

สรรพสิทธิเวชสาร

(Sappasitthiprasong Medical Journal)

สรรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารของโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม กันยายน - ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิชาการ การค้นคว้า ทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ในประเด็นปัญหาทางสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่กิจกรรมและข่าวสารทางวิชาการของ โรงพยาบาล

การติดต่อ ผู้ที่ประสงค์จะติดต่อกับบรรณาธิการหรือ ต้องการส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์ในสรรพสิทธิ เวชสาร โปรดส่งไปยัง นายแพทย์จิรวัฒน์ มูลศาสตร์ ศูนย์วิจัย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 34000 โทร.0-4524-4973, 0-4524-0074-93 ต่อ 1395 (คุณพัชริน) โดยบทความที่ต้องการตีพิมพ์ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ สำหรับผู้สมัคร

การบอกรับ ค่าสมาชิกภายในประเทศ ปีละ 300 บาท หรือเล่มละ 120 บาท รวมค่าส่ง ติดต่อ คุณรัตนาวดี ดังควัฒนา งานพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพระบบ บริการสุขภาพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 34000 โทร.0-4524-4973, 0-4524-0074-93 ต่อ 1372 หรือ 0-4525-4392

หมายเหตุ ข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ในบทความ ถือว่าเป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ ความเห็นหรือการรับรองของกองบรรณาธิการและโรงพยาบาล

เจ้าของ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์กวี	ไชยศิริ
นายแพทย์วิศิษฐ์	สงวนวงศ์วาน
นายแพทย์ศักดิ์ชัย	ธีระวัฒน์สุข
นางนวลจันทร์	ประเคนรี

บรรณาธิการ

นายแพทย์จิรวัฒน์	มูลศาสตร์
------------------	-----------

กองบรรณาธิการ

นางสุเพียร	โกกทิพย์
นางนิตยา	สนิทวงศ์ ณ อยุธยา
นางสุวารี	เจริญมุขนนท
นางสาวยุพิน	ชัยเวชสกุล
นายสุพจน์	สายทอง

เจ้าหน้าที่สำนักงาน

นางรัตนาวดี	ดังควัฒนา
นางพัชริน	ทองเหลืออง

พิมพ์ที่ ภาสกรพิมพ์ โทร. 045-261371

สรรพสิทธิประสงค์ ผู้อ่านสามารถนำข้อมูลจากวารสารไปใช้ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการได้ กรณีนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกอง บรรณาธิการก่อน



ใบบอกรับสรรพสิทธิเวชสาร

เรียน เจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดส่งสรรพสิทธิเวชสาร

ข้าพเจ้าขอรับสรรพสิทธิเวชสาร ประจำปี พ.ศ. (ฉบับที่ 1-3) และได้ส่งค่าบอกรับเป็นจำนวน

เงิน.....บาท โดยชำระเป็น ☐ ตัวแลกเงิน ☐ ธนาณัติ

โปรดจัดส่งวารสารไปยัง

ชื่อ.....

ที่อยู่.....

ลงนาม.....

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารสรรพสิทธิเวชสาร ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรทางสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการรักษาพยาบาล รวมทั้งเสริมสร้างความเข้าใจอันดี เพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาการ ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความมาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร ทั้งนี้กองบรรณาธิการยินดีรับบทความที่ท่านส่งมาและจะพยายามสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิในด้านนั้นๆ เพื่ออ่านทบทวน และร่วมมือกันในการปรับปรุงต้นฉบับให้ได้คุณภาพอย่างสมบูรณ์โดยอยู่ในขอบเขต ดังนี้

1. ประเภทบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

1.2 บทปฏิบัติตน (review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

1.3 บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทปฏิบัติตนกับบทความพื้นวิชา หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน หรือเป็นความคิดเห็นในเรื่องใดจากประสบการณ์ของผู้เขียน

1.4 บทความพื้นฐาน (refresher course) เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่องที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ

1.5 รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) เป็นการนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ หรือศึกษาเสร็จแล้ว กำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์

1.6 รายงานผู้ป่วย (case report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (clinical note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (clinical feature) และ/หรือการดำเนินโรค (clinical course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย

1.7 ปกิณกะ (miscellany) เป็นบทความขนาดเล็กที่เนื้อหาอาจเข้าข่าย หรือไม่เข้าข่ายบทความต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

1.8 จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to editor) หรือจดหมายโต้ตอบ (correspondence) เป็นเวทีใช้ติดต่อตอบโต้ระหว่างนักวิชาการ ผู้อ่าน กับเจ้าของบทความที่ดีพิมพ์ในวารสาร

2. การเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสรรพสิทธิเวชสาร ไม่ควรเป็นเรื่องที่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษขนาด A4 ห่างขอบทุกด้าน 1 นิ้ว ด้วยคอมพิวเตอร์ ใช้โปรแกรม Microsoft Word of Window ตัวอักษร Angsana New หรือ Angsana UPC ขนาด 16

ภาษาที่ใช้คือ ภาษาไทย และ/หรือภาษาอังกฤษ ถ้าต้นฉบับเป็นภาษาไทยควรใช้ศัพท์ภาษาไทยให้มากที่สุด ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่

บทความควรเรียงลำดับดังนี้

2.1 ปกชื่อเรื่อง ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น ได้ใจความไม่ใช้คำย่อ ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.1.2 ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมงาน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อหน่วยงาน หรือสถาบันที่สังกัด

2.1.3 ชื่อและที่อยู่ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความที่ตีพิมพ์แล้ว

2.2 บทคัดย่อ (abstract) ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อที่ครอบคลุมสาระสำคัญของเรื่อง ความยาวไม่เกิน 300 คำ หรือประมาณ 20 บรรทัด

2.3 คำสำคัญ (key words) เป็นคำหรือวลีสั้นๆ ที่เป็นประเด็นสำคัญของเนื้อเรื่องทั้งหมดรวมกันแล้ว ไม่ควรเกิน 5 คำ ทั้ง 2 ภาษา

2.4 บทนำ (introduction) กล่าวถึง ความสำคัญของปัญหา การสำรวจเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างย่อๆ และจุดประสงค์ของการวิจัย

2.5 วัสดุและวิธีการ (materials and methods) วิธีการดำเนินการศึกษา ให้กล่าวถึงกลุ่มประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ วิธีการเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล

2.6 ผลการศึกษา (results) รายงานผลการศึกษาเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวนอง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตารางกรณีสภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ได้รูป

2.7 วิจารณ์ (discussion) นำผลการศึกษามาอภิปรายว่าตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานของผู้อื่นหรือไม่อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น โดยมีหลักฐานการอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ

2.8 สรุป (conclusion) ประเด็นที่สำคัญของการศึกษา การนำผลไปใช้ประโยชน์ ข้อเสนอแนะ หรือให้ประเด็นคำถามสำหรับการวิจัยต่อไป อาจรวมไว้กับการวิจารณ์ก็ได้

2.9 กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement)

2.10 เอกสารอ้างอิง (references) จำเป็นต้องปรากฏทั้งการเขียนบทความและรายงานวิจัย

2.11 ตารางภาพ และแผนภูมิ ควรแยกพิมพ์ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข (1) สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงบทความที่บรรณาธิการรับผิดชอบแล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง นอกจากมีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้จริงๆ ไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง โดยมีรูปแบบดังนี้

1. วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อนตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่างดังนี้

1. วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์, พัชรียาเงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวีระดิพงษ์, ยุวดี ตาพิทย. การสำรวจความครอบคลุม และการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-6.

2. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow up. Br J Cancer 1996; 73:7006-12.

3. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538; 27: 190-204.

4. Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

5. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ. ใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 [ฉบับผนวก]:153-61.

6. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน [บทบรรณาธิการ]. สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

7. Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996; 347: 1337.

2. หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์.

➤ หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหาร ฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

➤ หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

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

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ใน: ชื่อ บรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิรายุทธ์, ประอร ชวลิตธำรง, พิกพ จิริกัญญา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension : pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

3. รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม. วัน เดือน ปีประชุม. สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล, งานจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโบ๊เบ๊ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatic. In; Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์, แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. สุภชัย คุณารัตนพุกภัย, สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย, องค์การอนามัยโลก; 2540

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No.: HHSIGOEI69200860.

5. วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภทปริญญา]. ภาควิชา, คณะ, เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยมัย ซาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต]. ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health cares: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่น ๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect.A: 3 (col.5).

6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 37 พ.ศ.2532, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993, Pub. L.No. 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec 14, 1993).

6.3 พจนานุกรม

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

2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams&Wilkins; 1995. Apraxia;p.199-20.

7. วิดีทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง [วีดิทัศน์]. เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

8. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

8.1 บทความวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร [ชนิดของสื่อ] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่): [จำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล.

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

8.2 รายงานวิจัย ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

1. CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

8.3 แฟ้มข้อมูลคอมพิวเตอร์

1. Hemodynamics III: the ups and down of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

4. การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับพร้อมสำเนา 2 ชุด ในกรณีที่มิรู้ปลายทางให้ส่งรูปถ่าย 2 ชุด ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ใส่มาในซองหนาและขนาดพอเหมาะกับแผ่นกระดาษ ส่วนแผ่นดิสก์/ซีดีให้ส่งมาเมื่อได้รับแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการทดลองในมนุษย์ พร้อมลายเซ็นรับรองสำเนาด้วย

สำหรับเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ บรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้พิมพ์จำนวน 10 ฉบับต่อ 1 เรื่อง

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

Primary Aldosteronism: รายงานผู้ป่วย 3 ราย ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	1
ภาณินี รัตนาภิชาติ	
การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยใช้ความหนาของผนังลำไส้	13
จากการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง	
ยุทธนา ป้องโสม, มัลลิกา กวีวรรณ, อารี ศิริวงศ์	
ความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด	23
นานมากกว่า 18 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลชลประทาน	
กุลธิดา นิ่มอนุสรณ์กุล	
ผลของการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้การระงับความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	35
(คลินิกศุขกาย-สบายใจเมื่อใกล้วิสัญญี) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	
ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน, สุภาภรณ์ เวชพันธ์, อนงค์ศรี เสี่ยงมศักดิ์,	
กัลยา อุ้นรัตนะ, อรรวรรณ เรืองชาติ, เดือนเพ็ญ หมื่นสี	
ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	49
ของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	
นิตยา เจริญยุทธ, วิมาลา เจริญชัย, อัมพร สีลากุล	
การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน	65
จังหวัดยโสธร	
ประชุมพร กวีกรณ์, เบญจรัตน์ ผิวเรืองนนท์, ส่องศรี มูลสาร	

รายงานพิเศษ

ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดนี้ระบบปีสภาวะของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัด	79
กระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย	
วัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา	

CONTENTS

EDITOR NOTE

ORIGINAL ARTICLE

- Primary Aldosteronism: Three Case Reports at Sappasitthiprasong Hospital** 1
Paninee Rattanapichart
- Ultrasonography in Diagnosis of Colon Cancer in Patients with Colonic Wall Thickening** 13
Yuthana Pongsom, Mulligar Kaveevorayan, Aree Siriwing
- Prevalence of Neonatal Infection in Newborn Infants with a Maternal History of Premature Rupture of Membranes (PROM) for Longer Than 18 Hours in Royal Irrigation Hospital** 23
Kullathida Nimanussornkul
- The Effectiveness of new model of pre-anesthetic evaluation clinic, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani** 35
Sirutip Sanguanwongwan, Supaporn Vetchapan, Anongsri Sangiumsak, Kaulaya Unratana, Orawan Reongchat, Daunpen Munsri
- Motivational Enhancement Therapy for Changing Drinking Behavior among Persons with Alcohol Dependence at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital** 49
Nittaya Charoenyooth, Wimala Charoenchai, Amporn Seelakul
- Evaluation of Emergency Medical Service System of Basic Life Support in Yasothon Province** 65
Prachumporn Kaweeorn, Benjarath Phuewreuannon, Songsri Moolsarn

SPECIAL REPORT

- Waiting Time for Surgical Treatment among Patients with Urological Calculi in Provincial Hospital in the North-East of Thailand** 79
Wattanachai Aungcharaenwattana



สรรพลิตธิเวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2552 Vol. 30 No. 1 January - April 2009

บรรณาธิการแถลง

การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ขึ้นมา เพื่อให้ประชาชนได้รับการที่มีคุณภาพและทันต่อความต้องการ รวมทั้งตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหาทางสาธารณสุข ซึ่งในสรรพลิตธิเวชสารฉบับนี้ก็มีบทความที่น่าสนใจรูปแบบใหม่เหล่านี้หลายประเด็น บางเรื่องเป็นประเด็นที่ค่อนข้างใหม่ในประเทศไทย เช่น การสร้างแรงจูงใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการเตรียมความพร้อมด้านวิสัยทัศน์ให้กับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการนัดผ่าตัด สำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นถึงแม้ว่าจะมีการให้บริการอย่างทั่วถึงแล้ว อย่างไรก็ตาม ในแต่ละพื้นที่ก็มักจะมีเงื่อนไขและข้อจำกัดบางประการ การประเมินการให้บริการในบริบทของตนเอง ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยปรับปรุงและพัฒนาให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลที่ได้ก็จะประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ต่อไป

อีกประเด็นหนึ่งที่ยังเป็นปัญหาอย่างยิ่งในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือดังรายงานพิเศษในฉบับนี้ ก็คือโรคหัวใจทางเดินระบบประสาท ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ในขณะที่ศัลยแพทย์ระบบทางเดินประสาทยังมีจำนวนไม่มากนัก อีกทั้งเครื่องมือทางการแพทย์ที่ยังมีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องเสียเวลารอการผ่าตัด และยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นแล้ว ยังส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย

บรรณาธิการ

Primary Aldosteronism:

รายงานผู้ป่วย 3 ราย ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ภาณินี รัตนภิชิต*

บทคัดย่อ

Primary aldosteronism เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ (secondary hypertension) ซึ่งพบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 ในโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป สาเหตุเกิดจากการหลั่งฮอร์โมน aldosterone มากผิดปกติจากต่อมหมวกไตชั้น zona glomerulosa ทำให้มีการดูดซึมโซเดียมและขับโปแตสเซียมจากท่อไตมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ การตรวจหาสามารถทำได้โดยดูค่าสัดส่วนระหว่าง aldosterone และ rennin ที่มีค่าสูงขึ้น ถ้าทำ CT พบก้อนที่ต่อมหมวกไตข้างใดข้างหนึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด รายงานนี้กล่าวถึงผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น primary aldosteronism ที่มารักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551

คำสำคัญ โรคความดันโลหิตสูงชนิดที่มีสาเหตุ primary aldosteronism

* อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

Primary Aldosteronism:

รายงานผู้ป่วย 3 ราย ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
กาฬสินธุ์ รัตนภักษาคติ

บทนำ

ผู้ที่รายงานเกี่ยวกับ primary aldosteronism เป็นคนแรก คือ นายแพทย์ Jerome Conn ชาวสหรัฐฯ เมื่อปี ค.ศ. 1955⁽¹⁾ วงการแพทย์จึงนิยมเรียกโรคนี้ว่า Conn's syndrome โดยพบว่ามีความผิดปกติของฮอร์โมน aldosterone ที่สร้างจากต่อมหมวกไตชั้น zona glomerulosa และทำหน้าที่ควบคุมสมดุลน้ำโซเดียมในร่างกาย ซึ่งถ้ามีปริมาณสูงมากจะทำให้มีการคั่งของโซเดียมจากการดูดซึมกลับที่ท่อไต ทำให้ความดันโลหิตสูง และทำให้ระดับโปแตสเซียมต่ำจากการขับออกจากท่อไตมากขึ้น นอกจากนั้น aldosterone ที่มากขึ้นยังเป็นผลให้ระดับ renin ในร่างกายต่ำลงเพื่อลดการกักเก็บน้ำในร่างกาย

ในระยะแรกเชื่อกันว่าโรคดังกล่าวพบได้ยาก โดยพบได้ไม่ถึงร้อยละ 1 ของผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงทั่วไป แต่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาโดยใช้วิธีคัดกรองผู้ป่วยด้วยการหาอัตราส่วนระหว่าง renin และ aldosterone ที่มีความไวมากขึ้น พบว่า primary aldosteronism เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงทั่วไปกว่าร้อยละ 12⁽²⁾ และผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องมีระดับโปแตสเซียมต่ำเสมอไป⁽³⁾ แต่อย่างไรก็ตามการสังเคราะห์ renin และ aldosterone ก่อนข้างยุงยากและมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่สามารถทำได้โดยทั่วไป ทำให้การตรวจวินิจฉัยโรคนี้อย่างไม่เป็นที่แพร่หลาย

บทความนี้ได้รายงานผู้ป่วย primary aldosteronism 3 ราย ซึ่งพบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2549–

2551 ตลอดจนแนวทางในการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว

ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยอายุน้อย (hypertension in the young) มาประมาณ 5 ปี ได้รับยาลดความดันโลหิต nifedipine 100 มก. amlodipine 10 มก. HCTZ 50 มก. และ atenolol 100 มก. ยังมีระดับความดันโลหิตสูงตลอด ประมาณ 160–170/90–100 มม.ปรอท จึงส่งตัวมาเพื่อการรักษาที่เหมาะสม โดยที่ผู้ป่วยไม่มีประวัติอาการใจสั่น/มือสั่น/เหงื่อออกมาก/คอโตมาก่อน น้ำหนักตัวปกติดี ประจำเดือนมาเป็นปกติ และไม่ได้รับประทานยาอื่นนอกจากที่แพทย์สั่ง

ตรวจร่างกายแรกรับที่โรงพยาบาล ความดันโลหิต 157/90 มม.ปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที สมบูรณ์ดี ตรวจร่างกายอย่างอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเพื่อหาสาเหตุและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ดังนี้

- CBC: Hb 12.8 g/dL, Hct 40.0%, WBC 7770/mm³ (N 57%, L 32%, Mono 8%, Eos 2%), Plt 277,000/mm³
- ESR: 21 mm/hr
- UA: yellow / clear, SpGr 1.010, pH 8, Pro negative, Glu negative, WBC 3–5/OF, RBC negative, no dysmorphic appearance, no casts

- Electrolyte: Na 144 mmol/L, K 2.3 mmol/L, Cl 97 mmol/L, CO₂ 33 mmol/L, Bun 9 mg/dl, Cr 0.6 mg/dl

พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ส่วนใหญ่เป็นจากโรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ (secondary hypertension) จึงได้ส่งตรวจอัลตราซาวด์คออปเปอร์หลอดเลือดไตหาภาวะหลอดเลือดไตตีบ (renal artery stenosis) เนื่องจากเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด และส่งตรวจค่าธัยรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะหลอดเลือดไตตีบและธัยรอยด์เป็นพิษ ทำให้นึกถึงภาวะความดันโลหิตสูงจากเนื้องอกที่ต่อมหมวกไตมากที่สุด ได้แก่ โรคคุชชิง (Cushing's syndrome) ภาวะ primary aldosteronism และโรคpheochromocytoma อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่มีลักษณะของโรคคุชชิงจึงคิดถึงโรคน้อย ได้ปรับเปลี่ยนยาลดความดันโลหิตเป็น prazosin 12 มก. และ amlodipine 20 มก. จึงสามารถคุมความดันโลหิตให้ปกติ แต่ผู้ป่วยมีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำชัดเจน ค่าอยู่ระหว่าง 2.3-2.5 mmol/L จึงให้ elixir KCL 60 ชด.ต่อวันร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

ผลการตรวจเพิ่มเติม urine 24 hr VMA = 2.3 มก. (ค่าปกติน้อยกว่า 7 มก.) ทำให้ไม่นึกถึงภาวะpheochromocytoma ค่า serum renin 0.46 นาโนกรัม/มล./ชม., serum aldosterone 276.0 พิโคกรัม/มล. (ค่าปกติน้อยกว่า 150 พิโค

กรัม/มล.) นำมาหาค่าสัดส่วน aldosterone-renin ratio (ARR) เท่ากับ 60 ซึ่งเข้าได้กับโรค primary aldosteronism จึงได้ส่งตรวจ MRI เพื่อดูก้อนเนื้องอกที่ต่อมหมวกไต ผลพบ right minimal enhancing adrenal mass, most likely adenoma เข้าได้กับ aldosterone producing adenoma จึงได้ทำการรักษาโดยการผ่าตัดทำ right laparoscopic adrenalectomy การอ่านชิ้นเนื้อพบ mass with smooth yellow cut surface, in the cortical part 2.5x2.5x2 cm เข้าได้กับ adrenocortical adenoma.

หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตสูงอีกจึงได้หยุดยาลดความดันทั้งหมด การติดตามหลังผ่าตัด 3 และ 6 เดือน ก็ไม่พบภาวะความดันสูงโลหิตและโปแตสเซียมในเลือดต่ำอีกเลย

ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 44 ปี มีอาการแขนขาอ่อนแรงเป็นๆ หายๆ มาประมาณ 10 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ผู้ป่วยไม่มีประวัติความดันสูงโลหิตและโรคธัยรอยด์เป็นพิษ ผู้ป่วยรับประทาน elixir KCL 30 ชด.ต่อวันมาตลอด เพื่อป้องกันอาการแขนขาอ่อนแรง ประมาณ 1 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจพบความดันสูงโลหิต 160/90 มม.ปรอท ค่าครีเอตินิน 1.7 มก./ดล. ให้ยาลดความดันเป็น spironolactone 50 มก. แล้วส่งผู้ป่วยมาตรวจเพิ่มเติม

Primary Aldosteronism:

รายงานผู้ป่วย 3 ราย ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ภาคนี รักษานิติ

ตรวจร่างกายแรกรับที่โรงพยาบาล พบความดันโลหิต 150/80 มม.ปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอดี ตรวจร่างกายอย่างอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเพื่อหาสาเหตุและภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ดังนี้

- CBC: Hb 11.8 g/dL, Hct 36.9%, WBC $6070/\text{mm}^3$ (N 58%, L 29%, Mono 10%), Plt $260,000/\text{mm}^3$
- UA: yellow / clear, SpGr 1.010, pH 8, Pro negative, Glu negative, WBC 3-5/OF, RBC negative, no dysmorphic appearance, no casts
- Electrolyte: Na 143 mmol/L, K 2.4 mmol/L, Cl 96 mmol/L, CO₂ 29 mmol/L, Bun 14 mg/dl, Cr 1.4 mg/dl
- Thyroid function test: Free T4 1.81 ng/dl, Free T3 2.34 ng/dl, TSH 2.05 uIU/ml

ซึ่งจากผลการพบภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำและการทำงานของไตลดลง ส่วนค่ารีนอยด์ฮอร์โมนปกติ จึงได้ส่งตรวจอัลตราซาวด์ไต และ renal captopril renogram เพิ่มเติม ผลการตรวจเป็นปกติ ทำให้คิดถึงกลุ่มเนื้องอกที่ต่อมหมวกไต แพทย์ที่ดูแลเบื้องต้นปรับเพิ่มยา spironolactone เป็น 100 มก. เพื่อควบคุมความดันโลหิตและแก้ไขภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ แล้วส่งตรวจ CT adrenal gland พบ right

adrenal mass size 1.7 cm เข้าได้กับ adenoma อย่างไรก็ตาม ก่อนเนื้องอกที่ต่อมหมวกไตมีโอกาสมพบได้มากขึ้นตามอายุ มีโอกาสเป็นทั้งก้อนที่สร้างฮอร์โมนและไม่สร้างฮอร์โมน จึงจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติม ก่อนการตรวจต้องปรับยาลดความดันโลหิตเพื่อไม่ให้มีผลต่อระดับฮอร์โมนและการแปลผลการตรวจ จึงได้ปรับยาเป็น prazosin 8 มก. ร่วมกับ elixir KCL 60 ชด. หลังจากหยุดยา spironolactone 6 อาทิตย์ จึงส่งตรวจเพิ่มเติม โดยได้ทำ Dexamethasone suppression test ผลได้ค่าน้อยกว่า 0.2 มก. จึงตัดโรคคุชชิงออกไป ค่า urine 24 hr VMA = 3.6 มก. อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทำให้ไม่คิดถึงภาวะ pheochromocytoma ค่า serum renin 0.41 นาโนกรัม/มล./ชม., serum aldosterone 142.0 พิโคกรัม/มล. ซึ่งต่ำกว่าปกติเล็กน้อย แต่เมื่อนำมาหาค่าสัดส่วนระหว่าง aldosterone-renin ratio (ARR) เท่ากับ 34.6 ซึ่งเข้าได้กับโรค primary aldosteronism ประกอบกับผล CT adrenal gland ทำให้นึกถึงภาวะ aldosterone producing adenoma มากที่สุด

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทำ right laparoscopic adrenalectomy พบก้อนเนื้องอกลักษณะ homogeneous yellow mass ขนาด 3x2x2 ซม. เข้าได้กับ adrenocortical adenoma หลังผ่าตัดได้หยุดยาทั้งหมด โดยไม่พบภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำอีก

ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยชายไทยคู่ อายุ 54 ปี มาตรวจที่โรงพยาบาล ด้วยอาการ ใจเต้นๆ ไอ มีเสมหะเขียว ปวดศีรษะ มาประมาณ 3 วัน ปฏิเสธโรคประจำตัว ตรวจร่างกายแรกพบที่โรงพยาบาล อุณหภูมิ 36.6°C อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 200/110 มม.ปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที สมองใสดี ตรวจร่างกายอย่างอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเพื่อหาสาเหตุของไข้และความดันโลหิตสูง ดังนี้

- CBC: Hb 10.0 g/dL, Hct 39.0%, WBC 7,720/mm³ (N 59%, L 32%, Mono 6%), Plt 220,000/mm³
- UA: yellow / clear, SpGr 1.010, pH 8, Pro negative, Glu negative, WBC 3-5/OF, RBC negative, no dysmorphic appearance, no casts
- Electrolyte: Na 136 mmol/L, K 2.4 mmol/L, Cl 98 mmol/L, CO₂ 30 mmol/L, Bun 16 mg/dl, Cr 1.3 mg/dl
- Film chest: LV enlargement, no pulmonary infiltration

