพบแพทย์ด้วยปัญหาก้อนในตับ (liver mass) คลำถุงน้ำดีได้ (hydrops of gallbladder) ร้อยละ 6.7 และถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลันแบบไม่มีนิ่วในถุงน้ำดี (acute acalculous cholecystitis) ร้อยละ 7 มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่มาด้วยอาการปวดใต้ชายโครงขวา และอาจมีร้าวไปที่หลังหรือสะบักได้ หรือเป็นไข้ไม่ทราบสาเหตุ หรือพบโดยบังเอิญในขณะที่ผ่าตัดช่องท้องด้วยสาเหตุอื่น

การตรวจคัดกรอง ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ามีวิธีการใดมีประสิทธิภาพในการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีได้ แพทย์

และนักวิจัยบางส่วนได้เสนอแนวคิดว่าการใช้การคัดกรองโดยใช้อัลตราซาวด์อาจช่วยในการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและอาจทำให้ผลการรักษาดีขึ้น แต่ยังไม่มีความชัดเจนจากการศึกษาแบบทดลอง (randomised controlled trials) ที่บอกว่าการคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าวมีประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลในการค้นหาผู้ป่วยหรือช่วยลดการเสียชีวิต นอกจากนี้การคัดกรองด้วยแนวทางดังกล่าวยังอาจมีประเด็นเรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุนหากนำไปใช้คัดกรองในระดับประชากร

การพิจารณาว่าโรคหนึ่งๆ มีความเหมาะสมในการคัดกรองโรคหรือไม่ก็เป็นอีกประเด็นที่สำคัญ โดยอาจพิจารณาจากแนวทางพิจารณาความเหมาะสมของการคัดกรองโรคที่เสนอโดย Wilson และ Jungner⁽¹¹⁾ ซึ่งอาศัยหลักพื้นฐานที่ว่าการคัดกรองที่เหมาะสมนั้นต้องซึ่งน้ำหนักระหว่างการสามารถค้นหาและรักษาผู้ที่มีโรคที่ยังไม่ได้รับการตรวจพบมาก่อน (ringing treatment to those with previously undetected disease) และการเกิดผลร้ายต่อผู้ซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา (harm to individuals not in need of treatment) หากพิจารณาจากการที่โรคมีความสำคัญและมีระยะก่อนมีอาการนาน (long latency period) นั้น มะเร็งท่อน้ำดีน่าจะเป็นโรคที่การคัดกรองอาจมีประโยชน์ หากแต่เทคนิคการคัดกรองควรต้องเหมาะสม ต้องเป็นที่ยอมรับทั้งทางการแพทย์และต่อประชาชนด้วย นอกจากนี้

โรคนั้นต้องมีศักยภาพหรือทรัพยากรในการให้การรักษาอย่างเพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่ค้นหาได้จากการคัดกรอง ซึ่งคงไม่เกิดประโยชน์ใดหากสามารถคัดกรองผู้ที่มิโรคได้จำนวนมาก แต่ไม่สามารถรักษาได้หรือให้การรักษาได้ทันเวลาตามมาตรฐาน และที่สำคัญยิ่งก็ทรัพยากรที่มีจำกัด ค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการคัดกรองและการรักษาตามมานั้นต้องให้มีความคุ้มค่าคุ้มทุนด้วย เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์เหล่านี้แล้ว ยังคงต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในอนาคตเพื่อหาแนวทางการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เหมาะสมต่อไป

พยาธิวิทยา พยาธิสภาพส่วนใหญ่ที่พบขณะผ่าตัดมักจะเป็นระยะที่โรคลุกลามแล้ว แต่อย่างไรก็ตามพยาธิสภาพของมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดภายในตับ (intrahepatic cholangiocarcinoma) เมื่อผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกออกมาจะพบว่าหน้าตัดมีสีขาวแกมเทาและค่อนข้างจะสะท้อนแสงแวววาว เนื่องจากการหลังน้ำเมือกจากก้อนมะเร็งก้อนเนื้องอกอาจพบเป็นก้อนเดี่ยวๆ หรือหลายก้อน และอาจพบข้างเดียวหรือจากตับทั้งสองข้างก็ได้ ซึ่งพยาธิสภาพเช่นนี้อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเป็นก้อนมะเร็งที่กระจาย (metastasis) มาจากที่อื่นได้ ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดภายนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma) จะพบว่าเกิดอยู่ในท่อนทางเดินน้ำดี 3 ระดับ คือ

■ระดับท่อน้ำดีสูงใกล้กับตัวตับ พบได้ร้อยละ 60 โดยเกิดอยู่ในท่อน้ำดีตับจนถึงท่อน้ำดีตับรวม (upper third from hepatic duct to

common hepatic duct) หรือ hilar cholangiocarcinoma พยาธิสภาพที่พบจะมีลักษณะแข็งมากทำให้ท่อน้ำดีตีบแคบ (scirrhous and stenotic types) แต่บางครั้งก็อาจพบว่าเป็นแบบอื่นได้เช่น papillary หรือ nodular type เป็นต้น

■ระดับท่อนทางเดินน้ำดีส่วนกลาง (middle third from distal common duct, cystic duct and its confluence to proximal common bile duct) พบได้ร้อยละ 20 โดยพยาธิสภาพส่วนที่พบในท่อน้ำดีส่วนกลางมักจะเป็น nodular type

■ระดับท่อนทางเดินน้ำดีส่วนล่าง (lower third from distal common bile duct to perampullary region) พบได้ร้อยละ 20 โดยพยาธิสภาพส่วนที่พบในท่อน้ำดีส่วนล่างมักจะเป็น papillary type ตามลำดับ

ในผู้ป่วยบางราย มะเร็งที่เกิดในท่อนทางเดินน้ำดีภายในตับและภายนอกตับนั้นอาจจะพบพยาธิสภาพได้หลายๆ ตำแหน่ง (multifocal) ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับนั้นพบว่าร้อยละ 10 เป็นอยู่หลายระดับ (skip lesions) นอกจากนี้ยังอาจพบว่ามีตับข้างใดข้างหนึ่งมีขนาดเล็กลงกว่าปกติ หรือมีการฝ่อของตับข้างที่มีพยาธิสภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการอุดตันท่อนทางเดินน้ำดีเป็นเวลานานหรือมีการลุกลามของมะเร็งเข้าไปในเส้นเลือดที่มาเลี้ยงตับส่วนนั้นแล้วทำให้เส้นเลือดอุดตันและทำให้ตับข้างนั้นฝ่อในที่สุด พยาธิสภาพสำคัญที่พบได้ประมาณร้อยละ 5 คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่เกิด

