

สรรพสิทธิเวชสาร

(Sappasitthiprasong Medical Journal)

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

1. เผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมและรวบรวมวิทยาการ การค้นคว้า ทางกายภาพ 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 สำหรับผู้นิพนธ์

การบอกรับ ค่าสมาชิกภายในประเทศ ปีละ 300 บาท หรือเล่มละ 120 บาท รวมค่าส่ง ติดต่อ คุณรัตนาวิ ดั่งควัฒนา 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 ความเห็นหรือการรับรองของกองบรรณาธิการและ โรงพยาบาล

เจ้าของ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์กวี	ไชยศิริ
นายแพทย์วิศิษฐ์	สงวนวงศ์วาน
นายแพทย์ศักดิ์ชัย	ธีระวัฒน์สุข
นางนวลจันทร์	ประเคนรี

บรรณาธิการ

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

กองบรรณาธิการ

นางสุเพียร	โกกทิพย์
นางนิศยา	สนิทวงศ์ ณ อยุธยา
นางสุวารี	เจริญมุขณันท
นางสาวยุพิน	ชัยเวชสกุล
นายสุพจน์	สายทอง

เจ้าหน้าที่สำนักงาน

นางรัตนาวิ	ดั่งควัฒนา
นางพัชริน	ทองเหลือง

พิมพ์ที่ ภาสกรพิมพ์ โทร. 045-261371

สรรพสิทธิประสงค์ ผู้อ่านสามารถนำข้อมูลจากการสารไปใช้ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการได้ กรณีนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ อื่น จะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกอง บรรณาธิการก่อน



ใบบอกรับสรรพสิทธิเวชสาร

เรียน เจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดส่งสรรพสิทธิเวชสาร

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

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

โปรดจัดส่งวารสารไปยัง

ชื่อ.....

ที่อยู่.....

ลงนาม.....

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

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 บทปฏิบัติ (review article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

1.3 บทความพิเศษ (special article) เป็นบทความประเภทกึ่งบทปฏิบัติกับบทความพื้นวิชา หรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบัน หรือเป็นความคิดเห็นในเรื่องใดจากประสบการณ์ของผู้เขียน

1.4 บทความพื้นวิชา (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 กับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

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 และวิธีวิเคราะห์ข้อมูล

2.6 ผลการศึกษา (results) รายงานผลการศึกษาเป็นคำบรรยาย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย อาจมีตารางที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวนอง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตารางกรณีรูปภาพ ใช้ภาพถ่ายที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์คำอธิบายรูปให้ใส่ไว้ได้รูป

2.7 วิจารณ์ (discussion) นำผลการศึกษามาอธิบายว่าตรงกับวัตถุประสงค์ 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 และเรียงต่อไปตามลำดับถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง นอกจากมีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วๆ 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 สวัสดิคุณพิพัส, พัชร เงินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, นวิวรรณ เขาวงกิตพิพัส, ยุวดี ตาพิพัส. 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. แพทยสมาคมฯ 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 ฟิโลฟัส, 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. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื้อมด. 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 คูจินดา, วินัย สุวดีติ, อรุณ วงษ์จิรายุทธ์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, 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 ศุภชุตกุล, งานจิตต์ จันทราธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมบีบีเทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. 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. ศุภชัย คุณารัตนพลฤกษ์, ศุภสิทธิ์ 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. ชัยมัย ชาลี. 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. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

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 [วิดีโอทัศน์]. 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 เพิ่มข้อมูลคอมพิวเตอร์

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 ในกรณีที่มิรูปลถ่ายให้ส่งรูปถ่าย 2 ชุด ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ใส่มาในซองหนาและขนาดพอเหมาะกับแผ่นกระดาษ ส่วนแผ่นดิสก์/ซีดีให้ส่งมาเมื่อได้รับแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ถ้าเป็นการทดลองในมนุษย์ ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการทดลองในมนุษย์ พร้อมลายเซ็นรับรองสำเนาด้วย

สำหรับเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ บรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้พิมพ์จำนวน 10 ฉบับต่อ 1 เรื่อง

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

รายงานผู้ป่วยจากการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในจังหวัดนครพนม 87

วิชัย เสนะสุทธิพันธุ์, ชีรพล โตพันธ์านนท์, เด่นชัย ศรีกิจ,
กัลยา ศรวงษ์, สุทธินันท์ ชวาลชิตพร, ดร.ณิ ดิษฐ์สูงเนิน

ประสิทธิภาพของครีมไพล (*Zingiber cassumunar* Roxb.) 99

เปรียบเทียบกับ diclofenac gel ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ศศิณัฐ ศรีโรจน์

ภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต ในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ 109

จากรอยโรคที่ไขสันหลัง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วรารุช ชีรลีกุล

กายภาพบำบัดในการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติครั้งที่ 24 “ดอกบัวเกมส์” 119

นิจกานต์ ต้นอ่อนเดช, ปิยพร ไชยกุล, สุภาพรณ บุญอารีย์,
อาทิตยา บุญผาโสภณ, พัสจิพร สายจำปา, สุวนิดย์ สีถาการ

บทบทวนวิชาการ

ความแตกต่างของหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 131

: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

สุเฟียร์ โภคทิพย์

รายงานพิเศษ

แนวโน้มปริมาณงานและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย 147

โรงพยาบาลวรินทร์ธาราบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2548-2550

มณีวรรณ เจริญ

CONTENT

EDITOR NOTE

ORIGINAL ARTICLE

- Streptococcus suis* Infection: A Series of 8 Human Cases** 87

in Nakhon Phanom, Northeastern Thailand

Wichai Senasuttipun, Teerapol Topultanon, Denchai Somkij,

Kanlaya Somwong, Sutthinan Chawanchitiporn, Darunee Ditsungnoen

- Effectiveness of Plai Cream Compared with Diclofenac Gel** 99

in Osteoarthritis of Knee

Sasinut Srirochana

- Vesicoureteric Reflux in Patients with Spinal Cord Lesion** 109

at Sappasitthiprasong Hospital

Warawut Teeraleekul

- Physical Therapy in 24th National Youth Sports "Dokbao Games"** 119

Nitjagan Tan-undet, Piyaporn Chaiyakul, Supapan Bunaree,

Atidaya Bubphasopa, Pasageeporn Saijampa

REVIEW ARTICLE

- Gender Differences in Persons with Acute Myocardial Infarction** 131

: An Integrative Review

Supian Pokathip

SPECIAL REPORT

- Work load trends and health care expenses of patients** 147

at Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani in fiscal year 2005-2007

Maneeewan Chareon



สารพินิตเวชสาร

MEDICAL JOURNAL OF UBON HOSPITAL

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2552 Vol. 30 No. 2 May - August 2009

บรรณาธิการแถลง

สารพินิตเวชสารฉบับนี้มีบทความที่ทำให้เกิดประเด็นที่น่าสนใจขึ้นมาในสองประเด็น จากบทความสองเรื่องด้วยกัน

ประเด็นแรกอาจยังไม่ค่อยคุ้นเคยนักสำหรับคนในแวดวงสาธารณสุขหลายๆ คน คือ ประเด็น “เพศภาวะ” หรือที่ภาษาอังกฤษใช้คำว่า “gender” ซึ่งหมายถึงบทบาท การแสดงออก และความคาดหวังของสังคมที่มีต่อเพศชายและเพศหญิง เป็นการสร้างขึ้นมามีกรอบของสังคมและวัฒนธรรมนั้นๆ ภายใต้บริบทโดยรวมและห้วงเวลา และแน่นอนว่าย่อมแตกต่างจากคำว่า “เพศ หรือ sex” โดยสิ้นเชิง เนื่องจากคำหลังนั้นมองที่ความแตกต่างทางกายภาพและชีวภาพเป็นสำคัญ นอกจากนั้น “เพศภาวะ” ยังส่งผลต่อวิถีคิดและการจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละเพศ รวมทั้งการเผชิญหน้าและการปรับตัวกับปัญหาทางสุขภาพ การแสวงหาการรักษา และปฏิกิริยาจากคนรอบข้าง บทบาททวนวิชาการเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในฉบับนี้ ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของสองคำนี้อย่างชัดเจน เพศเพศหญิงและเพศชายทางชีวภาพส่งผลต่อความแตกต่างของปฏิกิริยาของร่างกาย การเกิดโรค (pathophysiology) และการดำเนินโรค ขณะที่เพศภาวะส่งผลต่อการรับรู้และการแปลความหมายของความผิดปกติทางร่างกาย และเมื่อบวกกับปัจจัยด้านบทบาทของหญิง/ชาย (gender role) เข้าด้วยแล้ว ก็ส่งผลต่อการตระหนักถึงสภาวะโรค การแสวงหาการรักษา การพยากรณ์โรค หรือแม้กระทั่งแนวทางการดำเนินชีวิตหลังการเกิดโรค ซึ่งคงไม่เพียงแต่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเท่านั้น ภาวะสุขภาพและโรคอื่นๆ ก็ย่อมมีความแตกต่างเนื่องเพศและเพศภาวะได้

ประเด็นที่สองเกี่ยวข้องกับพื้นฐานทางด้านวัฒนธรรม บทความเรื่องการติดเชื้อ “สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส” ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียที่พบได้ในสุกร เป็นตัวอย่างหนึ่งของวัฒนธรรมอีสานที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โดยที่ความนิยมกินอาหารดิบของคนในภาคอีสานเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากการติดต่อของเชื้อมีเกิดขึ้นจากการสัมผัสโดยตรงหรือการกินอาหารที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ การจัดการหรือการควบคุมการติดต่อของเชื้อมีจึงต้องคำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมเข้าไปในแนวทางการดำเนินงานด้วย ขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์ก็ควรตระหนักถึงอิทธิพลทางวัฒนธรรมที่อาจส่งผลต่อสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยในการวินิจฉัยโรคและแนวทางในการให้การรักษาผู้ป่วย

บรรณาธิการ

รายงานผู้ป่วยจากการติดเชื้อ Streptococcus suis ในจังหวัดนครพนม

วิชัย เสนะสุทธิพันธุ์* ชีรพล โตพันธานนท์* เด่นชัย ศรีกิจ*

กัลยา สรวงศรี** สุทธินันท์ ขวาลชิตพิร** ตรีณิ ดิษฐ์สูงเนิน**

บทคัดย่อ

สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส เป็นเชื้อแบคทีเรียที่สามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตและโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้ทั้งในสุกรและมนุษย์ ความรุนแรงของโรคสามารถทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการได้ยินจนถึงขั้นหูหนวก และอาจทำให้เสียชีวิตได้ การรายงานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนอาการทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรักษาที่ได้รับ และแบบแผนความไวต่อยาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในจังหวัดนครพนม เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยติดเชื้อ S. suis 8 ราย เป็นชาย 6 ราย หญิง 2 ราย ซึ่งตรวจเพาะเชื้อจากกระแสโลหิตด้วยเครื่องอัตโนมัติ Bac/T Alert 3D ในนครพนม ประกอบกับผลการตรวจยืนยันจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผู้ป่วยทุกรายมีประวัติสัมผัสกับสุกรหรือเนื้อสุกรและรับประทานเนื้อสุกรสุกๆดิบๆเป็นประจำ มีอาการแสดงทางคลินิกกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิตคือ อาการไข้และปวดศีรษะในผู้ป่วยทุกราย ตามมาด้วยการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจหอบ อาเจียน และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ส่วนกลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ พบอาการคอแข็ง ทรงตัวลำบาก สับสน ไม่รู้สึกตัวและการได้ยินลดลงตามลำดับ ผู้ป่วยชาย 4 ราย มีประวัติโรคดื่มสุราจัด พบแบบแผนความไวต่อยาปฏิชีวนะ โดยที่เชื้อ S. suis ที่พบมีความไวต่อยาเพนิซิลินและยาแวนโคมัยซิน แต่ดื้อต่อยาคลินดามัยซินและอีริโทรมัยซิน ในรายงานนี้ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต แต่พบว่ามีอาการแทรกซ้อนหูหนวก ในผู้ป่วย 2 ราย แม้ว่าจะพบการติดเชื้อ S. suis ได้ไม่บ่อยก็ตาม แต่ก็ยังแสดงถึงการระบาดของเชื้อในภาคอีสาน เมื่อมีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ควรซักประวัติการสัมผัสกับสุกรและการรับประทานเนื้อสุกรสุกๆดิบๆ เพื่อสืบค้นการติดเชื้อ S. suis อันจะนำไปสู่การรักษาที่ทันทั่วถึงและเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

คำสำคัญ: สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส การติดเชื้อในกระแสโลหิต กลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

* โรงพยาบาลนครพนม จ.นครพนม

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

บทนำ

โรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส (*Streptococcus suis*; *S. suis*) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตค็อกคัส กรุ๊ปดี (*Streptococcus Group D*)⁽¹⁾ ซึ่งเป็นเชื้อโรคที่พบบ่อยในสัตว์ โดยมีสุกรเป็นพาหะนำโรค เมื่อเชื้อเข้ากระแสโลหิตจะทำให้เกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ⁽²⁾ ผู้ป่วยร้อยละ 54-80 จะสูญเสียการได้ยินจนถึงขั้นหูหนวกถาวรภายใน 24 ชั่วโมง ขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 30-50 อาจได้รับผลกระทบต่อระบบประสาทการทรงตัว^(3,4) ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 13^(3,4)

ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยตั้งแต่ปีพ.ศ.2530 โดยส่วนใหญ่พบอยู่ในจังหวัดภาคเหนือ ระหว่างปีพ.ศ.2536-2545 พบผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 65 ราย รวมทั้งการระบาดที่จังหวัดลำพูน ซึ่งมีอัตราป่วยตายร้อยละ 37⁽²⁾ มักพบในเกษตรกรผู้เลี้ยงสุกร คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนชำแหละเนื้อสุกร ผู้ที่หยิบจับเนื้อสุกรดิบเพื่อปรุงอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มคนที่ทำหน้าที่ต้องชำแหละซากสัตว์หรือทำงานในโรงฆ่าสัตว์ จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าคนทั่วไป⁽⁵⁻⁸⁾ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ การบริโภคเนื้อสุกรหรือเลือดสุกรที่ไม่สุก การสัมผัสกับสุกรที่เป็นโรคโดยเชื้อจะผ่านทางบาดแผลและรอยถลอก ถ้าหากไม่ได้รับการซักประวัติที่ครอบคลุมจะทำให้ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยล่าช้าได้

วิธีมาตรฐาน (gold standard) ในการตรวจวินิจฉัยโรคนี้ ได้แก่ วิธีการเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการตรวจแยกเชื้อและมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตามห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่มีรายงานผลเป็นเชื้อ *Streptococcus group D* หรือสเตรปโตค็อกคัส วิรินเดนส์ (*Streptococcus viridians*) ซึ่งเป็นเชื้อประจำถิ่นและก่อโรคได้เช่นกัน เนื่องจากการชันสูตรเชื้อ *S. suis* ต้องทำในห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการแยกชนิดของเชื้อเท่านั้น ผลการวินิจฉัยจึงไม่ถูกต้องตามความเป็นจริง ทำให้ไม่สามารถทราบอุบัติการณ์ที่แท้จริงของการเกิดโรคจากเชื้อ *S. suis* ได้