จากการตรวจร่างกายนึกถึงการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ (secondary hypertension) เนื่องจากมีระดับความดันสูงมากร่วมกับมีระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ได้เริ่มยาลดความดันเป็น amlodipine 20 มก. และ atenolol 25 มก. และส่งตรวจซีรอยด์ฮอร์โมน อัลตราซาวด์ช่องท้อง

renal captopril renogram ซึ่งผลตรวจทุกอย่างเป็นปกติ ทำให้นึกถึงโรค primary aldosteronism จึงได้ปรับยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสมกับการตรวจเพิ่มเติม เป็น prazosin 6 มก. ร่วมกับ elixir KCL 60 ชด. และ amlodipine 20 มก. หลังหยุดยา atenolol ครบ 2 อาทิตย์ จึงได้ตรวจเลือดเพิ่มเติม พบระดับ serum renin 0.95 นาโนกรัม/มล./ชม., serum aldosterone 122.0 พิโคกรัม/มล. เมื่อนำมาหาค่าสัดส่วนระหว่าง aldosterone-renin ratio (ARR) เท่ากับ 12.8 แม้ว่าจะไม่เข้ากับโรค primary aldosteronism แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับโปแตสเซียมต่ำมาก ทำให้ยังคิดถึงถึงโรคนี้มากที่สุด จึงได้ส่ง CT adrenal gland เพิ่มเติม พบ left adrenal mass size 2 cm

ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทำ left laparoscopic adrenalectomy พบก้อนเนื้อออกลักษณะ round bright-yellow mass ขนาด 2.5x2x2 ซม. เข้าได้กับ adrenocortical adenoma หลังผ่าตัดได้หยุดยาทั้งหมด โดยไม่พบภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำอีก แต่ขณะมาตรวจตามนัด 6 เดือนหลังจากการรักษาเริ่มมีความดันโลหิตสูงใหม่ประมาณ 150/80 มม.ปรอท แต่ไม่รุนแรงเช่นเดิมและไม่มีภาวะโปแตสเซียมต่ำร่วมด้วย จึงให้การรักษาแบบ essential hypertension โดยให้ amlodipine 10 มก.ต่อวัน ซึ่งก็สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

Primary Aldosteronism:

รายงานผู้ป่วย 3 ราย ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ภาคนิธิ รัตนภิชชาติ

วิจารณ์

Primary aldosteronism มักพบในผู้ป่วย
อายุระหว่าง 30-50 ปี พบได้เท่ากันทั้งสองเพศ
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงระดับปานกลาง
ถึงรุนแรงร่วมกับระดับโปแตสเซียมต่ำกว่า 3.5 มิลลิ
โมล/ลิตร⁽⁴⁾ ผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการแสดงของ
โปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
(periodic paralysis) เป็นตะคริวหรือกล้ามเนื้อ
หดเกร็งตัวมาก มือจับ เหนื่อย อ่อนเพลีย ท้อง
อืด ปัสสาวะบ่อยจาก บางรายอาจเป็น malignant

ตารางที่ 1 สาเหตุของ primary aldosteronism

ชนิด	ความชุก (ร้อยละ โดยประมาณ)
Aldosterone producing adenoma (APA)	33
Idiopathic hyperaldosteronism (IHA)	63
Aldosterone producing carcinoma	<1
Primary adrenal hyperplasia (PAH)	<1
Glucocorticoid suppressible hyperaldosteronism	<1
Ectopic aldosterone producing adenoma	Very rare

จากรายงานผู้ป่วยทั้ง 3 ราย พบว่าผู้ป่วย
ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตสูงระดับปานกลางถึง
รุนแรงและคุมระดับความดันโลหิตสูงยาก โดยผู้
ป่วยทุกรายมีระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งเป็น
ลักษณะสำคัญที่ทำให้คิดถึงภาวะนี้ อย่างไรก็ตาม
ต้องระวังสาเหตุของโปแตสเซียมในเลือดต่ำจากยา
ขับปัสสาวะขนาดสูงไว้ด้วย จากการที่แพทย์ส่วน
ใหญ่พบโรคนี้ได้บ่อย ทำให้มองข้ามภาวะโปแตส

hypertension ได้ สาเหตุของ primary
aldosteronism แบ่งได้ดัง ตารางที่ 1 ปัจจุบันให้
ทำการตรวจวินิจฉัย primary aldosteronism ในผู้
ป่วยที่มีลักษณะดังนี้⁽⁵⁾ 1) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต
สูงระดับปานกลางถึงรุนแรง (มากกว่า 160/100
มม.ปรอท) 2) ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง
ยาก 3) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับระดับโป
แตสเซียมต่ำ ไม่ว่าจะได้ยาขับปัสสาวะหรือไม่
ก็ตาม 4) ผู้ป่วยที่มี adrenal incidentaloma

เซียมในเลือดต่ำโดยเฉพาะในรายที่ค่าไม่ต่ำมาก ดัง
เช่นในผู้ป่วยรายที่ 1 ซึ่งความดันโลหิตสูงมากและ
คุมได้ยากในผู้ป่วยอายุน้อย เข้าได้โรคความดัน
โลหิตสูงชนิดมีสาเหตุ ถ้าแพทย์ผู้ดูแลนึกถึงภาวะ
โรคนี้ร่วมด้วยผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาเร็วกว่านี้

ในผู้ป่วยรายที่ 2 มีอาการของกล้ามเนื้อ
อ่อนแรงจากระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำมาเป็น

เวลานาน อาจเป็นเนื่องจากแพทย์ผู้ดูแลไม่ได้คำนึงถึงระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย โดยทั่วไปแล้วเมื่อตรวจวัดความดันโลหิตซิสโตลิกพบว่าค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท อย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป โดยวัดห่างกันอย่างน้อย 15 นาทีหลังจากนั้นพัก ควรให้การวินิจฉัยว่ามีความดันโลหิตสูงและสมควรได้รับการรักษา⁽⁶⁾ ดังนั้นแพทย์ควรพลิกตรวจประวัติว่าความดันโลหิตสูงร่วมด้วยหรือไม่ ไม่ควรมองข้ามกรณีที่มีความดันโลหิตค่าใดค่าหนึ่งสูงมากกว่าค่ามาตรฐานเพียงค่าเดียว

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นอาศัยการตรวจระดับ plasma aldosterone (PA) และ plasma rennin activity (PRA) มาเทียบเป็นสัดส่วนเรียกว่าค่า aldosterone-renin ratio (ARR) ค่าที่เชื่อถือได้คือมากกว่า 20 แต่ถ้าค่ามากกว่า 30 ร่วม

กับ PA มากกว่า 15 นาโนกรัม/ดล. จะมีความไวร้อยละ 90 และ ความจำเพาะ ร้อยละ 91⁽⁷⁾ ค่า ARR มากกว่า 40 ยิ่งเชื่อถือได้มาก จากตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 2 จะพบว่าค่า ARR จะไวกับค่า renin มากกว่า เพราะมีค่าเป็นทศนิยม ในขณะที่ aldosterone เป็นหลักสิบ ถึงแม้ว่าค่า aldosterone จะอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่า rennin ถูกกดให้ต่ำมาก เมื่อนำมาเทียบสัดส่วนจึงได้ค่ามากกว่า 30 ที่ต้องพึงระวังไว้อีกอย่างคือ ก่อนจะคำนวณค่า ARR ต้องแปลงเป็นหน่วยเดียวกันก่อนเสมอ โดยหน่วยของ renin เป็น นาโนกรัม/มล./ชม. ขณะที่ serum aldosterone เป็น พิโคกรัม/มล. จึงต้องแปลงหน่วย aldosterone จาก พิโคกรัมเป็นนาโนกรัมก่อนจึงนำ renin มาหาร จากนั้นก่อนทำการตรวจผู้ป่วยต้องหยุดยาที่มีผลต่อระดับ rennin angiotensin และ aldosterone ดังตารางที่ 2 และ 3⁽⁸⁾

Primary Aldosteronism:

รายงานผู้ป่วย 3 ราย ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ภาณินี้ รัตนภิชาดิ

ตารางที่ 2 ยาที่มีผลต่อระบบ rennin-angiotensin-aldosterone system

ยา	ผลของยาต่อ aldosterone	ผลของยาต่อ renin	ผลของยาต่อ ARR	ระยะเวลาที่ควรหยุดยาก่อนทำการตรวจ
1. Beta-adrenergic blockers	Decrease	More decrease	Increase	2 อาทิตย์
2. Central alpha 2 agonists (e.g. clonidine, methyl dopa)	Decrease	More decrease	Increase	2 อาทิตย์
3. NSIADS	Decrease	More decrease	Increase	2 อาทิตย์
4. Spironolactone	Increase	More increase	Decrease	4 อาทิตย์
5. Diuretics	Normal, Increase	More increase	Decrease	4 อาทิตย์
6. ACE inhibitors	Decrease	More increase	Decrease	2 อาทิตย์
7. ARBs	Decrease	More increase	Decrease	2 อาทิตย์
8. Dihydropyridines calcium channel blockers	Normal, Decrease	Increase	Decrease	2 อาทิตย์

ตารางที่ 3 ยาที่มีผลต่อระบบ rennin-angiotensin-aldosterone system น้อย

ยา	กลุ่มของยา	ขนาดยา
Verapamil slow-release	Non-dihydropyridine calcium channel blocker	90-120 มก. เข้า-เย็น
Hydralazine	Vasolidator	เริ่มที่ 10-12.5 มก. เข้า-เย็น
Prazosin hydrochloride	Alpha-adrenergic blocker	เริ่มที่ 0.5-1 มก. เข้า-เย็น
Doxazosin mesylate	Alpha-adrenergic blocker	เริ่มที่ 1-2 มก. เข้า-เย็น
Terazosin hydrochloride	Alpha-adrenergic blocker	เริ่มที่ 1-2 มก. เข้า-เย็น

เมื่อได้ผลวินิจฉัยเบื้องต้นเข้าได้กับ primary aldosteronism โดยปกติต้องทำการตรวจยืนยันได้แก่ normal saline loading test⁽⁹⁾ โดยการให้ normal saline 500 มล.ต่อชั่วโมง นาน 4 ชั่วโมง แล้วเจาะระดับ aldosterone ในคนปกติเมื่อได้รับน้ำและโซเดียมปริมาณมากจะทำให้ระดับ aldosterone ต่ำลง :ซึ่งคนปกติควรน้อยกว่า 5 นาโนกรัม/ดล. ถ้าพบว่าค่า aldosterone มากกว่าหรือเท่ากับ 10 นาโนกรัม/ดล. แสดงว่ามีการหลั่ง aldosterone มากผิดปกติจริง เข้าได้กับภาวะ primary aldosteronism อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อจำกัดในการส่งตรวจเลือด ความแออัดของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยทำให้ต้องข้ามขั้นตอนนี้ไป นอกจากนั้นการทำ saline loading test ยังต้องระวังในผู้ป่วยที่มีภาวะ severe uncontrolled hypertension, renal insufficiency, cardiac insufficiency, cardiac arrhythmia, severe hypokalemia เนื่องจากอาจทำให้เกิดหัวใจวายได้⁽¹⁰⁾

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) หรือ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ต่อม adrenal สามารถทำได้สะดวกรวดเร็ว มีความไวและความจำเพาะไม่ต่างกัน แต่ MRI มีราคาแพงกว่า ส่วนการตรวจอัลตราซาวด์ (US) มีความไวและความจำเพาะต่ำมาก⁽¹¹⁾ ดังจะเห็นจากตัวอย่างผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ซึ่งการส่งตรวจโดย US ไม่สามารถตรวจพบก้อนเนื้องอกได้ และเมื่อวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็น primary aldosteronism ควรรักษาทุกราย เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจและหลอดเลือดมากกว่า

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปที่คุมระดับความดันโลหิตได้เท่ากัน⁽¹²⁾

จากรายงานผู้ป่วยทั้ง 3 ราย เป็น primary aldosteronism ชนิด aldosterone producing adenoma (APA) ซึ่งส่วนใหญ่พบก้อนข้างเดียว ขนาดมักเล็กกว่า 3 ซม.⁽¹³⁾ การรักษาผู้ป่วย APA โดยการผ่าตัด laparoscopic unilateral adrenalectomy ได้ผลดีมาก ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะหายจากภาวะโปแตสเซียมต่ำ โดยที่ผู้ป่วยร้อยละ 60 จะมีความดันลดลงเป็นปกติใน 1 เดือน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายมีโอกาที่จะมีความดันโลหิตสูงถาวร⁽¹⁴⁾ เนื่องจากมีความผิดปกติของหลอดเลือดเรื้อรังและมี essential hypertension ร่วมด้วย แต่การควบคุมความดันโลหิตจะทำได้ง่ายขึ้นเห็นได้จากผู้ป่วยรายที่ 3 ที่กลับมาที่มีความดันโลหิตสูงหลังการผ่าตัด แต่ไม่มีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ และใช้ยาเพียงตัวเดียวก็สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งอาจเป็นภาวะ essential hypertension เนื่องจากอายุมากและอาจเป็นโรคนาน

โดยสรุปแล้ว primary aldosteronism เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย แต่ต้องนึกถึงไว้เสมอในผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมกับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เนื่องจากเป็นภาวะที่มีความสำคัญในการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าปกติ แม้ว่าจะมีขั้นตอนในการตรวจวินิจฉัยยุ่งยาก แต่การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่แรก สามารถทำให้หายขาดจากโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาในภายหลัง

Primary Aldosteronism:

รายงานผู้ป่วย 8 ราย ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ภาคนิธิ รัตนาภิชาดิ

เอกสารอ้างอิง

1. Conn JW. II. Primary aldosteronism, a new clinical syndrome. *J Lab Clin Med* 1955; 45: 3-17.
2. Gordon RD, Zlesak MD, Tunny TT, Stowasser M, Klemm SA. Evidence that primary aldosteronism may not be uncommon: 12% incidence among antihypertensive drug trial volunteers. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1993; 20: 296-298.
3. Lins P-E, Adamson U. Plasma aldosterone-plasma rennin activity ratio: a simple test to identify patients with primary aldosteronism. *Acta Endocrinol (Copenhagen)* 1986; 113: 564-569.
4. Rossi GP, Bernini G, Caliumi C, Desideri G. et al. A prospective study of the prebaleance of primary aldosteronism in 1,125 hypertensive patients. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 2293-2300.
5. Funder JW, Carey RM, Fardella C, Gomez-Sanchez CE. Case detection, diagnosis, and treatment of patients with primary aldosteronism: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93(9):3266-3281.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 1 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-2596.
7. Young WF. Primary aldosteronism: renaissance of a syndrome. *Clin Endocrinol(Oxf)* 2007; 66: 607-618.
8. Mulatero P, Rabbia F, Milan A, Pagliei C. et al. Drug effects on aldosterone/plasma renin activity ratio in primary aldosteronism. *Hypertension* 2002; 40: 897-902.
9. Giacchetti G, Ronconi V, Lucarelli G, Boscaro M. Analysis of screening and confirmatory tests in the diagnosis of primary aldosteronism due to aldosterone-producing adenoma. *J Hypertens* 2007; 24: 737-745.
10. Kem DC, Weinberger MH, Mayes DM, Nugent CA. Saline suppression of plasma aldosterone in hypertension. *Arch Intern Med* 1971; 128: 380-376.

11. Young WF, Jr. Primary aldosteronism: update on diagnosis and treatment. The Endocrinologist 1997; 7: 213-221.
12. Milliez P, Girerd X, Plouin PF, Blacher J. Evidence for an increased rate of cardiovascular events in patients with primary aldosteronism. J Am Coll Cardiol 2005; 45: 1243-1248.
13. Young WF, Jr. Clinical practice. The incidentally discovered adrenal mass. N Engl J Med 2007; 356: 601-610.
14. Saruta T, Suzuki H, Takita T, Saito I. Pre-operative evaluation of the prognosis of hypertension in primary hyperaldosteronism owing to adenoma. Acta Endocrinol (Copenh) 1987; 116: 229-34.

Primary Aldosteronism: Three Case Reports at Sappasitthiprasong Hospital

Paninee Rattanapichart*

Abstract

Primary aldosteronism is the rare cause of secondary hypertension with an approximate prevalence of less than 1% in the hypertensive patients. The high-level secretion of aldosterone from the zona glomerulosa increase absorbed sodium and released potassium from renal tubule. The patients with primary aldosteronism usually present with hypertension and hypokalemia. The screening test is from the high ratio of aldosterone-renin ratio. If CT scan shows a unilateral mass at adrenal gland, the treatment by unilateral adrenalectomy will make the patients cure. This paper presented three cases of primary aldosteronism patients at Sappasitthiprasong hospital between 2006 and 2008.

Keywords: primary aldosteronism, secondary hypertension

* Endocrinologist. Department of Medicine, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยใช้ความหนาของผนังลำไส้จากการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

ยุทธนา ป้องโสม* มัลลิกา กวีวรรณ* อารี ศิริวงศ์**

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยและผู้ป่วยส่วนใหญ่มักตรวจพบโรคในระยะแพร่กระจายแล้ว จึงมีผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ช่องท้องก่อนการตรวจหามะเร็งลำไส้ด้วย barium enema หรือ colonoscopy การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหนาของผนังลำไส้ใหญ่ที่ตรวจพบได้จากการอัลตราซาวด์กับการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กลุ่มประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยผู้ป่วย 60 รายที่รายงานผลอัลตราซาวด์พบว่ามีความหนาผนังลำไส้ใหญ่ผิดปกติ ในจำนวนนี้ 20 รายเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ 40 รายมีพยาธิสภาพอย่างอื่นของลำไส้ใหญ่ โดยกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีความหนาของผนังลำไส้มากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อใช้ receiver operating characteristic (ROC) curve เพื่อหาเกณฑ์การตัดสินใจ พบว่าที่ความหนา 11.5 มิลลิเมตร ใช้บ่งชี้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ โดยมีความไว (sensitivity) ร้อยละ 80 และ ความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 58 การวัดความหนาของผนังลำไส้ใหญ่ด้วยการทำอัลตราซาวด์ช่องท้องจึงน่าจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

คำสำคัญ มะเร็งลำไส้ใหญ่ อัลตราซาวด์ ความหนาของผนังลำไส้ใหญ่

* รังสีแพทย์ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

** นักรังสีเทคนิค กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดยใช้ความหนาของผนังลำไส้จากการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

ยุทธนา ป้องโสม มัลลิกา กวีวรรณ อารี ศิริวงศ์

บทนำ

โรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ เป็นปัญหาที่สำคัญและพบมากในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ในสหรัฐและในยุโรป แต่พบได้น้อยกว่าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทย อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในไทยสูงขึ้น โดยปัจจุบันเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 ในผู้ชาย รองจากมะเร็งตับและปอด และพบมากเป็นอันดับที่ 5 ในผู้หญิง รองจากมะเร็งปากมดลูก เต้านม ตับ และปอด^[1]

ปัจจุบันถือว่าการตรวจ faecal occult blood test เป็นการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แม้ว่าจะมีความไวและความจำเพาะต่ำ การตรวจด้วย endoscopy และ barium enema แม้จะมีความไวและความจำเพาะสูง แต่ไม่เหมาะในการใช้คัดกรองในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ เนื่องจากมีราคาสูงและขาดบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในประเทศไทย มักได้รับการวินิจฉัยเมื่ออยู่ในระยะแพร่กระจายแล้ว และมาโรงพยาบาลด้วยอาการต่างๆ เช่น ลำไส้อุดตัน ปวดท้องเรื้อรัง หรืออาการอื่นๆ ทำให้มีโอกาสดังกล่าวผู้ป่วยจะได้รับการตรวจด้วยอัลตราซาวด์ช่องท้องก่อนที่จะได้รับการทำ barium enema หรือ endoscopy มีการศึกษาในต่างประเทศหลายการศึกษา^[2-4] ที่รายงานว่าการทำอัลตราซาวด์ช่องท้องสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ได้ โดยลักษณะการตรวจพบที่สำคัญ คือ ผนังลำไส้มีความหนาเพิ่มขึ้นผิดปกติ ซึ่งลักษณะผนังลำไส้ที่หนาขึ้น

ก็ยังคงวินิจฉัยแยกโรคกับภาวะที่ไม่ใช่มะเร็งอื่นๆ เช่น ลำไส้อักเสบจากการติดเชื้อ เป็นต้น

การศึกษาของ Danse และคณะในปี ค.ศ. 2004 ได้รายงานความหนาของผนังลำไส้ที่ช่วยแยกมะเร็งลำไส้กับโรคอื่น ซึ่งในกลุ่มมะเร็งลำไส้จะมีความหนาของลำไส้มากกว่าโรคอื่น โดยใช้ค่าเกณฑ์ตัดสิน (cut off point) ที่ความหนา 12 มิลลิเมตร^[5] จะได้ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ถึงร้อยละ 90 อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงการใช้อัลตราซาวด์ในการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในคนไทย และยังไม่มีการหาค่าเกณฑ์ตัดสินของความหนาผนังลำไส้ในคนไทยเช่นกัน

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะหาความสัมพันธ์ระหว่างความหนาของผนังลำไส้ใหญ่ที่ตรวจพบได้จากการอัลตราซาวด์ช่องท้องกับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ และเพื่อศึกษาหาค่าเกณฑ์ตัดสินของความหนาของผนังลำไส้ที่จะใช้วินิจฉัยแยกโรคมะเร็งลำไส้กับโรคอื่นๆ ของลำไส้ในผู้ป่วยไทย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องโดยรังสีแพทย์ ในกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2548 ถึง กันยายน 2551 เกณฑ์คัดเข้าในการศึกษา คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่า 40 ปี ที่รายงาน

ผลอัลตราซาวด์ว่ามีผนังลำไส้ใหญ่หนาผิดปกติ แต่ไม่รวมผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็น abscess ในช่องท้อง พบมีผู้ป่วยเข้าตามเกณฑ์จำนวน 80 ราย แต่มีผู้ป่วยเพียง 60 ราย ที่มีข้อมูลจากการตรวจติดตามและผลทางพยาธิวิทยาเพียงพอที่จะให้คำวินิจฉัยโรคที่แน่ชัดได้ จึงทำการศึกษาในผู้ป่วย 60 รายนี้

การตรวจอัลตราซาวด์ทำโดยรังสีแพทย์ 6 ท่าน ในกลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์ GE logiq 400 (3.8 MHz probe) และ Toshiba Tosbee (3.75 MHz probe) ภาพอัลตราซาวด์ที่บันทึกไว้จะถูกวิเคราะห์ย้อนหลังโดยรังสีแพทย์และไม่ทราบถึงการวินิจฉัยสุดท้าย ทำการวัดความหนาของผนังลำไส้ใหญ่ซ้ำอีกครั้ง หากยังไม่ได้มีบันทึกไว้ในใบรายงานผลการตรวจอัลตราซาวด์ ความหนาของผนังลำไส้ใหญ่วัดจากเส้นสีขาวด้านนอกของลำไส้ซึ่งเป็น serosa ถึงเส้นสีขาวด้านในที่เกิดจากการสะท้อนสัญญาณของ mucosa กับอากาศภายในลำไส้ ดังภาพที่ 1 โดยจะถือว่าผนังลำไส้ใหญ่หนาผิดปกติเมื่อมากกว่า 3 มิลลิเมตร^[6]

การวินิจฉัยโรคได้จากการทบทวนเวชระเบียน และแบ่งผู้ป่วยเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ มี 20 ราย และกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งมี 40 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งประกอบด้วย colonic carcinoma 18 ราย และ lymphoma 2 ราย ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งประกอบด้วย ผู้ป่วยลำไส้อักเสบไม่ทราบสาเหตุ 26 ราย ปวดท้องไม่ทราบสาเหตุ 6 ราย ลำไส้อักเสบจาก E. histolytica 2 ราย ลำไส้อักเสบจาก tuberculosis 1 ราย ischemic colitis 1 ราย ulcerative colitis 1 ราย diverticulitis 1 ราย peritonitis 1 ราย และ portal hypertension 1 ราย

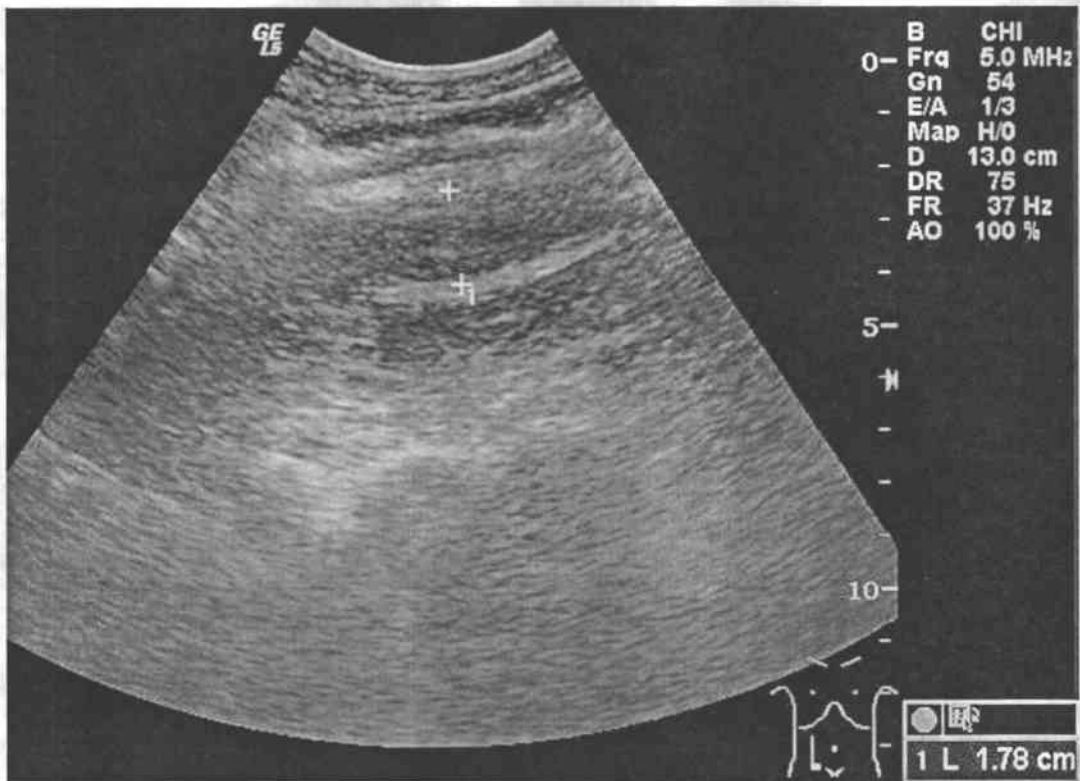
การวิเคราะห์ทางสถิติใช้ independent t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของความหนาของผนังลำไส้ของทั้งสองกลุ่ม โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ p-value น้อยกว่า 0.05 ส่วน receiver operating characteristic (ROC) curve สร้างขึ้นจากโปรแกรมสำเร็จรูป และใช้วิธี Youden index ในการหา cut-off point^[7]

การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดยใช้ความหนาของผนังลำไส้จากการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

ยุทธนา ป้องโสม มัลลิกา กวีวรรณ อารี ศิริวงศ์

ภาพที่ 1 การวัดความหนาผนังลำไส้ ซึ่งวัดความหนาได้ 17 มิลลิเมตร ในผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้



ผลการศึกษา

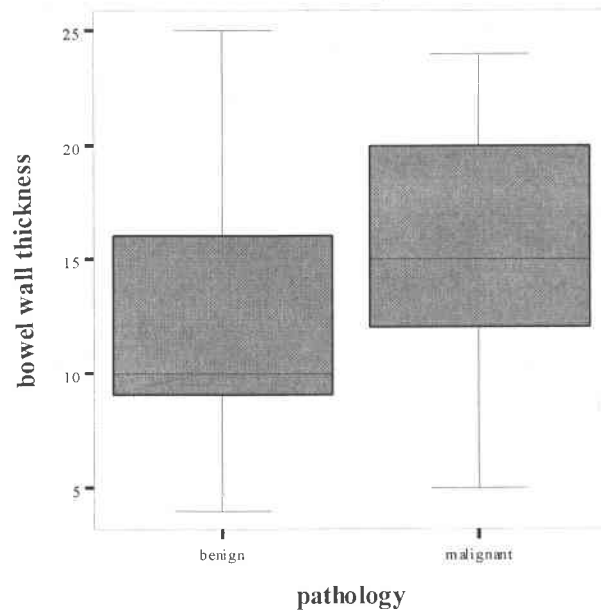
ผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 20 ราย มีอายุเฉลี่ย 61.9 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.7 ปี (พิสัย 40-77 ปี) ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่ มะเร็ง 40 ราย มีอายุเฉลี่ย 63.8 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.9 ปี (พิสัย 41-88 ปี) ไม่มีความแตกต่างกันของอายุผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (p value=0.59)

ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งมีความหนาของลำไส้เฉลี่ย เท่ากับ 12 ± 4.6 มิลลิเมตร (mean $\pm$ SD) และผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่มีความ

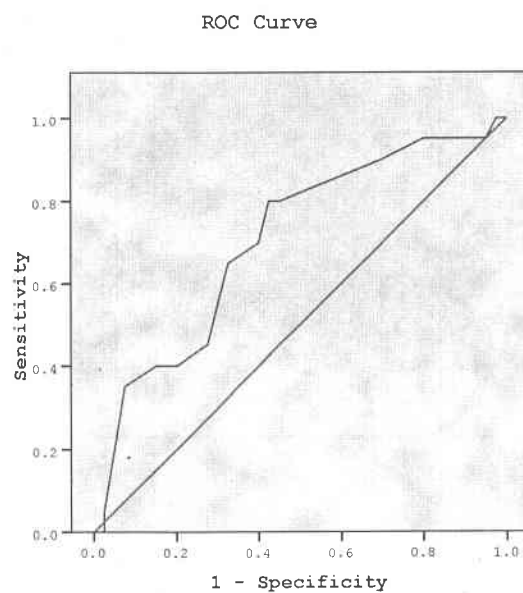
หนาของผนังลำไส้ 15.4 ± 4.8 มิลลิเมตร ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความหนาของผนังลำไส้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.013$) (แผนภูมิที่ 1)

ROC curve แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความหนาของผนังลำไส้ใหญ่กับภาวะมะเร็งลำไส้ มีพื้นที่ใต้กราฟเท่ากับ 0.7 (95% CI 0.56 ถึง 0.84) ที่ค่าเกณฑ์ตัดสินเท่ากับ 11.5 มิลลิเมตร ให้ความไวร้อยละ 80 และ ความจำเพาะร้อยละ 58 ในการวินิจฉัยโรคมะเร็งของลำไส้ใหญ่ ตามแผนภูมิที่ 2 และตารางที่ 1

แผนภูมิที่ 1 กราฟ box plot เปรียบเทียบความหนาของผนังลำไส้ระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม



แผนภูมิที่ 2 ROC Curve แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความหนาของผนังลำไส้ กับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่



การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดยใช้ความหนาของผนังลำไส้จากการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

ยุทธนา ป้องโสม มัลลิกา กวีวรรณ อารี ศิริวงศ์

ตารางที่ 1 ความไว ความจำเพาะ และ optimal cut-off point (maximum Youden index) เพื่อใช้วินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยความหนาของผนังลำไส้

Colonic wall thickness (mm)	Sensitivity	Specificity	Youden index
3.00	1.00	0.00	0.00
4.50	1.00	0.03	0.02
5.50	0.95	0.05	0.00
6.50	0.95	0.08	0.02
7.50	0.95	0.13	0.08
8.50	0.95	0.20	0.15
9.50	0.90	0.30	0.20
10.50	0.80	0.55	0.35
11.50	0.80	0.58	0.38
12.50	0.70	0.60	0.30
13.50	0.65	0.68	0.33
14.50	0.55	0.70	0.25
15.50	0.45	0.73	0.18
16.50	0.40	0.80	0.20
17.50	0.40	0.85	0.25
19.00	0.35	0.93	0.28
22.00	0.05	0.98	0.02
24.50	0.00	0.98	-0.03
26.00	0.00	1.00	0.00

วิจารณ์

การตรวจพบผนังลำไส้ใหญ่ที่หนาผิดปกติเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงการเกิดพยาธิสภาพของลำไส้ใหญ่ ซึ่งพบได้ในโรคหลายอย่าง เช่น diverticulitis, carcinoma, inflammatory bowel disease, colitis, appendicitis, postoperative edema, peritoneal carcinomatosis, intussusception, lymphoma และ endometriosis^[4] การวินิจฉัยโรคเหล่านี้ นอกจากจะใช้ประวัติและอาการในการวินิจฉัยแล้ว ความหนาของผนังลำไส้ที่วัดได้จากการทำอัลตราซาวด์ ก็เป็นตัวช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่มีค่าความหนาของผนังลำไส้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (15.4 ± 4.8 mm กับ 12 ± 4.6 mm, $p=0.013$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Danse ที่พบว่ากลุ่มที่เป็นมะเร็งมีความหนาของผนังลำไส้เฉลี่ยถึง 18.2 ± 6.2 mm.^[5]

นอกจากการใช้ความหนาเป็นตัวช่วยวินิจฉัยมะเร็งของลำไส้ใหญ่แล้ว Shirahama^[8] ยังได้รายงานลักษณะอื่นๆ ของมะเร็งลำไส้ที่พบได้จากการทำอัลตราซาวด์ที่จะใช้ช่วยแยกจากโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง ได้แก่ การพบก้อนของลำไส้ที่รูปร่างไม่เรียบ (irregular contour) ลำไส้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างระหว่างการตรวจอัลตราซาวด์ และลักษณะเส้นที่เป็นชั้นๆ ของผนังลำไส้ใหญ่หายไป

จากผลการศึกษานี้พบว่า ค่าเกณฑ์ตัดสินที่เหมาะสมที่สุดในการใช้แยกผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งลำไส้

ใหญ่จากกลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง คือ ที่ค่าเกณฑ์ตัดสิน เท่ากับ 11.5 มิลลิเมตร ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่าที่ได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Danse ที่ได้ค่าเกณฑ์ตัดสิน เท่ากับ 12 มิลลิเมตร^[5] ดังนั้นการใช้ค่าเกณฑ์ตัดสิน เท่ากับ 11.5 มิลลิเมตร ในการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงน่าจะใช้ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยชาวไทยที่โดยทั่วไปมีขนาดของร่างกายเล็กกว่าชาวตะวันตก

สำหรับความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) เมื่อใช้ค่าเกณฑ์ตัดสิน 11.5 มิลลิเมตร ที่ได้จากการศึกษานี้ คือ ร้อยละ 80 และร้อยละ 58 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยังไม่สูงน่าพอใจ อาจเนื่องมาจากจำนวนตัวอย่างประชากรที่ไม่มากพอ จึงควรต้องทำการศึกษาต่อไปโดยใช้ขนาดตัวอย่างประชากรที่มากกว่านี้

ข้อจำกัดที่สำคัญอีกด้านหนึ่งของการศึกษานี้ก็คือ ข้อจำกัดของการตรวจลำไส้ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการ คือ 1) แก๊สในลำไส้จะบังสัญญาณคลื่นอัลตราซาวด์ 2) มีข้อจำกัดของการตรวจ rectum carcinoma^[9] เนื่องจากอยู่ลึกจากผนังช่องท้องด้านหน้า และไม่สามารถอัลตราซาวด์ผ่านกระดูก sacrum จากด้านหลังได้ 3) การตรวจอัลตราซาวด์ขึ้นอยู่ความสามารถของรังสีแพทย์ผู้ตรวจ ที่จะต้องมีการฝึกฝน มีทักษะและประสบการณ์ในการที่จะแปลผลการตรวจได้อย่างถูกต้อง และ 4) เครื่องอัลตราซาวด์ที่ใช้ในการศึกษานี้ไม่ได้ใช้หัวตรวจความถี่สูงสำหรับตรวจลำไส้โดยเฉพาะ แต่ใช้หัวตรวจช่องท้องธรรมดา

การวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

โดยใช้ความหนาของผนังลำไส้จากการตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้อง

ยุทธนา ป้องโสม มัลลิกา กวีรญาณ อารี ศิริวงศ์

แม้ว่าการตรวจด้วยอัลตราซาวด์จะไม่สามารถให้การวินิจฉัยที่แน่นอนได้ว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้หรือไม่ แต่ก็เป็นการตรวจที่มีประโยชน์ที่สามารถใช้ค้นหามะเร็งลำไส้ได้ สามารถใช้เป็นการตรวจขั้นต้นในผู้ป่วยที่มีอาการในช่องท้อง เช่น ลำไส้อุดตัน มีก้อนในท้อง หรืออาการอื่นๆ เมื่อเทียบกับการตรวจด้วย barium enema และ endoscopy แล้ว การตรวจด้วยอัลตราซาวด์มีความสะดวกมากกว่า เนื่องจากไม่ต้องการเตรียมลำไส้ผู้ป่วย ไม่มีการใช้รังสี และยังประหยัดกว่าวิธีดังกล่าว

สรุป

การตรวจอัลตราซาวด์ช่องท้องสามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในเบื้องต้นได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในผู้ป่วยมะเร็งมีความหนาของผนังลำไส้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง และเมื่อใช้ค่าเกณฑ์ตัดสินความหนาของลำไส้ใหญ่เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ 11.5 มิลลิเมตร จะมีความไว และความจำเพาะ ในการวินิจฉัยร้อยละ 80 และร้อยละ 58 ตามลำดับ การตรวจด้วยอัลตราซาวด์ช่องท้องจึงอาจใช้เป็นการตรวจหา มะเร็งลำไส้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตรวจด้วย barium enema หรือ colonoscopy ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณยุพิน ชัยเวชสกุล งานข้อมูลและสถิติ และคุณประธาน วิริยะการณย์

เจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Kuhuaprema T, Srivatanakul P. Colon and Rectum Cancer in Thailand: An Overview. Jpn J Clin Oncol. 2008; 38(4): 237-43.
2. Gluvic Z, Slovic M, Dugalic P, Tomasevic R, Pavlovic A. Is the routine abdominal ultrasound a sufficiently sensitive method for the detection of colonic malignancy. Internal Medicine 2008; 47: 827-31.
3. Loftus WK, Metreweli C, Sung JJY, Yang WT. Ultrasound, CT and colonoscopy of colonic cancer. The British Journal of Radiology 1999; 72: 144-8.
4. Ledermann HP, Borner N, Strunk H, Bongartz G, Zollikofer C, Stuckmann G. Bowel Wall Thickening on Transabdominal Sonography. Am J Roentgenol. 2000; 174(1): 107-15.
5. Danse, Jamart J, Hoang P, Laterre PF, Kartheuser A, Beers V. Focal bowel wall changes detected with colour doppler ultrasound: diagnostic

-
- value in acute non-diverticular diseases of the colon. The British Journal of Radiology 2004; 77: 917-21.
6. Lim JH. Colorectal cancer: sonographic findings. Am J Roentgenol. 1996; 167(1): 45-7.
 7. Anthony KA. Understanding diagnostic tests 3: receiver operating characteristic curves. Acta Paediatrica 2007; 96(5): 644-7.
 8. Shirahama M, Koga T, Ishibashi H, Uchida S, Ohta Y. Sonographic features of colon carcinoma seen with high-frequency transabdominal ultrasound. J Clin Ultrasound. 1994; 22: 359-65.
 9. Chen SC, yen Z, Wang HP, Lee CC, Hsu CY. Ultrasonography in diagnosing colorectal cancers in patients presenting with abdominal distension. The Medical Journal of Australia 2006; 184(12): 614-6.

Ultrasonography in Diagnosis of Colon Cancer in Patients with Colonic Wall Thickening

Yuthana Pongsom,* Mulligar Kaveevorayan,* Aree Siriwong**

Abstract

The incidence of colon cancer in Thailand is rising, and most patients are diagnosed at an advanced stage. Many colon cancer cases are referred for abdominal ultrasound before other studies due to non-specific abdominal symptom. The objective of this study was to evaluate whether ultrasonography (US) could differentiate the causes of colonic wall thickening between benign and malignant colonic diseases. The study group included 60 patients reported to have colonic wall thickening by US. Twenty patients had colonic malignancy, and 40 patients had benign colonic diseases. Higher value of wall thickness was observed in malignant colonic disease (15.0 $\pm$ 4.8 mm, $p<0.05$). The receiver operating characteristic (ROC) curve of the wall thickness in the diagnosis of malignancy had an area under the curve of 0.7 (95% CI, 0.56–0.84). A cut off value of 11.5 mm thickness gave a sensitivity and specificity of 80% and 58% respectively for the diagnosis of colonic malignancy. We concluded that US provided useful information for evaluating and differentiating causes of colonic wall thickening. Therefore, US is a possible alternative other than barium enema or colonoscopy in the investigation of symptomatic patients with suspected colonic cancer.

Key words: colon carcinoma, ultrasound, colonic wall thickness

* Radiologist. Department of Radiology, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchatani

** Radio-technician. Department of Radiology, Sppasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

ความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด นานมากกว่า 18 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลชลประทาน

กุลธิดา นิ่มอนุสรณ์กุล*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะทารกที่คลอดจากมารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมงหรือมารดามีภาวะน้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมงและปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อของทารก จากการศึกษาพบทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมง 58 ราย มีทารกติดเชื้อ 19 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 32.75 ประกอบด้วยทารกที่สงสัยติดเชื้อ 17 ราย (ร้อยละ 89.5) และติดเชื้อแน่นอนจากปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 10.5) ส่วนใหญ่พบอาการตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 94.7) อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการไข้ (ร้อยละ 47.4) และหายใจลำบาก (ร้อยละ 31.6) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย มารดามีภาวะน้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบ (odds ratio, 10.13; 95% confidence interval (CI), 1.04 to 98.22; $p = 0.036$) และอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (odds ratio, 5.0; 95% confidence interval (CI), 1.48 to 16.8; $p = 0.007$) จากการศึกษาสรุปได้ว่าทารกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้นถ้ามารดามีภาวะน้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบหรือทารกมีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

คำสำคัญ การติดเชื้อในทารกแรกเกิด ภาวะน้ำเดินก่อนคลอด

* กุมารแพทย์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลชลประทาน จ.นนทบุรี

ความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด
นานมากกว่า 18 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลชลประทาน
กุลธิดา นิ่มอนุสรณ์กุล

บทนำ

การติดเชื้อในทารกแรกเกิด (neonatal sepsis) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในทารกตั้งแต่แรกคลอดจนถึง 7 วันแรกของชีวิต (early-onset neonatal sepsis) และสามารถทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อตามมาได้นานถึง 28-90 วันหลังคลอด (late-onset neonatal sepsis) ซึ่งสาเหตุของการติดเชื้ออาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมง การติดเชื้อในน้ำคร่ำของมารดา การสำลักน้ำคร่ำที่มีเชื้อแบคทีเรียปนเปื้อนขณะคลอด ติดเชื้อระหว่างผ่านช่องทางคลอด ติดเชื้อจากแบคทีเรียในช่องคลอดมารดาเดินทางขึ้นไปถึงน้ำคร่ำ หรือมารดามีการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะก่อนทารกคลอด ทำให้ทารกมีปัญหากการติดเชื้อและแสดงอาการหลายระบบเช่นไข้ ซึม อุดมภูมิคุ้มกันต่ำ ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น โดยพบว่าเยื่อหุ้มสมองอักเสบเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยใน late-onset neonatal sepsis ทำให้เพิ่มภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของทารก

Group B Streptococcus เป็นเชื้อที่พบว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อในทารกแรกเกิดได้บ่อยในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากเชื้อนี้พบได้เป็นปกติในช่องคลอดมารดา (normal flora) ดังนั้นจึงทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อของทารกเพิ่มมากขึ้นหากมารดามีภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด (premature rupture of membranes, PROM) โดยอุบัติการณ์การติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อน

คลอดนานกว่า 18 ชั่วโมงในต่างประเทศ⁽¹⁻³⁾ พบว่าอยู่ในช่วงร้อยละ 2.6-8.1 และอุบัติการณ์การติดเชื้อในประเทศไทย^(4,5) พบการติดเชื้อของทารกร้อยละ 14.1-27.9 ซึ่งสูงกว่าในต่างประเทศ และความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นหากมารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 24 ชั่วโมง หรือมารดามีภาวะ chorioamnionitis โดยความเสี่ยงของการติดเชื้อเพิ่มเป็นร้อยละ 4-15^(1,2) และร้อยละ 9-16^(1,3) ตามลำดับ จึงได้มีการกำหนดแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะน้ำเดินก่อนกำหนดโดยการให้ยาปฏิชีวนะในมารดาก่อนทารกคลอด (intrapartum antibiotic prophylaxis, IAP) เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิดโดย American Academy of Pediatrics (AAP), Centers for Disease Control and Prevention of Atlanta (CDC) และ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) และได้มีการปรับปรุง guidelines ใหม่ในปี ค.ศ. 1996 และปี ค.ศ. 2002⁽⁶⁾ ทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อในทารกลดลงมากถึงร้อยละ 85 โดยแนวทางการดูแล⁽⁷⁾ ขึ้นกับการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อ 2 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อจากทารก โดยประเมินจาก อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมง มารดามีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส 2) ประเมินเชื้อ Group B Streptococcus จากช่องคลอดมารดา โดยการเพาะเชื้อจากช่องคลอดหรือทวารหนัก

แต่แนวทางการรักษาตามแนวทางดังกล่าว
ยังไม่แพร่หลายและในปัจจุบันโรงพยาบาล
ชลประทานยังพบทารกคลอดจากมารดาที่มีภาวะน้ำ
เดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมงมีปัญหาการ
ติดเชื้ออยู่จำนวนมาก และยังไม่มีการเก็บรวบรวม
ข้อมูลการติดเชื้อในทารกกลุ่มนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึง
ทำการศึกษาความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดา
มีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมง
และปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อของทารก เพื่อนำผล
การศึกษามาปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาทารกที่มี
ความเสี่ยงของการติดเชื้อเพื่อให้เกิดความปลอดภัย
แก่ทารกมากขึ้น

วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบเชิงพรรณนาชนิดย้อนหลัง โดย
ศึกษาแบบ case-control study จากการคัดเลือก
ทารกแรกเกิดทุกคนที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะน้ำ
เดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมงที่เข้ารับบริการ
ในโรงพยาบาลชลประทาน จังหวัดนนทบุรี ระหว่าง
เดือนมีนาคม 2551 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2552
ทำการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยใน
ประกอบด้วยข้อมูลต่างๆ ดังนี้ ประวัติมารดา
ประวัติคลอด ระยะเวลาของน้ำเดินก่อนคลอด การ
ได้รับยาปฏิชีวนะในมารดา ประวัติทารก และประวัติ
การรักษาของทารก

เกณฑ์ในการดูแลทารกเมื่อสงสัยว่ามีการ
ติดเชื้อ ทารกที่มีหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อจะได้รับการ
ตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) การ
เพาะเชื้อจากเลือด การเพาะเชื้อจากปัสสาวะ

(กรณีผลตรวจปัสสาวะมีความผิดปกติ) การตรวจ
น้ำไขสันหลัง (กรณีทารกมีอาการทางระบบ
ประสาท) และเอ็กซเรย์ปอด (กรณีทารกมีอาการ
หายใจลำบาก) ทารกที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อจะได้
รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ประกอบด้วยยา
ampicillin และ gentamicin โดยระยะเวลา
การให้ยาปฏิชีวนะขึ้นกับอาการแสดงของทารก
ผลเพาะเชื้อจากเลือด ปัสสาวะ น้ำไขสันหลัง และ
ผลเอ็กซเรย์ปอด ในกรณีที่ทารกไม่มีอาการผิดปกติ
ผลเพาะเชื้อเป็นลบ และเอ็กซเรย์ปอดไม่พบความ
ผิดปกติ ทารกจะได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 3 วัน
หากทารกมีอาการผิดปกติแต่ผลเพาะเชื้อเป็นลบ
และเอ็กซเรย์ปอดไม่พบความผิดปกติ ทารกจะได้
รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 5-7 วัน และหากผลเพาะ
เชื้อเป็นบวก หรือเอ็กซเรย์ปอดมีความผิดปกติ
ทารกจะได้รับยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 7-10 วัน ขึ้น
กับชนิดของเชื้อ โดยการเปลี่ยนยาปฏิชีวนะและ
ระยะเวลาการให้ยาขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้
ดูแล

เกณฑ์ในการวินิจฉัยทารกที่มีภาวะติดเชื้อ
แบ่งออกเป็น 1) ทารกที่มีการติดเชื้อแน่นอน
(definite infection) หมายถึง ทารกมีอาการแสดง
ของการติดเชื้อร่วมกับตรวจพบเชื้อจากการเพาะเชื้อ
จากเลือด ปัสสาวะ หรือน้ำไขสันหลัง หรือ
พบความผิดปกติจากการเอ็กซเรย์ปอด 2) ทารกที่
สงสัยมีภาวะติดเชื้อ (probable infection) หมายถึง
ทารกมีอาการแสดงของการติดเชื้อ แต่ตรวจ
ไม่พบเชื้อจากการเพาะเชื้อจากเลือด ปัสสาวะ หรือ
น้ำไขสันหลัง หรือไม่พบความผิดปกติจากการ

ความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด
นานมากกว่า 18 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลชลประทาน
กุลธิดา นิมอนุสรณ์กุล

เอ็กซ์เรย์ปอด 3) ทารกที่มีอาการแสดงที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อประกอบด้วยอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ไข้ ชีพจรเร็ว หายใจลำบาก หดหทัย ชัก ท้องอืด รับนมไม่ได้ อาเจียน ท้องเสีย ต้องการออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ ความดันโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ ภาวะเลือดเป็นกรด ผลการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) มีความผิดปกติได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 5,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ลบ.มม.) หรือมากกว่า 25,000 เซลล์ต่อลบ.มม. จำนวนเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลตัวอ่อนมากกว่า 1,750 เซลล์ต่อลบ.มม. และเกล็ดเลือดน้อยกว่า 150,000 เซลล์ต่อลบ.มม.