ตลอดทั้งทางเดินน้ำดีภายนอกตับและภายในตับ ลักษณะเช่นนี้มักทำให้เกิดความยากลำบากในการวางแผนรักษา และส่วนใหญ่จะสามารถทำได้เพียงการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น มีน้อยมากที่สามารถทำการผ่าตัดเอาเนื้องอกออกได้ทั้งหมด(curative intent)

การตรวจวินิจฉัย จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ร่วมกับการตรวจการทำงานของตับ (liver function test) โดยเฉพาะ alkaline phosphatase และ bilirubin levels

สำหรับลักษณะบ่งชี้ถึงมะเร็ง (tumor markers) นั้น ยังไม่มีการตรวจเลือดใดๆ ที่จำเพาะต่อการวินิจฉัยมะเร็งท่อน้ำดี แม้ระดับของ CEA และ CA19-9 อาจเพิ่มสูงได้แต่ก็ไม่ได้มีความไวหรือความจำเพาะมากพอที่จะใช้เป็น การตรวจคัดกรองได้ จากรายงานการศึกษาวินิจฉัยในประเทศจีน⁽¹²⁾ ซึ่งทำการศึกษการใช้ CEA และ CA19-9 ในการช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยทำการศึกษเปรียบเทียบผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 35 ราย กับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของท่อน้ำดีอื่น 92 ราย และคนปกติ 15 ราย พบว่าระดับ CEA และ CA19-9 ในซีรัมสามารถใช้จำแนกผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีโดยพบมีค่าความไวร้อยละ 68 และ 66 ตามลำดับ ขณะที่มีความจำเพาะร้อยละ 81 และ 88 ตามลำดับ และถ้าใช้ marker ทั้งสองรวมกันจะให้ค่าความไวร้อยละ 62 และความจำเพาะร้อยละ 86 อย่างไรก็ตาม ยังไม่มี tumor marker ใดที่สามารถใช้บ่งชี้การเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในระยะแรก

ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงที่จำเพาะในการบ่งชี้การเป็นมะเร็งในระยะแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาพบแพทย์เมื่อมะเร็งได้พัฒนาเข้าสู่ระยะท้ายของโรคแล้ว ทำให้โอกาสในการศึกษาวิจัยเพื่อหา tumor marker ของมะเร็งในระยะแรกจากตัวอย่างส่งตรวจของผู้ป่วยเป็นไปได้ยาก

การตรวจด้วยอัลตราซาวด์เป็นเพียงการตรวจเบื้องต้นที่อาจให้การวินิจฉัย cholangiocarcinoma ได้ หากพบมีลักษณะของการอุดตันของท่อน้ำดีตับ โดยอาจพบก้อนที่เป็นสาเหตุของการอุดตันหรือไม่ก็ได้ เพราะบ่อยครั้งที่ cholangiocarcinoma มีลักษณะเป็น infiltrative lesion ไปในท่อน้ำดีตับ ทำให้ไม่สามารถเห็นก้อนมะเร็งโดยการตรวจอัลตราซาวด์ อย่างไรก็ตามถ้าเห็นเพียงการอุดตันของท่อน้ำดีก็ต้องวินิจฉัยแยกโรคจากสาเหตุอื่นด้วย เช่น นิ่วที่บริเวณท่อน้ำดีส่วนปลาย หรือการตีบตันของท่อน้ำดีจากการอักเสบ (benign biliary stricture) ดังนั้นการตรวจยืนยันด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือการตรวจด้วยเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) จึงมีความสำคัญมากในการให้การวินิจฉัยที่แม่นยำยิ่งขึ้น และยังช่วยในการดูการแพร่กระจายของตัวโรคได้อีกด้วย

ลักษณะทางรังสีวินิจฉัยของมะเร็งท่อน้ำดี
หากอาศัยลักษณะทางรังสีวิทยาจะสามารถแบ่งลักษณะของมะเร็งท่อน้ำดีได้ตามตำแหน่ง เป็น 3 ชนิดด้วยกัน คือ

มะเร็งท่อน้ำดี

ศรัญญา ประทัยเทพ ปริญญา ชำนาญ

■peripheral (intrahepatic bile duct) type คือ มะเร็งท่อน้ำดีชนิดที่เกิดใน intrahepatic bile duct มักพบลักษณะเป็นก้อนในตับ และอาจพบแขนงท่อน้ำดีที่อู้อืดใกล้เคียงมีขนาดโตขึ้น

■hilar type (Klatskin tumor) คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดบริเวณขั้วตับ ซึ่งเป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด และทำให้มีการอุดตันของท่อน้ำดีหลักของตับทั้งกลีบซ้ายและขวา

■extrahepatic bile duct type คือ มะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดบริเวณ common bile duct ทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดีตับทั้งสองกลีบ รวมทั้งมีการอุดตันของถุงน้ำดีด้วย

มะเร็งท่อน้ำดีภายในตับ (intrahepatic or peripheral cholangiocarcinoma)

เกิดจากเซลล์ของเยื่อบุท่อน้ำดีที่อยู่ภายในตับ และมักถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็นมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) เพราะตับโตและมีก้อนที่ตับ พบในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้หญิง โดยมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลกที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับสำหรับทางยุโรปนั้นไม่ทราบแน่ชัดว่าสารก่อมะเร็งคืออะไร เพียงแต่สันนิษฐานว่าอาจจะเกี่ยวข้องกับโรคของระบบทางเดินน้ำดี นิวในตับ (hepatolithiasis), Caroli's disease, primary sclerosing cholangitis หรือ biliary dysplasia ในขณะที่สาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับในประเทศไทยนั้น มีการศึกษาที่บ่งชี้ชัดว่าพยาธิ

ใบไม้ตับร่วมกับ N-nitrosocompound และ nitrosamines มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการไม่สบายในท้อง (abdominal discomfort หรือ dyspepsia) ปวดใต้ชายโครง ขวาปวดหลังและไหล่ หรือมีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย (fatigue) เบื่ออาหาร คลื่นไส้หรือน้ำหนักลด อาการแสดง ได้แก่ ตับโต ผอม