จังหวัดนครพนมมีโครงการ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินงานเฝ้าระวังเชิงรุกโรคปอดอักเสบ เพื่อหาอุบัติการณ์ของโรคและตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบในจังหวัดนครพนม มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 และมีการตรวจหาเชื้อแบคทีเรียก่อโรคที่เป็นสาเหตุโดยการเพาะเชื้อจากกระแสโลหิตในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบและผู้ป่วยเด็กที่สงสัยว่าติดเชื้อในกระแสโลหิต ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2548 โดยใช้เครื่องอัตโนมัติ Bac/T Alert 3D (bioMérieux, Hazelwood, Missouri, USA) พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อ *S. suis* จำนวน 8 ราย และมีรายงานยืนยันผลการตรวจจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะทบทวนอาการทางคลินิกของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงที่

มีผลต่อการติดเชื้อ การรักษาที่ได้รับ และแบบแผนความไวต่อยาของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *S. suis* ในจังหวัดนครพนม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวบรวม 3 ปี ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2549 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 12 แห่ง ในจังหวัดนครพนม ด้วยอาการไข้และสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิตและกลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยว่าป่วยด้วยโรคปอดบวม และมีผลการเพาะเชื้อจากเลือด พบเชื้อ *S. suis* เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนแฟ้มประวัติผู้ป่วย บันทึกทางการแพทย์และเวชระเบียน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ด้านประชากร ลักษณะอาการทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วยก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการสัมผัสโรคปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคด้วย เพื่อให้สามารถพรรณนาลักษณะทางคลินิกได้อย่างละเอียดและค้นหาสภาพเงื่อนไขก่อนหน้านั้นที่อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วยแก่บุคลากรใด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้งหมด 8 รายที่ได้รับการเพาะเชื้อจากเลือดและมีผลการตรวจยืนยันว่าพบเชื้อ *S. suis* (ตารางที่ 1) เป็นเพศชาย 6 รายหญิง 2 ราย อายุระหว่าง 29-69 ปี ทุกรายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดนครพนม ยกเว้นรายที่สองซึ่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอหลังจากนั้นถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสกลนคร ในแต่ละรายมีประวัติ ลักษณะทั่วไปและอาการแสดงดังนี้

1. เพศชาย อายุ 66 ปี อาชีพทำนา (พ.ค. 2549) ผู้ป่วยมีไข้ ปวดศีรษะ กระวนกระวาย ไม่รู้สึกตัว ตัวลาย คอแข็ง ประวัติผู้ป่วยชอบรับประทานเลือดเป็ดเป็นประจำ และให้ประวัติเลี้ยงสุกรในขณะป่วย คัมสุรนานๆ ครั้ง สูบบุหรี่วันละ 2 ซอง มีโรคประจำตัว คือโรคหัวใจ ผู้ป่วยหายจากโรคแต่ยังมีอาการวิงเวียนศีรษะและปวดศีรษะเป็นบางครั้ง โดยให้ประวัติก่อนหน้านี้ผู้ป่วยไม่มีอาการดังกล่าวมาก่อน

2. เพศชาย อายุ 69 ปี อาชีพข้าราชการบำนาญ (ก.ค. 2549) ผู้ป่วยมีไข้ ปวดหลัง ไม่รู้สึกตัว หายใจหอบ คอแข็ง ประวัติผู้ป่วยชอบรับประทานเลือดเป็ดเป็นประจำ และให้ประวัติเลี้ยงสุกรในขณะป่วยด้วย เลิกคัมสุรมา 20 ปี แล้ว แต่ยังสูบบุหรี่ประจำ

* อาหารประจำถิ่นของชาวอีสาน ประกอบด้วยเครื่องในสุกรสุกๆ ดิบๆ ที่ราดด้วยเลือดสุกรดิบ

รายงานผู้ป่วยจากการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในจังหวัดนครพนม

วิชัย เสนาะสุทธิพันธุ์ จีรพล โตพันธานนท์ เค่นชัย ศรีกิจ

กัลยา ศรวงษ์ สุทธินันท์ ขวาลชิตพิร ครุณี คิษฐ์สูงเนิน

3.เพศชาย อายุ 57 ปี อาชีพทำนาและรับจ้างก่อสร้าง (ม.ค. 2550) ผู้ป่วยมีไข้ 3 วัน ชีพจรสับสน ไม่รู้สึกตัว ก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีอาเจียนและถ่ายเป็นน้ำ อ่อนเพลีย มีประวัติบาดแผลในขณะฆ่าและสุกรคัดออกที่เลี้ยงไม่โตจากฟาร์ม รับประทานเนื้อสุกรสุกๆ ดิบๆ ผู้ป่วยดื่มสุราจัดวันละประมาณ 750 มิลลิลิตรในระยะ 1 เดือนก่อนป่วย และสูบบุหรี่เป็นประจำ ภายหลังการออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเดินไม่ตรง โชเซ เป็นระยะเวลา 1 เดือน และมีอาการวิงเวียนศีรษะ โดยผู้ป่วยไม่เคยมีอาการดังกล่าวมาก่อน

4.เพศหญิง อายุ 29 ปี อาชีพทำนา (พ.ค. 2551) ผู้ป่วยมีไข้สูง เหนื่อย อ่อนเพลีย มีอาการหนาวสั่น ปวดศีรษะมาก ปวดเมื่อย ต่อมามีอาการคอแข็ง หลังแข็ง หูอื้อ ไม่เคยดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นบางครั้ง ก่อนป่วยผู้ป่วยทำหน้าที่ปูลาปลาสุกรและสัมผัสเนื้อสุกรด้วยมือเปล่า ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผู้ป่วยมีอาการไคยันไม่ค่อยชัดเจนและเดินเซ

5.เพศชาย อายุ 43 ปี อาชีพทำนาและรับจ้างทั่วไป (ต.ค. 2551) ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะทั้งสองข้างอย่างรุนแรง ปวดเมื่อยตามตัว สับสน พูดยาไม่รู้เรื่อง คอแข็ง ประวัติชอบรับประทานเลือดปลาน้ำจืดเป็นประจำ ร่วมกับการสัมผัสสุกรฆ่าและ โดยใช้มือเปล่าแบ่งเนื้อสุกรออกเป็นกองๆ ผู้ป่วยดื่มสุราจัดและสูบบุหรี่วันละ 1-2 ซอง ภายหลังการออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังมีอาการวิงเวียนศีรษะ

6.เพศชาย อายุ 59 ปี อาชีพทำนา/รับจ้าง (มิ.ย. 2552) ผู้ป่วยมีไข้สูงลอย วิงเวียนศีรษะ รู้สึกว่าบ้านหมุน หูอื้อ ลูกนัยน์ไม่ได้ลืมตาไม่ขึ้น ชีพจรผิดปกติ ให้ประวัติการถ่ายอุจจาระมีพยาธิตัวแบนออกจำนวนมาก ผู้ป่วยดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ รับประทานเนื้อสุกรสุกๆ ดิบๆ และมีประวัติฆ่าและสุกรคัดออกที่เลี้ยงไม่โตจากฟาร์ม ภายหลังการออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการขึ้นทรงและตัวเดินได้ไม่ดี ร่วมกับฟังไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง

7.เพศชาย (ส.ค. 2552) มีไข้ ปวดศีรษะ ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ มีประวัติทำงานในฟาร์มสุกรแห่งหนึ่งในจังหวัดนครพนมและนำสุกรคัดออกที่เลี้ยงไม่โตมาฆ่าและรับประทาน ภายหลังออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยขึ้นทรงตัวและเดินได้ไม่ดี หูทั้ง 2 ข้าง ฟังไม่ได้ยิน

8.เพศหญิง อายุ 62 ปี อาชีพทำนา (พ.ย. 2552) ผู้ป่วยมีอาการไข้ วิงเวียนศีรษะขณะลูกนัยน์อุจจาระเหลว 2 ครั้ง และมีอาการเจ็บปวดที่เข้าปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ก่อนป่วยประกอบอาหารด้วยเนื้อสุกร

อาการทางคลินิกของผู้ป่วยติดเชื้อ *S. suis* ทั้ง 8 ราย มีอาการแสดงด้วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสโลหิต โดยพบว่ามีอาการไข้และปวดศีรษะทั้ง 8 ราย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 6 ราย หายใจหอบ 5 ราย อาเจียน 3 ราย และอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 2 ราย (แผนภูมิที่ 1) และมีอาการแสดงของกลุ่มอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โดยพบว่ามีอาการคอแข็ง 7 ราย ทรงตัวลำบาก 6 ราย สับสน ไม่รู้สึกตัว 4 ราย การได้ยินลดลง 2 ราย และหูหนวก 2 ราย (แผนภูมิที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Streptococcus suis*

ผู้ป่วย	1	2	3	4	5	6	7	8
เพศ/ อายุ (ปี)	ชาย/ 66	ชาย/ 69	ชาย/ 57	หญิง/ 29	ชาย/ 43	ชาย/ 59	ชาย/ 30	หญิง/ 62
อาชีพ	ทำนา	ทำนา	ทำนา	ทำนา	ทำนา	ทำนา	ทำนา	ทำนา
ประวัติการสัมผัส	กินเลือด	กินเลือด	ชำแหละ,	ปรุงอาหาร	ชำแหละ	ชำแหละ,	ชำแหละ	ปรุง
สุกร	แปลง,	แปลง,	กินเนื้อ	(ลาบ)	หมูด้วย	กินเนื้อ		อาหาร
	เลี้ยง	เลี้ยง	สุกๆดิบๆ		มือเปล่า	สุกๆดิบๆ		(ลาบ)
โรคประจำตัว	Myocardial	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
	infraction							
ดื่มสุรา	นานๆ ครั้ง	เลิกดื่มได้	ดื่มจัด	ไม่ดื่ม	ประจำ	ประจำ	ประจำ	ไม่ดื่ม
		20 ปี						
สูบบุหรี่	2 ของ/วัน	ประจำ	ประจำ	ไม่สูบ	1-2 ของ/	1-2 ของ/	ไม่สูบ	ไม่สูบ
					วัน	วัน		
ไข้ 24 ชม.แรก*	38	36.8	39	38.3	38.3	39.5	39.8	39
ประวัติมีไข้ (วัน)	3	4	3	2	4	3	1	1
CBC								
WBC (cells/ul)	33,100	ND	12,600	13,590	16,460	9,000	22,800	13,600
PMN (%)	96	ND	83	94	93	81	90	93.3
Platelet	217,000	ND	131,000	211,000	213,000	180,000	168,000	188,000
(cells/ul)								
CSF								
WBC (cells/ul)	1,030	ND	1,360	300	ND	ND	5,440	ND
PMN (%)	23	ND	82	30	ND	ND	97	ND
Sugar (mg/dl)	30	ND	19	18	ND	ND	34	ND
Protein (mg/dl)	222	ND	127	83	ND	ND	2556	ND
นอน รพ. (วัน)	12	1	12	14	4	17	9	4
การวินิจฉัย	Alteration of	Fever,	R/O	Muscle	Acute	Vertigo	R/O	Septic
แรกพบ	consciousness	Stupor	Meningitis	strain	fever		Meningitis	shock
การวินิจฉัย	Aseptic	Stupor	Meningitis	Bacterial	Scrub	Strep. gr D	Strep. suis	Septic
สุดท้าย	meningitis			meningitis	typhus	septicemia	meningitis	shock
ผลการรักษา	หาย	ส่งต่อ	หาย	หาย	หาย	หาย**	หาย**	หาย

หมายเหตุ: CSF=Cerebrospinal fluid, OP=Opening pressure (mmH₂O), WBC=White blood cells (cells/ul), PMN=

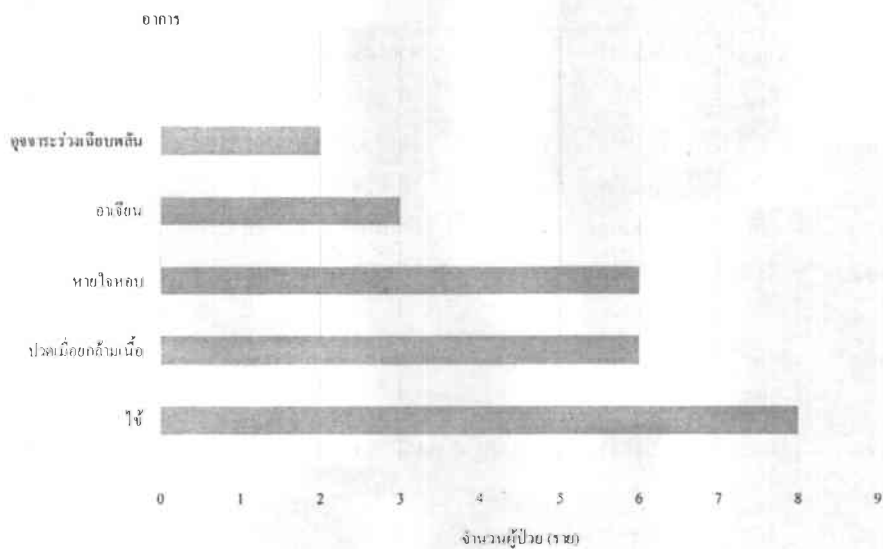
Polymorphonuclear cells, ND= Not done, *ไข้ใน 24 ชม.แรก = อุณหภูมิร่างกายสูงสุดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา, **พบภาวะแทรกซ้อนขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (หูหนวก)

รายงานผู้ป่วยจากการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในจังหวัดนครพนม

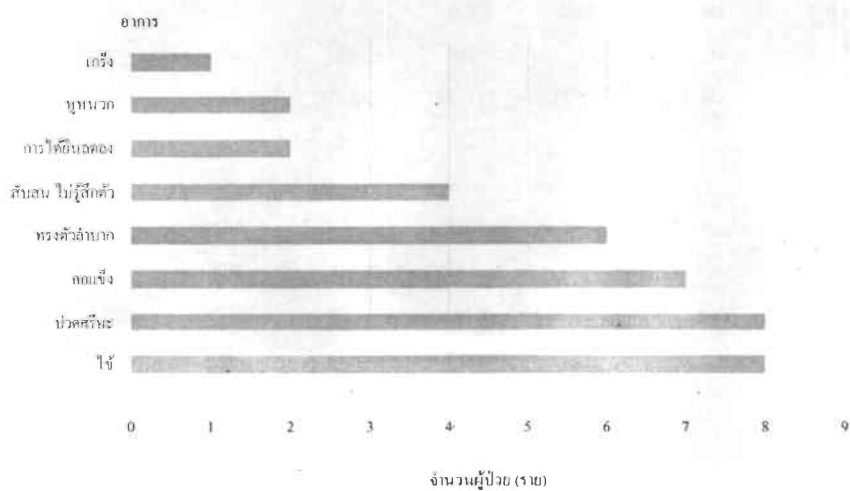
วิชัย เสนะสุทธิพันธุ์ ชีรพล โตพันธ์านนท์ เค่นชัย ศรีกิจ

กัลยา สรวงศ์ สุทธินันท์ ชวลลชิตพร ครุณี คิชู์สูงเนิน

แผนภูมิที่ 1 อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย *S. suis* ด้วยกลุ่มอาการการติดเชื้อในกระแสโลหิต