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด รายงานผลเป็นร้อยละและวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในทารกโดยใช้ Fisher's Exact test, Chi-square test และ odds ratio ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

ทารกแรกเกิดรวมทั้งหมด 2,309 ราย เข้ารับการคลอดที่โรงพยาบาลชลประทานในช่วงที่

ทำการศึกษา ในจำนวนนี้มีทารกแรกเกิด 58 ราย (ร้อยละ 2.51) ที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมง (ตารางที่ 1) ส่วนใหญ่มีน้ำเดินก่อนคลอดนาน 24-72 ชั่วโมง 31 ราย (ร้อยละ 53.4) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะน้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบ 5 ราย (ร้อยละ 8.62) และทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะ เป็นเพศชาย 30 ราย (ร้อยละ 51.7) เพศหญิง 28 ราย (ร้อยละ 48.3) อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ 28 ราย (ร้อยละ 48.3) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม 18 ราย (ร้อยละ 31) คลอดปกติทางช่องคลอด 33 ราย (ร้อยละ 56.9) และคลอดโดยการผ่าตัด 25 ราย (ร้อยละ 43.1)

มารดา 29 ราย (ร้อยละ 50) ได้รับยาปฏิชีวนะก่อนทารกคลอด (IAP) ส่วนใหญ่ได้ ampicillin 26 ราย (ร้อยละ 44.8) ระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะก่อนคลอดน้อยกว่า 4 ชั่วโมง 8 ราย (ร้อยละ 27.6) และมากกว่า 4 ชั่วโมง 21 ราย (ร้อยละ 72.4) มารดาทุกรายที่ศึกษา (ร้อยละ 100) พบว่าไม่มีการส่งเพาะเชื้อจากช่องคลอดหรือทวารหนัก

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาที่มีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด (n = 58)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุมารดา (ปี)		
< 20	9	15.5
20 - 35	43	74.1
> 35	6	10.4
ระยะเวลา น้ำเดินก่อนคลอด (ชั่วโมง)		
18 - 24	21	36.2
24 - 72	31	53.4
≥ 72	6	10.4
น้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบ (chorioamnionitis)		
พบ	5	8.6
ไม่พบ	53	91.4
การใช้ยาปฏิชีวนะในมารดา ก่อนคลอด		
ไม่ใช้ Ampicillin	29	50
Ampicillin ร่วมกับ Gentamicin และ metronidazole	26	44.9
Cefazolin	1	1.7
Clindamycin ร่วมกับ Gentamicin	1	1.7
ระยะเวลาการได้ยาปฏิชีวนะก่อนคลอด (n=29)		
< 4 ชั่วโมง	8	27.6
≥ 4 ชั่วโมง	21	72.4

ความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด
นานมากกว่า 18 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลชลประทาน
กุลธิดา นิมนอนุสรณ์กุล

จากทารกทั้ง 58 ราย พบทารกติดเชื้อ 19 ราย หรือ ร้อยละ 32.75 (ตารางที่ 2) ประกอบด้วยทารกที่สงสัยว่าติดเชื้อ 17 ราย (ร้อยละ 89.5) และติดเชื้อแน่นอนจากปอดอักเสบ 2 ราย (ร้อยละ 10.5) อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ 14 ราย (ร้อยละ 73.7) น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม 9 ราย (ร้อยละ 47.4) ส่วนใหญ่มีอาการตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 24 ชั่วโมง 18 ราย (ร้อยละ 94.7) อาการแสดงที่พบมากที่สุด คือ อาการไข้ 9 ราย (ร้อยละ 47.4) รองลงมาคืออาการหายใจลำบาก 6 ราย (ร้อยละ 31.6)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของทารกที่มีการติดเชื้อพบว่าค่าเฉลี่ยและพิสัยของจำนวนเม็ดเลือดขาว 16,154 (5,980–25,321) เซลล์ต่อลบ.มม. และค่าเฉลี่ยของจำนวนเกร็ดเลือด 246,210 (95,000–356,000) เซลล์ต่อลบ.มม.

ผู้ป่วยทุกรายที่ติดเชื้อได้รับการเพาะเชื้อจากกระแสเลือดทั้งหมด 19 ราย (ร้อยละ 100) พบเชื้อขึ้น 1 ราย (ร้อยละ 5.26) เป็น *Staphylococcus coagulase positive* และได้

รับการส่งตรวจเพาะเชื้อจากเลือดซ้ำหลังได้รับยาปฏิชีวนะพบว่าผลเป็นลบ ทารกทั้งหมดได้รับยาปฏิชีวนะเป็น ampicillin ร่วมกับ gentamicin โดยมีระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ได้ยาปฏิชีวนะตั้งแต่ 7 วัน 14 ราย (ร้อยละ 73.7) ส่วนผลการรักษานั้นไม่พบว่ามีทารกรายใดต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำหลังจากให้ออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 30 วัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในทารกแรกเกิด (ตารางที่ 3) พบทารกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้นถ้ามารดามีภาวะน้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบ (odds ratio, 10.13; 95% confidence interval (CI), 1.04 to 98.22; $p = 0.036$) และอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (odds ratio, 5.0; 95% confidence interval (CI), 1.48 to 16.8; $p = 0.007$) แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มเกี่ยวกับระยะเวลาน้ำเดินก่อนคลอด การให้ยาปฏิชีวนะในมารดาก่อนทารกคลอด ระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะก่อนคลอด เพศของทารก น้ำหนักแรกเกิด และวิธีการคลอดของทารก

ตารางที่ 2 ทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ (n = 19)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเภทของการติดเชื้อ		
สงสัยว่ามีการติดเชื้อ	17	89.5
ติดเชื้อแน่นอน	2	10.5
การใช้ยาปฏิชีวนะในมารดาก่อนคลอด		
ไม่ใช้	9	47.4
ใช้	10	52.6
การใช้ยาปฏิชีวนะในมารดาก่อนคลอด (ชั่วโมง) (n=10)		
< 4	3	30
≥ 4	7	70
อายุที่เริ่มมีอาการ		
< 24 ชั่วโมง	18	94.7
≥ 24 ชั่วโมง	1	5.3
อาการแสดง		
ไข้	9	47.4
หายใจลำบาก (respiratory distress)	6	31.5
ภาวะตัวเย็น (subtemperature)	2	10.5
เม็ดเลือดขาวสูง > 25,000 เซลล์/ลบ.มม.	1	5.3
เกร็ดเลือด < 150,000 เซลล์/ลบ.มม.	1	5.3
ระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะ (วัน)		
≤ 3	3	15.8
4 - 6	2	10.5
≥ 7	14	73.7

ความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด
นานมากกว่า 18 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลชลประทาน
กุลธิดา นิมอนุสรณ์กุล

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในทารกแรกเกิด (n = 58)

	ทารกติดเชื้อ (n = 39)		(95%CI)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะเวลาน้ำเดินก่อนคลอด (ชั่วโมง)				
18 – 24	6 (31.6)	16 (41.0)		0.7
24 – 72	11 (57.9)	20 (51.3)		
> 72	2 (10.5)	3 (7.7)	–	
ภาวะน้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบ				
พบ	4 (21.1)	1 (2.6)	10.13	0.036
ไม่พบ	15 (78.9)	38 (97.4)	(1.04 to 98.22)	
การใช้ยาปฏิชีวนะในมารดา ก่อนคลอด				
ไม่ใช้	9 (47.4)	20 (51.3)	0.86	0.5
ใช้	10 (52.6)	19 (48.7)	(0.29 to 2.56)	
ระยะเวลาการได้ยาปฏิชีวนะก่อนคลอด				
< 4 ชั่วโมง	3 (30)	5 (26.3)	1.2	0.58
≥ 4 ชั่วโมง	7 (70)	14 (73.7)	(0.22 to 6.53)	
เพศของทารก				
ชาย	8 (42.1)	22 (56.4)	0.56	0.3
หญิง	11 (57.9)	17 (43.6)	(0.18 to 1.7)	
อายุครรภ์ (สัปดาห์)				
< 37				
≥ 37	14 (73.7)	5 (26.3)	14 (35.9)	25 (64.1)
			5 (1.48 to 16.8)	0.007
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)				
< 2500	9 (47.4)	9 (23.1)	3	0.06
≥ 2500	10 (52.6)	30 (76.9)	(0.93 to 9.65)	
วิธีการคลอด				
คลอดปกติทางช่องคลอด	14 (73.7)	19 (48.7)	2.94	0.07
คลอดโดยวิธีการผ่าตัด	5 (26.3)	20 (51.3)	(0.88 to 9.77)	

วิจารณ์

ความชุกของการติดเชื้อในทารกแรกเกิด (early-onset neonatal sepsis) ที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดนานมากกว่า 18 ชั่วโมงในโรงพยาบาลชลประทานพบว่ามีความชุกสูงถึงร้อยละ 32.75 สูงกว่าการศึกษาของ วัสนัยและคณะ⁽⁴⁾ ที่พบการติดเชื้อในทารกร้อยละ 14.1 และ วรนาฏและคณะ⁽⁵⁾ ซึ่งพบร้อยละ 27.9 รวมทั้งสูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศ⁽¹⁻³⁾ ที่พบเพียงร้อยละ 2.6-8.1 ความแตกต่างที่พบอาจเกิดจากการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยเฉพาะกรณีที่พบว่าทารกมีอาการหายใจเร็วตั้งแต่แรกเกิดที่แยกได้ยากระหว่างการติดเชื้อ หรือภาวะหายใจลำบากชั่วระยะในทารกแรกเกิด (transient tachypnea of the newborn) ทำให้ทารกอาจได้รับยาปฏิชีวนะและวินิจฉัยว่าเป็นทารกติดเชื้อ เป็นผลให้มีการวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อสูงกว่าความเป็นจริง

ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มารดามีภาวะน้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบ และอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁾ โดยพบว่าทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินร่วมกับน้ำคร่ำอักเสบทั้งหมด 5 ราย พบทารกมีอาการผิดปกติ 4 ราย ไม่มีทารกตายไดยืนยันการติดเชื้อจากกระแสเลือดหรือปอดอักเสบ อาจเนื่องจากการได้รับยาปฏิชีวนะก่อนทารกคลอด หรือปริมาณเลือดที่เพาะเชื้อมีปริมาณน้อยเกินไป แต่ทารกทุกรายได้

รับยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน ก็หายเป็นปกติโดยไม่มีรายใดต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นทารกที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง โดยเฉพาะทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ดังนั้นจึงอาจเป็นข้อมูลสำคัญที่แพทย์ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะในมารดาที่มีน้ำเดินก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ

การศึกษานี้พบทารกที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย โดยพบเชื้อเป็น *Staphylococcus coagulase positive* แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁸⁻¹⁰⁾ ที่มักพบการติดเชื้อเป็น *Group B Streptococcus* รองลงมาคือ *Gram negative bacilli* และ *Coagulase-negative Staphylococcus*⁽¹¹⁾ การพบเชื้อที่แตกต่างกันอาจเนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะในมารดา ก่อนทารกคลอดตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารกแรกเกิดโดย American Academy of Pediatrics (AAP), Centers for Disease Control and Prevention of Atlanta (CDC) และ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ทำให้เชื้อที่พบมีการเปลี่ยนไป นอกจากนั้นการศึกษาในประเทศกลุ่มเอเชีย⁽¹²⁾ พบว่ามีความชุกของการติดเชื้อ *Group B Streptococcus* ดำในประชากรกลุ่มนี้ โดยเชื่อว่าประชากรกลุ่มนี้อาจมีเชื้อแบคทีเรีย colonization ต่ำ หรืออาจมี protective antibodies ที่สูง ทั้งนี้ได้มีการศึกษาเชื้อแบคทีเรีย colonization ในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย^(13,14)

ความชุกของการติดเชื้อในทารกที่มารดามีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด
นานมากกว่า 18 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลชลประทาน
กุลธิดา นิ่มอนุสรณ์กุล

พบว่า colonization ของเชื้อ Group B
Streptococcus ร้อยละ 16-18.12

มารดาที่มีภาวะน้ำเดินก่อนคลอดทุกรายที่
นำเข้ามาศึกษาไม่มีรายใดที่ทำการเพาะเชื้อจากช่อง
คลอดและทวารหนักตามแนวทางการดูแลโดยการ
ประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อ Group B
Streptococcus⁽⁷⁾ เพื่อพิจารณาการให้ยาปฏิชีวนะ
อาจเนื่องจากประเทศไทยมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายใน
การดูแลรักษาพยาบาล เพราะการเพาะเชื้อยังมีค่า
ใช้จ่ายสูง และมีระยะเวลาการรอคอยนานเมื่อ
เทียบกับการให้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาถูกกว่า ทำให้
ยังไม่สามารถนำมาใช้อย่างแพร่หลายในหญิงตั้ง
ครรภ์ทุกรายที่มีภาวะน้ำเดินก่อนคลอด แนวทาง
การรักษาจึงควรขึ้นกับการประเมินความเสี่ยงของการ
ติดเชื้อจากทารก โดยประเมินจาก อายุครรภ์น้อย
กว่า 37 สัปดาห์ ภาวะน้ำเดินก่อนคลอดมากกว่า
18 ชั่วโมง และมารดามีไข้มากกว่า 38 องศา
เซลเซียส

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังคงมีข้อจำกัดใน
เรื่องของจำนวนทารกแรกเกิดที่ศึกษามีจำนวนน้อย
ทำให้อาจพบว่าปัจจัยบางอย่างไม่พบความแตกต่าง
อย่างมีนัยสำคัญ โดยหากเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
มากขึ้นอาจพบความแตกต่างได้ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE et al. International multicenter term PROM study: evaluation of predictors

of neonatal infection in infants born to patients with premature rupture of membranes at term. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179(3 Pt 1): 635-9.

2. Linder N, Ohel G, Gazit G, Keidar D, Tamir I, Reichman B. Neonatal sepsis after prolonged premature rupture of membranes. *J Perinatol* 1995; 15(1): 36-8.
3. St Geme JW Jr, Murray DL, Carter J, Hobel CJ, Leake RD, Anthony BF et al. Perinatal bacterial infection after prolonged rupture of amniotic membranes: an analysis of risk and management. *J Pediatr* 1984; 104(4): 608-13.
4. Jermisrisakpong W, Yuthavisuthi P, Punavakul U. Incidence of early onset neonatal sepsis in preterm newborn and characteristic of maternal vaginal pathogen, Prapokklao Hospital. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2007; 24: 241-8.
5. Ratanakorn W, Srijariya W, Chamnanvanakij S, Saengaroorn P. Incidence of neonatal infection in newborn infants with a maternal history of premature rupture of membranes (PROM) for 18 hours or

- longer by using Phramongkutklao Hospital Clinical Practice Guideline (CPG). *J Med Assoc Thai*. 2005; 88(7): 973-8.
6. Share L, Chaikin S, Pomeranets S, Kiwi R, Jacobs M, Fanaroff AA. Implementation of guidelines for preventing early onset group B streptococcal infection. *Semin Perinat* 2001; 25: 107-13.
 7. Schrag S, Gorwitz R, Fultz-Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B Streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. *MMWR Recomm Rep* 2002; 51: 1-22.
 8. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Intrapartum antibiotic prophylaxis increases the incidence of gram-negative neonatal sepsis. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999; 7(4): 2103.
 9. Levine EM, Strom CM, Ghai V, Barton JJ. Intrapartum management relating to the risk of perinatal transmission of group B streptococcus. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1998; 6(1): 259.
 10. Joseph TA, Pyati SP, Jacobs N. Neonatal early-onset Escherichia coli disease: the effect of intrapartum ampicillin. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152(1): 3540.
 11. Edwards RK, Jamie WE, Sterner D, Gentry S, Counts K, Duff P. Intrapartum antibiotic prophylaxis and early-onset neonatal sepsis patterns. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2003; 11: 2216.
 12. Kuruvilla KA, Thomas N, Jesudasan MV, Jana AK. Neonatal Group B Streptococcal bacteremia in India: ten years experience. *Acta Paediatr* 1999; 88(9): 1031-2.
 13. Kovavisarath E, Ying WS, Kanjanahareutai S. Risk factors related to group B streptococcal colonization in pregnant women in labor. *J Med Assoc Thai* 2007; 90(7): 1287-92.
 14. Tor-Udom S, Tor-Udom P, Hirrote W. The prevalence of streptococcus agalactiae (group B) colonization in pregnant women at Thammasat Hospital. *J. Med Assoc Thai* 2006; 89(4): 411-4.

Prevalence of Neonatal Infection in Newborn Infants with a Maternal History of Premature Rupture of Membranes (PROM)

for Longer Than 18 Hours in Royal Irrigation Hospital

*Kullathida Nimanussornkul**

Abstract

Neonatal sepsis is a common problem found in newborns especially by mothers with premature rupture of membranes (PROM) continuously longer than 18 hours or with maternal history of chorioamnionitis. The objectives of this research were to study the prevalence of neonatal sepsis and risk factors for infection. Nineteen of 58 infants (32.75%) with maternal PROM longer than 18 hours were infected. Of those 19 infected, 89.5 percentage or 17 infants had suspected infection whereas the remained 2 cases (10.5%) had pneumonia. Almost all infants (94.7%) showed their symptoms from birth through 24 hours. We found common symptoms either fever (47.4%) or respiratory distress (31.6%). Significant risk factors associated with neonatal infection were statistically derived shown to be maternal chorioamnionitis ; odds ratio, 10.13; 95% confidence interval, 1.04 to 98.22; $p = 0.036$) and gestational age < 37 weeks (odds ratio, 5.0; 95% confidence interval, 1.48 to 16.8; $p = 0.007$). It was concluded that infants significantly faced more risks in case of mothers with chorioamnionitis or gestational age below 37 weeks.

Keywords: neonatal infection, premature ruptures of membranes (PROM)

* Pediatrician, Pediatrics Department
, Royal Irrigation Hospital, Nonthaburi

ผลของการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้การระงับความรู้สึก ณ.ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (คลินิกศัลยกรรม-สลายใจเมื่อใกล้วิสัญญี)

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี[†]

ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน* สุภาภรณ์ เวชพันธ์* อนงค์ศรี เสี่ยงศักดิ์* กัลยา อุ่นรัตนะ*
อรรณณ เรืองชาติ* เดือนเพ็ญ หมั่นสี*

บทคัดย่อ

การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดก่อนการผ่าตัด เดิมการประเมินและเตรียมผู้ป่วยจะทำหลังจากผู้ป่วยมานอนในโรงพยาบาลก่อนการผ่าตัดหนึ่งวัน แต่เนื่องจากมีวิสัญญีแพทย์น้อย วิสัญญีพยาบาลจึงช่วยทำหน้าที่นี้ อย่างไรก็ตามพบว่ามียาอัตราการงดผ่าตัด ร้อยละ 1.6-2.6 ต่อเดือน ซึ่งร้อยละ 20-35 ของการงดผ่าตัดมีสาเหตุจากความพร้อมของผู้ป่วยในการระงับความรู้สึก คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาคลินิกวิสัญญีขึ้นที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเตรียมความพร้อมและประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัดล่วงหน้า โดยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การประเมินผลหลังเปิดดำเนินการได้ 12 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ 2,477 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้ป่วยนัดผ่าตัดล่วงหน้าทั้งหมด โดยผู้ป่วยทั้งหมดนี้ได้รับข้อมูลสารสนเทศเรื่องการระงับความรู้สึกอย่างเพียงพอ และส่วนใหญ่ประเมินความพึงพอใจจากการรับบริการในระดับมากและมากที่สุด จากการประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยพบความผิดปกติ 662 ราย (ร้อยละ 26.7) จำนวน 74 รายในกลุ่มนี้ต้องได้รับการตรวจและรักษาเพิ่มเติม มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่ต้องเลื่อนการผ่าตัด นอกจากนั้นยังพบว่าอัตราการเลื่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการในคลินิกวิสัญญีต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ การประเมินสภาพผู้ป่วย การระงับความรู้สึก

[†]ได้รับรางวัลผลงาน R2R ดีเด่น ระดับตติยภูมิ ปี พ.ศ.2551 จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

* วิสัญญีพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ผลของการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้การระงับความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
(คลินิกศัลยกรรม-ศัลยกรรมเมื่อใกล้วิสัญญี) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ศิริทิพย์ สงวนวงษ์วาน และคณะ

บทนำ

การประเมินและเตรียมความพร้อมทางร่างกายของผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกโดยวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก⁽¹⁾ โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษที่จำเป็นรวมทั้งการให้การรักษาเพิ่มเติมหรือการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุด การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน การพูดคุยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดทำให้เกิดความมั่นใจ ลดความกังวลการให้ยา premedication จะช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมจะได้รับการผ่าตัด และลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก⁽²⁾ ซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักจะนำไปปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ดี⁽³⁾ นอกจากนั้นการประเมินก่อนผ่าตัดยังช่วยลดค่าใช้จ่าย เช่น ลดการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลดค่าใช้จ่ายจากการเลื่อนผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อน เกิดระบบข้อมูลที่ดีขึ้น และเรียกเก็บเงินได้มากขึ้น⁽⁴⁾ การประเมินและเตรียมผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ โดยมีรายงานอัตราการงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากการไม่ได้เชิมนก่อนผ่าตัดร้อยละ 18.21⁽⁵⁾ จากรายงานของ Hariharan และคณะ⁽⁶⁾ พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านคลินิกประเมินก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ถูกงดหรือ

เลื่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ผ่านคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิสัญญี โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มี วิสัญญีแพทย์ 8 คน วิสัญญีพยาบาล 47 คน จำนวนห้องผ่าตัด 22 ห้อง ห้องพักฟื้น 5 ห้อง จากข้อมูลการให้บริการที่ผ่านมา มีแนวโน้มผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2548, 2549, 2550 จำนวน 21,493 ราย, 23,254 ราย และ 25,647 ตามลำดับ บริการให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) มากที่สุด และส่วนใหญ่พบผู้ป่วยอยู่ในระดับ A class 1, 2 และ 3 ร้อยละ 23.5, 17.5, และ 4.8 ตามลำดับ⁽⁷⁾ โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินหรือเยี่ยมที่หอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน น้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งการประเมินและการเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกจะทำโดยวิสัญญีพยาบาลในตอนบ่ายของวันก่อนผ่าตัด เนื่องจากศัลยแพทย์จะนัดผู้ป่วยมานอนก่อนการผ่าตัดเพียง 1 วัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและการประชุมกลุ่ม พบว่า วิสัญญีพยาบาลจะเริ่มไปเยี่ยมในช่วงเวลาประมาณ 15.00 น.หลังเสร็จงานประจำวัน ทำให้มีเวลาให้ข้อมูลน้อย อุปสรรคที่พบ คือ 1) ตารางผ่าตัดออกช้า (15.00 น) ขณะที่ผู้ป่วยจำนวนมาก 2) ผู้ป่วยบางรายยังไม่ได้รับไว้ในโรงพยาบาล 3) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังไม่เสร็จ 4) ไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ทันที เพราะไม่สามารถส่งการรักษาได้ 5) ไม่มีเวลาให้คำแนะนำหรือให้คำแนะนำอย่างเร่งรีบ ทำให้การประเมินและ

การเตรียมผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพดีพอ ซึ่งที่ผ่าน
มางานวิสัญญีพยาบาลได้พยายามแก้ไขปัญหามี
การพัฒนาและปรับวิธีการไปเรื่อยหลายวิธี โดย
ใช้หลักการบริหารจัดการ การมอบหมายวิสัญญี
พยาบาลเจ้าของห้องที่ผู้ป่วยจะเข้าผ่าตัดไปเยี่ยมใน
ช่วงบ่ายของทุกวัน หรือมอบให้พยาบาลห้องพัก
พื้นไปเยี่ยมแทน พบว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จ จึง
ได้ปรับเปลี่ยนเป็นการเยี่ยมผู้ป่วยหน้าห้องรอผ่าตัด
ในวันผ่าตัด แต่ก็พบว่าวิสัญญีพยาบาลประเมินผู้
ป่วยอย่างมีคุณภาพได้เฉพาะรายแรก ส่วนรายต่อๆ
ไปไม่มีเวลาให้ข้อมูลผู้ป่วย เมื่อพบปัญหาไม่
สามารถแก้ไขได้ทัน และที่น่าเป็นห่วง คือ พบผู้
ป่วยที่จะรับการผ่าตัดมีกลุ่มอาการผิดปกติหรือโรค
ร่วมก่อนการผ่าตัดถึง ร้อยละ 42 ของผู้ป่วยทั้งหมด
ที่ได้รับการเยี่ยม⁽⁸⁾ ซึ่งมีโอกาสสูงถึงหรือเลื่อนการ
ผ่าตัด ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยถูกงดน้ำ อาหาร และใส่สาย
สวนปัสสาวะมาแล้ว โดยพบอัตราการเลื่อน/งดผัด
ตัด 15-25 ราย/เดือน คิดเป็นร้อยละ 1.57-2.62
ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการ และพบว่าการ
เลื่อนผ่าตัดที่มีสาเหตุจากด้านวิสัญญี ร้อยละ 20-
35 ของการเลื่อนทั้งหมด และพบภาวะแทรกซ้อน
หลังผ่าตัดร้อยละ 11.2⁽⁹⁾

เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและปรับ
ปรุงบริการด้านวิสัญญี จึงได้มีการระดมสมอง
ทบทวนองค์ความรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม
ศึกษาความเป็นไปได้จากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้มาบูรณาการจนได้รูปแบบใหม่
ที่พัฒนาขึ้นเป็นการทำงานเชิงรุก ณ.ห้องตรวจผู้ป่วย
นอก โดยใช้ชื่อว่า คลินิกสุข-กายสบายใจเมื่อใกล้

วิสัญญี หรือ คลินิกวิสัญญี) เพื่อให้บริการผู้ป่วย
ที่ได้รับการนัดผ่าตัดล่วงหน้า ประเมินและเตรียม
ความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ตั้งแต่
ยังไม่ได้นอนในโรงพยาบาล และนำมาสู่รายงาน
ในครั้งนี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการ
ประเมินสภาพและการเตรียมผู้ป่วยก่อนระงับความ
รู้สึก ในผู้ป่วยที่ได้รับการนัดผ่าตัดแบบล่วงหน้า
ณ.ห้องตรวจผู้ป่วยนอก (คลินิกสุขกาย-สบายใจ
เมื่อใกล้วิสัญญี หรือ คลินิกวิสัญญี)

วัสดุและวิธีการ

รายงานการวิจัยนี้เป็นระยะที่ 2 และ 3
ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวทางของ
Kemmis & McTaggart⁽¹⁰⁾ ระหว่างเดือน ตุลาคม
2550 ถึง กันยายน 2551 หลังจัดตั้งหน่วยบริการ
“คลินิกสุขกาย-สบายใจเมื่อใกล้วิสัญญี หรือ
คลินิกวิสัญญี” ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ให้บริการ
ในเวลา 8.00-16.00 น. ทุกวันจันทร์ถึงศุกร์ มีผู้
ป่วยที่ตัดสินใจร่วมกับศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดและ
ถูกส่งมารับบริการ ณ.คลินิกวิสัญญี จำนวน 2,477
คน จากกลุ่มงานศัลยกรรม กลุ่มงานสูติกรรม และ
กลุ่มงานหู คอ จมูก ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการบริการ
ตามรูปแบบที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งขั้นตอนการ
เข้ารับบริการที่คลินิกวิสัญญีมีดังนี้

1. หลังจากที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา
และแพทย์นัดทำการนัดผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูก
ส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เอกซเรย์
ทรวงอก ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจเลือดและ

ผลของการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้การรับรู้ความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
(คลินิกศัลยกรรม-ศัลยกรรมเมื่อใกล้วันผ่าตัด) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และคณะ