การวินิจฉัย อาศัยการซักประวัติและตรวจร่างกายพบอาการและอาการแสดงดังกล่าว เนื่องจากโรคนี้น้อยมีอาการและอาการแสดงให้เห็นมากนักจนกว่าโรคจะลุกลามเป็นระยะท้ายๆ แล้ว ซึ่งต่างจากมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับที่มักมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือมีไข้มาาก่อน ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับจะมีอาการอึดอัดแน่นท้อง และเบื่ออาหาร ร่วมกับน้ำหนักลด อาจต้องพิจารณาตรวจอัลตราซาวด์ตับและช่องท้องส่วนบน ซึ่งสามารถตรวจพบได้ค่อนข้างแม่นยำ การตรวจการทำงานของตับโดยเฉพาะอย่างยิ่ง alkaline phosphatase พบมีค่าสูง หากค่าของ alkaline phosphatase สูงหลายๆ ครั้งติดต่อกันให้สงสัยว่าอาจจะมีพยาธิสภาพของมะเร็งท่อน้ำดีแฝงอยู่ภายในตับ ส่วนค่า alpha-fetoprotein มักจะปกติ แต่ระดับของ CA 19-9 และ CEA จะพบมีค่าสูง การทำ spiral CT หรือ MRI จะช่วยในการวินิจฉัยและช่วยในการวางแผนการรักษา

ระยะของโรค (staging) การแบ่งระยะโรคของ intrahepatic cholangiocarcinoma แบ่ง

ตามเกณฑ์ ของ American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2010 TMN 7th Edition(13) โดยแบ่งเป็น

- stage 0 Tis N0 M0
- stage I T1 N0 M0
- stage II T2 N0 M0
- stage III T3 N0 M0
- stage IVA T4 N0 M0, Any T N1 M0

และ

- stage IVB Any T, Any N, M1

การรักษา การรักษาเพื่อให้หายขาดทำได้ด้วยการผ่าตัดเท่านั้น การผ่าตัดเนื้องอกออกและพบว่าตัดได้หมด (negative margin) เป็นโอกาสเดียวที่จะรักษาให้หายขาดได้ (คำแนะนำระดับ 2a-c)⁽¹⁴⁾ ในปัจจุบันยังไม่มี การรักษาเสริมที่มีประสิทธิภาพที่ชัดเจน (definitive adjuvant regimen) ที่จะทำให้อัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น^(15,16) ส่วนผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจายนั้น การรักษาโดยวิธีประคับประคองยังคงเป็นวิธีที่เหมาะสมและปลอดภัย โดยอาจให้รักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกปฐมภูมิออก(คำแนะนำระดับ 2b)⁽¹⁴⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเนื้องอกปฐมภูมิ หรืออาจจะให้เคมีบำบัดได้แต่ยังไม่มีแนวทางการรักษาใดที่เหมาะสมที่สุด ยังคงต้องการการวิจัยแบบทดลอง (clinical trial) เพื่อศึกษาเพิ่มเติมองค์ความรู้เรื่องการรักษาต่อไป

การพยากรณ์โรค โดยทั่วไปแล้วการรักษา

มะเร็งตับจะทุกชนิดนั้นการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกจะเป็นแนวทางที่ได้ผลดีที่สุด จากการศึกษาของศาสตราจารย์นายแพทย์ทองอวบ อุดรวิเชียร และคณะ^(3,17) ซึ่งใช้การแบ่งระยะของโรคตาม AJCC แบบเก่า พบว่าผู้ป่วย stage III หลังการผ่าตัดปีที่ 1 และปีที่ 3 มีอัตราการอยู่รอดอยู่ที่ร้อยละ 100 และ 33 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเพียง 3 ราย ที่อยู่รอดได้เกิน 5 ปี ส่วน stage IVA จะมีอัตราการอยู่รอด 1, 3 และ 5 ปี หลังผ่าตัดร้อยละ 80, 30 และ 0 ตามลำดับ สำหรับ stage IVB จะมีอัตราการอยู่รอด 1, 3 และ 5 ปี หลังผ่าตัดร้อยละ 26, 12 และ 0 ตามลำดับ โดยในการศึกษาดังกล่าวไม่พบผู้ป่วย stage I และ II ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีภายในตับนี้มักตรวจพบในระยะท้ายๆ และเป็นเหตุให้ผลการรักษาไม่ค่อยดีนัก ดังนั้นการให้การวินิจฉัยให้ได้ผู้ป่วยในระยะแรกของโรคจึงมีความจำเป็น รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการให้การศึกษาและสุศึกษากับประชากรก็นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง

มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (extrahepatic cholangiocarcinoma)

มะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับนี้มักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการตัวเหลืองตาเหลืองเป็นส่วนใหญ่⁽¹⁾ แต่ในระยะแรกของโรคจะไม่มีอาการมาก เนื่องจากก้อนมีขนาดเล็ก แต่เมื่อมีขนาดโตขึ้นจนทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดีก็จะทำให้เกิดอาการตาเหลือง และขณะที่ผู้ป่วยแสดงอาการ

มะเร็งท่อน้ำดี

ศรัญญา ประทัยเทพ ปริญญา ชำนาญ

นั้นมะเร็งอาจจะลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองรอบๆ ท่อน้ำดีแล้ว ด้วยเหตุดังกล่าวผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจึงมักจะอยู่ใน stage III-IV ซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษามะเร็งชนิดอื่นๆ

พยาธิวิทยา ลักษณะการเกิดของมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับสามารถอธิบายการลุกลามของเนื้องอกไปตามท่อทางเดินน้ำดีได้ตาม Bismuth-Corlette classification (1,18) ดังแสดงในภาพที่ 1 เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาให้การรักษาและติดตามผลการรักษา

ภาพที่ 1 รูปภาพแสดงการแบ่งกลุ่มทางพยาธิวิทยาตาม Bismuth-Corlette classification



Type I: lesion of the main hepatic duct not involving the main confluence, Type II: lesion involving the confluence but clear of the right and left hepatic ducts, Type IIIa: lesion involving the right hepatic duct, Type IIIb: lesion involving the left hepatic duct, Type IV: lesion involving the right and left hepatic ducts

การรักษา แนวทางการรักษาจะพิจารณาจากตำแหน่งของมะเร็งในท่อทางเดินน้ำดี⁽¹⁴⁾ เป็นหลัก โดยในกรณีที่เนื้องอกอยู่ proximal third ของท่อน้ำดี การผ่าตัดต้องทำ hilar resection และ lymphadenectomy ซึ่งส่วนใหญ่ต้องตัดเนื้อตับ (liver resection) ออกบางส่วนด้วย เพราะการทำ hilar resection มักจะไม่เพียงพอในบางกรณีที่ต้องตัดตับสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเหลืองมากและเป็นมานานอาจพิจารณาทำการระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนัง (percutaneous transhepatic biliary drainage) ก่อนการผ่าตัด

ทั้งนี้จะพิจารณาทำในผู้ป่วยที่มีค่า total bilirubin มากกว่า 10 mg% ขึ้นไป ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดเนื้องอกได้ ในขณะที่ยังไม่ควรทำ surgical bypass หรือ stent หลังจากนั้นอาจพิจารณาให้การรักษาโดยเคมีบำบัด แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องการมีการศึกษาแบบ clinical trial เพื่อศึกษาหาสูตรการรักษาที่เป็นมาตรฐานต่อไป ส่วนการให้การรักษาแบบประคับประคองหรือรักษาตามอาการยังนับว่ามีประโยชน์ และอาจจะดีกว่าให้การรักษาอย่างอื่นๆ ด้วย