แผนภูมิที่ 2 อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย *S. suis* ด้วยกลุ่มอาการเชื้อเห้มนสมองอักเสบ



ด้านปัจจัยเสี่ยงนั้น ผู้ป่วยทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงจากการสัมผัสเลือดเมือกและสารคัดหลั่งจากสุกร ทั้งที่ใช้ในการประกอบอาหารหรือจากการชำแหละ ซึ่ง 3 รายมีปัจจัยเสี่ยงร่วมคือ การนำลูกสุกรที่เลี้ยงไม่โตจากแหล่งเดียวกันมาชำแหละและปรุงอาหาร แต่เป็นคนละช่วงเวลา ผู้ป่วยชาย 4 รายมีพฤติกรรมรับประทานเนื้อสุกรสุกๆดิบๆ และให้ประวัติชอบรับประทานเลือดแปลงเป็นประจำ ส่วนผู้ป่วยหญิงมีประวัติรับประทานเนื้อสุกรสุกๆดิบๆ เป็นบางครั้ง นอกจากนั้นในกลุ่มผู้ป่วยชายยังมีประวัติการสูบบุหรี่เป็นประจำ 5 ราย ดื่มสุราจัด 4 ราย และมีโรคหัวใจร่วมด้วย 1 ราย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจนับจำนวนเซลล์เม็ดเลือด (complete blood counts, CBC) พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ระหว่าง 9,000-33,100 เซลล์/ไมโครลิตร นิวโทรฟิลระหว่าง 81-96% จำนวนเกล็ดเลือด 131,000-217,000 เซลล์/ไมโครลิตร ผู้ป่วยจำนวน 4 รายได้รับการตรวจน้ำไขสันหลัง ซึ่งพบค่าเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลอยู่ระหว่าง 23-97% ระดับน้ำตาลระหว่าง 18-52 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และระดับโปรตีนสูงระหว่าง 83-364 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

แบบแผนความไวต่อยาปฏิชีวนะ การทดสอบเชื้อ *S. suis* จากผู้ป่วย 5 ราย (5 ตัวอย่าง) พบว่าไวต่อยาเพนนิซิลินและแวนโคไมซิน (vancomycin) ทุกสาย แต่ดื้อต่อยาคลินดามัยซิน (clindamycin) และยาอีริโทรไมซิน (erythromycin)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาต้านจุลชีพ cefthiazone (Cef-3) ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะชนิดกว้าง

(broad spectrum antibiotic) นอกนั้นเป็นการรักษาตามอาการ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนหูหนวกถาวรนั้น มี 1 รายได้รับยาปฏิชีวนะหลังการรับไว้ในโรงพยาบาลแล้ว 4 วัน เนื่องจากในช่วงแรกนั้นแพทย์มุ่งประเด็นไปที่อาการวิงเวียนศีรษะ (vertigo) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกรายมีอาการทุเลาลง

วิจารณ์และสรุป

เนื่องจากการตรวจชันสูตรเชื้อ *S. suis* ต้องใช้วิธีตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการแยกเชื้อเท่านั้น ฉะนั้นอาจเป็นไปได้ว่ามีการติดเชื้อในผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งมีอาการเข้ากันได้กับนิยาม แต่ไม่ได้รับการตรวจเพาะเชื้อทางกระแสโลหิต แพทย์จึงไม่สามารถวินิจฉัยได้เนื่องจากไม่มีผลการเพาะเชื้อยืนยัน ทำให้ไม่สามารถทราบอุบัติการณ์ที่แท้จริงของการเกิดโรคได้ อย่างไรก็ตามรายงานผู้ป่วยจำนวนทั้ง 8 รายที่พบในจังหวัดนครพนมในช่วงระยะเวลา 3 ปีที่ทำการศึกษานั้นก็ยังคงแสดงให้เห็นถึงการเกิดโรคติดเชื้อชนิดนี้อย่างต่อเนื่องในเขตภาคอีสาน แม้ว่าจะไม่เคยมีการรายงานมาก่อน

ด้านปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยทุกคนมีประวัติสัมผัสสุกร โดย 6 รายมีการสัมผัสจากการฆ่าหรือปรุงอาหารส่วนอีก 2 รายรับประทานเนื้อสุกรสุกๆดิบๆ โดยเฉพาะใช้เลือดสุกรสดประกอบอาหาร และรับประทานสดคล่องกับรายการศึกษาที่ระบุว่า การติดเชื้อในมนุษย์มีสาเหตุมาจากการสัมผัสเชื้อโรคจากสุกรโดยตรง⁽⁹⁻¹¹⁾ นอกจากนั้นยังพบการนำลูกสุกรที่เลี้ยงไม่โตจากแหล่งเดียวกัน ถึงแม้

รายงานผู้ป่วยจากการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในจังหวัดนครพนม

วิชัย เสนะสุทธิพันธ์ุ ธีรพล โตพันธานนท์ เค่นชัย ศรีกิจ

กัลยา ศรวงค์ สุทธินันท์ ขวาลชิตพร ครุณี คิษฐ์สูงเนิน

จะคนละช่วงเวลา มาช้าແລະและปรุงอาหาร
ข้อมูลนี้อาจช่วยยืนยันการพบเชื้อในลูกสุกรตัวที่
อ่อนแอหรือมีพัฒนาการล่าช้า⁽²⁾

ผู้ป่วยชายส่วนมาก (4 ราย) มีประวัติการดื่ม
สุราเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ
อมร ลีลาธรรมและคณะ⁽¹³⁾ ที่ได้รายงานว่า มีผู้ป่วย 3
รายติดเชื้อ *S. suis* และทุกรายให้ประวัติว่าดื่มสุรา
เป็นประจำ⁽¹³⁾ อัจฉรา พองคำและคณะ⁽¹⁴⁾ รายงาน
ผู้ป่วยจากจังหวัดลำพูนจำนวน 10 ราย ทุกรายดื่มสุรา
เป็นประจำเช่นกัน ข้อมูลดังกล่าวได้ช่วยให้เราเห็นว่
การดื่มสุราเป็นประจำนั้นเป็นประวัติที่สำคัญในผู้
ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อ *S. suis* ในการศึกษานี้มีผู้ป่วย
เพียง 1 รายที่มีประวัติโรคหัวใจร่วมด้วย ขณะที่ผู้
ป่วยส่วนใหญ่มีร่างกายแข็งแรงและไม่มีโรคประจำ
ตัวมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า
ผู้ป่วยส่วนมากมีสุขภาพแข็งแรงดีมาก่อน⁽⁹⁻¹¹⁾

ผู้ป่วยในการศึกษานี้ทั้ง 8 ราย มีอาการ
แสดงทางคลินิกสอดคล้องกับการทบทวนรายงาน
ในประเทศไทย⁽²⁾ ซึ่งพบว่าอาการเริ่มแรกของผู้ป่วย
จะมีไข้ โดยมีประวัติมีไข้ก่อนมาโรงพยาบาล 1-4
วันเฉลี่ย 3 วัน และหลังจากที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วย
ยังคงมีไข้สูงเกือบทุกราย มีเพียง 1 รายเท่านั้นที่
พบว่าไม่มีไข้ ปวดศีรษะและอาเจียน บางรายมี
อาการคอแข็งชัดเจน นอกจากนั้นยังพบอาการ ปวด
เมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจหอบ อาเจียน และอุจจาระ
ร่วงเฉียบพลัน ร่วมด้วยได้ โดยแพทย์ได้วินิจฉัย
เบื้องต้นว่าเป็นการติดเชื้อในกระแสโลหิตเพียง 1
ราย ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการเยื่อหุ้มสมองอักเสบร่วม
ด้วย มีอาการแสดงทางคลินิกอื่นที่สำคัญ คือ ทรง

ตัวลำบาก สับสนไม่รู้สีกตัว และการได้ยินลดลง ซึ่ง
แพทย์ได้วินิจฉัยว่ามีเยื่อหุ้มสมองอักเสบในผู้ป่วย
จำนวน 4 ราย การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีกร
ติดเชื้อระบบประสาท แพทย์มักจะพิจารณาตรวจ
หาเชื้อก่อโรคจากน้ำในช่องเยื่อหุ้มสมองและไข
สันหลัง (CSF) ด้วย ส่วนการเพาะเชื้อจากกระแส
เลือดจะสามารถระบุเชื้อก่อโรคได้หลังภายหลังการ
เจาะเลือด 3 วัน ซึ่งในทางปฏิบัติไม่ได้ช่วยในการวิ
ิจฉัยโรคและการเลือกให้ยาปฏิชีวนะในเบื้องต้น

ถึงแม้ว่าจะไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการ
รักษา ข้อมูลชุดนี้ไม่อาจสะท้อนภาพความเป็นตัว
แทนที่ดีในแง่การรักษาพยาบาลได้ เพราะอาจเป็น
ไปได้ว่ายังมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงแต่ไม่ได้รับการ
ตรวจหาเชื้อ หรือไม่สามารถระบุเชื้อได้อย่าง
ชัดเจน ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เกิดจากการกระบวนการ
ตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างไรก็ตามภาวะแทรก
ซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงทางการได้ยินที่พบในผู้
ป่วย 2 รายนั้น (ร้อยละ 25) มีอยู่ 1 รายที่ได้รับการปฏิชี
วนะล่าช้าไปถึง 4 วัน แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่า
เป็นผลจากการได้รับการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่ แต่
ก็เป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจต่อภาวะการติด
เชื้อนี้ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่ง
ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ยาปฏิชีวนะที่ใช้ในการรักษาอาการการ
ติดเชื้อ *S. suis* ในพื้นที่ศึกษานั้น มีอยู่ 3 ตัวหลักๆ
ด้วยกัน คือ เพนนิซิลินและแวนโคมัยซิน ซึ่งผลการ
ทดสอบความไวของยาต่อเชื้อนี้พบว่ามีความไวร้อย
ละ 100 และยังเป็นยาตัวเลือกตามคำแนะนำ⁽¹⁵⁾ ที่
ให้ผลการรักษาที่ดี อย่างไรก็ตามในรายงานครั้งนี้

จะเห็นได้ว่าแพทย์ผู้รักษาเลือกใช้ cefthiazone เป็นอันดับแรก เนื่องจากว่ามีความครอบคลุมในการรักษามากกว่า และประเมินผลการรักษาจากอาการทางคลินิก ถึงแม้จะทราบผลเชื้อก่อโรคในภายหลัง แต่หากอาการทางคลินิกดีขึ้นแพทย์ก็จะไม่พิจารณาเปลี่ยนยา

การพบผู้ป่วยติดเชื้อ *S. suis* ในพื้นที่ทั้งหัตถ์นครพนมครั้งนี้ น่าจะนำไปสู่การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังในพื้นที่ การพัฒนาการตรวจหาเชื้ออย่างครอบคลุมในผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรค เพื่อให้เกิดการรักษาที่ทันทั่วถึงและเหมาะสม เป็นการลดผลกระทบที่อาจจะเกิดจากการป่วยตายหรืออาการแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ หนองในกระดูก นอกจากนั้นรูปแบบความไวและการดื้อต่อยาต้านเชื้อจุลินทรีย์ช่วยให้แพทย์สามารถเลือกใช้ยาได้อย่างเหมาะสม ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การป้องกันการติดเชื้อ *S. suis* ซึ่งควรให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนถึงการเลี่ยงต่อการสัมผัสแหล่งโรค โดยเฉพาะการรับประทานเนื้อสุกๆ ดิบๆ ในหมู่ผู้ที่สัมผัสสุราจัดที่มักจะรับประทานเลือดสุกโดยไม่ปรุงให้สุกเสียก่อน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ โครงการ โรคติดเชื้ออุบัติใหม่จังหวัดนครพนม ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข ที่สนับสนุนการตรวจหาเชื้อ *S. suis* โดยวิธีการเพาะเชื้อจากกระแสโลหิต

เอกสารอ้างอิง

1. Kilian M. Streptococcus and Lactobacillus. In: Collier L, Balows A, Sussman M, editors. Topley and Wilson's microbiology and microbial infection. 9th ed. Vol. 2. London: Arnold; 1998, p.633-67.
2. ศุภกร ฟุ้งถัดดา, ประเสริฐ ทองเจริญ. โรคติดเชื้อสเตรปโตคอกคัส ซูอิสในมนุษย์: ทบทวนรายงานและจุลชีววิทยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14: 581-90.
3. Higgins R, Gottschalk M, Boudreau M, Lebrun A, Henrichsen J. Description of six new capsular types (29-34) of *Streptococcus suis*. J Vet Diagn Invest. 1995 Jul; 7 (3): 405-6.
4. Wangkaew S, Chaiwarith R, Tharavichitkul P, Supparatpinyo K. *Streptococcus suis* infection: a series of 41 cases from Chiang Mai University Hospital. J Infect 2006 Jun; 52 (6): 455-60.
5. Vilaichone RK, Vilaichone W, Nunthapisud P, Wilde H. *Streptococcus suis* infection in Thailand. J Med Assoc Thai 2002; 85 (Suppl) S109-17.
6. Cahattopadhyay B. Group R Streptococcal infection amongst pig meat handlers. A review. Public Health 1979; 93: 140-2.

รายงานผู้ป่วยจากการติดเชื้อ *Streptococcus suis* ในจังหวัดนครพนม

วิชัย เสนะสุทธิพันธุ์ ธีรพล โดพันธานนท์ เด่นชัย ศรีกิจ

กัลยา ศรวงค์ สุทธินันท์ ขวาลชิตพร ตรีณี คิษฐ์สูงเนิน

7. Watkins EJ, Brooksby P, Schwelger MS, Enright SM. Septicaemia in a pig-farm worker. *Lancet* 2001; 357: 38.
8. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. *Streptococcus suis*. [cited 2010 Jan 11]. Available from URL: http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheets.htm.
9. Arends JP, Zanen HC. Meningitis caused by *Streptococcus suis* in human. *Rev Infect Dis* 1988; 10: 131-7.
10. Kay R, Cheng AF, Tse CY. *Streptococcus suis* in Hong Kong. *Q J Med* 1995; 88: 39-47.
11. Lutticken R, Temme N, Hahn G, Barthelheimer EW. Meningitis caused by *Streptococcus suis*: case report and review of the literature. *Infection* 1986; 14: 181-5.
12. Vilaichone R, Vilaichone W, Nunthapisud P, Wilde H. *Streptococcus suis* infection in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2002; 85: S109-17.
13. Leelarasamee A, Nilakul C, Tien-Grim S, Srifuengfung S, Suaengrat W. *Streptococcus suis* toxic shock syndrome and meningitis. *J Med Assoc Thai* 1997; 80: 63-8.
14. Fomgkom A, Pruksakorn S, Mongkol R, Tharavichitkul P, Yoonim N. *Streptococcus suis* infection in northern Thailand. *J Med Assoc Thai* 2001; 80: 1502-8.
15. Suankratay C, Intalaporn P, Nunthapisud P, Arunyingmongkol K, Wilde H. *Streptococcus suis* meningitis in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2004 Dec; 35 (4): 868-76.