1. ปัสสาวะที่จำเป็น (blood groups, CBC, blood chemistry, UA, etc.)
2. หลังจากนั้นจะถูกส่งมาพบวิสัญญีพยาบาลที่คลินิกวิสัญญี
3. วิสัญญีพยาบาลจะประเมินผู้ป่วยครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ โดยการซักประวัติ ค้นหาปัญหา และตรวจร่างกายด้านวิสัญญี
4. วิสัญญีพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับ สถานที่ ห้องผ่าตัด ห้องพักฟื้น ทีมบุคลากรที่จะมาให้บริการ การปฏิบัติก่อน ระหว่าง และหลังให้การรับรู้ความรู้สึก การเลือกวิธีให้การรับรู้ความรู้สึก และสิทธิต่างๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกชนิดของยารับรู้ความรู้สึก
5. ให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยการชม วีซีดี และ เอกสารแผ่นพับ ซึ่งเนื้อหาได้จกามาจากการศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโดยตรง ประยุกต์กับวิชาการวิสัญญี ประสบการณ์ตรงจากผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ เป็นการแนะนำขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนมาโรงพยาบาล ขั้นตอนเข้ารับบริการด้านวิสัญญีและการผ่าตัด วิธีปฏิบัติตัวเมื่อมารับการรับรู้ความรู้สึก ตำแหน่งของแผลผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังการรับรู้ความรู้สึกและผ่าตัด เช่น การหายใจ และการไอที่ถูกวิธี
6. ฝึกการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยตัวผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นผู้ป่วยกลับบ้านพร้อมเอกสาร

แผ่นพับข้อมูลและมาใหม่อีกครั้งเพื่อรอผ่าตัดก่อนวันนัดผ่าตัด 1 วัน

7. ถ้าพบผู้ป่วยมีปัญหา วิสัญญีพยาบาลจะปรึกษาวิสัญญีแพทย์ หรือ ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ โดยรายงานทางโทรศัพท์ ถ้าวิสัญญีแพทย์ต้องการพบผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยจะถูกนำส่งไปที่ห้องผ่าตัดโดยผู้ช่วยเหลือคนไข้
8. วิสัญญีพยาบาลจะรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งไปยังห้องพักฟื้นในแต่ละชั้นที่ผู้ป่วยจะได้รับบริการผ่าตัด ทำให้ทีมวิสัญญีได้ทราบประวัติผู้ป่วยและสามารถเตรียมแผนในการให้การรับรู้ความรู้สึกผู้ป่วยรายนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในรายที่มีการปรึกษาวิสัญญีแพทย์ สามารถนำประเด็นปัญหามาปรึกษาในการประชุมกลุ่มในช่วงเช้ามืดก่อนผ่าตัด
9. ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วย

บุคลากรผู้ให้บริการในคลินิกวิสัญญีประกอบด้วย วิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ 1) วิสัญญีพยาบาล ประจำที่คลินิก 1 คน ทำหน้าที่ประเมินสภาพด้านวิสัญญี โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ค้นหาปัญหา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยารับรู้ความรู้สึก อธิบายขั้นตอนการเข้ารับบริการทางวิสัญญีโดยใช้สื่อวีดีทัศน์ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วย ประสานงานกับวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ และพยาบาลผู้ป่วยนอก บันทึกประวัติ

ผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยมายังห้องพักรักษาแผนกวิสัญญี เพื่อที่วิสัญญีในห้องผ่าตัดจะได้เตรียมวางแผนให้ยาระงับความรู้สึกเมื่อผู้ป่วยมาผ่าตัด 2) วิสัญญีแพทย์ รับผิดชอบผ่านทางโทรศัพท์ที่ห้องผ่าตัด และประเมินผู้ป่วยอีกครั้งเมื่อตรวจพบความผิดปกติ 3) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทำหน้าที่ช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ ลงทะเบียน จัดคิวผู้มารับบริการตามผลห้องปฏิบัติการ รวบรวมใบรายงานต่างๆ นำส่งงานวิสัญญี รวบรวมผลงานประจำเดือน และช่วยนำส่งผู้ป่วยที่มีปัญหาพบวิสัญญีแพทย์ที่ห้องผ่าตัด

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทำโดยพยาบาลวิสัญญีที่ให้บริการในคลินิก ซึ่งประกอบด้วย

- การบันทึกและจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ได้แก่ การได้รับข้อมูล การค้นหาความผิดปกติหรือโรคร่วม การปรึกษา/รายงานแพทย์ การวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มเติม
- ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยตาม physical status classes ของ American Society of Anesthesiologists ซึ่งแบ่งเป็น 5 class ซึ่งช่วยให้วิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์เปรียบเทียบและสรุปการประเมินสภาพผู้ป่วยกับความเสี่ยงของการได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างคร่าวๆ แต่ไม่เป็นการบ่งบอกถึงอัตราเสี่ยงของการเกิด preoperative morbidity และ mortality⁽¹⁾

- เก็บข้อมูลเลื่อนตารางผ่าตัด การงด/เลื่อนผ่าตัดหน้าห้องผ่าตัด การเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยวิสัญญีพยาบาลหลังการผ่าตัด
- นอกจากนั้นยังได้ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ จำนวน 70 คน หลังจากดำเนินการได้ 3 เดือน โดยการสัมภาษณ์และประยุกต์แบบสำรวจความพึงพอใจต่อการให้บริการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (เฉพาะบริการด้านหน้า) มาใช้ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงการให้บริการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา แสดง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Chi-square test สำหรับการเปรียบเทียบ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

1. ผลการประเมินระดับความพึงพอใจ ในระยะ 3 เดือนแรก มีผู้ป่วยเข้ารับบริการคลินิก 578 ราย กลุ่มประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยหลังมารับบริการที่คลินิกวิสัญญี จำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68 และใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 71.4 อาชีพเกษตรกร 50.7 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 45.7 โดยแบ่งเป็นด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการได้แก่ การให้บริการตามลำดับอย่างยุติธรรม ขั้นตอนการรับบริการสะดวก ระยะเวลาที่รอคอยเหมาะสม ซึ่ง

ผลของการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้การระงับความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
(คลินิกศัลยกรรม-ศัลยกรรมเมื่อใกล้วิสัญญี) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ศิริทิพย์ สงวนวงษ์วาน และคณะ

ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ผู้ให้บริการมีความสุภาพ เป็นมิตร ให้ความเวลาในการบริการอย่างเพียงพอ ให้ข้อมูลคำแนะนำชัดเจน ดูแลเอาใจใส่ เต็มใจบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกและเพียงพอในระดับมากที่สุด ได้แก่ มีป้ายคลินิกเข้าใจง่าย การใช้สื่อให้ข้อมูลมีความเหมาะสม และคลินิกนี้ให้บริการมีประโยชน์ระดับมากที่สุด (ตารางที่ 1)

การสัมภาษณ์จุดเด่นและจุดด้อยในการบริการคลินิกวิสัญญี มีประเด็นสำคัญดังนี้ 1) การชมสื่อวีดิทัศน์ให้ข้อมูลได้เห็นภาพจริง 2) ได้รับข้อมูลและคำแนะนำล่วงหน้าในสิ่งที่ยังไม่รู้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจดีขึ้น 3) จากที่ได้ทราบขั้นตอนต่างๆ พร้อมทั้งได้เห็นภาพบรรยากาศห้องผ่าตัดและทีมผู้ดูแลและเครื่องใช้การระงับความรู้สึกทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล มีความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติตัวได้เมื่อเข้ารับการผ่าตัด 4) การให้บริการ

ก็มีขั้นตอนการรับบริการที่สะดวก ผู้ให้บริการสนใจและเอาใจใส่ เป็นกันเอง สุภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ 5) แต่สถานที่คับแคบเล็กน้อย เช่น

“ให้คำแนะนำแก่ผู้มาใช้บริการ ข้อมูลที่เราไม่เคยรู้”

“ได้ชมวีดิโอที่เห็นภาพจริง เข้าใจง่าย และผู้ให้บริการเป็นกันเอง สุภาพ”

“ทำให้ได้รับทราบขั้นตอนต่างๆ มีความเข้าใจ และพร้อมที่จะเข้ารับบริการผ่าตัด คลายกังวลได้มาก”

“ให้คำแนะนำได้ดีมาก เป็นกันเองกับคนไข้ และมีเทคนิควิธีในการให้กำลังใจคนไข้ได้เยี่ยมมาก”

“มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องหลังการผ่าตัด”

“การทำงานมีขั้นตอนชัดเจน พยาบาลทุกท่านพูดจาไพเราะ”

ตารางที่ 1 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมารับบริการในคลินิก

ข้อมูล	เฉลี่ย	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านกระบวนการขั้นตอนการให้บริการ	4.28	0.69	มาก
ด้านผู้ให้บริการ	4.59	0.61	มากที่สุด
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.41	0.65	มาก
ด้านความเหมาะสมของสื่อและสามารถนำไปปฏิบัติได้	4.41	0.73	มาก
การได้รับประโยชน์	4.70	0.46	มากที่สุด

2. ผลการประเมินผู้ป่วยทางวิสัญญี ผู้ป่วยทั้งหมด 2,477 ราย อายุระหว่าง 4-82 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี เป็นเพศชาย 580 คน (ร้อยละ 23.4) และเพศหญิง 1,897 คน (ร้อยละ 76.6) (ตารางที่ 2) Anesthesiologist Physical Status class 1 จำนวน 1,397 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.4 ผู้ป่วย ASA PS class 2 จำนวน 972 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.2 และผู้ป่วย ASA PS .class 3 จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่จัดอยู่ใน ASA PS class 4 และ 5 โดยผู้ป่วยในกลุ่ม ASA PS. class 2 และ 3 นั้นพบพยาธิสภาพหรือโรคร่วมส่วนใหญ่ คือ ผลการตรวจคลื่นหัวใจผิดปกติ จำนวน 342 ราย รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 202 ราย โรคเบาหวานจำนวน 124 ราย โรคภัยเรื้อรัง จำนวน 36 ราย และโรคหอบหืดจำนวน 20 ราย ตามลำดับ

ผลของการให้บริการ (ตารางที่ 3) พบว่าวิสัญญีพยาบาลสามารถค้นพบความผิดปกติหรือโรคร่วมได้ร้อยละ 26.7 ของผู้ป่วยที่ผ่านคลินิกทั้งหมด มีการปรึกษาวิสัญญีแพทย์ ร้อยละ 64.5 ของผู้ป่วยที่พบความผิดปกติหรือโรคร่วม ผู้ป่วยได้รับการรักษาหรือการวินิจฉัยเพิ่มเติมร้อยละ 17.2 ของการปรึกษา มีการเปลี่ยนแปลงวันนัดผ่าตัดร้อยละ 19.5 ของการปรึกษา และพบภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาระงับความรู้สึกภายใน 48 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกวิสัญญี เมื่อเปรียบเทียบการเลื่อนผ่าตัดที่มีปัญหาด้านวิสัญญีวิทยาของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกและไม่ได้เข้ารับบริการที่คลินิกในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่ากลุ่มที่ผ่านเข้ารับบริการคลินิกวิสัญญีมีการเลื่อนผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับบริการที่คลินิกวิสัญญีแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ (ตารางที่ 4)

ผลของการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้การระงับความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
(คลินิกศัลยกรรม-ศัลยกรรมเมื่อใกล้วิสัญญี) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ศิริทิพย์ สงวนวงษ์วาน และคณะ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกวิสัญญี

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 15	19	07
15 – 30	395	15.0
31 – 45	881	35.6
46 – 60	780	29.1
> 60	463	8.7
ASA PS. class*		
1	1,397	56.4
2	972	39.2
3	108	4.4
4	0	0
5	0	0
ชนิดการระงับความรู้สึก		
general anesthesia	1,766	71.3
region anesthesia	674	27.2
total intravenous anesthesia	30	1.2
monitoring anesthetic care	7	0.3

* การจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์ของ American society of anesthesiologists. Physical status class 1 = ผู้ป่วยแข็งแรงดี, 2 = ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเล็กน้อย, 3 = ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวรุนแรงมากแต่ยังไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต, 4 = ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อชีวิต, 5 = ผู้ป่วยขั้นวิกฤตที่ไม่อาจรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วย ณ คลินิกวิสัญญี ระยะ 12 เดือน

ผลลัพธ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลคำแนะนำ	2,477	100
การค้นพบความผิดปกติหรือโรคร่วม	662	26.7
การรายงาน/ปรึกษาวิสัญญีแพทย์	429	17.3
การวินิจฉัย/ให้การรักษาเพิ่มเติม	74	3.0
การเปลี่ยนแปลงวันนัดผ่าตัด	84	3.4
การเลื่อนผ่าตัดขณะรอที่ห้องผ่าตัด	1	0.04
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	11	0.4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบการเลื่อนผ่าตัดผู้ป่วย (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญี) ที่รับบริการคลินิกวิสัญญี

คลินิกวิสัญญี	ไม่เลื่อนผ่าตัด	การเลื่อนผ่าตัด	P-value (p<0.05)
ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิก	2,476	1	0.033*
ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับบริการคลินิก	9,795	30	

จากการประชุมกลุ่มทีมวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกวิสัญญี ซึ่งในระยะแรกมีผู้เข้าร่วมทีม 6 คนและเพิ่มจำนวนเป็น 11 คน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ได้ทำหน้าที่การพยาบาลวิสัญญีในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การให้ข้อมูลและคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวล ทำให้มีความกระตือรือร้นในการค้นคว้าความรู้ใหม่ๆ

เพิ่มเติม ทั้งในเรื่องยาและแนวทางการรักษาโรคต่างๆ นอกเหนือจากเรื่องการยาระงับความรู้สึก มีทักษะในการสื่อสารประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง แต่ก็พบอุปสรรคขณะดำเนินงานบางประการ เช่น การจัดส่งข้อมูลล่าช้า การบันทึกไม่สมบูรณ์ การนำข้อมูลไปใช้ รวมทั้งระบบการปรึกษาหรือรายงานวิสัญญีแพทย์เมื่อพบผู้ป่วยมีปัญหา ซึ่งเป็นประเด็นที่จะนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

ผลของการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้การรับความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
(คลินิกศุขกาย-สบายใจเมื่อใกล้วิสัญญี) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ศิริทิพย์ สงวนวงษ์วาน และคณะ

วิจารณ์และสรุป

ผู้ป่วยนัดผ่าตัดล่วงหน้าที่ได้รับการประเมินก่อนการผ่าตัดที่คลินิกวิสัญญีถูกเลื่อนผ่าตัดด้วยเหตุผลทางปัญหาด้านวิสัญญีวิทยาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ผ่านการประเมิน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hariharan และคณะ⁽⁶⁾ และ Gibby⁽¹¹⁾ ขณะที่ Florentino และคณะ⁽⁴⁾ รายงานว่าการพัฒนา pre anesthetic evaluation ถือเป็นปรากฏการณ์ใหม่และกำลังแพร่หลายไปทั่วโลก เนื่องจากช่วยลดการตรวจที่ไม่จำเป็น เพิ่มการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ลดต้นทุนและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ปรับปรุงคุณภาพของบริการ เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย และป้องกันการรูดผ่าตัด

คณะผู้วิจัยได้ค้นหารูปแบบที่เป็นไปได้และเหมาะสมจากตำราเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นของต่างประเทศ และเป็นการประเมินผู้ป่วยผ่าตัดแบบภายในวันเดียว (one day surgery) แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ทำในกลุ่มผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า จึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนา โดยได้รวบรวมข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยจากการทำสนทนากลุ่ม¹⁰ ความพร้อมและความเป็นไปได้ของหน่วยงาน จนได้รูปแบบใหม่ คือ การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก และใช้ชื่อว่า “คลินิกศุขกาย สบายใจเมื่อใกล้วิสัญญี” หรือ “คลินิกวิสัญญี” แทนวิธีเดิมที่เป็นการเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน รวมทั้งได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยให้สะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จัดให้มีระบบรายงาน/ปรึกษาวิสัญญี

แพทย์ทางโทรศัพท์ พัฒนาการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีซีดี ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพจริงและมีเสียงประกอบ ช่วยเร้าประสาทสัมผัสของผู้ชม ดึงดูดความสนใจชวนให้ติดตามและทำให้จำเรื่องได้ดี⁽¹²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ⁽¹³⁾ ผู้ป่วยที่ผ่านการฉายวีดีโอความรู้เกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกในเด็กโดยให้ผู้ปกครองชม⁽¹⁴⁾ จะทำให้ผู้ปกครองลดความวิตกกังวล ลดความต้องการข้อมูลเมื่อเทียบกับก่อนการดมยาสลบ และมีความรู้ ความเข้าใจ เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถดูแลลูกได้ดีขึ้น ผู้ป่วยที่ได้ชมสื่อสามารถปฏิบัติตัว ก่อน ระหว่าง และหลังการให้ยาระงับความรู้สึกหรือการผ่าตัดได้ถูกต้อง จากการสังเกตขณะให้บริการพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจชมวีซีดีอย่างตั้งใจ อาจเนื่องจากเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยกำลังจะเผชิญและอยู่ในความสนใจ ทำให้มีการรับรู้และจดจำจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ การเตรียมผู้ป่วยและการให้ข้อมูลในการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก จึงทำให้ผู้ป่วยได้ข้อมูลเพิ่มขึ้น ช่วยคลายความวิตกกังวลได้^(3, 12) และส่งผลให้สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ดี

ในการประเมินผู้ป่วย พยาบาลวิสัญญีได้นเน้นการค้นหาปัญหาจากผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยมีปัญหาจะบันทึกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ นำส่งมายังวิสัญญีพยาบาลประจำห้องผ่าตัด ซึ่งจะเป็นผู้แจกจ่ายข้อมูลไปยังทีมวิสัญญีประจำห้องผ่าตัด ข้อมูลผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาซับซ้อนก็จะพิจารณาทำ pre-conference และวางแผนการระงับความรู้สึกซึ่งช่วยลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกลงได้ จากการศึกษาพบภาวะแทรกซ้อนหลังให้การระงับความรู้สึก คิดเป็นร้อยละ 0.4 ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่ค่อนข้างน้อย อาจเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาใช้บริการเป็นผู้ป่วย ASA PS class 1-3 เท่านั้น นอกจากนี้ในรายผู้ป่วยที่มีปัญหาจะส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์หรือแพทย์ผู้เกี่ยวข้องนั้นก็พบว่าการเปลี่ยนแปลงวันนัดผ่าตัด ซึ่งการเลื่อนนัดผ่าตัดตั้งแต่อยู่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกก่อนที่ผู้ป่วยจะมานอนรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลามานอนรอผ่าตัดแล้วถูกเลื่อนผ่าตัดในวันนัดผ่าตัดและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นด้วย

จากการสำรวจความพึงพอใจพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก และเห็นว่าคลินิกวิสัญญีนี้ให้ประโยชน์ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้มีเวลาในการเตรียมผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ และทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลมากขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้และให้ความร่วมมือ

ขณะให้การระงับความรู้สึก นอกจากนั้นการประเมินก่อนที่จะถึงวันนัดผ่าตัด ทำให้ทีมวิสัญญีรับทราบปัญหาผู้ป่วยล่วงหน้า สามารถนำมาจัดการหรือวางแผนล่วงหน้าได้อย่างเหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเลื่อนผ่าตัดที่หน้าห้องผ่าตัด และมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าโดยใช้วิสัญญีพยาบาลเพียง 1 คน แต่ให้บริการผู้ป่วยได้มากกว่าและมีประสิทธิภาพกว่ารูปแบบเดิม

อย่างไรก็ตาม ยังมีบางประเด็นในการดำเนินงานที่ยังต้องได้รับการพัฒนาต่อไป ได้แก่ การปรับปรุงระบบการส่งต่อข้อมูล และการปรึกษาหรือรายงานวิสัญญีแพทย์ที่ห้องผ่าตัดในกรณีที่มีปัญหาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น การจัดรูปแบบและขยายบริการ และการมีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวทุกด้านก่อนทำการผ่าตัด รวมทั้งการจัดให้มีแนวทางปฏิบัติในการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้การระงับความรู้สึกเป็นรายโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.กวี ไชยศิริ นพ.มนัส กนกศิลป์ คุณนวรัตน์ ประเคนรี ที่ให้การสนับสนุน วิสัญญีแพทย์และพยาบาล และสัลยแพทย์ทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นพ.วิศิษฐ์ สงวนวงศ์วาน พญ.กรุณา ระจินดา และ นพ.เดชา ถวิลเขียว รวมทั้งทีมบุคลากรที่ปฏิบัติงานคลินิกวิสัญญีทุกท่าน

ผลของการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนได้การระงับความรู้สึก ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
(คลินิกสุกกาย-สบายใจเมื่อใกล้วิสัญญี) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และคณะ

เอกสารอ้างอิง

1. สุปรานี นิรุติศาสตร์. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก. ใน: วรณาสมนุญณ์วิบูลย์, เทวรักษ์ วีระวัฒนานนท์, ปวีณา บุญบุรพงษ์, สมรัตน์ จารุลักษณะนันท์. วิสัญญีวิทยาพื้นฐาน, 2544
2. บัณฑิต จินตนาปราโมทย์. การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและยาสำหรับ Premeditation .ใน: วรภา สุวรรณจินดา, อังคาบ ปราการรัตน์ บรรณาธิการ. ตำราวิสัญญีวิทยา ภาควิชาวิสัญญีวิทยา.กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร, 2527; 71
3. Mark M. Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. J Adv Nurs. 1997; 26: 356–363
4. Florentino Fernandes Mendes, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias, Gastao Fernandes Duval Neto, Alan Rodrigues Birck. Impact of preoperative outpatient evaluation clinic on performance indicators. Rev.Bras. Anesthesiol. 2005; 55 (2)
5. อักษร พูลนิตติพร. ผลการเชื่อมก่อนผ่าตัดต่ออัตราการงดผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน ณ.โรงพยาบาลขอนแก่น. Intersectoral Collaboration towards Healthy Thailand; การประชุมวิชาการประจำปีกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 13; 2548:128
6. Hariharan S, Chen D, et al. Hospital Administrators. Int Anesthesiol Clin. 2002; 40(20): 17 –30
7. สถิติข้อมูลกลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปีงบประมาณ 2549 และปี 2551
8. ข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วย งานวิสัญญีพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปีงบประมาณ 2543
9. เอกสารสถิติข้อมูลการเลื่อนผ่าตัดงานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ปี 2549 และปี 2551
10. อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. บทความเสนอในการประชุมวิชาการในวาระครบรอบ 10 ปี การสถาปนาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 24–26 ตุลาคม 2533
11. Gibby G. How preoperative assessment programs can be justified financially to The American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation Practice
12. สุแพรวพรรณ ดันติพลาผล. โทรทซ์ส์เพื่อการศึกษา: เทคนิคการผลิตเทปโทรทซ์ส์ประกอบการสอนเพื่อการศึกษา. ขอนแก่น: ฝ่ายวิชาการมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534
13. Yang YL, Wang KJ, et al. Improved satisfaction of preoperative patients

after group video-teaching during interview at preanesthetic evaluation clinic: the experience of a medical center in Taiwan. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2007; 45(3): 149-54

14. Joseph CF, Timothy WT, Kathryn MM, Neil I. Use of a preanesthesia video for facilitation of parental education an anxiolysis before pediatric ambulatory surgery. *Anesth Analg.* 1999; 88: 246

The Effectiveness of Pre-anesthetic Evaluation Clinic, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani¹

Siritip Sanguanwongwan Supaporn Vetchapan* Anongsri Sangiumsak**

Kaulaya Unratana Orawan Reongchat* Daunpen Munsri**

In 2005 and 2006 there were 15–25 postponed patients (1.57–2.62%) monthly from the surgical schedule and 20–35% of them were caused by ineffective pre-anesthetic evaluations, which were done at inpatient department an hour on preoperative day. The patients who admitted late would miss this procedure. And the patients who had incomplete and abnormal laboratory findings must have been postponed on the day of operation. This study commenced as an action research in April 2007 to improve pre-anesthetic evaluation system. Brain storming and literature reviewing were done to get the problems and ideas to solve them. Focus group interview technique and questionnaires were performed in the patients and nurses to find what information they wanted and needed to know. Then the brochures, information sheets and video clips were prepared for patients. The nurse anesthetists, anesthesiologists, surgeons and administrators determined how to change the pre-anesthetic evaluation system. As the result, the researchers had developed the pre-anesthetic evaluation clinic at the outpatient department. In cooperation with the outpatient staff nurses, laboratory technicians, surgeons and the administrators, the outpatient pre-anesthetic evaluation clinic began to serve in October 2007. After 12 months, 2,477 patients attended this clinic. The abnormalities were detected in 662 patients (26.7%) and 74 patients of this group needed more investigation or medical treatments. Only one patient (0.04%) was postponed from the surgical schedule. The postpone rate from operation of the patients who attended the pre-anesthetic evaluation clinic was significantly different from the patients who did not attend ($P = 0.033$).

Key word : pre-anesthesia, evaluation

* The best R2R Award 2008, Health System Research Institute, Thailand.