การติดตามผลการรักษา

ควรติดตามผลโดยการทำอัลตราซาวด์ หรือ CT abdomen ทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 2 ปี^(15,16) ถ้าพบว่าโรคกำเริบ ก็ให้ทำการสืบค้นอย่างละเอียดว่ามีการลุกลามของโรคไปที่ใดบ้าง และให้การรักษาตามตำแหน่งและระยะต่างๆที่ได้กล่าวมาแล้ว

สรุป

มะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นโรคที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีนัก เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการในระยะท้ายๆ การรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีนี้ขึ้นกับระยะและตำแหน่งของโรค โดยการรักษาหลักคือการผ่าตัด ในขณะที่ยังไม่มีการรักษาเสริมใดๆ ที่จะทำให้อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ถึงแม้ลักษณะของโรคที่ดำเนินไปช้าๆ โดยไม่มีอาการในระยะแรก แต่ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าวิธีการใดจะเป็นประโยชน์ในการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีได้ ปัจจุบันยังคงต้องการการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาโดยใช้เคมีบำบัด และเพื่อศึกษาแนวทางการคัดกรองโรคที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Khan SA, Thomas HC, Davidson BR, et al. Cholangiocarcinoma. Lancet 2005; 366: 1303-14.
2. Khan SA, Taylor-Robinson SD, Toledano MB, et al. Changing international trends in mortality rates for liver, biliary and pancreatic tumours. J Hepatol 2002; 37: 806-13.
3. Uttaravichien T, Buddhisawasdi V, Pairojkul C. Bile duct cancer and the liver fluke L Pathology, presentation and surgical management. Asian J Surg 1996; 19: 267-70.
4. Broome U, Olsson R, Loof L, et al. Natural history and prognostic factors in 305 Swedish patients with primary sclerosing cholangitis. Gut 1996; 38: 610-5.
5. Shin HR, Lee CU, Park HJ, et al. Hepatitis B and C virus, Clonorchis sinensis for the risk of liver cancer: a case-control study in Pusan, Korea. Int J Epidemiol 1996; 25(5): 933-40.

6. Sergiharr S, Kojiro M. Pathology of cholangiocarcinoma In: Okuda and Tshalk G eds. Neoplasms of liver. Tokyo: Soringer Verlog; 1987.
7. Chapman RW. Risk factors for biliary tract carcinogenesis. Ann Oncol 1999; 10(suppl4): 308-11.
8. Shimonishi T, Sasaki M, Nakanuma Y. Precancerous lesions of intrahepatic cholangiocarcinoma. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2000; 7(6): 542-50.
9. Sanabria JR, Croxford R, Berk TC, et al. Familial segregation in the occurrence and severity of periampullary neoplasms in familial adenomatous polyposis. Am J Surg 1996; 171(1): 136-40.
10. Yamada S, Hosoda S, Tateno H, et al. Survey of thorotrast-associated liver cancers in Japan. J Natl Cancer Inst 1983; 70(1): 31-5.
11. Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva: World Health Organization; 1968. (Public Health Paper Number 34)
12. Qin XL, Wang ZR, Shi JS, et al. Utility of serum CA19-9 in diagnosis of cholangiocarcinoma: in comparison with CEA. World J Gastroenterol 2004; 10: 427-32.
13. Edge SB. Intrahepatic bile ducts. In: American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York: Springer; 2009. p 247-54.
14. Phillips B, Ball C, Sackett D, et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001); 2001 [cited 2012 Jan 7]. Available from: www.cebm.net/index.aspx?o=1025
15. Khan SA, Davidson BR, Goldin R, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: consensus document. Gut 2002; 51(suppl 6): vi1-vi9.
16. Khuntikao N. Current Concept in Management of Cholangiocarcinoma. Srinagarind Med J 2005; 20(3): 143-9.
17. Uttaravichien T, Bhudhisawasdi V, Pairojkul C, et al. Intrahepatic cholangiocarcinoma in Thailand. J Hepatobiliary Pancreat Surg 1999; 6(2): 128-35.
18. de Groen PC, Gores GJ, LaRusso NF, et al. Biliary tract cancers. N Engl J Med 1999; 341: 1368-78.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ณัฐนิช เกศรินทร์* อรุณี รัตนนิเทศก์*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีอัตราการตายสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ถึงแม้ว่าโรคนี้จะมีอัตราการเสียชีวิตที่ต่ำลงเรื่อยๆ และมักพบว่าเป็นภาระของครอบครัว พยาบาลนับได้ว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลในทุกมิติสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ตั้งแต่การดูแลในระยะเฉียบพลัน การดูแลเมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสมรรถภาพขณะอยู่ในโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ของการพยาบาลเพื่อ 1) ให้สามารถค้นหาปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ 2) ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคม และใช้ความสามารถที่มีอยู่ได้ตามศักยภาพที่มี 3) ให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการของโรค แนวทางการรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แนวทางปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งในทุกระยะของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น จะต้องอาศัยสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพ เน้นการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทาง เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และทักษะในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีการตัดสินใจสั่งการได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับสถานการณ์ และสามารถประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีเหตุผล มีทักษะการให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตัวเองของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้จะต้องมีการประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการที่ยังหลงเหลืออยู่ของทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในทุกระยะจากทีมบุคลากรทางการพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าตามศักยภาพของ

คำสำคัญ โรคหลอดเลือดสมอง กระบวนการพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนการจำหน่าย

* พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (stroke) หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ถึงแม้ว่ารอดชีวิตก็มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนัก และมักพบว่าเป็นภาระของครอบครัว การให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากทีมบุคลากรทางการพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องอาศัยสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพเป็นสำคัญ โดยเน้นการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีการตัดสินใจสั่งการได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับสถานการณ์ และสามารถประยุกต์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตัวเองของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องมีความรู้ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ต้องมีทักษะในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เพื่อป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนต่างๆ ในระยะเฉียบพลัน และวางแผนการพยาบาลเมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน ตลอดจนการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพทางร่างกายและจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติ และการวางแผนการจำหน่ายกลับบ้านที่เหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์ของการพยาบาล ดังนี้

1. เพื่อสามารถค้นหาปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมและใช้ความสามารถที่มีอยู่ได้ตามศักยภาพที่มี

3. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการของโรค แนวทางการรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถแบ่งได้เป็น 5 ระยะ คือ การดูแลระยะเฉียบพลัน การดูแลเมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายกลับบ้าน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

1.การดูแลในระยะเฉียบพลัน

ระยะเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมอง หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งมีอาการคงที่ ซึ่งมักจะใช้เวลา 24-72 ชั่วโมง แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจนานกว่านี้ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีสติสัมปชัญญะในระดับความรู้สึกตัวและมักจะหมดสติ จึงต้องดูแลรักษาชีวิตและหน้าที่ของร่างกายที่สำคัญของผู้ป่วยไว้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีผลต่อผู้ป่วยอย่างมากในเรื่องของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการอย่างถาวรที่จะตามมา เนื่องจากปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแม้เพียงเล็กน้อย อาจกลายเป็นปัญหาใหญ่และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้นจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังจนกว่าอาการของผู้ป่วยจะคงที่ ซึ่งหากสามารถประเมินอาการผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาท มีการรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันทั่วถึง ที่จะสามารถป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ โดยแนวทางการดูแลที่สำคัญมีดังนี้

1.1 การดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยให้โล่ง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยจัดทำผู้ป่วยให้นอนตะแคงหันหน้าไปด้านข้าง ป้องกันการสูดสำลักเสมหะและน้ำลายลงปอด และหากผู้ป่วยหายใจหอบหรือมีอาการแสดงถึงการพร้อมออกซิเจน อาจต้องพิจารณาการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2 จัดใส่เสมหะน้ำลายออกจากปากและทางเดินหายใจ หากผู้ป่วยกระทำได้ก็ควร

จะดูดออกให้ และควรระมัดระวังไม่ดูดให้นานเกินครึ่งละ 15 วินาที ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจควรดูดเสมหะไม่เกินครึ่งละ 10 วินาที เนื่องจากการดูดนานเกินกว่านี้อาจเป็นผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนั้นหลังการดูดเสมหะจากท่อช่วยหายใจทุกครั้งจะต้องเพิ่มระดับการหายใจ (hyperventilate) ด้วยออกซิเจน 100 %

1.3 ตรวจดูหน้าที่ของปอด โดยการดูอัตราการหายใจและลักษณะการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงปอดเพื่อค้นหาภาวะปอดบวม ปอดแฟบ รวมทั้งปัญหาด้านการหายใจอื่นที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง

1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 30 องศา เพื่อให้เลือดดำจากสมองไหลกลับหัวใจได้ดี และต้องระวังไม่ให้ศีรษะบิดไปข้างใดข้างหนึ่ง เพราะอาจขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำบริเวณเส้นเลือดดำคอได้

1.5 ประเมินอาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ปฏิกริยาของรูมาตาคาต่อแสง การเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหวของลูกตา การทำงานของเส้นประสาทสมอง (cranial nerve) และปฏิกิริยาสะท้อน (reflex) ต่างๆ ทุก 15 นาที ในช่วงหนึ่งชั่วโมงแรก (4 ครั้ง) และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าอาการจะคงที่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และสามารถให้การรักษาพยาบาลได้ทันทั่วถึงที่ เช่น

กรณีที่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

1.6 บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ในการดูแลเรื่องสารน้ำที่ผู้ป่วยควรได้รับ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะสมองบวมหากได้รับน้ำมากเกินไป โดยในระยะแรกอาจต้องพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนขัดขวาง การขับปัสสาวะ (antidiuretic hormone) และเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ต้องรีบเอาสายสวนปัสสาวะออกทันที เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

1.7 หากผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมและแพทย์สั่งให้ยา manitol หรือ steroid เพื่อลดภาวะสมองบวม ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง

1.8 ดูแลความสมดุลของเกลือแร่ (electrolyte) ในร่างกาย โดยเฉพาะภาวะโซเดียมต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อหน้าที่และการทำงานของสมอง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยซึม สับสน หรืออาจชักได้ และหากผู้ป่วยมีอาการชักต้องรีบทำการช่วยเหลือเบื้องต้นและรายงานแพทย์ทราบทันที

1.9 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจอื่นๆ เช่น ผลการตรวจเลือดและปัสสาวะ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภาพถ่ายรังสีและการถ่ายภาพรังสีเส้นเลือด (angiogram) ภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) เป็นต้น เพื่อเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.การดูแลเมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน

ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากสมองบวม หรือมีเลือดออกในสมอง จึงเป็นการเข้าสู่ระยะที่ต้องดูแลรักษาหน้าที่ของร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมจะฟื้นฟูสมรรถภาพได้เร็วที่สุดและดีที่สุด ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความตระหนักถึงพยาธิสภาพเหล่านี้ในการวางแผนการพยาบาลด้วย โดยการพยาบาลผู้ป่วยเมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้วนั้น มีดังนี้

2.1 ประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดงทางระบบประสาทเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2.2 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อให้ร่างกายสะอาดและช่วยรักษาความมีคุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย

2.3 ดูแลความสะอาดของผิวหนัง ตรวจสอบรอยแดงหรือรอยถลอกของผิวหนัง อาการระคายเคือง เพราะการเกิดแผลกดทับที่ก้นกบหรือสันเท้า จะทำให้เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสภาพ

2.4 ออกกำลังให้กับผู้ป่วยโดยการช่วยการเคลื่อนไหวตามข้อต่อต่างๆ (passive range of motion) วันละ 4 ครั้ง เพื่อรักษาความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง

2.5 เปลี่ยนท่าของผู้ป่วยบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยจัดทำให้ปลายแขนอยู่สูงกว่า

ข้อศอก และข้อศอกยกสูงขึ้น เพื่อป้องกันข้อไหล่ และข้อต่างๆ ของแขนติดแข็งและปลายแขนบวม อาจใช้ผ้า หม่อน เครื่องดามหรือเฟือก (splint) ช่วย ประคับประคอง

2.6 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและหมั่น ดูแลจัดเสมหะในปาก คอ และทางเดินหายใจ ออกให้หมด หากผู้ป่วยสามารถไอออกเองได้ควร กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองทุกชั่วโมง แต่หากไม่สามารถ กระทำเองได้ควรช่วยดูดเสมหะและกระตุ้นให้ไอ เคาะปอดบ่อยๆ ก่อนอาหารทุกมื้อและก่อนนอน ซึ่งจะเป็นการช่วยป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ปอดบวม ปอดแฟบ การติดเชื้อในทางเดินหายใจ และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นการลด ปัจจัยเสี่ยงของการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ

2.7 ประเมินความสามารถในการกลืน หากประเมินการกลืนไม่ผ่าน ต้องใส่สายให้อาหาร และรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาสั่งอาหารทางสาย ยาง แต่หากประเมินการกลืนผ่าน ควรเริ่มให้ผู้ป่วย ได้รับอาหารตามขั้นตอนดังนี้

-ดูแลความสะอาดปากและฟันก่อนรับ ประทานอาหาร

-จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรง ประมาณ 90 องศา หรืออยู่ในท่า high flowler's position โดยจัดให้ข้อสะโพกและเข่าอ ลำตัว อยู่ตรงกลาง ศีรษะก้มเล็กน้อย รองศีรษะและลำ ตัวด้วยหมอน

-จัดสิ่งแวดล้อมและสร้างบรรยากาศให้

เงียบสงบ พูดคุยกับผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น

-ผู้ที่ป้อนอาหารควรนั่งอยู่ในระดับต่ำกว่า ระดับสายตาของผู้ป่วย

-การจัดอาหารควรเริ่มจากอาหารเหลวข้น เช่น โจ๊กปั่น การป้อนอาหารควรให้ครึ่งช้อนชาต่อ คำ และให้น้ำครึ่งละประมาณ 3-15 มล.

-ถ้ามีเสียงน้ำในคอหลังกลืน ให้ผู้ป่วยไอ หลายๆ ครั้งเพื่อให้คอโล่ง แล้วจึงกินต่อ

-ให้เวลาผู้ป่วยในการกลืน ไม่เร่งรัด และ ควรให้กำลังใจผู้ป่วยในการกินอาหาร

-การให้ผู้ป่วยกินยา ให้วางยาในปากด้าน ที่มีแรง และให้กินทีละเม็ด

-ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาในการกินอาหารนานเกิน 45 นาที อาจทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและ กลืนอ่อนแรง ซึ่งจะทำให้มีโอกาสสำลักได้ง่าย จึง ควรแบ่งมื้ออาหารออกเป็น 5-6 มื้อต่อวัน

-ดูแลความสะอาดปากฟันหลังการรับ ประทานอาหาร

-หลังรับประทานอาหาร ควรจัดให้ผู้ป่วย อยู่ในท่านั่งศีรษะสูงประมาณ 30-60 องศา อย่าง น้อย 30 นาที

2.8 ดูแลอย่าให้ผู้ป่วยท้องผูกและหลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะเป็นการเพิ่ม ความดันในกะโหลกศีรษะ ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ อาหาร น้ำ และผลไม้ ที่ช่วยในการระบาย หาก ผู้ป่วยท้องผูกนานเกิน 3 วัน ควรรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระตาม ความเหมาะสม

2.9 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ ดูแลความสมดุลของเกลือแร่ ลงบันทึกปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกทุกวัน เพื่อประเมินหน้าที่ของไต

2.10 หากผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ต้องดูแลให้อยู่ในระบบปิดที่ปลอดภัย และตรงสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งบริเวณท่อปัสสาวะหรือเกิดการขยับเคลื่อนเข้า-ออก เพื่อป้องกันการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพในการขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองช้าลง

2.11 เมื่อพ้นระยะเย็บปล้นแล้วควรรีบเอาสายสวนปัสสาวะออกทันที และเริ่มฝึกถ่ายปัสสาวะด้วยตนเองเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม เพื่อลดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

2.12 ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ทั้งการพูดกับบุคคลอื่นและการเข้าใจคำพูดของบุคคลอื่น

2.13 กระตุ้นผู้ป่วยโดยการปรับวิธีการที่จะสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เช่น พูดกับผู้ป่วยอย่างช้าๆ ใช้น้ำเสียงชัดเจน ตั้งใจฟังผู้ป่วยชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ดี และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำไม่ได้หรือทำไม่ได้ดีเท่าที่ควร เพื่อลดความคับข้องใจของผู้ป่วย

2.14 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับในภาพลักษณ์ของตนเอง พยายามให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต และไม่ลืมแขนขาข้างนั้น ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความจริงรอบๆ ตัว เช่น จัดหาภาพถ่ายของ

ครอบครัว ปฏิทิน หรือนาฬิกา มาไว้ให้ผู้ป่วยดู

2.15 ประเมินความบกพร่องหรือความผิดปกติในการมองเห็น เช่น การเห็นภาพซ้อน ตามองไม่เห็นครึ่งซีกด้านเดียวกัน เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยมองไม่เห็นด้านใดให้เข้าหาผู้ป่วยทางด้านที่ผู้ป่วยมองเห็น และจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นไว้ทางด้านที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ ดูแลรักษาความสะอาดของตาเพื่อป้องกันการระคายเคืองและการติดเชื้อ

2.16 สังเกตและเฝ้าระวังอาการของโรคอื่นๆ ที่เกิดร่วม หรือโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีการติดเชื้อในเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น

2.17 สังเกตอาการต่างๆ ที่อาจเป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น การสำลัก ท้องอืด ท้องผูก การติดเชื้อ หรือการเกิด emboli ไปจุดที่ปอด เป็นต้น

2.18 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ทราบถึงสิ่งผิดปกติ เช่น ผลตรวจ BUN, Cr, coagulation, electrolyte เป็นต้น เพื่อที่จะให้การดูแลรักษาได้ทัน่วงที

2.19 ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและความพิการที่หลงเหลืออยู่อย่างเหมาะสม พยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะแตกต่างกันตามพยาธิสภาพที่เกิดในตำแหน่งที่ต่าง

กันในสมอง โดยผู้ป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หรือมีปฏิกิริยาต่อสิ่งกระตุ้นรุนแรงรวดเร็ว และไม่เหมาะสม ควบคุมตนเองไม่ได้ หรือมีความอดทนต่อความเครียดต่างๆ น้อยลง

2.20 ให้การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดความผิดปกติกับผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ หรือบุคลิกภาพ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อสมองที่เกิดพยาธิสภาพ ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ มีความรู้สึกสับสน ซึมเศร้า กลัว ก้าวร้าว ต่อต้าน และอาจมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นอย่างไม่เหมาะสม ความผิดปกติเหล่านี้อาจเพิ่มมากขึ้นหรือน้อยลง ขึ้นอยู่กับท่าทีของบุคคลรอบข้างด้วย พยาบาลจึงควรให้การดูแลดังนี้

-ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว อธิบายให้เข้าใจว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นเช่นนั้นเกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่สมองถูกทำลาย และพฤติกรรมดังกล่าวจะค่อยๆ ดีขึ้น หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม

-ควบคุมสิ่งแวดล้อม โดยลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิด

-ไม่สนใจต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย เช่น คำสบถ คำคำหยาบ ก้าวร้าว หรือการเปิดเผยร่างกายตนเอง