***Streptococcus suis* Infection: A Series of 8 Human Cases**

in Nakhon Phanom, Northeastern Thailand

Wichai Senasuttipun* Teerapol Topultanon Denchai Sornkij

Kanlaya Sornwong** Sutthinan Chawanchitiporn Darunee Ditsungnoen

Abstract

Streptococcus suis is a bacterial pathogen which can cause septicemia and meningitis in both pigs and human. The disease severity could lead to hearing loss and death in humans. This study aimed to review clinical features, risk factors, treatment, and drug sensitivity pattern in patients with *S. suis* infection in Nakhon Phanom, northeastern Thailand. We conducted a retrospective study of these patients during 2006-2009. Preliminary hemoculture results from an automatic machine Bac/T Alert 3D at Nakhon Phanom Hospital and confirmatory results from Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health, Thailand revealed a total number of eight cases with *S. suis* infection, six of them (75%) were male. Septicemia clinical features included fever and headache in all cases following by myalgia, difficulty in breathing, vomiting, and acute diarrhea. Meningitis clinical features included neck stiffness, poor standing balance, confusion and unconsciousness, and reduction in hearing loss, respectively. All cases had history of exposure to pigs or pork and regular consumption of undercooked pork and sometimes with raw pig blood. Four (67%) of 6 male cases had history of regular or heavy alcohol. Antibiotic sensitivity results showed that *S. suis* was sensitive to Penicillin and Vancomycin, but resistant to Clindamycin and Erythromycin. No death was reported. However, complications resulted in irreversible deafness in 2 cases. The findings in this study suggests that, even though *S. suis* infection is uncommon in humans, when patients seek health care at hospitals with septicemia and meningitis symptoms, clinicians should ask their history of exposure to pigs, consumption of undercooked pork. This investigation would lead to prompt treatment which can reduce complications.

Key words: *Streptococcus suis*, septicemia, meningitis

* Nakhon Phanom Hospital

** Nakhon Phanom Provincial Health Office

ประสิทธิผลของครีมไพล (Zingiber cassumunar Roxb.)

เปรียบเทียบกับ diclofenac gel ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม

ศศิณัฐ ศรีโรจน์*

บทคัดย่อ

การศึกษาผลการใช้ครีมไพลเปรียบเทียบกับการใช้ diclofenac gel เพื่อลดการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลาง เป็นการทดลองแบบสุ่ม มีกลุ่มควบคุมและผู้ประเมิน ไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด (experimental randomized single blinded controlled trial) โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาด้วยครีมไพล และกลุ่มที่ 2 ได้รับการรักษาด้วย diclofenac gel โดยให้ทานวันละ 3 ครั้ง และขนาดเบาๆ 30 วินาที ทุกวัน บริเวณที่มีอาการปวด เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินผลการรักษาด้วยระดับความรู้สึกปวดของผู้ป่วยโดยรวมโดยใช้ visual analog scale (VAS) และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยใช้ Modified WOMAC scale เปรียบเทียบระหว่างก่อนการศึกษาค้นคว้าและติดตามประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษากัน 22 คน เป็นกลุ่มครีมไพล 12 คน และ diclofenac gel 10 คน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ผลการลดความปวดของครีมไพลมีประสิทธิภาพดีกว่า diclofenac gel และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อประเมินด้วย VAS และ Modified WOMAC scale ระหว่างสัปดาห์ที่ 0-2 และสัปดาห์ที่ 0-4 เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ diclofenac gel อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ขณะที่ไม่พบผลข้างเคียงใดๆ จากการใช้ครีมไพล

คำสำคัญ โรคข้อเข่าเสื่อม ครีมไพล ความสามารถในการทำกิจกรรม

* แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อเรื้อรังชนิดหนึ่งเป็นโรคที่สัมพันธ์กับอายุที่พบบ่อยและพบได้ทั่วโลก มักพบบ่อยที่ข้อเข่า ข้อนิ้วมือ ข้อสะโพก โดยพยาธิสภาพของโรคอยู่ที่บริเวณกระดูกอ่อนที่บุที่ปลายกระดูก ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในเรื่องความเจ็บปวด และส่งผลให้เกิดสมรรถภาพการทำงานที่ลดลง⁽¹⁻⁴⁾ เนื่องจากโรคข้อกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพที่กระดูกอ่อน ทำให้ไม่สามารถรักษาจนกลับหายเป็นปกติเช่นเดิมได้ ส่วนใหญ่พยาธิสภาพจะดำเนินต่อไปเรื่อยๆ มีส่วนน้อยที่จะทรงตัวหรือดีขึ้น การรักษาโรคข้อชนิดนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อลดการเจ็บปวดและพยายามทำให้พยาธิสภาพที่กระดูกอ่อนดีขึ้น⁽¹⁻⁴⁾ การรักษาโดยทั่วไปประกอบด้วยการรักษาทางยารับประทาน ยาทาเฉพาะที่ การบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่า และวิธีการทางกายภาพบำบัด ปัจจุบันการรักษาแบบอนุรักษ์เป็นการรักษาสำหรับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมระดับน้อยถึงปานกลาง การใช้ยาทาเพื่อลดการอักเสบและอาการปวดข้อเข่าร่วมไปกับการรักษาทางยารับประทาน อย่างไรก็ตามยารับประทานมักเป็นกลุ่ม NSAIDs ซึ่งมีผลระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร ส่งผลกระทบต่อไตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นยาทาจึงเป็นทางเลือกที่ช่วยเสริมการรักษาได้และเกิดผลข้างเคียงน้อยกว่า

สมุนไพรไพล มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า Zingiber cassumunar Roxb. ซึ่งมีการศึกษาทางด้านเภสัชวิทยาของน้ำมันไพลทางด้านลดอาการ

อักเสบ พบว่าเฉพาะน้ำมันสกัดดิบเท่านั้นที่ให้ผลลดอาการบวมอักเสบทำหนู ส่วนสกัดย่อยอื่นๆ ไม่ได้ผล การศึกษาเบื้องต้นทางคลินิกพบว่าให้ผลในการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อและเคล็ดต่างๆเช่นกัน⁽⁵⁾ มีรายงานฤทธิ์ลดการอักเสบของสารสกัดไพลด้วยเฮกเซน⁽⁶⁾ รวมถึงสารที่สกัดได้จากไพลหลายชนิด เช่น เคอร์คิวมิน ซึ่งเป็นสารสีเหลือง⁽⁷⁻¹³⁾ น้ำมันหอมระเหย^(14,15) และสารอื่นๆ เช่น สาร (E)-4 (3',4'-dimethylphenyl) but-3-en-1-ol ที่ออกฤทธิ์ยับยั้ง prostaglandin⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้สาร (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) but-3-en-2-ol ขนาด 2.5 มล./กก พบว่าสามารถยับยั้งการอักเสบของอักเสบทำหนู ที่เหนียวแน่นด้วย carrageenin ได้ เมื่อป้อนเข้าสู่กระเพาะของหนูขาว โดยออกฤทธิ์ยับยั้งการมารวมกันของเม็ดเลือดขาว และการสร้าง prostaglandin⁽¹⁷⁾

เมื่อพัฒนาน้ำมันไพลให้อยู่ในรูปของเจล (ไพลเจล) แล้วนำมาทดสอบ พบว่าไพลเจลสามารถลดการอักเสบของอักเสบทำหนูได้ ในการศึกษาทางคลินิกพบว่าไพลเจลสามารถลดการบวมได้เทียบเท่ากับ piroxicam gel รวมทั้งยังลดความแดงและบรรเทาอาการปวดได้ผล⁽¹⁸⁾ เมื่อทดลองนำครีมไพล (ไพลจีซาล) ที่มีส่วนผสมของน้ำมันไพล 14 เปอร์เซ็นต์ ไปใช้ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม โดยให้ทาวันละสองครั้ง พบว่าสามารถลดการปวดบวมได้มากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อใช้ไปได้ 4 วัน และมีการใช้ยาแก้ปวด (paracetamol) ในสองวันแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับไพลจีซาลสามารถงอข้อเท้าได้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่การงอของฝ่า

เท่าไม่มีความแตกต่างกัน⁽¹⁹⁾ ซึ่งสารสำคัญในโพลที่มีผลต่อการยับยั้งการอักเสบ ได้แก่ (*E*)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD)⁽²⁰⁾ และสาร phenylbutenoids⁽²¹⁾

จากการทดลองฤทธิ์ของสาร (*E*)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD) ที่มีในโพลต่อการยับยั้งการอักเสบพบว่า DMPBD มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase และ lipoxigenase ของกระบวนการเมทาบอลิซึมของ arachidonic acid ที่ทำให้เกิดการอักเสบ⁽²⁰⁾ และการทดสอบสาร phenylbutenoids ในโพลจำนวน 7 ชนิด ต่อการยับยั้งเอนไซม์ในกระบวนการอักเสบ (cyclooxygenase-2)⁽²¹⁾ จะเห็นได้ว่าสารสกัดจากโพลมีฤทธิ์ลดการอักเสบ

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ได้ทำการผลิตครีมโพลขึ้นมาใช้เองโดยมีส่วนประกอบ คือ น้ำมันโพล 14% กานพลู การบูร และเมนทอล จึงได้นำมาศึกษาเปรียบเทียบกับ diclofenac gel เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางคลินิกต่อไป โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อช่วยในการรักษา ร่วมกับยารับประทาน ซึ่งถ้าผลการรักษาของครีมโพลมีประสิทธิภาพดีเทียบเท่ากับหรือดีกว่า diclofenac gel ในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม น่าจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับสมุนไพรไทยและสร้างรายได้ให้ชุมชนในท้องถิ่นได้

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงการทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างครีมโพล และ diclofenac gel โดยผู้ประเมินไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด (experimental randomized single blinded controlled trial) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1 ข้าง ตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อเข่าเสื่อมของ American College of Rheumatology⁽²²⁾ ดังนี้ อาการปวดเข่าร่วมกับอย่างน้อย 1 ใน 3 ข้อ คือ 1) อายุมากกว่า 50 ปี 2) ข้อตึงฝืด (stiffness < 30 นาที) 3) ตรวจร่างกายพบ crepitation ขณะเคลื่อนไหวข้อ ร่วมกับเอ็กซเรย์มีลักษณะ osteophyte โดยผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคในระดับน้อยถึงปานกลาง ตาม Index of severity for knee osteoarthritis เป็นแนวทางในการประเมิน

เกณฑ์ในการคัดออก ประกอบด้วย ประวัติการบาดเจ็บข้อเข่า เคยผ่าตัดข้อเข่า มีอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อของข้อเข่า เคยได้รับการฉีดยาเข้าข้อเข่า (hyaluronan) ภายในระยะเวลา 6 เดือน เคยได้รับยา corticosteroid ภายในระยะเวลา 3 เดือน เคยได้รับยา viartrel-s ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องปวดหลังและเอ็นสันเท้าอักเสบ และมีประวัติแพ้ยาแอสไพริน

ประสิทธิผลของครีมไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) เปรียบเทียบ
กับ diclofenac gel ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ศศิณัฐ ศรีโรจน์

หลังคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์แล้ว เก็บข้อมูลทั่วไปเพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว น้ำหนักส่วนสูง จากนั้นจึงสุ่มเลือกผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการรักษาเหมือนกันคือ สอนการใช้ท่าทางที่เหมาะสม การดูแลน้ำหนักตัว ระหว่างที่ทำการศึกษาผู้ป่วยสามารถรับประทานยาแก้ปวด acetaminophen^(23,24) ได้ถ้ามีอาการปวดข้อมาก โดยรับประทานครั้งละ 650 มิลลิกรัม

ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (กลุ่ม A) ได้รับการรักษาด้วยครีมไพล โดยให้ทาวันละ 3 ครั้ง และนวดเบาๆ 30 วินาที ทุกวัน บริเวณที่มีอาการปวด เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม (กลุ่ม B) ได้รับการรักษาด้วย diclofenac gel โดยให้ทาวันละ 3 ครั้ง และนวดเบาๆ 30 วินาที ทุกวัน บริเวณที่มีอาการปวด เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินผลการรักษาโดย

วัดระดับความรู้สึkpวดด้วย VAS Score และ Modified WOMAC Scale⁽²⁵⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างสองกลุ่มโดยใช้ Mann Whitney U test เปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มก่อนและหลังการรักษาด้วย Wilcoxon Matched pair signed rank test

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาจำนวน 24 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน โดยมี 2 คนในกลุ่มควบคุมไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบ 4 สัปดาห์ เนื่องจากมีความลำบากในการเดินทาง ไม่ได้เกิดจากผลข้างเคียงจากการทดลอง ดังนั้นเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยได้สมบูรณ์ 12 คน ในกลุ่มทดลองและ 10 คนในกลุ่มควบคุม เป็นผู้หญิงทั้งหมด 19 คน ผู้ชาย 3 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
อายุเฉลี่ย (ปี)	64.18	64.70
เพศชาย (คน)	1	2
เพศหญิง Z8oX	11	8
BMI (kg/m ²)	25.32	25.84
ตำแหน่งข้อเข่าเสื่อม		
- ข้างซ้าย	5	5
- ข้างขวา	7	5
VAS	44.73	46.0
Modified WOMAC scale	66.91	63.0

การประเมินผลการรักษาในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการรักษาโดยครีมไพล พบว่าค่ากลางคะแนนของ VAS และ Modified WOMAC scale ลดลงในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ (ตารางที่ 2) ส่วนผลการรักษาในกลุ่มควบคุมด้วย

diclofenac gel พบว่าค่ากลางของคะแนน Modified WOMAC scale มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทำการรักษา ส่วนค่าคะแนน VAS ถึงจะมีค่าลดลงทั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 แต่ก็ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ผลการรักษาในกลุ่มทดลอง (ครีมไพล) ก่อนและหลังการรักษา

ผลการรักษา	ก่อนทดลอง	สัปดาห์ที่ 2	p-value	สัปดาห์ที่ 4	p-value
VAS	46.0	36.5	0.004*	24.5	0.002*
Modified WOMAC scale	67.0	51.0	0.002*	40.0	0.002*

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดย Wilcoxon Matched pair signed rank test

ตารางที่ 3 ผลการรักษาในกลุ่มควบคุม (diclofenac gel) ก่อนและหลังการรักษา

ผลการรักษา	ก่อนทดลอง	สัปดาห์ที่ 2	p-value	สัปดาห์ที่ 4	p-value
VAS	48.0	45.5	0.57	43.0	0.07
Modified WOMAC scale	59.5	53.5	0.02*	50.0	0.01*

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดย Wilcoxon Matched pair signed rank test

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนทำการทดลองและในแต่ละสัปดาห์ (ตารางที่ 4) พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วยครีมไพล มีค่ากลางความต่างของคะแนน VAS และ Modified WOMAC scale เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วย diclofenac gel

ประสิทธิภาพของครีมไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) เปรียบเทียบ
กับ diclofenac gel ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ศศิณัฐ ศรีโรจน์

ตารางที่ 4 ค่ากลางความแตกต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 0-2 และสัปดาห์ที่ 0-4

ผลการรักษา	สัปดาห์ที่ 0-2			สัปดาห์ที่ 0-4		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
VAS	8.0	0.5	0.04*	19.5	2.5	0.02*
Modified WOMAC scale	11.0	5.0	0.03*	26.0	6.0	0.01*