* Nurse anesthetist unit, Department of Nursing, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

นิตยา เจริญยุทธ* วิมาลา เจริญชัย* อัมพร สีลากุล*

บทคัดย่อ

ผู้ติดสุรามีความต้องการดื่มสุราและไม่สามารถหยุดดื่มได้ ขาดแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งวิธีการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดสุราเพื่อให้สามารถลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มสุราได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุราและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 38 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 19 คน กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ของผู้วิจัยและคณะ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และแบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบแบบเฟรดแมน (Friedman test) และการทดสอบแบบแมนวิทนี ยู (Mann-Whitney test) ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะติดตามผลหลังออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา ดังนั้นควรมีการดำเนินการบำบัดโดยรูปแบบนี้และอาจนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราในโรงพยาบาลทั่วไป

คำสำคัญ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้ติดสุรา

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นิตยา เจริญยุทธ วิมาลา เจริญชัย อัมพร สีลากุล

บทนำ

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสุรา เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ถูกกฎหมายและสังคมยอมรับ จึงมีการจำหน่ายอย่างแพร่หลาย ในขณะที่เดียวกันสุราได้สร้างความสูญเสียให้กับสังคมและผู้เสพทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่น้อยกว่ายาเสพติดชนิดอื่น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ พบว่าในปี 2545 ประชากรโลกมีการเสติดสุราประมาณ 140 ล้านคน สำหรับประเทศไทยได้มีการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 5 ครั้ง ตั้งแต่ พ.ศ 2539 ถึง พ.ศ 2550 ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 11 ปี เมื่อศึกษาดูแนวโน้มความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่า สัดส่วนของผู้ที่ดื่มประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ 2539 เป็นร้อยละ 20.2 ในปี พ.ศ 2550 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 20⁽²⁾ คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด⁽³⁾ ได้ศึกษาภาวะความผิดปกติจากการดื่ม (alcohol use disorders) โดยใช้แบบคัดกรอง Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าประชากรไทยอายุ 12-65 ปี ประมาณ 2.79 ล้านคน (ร้อยละ 22.7) เป็นผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ประมาณ 0.39 ล้านคน (ร้อยละ 3.1) เป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful drinker) และอีกประมาณ 0.23 ล้านคน (ร้อยละ 0.19) เป็นผู้ดื่มแบบอันตรายมากหรืออาจมีภาวะเสติดแอลกอฮอล์ก็ได้ (alcohol dependence) นอกจากนี้ได้มีการสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย ในปี พ.ศ.2546 ที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี พบว่า คนที่

ดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 28.52⁽⁴⁾

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้นและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากแอลกอฮอล์ การดื่มสุรามีผลกระทบต่อผู้เสพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นแล้วผู้ที่ดื่มสุรามานาน อาจทำให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรัง หรือเป็นโรคจิตจากสุรา มีความผิดปกติของพฤติกรรมหรือจิตใจในขณะมึนเมา เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว พูดไม่ชัดการทรงตัวเสีย เดินเซ ความจำเสีย หรือหมดสติ และอาจมีอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal) เช่น ประสาทหลอน (hallucinations) หรือแปลสิ่งเร้าผิด (illusion) เป็นต้น⁽⁵⁾ การติดสุราเกิดจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ต่อสารสื่อประสาทและยังเป็นการติดทางด้านจิตใจ โดยมีความต้องการดื่มสุราอยู่ทั้งที่ได้รับผลกระทบหลายๆ ด้านจากสุรา และไม่สามารถหยุดดื่มได้⁽⁶⁾ โดยลักษณะของผู้ติดสุราจะหมกมุ่นกับการดื่มเพื่อให้มึนเมา และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการเลิกดื่ม บางคนที่ดื่มทุกวันในปริมาณไม่มากมักไม่คิดว่าตนเองติดสุรา บางวันไม่ได้ดื่มจนเมาและยังสามารถทำงานได้ทั้งที่ดื่มสุรา⁽⁷⁾ ทำให้บุคคลกลุ่มนี้ไม่มีแรงจูงใจในการบำบัดรักษา จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพของการรักษา ซึ่งพบว่ามีหลายรูปแบบที่ใช้ได้ผล ดังจะเห็นได้จากจากโครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA)⁽⁸⁾ ในปี 1994 ได้ศึกษาเปรียบเทียบกับจิตสังคมบำบัด 3 วิธี คือ การบำบัด

เพื่อเสริมแรงใจ (Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy หรือ CBT) และการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation หรือ TSF) ผลจากการศึกษาของ Project MATCH พบว่า จิตสังคมบำบัดทั้ง 3 วิธีการมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ และได้ผลดีไม่แตกต่างกัน

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (Motivational Enhancement Therapy, MET) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้กับผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา เป็นการบำบัดอย่างเป็นระบบเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักของการเสริมสร้างแรงใจ ซึ่งจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงใจ (Motivational Interviewing, MI) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (client-centered) ให้เกิดแรงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง^(9,10) ในประเทศไทยได้มีการนำการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (MET) ในการหยุดดื่มสุรามาใช้ในงานวิจัยในหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽¹¹⁾ พบว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงใจสามารถลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลสวนปรุง⁽¹²⁾ ซึ่งพบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขั้นตอนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ติดสุราที่มารับบริการ ลดจำนวนวันที่ดื่มหนัก ลดผลลัพธ์ที่ตามมาจากการดื่มสุรา เพิ่ม

จำนวนวันที่หยุดดื่ม และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่โดยรวม

จากปัญหาและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษา ในฐานะพยาบาลจิตเวช เห็นความสำคัญในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดการดื่มหรือลดการดื่มสุราลงมาในระดับที่ปลอดภัยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และสังคม จิตใจ ดังนั้นจึงได้ประยุกต์แนวทางการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ (MET) เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและนำผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้เหมาะสม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวัดผลก่อนการทดลอง วัดซ้ำเพื่อติดตามผลในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราก่อนและหลังบำบัดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจกับกลุ่มผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการ

บำบัดตามปกติ โดยศึกษาในผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 2 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2551 ถึง 30 ธันวาคม 2551 และได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)⁽¹³⁾ หรือตามระบบขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)⁽¹⁴⁾ จำนวน 38 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 19 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการบำบัดตามปกติ กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ 1) มีพฤติกรรมการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2) ผลการประเมินอาการถอนพิษสุรา⁽¹⁵⁾ มีคะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน 3) ประเมินสมรรถภาพสมองโดยแบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mini Mental State Examination: TMSE)⁽¹⁶⁾ มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนน ขึ้นไป 4) สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ 5) สวมใจเข้าร่วมการศึกษาและสามารถมาตามนัดได้

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่มสุรา ความถี่ ปริมาณการดื่มแต่ละครั้ง ปริมาณการดื่มต่อ

สัปดาห์ 3) ข้อมูลการติดตาม ประกอบด้วย สุขภาพทั่วไป การดื่มสุรา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การประกอบอาชีพ 4) แบบประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินแรงจูงใจ ซึ่งพัฒนาโดย บีเนอร์ และอดาม⁽¹⁷⁾ มีทั้งหมด 10 ขั้นบันได แบ่งออกเป็น 4 ขั้น ของระยะการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- ขั้นบันไดที่ 0 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 1 คือ ขั้นเมินเฉย (Pre-Contemplation)
- ขั้นบันไดที่ 1-2 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีความเมินเฉยรวมกับลังเลใจเล็กน้อย
- ขั้นบันไดที่ 3-5 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 2 คือ ขั้นลังเลใจ (Contemplation) มีความลังเลใจและคิดที่จะเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลง
- ขั้นบันไดที่ 6-8 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 3 คือ ขั้นเตรียมพร้อม (Preparation)
- ขั้นบันไดที่ 9-10 = ระยะการเปลี่ยนแปลงขั้นที่ 4 คือ ขั้นลงมือกระทำ (Action)

การดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาได้เตรียมความพร้อมในด้านความรู้และฝึกทักษะจากผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มงานสุขภาพจิตสารเสพติด ในการใช้แนวคิดการสัมภาษณ์และเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการบำบัด เป็นระยะเวลา 5 วัน และทดลองฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยสุรา 4 คน เพื่อให้เกิดทักษะในการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ทั้งนี้ได้แบ่งระยะของการบำบัดเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- **ระยะเริ่มต้น (initial phase)** เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย ชักถามถึงสาเหตุของการเข้ารับการรักษาระยะแรกและประเมินถึงความต้องการเจ็บป่วย และแนวทางการบำบัดรักษา ประเมินความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษา
- **ระยะดำเนินการ (working phase)** ดำเนินการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบรายบุคคล ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นการบำบัดขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 1 เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อการเปลี่ยนแปลง ให้อาสาสมัครสะท้อนถึงความรู้สึกของการดื่มแอลกอฮอล์ว่ามีผลต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ สังคมอย่างไร และครั้งที่ 2 เสริมสร้างความมั่นคงในสัญญาที่จะเปลี่ยนแปลง
- **ระยะประเมินผล (evaluation phase)** เป็นการติดตามและกระตุ้นซ้ำ เพื่อสนับสนุนหรือเสริมพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้น ทบทวนเป้าหมายอุปสรรคที่เกิดขึ้น ตรวจสอบแรงจูงใจว่ายังมั่นคงดีหรือไม่ โดยนัดติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล

การประเมินผลลัพธ์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่ใช้เปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งที่ดื่มในแต่ละครั้งที่มาติดตามผล ซึ่งปริมาณการดื่มคิดเป็น 1 หน่วยดื่มมาตรฐานหรือครั้งต่อสัปดาห์ ในที่นี้ 1 ดื่มมาตรฐานเท่ากับสุรากลั่น 30 ซีซี หรือ เบียร์ 285 ซีซี หรือ ไวน์ 120 ซีซี

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลส่วนบุคคล การดื่มแอลกอฮอล์ การติดตามผล นำเสนอเป็น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ด้วยวิธีการทางสถิติแบบนอนพาราเมตริกโดยใช้สถิติ Friedman test และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยติดสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในกลุ่มทดลอง มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 25-44 ปี (ร้อยละ 57.89) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.16) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.42) ประกอบอาชีพทำนาและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 36.84 และ 21.05 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 25-44 ปี (ร้อยละ 63.12) มีสถานภาพสมรสและหย่าจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 47.37 และ 42.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.95) และประกอบอาชีพทำนา (ร้อยละ 52.63) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 ของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
 นิตยา เจริญยุทธ วิมาลา เจริญชัย อัมพร สีลากุล

ตารางที่ 1 กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
อายุ 20-24 ปี	1	5.26	0	0
อายุ 25-44 ปี	11	57.89	12	63.12
อายุ 45-65 ปี	7	36.84	7	36.84
อายุ 65 ปี ขึ้นไป			0	0
Mean ± SD (Range)	41.63 ± 10.813 (24-61)		42.32 ± 7.281 (33-60)	
สถานภาพ				
โสด	2	10.53	—	—
สมรส	12	63.16	9	47.37
หย่า	4	21.05	8	42.10
หม้าย	1	5.26	2	10.53
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	13	68.42	15	78.95
มัธยมศึกษา	4	21.05	1	5.26
อาชีวศึกษา	—	—	1	5.26
ปริญญาตรี	2	10.53	2	10.53
อาชีพ				
ทำนา	7	36.84	10	52.63
รับจ้าง	4	21.05	5	26.32
ค้าขาย	3	15.79	3	15.79
รับราชการ	2	10.53	1	5.26
ว่างงาน	3	15.79	—	—

2. ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็น ร้อยละ 73.68 สำหรับความถี่ของการดื่มส่วนใหญ่มีการดื่มแอลกอฮอล์ 7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 84.21 ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะดื่มเหล้าขาว คิดเป็นร้อยละ 94.74 และส่วนใหญ่มีปริมาณการดื่ม มากกว่า 42 หน่วยการดื่มต่อสัปดาห์ (harmful drinking) ร้อยละ 94.74 นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับไว้รักษา พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการรับไว้รักษา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.63 ส่วนขั้นแรงงูใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับขั้น คิดได้ตรงที่จะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในวันข้างหน้า ร้อยละ 31.58

สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า มีระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.63 สำหรับความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มีการดื่มแอลกอฮอล์ 7 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 89.47 ส่วนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ จะดื่มเหล้าขาว คิดเป็นร้อยละ 84.21 สำหรับปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 42 หน่วยการดื่มต่อ

สัปดาห์ (harmful drinking) คิดเป็นร้อยละ 94.74 นอกจากนี้จำนวนครั้งของการรับไว้รักษา พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองมีจำนวนครั้งของการรับไว้รักษา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 57.89 ส่วนขั้นแรงงูใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในขั้น คิดได้ตรงที่จะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในวันข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 63.16 (ตารางที่ 2)

ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราของทั้งสองกลุ่ม พบว่า หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดื่มสุราลดลงกว่าก่อนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในทั้งสองครั้งของการติดตาม (ตารางที่ 3)

ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการรักษาคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ในระหว่างการติดตาม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 ของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
 นิตยา เจริญยุทธ วิมาลา เจริญชัย อัมพร สีลากุล

ตารางที่ 2 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลาที่ดื่ม ความถี่ของการดื่ม ชนิดของเครื่องดื่ม ปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ และขั้นแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์				
1-10 ปี	14	73.68	10	52.63
11-20 ปี	5	26.32	8	42.11
21-30 ปี	0	0	1	5.26
Mean ± SD (Range)	9.32 ± 4.773 (1-20)		12.37 ± 6.809 (2-26)	
ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์				
3 วันต่อสัปดาห์	2	10.53	2	10.53
4 วันต่อสัปดาห์	1	5.26	—	—
7 วันต่อสัปดาห์	16	84.21	17	89.47
ชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
เหล้าขาว	18	94.74	16	84.21
เบียร์	1	5.26	1	5.26
เหล้าสี	—	—	2	10.53
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์				
< 14 หน่วยการดื่ม (lower drinking)	—	—	—	—
15-28 หน่วยการดื่ม (heavy drinking)	—	—	—	—
29-42 หน่วยการดื่ม (hazardous drinking)	1	5.26	1	5.26
> 42 หน่วยการดื่ม (harmful drinking)	18	94.74	18	94.74
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษา				
1 ครั้ง	10	52.63	11	57.89
2 ครั้ง	5	26.32	6	31.58
3 ครั้ง	3	15.79	2	10.53
5 ครั้ง	1	5.26	0	0

ข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขั้นแรงงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์				
ก. ไม่คิดว่าจะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ เพราะไม่ตระหนักในปัญหาที่จะเกิดขึ้น	2	10.53	1	5.26
ข. คิดได้ตรงที่จะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ในวันข้างหน้า	6	31.58	12	63.16
ค. คิดจะลดหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังไม่พร้อมที่จะกระทำ	4	21.05	5	26.32
ง. คิดหาวิธีการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	2	10.53	1	5.26
จ. ลงมือกระทำเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	5	26.32	—	—

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรากลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงใจ

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา	mean rank	N	Chi-Square	df	p-value
ก่อนการทดลอง	3	19	35.292	2	0.00*
หลังการทดลอง					
ติดตามครั้งที่ 1	1.29	19			
ติดตามครั้งที่ 2	1.71	19			

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นิตยา เจริญยุทธ วิมาลา เจริญชัย อัมพร สีดากุล

ตารางที่ 4 คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการบำบัด

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การดื่มสุรา	กลุ่มทดลอง mean rank	กลุ่มควบคุม mean rank	Mann-Whitney U Test	Z	p-value (1-tailed)
ก่อนการบำบัด	16.50	22.50	23.50	1.684	0.096
หลังการบำบัด ติดตามครั้งที่ 1	15.11	23.89	97.00	-3.044	0.14*
หลังการบำบัด ติดตามครั้งที่ 2	15.45	23.55	103.50	-2.313	0.23*

วิจารณ์

หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ
ผู้ป่วยติดสุรามีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง
กว่าก่อนการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในระยะ
ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ระดับนัย
สำคัญทางสถิติ 0.05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยได้
รับความเข้าใจ เห็นใจ จากผู้บำบัด (express
empathy) โดยผู้บำบัดสื่อสารในลักษณะการพ
ความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ยอมรับในสิ่งที่
ผู้ป่วยเป็นอยู่ และได้รับการทบทวนค้นหาช่องว่าง
ระหว่างเป้าหมายที่ต้องการจะเป็นกับสิ่งที่เป็นอย่าง
ปัจจุบัน (develop discrepancy) นอกจากนี้ผู้ป่วย
ได้รับการสนับสนุนและได้รับกำลังใจจากผู้บำบัดว่า
ตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราได้
(support self-efficacy)^(9,18) ซึ่งเทคนิคและวิธี
การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ไม่ได้มุ่ง
เน้นการตำหนิ การต่อว่า หรือการพูดถึงพฤติกรรม
ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดื่มสุราของผู้ป่วย ตามที่มิลเลอร์
และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าลักษณะการพูดของผู้บำบัดมี
ผลต่อการดื่มสุราของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดที่ใช้วิธีการ

พูดสะท้อนถึงพฤติกรรมที่ไม่ดีของผู้ป่วย
(confrontation) จะมีผลให้ผู้ป่วยดื่มสุรามากขึ้น
นอกจากนั้นผู้บำบัดยังได้ใช้เทคนิคการปฏิสัมพันธ์ใน
การเสริมสร้างแรงจูงใจ ใช้คำถามปลายเปิด เพื่อ
ให้ผู้ป่วยได้พูดอย่างอิสระ มีการแสดงคำพูดและ
สื่อท่าทีที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเองสามารถเปลี่ยน
แปลงพฤติกรรมการดื่มสุราของตนเองได้ มีการฟัง
อย่างสะท้อนคิด เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีแรงจูงใจ
ในการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับใด ได้เปลี่ยนแปลง
ตนเองไปแล้วอย่างไรบ้าง สิ่งที่เกิดขึ้นด้านบวกและ
ด้านลบของกลุ่มตัวอย่างมีอะไรบ้าง เพื่อเป็นแนว
ทางการบำบัดอย่างเหมาะสม และใช้ทักษะสรุป
ความในสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่ามาเพื่อสื่อถึงการแสดง
ความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้บำบัด เทคนิคเหล่านี้
ช่วยส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยได้ ซึ่งการงดดื่มหรือ
ลดลงมาอยู่ในระดับปลอดภัยจะช่วยลดผลกระทบ
ทั้งต่อร่างกาย และสังคมแวดล้อมของผู้ป่วยแล้ว
ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการบำบัดรักษา

มากขึ้น^(20,21) ผลการวิจัยครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่า หลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจมีผลทำให้ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงในระยะ ติดตามหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งคล้ายคลึง กับการศึกษาในประเทศไทยและในต่างประเทศ^(9,11,12)

นอกจากนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยติดสุราหลังได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติในระยะติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการ บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ ซึ่งมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง ด้วยการให้ผู้ผู้ป่วยได้ รับทราบว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยและเป็น ความสามารถพยายามของตนเองเท่านั้นที่จะทำให้ การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้⁽²²⁾ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดตามปกติ โดยหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง 2 ได้จัดกิจกรรมในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ดังนี้ กลุ่มศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการดื่มสุรา กลุ่ม ตระหนักรู้ในตนเองและผู้อื่น กลุ่มเสริมสร้างคุณค่าใน ตนเอง กลุ่มทักษะทางสังคม จัดบำบัดรายบุคคล/ กลุ่ม ครอบครัวยุติ การให้คำปรึกษาพยาบาลตาม สภาพปัญหาของผู้ป่วย จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการ บำบัดตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับเป็นรูปแบบของ กิจกรรมกลุ่มบำบัด ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วย ได้รับทราบถึงการเจ็บป่วยของตนเองและค้นหาจุด

เด่นของตนเอง ไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยน แปลงพฤติกรรมของตนเอง จึงอาจส่งผลให้ทั้ง สองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกัน ในระยะของการติดตาม เป็นไปในทางเดียวกันกับ การศึกษาของ เบนและคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่า การบำบัด ผู้ติดสุราแบบผู้ป่วยนอกกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้าง แรงงูใจเป็นระยะจะมีอัตราการหยุดดื่มสุราสูงกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงงูใจ และการศึกษา ของ เกรเบอร์และคณะ⁽²⁴⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ภายหลังได้รับการบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงงูใจจะสามารถลดจำนวนวันที่ดื่ม และเพิ่มอัตราการหยุดดื่มได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการ บำบัดแบบให้สุศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น บราวและมิลเลอร์⁽²⁵⁾ ที่พบว่าผู้ติด สุรากลุ่มที่เข้ารับการบำบัดโดยการเสริมสร้างแรงงู ใจทุกครั้งเมื่อมารับบริการจะมีอัตราการหยุดดื่มสุรา สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างแรงงูใจถึงสอง เท่า

สรุป

การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจมีผลต่อ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา โดยผู้ป่วย ติดสุราที่มีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงกว่าก่อนการ บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงงูใจ และลดลงมากกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดตามปกติ ดังนั้น ควรมีการ ดำเนินการบำบัดโดยรูปแบบนี้ให้มากขึ้นและนำไป ประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ติดสุราในสถานพยาบาล ทั่วไป

ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
ของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
นิตยา เจริญยุทธ วิมาลา เจริญชัย อัมพร สีลากุล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. สมจิตต์ ลูประสงค์ รอง
ผู้อำนวยการด้านการพยาบาล แพทย์หญิง
กนกกาญจน์ วิโรจน์ไธสง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพ
จิตสารเสพติด กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี
สุขภาพจิต โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ คุณกชพงษ์
สารการ และ คุณเกษราภรณ์ เกนบุปผา ซึ่งให้การ
สนับสนุนและเป็นพี่พี่ในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. WHO to meet beverage company representative to discuss health-related alcohol issues. Retrieved September 26, 2003: From <http://rele1@WHO.Int>.
2. บัณฑิต ศรีไพศาล, จุฑาภรณ์ แก้วมุงคุณ, กมลา วัฒนพร, โสภิต นาสืบ, แวดาว พิมพ์พันธ์ดี และ กัณณพนธ์ ภักดีเศรษฐกุล. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี 2551. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.มปท; 2551.
3. คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด. สถานภาพการบริโภคสุรา พ.ศ 2550 จากการสำรวจครัวเรือนตัวแทนทั่วประเทศ. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.มปท; 2550.
4. ธรณินทร์ กองสุข. สถานการณ์และเทคโนโลยีการแก้ปัญหาสุขภาพจิต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด 25-27 สิงหาคม 2547; ณ โรงแรมแอ

มบาธชาเคอร์ กรุงเทพมหานคร; 2547. หน้า 56-71.

5. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2544.
6. Fauman MA. Study guide to DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric publishing; 2002.
7. Crumpler J. Development of an alcohol withdrawal protocol. Journal of Nursing Care Quality 2005; 20(4): 297-301.
8. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers. (2nd ed.). In Allen JP, Wilson VB, Eds., NIH Publication; 2003
9. Miller WR. Motivational enhancement therapy with drug abusers. Department of psychology and center on alcoholism, substance abuse, and additions (CASAA). The University of New Mexico; 1995.
10. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.). New York: Guilford Press; 2002.

11. สายรัตน์ นกน้อย, พิชัย แสงชาญชัย, อุษา ตันติแพทยากร, และ ราม รังสินธุ์. รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของการให้คำปรึกษากับผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เทคนิคการสร้างเสริมแรงใจในหน่วยปฐมภูมิ. ชลบุรี; 2547.
12. สุนทรี ศรีโกไสย. ประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงใจในการลดปัญหาการดื่มสุราที่มารับบริการโรงพยาบาลสวนปรุง. [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Author; 1994
14. สถาบันสุขภาพจิต. คู่มือประกอบการใช้ ICD-10. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2536.
15. พันธน์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Alcohol Service System เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 3 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด; 25-27 สิงหาคม 2547 ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร; 2547.
16. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. สารกิริราช 2536; 45(6): 359-74.
17. นิพนธ์ คำลั่น. การใช้กลุ่มบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดสุรา. [รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547
18. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 1991.
19. Miller WR, Sanchez VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G Howard, ed. Issues in alcohol use and misuse by young adults 1993 (pp.55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press. Retrieved November 26, 2004, from <http://www.niaaa.nih.gov/publications/social/module6motivation&treatment>
20. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenheck R, Krystal JH. Comorbidity of alcoholism and psychiatric disorder: an overview. Alcohol Research Health. 2002; 26: 81-9.

21. Hulse GK, Tait RJ. Six month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-Patients with psychiatric disorder. *Drug Alcohol Rev* 2002; 21: 105-12.
22. พิชัย แสงชาญชัย. การเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดรักษาทางยาสำหรับผู้ติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า; 2548.
23. Bien TH, Miller WR. Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1993; 21:347-56. Retrieved November 23, 2004, form [http:// casaa.unm.edu/projects/mimet.html](http://casaa.unm.edu/projects/mimet.html).
24. Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal* 2003; 39(3): 189-202.
25. Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 1993; 7:211-18. Retrieved November 23, 2004, form [http:// casaa.unm.edu/projects/mimet.html](http://casaa.unm.edu/projects/mimet.html).

Motivational Enhancement Therapy for Changing Drinking Behavior among Persons with Alcohol Dependence

at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

Nittaya Charoenyooth Wimala Charoenchai* Amporn Seelakul**

Abstract

As well as diminishing motivation of alcohol dependence treatment, persons with alcohol dependence desire to drink and can not stop heavy drinking. Motivational Enhancement Therapy (MET) is a counseling method for decreasing and stopping alcohol drinking among these persons. The aim of this pretest-posttest follow-up control group quasi experimental research was to examine the effectiveness of MET on changing drinking behavior of persons with alcohol dependence. Thirty-eight persons with alcohol dependence who had been admitted to female psychiatric ward at Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani, were selected purposively and assigned equally into experimental and control groups. The experimental group received MET while control group received usual care. Research instruments consisted of instrument for conducting research; Motivational Enhancement Therapy (MET) developed by researchers and colleagues, and instruments for collecting data including demographic data, treatment and follow-up for alcohol dependence, and the stage of change. Data were analyzed using descriptive statistics, Friedman Test, and Mann-Whitney Test. The results demonstrated that scores of drinking behavior of persons with alcohol dependence who received MET had decreased significantly ($p<0.05$) at two- and four-week follow ups after discharge, and had decreased statistically more than the scores of those who received usual care ($p<0.05$). In conclusion MET helped persons with alcohol dependence stop and reduce alcohol drinking behavior. Therefore, it should be conducted and applied for caring persons with alcohol dependence at general and community hospitals.