-ให้คำชมเชยในสิ่งที่ผู้ป่วยทำสำเร็จ และให้กำลังใจหากผู้ป่วยทำไม่ได้หรือทำไม่ได้ไม่ดี

-พยายามใส่ใจในความต้องการของผู้ป่วย

และพยายามตอบสนองในขอบเขตที่เป็นไปได้ เพื่อลดความคับข้องใจของผู้ป่วย

-พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิ ขาดการควบคุมอารมณ์ ควรพยายามหันเหผู้ป่วยให้ไปสนใจและกระทำกิจกรรมที่ใช้ระยะเวลาน้อยๆ และพยายามเลือกกิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจ

-กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการปรับตัวยอมรับกับสภาวะร่างกายและสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย

2.21 การจัดทำทางผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตนั้น การจัดทำนอนเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง การนอนทับแขนหรือขาข้างที่เป็นอัมพาตนานๆ จะทำให้เกิดการบวมของแขนหรือขา ทั้งยังเกิดปัญหาข้อติดข้อเคลื่อนได้ง่าย การนอนศีรษะสูงเกินไปอาจเกิดแรงกดมากบริเวณก้นกบ (sacrum) ทำให้เกิดบาดแผลถลอกได้ ดังนั้นการจัดทำนอนที่ถูกต้องเหมาะสมจะต้องดูแลตั้งแต่เตียงนอน ที่นอน และท่าทางที่นอน เช่น เตียงนอนควรเป็นเตียงที่แข็งแรง สามารถปรับระดับความสูงต่ำของเตียงได้ โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยต้องนอนอยู่กับเตียงนั้นเตียงควรมีความสูงพอเหมาะที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้สะดวก แต่เมื่อผู้ป่วยเริ่มฟื้นตัวขึ้นและอยู่ในช่วงที่ต้องฟื้นฟู เตียงควรมีระดับต่ำพอที่จะให้ผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง และสามารถห้อยเท้าโดยเท้าผู้ป่วยสัมผัสพื้นได้พอดี สามารถเคลื่อนย้ายไปนั่งเก้าอี้หรือนั่งรถเข็นได้สะดวก ส่วนที่นอนต้องเป็นที่นอนที่แน่น ไม่นุ่ม

ไม่แข็งแรงเกินไป ผ้าปูที่นอนต้องตึง ไม่มีรอยย่นหรือรอยพับ เพื่อไม่ให้เกิดการไถกับผิวหนังของผู้ป่วยจนเกิดแผลถลอกกดทับได้

ในส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและมีอาการอัมพาต จะต้องเริ่มให้ทำกายภาพบำบัดโดยเร็วที่สุดภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดความพิการแทรกซ้อน ซึ่งที่พบได้บ่อย คือ 1) ข้อเข่าและ/หรือข้อศอก อาจติดในท่างอ 2) ข้อเท้ามักจะติดในท่างอและบิดเข้าด้านใน 3) แขนมักจะติดในท่า pronation ส่วนข้อมือ/นิ้วมือจะติดในท่า flexion 4) ข้อไหล่จะเป็นข้อที่พบว่าติดได้มากที่สุด และติดอยู่ในท่า internal rotation and adduction ดังนั้นควรจะต้องให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อการบำบัดรักษาโดยการช่วยการเคลื่อนไหวของข้อต่อ (passive range of motion) ในแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต และการกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายด้วยตนเอง (active exercise) ในแขนขาข้างที่ดี อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายนี้จะทำได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้และการตอบสนองของผู้ป่วยด้วย

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในโรงพยาบาล จะต้องอาศัยความร่วมมือกันของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และโภชนาการ เพื่อร่วมกันประเมินและค้นหาปัญหา

ความบกพร่องของหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย และร่วมวางแผนในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะต่างๆ ที่สูญเสียไปเพื่อให้พึ่งพาตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่อย่างไรก็ตามในช่วงที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนี้ พยาบาลยังต้องเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

แนวทางของการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทั่วไปทำได้ ดังนี้

3.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลให้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ และคอยดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ยังทำไม่ได้ เพื่อลดความคับข้องใจ

3.2 มุ่งขจัดเซຍความพิการของผู้ป่วย โดยฝึกให้ผู้ป่วยกระทำการกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การเดิน การรับประทานอาหาร การหัดนั่ง เป็นต้น

3.3 สอนผู้ป่วยให้ฝึกออกกำลังกายขณะนอนอยู่บนเตียง เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ quadriceps การออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก เพื่อช่วยให้อาการกล้ามเนื้อตึงตัวแข็งแรง และสอนผู้ป่วยถึงเทคนิคการเคลื่อนไหวจากเตียงลงมานั่งเก้าอี้หรือจากเก้าอี้เพื่อขึ้นไปนั่งบนเตียง

3.4 กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีจากการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น

3.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงโปรแกรมการ

ออกกำลังที่แพทย์หรือนักกายภาพบำบัดจัดให้ผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูทุกวัน และติดตามความก้าวหน้าเพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในหอผู้ป่วย

3.6 ช่วยดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วย ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นไม่ให้แห้งแตก ซึ่งจะเป็นการช่วยรักษาความมีคุณค่าในตนเองอีกทางหนึ่ง

3.7 พยาบาลควรมีความไวต่อความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย รวมทั้งทักษะการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ไม่ว่าจะด้วยคำพูดหรือกิริยาท่าทาง เพื่อช่วยลดความคับข้องใจและความวิตกกังวล

3.8 สนับสนุนและช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเรียนรู้ทักษะและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรทำความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย

3.9 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขา ควรมีผู้ดูแลทำการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ให้ผู้ป่วย ซึ่งข้อควรปฏิบัติในการเคลื่อนไหวข้อมีดังนี้

- การเคลื่อนไหวข้อให้ผู้ป่วยควรทำอย่างช้าๆ

- ควรทำการเคลื่อนไหวให้สุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ

- ในแต่ละท่าให้ทำช้าๆ ท่าละ 10-20 ครั้ง วันละ 2 รอบ

- ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ หรือในขณะที่ผู้ป่วยมีไข้

-ขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ ถ้าผู้ป่วยปวดหรือพบปัญหาอย่างอื่นตามมา ควรหยุดและปรึกษาแพทย์หรือนักกายภาพบำบัด

4. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยนั้น จะต้องวางแผนตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยบทบาทของพยาบาลนั้นเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและเป็นผู้ประสานให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลจึงควรจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยมากที่สุด ทั้งสัมพันธภาพของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาประกอบในการวางแผนจำหน่าย และให้ความรู้กับญาติในการจัดเตรียมหาบุคคลที่จะมาดูแลช่วยเหลือ พยาบาลต้องสอนผู้ดูแลให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน หากเมื่อถึงเวลาที่จะต้องจำหน่ายผู้ป่วยแต่ญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน จะต้องสอบถามถึงปัญหาเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ อาจส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านหรือพยาบาลสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่าย

เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและ/หรือครอบครัว ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

2) การนำขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย

3) การเลือกใช้บริการจากสถานบริการที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน

4) การสนับสนุนของหน่วยงานในการร่วมกันวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

5) การมีส่วนร่วมของบุคลากรทีมสุขภาพ องค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

6) การติดต่อสื่อสารและความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมสุขภาพ รวมถึงครอบครัว ของผู้ป่วย จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยอย่างยิ่ง

ขั้นตอนกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย (assessment) การวางแผนจำหน่าย (plan) การนำเอาการวางแผนจำหน่ายไปใช้ (implementation) และการติดตามและประเมินผล (evaluation) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยนั้น ได้แก่

-การประเมินความต้องการการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม รวมทั้งข้อจำกัดของผู้ป่วย

และครอบครัว

-การประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ตลอดจนทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เป็น

-เริ่มการวางแผนจำหน่ายให้เร็วที่สุดตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ และกระตุ้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย

-บริหารจัดการเวลาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

-ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาและวางแผนร่วมกัน เพื่อผสมผสานกิจกรรมต่างๆ ให้ง่ายต่อการปฏิบัติ

-แจ้งให้ญาติทราบในการเตรียมสถานที่ และหาผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะในด้านต่างๆ เช่น การเช็ดตัว การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด

-ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education) แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด การใช้แหล่งบริการสุขภาพใกล้บ้าน เป็นต้น

-ส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยที่มีบทบาทในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ในทางปฏิบัติแล้วแนวทางในการประเมินและเตรียมความพร้อมทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อน

การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรได้ดำเนินการดังนี้

4.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ทั้งในด้านสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารและการกลืน การขับถ่าย ภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ (mental status) ซึ่งรวมทั้งการรับรู้ (perception) และความบกพร่องในการสื่อสารกับบุคคลอื่น (communication impairment) และประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ Barthel index และ Modified Rankin Scale

4.2 ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล ในประเด็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดำเนินโรค ความพร้อมด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สภาพบ้านและสภาพสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อและค่านิยม ประสพการณ์และทักษะการดูแลผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม และอาจรวมถึงประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ขณะเจ็บป่วยของคู่สมภรรยา

4.3 วางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม โดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D

-M = Medication & adverse effects หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับยา วิธีการรับประทานยา รวมทั้งผลข้างเคียงของยา

-E = Economic / Education / Environment and assistant devices หมายถึง การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ การให้ความรู้เรื่องโรค การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม

-T = Treatment หมายถึง การให้ข้อมูลแนวทางการรักษาต่างๆ

-H = Health history, disease process, ambulation หมายถึง ประวัติสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การดำเนินโรค และการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ADL)

O = Outpatient referral หมายถึง การแนะนำมาติดตามการรักษาตามนัด

D = Diet preparing หมายถึง การดูแลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค

4.4 การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งเตรียมปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

4.5 ประสานการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม ศูนย์การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและศูนย์สุขภาพชุมชน และการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4.6 แนะนำสถานบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือจากชุมชน เอกชน และหน่วยงานของรัฐ เป็นต้น

4.7 การติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

5. การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น จะเน้นการบริหารร่างกายและการออกกำลังกายต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย นอกจากนั้นพยาบาลต้องแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม เช่น การเคลื่อนย้ายตัวเองจากเตียงลงเก้าอี้หรือจากเก้าอี้ขึ้นเตียง การเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยหรือโดยการพยุงเดิน การเคลื่อนที่โดยใช้รถเข็น การจัดทำทางरणนอน การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ควรแนะนำและย้าให้ญาติ/ผู้ดูแลคอยสังเกตความเปลี่ยนแปลงและอาการแสดงที่ผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น อาการปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น มีเลือดออกผิดปกติ เป็นต้น และเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายหรือความพิการซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและศักยภาพด้านต่างๆ ของผู้ป่วยในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจจึงมักพบตามมาได้ พยาบาลจึงควรแนะนำญาติให้เข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พฤติกรรม และบุคลิกภาพของผู้ป่วย รวมทั้งแนวทางในการดูแลและประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วย

นอกจากการประสานและส่งต่อผู้ป่วยให้กับเครือข่ายบริการสาธารณสุขในชุมชนแล้ว ญาติ

และผู้ดูแลก็ควรจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการหรือเครือข่ายในชุมชนใกล้บ้านเหล่านี้ ทั้งในด้านการติดต่อ การขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน และศักยภาพการให้บริการ รวมทั้งเน้นย้ำการมาติดตามการรักษาตามนัดหมายของแพทย์ผู้ดูแล

สรุป

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วย โดยการนำความรู้และทฤษฎีการพยาบาลมาให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละราย ควรใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่การดูแลระยะเฉียบพลัน การดูแลเมื่อผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การวางแผนการจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ดูแล รวมทั้งการให้คำแนะนำที่เหมาะสมและการกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนั้น ควรเชื่อมโยงสถานบริการและหน่วยงานต่างๆ ที่สามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อเพิ่มโอกาสการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

บรรณานุกรม

1. ฟาริดา อิบราฮิม. กระบวนการพยาบาล. โครงการพัฒนาดำรงสาขาศาสาทยาศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
2. สถาบันประสาทวิทยาและชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; 2550.
3. สมจิต หนูเจริญกุล. การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2543.
4. อรพรรณ โตสิงห์. การจัดการทางการพยาบาล (nursing case management). เอกสารประกอบการบรรยาย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2545.
5. Langhorne P, Pollock A, in conjunction with the stroke unit trailist' collabora-
tion. What are the components of effective stroke unit care? Age and Ageing 2002; 31: 365-371.
6. Schramm L, Pancioli A, Acker JE, et al. American stroke association task force on development of stroke system: recommendation for the establishment of stroke systems of care. Stroke 2005; 36: 690-763.
7. Rymer M, Summers D, Khatri P. (Eds.) The stroke center handbook: organizing care for better outcomes. London: Informa Health; 2007.
8. Adams HP, del Zeppo GJ, Albert M, et al. Guidelines for the early management of adult with ischemic stroke. Stroke 2007; 38: 1655-1711.
9. Layton AJ, Gaberelli A, Friedman WA. (Eds.) Textbook of neurointensive care. Philadelphia: Elsevier; 2004.



สารพัดิทธิเวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