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดย Mann Whitney U test

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า การรักษาในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงน้อยถึงปานกลางโดยใช้ครีมไพลช่วยลดอาการปวดและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่างๆ จะเห็นผลการรักษาที่ดีได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 และเห็นผลชัดเจนในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งพบว่าเมื่อประเมิน ด้วย VAS และ Modified WOMAC scale แล้ว มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกการประเมิน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าการรักษาด้วย diclofenac gel มีผลการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสัปดาห์ที่ 2 และ 4 เมื่อประเมินด้วย VAS แต่เมื่อประเมินด้วย Modified WOMAC scale พบว่ามีค่าดีขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการรักษาด้วย diclofenac gel ให้ความร้อนน้อยกว่าการรักษาด้วยครีมไพล ซึ่งความร้อนของครีมไพลจะส่งผลลดอาการปวดผ่านทฤษฎี gate control theory และ counter irritant effect และผลของครีมไพลมี

ฤทธิ์ลดการอักเสบได้ จากการศึกษาของ ทวีศักดิ์สุนทรชนศาสตร์และคณะ ได้พัฒนาน้ำมันไพลให้อยู่ในรูปของเจล (ไพลเจล) แล้วนำมาทดสอบพบว่าไพลเจลสามารถลดการอักเสบของอุ้งเท้าหนูได้ในการศึกษาทางคลินิกพบว่าไพลเจลสามารถลดการบวม ได้เทียบเท่ากับ piroxicam gel ทั้งยังลดความแดงและบรรเทาอาการปวดได้ผล⁽¹⁸⁾ เมื่อทดลองนำครีมไพล (ไพลจีซาล) ที่มีส่วนผสมของน้ำมันไพล 41 เปอร์เซ็นต์ ไปใช้ในผู้ป่วยข้อเท้าแพลง โดยให้ทาวันละสองครั้ง พบว่าสามารถลดการปวดบวมได้มากกว่ากลุ่มควบคุมเมื่อใช้ไปได้ 4 วัน โดยมีการกินยาแก้ปวด (paracetamol) ในสองวันแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับไพลจีซาล สามารถงอข้อเท้าได้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่การงอของฝ่าเท้าไม่มีความแตกต่างกัน⁽¹⁹⁾ Jeenapongsa R และคณะได้ศึกษาจากการทดลองฤทธิ์ของสาร (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD) ที่มีในไพลต่อการยับยั้งการอักเสบพบว่า DMPBD มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ โดยมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์

cyclooxygenase และ lipoxxygenase ของกระบวนการเมแทบอลิซึมของ arachidonic acid ที่ทำให้เกิดการอักเสบ⁽²⁰⁾ และการทดสอบสาร phenylbutenoids ในโพลีจำนวน 7 ชนิด ต่อการยับยั้งเอนไซม์ในกระบวนการอักเสบ (cyclooxygenase-2)⁽²¹⁾ ดังนั้นครีมไพลจึงสามารถลดการอักเสบของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นบริเวณรอบข้อเข่า ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวด ทำให้อาการปวดลดลง และผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้นตามมา

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยครีมไพลไม่เกิดผลข้างเคียงจนทำให้ผู้ป่วยต้องออกจากการศึกษา มีเพียงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการติดตามการรักษาในกลุ่มควบคุมเท่านั้นที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมจนครบระยะเวลาการศึกษาได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างก็ไม่ต้องใช้ยา acetaminophen เลยตลอดระยะเวลาการศึกษา ซึ่งแสดงถึงความปลอดภัยในการใช้ครีมไพลที่ทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้ผลิตขึ้นใช้เอง อีกทั้งครีมไพลเองก็มีประสิทธิภาพในการลดความปวด และสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่ด้อยกว่า diclofenac gel การส่งเสริมการใช้ครีมไพลจึงเป็นทางเลือกที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายและสนับสนุนการใช้สมุนไพรไทยอีกทางหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Edward D, Harris R. William Kelley' Text-book of Rheumatology, 6 ed .Philadelphia: W.B.Saunders company; 1995: p 1409-19.
2. อุทิศ ดีสมโชค. การดูแลรักษาโรคข้อกระดูกเสื่อม.ใน: อุทิศ ดีสมโชค, มนาริป โอศิริ, บรรณาธิการ. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อและรูมาติซึม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พีเคโปรมิเนนท์; 2548: หน้า178-93.
3. Goldburg MH. Epidimiology of osteoarthritis: Osteoarthritis diagnosis and management. Philadelphia: W.B.Saunders company; 1988: p 403-23.
4. William J, Harry W. Management of Osteoarthritis: A Textbook of Rheumatology. Philadelphia:W.B.Saunders company;1994: p 2169-99.
5. ศศิธร วสุวัต. การศึกษาผลทางเภสัชวิทยาของน้ำมันไพล ZINGIBER CASUMUNAR BOXB: การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย ครั้งที่10, กรุงเทพฯ; 2527: หน้า 218-9.

ประสิทธิภาพของครีมไพล (*Zingiber cassumunar* Roxb.) เปรียบเทียบ
กับ diclofenac gel ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม
ศศิณัฏฐ์ ศรีโรจน์*

6. Pongprayoon U, Tuchinda P, Claeson P, et al. Topical antiinflammatory activity of the major lipophilic constituent of the rhizome of *Zingiber cassumunar*, Part 2. *Phytomedicine* 1997; 3(4): 323-26.
7. Ghatak N, Basu N. Sodium curcumin as an effective antiinflammatory agent. *Indian J Exp Biol* 1972; 10: 235-6.
8. Srimal RC, Dhawan BN. Pharmacology of diferuloyl methane (curcumin), a non-steroidal anti-inflammatory agent. *J Pharm Pharmacol* 1973; 25(6): 447-52.
9. Mukhopadhyay A, Basu N, Ghatak N, Gujal PK. Antiinflammatory and irritant activities of curcumin analogs in rats. *Agents Actions* 1982; 12(4): 508-15.
10. Rao TS, Basu N, Siddiqui HH. Anti-inflammatory activity of curcumin analogs. *Indian J Med Res* 1982; 75: 574-8.
11. Kunchandy E, Rao MNA. Oxygen radical scavenging activity of curcumin. *Int J Pharm* 1990; 58(3): 237-40.
12. Deodhar SD, Sethi R, Srimal RC. Preliminary study on anti-rheumatic activity of curcumin (diferuloyl methane). *Indian J Med Res* 1980; 71: 632-4.
13. Satosar RR, Shah Shenoy SG. Evaluation of antiinflammatory property of curcumin (diferuloyl methane) in patient with postoperative inflammation. *International J Clin Pharmacol, Toxicol* 1986; 24(12): 651-4.
14. Wasuwat S, Soonthornsarathoon P, Boonkong P, et al. The pharmacological study on Nam Man Phlai, *Zingiber cassumuna* Roxb. Symposium on Science and Technology of Thailand, 10th Chiangmai, Thailand; 1984: A 79.
15. Wasuwat S, Nandhasri P, Suntornanasat T, Rojjanapothi W. Antiinflammatory action of Plai oil, *Zingiber cassumunar* Roxb. The First Princess Chulabhorn Science Congress, Bangkok, Thailand, Dec 10-13; 1987.
16. Panthong A, Kanjanapothi D, Niwatananum V, Tuntiwachwuttikul P, Reutrakul V. Antiinflammatory activity of compounds isolated from *Zingiber cassumunar*. *Planta Med* 1990; 56: 60.
17. Panthong A, Kanjanapothi D, Niwatananant W, et al. Anti-inflammatory activity of compound D {(E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) but-3-en-2-ol} isolated from *Zingiber cassumunar*. *Phytomedicine* 1997; 4(3): 207-12.
18. ทวีศักดิ์ สุนทรชนศาสตร์และคณะ. ไพลเจล: การวิจัยและพัฒนาเป็นยาทาภายนอกสำหรับการจัดการอักเสบอย่างครบวงจร. การสัมมนาแนวทางการพัฒนาสมุนไพรของประเทศไทย

- ไทย, กรุงเทพฯ, 13-14 กันยายน 2543; 2543: 289-91.
19. Laupattarakasem W, Kowsuwon W, Laupattarakasem P, et al. Efficacy of Zingiber cassumunar ROXB (Plygesal) in the Treatment of ankle sprain. Srinagarind Med J 1993; 8(3): 159-164.
20. Jeenapongsa R, Yoovathaworn K, Sriwatanakul K, et al. Anti-inflammatory activity of DMPBD, a phenylbutanoid from *Zingiber cassumunar*. Annual research abstracts and bibliography of non-formal publications 1994, Mahidol University 1995; 22: 327.
21. Ar-Reum H, Moon-Sun K, Yeon H J. Cyclooxygenase-2 inhibitory phenylbutenoids from the rhizomes of *Zingiber cassumunar*. Chem Pharm Bull 2005; 53(11): 1466-68.
22. Alman R, AscheE, Block D, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritic classification of OA of the knee. Arthritis and Rheumatism J 1991;18 :10-12.
23. Schinitzer TJ, Weaver AL. Efficacy of rofecoxib, celecoxib, and acetaminophen in patients with osteoarthritis of the knee. A combined analysis of the VACT studies. J Rheumatol 2005; 32(6): 1093-105.
24. Harvey E, Moskowitz Z, Roland W. Analgesic efficacy and safety Of nonprescription doses of naproxen sodium compared with acetaminophen in the treatment of osteoarthritis of the knee. American Journal of Therapeutics 2004; 11(2): 85-94.
25. เสก อักษรานุกรณะห้. Modified Womac Scale for knee pain. J Thai Rehabbilit 2000; 9 :82-8
26. ทวีสิน ต้นประยูร. ประชากรและตัวอย่าง. ใน: ภิมย์ กมลรัตน์กุล, มนต์ชัย ชลาประวรรตน์, ทวีสิน ต้นประยูร, บรรณาธิการ. หลักการ ทำวิจัยให้สำเร็จ. กรุงเทพฯ: เทกซ์ แอนด์ เจอร์ นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2542: หน้า 27.

Efficacy of Plai Cream Compared with Diclofenac Gel in Osteoarthritis of Knee

Sasinut Srirochana

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of plai cream with diclofenac gel on pain and functional ability in patients with mild to moderate degree of knee osteoarthritis (OA). The experimental study, randomized- blinded control trial was done in two groups of patients with mild to moderate OA knees. Group 1 received plai cream for four weeks, to apply over the knee joint area 30 seconds and three times a day. Group 2 received diclofenac gel for four weeks, to apply over the knee joint area 30 seconds and three times a day. The effectiveness of treatment was evaluated by visual analogue scale (VAS) and modified WOMAC (Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index) scale at week 0, 2, and 4. There were all 22 patients that twelve were in plai cream group, and ten were in diclofenac gel group. Each group had no difference in baseline data. The plai cream group presented more statistically significant improvement in VAS and modified WOMAC scale comparing between the outcomes at week 0 and week 2, and the outcome at week 0 and week 4 ($p < 0.05$). Plai cream revealed greater effectiveness than diclofenac gel in treatment of patients with mild to moderate degree of knee osteoarthritis.

Key words: Knee osteoarthritis, Plai cream , diclofenac gel, functional ability.

* Department of Rehabilitation Medicine; Sappasittiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

ภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไตในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ จากรอยโรคที่ไขสันหลัง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

วรารุช ชิริสกุล*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังเพื่อหาความชุกของการเกิดภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับ (vesicoureteric reflux, VUR) ในผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการเนื่องจากมีรอยโรคที่ไขสันหลัง ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติรอยโรคที่ไขสันหลัง ผลการตรวจ voiding cystourethrogram (VCUG) ประวัติเกี่ยวกับการเกิด VUR จากจำนวนผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการเนื่องจากรอยโรคที่ไขสันหลังและได้รับการตรวจ VCUG จำนวน 171 คน พบความชุกของการเกิดภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต ร้อยละ 11.11 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 81.87 สาเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไขสันหลังเนื่องมาจากอุบัติเหตุเป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 61.40 ระดับของการรอยโรคพบมากในระดับ L1-S1, C5-T1 และ T7-T12 ตามลำดับ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ จึงควรตระหนักถึงภาวะนี้มากขึ้น และทำการสืบค้นเพื่อให้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

คำสำคัญ : รอยโรคที่ไขสันหลัง, ภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ, ภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต

บทนำ

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ไขสันหลังที่พบบ่อยที่สุดจากการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 20 ปี ในการศึกษาของ McKinley และคณะ^[1] คือ ภาวะแผลกดทับไม่ว่ารอยโรคนั้นจะมีสาเหตุจากอุบัติเหตุ ก่อนเนื้องอก พยาธิสภาพแต่กำเนิด ภาวะติดเชื้อต่างๆ หรือโรคอื่นๆ ส่วนภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต (vesicoureteric reflux, VUR) ซึ่งพบในผู้ป่วยรอยโรคที่ไขสันหลังและมีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการ (neurogenic bladder) มักพบได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ในอดีตผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเสียชีวิตจากภาวะไตวายซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแพทย์ผู้รักษายังไม่ตระหนักถึงภาวะดังกล่าวและไม่ได้ทำการสืบค้น ซึ่งเป้าหมายหลักของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะนี้ คือ การคงสภาพการทำงานของไตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด

สำหรับการรักษาภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต มีแนวทางดังนี้ 1) การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาและป้องกันภาวะการติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ^[2] 2) การให้ยาลดความดันในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งเป็นยากลุ่ม anticholinergic เช่น oxybutinin choride, oxyphenecyclimine, tropium chloride เนื่องจากมีรายงานการศึกษา^[3,4] พบว่าความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ VUR^[2,5] 3) การผ่าตัด เช่น การผ่าตัดกรีดหูรูด (sphincterotomy) การผ่าตัดเพิ่มความ

จุของกระเพาะปัสสาวะ (bladder augmentation) การผ่าตัดตกแต่ง (vesicoureteroplasty) ผลการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดนั้นมีหลายรายงาน^[6-9] พบว่าช่วยให้ภาวะ VUR ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนการคาสายสวนปัสสาวะหรือเลือกที่จะสวนปัสสาวะค้างหลังจากตรวจพบ VUR ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่าอย่างไรที่มีผลดีต่อภาวะ VUR อย่างไรก็ตาม Gallien และคณะ^[10] พบว่าการบาดเจ็บขณะสวนปัสสาวะ clean intermittent catheterization (CIC) เป็นปัญหาสำคัญในการรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากนั้น Lamid^[11] พบว่าการคาสายสวนปัสสาวะไม่สามารถช่วยรักษาภาวะ VUR ได้ และไม่สามารถป้องกันการทำลายการทำงานของไตได้

ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการรักษาภาวะ VUR ที่ชัดเจน การเลือกการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วย ร่วมกับประสบการณ์ของแพทย์ผู้ทำการรักษาในประเทศไทยเคยมีการศึกษาผลการรักษาภาวะ VUR ด้วยยาหรือการผ่าตัด พบว่าไม่มีแนวทางใดทำให้ภาวะ VUR ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^[12]

ภาวะปัสสาวะย้อนกลับท่อไต สามารถทำการตรวจเพื่อสืบค้นภาวะดังกล่าวโดยการตรวจ voiding cystourethrogram (VCUG) ส่วนการตรวจทางยูโรพลศาสตร์ (urodynamic) เป็นการศึกษาการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ซึ่งเป้าหมายของการตรวจคือ การอธิบายสาเหตุของอาการผิดปกติจากการทำงานของระบบขับถ่ายปัสสาวะ แต่ไม่ได้เป็นการสืบค้นภาวะปัสสาวะย้อนกลับท่อไต สำหรับกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาล

สรรพสิทธิประสงค์ ได้มีแนวทางปฏิบัติในการตรวจ VCUG เพื่อหาภาวะ VUR โดยนัดผู้ป่วยมาตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ทั้งนี้มีหลายสถาบันแนะนำให้ทำการตรวจผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทุก 1 ปี ในช่วง 5-10 ปีแรก ถ้าไม่พบความผิดปกติอะไรจึงนัดตรวจห่างขึ้น^[2] จากการศึกษาของ ชญานุช ทองจิมและคณะ^[12] พบภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต ในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการจากรอยโรคที่ไขสันหลังเป็นจำนวนร้อยละ 20.8 ส่วนการศึกษาของ Chapple และคณะ^[4] พบความชุกของการเกิด VUR ร้อยละ 8.6

ดังนั้นการศึกษานี้จะช่วยให้ทราบถึงความชุกของภาวะดังกล่าว ซึ่งน่าจะช่วยให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการตระหนักถึงภาวะนี้มากขึ้น และทำการสืบค้นเพื่อให้ดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่มีรอยโรคที่ไขสันหลังและไม่มี ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะตั้งแต่

กำเนิด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย spinal unit โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 171 คน โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนและแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สาเหตุและระดับของรอยโรคที่ไขสันหลัง ผลการตรวจและประวัติเกี่ยวกับการเกิด VUR และยาที่ใช้เป็นประจำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และแสดงค่าความชุกของการเกิดภาวะ VUR เป็นร้อยละ

ผลการศึกษา

ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาจำนวน 171 คน เป็นชาย 140 คน หญิง 31 คน อายุระหว่าง 5-77 ปี เฉลี่ย 43.20 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-60 ปี (ตารางที่ 1) สาเหตุของรอยโรคที่ไขสันหลังส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากแรงกระแทกบริเวณสันหลัง (trauma) ระดับของรอยโรคที่ไขสันหลังพบมากในระดับ L1-S1, C5-T1 และ T7-T12 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต ในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการ
จากรอยโรคที่ไขสันหลัง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
วรารุณ ชีรสิทธิ์กุล

ตารางที่ 1 ช่วงอายุและเพศของผู้ป่วย

ช่วงอายุ	ชาย (คน / ร้อยละ)	หญิง (คน / ร้อยละ)	รวม (คน / ร้อยละ)
0-20 ปี	9 (6.43)	2 (6.45)	11 (6.4)
21-40 ปี	56 (40.00)	8 (25.81)	64 (37.4)
41-60 ปี	59 (42.14)	14 (45.16)	73 (42.7)
61-80 ปี	16 (11.43)	7 (22.58)	23 (13.5)
รวม	140 (81.87)	31 (18.13)	171 (100)

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุของรอยโรคและระดับของรอยโรคที่ไขสันหลัง และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลัง

สาเหตุของรอยโรค	คน (ร้อยละ)	ระดับของรอยโรค	คน (ร้อยละ)
Trauma	105 (61.40)	C1 - C4	9 (5.26)
Tumor	7 (4.09)	C5 - T1	38 (22.22)
Myelomeningocele	2 (1.17)	T2 - T6	11 (6.43)
Myelitis	14 (8.19)	T7 - T12	30 (17.54)
TB spine	8 (4.68)	L1 - S1	50 (29.24)
Other	27 (15.79)	S2 - S4	-
No data	8 (4.68)	No data	33 (19.30)

ในการศึกษานี้พบผู้ป่วยที่มีภาวะ VUR ทั้งสิ้น 19 คน คิดเป็นร้อยละ 11.11 ของจำนวนผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยเป็นเพศชาย 16 คน คิดเป็นร้อยละ 84.21 และเพศหญิง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.79 ระยะเวลาที่เริ่มตรวจพบภาวะ VUR ในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการที่มีรอยโรคที่ไขสันหลัง อยู่ระหว่าง 1-324 เดือน (เฉลี่ย 36.70 เดือน)

สำหรับข้อมูลยาที่ใช้เป็นประจำ จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะ VUR และกลุ่มที่ไม่พบภาวะ VUR พบว่ามี 95 คน ไม่ได้ใช้ยาชนิดใดเลย และผู้ป่วยจำนวน 76 คน ที่ใช้ยาประจำอย่างน้อย 1 ชนิด ในกลุ่มที่มีการใช้ยาประจำนี้มีผู้ป่วย 10 คน ที่มีภาวะ VUR ส่วน 66 คนที่เหลือไม่พบภาวะดังกล่าว ซึ่งในตารางที่ 3 ได้แสดงการใช้ยาแต่ละกลุ่มและการพบภาวะ VUR

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้ยาเป็นประจำและการพบภาวะ VUR

กลุ่มยา	VUR	No VUR	รวม (ร้อยละ)
Anticholinergic			
-ได้รับยา	0	8	8(10.53)
-ไม่ได้รับยา	10	58	68 (89.47)
Antidepressant			
-ได้รับยา	0	9	9(11.84)
-ไม่ได้รับยา	10	57	67 (88.16)
Cholinergic			
-ได้รับยา	0	3	3(3.95)
-ไม่ได้รับยา	1	63	73 (96.05)
Alphablocker			
-ได้รับยา	3	4	7(9.21)
-ไม่ได้รับยา	7	62	69 (90.79)
Antispastic			
-ได้รับยา	7	42	49(64.47)
-ไม่ได้รับยา	3	24	27 (35.53)

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่าความชุกของการเกิดภาวะ VUR ในกลุ่มที่ศึกษาร้อยละ 11.11 ซึ่งสูงกว่ารายงานการศึกษาในต่างประเทศ^(3,4) แต่ก็ยังต่ำกว่ารายงานในประเทศไทยของชญาบุช ทองฉิมและคณะ⁽¹²⁾ รวมทั้งระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เกิดรอยโรคที่ไขสันหลังจนกระทั่งตรวจพบภาวะ VUR ครั้งแรกเป็นระยะเวลาประมาณ 3 ปี ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ Foley และคณะ⁽³⁾ และชญาบุช ทองฉิมและคณะ⁽¹²⁾ นอกจากนั้นมีสังเกตว่าระยะเวลาดังแต่เกิดรอยโรคจนถึงขณะที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการตรวจ VCUG นั้นมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งอาจจะเกิดจากระบบการติดตามและส่งต่อผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนพอ ทำให้บางรายได้รับการตรวจวินิจฉัยช้ากว่าที่ควรจะเป็น ประกอบกับในผู้ป่วยบางรายไม่มาติดตามการรักษาตามที่แพทย์ได้นัดหมายเนื่องจากมีฐานะยากจนและบ้านอยู่ไกล รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาโรงพยาบาลลำบาก

เนื่องจากภาวะไตวายเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงเป็นเหตุที่ต้องเฝ้าระวังและสืบค้นหาภาวะดังกล่าว เพื่อคงสภาพของไตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือชะลอไม่ให้งานการทำงานของไตแย่ลงไปกว่าเดิม ถึงแม้ว่าจะเคยมีรายงานของ ธนพร ลาภรัตนกุล⁽¹³⁾ ทำการศึกษาระดับ creatinine clearance ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่างเนื่องจากโรคที่ไขสันหลัง และพบว่ามีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างจากคนปกติ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีข้อมูลค่าการทำงานของไต จึงไม่สามารถแสดง

ได้ว่าการทำงานของไตเมื่อตรวจพบภาวะ VUR เป็นอย่างไร

เมื่อตรวจพบภาวะ VUR แล้วแนวทางการรักษาหลักคือการใช้ยาหรือการผ่าตัด ยาที่พิจารณาให้ ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ ยาลดความดันในกระเพาะปัสสาวะ ยากลายหูด ตามลักษณะอาการทางคลินิก ซึ่งต้องอาศัยการตรวจปัสสาวะ การเพาะเชื้อในห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการตรวจ cystometry โดยระยะเวลาที่นัดผู้ป่วยมาติดตามการรักษาครั้งแรกประมาณ 2-3 เดือน แล้วจึงประเมินว่าภาวะ VUR ดีขึ้นหรือเลวลง โดยประเมินจากระดับความรุนแรง (grading) ของ VUR ส่วนการผ่าตัดจะพิจารณาเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล อย่างไรก็ตาม ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ยังไม่มี การผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะดังกล่าว โดยแพทย์ศัลยกรรมระบบปัสสาวะมักพิจารณาทำ suprapubic cystostomy ซึ่งน่าสนใจศึกษาต่อไปว่าวิธีนี้ส่งผลต่อการรักษาภาวะนี้ได้อย่างไร แม้จะพบว่าการคาสายสวนปัสสาวะไม่สามารถช่วยรักษาภาวะ VUR⁽¹⁴⁾ ได้ แต่ในประเทศไทยก็ยังไม่เคยมีรายงานการติดตามผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะไว้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดของขนาดตัวอย่างที่น้อยเกินไปและไม่ได้นำปัจจัยพื้นฐานเช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่เกิดโรค สาเหตุของโรค ระดับความรุนแรง ระดับของการบาดเจ็บ และยาที่ใช้ประจำมาหาความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ VUR เนื่องด้วยการศึกษามุ่งเน้นเพื่อหาความชุกของการเกิดภาวะ

VUR เป็นหลัก ร่วมกันเป็นการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง ทำให้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล ซึ่งน่าจะทำการศึกษาและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ VUR ร่วมกับผลการรักษา

สรุป

ในผู้ป่วยรอยโรคที่ไขสันหลังร่วมกับภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์พบภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับร้อยละ 11.11 แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการควรตระหนักถึงภาวะนี้มากขึ้นและทำการสืบค้นเพื่อให้การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

เอกสารอ้างอิง

- McKinley WO, Jackson AB, Cardenas DD, De Vivo MJ. Long-term medical complications after traumatic spinal cord injury: A regional model systems analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999; 80: 1402-10.
- Linszenmeyer AT, Stone MJ, Steven AS. Neurogenic Bladder and Bowel Dysfunction. In : Delisa JA, editor. *Physical Medicine and Rehabilitation-Principle and Practice*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins; 2005. p.1619-53.
- Foley SJ, McFarlane JP, Shah PJR. Vesico-ureteric reflux in adult patients with spinal injury. *Br J Urol.* 1997; 79: 888-91.
- Chapple CR, Christmas TJ, Turner-Warwick RT. Vesicoureteric reflux in adult male. *Br J Urol.* 1990; 65: 144-47.
- Diana D, Cardenas, Michael E, Mayo. Management of Bladder Dysfunction. In : Braddom RL, editor. *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: Elsevier; 2007. p.617-35.
- Catz A, Luttwak Z, Agranov E, Ronen J, Shpaser R, Paz A, et al. The role of external sphincterotomy for patients with spinal cord lesion. *Spinal cord.* 1997; 35: 48-52.
- Nomura S, Ishido T, Tonaka K, Komiya A. Augmentation ileocystoplasty in patients with neurogenic bladder due to spinal cord injury or spina bifida. *Spinal cord.* 2002; 40: 30-3.
- Burgdoerfer H, Bohatyrewicz A. Bladder outlet resistance decreasing operations in spinal cord damaged patients with vesicoureteral reflux. *Paraplegia* 1992; 30: 256-60.
- De Filipo RE, Bochner BH, Skinner D, G. An alternative ureteroileal reimplantation used in augmentation cystoplasty for neurogenic bladder with bilateral vesicoureteral reflux. *J Urol* 1998; 160: 1416-7.

10. Gallien P, Nicolas B, Robineau S, Le Bot M-P, Durufle A, Brissot R. Influence of urinary management on urologic complications in a cohort of spinal cord injury patients. Arch Phys Med Rehabil. 1998; 79: 1206-9.
11. Lamid S. Long-term follow up of spinal cord injury patients with vesicoureteric reflux. Paraplegia 1988; 26: 27-34.
12. ชญานุช ทองนิม, นลินทิพย์ ดำนานทอง, ปรีดา อารยาวิชานนท์. ภาวะปัสสาวะไหลย้อนกลับท่อไต ในผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการจากรอยโรคที่ไขสันหลังที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์.(อยู่ในระหว่างรอตีพิมพ์ในเวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร)
13. ธนพร ลาภรัตนากุล, นลินทิพย์ ดำนานทอง. ระดับของ creatinine clearance ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง เนื่องจากรอยโรคที่ไขสันหลัง. J.Thai Rehabil 2007; 17(2): 64-69.

Vesicoureteric Reflux in Patients with Spinal Cord Lesion

At Sappasitthiprasong Hospital

Warawut Teeraleekul*

Abstract

The objective of this retrospective descriptive study was to determine the prevalence of vesicoureteric reflux (VUR) in patients with spinal cord lesion at Spinal Unit, Sappasittiprasong Hospital. There were 171 patients with neurogenic bladder due to spinal cord lesion who had underwent voiding cystourethrography (VCUG) and were admitted to hospital. The medical records were retrospectively reviewed to collect demographic data, VCUG results, and treatment outcome. The prevalence of VUR was 11.11%. Most of them were male (81.87%). The main etiology was traumatic spinal cord injury (61.40%). Twenty-nine percents had lesion at L1-S1 level. There was high prevalence of VUR in patients with neurogenic bladder from spinal cord lesion. Therefore, physicians should be concerned over this condition and follow up patients regularly.

Key words: vesicoureteric reflux, spinal cord lesion, neurogenic bladder

*Department of Rehabilitation Medicine, Sappasittiprasong Hospital, Ubon Ratchathani.

กายภาพบำบัดในการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติครั้งที่ 24

“ ดอกบัวเกมส์ ”

นิกานต์ ตันอุ่นเดช* ปิยพร ไชยกุล* สุภาพรณ บุญอารีย์* อาทิตยา บุญผาโสภา*
พัศจิพร สายจำปา* สุวนิตย์ สีธการ*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปริมาณการใช้บริการกายภาพบำบัด ประเภทกีฬาและอาการบาดเจ็บ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ ชนิดของการรักษาทางกายภาพบำบัด และผลการรักษา ในนักกีฬาที่มารับบริการกายภาพบำบัด ที่คลินิกกายภาพบำบัด ณ ศูนย์การแพทย์ของหมู่บ้านนักกีฬา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติครั้งที่ 24 “ดอกบัวเกมส์” ระหว่างวันที่ 22-28 มีนาคม 2551 พบว่ามีการให้บริการทั้งสิ้น 85 ครั้ง กับผู้มารับบริการกายภาพบำบัดทั้งหมด 52 คน จาก 18 จังหวัดในประเทศไทย ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นนักกีฬาร้อยละ 76.9 ส่วนใหญ่เกิดการบาดเจ็บทั้งในขณะฝึกซ้อมและขณะแข่งขัน โดยมีความผิดปกติที่พบบ่อยคือ muscle/tendon strain อาการบาดเจ็บบริเวณข้อเท้าและหลังพบได้บ่อยกว่าบริเวณอื่น ส่วนกระบวนการรักษาทางกายภาพบำบัดที่ใช้บ่อยคือ คลื่นเสียงความถี่สูง ผู้รับบริการร้อยละ 40.4 มีอาการดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้ถึงร้อยละ 51.9 ทั้งนี้เนื่องมาจากการรักษาเพียง 1 ครั้ง และเดินทางกลับภูมิลำเนาในวันต่อมา ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการจัดบริการกายภาพบำบัดสำหรับการแข่งขันกีฬาทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติในอนาคต

คำสำคัญ: การบาดเจ็บในการกีฬา กายภาพบำบัด กีฬาเยาวชนแห่งชาติ

* นักกายภาพบำบัด งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

กายภาพบำบัดเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการรักษาผู้บาดเจ็บจากทางกีฬาทั้งในระดับนานาชาติและในระดับประเทศ อาทิเช่นจากการแข่งขันโอลิมปิกเกมส์ครั้งที่ 12 ณ เมืองบริสเบน ประเทศออสเตรเลีย พ.ศ.2525⁽¹⁾ และในการแข่งขันโอลิมปิกเกมส์ครั้งที่ 26 ที่เมืองแอตแลนต้า ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปีพ.ศ. 2539⁽²⁻⁴⁾ ส่วนในการแข่งขันเอเชียนเกมส์ครั้งที่ 13 ที่ประเทศไทยระหว่างวันที่ 6-20 ธันวาคม 2541 มีผู้มารับบริการทางกายภาพบำบัด 312 คน จำนวน 1,011 ครั้ง จาก 30 ประเทศที่เข้าร่วมในการแข่งขัน นักกีฬาส่วนใหญ่เกิดการบาดเจ็บขณะฝึกซ้อม และมีอาการบาดเจ็บบริเวณหลังและเข่าได้บ่อยกว่าบริเวณอื่นซึ่งกระบวนการรักษาทางกายภาพบำบัดที่ใช้บ่อยที่สุด คือ คลื่นเหนือเสียง⁽⁵⁾ การที่มีข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนกำลังคนและงบประมาณ ตลอดจนการวางแผนจัดการล่วงหน้าในการให้บริการได้

ในการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติครั้งที่ 24 “ดอกบัวเกมส์” ที่จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีนักกายภาพบำบัดซึ่งเป็นอาสาสมัครร่วมกันจัดตั้งคลินิกกายภาพบำบัด ณ ศูนย์การแพทย์ของหมู่บ้านนักกีฬา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี 9 คน ได้แก่ นักกายภาพบำบัด

จากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลเขมราฐ รวมทั้งได้มีนักศึกษากายภาพบำบัดจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2 คน ร่วมปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด โดยเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ได้รับสนับสนุนจากงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลวารินชำราบ และคลินิกกายภาพบำบัดภาคเอกชนในจังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการใช้บริการกายภาพบำบัด อาการบาดเจ็บของนักกีฬาที่มารับบริการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการบาดเจ็บ ลักษณะการให้บริการกายภาพบำบัดและผลการรักษาทางกายภาพบำบัดในระหว่างการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติ ครั้งที่ 24 “ดอกบัวเกมส์” ณ ศูนย์การแพทย์ของหมู่บ้านนักกีฬา

วัสดุและวิธีการ

การจัดตั้งคลินิกกายภาพบำบัด ณ ศูนย์การแพทย์ของหมู่บ้านนักกีฬา ในการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติครั้งที่ 24 “ดอกบัวเกมส์” จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 19-29 มีนาคม 2551 ได้มีการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษาต่อไปนี้คือ 1) เครื่อง combined ultrasound 2 เครื่อง 2) เครื่องเลเซอร์ 1 เครื่อง 3) หม้อต้มแผ่นประคบร้อน

1 หม้อและแผ่นประคบร้อน 7 แผ่น 4) เครื่องดึงกระดูกสันหลัง 1 เครื่อง 5) แผ่นประคบเย็น 2 แผ่น พร้อมน้ำแข็งวันละ 1 ถัง 6) เทปขาวสำหรับยึดกล้ามเนื้อและข้อต่อ (tape) โดยมีนักกายภาพบำบัดมาให้บริการวันละ 4 คน เปิดให้บริการกายภาพบำบัดตั้งแต่วันที่ 22-28 มีนาคม 2551 เวลา 16.00-20.00 น.

นักกีฬาตลอดจนครูฝึกและเจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกีฬามารับบริการกายภาพบำบัดทุกคนจะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัด รวมทั้งการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกที่ออกแบบเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

แบบบันทึกข้อมูลด้านกายภาพบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ตอนด้วยกัน ตอนที่ 1 สำหรับการรวบรวมข้อมูลส่วนตัว ประวัติการบาดเจ็บทั้งในอดีต

และปัจจุบัน ตอนที่ 2 เป็นข้อมูลด้านการตรวจประเมินและการรักษาทางกายภาพบำบัด และตอนที่ 3 ใช้สำหรับบันทึกความก้าวหน้าด้านการรักษาทางกายภาพบำบัด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยในการแจกแจง

ผลการศึกษา

ในช่วงการเปิดให้บริการกายภาพบำบัด ณ ศูนย์การแพทย์ของหมู่บ้านนักกีฬา มีผู้มารับบริการกายภาพบำบัด 52 คน และมารับบริการทั้งสิ้น 85 ครั้ง อายุของผู้มารับบริการเฉลี่ย 21 ± 9.15 (ระหว่าง 11-50 ปี) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ชายร้อยละ 59.6) ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นนักกีฬาร้อยละ 76.9 และพบว่าส่วนใหญ่แก่นักกีฬาร้อยละ 80 จะมารับบริการในช่วงเวลา 18.01-22.00 น. (ตารางที่ 1)

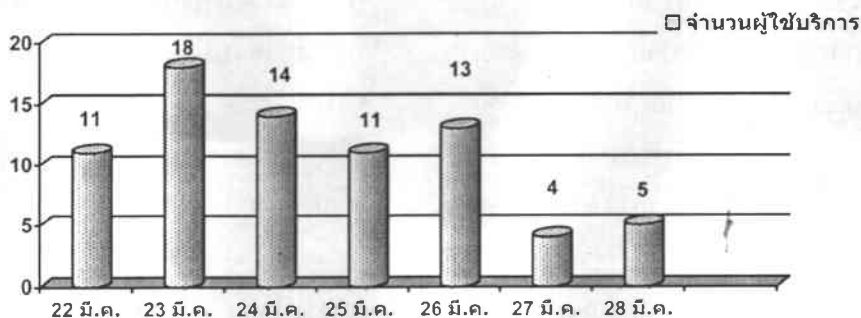
ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลผู้มารับบริการ		จำนวนนักกีฬา (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	59.6
	หญิง	40.4
ประเภทผู้ป่วย	นักกีฬา	76.9
	ไม่ใช่ นักกีฬา	23.1
ร้อยละของผู้มารับบริการในแต่ละช่วงเวลา		
16.00-18.00 น.		20
18.01- 22.00 น.		80

กายภาพบำบัดในการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติครั้งที่ 24 “ดอกบัวเกมส์”

นิจกานต์ ตันอ่อนเดช ปิยพร ไชยกุล สุภาพรพรณ นุญอารีย์ อาทิตยา นุปผาโสภา
หัตถิพร สายจำปา สุวนิตย์ สีถาการ

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้มารับบริการทางกายภาพบำบัด



เมื่อศึกษาข้อมูลผู้มารับบริการในแต่ละวัน พบว่าในวันที่ 2 และวันที่ 3 ของการให้บริการมีผู้ใช้บริการมากที่สุด คือ 18 และ 14 คนตามลำดับ ในสองวันสุดท้ายของการให้บริการพบว่าจำนวนผู้มารับบริการลดลงเนื่องจากนักกีฬาที่เสร็จสิ้นการแข่งขันแล้วได้ทยอยเดินทางกลับภูมิลำเนา (แผนภูมิที่ 1) ส่วนประเภทของผู้มารับบริการพบว่าส่วนใหญ่เป็นนักกีฬา ร้อยละ 76.9 นอกนั้นเป็นครูฝึก รวมทั้งบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจัดกีฬามารับบริการ เช่น ตำรวจ พยาบาล เป็นต้น เมื่อแบ่งประเภทของการกีฬาพบว่านักกีฬาแฮนด์บอลมารับบริการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.2 รองลงมาคือ นักกีฬาเรือพาย ร้อยละ 17.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. ประเภทของผู้มารับบริการ

ประเภทของผู้มารับบริการ	จำนวนครั้งที่มารับบริการ (ร้อยละ)
● นักกีฬา	
นักกีฬา แฮนด์บอล	21.2
นักกีฬาเรือพาย	17.3
นักกีฬายิมนาสติก	11.5
นักกีฬารักบี้	11.5
นักกีฬาคาราเต้	3.8
นักกีฬาเทควันโด	3.8
นักกีฬาว่ายน้ำ	1.9
นักกีฬามวยปล้ำ	1.9
นักกีฬาบาสเกตบอล	1.9
นักกีฬาฟันดา	1.9
● ครูฝึก และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดกีฬา เช่น ตำรวจ พยาบาล	23.1

เมื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ พบว่าร้อยละ 38.5 ไม่เกี่ยวข้องกับการกีฬา ส่วนที่เหลือพบว่าเกิดในขณะฝึกซ้อมเท่าๆ กับการเกิดในขณะแข่งขัน ในด้านกลไกการบาดเจ็บพบว่าร้อยละ 51.9 เกิดจากการบาดเจ็บสะสม เกิดจากการบาดเจ็บแบบทันทีทันใด ร้อยละ 48.1 โดยอาการที่ทำให้ต้องมารับการรักษาทางกายภาพบำบัดมากที่สุด คือ มีอาการปวดเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 53.8 (ตารางที่ 3) ส่วนในด้านความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่พบบ่อยคือ muscle/tendon strain ร้อยละ 36.5 รองลงมา คือ ligament sprain ร้อยละ 19.2 และ tendinitis ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 2)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ

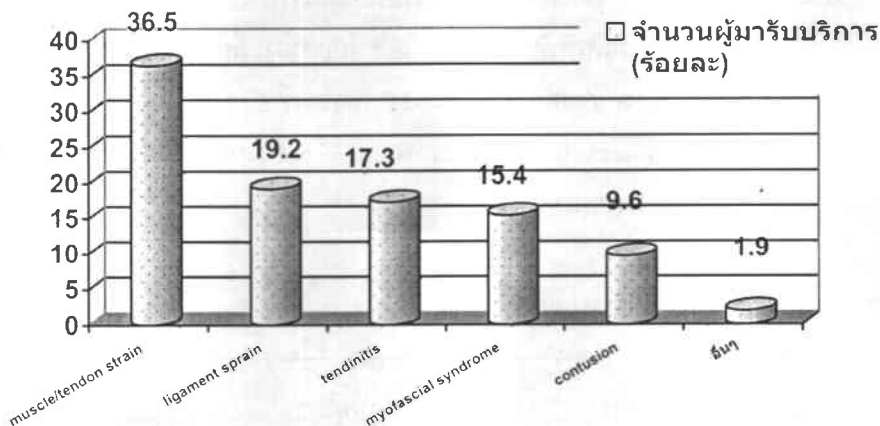
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ	จำนวนนักกีฬา	ร้อยละ
เหตุการณ์ขณะเกิดการบาดเจ็บ		
1. เกิดขณะฝึกซ้อม	16	30.8
2. เกิดขณะแข่งขัน	16	30.8
3. ไม่เกี่ยวข้องกับการกีฬา	20	38.5
กลไกการบาดเจ็บ		
1. บาดเจ็บทันที	25	48.1
2. บาดเจ็บสะสม	27	51.9
อาการที่ทำให้มารับการบริการกายภาพบำบัด		
1. ปวดเพียงอย่างเดียว	28	53.8
2. ปวดและข้อติดขัด	13	25.0
3. ปวดและบวม	7	13.5

กายภาพบำบัดในการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติครั้งที่ 24 “ ดอกบัวเกมส์”

นิจกานต์ ดันอุ่นเคช ปิยพร ไชยกุล สุภาพรณ บุญอารีย์ อาทิตยา บุญผาโสภา

พัศจิพร สายจำปา สุวนิตย์ สีธการ

แผนภูมิที่ 2 แสดงความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ในผู้มารับบริการกายภาพบำบัด

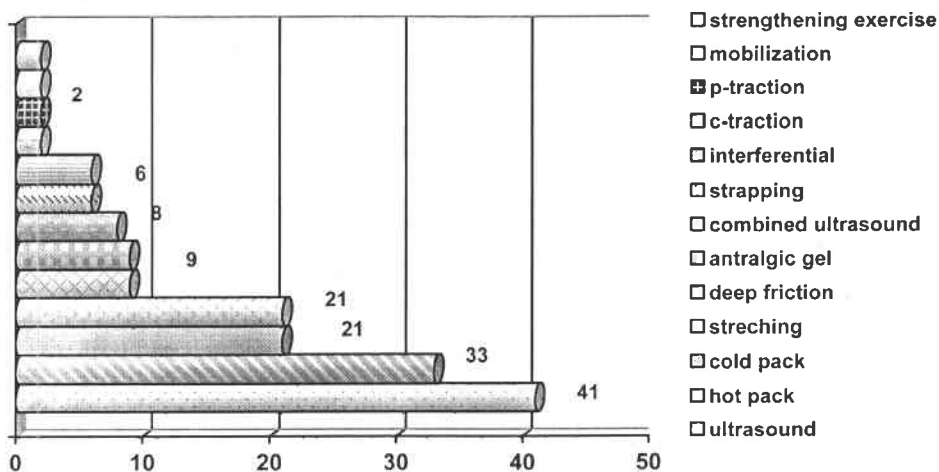


เมื่อศึกษาถึงตำแหน่งของร่างกายที่บาดเจ็บได้บ่อย 3 อันดับแรกคือ ข้อเท้า หลัง คอและบ่า(ตารางที่4) ส่วนในด้านกระบวนการรักษาทางกายภาพบำบัด พบว่านักกายภาพบำบัดใช้วิธีการรักษาทั้งหมด 13 วิธี โดยวิธีการรักษาที่ใช้บ่อย 3 อันดับแรกคือ การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound 41 ครั้ง) แผ่นประคบความร้อน (hot pack 33 ครั้ง) ส่วนอันดับสามมีสถิติการใช้เท่ากันคือ แผ่นประคบความเย็น (cold pack) และการยืดกล้ามเนื้อ (stretching) 21 ครั้ง ตามลำดับ(แผนภูมิที่3) ด้านผลการรักษาพบว่าผู้มารับบริการมีอาการดีขึ้นร้อยละ 40.4 และมีอาการคงเดิมร้อยละ 7.7 โดยที่ร้อยละ 51.9 ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้

ตารางที่ 4 ตำแหน่งของร่างกายนักกีฬาที่บาดเจ็บ

ตำแหน่งของร่างกายที่บาดเจ็บ	จำนวนนักกีฬา(ราย)
ข้อเท้า	9
หลัง	7
คอและบ่า	5
เข่า	4
ต้นขา	4
ข้อศอก	3
มือ	3
นิ้วมือ	2
นิ้วเท้า	2
ข้อมือ	2
สะโพก	1
หัวไหล่	1
น่อง	1
หน้า	1