Key words: Motivational Enhancement Therapy, alcohol dependence

* Registered Nurse, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubon Ratchathani

การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน จังหวัดยโสธร

ประชุมพร กวีกรณ์* เบญจรัตน์ ผิวเรือนนท์* ส่องศรี มูลสาร*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ใช้ CIPP Model เป็นกรอบแนวคิด มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ รวม 99 คน และประชาชนที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 344 คน เก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในช่วงเดือนสิงหาคม – กันยายน 2551 ผลการศึกษาด้านบริบท พบว่าสถานีนอนามัยที่เข้าร่วมดำเนินการมี 12 แห่งเป็นสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ทั้งหมด มีพื้นที่และประชากรรับผิดชอบมาก สถานะเงินบำรุงดี ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อปรับปรุงรถยนต์ค่าใช้จ่ายในการอบรมเวชกรฉุกเฉิน และสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคัดเลือกคนในพื้นที่เข้ารับการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐานแห่งละ 3 คน และรับเข้าทำงานเป็นลูกจ้างของสถานีนอนามัย ด้านกระบวนการ พบว่ารูปแบบการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันในการประชาสัมพันธ์ การให้บริการ การจ่ายค่าตอบแทน แต่การจัดอัตรากำลังมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ส่วนด้านผลลัพธ์ พบว่าการรับแจ้งเหตุส่วนใหญ่ประชาชนมาแจ้งที่สถานีนอนามัยมากกว่าแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 การรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า เวชกรฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุภายใน 10 นาทีเฉลี่ย ร้อยละ 81.57 ด้านความพึงพอใจ พบว่าผู้รับผิดชอบทุกระดับและประชาชนมีความพึงพอใจที่มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุด คือ รถยนต์เก่าชำรุด ต้องซ่อมแซมบ่อย และอัตรากำลังเวชกรฉุกเฉินน้อยเกินไป บางครั้งไปส่งผู้ป่วยเพียงคนเดียว สำหรับข้อเสนอแนะทั้งเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า ควรมีรถยนต์ใหม่และเพิ่มอัตรากำลังเวชกรฉุกเฉินอย่างน้อยแห่งละ 4 คน นอกจากนี้ ผู้บริหารระดับอำเภอส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่าหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานควรโอนไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพราะมีงบประมาณ อัตรากำลัง และมีความพร้อมมากกว่าสถานีนอนามัย

คำสำคัญ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน จังหวัดยโสธร

ประชุมพร กวีกรณ์ เบญจรัตน์ ผิวเรืองนนท์ ส่งศรี มุลสาร

บทนำ

ในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้การพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข โดยเร่งรัดให้มีการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครบทุกจังหวัด และตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปสู่ระดับชุมชน ซึ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาหลักประกันสุขภาพและคุณภาพบริการ โดยในปีงบประมาณ 2549 ตั้งเป้าหมายจะลดอัตราการตายให้ได้ไม่เกิน 17.8 ต่อแสนประชากร และต้องจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพมาตรฐาน พัฒนาระบบการแจ้งเหตุทางหมายเลข 1669 ให้มีประสิทธิภาพ⁽¹⁾

ในปีงบประมาณ 2547 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้เริ่มจัดตั้งหน่วยกู้ชีพในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและขยายเพิ่มขึ้นในเวลาต่อมา เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และในปีงบประมาณ 2550 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานที่สถานีอนามัย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีมาตรฐานในการให้บริการ โดยให้จัดตั้งที่สถานีอนามัยที่มีความพร้อมในการดำเนินงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรจึงได้สำรวจรถยนต์ที่เป็นรถกระบะ สีขาว หลังคาสูง เพื่อจะปรับปรุงเป็นรถยนต์ที่ใช้ใน

การรับส่งผู้ป่วย จำนวน 12 คัน และคัดเลือกสถานีอนามัยขนาดใหญ่ 12 แห่ง ซึ่งมีพื้นที่และประชากรในเขตรับผิดชอบมาก มีความพร้อมด้านบุคลากร สถานะเงินบำรุงอยู่ในเกณฑ์ดี จากนั้นจึงคัดเลือกบุคลากรจากสถานีอนามัยแห่งละ 3 คน เพื่อส่งเข้าอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐานระยะเวลา 110 ชั่วโมง โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรสนับสนุนงบประมาณในการอบรมคนละ 10,000 บาท หน่วยงานเจ้าภาพหลักในการจัดอบรมคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หลังจากอบรมแล้วจึงรับเข้าทำงานเป็นลูกจ้างของสถานีอนามัย นอกจากนี้ ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อปรับปรุงรถยนต์ให้อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้งานกันละ 100,000 บาท และสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ให้สถานีอนามัยแห่งละ 1 ชุด หลังจากเตรียมความพร้อมทุกด้านแล้ว จึงได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานขึ้นพร้อมกันทุกแห่งเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2549 ใช้ชื่อว่า “หน่วยกู้ชีพเฉลิมราชย์ 60 ปี” หลังจากหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานได้ให้บริการประชาชนประมาณ 2 ปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรจึงได้ทำการศึกษาผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาหน่วยกู้ชีพให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การประเมินผลครั้งนี้ได้นำแนวความคิดตามรูปแบบการประเมินแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) ของเดเนียลแอล สตฟ์เฟิลบีม (Daniel

L. Stufflebeam) เป็นแนวทางประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ หัวหน้าสถานื่อนามัยและเวชกรฉุกเฉิน ในสถานื่อนามัย 12 แห่ง เจ้าหน้าที่ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โรงพยาบาลยโสธร และเจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่ง รวม 99 คน สำหรับผู้รับบริการเก็บข้อมูลจากประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และเคยใช้บริการหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน โดยกำหนดจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ที่เคยใช้บริการ ซึ่งคำนวณได้ 344 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

การเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มตามแบบสัมภาษณ์ซึ่งได้กำหนดประเด็นสัมภาษณ์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม เว็บไซต์ของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) และจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2551

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ได้ขออนุญาตบันทึกเทปเสียง นำมาถอดความ วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และตีความหาข้อสรุป 2) ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลจากแบบสอบถามความพึงพอใจ เอกสารต่างๆ และข้อมูลผลการให้บริการจากเว็บไซต์ ใช้โปรแกรม

สำเร็จรูปด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ด้านบริบท สถานื่อนามัยทั้ง 12 แห่ง เป็นสถานื่อนามัยขนาดใหญ่ มีบุคลากร 8-12 คน (รวมเวชกรฉุกเฉิน) จำนวนประชากรที่รับผิดชอบระหว่าง 3,500-9,000 คน ประมาณ 650-2,300 หลังคาเรือน และมีหมู่บ้านรับผิดชอบ 6-12 หมู่บ้าน ต่อสถานื่อนามัย อย่างไรก็ตามแต่ละแห่งมีเขตรับผิดชอบในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน กล่าวคือ มีสถานื่อนามัย 7 แห่งรับผิดชอบเฉพาะตำบลที่ตั้งและมีหมู่บ้านรับผิดชอบไม่เกิน 20 หมู่บ้าน ส่วนสถานื่อนามัยอีก 5 แห่ง รับผิดชอบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในตำบลข้างเคียงด้วย เนื่องจากไม่มีหน่วยกู้ชีพ ซึ่งมีจำนวนหมู่บ้านที่ต้องรับผิดชอบ 17-32 หมู่บ้าน สถานะเงินบำรุงของสถานื่อนามัยพบว่า มีเงินบำรุงน้อยที่สุดประมาณ 127,000 บาท และมากที่สุดประมาณ 790,000 บาท สถานื่อนามัยที่มีระยะทางไกลอำเภอที่สุด 6 กิโลเมตร และไกลที่สุด 18 กิโลเมตร การคมนาคมสะดวกเกือบทุกแห่ง มีเพียง 1 แห่ง คือสถานื่อนามัยบ้านแดงที่มีถนนไปอำเภอเป็นถนนลาดยางสลับกับถนนลูกรัง และมีระยะทางไกลที่สุด คือ 18 กิโลเมตร

2. ด้านปัจจัยนำเข้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้มอบหมายให้อำเภอกัดเลือกบุคลากรในพื้นที่เพื่อปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยแห่ง

ละ 3 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้ารับ
การอบรม คือ มีภูมิลำเนาในพื้นที่ที่จะดำเนินการ มี
อายุระหว่าง 18-35 ปี และจบการศึกษาระดับ ม.6
หรือเทียบเท่า (ในกรณีที่ไม่มีผู้สมัครมีคุณวุฒิการ
ศึกษาดังกล่าวอนุโลมให้ใช้คุณวุฒิไม่ต่ำกว่า ม.3)
โดยการคัดเลือกเวชกรฉุกเฉินนั้นมีสถานีนามัย 9
แห่ง ได้ประกาศรับสมัครตามคุณสมบัติที่กำหนดผ่าน
หลายช่องทาง เช่น หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน
วิทยุชุมชน ทำหนังสือถึงผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น
และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสัมภาษณ์ ซึ่ง
ส่วนใหญ่มีผู้นำชุมชนร่วมเป็นกรรมการด้วย บาง
อำเภอมีทั้งการสอบสัมภาษณ์และสอบภาค
ปฏิบัติ เช่น สอบกระโดดสูง วิ่ง สอบขับรถยนต์
 เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีสถานีนามัย 1 แห่งที่ส่ง
ลูกจ้างของสถานีนามัยไปอบรมโดยไม่คัดเลือก
และอีก 2 แห่งที่ไม่ได้ประกาศรับสมัครแต่จะจ
คนส่งไปอบรมเลย หลังจากที่ได้คนแล้วจึงจัดส่ง
ไปอบรม

3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน รูปแบบ
การดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละ
สถานีนามัยมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ

- การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่
ทราบว่ามีการหน่วยกู้ชีพ พบว่ามีหลายรูปแบบ
ได้แก่ ประกาศเสียงตามสายในหมู่บ้าน วิทยุชุมชน
ทำแผ่นพับ ใบปลิว ทำนามบัตรแจกผู้มารับบริการ
ที่สถานีนามัยหรือเวลาส่งผู้ป่วย และบางแห่ง
ประชาสัมพันธ์ผ่านผู้นำชุมชน เป็นต้น

- การจัดอัตรากำลัง แต่ละสถานีนามัย
มีความแตกต่างกันบ้างขึ้นอยู่กับบริบทแต่ละพื้นที่

กล่าวคือ ทุกแห่งจัดอัตรากำลังวันละ 2 ผลัด บาง
แห่งที่มีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหลายคนและช่วยเวช
กรฉุกเฉินออกเหตุ การจัดอัตรากำลังก็จะจัดเพียง
ผลัดละ 1 คน ในเวลาราชการ บางแห่งจัดอัตรา
กำลังผลัดละ 2 คน แต่บางแห่งจัดเวรผลัดละ 1
คน และให้เตรียมพร้อมอยู่ที่บ้าน 1 คน

- การรับแจ้งเหตุ สถานีอนามัยทุกแห่ง
ได้กำหนดช่องทางการรับแจ้งเหตุไว้หลายช่องทาง
ได้แก่ แจ้งผ่านหมายเลข 1669 หมายเลขโทรศัพท์
ของสถานีนามัย หมายเลขโทรศัพท์มือถือของเวช
กรฉุกเฉิน และหากบ้านอยู่ใกล้สถานีนามัยก็จะ
เดินไปบอกให้เจ้าหน้าที่ไปรับที่บ้าน

- การนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ส่วน
ใหญ่มีการประสานกันระหว่างหน่วยกู้ชีพ โรง
พยาบาลที่นำส่ง และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล
ทางหน่วยกู้ชีพมีบริการไปส่งผู้ป่วยกลับบ้านด้วยทุก
แห่ง

- การรายงานอาการและการประเมิน
ทักษะการนำส่งผู้ป่วย เมื่อหน่วยกู้ชีพนำส่งผู้ป่วย
ถึงโรงพยาบาลแล้วจะรายงานอาการผู้ป่วยกับ
พยาบาลเวรที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาล
เวรเป็นผู้ประเมินการนำส่งผู้ป่วยและแนะนำวิธีการ
เขียนรายงานผลการปฏิบัติงาน

- การบริหารค่าตอบแทนให้แก่เวชกรฉุกเฉิน
สถานีนามัยทุกแห่งได้ใช้แนวทางที่สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดยโสธรกำหนดในการจ่ายค่าตอบแทน
ซึ่งเป็นการจ่ายตามผลงานในอัตรา 70:30 เพื่อ
สร้างแรงจูงใจ โดยจ่ายเป็นค่าตอบแทนให้เวชกรฉุกเฉิน

เงิน ร้อยละ 70 ส่วนร้อยละ 30 นำเข้าเงินบำรุง
สถานีนามัย กรณีที่มีผลงานไม่ถึง 25 รายต่อเดือน
เวชกรรณเงินจะได้ค่าตอบแทนคนละ 3,000 บาท
และรายที่ 26 ขึ้นไป จะได้ค่าตอบแทนตามผลงาน
ที่เพิ่มขึ้น

4. ด้านผลลัพธ์

- การรับแจ้งเหตุ ส่วนใหญ่ประชาชนจะมา
แจ้งที่สถานีนามัยมากกว่าการแจ้งเหตุผ่านหมาย

เลขโทรศัพท์ 1669 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลใน
เว็บไซต์ของศูนย์เรนทรที่พบว่า มีสถานีนามัย
เพียง 2 แห่งที่ประชาชนแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669
มากกว่าร้อยละ 50 (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ ยัง
พบว่าผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 10-20 เป็นผู้ป่วยที่
ส่งต่อจากสถานีนามัยไปโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระบบ
ส่งต่อไม่ใช่ภาระโดยตรงของหน่วยกู้ชีพ

ตารางที่ 1 ร้อยละของการรับแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือผ่านช่องทางต่างๆ ของหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน จังหวัด
ยโสธร (1 ธันวาคม 2549 – 30 กันยายน 2551)

สถานี นามัย	1669	หมายเลข อื่น	วิทยุ สื่อสาร	ตำรวจ	หน่วย กู้ภัย	หน่วยกู้ชีพ ในระบบ	เครือข่าย อื่นๆ	วิธี อื่นๆ
คูทุ่ง	48.73	39.96	0.15	1.46	0.15	0.92	0.31	8.32
ดงมะไฟ	43.70	50.11	0	0	0	0.53	0.11	5.55
แดง	35.43	56.52	0	0	0	0.26	0	7.79
ห้วยวัง	38.97	51.95	0	0	0	0.16	0	8.92
ดงแคนใหญ่	68.99	28.77	0	0.12	0	0.12	0.25	1.75
ภูจาน	52.09	40.30	0	0	0	0.24	0	7.37
โคกนาโก	47.16	46.47	0.09	0	0	0.09	0	6.19
ราชบุรี	44.76	43.62	0.09	0.18	0.09	0.27	0.18	10.81
ตูม	15.82	78.34	0	0	0	0.44	0.09	5.31
นาออก	30.01	65.04	0.39	0.07	0	0.59	0	3.90
ห้องแซง	35.53	59.97	1.16	0.23	0.35	0.64	0.12	2.10
สัมผั	26.38	45.09	0.21	0.10	0.21	0.10	0	27.93

ที่มา : <http://narendhorn.moph.go.th>⁽²⁾

การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน จังหวัดยโสธร
ประชุมพร กวีกรณ์ เบญจรัตน์ ผิวเรือนนท์ ส่งศรี มูลสาร

- การรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า เวล
การฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุ (response time) ภายใน 10 นาที เฉลี่ย ร้อยละ 81.57 ส่วนระยะเวลา
ตั้งแต่หน่วยกู้ชีพออกจากที่เกิดเหตุหลังจากการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุจนมาถึงโรงพยาบาล (on scene time) ภายใน 10 นาที เฉลี่ย ร้อยละ 98.87 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 response time และ on scene time ภายใน 10 นาทีของหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน จังหวัดยโสธร (1 ธันวาคม 2549 – 30 กันยายน 2551)

สถานีนามัย	จำนวนครั้งที่ออกปฏิบัติงาน	response time ภายใน 10 นาที		on scene time ภายใน 10 นาที	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คู่ง	1,299	1,165	89.68	1,288	99.15
ดงมะไฟ	936	762	81.41	925	98.82
แดง	1,143	733	64.13	1,128	98.69
หัวจัว	1,278	1,067	83.49	1,262	98.75
ดงแคนใหญ่	803	584	72.73	782	97.38
ภูจาน	1,248	959	76.84	1,224	98.08
โคกนาโก	1,162	1,115	95.96	1,157	99.57
ราชมนี่	1,128	960	85.11	1,115	98.85
ตูม	1,131	832	73.56	1,124	99.38
นากอก	1,536	1,004	65.36	1,521	99.02
ห้องแซง	1,714	1,598	93.23	1,694	98.83
ส้มผ่อ	956	930	97.28	955	99.90
รวม	14,334	11,709	81.57	14,175	98.87

ที่มา : <http://narendhorn.moph.go.th>⁽³⁾

-ผลงานการให้บริการ ผลงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2549-30 กันยายน 2551 รวมทั้งสิ้นจำนวน 14,334 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 651.55 ครั้ง สถานีอนามัยที่มีผลการดำเนินงานมากที่สุด จำนวน 1,714 ครั้ง เฉลี่ยเดือนละ 77.91 ครั้ง (ตารางที่ 2) สำหรับค่าตอบแทนเวชกรฉุกเฉินพบว่าเฉลี่ยเดือนละ 6,073 บาทต่อคน ค่าตอบแทนของเวชกรฉุกเฉินมากที่สุด เฉลี่ยเดือนละ 8,985 บาทต่อคน และน้อยที่สุด เฉลี่ยเดือนละ 4,050 บาทต่อคน

-ความพึงพอใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มี

ความเห็นตรงกันว่า การจัดตั้งหน่วยกู้ชีพมีประโยชน์กับประชาชนมาก โดยบุคลากรมีความพึงพอใจ มีความภูมิใจและมีความสุขในการทำงาน เพราะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ แม้ว่าจะมีผลกระทบต่อเงินบำรุงของสถานีอนามัย ในส่วนของประชาชนที่รับบริการ พบว่ามีระดับความพึงพอใจมากที่สุดในหัวข้อ “ประโยชน์ที่ได้รับจากการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ” ร้อยละ 75.58 ทั้งนี้ มีประชาชนร้อยละ 9.88 ไม่พอใจในหัวข้อ “อัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่ของหน่วยกู้ชีพที่ให้บริการ” เนื่องจากบางครั้งมีการไปส่งผู้ป่วยเพียงคนเดียว (ตารางที่ 3)

การประเมินผลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน จังหวัดยโสธร
ประชุมพร กวีรัตน์ เบญจรัตน์ ศิวเรืองนนท์ ส่งศรี มูลสาร

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของประชาชนในบริการที่ได้รับจากหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน จังหวัดยโสธร

หัวข้อประเมิน (N = 344)	ระดับความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ		
	พอใจมาก	พอใจ	ไม่พอใจ
การประชาสัมพันธ์การให้บริการ	159 (46.22)	183 (53.20)	2 (0.58)
ความสะดวกรวดเร็วในการเรียกใช้บริการ	208 (60.47)	129 (37.50)	7 (2.03)
ความปลอดภัยระหว่างการเดินทาง	161 (46.80)	179 (52.04)	4 (1.16)
ความชัดเจนในการอธิบาย ชี้แจง และแนะนำการให้บริการ	144 (41.86)	197 (57.27)	3 (0.87)
ความเหมาะสมในการแต่งกาย บุคลิกภาพ และลักษณะท่าทางเจ้าหน้าที่	144 (41.86)	194 (56.40)	6 (1.74)
อัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่ของหน่วยกู้ชีพที่ให้บริการ	109 (31.69)	201 (58.43)	34 (9.88)
ความสุภาพ กิริยามารยาทของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	156 (45.35)	187 (54.36)	1 (0.29)
ความซื่อสัตย์สุจริตในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น การรักษาทรัพย์สิน การเรียกเก็บค่าบริการ ฯลฯ	178 (51.74)	166 (48.26)	0
ประโยชน์ที่ได้รับจากการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ	260 (75.58)	83 (24.13)	1 (0.29)
คุณภาพการให้บริการในภาพรวม	187 (54.36)	152 (44.19)	5 (1.45)

5. ปัญหาอุปสรรค

5.1 ด้านการบริหารจัดการ

- อัตราค่าจ้างเวชกรฉุกเฉินมีน้อย เจ้าหน้าที่ต้องอยู่เวรถี่เกินไป ไม่มีเวลาพักผ่อน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ส่งผลให้เวชกรฉุกเฉินลาออกหลายคน

- สถานีอนามัย 11 แห่งขาดทุน เนื่องจากรายรับที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จัดสรรให้ตามผลงานการให้บริการไม่เพียงพอกับราย

จ่ายซึ่งเป็นค่าตอบแทนเวชกรฉุกเฉิน คำน้ำมันเชื้อเพลิง และค่าซ่อมแซมรถยนต์

- สถานีอนามัยบางแห่งมีระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาล และหากผู้ป่วยไม่ได้นอนพักรักษา จะต้องนำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้สิ้นเปลืองค่าน้ำมันเชื้อเพลิงเพิ่มขึ้น

5.2 ด้านการให้บริการ

- พฤติกรรมการให้บริการของเวชกรฉุกเฉินบางคนเป็นปัญหาและทำให้ผู้รับบริการขาด

ความเชื่อถือ เช่น ไปรับผู้ป่วยล่าช้า ขับรถเร็ว แต่งกายไม่สุภาพ พูดยาไม่ไพเราะ เป็ดรถไชนเลนเสียงดัง เป็นต้น

- เนื่องจากอัตรากำลังเวชกรฉุกเฉินมีเพียงแห่งละ 3 คน บางครั้งต้องไปส่งผู้ป่วยเพียงคนเดียว ทำให้บริการไม่ได้มาตรฐาน หรือไปส่ง 2 คน แต่นั่งข้างหน้าทั้ง 2 คน ไม่ดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง

- การแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 ในเขตรอยต่อจังหวัด บางครั้งโทรไปติดที่จังหวัดอื่น ทำให้เสียเวลาในการให้บริการ

5.3 ด้านวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์และยานพาหนะ

- รถยนต์มีสภาพเก่าชำรุด ต้องซ่อมแซมบ่อย ส่งผลกระทบต่อสถานะเงินบำรุงสถานีนามัย และทำให้ผู้รับบริการรวมทั้งญาติรู้สึกไม่ปลอดภัยในระหว่างเดินทาง

- รถยนต์บางคันขาดการบำรุงรักษา เช่น สกปรกมาก กระบะด้านหลังบริเวณที่ผู้ป่วยและญาติโดยสารไม่มีพัดลมระบายอากาศ สัญญาณไฟฉุกเฉินชำรุด เป็นต้น

- สถานีนามัยบางแห่งมีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์รถพยาบาลประจำหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน เช่น ไม่มีเครื่องดูดเสมหะชนิดใช้มือ ถึงออกซิเจน อุปกรณ์การให้ออกซิเจน และเปลมอนในรถยนต์ เป็นต้น

อภิปรายผล

จากการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้รับนโยบายจากผู้บริหารระดับเขตในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานที่สถานีนามัย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีมาตรฐานในการให้บริการ โดยให้คัดเลือกสถานีนามัยที่มีความพร้อมในการดำเนินงานนั้น พบว่านโยบายดังกล่าวเป็นนโยบายที่เป็นรูปธรรม มีความชัดเจน และก่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนอย่างแท้จริง แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการเตรียมพื้นที่ และการคัดเลือกเวชกรฉุกเฉินเพื่อส่งเข้าไปอบรมให้ทันกับระยะเวลาที่หน่วยงานเจ้าภาพหลัก คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจัดอบรม เนื่องจากการจัดอบรมในภาพรวมของเขต ทำให้มีระยะเวลาเตรียมตัวไม่ถึง 1 เดือน ดังนั้น การตัดสินใจคัดเลือกพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นบทบาทของสาธารณสุขอำเภอ มีบางอำเภอเท่านั้นที่แจ้งให้ที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (กปสอ.) รับทราบ ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมของบุคลากรระดับอื่นๆ ขณะที่บางอำเภอได้คัดเลือกสถานีนามัยที่เป็นศูนย์กลางของตำบลใกล้เคียง นอกจากนั้นจำนวนเวชกรฉุกเฉินซึ่งมีเพียง 3 คนนั้นก็น้อยเกินไป เพราะต้องขึ้นปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้เวชกรฉุกเฉินไม่มีเวลาพักผ่อน เกิดความเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าและไม่มีเวลาให้กับครอบครัว ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการลาออกหลังจากปฏิบัติงานได้ไม่นาน แม้

ว่าเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหลายคนจะมีความสุขและความพึงพอใจที่ได้ช่วยเหลือประชาชนในภาวะวิกฤตก็ตาม แต่การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก็เป็นภาระต่อเงินบำรุงของสถานีอนามัย อีกทั้งปัจจัยนำเข้าทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นเรื่องคน งบประมาณ การบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์ ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขเท่านั้น ยังไม่ได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภายนอก จึงทำให้เกิดปัญหาตามที่กล่าวมาข้างต้น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของไพศาล โชติกล่อมและคณะ⁽⁴⁾ ที่ศึกษารูปแบบการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพระดับเบื้องต้นของจังหวัดขอนแก่น ได้เชิญนายกเทศมนตรีและนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอเมืองขอนแก่นประชุมเพื่อกำหนดแนวทางและรูปแบบการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสามารถจัดตั้งหน่วยกู้ชีพตำบล / เทศบาลและเปิดให้บริการพร้อมกันจำนวน 18 หน่วย และเกิดความยั่งยืน

สำหรับรถยนต์ที่ใช้ในการรับ-ส่งผู้ป่วยที่ได้นำรถกระบะหลังคาสูงมาปรับปรุงใช้งานนั้น พบว่ามีปัญหาในการใช้งานมาก เพราะรถยนต์ทุกคันมีอายุมากกว่า 10 ปี พอใช้งานได้ระยะหนึ่งต้องซ่อมแซมและมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นจนส่งผลต่อเงินค่าตอบแทนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่จ่ายให้สถานีอนามัยตามผลงาน ซึ่งส่วนใหญ่ขาดทุน ไม่เพียงพอที่จะจ่ายเงินเดือน ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง เพราะต้องนำเงินไปซ่อมแซมรถยนต์ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสถานะเงินบำรุง หากมีการขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานภายนอก

นอก เช่นเดียวกับจังหวัดอุบลราชธานี ก็น่าจะช่วยลดปัญหาเรื่องรถยนต์ไปได้

การแจ้งเหตุผ่านหมายเลข 1669 พบว่ามีน้อยกว่าช่องทางอื่น เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ที่ให้บริการเป็นคนในพื้นที่ คู่กันเคยกับเจ้าหน้าที่ และบ้านอยู่ไม่ไกลจากสถานีอนามัยโดยตรง นอกจากนี้ พบว่า ในเขตรอยต่อจังหวัด บางครั้งโทรไปติดที่จังหวัดอื่นและต้องติดต่อกลับมาที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการของจังหวัดยโสธรอีกครั้ง ทำให้เสียเวลาในการให้บริการ ส่วนการปรับผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยไปถึงจุดเกิดเหตุภายใน 10 นาที ร้อยละ 81.57 เนื่องจากเวชกรฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ คู่กันเคยสภาพภูมิศาสตร์ และยังได้ทำแผนที่หมู่บ้านที่รับผิดชอบโดยใช้สัญลักษณ์ให้เห็นชัดเจนในบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีภาวะเสี่ยงที่ต้องใช้บริการบ่อย อีกทั้งบ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ห่างจากหน่วยกู้ชีพไม่เกิน 10 กิโลเมตร ซึ่งใช้ระยะเวลาไปถึงจุดเกิดเหตุเร็วกว่าการศึกษาของ ลัดดา ภัทรพรนนท์⁽⁵⁾ ที่พบว่าหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐานของจังหวัดอุบลราชธานี มีความรวดเร็วในการเข้าถึงตัวผู้ป่วยนับจากรับแจ้งเหตุถึงพบผู้ป่วยได้ภายใน 10 นาที เพียงร้อยละ 44.90 เนื่องจากบ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ห่างจากหน่วยกู้ชีพมากกว่า 20 กิโลเมตร

ด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับบริการ พบว่ามีความพึงพอใจที่มีบริการให้บริการของหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา ชาดิบุญชาชัย และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่าอาสาสมัครและประชาชนในตำบลสำราญ

อำเภอเมืองขอนแก่นและตำบลใกล้เคียงมีความพึงพอใจและสามารถให้บริการผู้บาดเจ็บและฉุกเฉินในตำบลสำราญได้ และการศึกษาของ อรรถพรณ สาดมะเริง และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าความคิดเห็นของผู้รับบริการด้านความพึงพอใจในจังหวัดนครพนมโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่มีหลายประเด็นที่พบจากการศึกษาที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ โดยเฉพาะอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ของหน่วยกู้ชีพที่ให้บริการที่บางครั้งไม่ไปส่งผู้ป่วยเพียงคนเดียว รวมทั้งวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ในรถยนต์ที่มีไม่เพียงพอและไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งต้องนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไข

ในด้านปัญหาอุปสรรคที่พบมากที่สุดของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ คือ สภาพรถยนต์ที่เก่าชำรุด ต้องซ่อมแซมบ่อย รองลงมา คือ อัตราค่าล้างเวชกรฉุกเฉินน้อยเกินไปนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของอิงอัมพร ทองดี⁽⁸⁾ ที่พบว่าปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ทำให้ผู้ให้บริการน้อยคือขาดเครื่องมือ อุปกรณ์ ยานพาหนะในการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่จะไม่ได้มาตรฐานเก่าใช้งานมานาน การใช้ยานพาหนะ อุปกรณ์ร่วมกับงานบริการอื่นๆ หรืองานประจำของโรงพยาบาล การขาดงบประมาณสนับสนุน หรือสนับสนุนน้อยไม่เพียงพอในการที่จะนำไปพัฒนางาน และการจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยตรง มีน้อย ไม่พอเพียง

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรควรทบทวนรูปแบบการบริหารจัดการ โดยเฉพาะเรื่องการโอนย้ายไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ยานพาหนะ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ว่ามีความพร้อมหรือความเป็นไปได้หรือไม่ เพราะสถานีอนามัย 11 แห่งมีรายจ่ายมากกว่ารายรับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากรถยนต์เก่าชำรุด ต้องซ่อมแซมบ่อย และอาจจะกระทบต่อสถานะเงินบำรุงในระยะยาว หน่วยงานทุกระดับตั้งจังหวัด อำเภอ และตำบล จึงควรมีการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอรับการสนับสนุนรถยนต์และงบประมาณในการดำเนินงาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงาน

การจ่ายค่าตอบแทนของเวชกรฉุกเฉินในปัจจุบันที่จ่ายตามผลงาน มีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งผู้เกี่ยวข้องมีความเห็นที่แตกต่างกัน ดังนั้น หากหน่วยกู้ชีพยังอยู่ที่สถานีอนามัยต่อไป ควรจัดประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันพิจารณาค่าตอบแทนที่เป็นธรรม

นอกจากนั้น คุณภาพบริการที่ยังไม่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะการที่เวชกรฉุกเฉินไปส่งผู้ป่วยเพียงคนเดียว หรือการที่ไป 2 คน แต่นั่งข้างหน้าทั้ง 2 คน โดยไม่ดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง และมีบางส่วนเป็นการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานีอนามัยไปโรง

พยาบาล ซึ่งเป็นปัญหาด้านบริหารจัดการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และโรงพยาบาล จึงควรร่วมกันพิจารณาหามาตรการเพื่อปรับปรุงแก้ไข

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์ของบุคลากรหลายฝ่ายด้วยกัน คณะผู้ศึกษาใคร่ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรพล ลอยหา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร และนายแพทย์จิณณพิภัทร ชูปัญญา ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาและคำแนะนำด้านวิชาการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2547.
2. http://narendhorn.moph.go.th/off_new_48/login.php Visited 28/12/2008.
3. http://narendhorn.moph.go.th/off_new_48/login.php Visited 28/12/2008.
4. ไพศาล โชติกล่อม และคณะ. การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น. เอกสารการสัมมนาระดับชาติ เรื่องอุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 7 “ชุมชนถนนปลอดภัย: มอเตอร์ไซด์ปลอดภัยอุบัติเหตุ”; 2022 มิถุนายน 2549 ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี. กรุงเทพมหานคร: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์; 2549.

5. ลัดดา ภัทรพรนนท์. การประเมินผลการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี; 2550.
6. วิทยา ชาติบัญชาชัย, นคร พิทยสุนทรศักดิ์ และไพศาล โชติกล่อม. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น 2547. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: สำนักงานโครงการวิจัยและตำราโรงพยาบาลขอนแก่น; 2548.
7. อรพรรณ สาตมะรัง, อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ จารุวรรณ นิพนพานนท์. การประเมินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับจราจรทางบก. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2551; 1: 51-58.”
8. อิงอัมพร ทองดี. ความพึงพอใจในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2549. กลุ่มประสานราชการ สำนักตรวจและประเมินผลกระทรวงสาธารณสุข; 2550.

Evaluation of Emergency Medical Service System of Basic Life Support in Yasothon Province

Prachumporn Kaweeorn, Benjarath Phuewreuannon,* Songsri Moolsarn**

Abstract

This study was conducted based on CIPP (Context, Input, Process and Product) model to assess the quality of Basic Life Support (BLS) service. The target populations were 99 health officers and 344 patients. Both qualitative data and quantitative data were collected between August and September 2008. The results were shown as follows; Context' twelve fully equipped health centers which functioned as BLS service were responsible for considerably large population and had a big budget support. Input' Yasothon Provincial Health Office provided a budget supporting the maintenance of vehicles, personal expense during training and some essential medical equipment. This was done via a sub-division, District Health Office who selected three qualified local citizens to be trained as Emergency Medical Technician – Basic (EMT-B). Process' each health center had similar model such as public relation, emergency medical service and wage expense but the management of EMT-B rotation was different in context. Product' People usually reported any emergency issues directly to the health center rather than via a hotline 1669. The 81.57% of injured people were reached and picked up in no more than 10 minutes. In terms of satisfaction, people were satisfied with the services provided. The most important difficulties encountered were the old and deceasing on-duty vehicles that often need reparations and insufficient EMT-B. Finally, recommendation' both officers and patients had a consistent opinion about obtaining new vehicles and increasing to at least 4 EMT-B at each health center. Moreover, most district administration officers felt that BLS services should be operated under the sub-district administrative organization control since they significantly had more budget support and workforce.

Key words: emergency medical service system (EMS), basic life support

* Yasothon Provincial Chief Medical Residence, Yasothon.

ระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดในระบบปีสภาวะของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วัฒน์ชัย อึ้งเจริญวัฒนา*

บทนำ

นิ้ระบบปีสภาวะเป็นปัญหาสาธารณสุขด้าน
คัดกรองระบบปีสภาวะที่สำคัญในภาคตะวันออกเฉียง
เหนือและภาคเหนือของไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
สนอง อุณาภูลและคณะ⁽¹⁾ พบว่าจังหวัดที่มีอุบัติการณ์
สูงสุด 5 อันดับแรกอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย
เฉพาะที่ จ.หนองคาย พบ อัตราการเกิดนิ้สูงถึง 102.9
ต่อแสนประชากร ต่อมา กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ได้
ทำการสำรวจ The first national health examination
survey ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
ใน 17 จังหวัด จำนวน 15,122 คน พบว่า อุบัติการณ์
ของผู้ป่วยนิ้ระบบปีสภาวะทั้งประเทศเท่ากับ 220 ต่อ
แสนประชากร เมื่อจำแนกตามภาคพบอุบัติการณ์โรค
นี้เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ ภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้ คือ 420, 300,
และ 100 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับใน
จังหวัดอุบลราชธานี ชวนะ เข้มเพชรพงศ์และคณะ⁽³⁾
ได้ศึกษาความชุกของผู้ป่วยนิ้ระบบปีสภาวะ จาก
ประชากรจำนวน 2,000 คน ทั้งในและนอกเขตเทศบาล
พบผู้ป่วยนิ้ 81 ราย คิดเป็น 4,050 ต่อแสนประชากร
ซึ่งนับว่าเป็นอัตราที่สูงมาก

ในปีพ.ศ.2549 สมาคมศัลยแพทย์ระบบ
ปีสภาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์⁽⁴⁾ ได้

รวบรวมข้อมูลโรคนิ้ทางเดินปีสภาวะในกลุ่มผู้ป่วยที่
เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 14 จังหวัดทั่วประเทศ
พบว่า อุบัติการณ์โรคนิ้ระบบปีสภาวะ เท่ากับ 266.2
ต่อแสนประชากร โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
พบอุบัติการณ์ 331.5 ต่อแสนประชากร ภาคเหนือ
202.5 ต่อแสนประชากร และภาคใต้ 285.5 ต่อแสน
ประชากร จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แนว
โน้มของอุบัติการณ์โรคนี้เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากภาพรวม
ของประเทศ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและ
ภาคเหนือมีแนวโน้มลดลง ขณะที่ภาคใต้กลับมีแนว
โน้มสูงขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเสี่ยงที่พบว่ามีผลต่ออุบัติ
การณ์และความชุกของโรคนิ้ได้แก่ เพศ อายุ
สภาพภูมิศาสตร์และเชื้อชาติ ตลอดจนโภชนาการและ
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร⁽⁶⁾ สมมติฐานที่เชื่อ
ว่าเป็นสาเหตุของการเกิดนิ้ระบบปีสภาวะของผู้ป่วยใน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ภาวะพร่องโพแทสเซียม
ของกนชนบท ซึ่งอาจเกิดจากการรับประทานอาหาร
น้อยเกินไปและมีการสูญเสียทางเหงื่อมากเกินไป หรือมี
การยับยั้งเอนไซม์ HK-ATPase โดยที่สารยับยั้งดัง
กล่าวเชื่อว่าน่าจะมียอยู่ในธรรมชาติ ทำให้พบผู้ป่วยโรค

* ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปีสภาวะ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดนี้ระบบปัสสาวะของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
วัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา

ให้ผู้ป่วยใหม่และรายเก่าที่เกิดนิ่วระบบปัสสาวะซ้ำเป็นจำนวนมาก⁽⁶⁾

ปัจจุบันวิธีการรักษาโรคนี้ระบบปัสสาวะที่นิยมใช้ผู้มี 3 วิธี คือการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิด การรักษาโดยการผ่าตัดส่องกล้อง และการรักษาโดยการสลายนิ่ว ทั้งนี้ในการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับขนาด รูปร่าง และตำแหน่งของก้อนนิ่ว ความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งทักษะและความเชี่ยวชาญของศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ และประการสำคัญขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยด้วย จากข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปีงบประมาณ 2551 พบว่า การรักษาโรคนี้ระบบปัสสาวะด้วยการผ่าตัดชนิดต่างๆ รวมทั้งสิ้น 19,413 ครั้ง ซึ่งเป็นผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึง 14,099 ครั้ง หรือร้อยละ 72.6⁽⁷⁾

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีผู้ป่วยนี้ระบบปัสสาวะในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่เป็นจำนวนมาก แต่จำนวนศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ จากข้อมูลในปี 2550 พบว่ามีศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะทั่วประเทศที่ปฏิบัติงานในภาครัฐจริง 115 คน โดยปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 31 คน และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 25 คน⁽⁸⁾ จะเห็นได้ว่าจำนวนศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลภาครัฐในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนน้อย ประกอบกับข้อจำกัดด้านจำนวนห้องผ่าตัดในแต่ละโรงพยาบาล ส่งผล

ผลให้ผู้ป่วยต้องรอรับการรักษาดำเนินการผ่าตัดเป็นเวลานาน และส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนเกิดภาวะไตวาย จากการศึกษาของ Al-Rohani⁽⁹⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในประเทศเยเมน ก็พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้สูงถึงร้อยละ 14.1 ทั้งที่มียังมีความรู้มานานแล้วว่าการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยโรคนี้ในบางส่วนสามารถป้องกันได้ หากได้รับการรักษาที่ทันท่วงที⁽¹⁰⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบรายงานระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดนี้ระบบปัสสาวะในประเทศไทย มีเพียงการแจ้งให้สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ทราบอย่างไม่เป็นทางการว่าระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดยาวนานมาก ในขณะที่ผลการศึกษากับอุบัติการณ์และความชุกของโรคนี้^(1-3,4) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดนี้ระบบปัสสาวะของผู้ป่วย โดยเน้นโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งต้องรับผิดชอบภาระงานเกือบทั้งหมดในการให้บริการแก่ผู้ป่วยนี้ระบบปัสสาวะ ผลจากการศึกษานี้จะช่วยทำให้ทราบถึงทรัพยากรที่จำเป็นต้องมีและพัฒนา เพื่อให้ทีมงานที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและนำเสนอผลการศึกษาต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นศัลยแพทย์หัวหน้าหน่วยระบบ

ปีสภาวะของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 14 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2551 ถึง มกราคม 2552

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม โรคนี้ทางเดินปัสสาวะของสัตว์เลี้ยงระบบปัสสาวะ จัดทำโดยสมาคมสัตวแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 7 ข้อหลัก และ 14 ข้อย่อย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้บริการเรื่องสลายนิ่ว ข้อมูลการให้การรักษานี้ทางเดินปัสสาวะ ปัญหาและอุปสรรคการให้บริการรักษานี้ทางเดินปัสสาวะ และข้อเสนอแนะการให้บริการอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยส่งแบบสอบถามให้สัตวแพทย์หัวหน้าหน่วยระบบปัสสาวะของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 14 แห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทางจดหมายราชการ โทรสาร

และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ในนามของสมาคมสัตวแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ติดตามข้อมูลโดยประสานทางโทรศัพท์กับสัตวแพทย์หัวหน้าหน่วยระบบปัสสาวะหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า จากโรงพยาบาลศูนย์ 6 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง มีจำนวนสัตวแพทย์ระบบปัสสาวะทั้งหมด 28 คน โดยจำนวนสัตวแพทย์ต่อโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-6 คน ในส่วนภาระงานการให้บริการผู้ป่วยที่งานผู้ป่วยนอกของสัตวแพทย์ระบบปัสสาวะ เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหา ระบบปัสสาวะทั้งหมด 10,112 ราย/เดือน และผู้ป่วยโรคนี้ระบบปัสสาวะจำนวน 5,398 ราย/เดือน ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยในที่ให้บริการในทั้งสองกลุ่ม เท่ากับ 2,268 และ 1,317 ราย/เดือน ตามลำดับ

ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดนี้ระบบปัสสาวะของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
วัฒน์ชัย อึ้งเจริญวัฒนา

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยระบบปัสสาวะ ผู้ป่วยนี้ระบบปัสสาวะ และจำนวนศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ

โรงพยาบาลจังหวัด	ผู้ป่วยนอก (ราย/เดือน)		ผู้ป่วยใน (ราย/เดือน)		ศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ (คน)
	โรคระบบปัสสาวะ	โรคนี้ระบบปัสสาวะ	โรคระบบปัสสาวะ	โรคนี้ระบบปัสสาวะ	
ขอนแก่น	1,505	683	423	202	3
นครพนม	310	100	120	65	1
นครราชสีมา	980	380	130	50	3
บุรีรัมย์	450	250	65	50	1
มหาสารคาม	782	321	230	148	2
ยโสธร	755	143	162	41	1
ร้อยเอ็ด	412	230	58	44	1
เลย	800	600	120	24	1
ศรีสะเกษ	400	360	130	100	1
สกลนคร	455	286	78	72	2
สุรินทร์	355	127	58	45	2
หนองคาย	350	200	40	25	1
อุดรธานี	928	788	164	135	3
อุบลราชธานี	1,630	930	490	370	6
รวม	10,112	5,398	2,268	1,317	28

2. ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคนี้ระบบปัสสาวะด้วยหัตถการที่มีความซับซ้อนจากมากไปหาน้อย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม (classification) ซึ่งมีนิยามและจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้ 1) Classification I ได้แก่ การผ่าตัด ANL, nephrectomy, pyelolithotomy, ureterolithotomy, percutaneous nephrolithotomy (PCNL), laparoscopic

nephrectomy, laparoscopic ureterolithotomy มีจำนวน 3,704 ราย 2) Classification II ได้แก่ การผ่าตัด ureterorenoscopic lithotripsy (URSL), transvaginal extraction (TVE), suprapubic cystolithotomy (SPL), transurethral lithotripsy (TUL) มีจำนวน 2,684 ราย และ 3) Classification III เป็นการทำ extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL) มีจำนวน 7,311 ราย

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยนี้ระบบปัสสาวะที่ได้รับการรักษาในปีงบประมาณ 2551

โรงพยาบาลจังหวัด	classification I (ราย)	classification II(ราย)	classification III(ราย)
ขอนแก่น	463	250	1,405
นครพนม	427	ไม่มีเครื่องมือ	59
นครราชสีมา	210	140	944
บุรีรัมย์	250	50	60
มหาสารคาม	248	147	958
ยโสธร	93	155	287
ร้อยเอ็ด	192	146	680
เลย	144	180	ไม่มีเครื่องมือ
ศรีสะเกษ	123	63	733
สกลนคร	51	64	330
สุรินทร์	194	41	ไม่มีเครื่องมือ
หนองคาย	178	98	148
อุดรธานี	266	135	688
อุบลราชธานี	865	1,215	1,019
รวม	3,704	2,684	7,311

ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดนี้ในระบบปีสภาวะของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
วัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา

3. ระยะเวลารอคอยผ่าตัด พบว่า มีผู้ป่วยโรคนี้ในระบบปีสภาวะรับการรักษาทั้งหมด 3,747 ราย แบ่งเป็น รอผ่าตัดแบบเปิด 1,265 ราย รอผ่าตัดแบบส่องกล้อง 452 ราย และรอสลายนีว 1,930 ราย ทั้งนี้โรงพยาบาล 1 แห่ง ไม่ได้แยกข้อมูลการผ่าตัดแบบเปิดและการส่องกล้องออกจากกัน แต่ระบุจำนวนผู้รับบริการในทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 100 ราย มีโรงพยาบาล 1 แห่งไม่สามารถทำผ่าตัดแบบส่องกล้องได้ เนื่องจาก

ไม่มีเครื่องมือ และมีโรงพยาบาล 2 แห่งไม่สามารถให้บริการสลายนีวได้ เนื่องจากไม่มีเครื่องมือเช่นกัน สำหรับระยะเวลารอคอย พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยในกลุ่มต่างๆ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ กลุ่มผ่าตัดแบบเปิด 6.4 เดือน กลุ่มผ่าตัดแบบส่องกล้อง 3.3 เดือน และกลุ่มสลายนีว 2.6 เดือน ส่วนระยะเวลารอคอยนานที่สุดในกลุ่มผ่าตัดแบบเปิด คือ 24 เดือน กลุ่มผ่าตัดแบบส่องกล้อง 10 เดือน และกลุ่มสลายนีว 6 เดือน ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระยะเวลารอคอยผ่าตัดจำแนกตามชนิดการรักษา

โรงพยาบาล จังหวัด	ผู้ป่วยรอการ ผ่าตัดแบบ เปิดแผล (ราย)	ระยะเวลา รอคอย (เดือน)	ผู้ป่วยรอการ ผ่าตัดแบบ ส่องกล้อง (ราย)	ระยะเวลา รอคอย (เดือน)	ผู้ป่วยรอการ สลายนีว (ราย)	ระยะเวลา รอคอย (เดือน)
ขอนแก่น	250	6	20	0.5	720	6
นครพนม	0	0	No	No	0	0
นครราชสีมา	60	3	20	2	100	3
บุรีรัมย์	30	1	0	0	0	0
มหาสารคาม	70	9	61	9.5	159	5
ยโสธร	0	0	0	0	0	0
ร้อยเอ็ด	96	10	76	8	50	1
เลย	96	8	50	3	No	No
ศรีสะเกษ	102	24	13	2	230	3
สกลนคร	300	12	30	10	280	6
สุรินทร์	*	**	*	**	No	No
หนองคาย	6	0.2	0	0	6	0.4
อุดรธานี	70	5	90	5	100	2
อุบลราชธานี	185	5	92	2.5	285	5
รวม (ยกเว้นสุรินทร์)	1,265	—	452	—	1,930	—

หมายเหตุ No=ไม่มีเครื่องมือ, *รวมการผ่าตัดแบบเปิดและการส่องกล้อง 100 คน, **รวมการผ่าตัดแบบเปิดและการส่องกล้อง 6 เดือน

วิจารณ์และสรุป

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดของผู้ป่วยโรคนี้ระบบปัสสาวะนานที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบเปิด โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ เพียง 1 คน และระยะเวลาการรอคอยสั้นที่สุด คือ การสลายนิ่ว อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีข้อมูลการรอคอยการผ่าตัดของผู้ป่วยที่แยกในแต่ละหัตถการ และการเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ส่งผลให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลบางแห่งเป็นค่าประมาณการ รวมถึงบางโรงพยาบาลสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ ทำให้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดในจังหวัดนั้น มีจำนวนเป็นศูนย์ ในขณะที่อีกโรงพยาบาลไม่มีระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดนี้ปัสสาวะ เนื่องจากสามารถส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ ด้วยเหตุผลทั้งจากปัญหาด้านโรคนี้ปัสสาวะ โรคที่เกิดร่วมกับโรคนี้ปัสสาวะ รวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

สำหรับระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดนี้ปัสสาวะในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2552 เท่ากับ 18, 12, 8, และ 4 เดือนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงระยะเวลาการรอคอยที่ลดลง เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวมีจำนวนศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยจำนวนศัลยแพทย์มีส่วนช่วยลดระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดได้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทำให้การแปลผลนั้นมีข้อจำกัดที่จะใช้ในการพิจารณาแก้ปัญหาระยะเวลาการรอคอยการผ่าตัดนี้ระบบปัสสาวะในภูมิภาคส่วนอื่นของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลส่วนนี้ไปเป็นแนวทางในการปรับระบบบริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะการเพิ่มปริมาณแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ และการสนับสนุนเครื่องมือที่จำเป็นในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีเครื่องมือดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว และน่าจะช่วยลดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการผ่าตัดนานลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Unakul S. Urinary stone in Thailand, a statistical survey. Siriraj Hosp Gaz 1961; 13: 199-214.
2. Chaimuangraj S, Leungwattanakij S, Gojaseni P. The current therapy of urinary calculi in Thailand. J Med Assoc Thai 2000; 83: 701-7.
3. ชวนะ เอี่ยมเพชรพงศ์, ชวนชัย เชื้อสาธุชน, นงเยาว์ พงศ์ปริตร และคณะ. โรคนี้ระบบปัสสาวะในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยาการพิมพ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี, 2536.

4. มณฑิรา ตัณฑานุช. ระบาดวิทยาของนิ่วทางเดินปัสสาวะในประเทศไทย. ใน วชิร ุชการ. 2 ทศวรรษ แห่งความภาคภูมิใจ สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, พ.ศ. 2550: หน้า 89-101.
5. วิฑูรย์ ประสงค์วัฒนา, พจน์ ศรีบุญลือ. ระบาดวิทยาของโรคนิ่วทางเดินปัสสาวะ. ใน พจน์ ศรีบุญลือ, ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, วิฑูรย์ ประสงค์วัฒนา, เกรียง ตั้งสง่า. โรคนิ่วไต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย ขอนแก่น, พ.ศ. 2543: หน้า 1-20.
6. พจน์ ศรีบุญลือ. ลักษณะและสาเหตุของโรคนิ่วไตในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ใน พจน์ ศรีบุญลือ, ปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์, วิฑูรย์ ประสงค์วัฒนา, เกรียง ตั้งสง่า. โรคนิ่วไต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, พ.ศ. 2543: หน้า 211-47.
7. สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, พ.ศ. 2551
8. สุเมธ ภัทวรธรรม. การกระจายตัวของศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะภาครัฐในโรงพยาบาลภูมิภาคของประเทศไทย. ใน วชิร ุชการ. 2 ทศวรรษ แห่งความภาคภูมิใจ สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, พ.ศ. 2550: หน้า 49-53.
9. Al-Rohani M. Cause of chronic renal failure at one center in Yemen. Saudi J Kidney Dis Transplant 2003; 14(1):80-3
10. Kleeman CR, Coburn JW, Brickman AS, Lee DBN, Narins RG, Ehrlich RM. Kidney stone-Interdepartmental Clinical conference, UCLA School of Medicine (Specialty conference). West J Med 1980; 132: 313-32.