แผนภูมิที่ 3 แสดงความถี่ในการรักษาทางกายภาพบำบัดแต่ละประเภท



วิจารณ์

ถึงแม้ว่าจะไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าถึงการจัดตั้งคลินิกกายภาพบำบัด ณ ศูนย์การแพทย์ของหมู่บ้านนักกีฬา ในช่วงการแข่งขันกีฬาดอกบัวเกมส์ และเป็นการเปิดให้บริการภายหลังการเปิดการแข่งขันไปแล้วตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม 2551 โดยเปิดให้บริการระหว่างวันที่ 22-28 มีนาคม 2551 แต่ก็พบว่ามีการให้บริการจำนวนมากถึง 85 ครั้ง จากผู้มารับบริการทั้งหมด 52 คน โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 76.9 เป็นนักกีฬา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการจัดบริการกายภาพบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักกีฬา แต่เนื่องจากนักกีฬาต้องออกมาแข่งขันกีฬาตามสนามกีฬาดังๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี ทำให้กลับเข้าที่พักช้า ส่วนใหญ่ผู้มารับบริการจึงมีมากตั้งแต่เวลา 18.01 เป็นต้นไป ดังนั้นคลินิกกายภาพบำบัดจึงต้องขยายเวลาให้บริการจากเดิม 16.00-20.00 น. เป็น 16.00-22.00 น. โดยมีปริมาณการใช้บริการมากในช่วงระยะแรกๆ ของการแข่งขัน ซึ่งปริมาณการใช้บริการกายภาพบำบัดจะพบจำนวนมากในระหว่างการแข่งขันกีฬา โดยเฉพาะในระดับนานาชาติ เช่น แอดแลนต้าเกมส์⁽³⁾ คอมมอนเวลท์เกมส์⁽¹⁾ และเอเชียนเกมส์ครั้งที่ 13⁽⁵⁾ โดยมีการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยคือ การบาดเจ็บของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่นเดียวกับในการให้บริการครั้งนี้ที่พบว่าผู้ใช้บริการที่เป็นนักกีฬาทั้งหมดเกิดจากการบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งถึงแม้จะมีการให้บริการแพทย์สนาม แต่การบาดเจ็บก็ยังไม่หายขาด และจำเป็นต้อง

ต้องได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดอย่างทันทั่วถึงและต่อเนื่อง มิฉะนั้นอาการบาดเจ็บอาจเป็นอุปสรรคต่อการเล่นกีฬาหรือเป็นเรื้อรังจนไม่สามารถร่วมแข่งขันกีฬาต่อไปได้

ส่วนในด้านสาเหตุของการบาดเจ็บพบว่าเกิดทั้งในขณะฝึกซ้อมต่างๆ กับในขณะแข่งขัน โดยที่กลไกการบาดเจ็บร้อยละ 51.9 เกิดจากการบาดเจ็บสะสม ซึ่งในตอนแรกๆ อาจมีอาการแสดงไม่เด่นชัด แต่เมื่อฝึกซ้อมหรือแข่งขันต่อๆ ากการบาดเจ็บก็จะเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่านักกีฬาคงจะต้องได้รับการดูแลทางกายภาพบำบัดทั้งในช่วงขณะฝึกซ้อมและขณะแข่งขัน ทั้งนี้เพื่อให้นักกีฬามีสุขภาพสมบูรณ์ที่สุดในการแข่งขันแต่ละรายการ

อย่างไรก็ตาม ในการแข่งขันกีฬาระดับนานาชาติในระยะหลังๆ เช่น การแข่งขันกีฬโอลิมปิกเกมส์ 2004 ที่เมืองเอเธนส์⁽⁶⁾ มีจำนวนประเทศและจำนวนผู้มารับบริการทางกายภาพบำบัดลดลง รวมทั้งยังพบว่านักกีฬาส่วนใหญ่มักเกิดจากการบาดเจ็บในขณะแข่งขันและทำการแข่งขันต่อไปทำให้การบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มีการบาดเจ็บขณะฝึกซ้อมน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่แต่ละประเทศจะมีแพทย์และนักกายภาพบำบัดประจำทีมคอยดูแลตลอดเวลาทั้งในขณะฝึกซ้อมและขณะแข่งขัน^(6,7)

ในด้านประเภทนักกีฬาที่มารับบริการทางกายภาพบำบัด พบว่ามีทั้งกีฬาที่มีและไม่มีภาวะปะทะขณะแข่งขัน เช่น แอสนัดบอล เรือพาย ยิมนาสติก รักบี้ โดยนักกีฬาส่วนใหญ่มาด้วยอาการบาดเจ็บข้อเท้า หลัง คอและบ่าและบางคนพบว่ามี

อาการบาดเจ็บที่ส่วนของร่างกายมากกว่าตำแหน่ง ดังนั้นจึงควรจัดให้มีบริการแพทย์สนามในทุกประเภทกีฬา ซึ่งอาจรวมถึงการให้บริการกายภาพบำบัดข้างสนามด้วย

ส่วนด้านกระบวนการรักษาที่นักกายภาพบำบัดใช้บ่อย ก็พบเช่นเดียวกับให้บริการในการแข่งขัน กีฬาเอเชียนเกมส์ครั้งที่ 13⁽⁵⁾ ที่พบว่ามีการใช้กระบวนการรักษาทางกายภาพบำบัดดังต่อไปนี้มากตามลำดับ คือ การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) แผ่นประคบความร้อน (hot pack) แผ่นประคบความเย็น (cold pack) และการยืดกล้ามเนื้อ (stretching) ซึ่งพบว่าในการจัดเตรียมอุปกรณ์ครั้งนี้ส่วนใหญ่เตรียมไว้อย่างเพียงพอ ยกเว้นปริมาณของแผ่นประคบเย็นที่มีไม่เพียงพอ ในการดำเนินการครั้งนี้จึงได้มีการจัดเตรียมถุงน้ำแข็งเพื่อนำมาประคบเย็นแทน ดังนั้นในการวางแผนการจัดบริการกายภาพบำบัดสำหรับการแข่งขันกีฬาในระดับชาติและนานาชาติจึงควรเตรียมวัสดุอุปกรณ์ดังกล่าวให้เพียงพอกับความต้องการ

ส่วนในด้านผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 40.4 มีอาการดีขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินผลการรักษาได้ถึงร้อยละ 51.9 ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่มารับการรักษาเพียง 1 ครั้ง และถ้านักกีฬาแข่งพ่ายมักจะเดินทางกลับในวันรุ่งขึ้นทันที ทำให้ไม่สามารถมารักษาต่อเนื่องได้ นักกายภาพบำบัดจึงต้องแนะนำวิธีการดูแลตนเองเบื้องต้น เช่น การประคบร้อน/เย็น การพันผ้า เป็นต้น รวมทั้งแนะนำให้ให้นักกีฬาไปรับการรักษาทางกายภาพบำบัดใกล้บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่เกิดเป็นปัญหา

เรื้อรังและมีผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของร่างกายในการแข่งขันครั้งต่อไป

สรุป

การจัดบริการกายภาพบำบัดในช่วงการแข่งขันกีฬาเยาวชนแห่งชาติ “ดอกบัวเกมส์” ครั้งนี้สามารถจัดให้มีการให้บริการทางกายภาพบำบัดได้อย่างเพียงพอทั้งอัตรากำลังนักกายภาพบำบัด และอุปกรณ์ เครื่องมือ ยกเว้นช่วงเวลาของการให้บริการ ถึงแม้ว่าจะเป็นการทำงานแบบอาสาสมัคร การศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการจัดบริการกายภาพบำบัดสำหรับการเตรียมการในการแข่งขันกีฬาทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติในอนาคต เช่น การจัดเตรียมอัตรากำลัง การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือ ช่วงเวลาของการให้บริการ ซึ่งควรเปิดให้บริการตั้งแต่วันแรกของการแข่งขัน รวมทั้งควรมีบริการกายภาพบำบัดข้างสนามในกีฬาที่พบว่ามีอาการบาดเจ็บมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนักกายภาพบำบัดและบุคลากรแผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลเขมราฐ ที่สนับสนุนทั้งบุคลากรและอุปกรณ์ในการดำเนินการ และมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่ให้การสนับสนุนสถานที่ รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่สนับสนุนการจัดตั้งคลินิกกายภาพบำบัดในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Jull GA, Cupit RL. Physiotherapy at the XII Commonwealth Games Part L: organization of services. The Australian Journal of Physiotherapy 1984; 30(1): 3-9.
2. Brennan RJ, Keim ME, sharp TW, Wetterhall SF, Williams RJ, Baker EL, Cantwell JD, Lillibridge SR. Medical and public health services at 1996 Atlanta Olympic Games: an overview. MJA 1997; 167:595-8.
3. Eaton SB, Woodfin BA, Askew JL, Morrissey BM, Eisas LJ, Shoop JL, Martin EA, Cantwell JD. The polyclinic at the Atlanta Olympic Village. MJA 1997; 167:599-602.
4. Wetterhall SF, Coulombier DM, Hemdon JM, Zara S, Cantwell JD. Medical care delivery at the 1996 Olympic Games. JAMA 1998; 279 (18): 1463 – 8.
5. กานดา ใจภักดี และคณะ . กายภาพบำบัดในงานกีฬาเอเชียนเกมส์ ครั้งที่ 1 : ปริมาณการให้บริการ. วารสารกายภาพบำบัด 2542; 21(2).
6. Athanasopoulos S, Kapreli E, Tsakoniti A, Karatsolis K, Diamantopoulos K, Kalampakas K, Pyross DG, Parisis C and Strimpakos N. The 2004 Olympic Games: physiotherapy services in the Olympic Village polyclinic. British Journal of Sports Medicine 2007; 41: 603-609.
7. Cassell EP, Finch CF, and Stathakis VZ. Epidemiology of medically treated sport and active recreation injuries in the Latrobe Valley, Victoria, Australia. Br J Sports Med 2003; 37: 405-409.

Physical Therapy at 24th National Youth Sports” Dokbao Games”

Nitjagan Tan-undet Piyaporn Chaiyakul Supapan Bunaree* Atidtaya Bubphasopa**

*Pasageeporn Saijampa**

Abstract

The purpose of this research was to study the utilization of physical therapeutic services, type of sports, sports injuries and their related factors, type of physical therapeutic treatment and the results in athletes who attended the physical therapy clinic at the Athlete Village Medical Center during the 24th National Youth Sports “Dokbao Games” from 19-29 March 2008. All clients’ personal and medical histories were recorded on the physical therapy forms. It was found that 52 clients from 18 provinces attending the physical therapy clinic for the total of 85 visits altogether. Most clients were athletes (79.6%) and most injuries occurred during training and competition. The most common pathology was muscle/tendon strain and was found most frequently at ankle and back area. Ultrasonic therapy was the most common physiotherapy treatment and 40.4 percents of clients were improved. About 51.9 percents of them were not evaluated because they got only once of physical therapy treatment program then returned home the following day. The education of simple physical therapy treatment program and the continuous physical therapy treatment were important to prevent chronic problem and to be fit for the next games. The results of this study will be beneficial for planning of physical therapy service for the national and international games in the future.

Key words: sport injury, physical therapy, national youth sports

* Physical Therapist. Physical therapy Division, Sappasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

ความแตกต่างของหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

สุเพียร โภคทิพย์*

บทคัดย่อ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลก ประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นขณะที่อัตราการเสียชีวิตในผู้ชายกลับลดลง แต่การศึกษาโรคนี้ในผู้หญิงยังมีน้อย จึงได้ทบทวนรายงานต่างๆ เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการของ Cooper จากรายงานวิจัยทั้งหมด 33 เรื่องทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผลการสังเคราะห์ พบความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน 4 ด้านคือ 1) ด้านสังคมประชากร ผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอายุเฉลี่ยมากกว่าชาย สถานภาพสมรสเป็นหม้าย อาศัยอยู่คนเดียวมากกว่า 2) ลักษณะทางคลินิก ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ส่งผลให้มีการแสวงหาการช่วยเหลือรักษาล่าช้า ได้รับการดูแลรักษาที่ช้าและน้อยกว่าผู้ชายในทุกระยะ 3) ด้านการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้หญิงจะรับรู้โรคหัวใจเป็นโรคของผู้ชาย และเห็นว่าหน้าที่ในครอบครัวสำคัญกว่าสุขภาพของตัวเอง ทำให้มาโรงพยาบาลช้ากว่าผู้ชาย 4) ผลกระทบของโรคต่อคุณภาพชีวิตไม่ต่างกันอย่างชัดเจน แต่อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ของผู้หญิงสูงกว่าผู้ชายอย่างชัดเจน ส่วนอัตราการเสียชีวิตในระยะยาวยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่า รายงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ มีผู้หญิงอยู่ในการศึกษาจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 15.3-31.7 ทำให้องค์ความรู้ทั้งหมดมาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก รวมทั้งยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยที่ชัดเจน งานวิจัยที่ทบทวนยังมีความสับสนในการใช้คำว่าเพศ (sex) และเพศภาวะ (gender) ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนี้เกิดขึ้นทั้งจากความแตกต่างที่เกิดจากเพศและเพศภาวะ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักถึงการบริการที่มีความเหมาะสมต่อความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย (gender sensitive care)

คำสำคัญ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพศภาวะ ความแตกต่างด้านเพศทางชีวภาพ และการทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

* นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลก⁽¹⁾ ประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 1.8 ในปี 2545 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 ในปี 2546⁽²⁾ ขณะที่อัตราการเสียชีวิตในผู้ชายกลับลดลง สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนในผู้หญิง⁽³⁻⁵⁾ ทำให้ผู้หญิงไม่เห็นความสำคัญกับอาการที่เกิดขึ้น แสวงหาการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงขึ้นได้ แต่องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในผู้หญิงยังมีการศึกษาจำกัด รายงานครั้งนี้จึงได้ทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการ

ใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการของ Cooper⁽⁶⁾ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดปัญหา คือ ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างไร

ขั้นที่ 2 การรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ gender & acute myocardial infarction, gender differences & acute myocardial infarction, gender & coronary artery disease, sex differences & acute myocardial infarction สืบค้นจากฐานข้อมูล CINAHL, Medline, Science direct, Blackwell Synergy ของห้องสมุด
132

มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่าง ค. ศ. 1990-2007 เนื่องจากเริ่มมีการศึกษาโรคนี้ในผู้หญิงมากขึ้น เกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยเข้าในการศึกษา คือ เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่มีรายงานวิจัยฉบับเต็ม ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย สืบค้นได้ 39 เรื่อง เข้าได้กับเกณฑ์ 33 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ 28 เรื่อง มีงานวิจัยเชิงคุณภาพ 5 เรื่อง รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาชนิดติดตามไปข้างหน้า 10 เรื่อง (ร้อยละ 30.3) การศึกษาภาคตัดขวาง 3 เรื่อง (ร้อยละ 9.1) การศึกษาแบบย้อนหลัง 2 เรื่อง (ร้อยละ 6.1) การศึกษาเชิงสำรวจ 2 เรื่อง เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ 7 เรื่อง (ร้อยละ 21.2) โดยมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 10-46,007 คน ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยคือ 1, 3, 4, 6, 12, 18 เดือน สูงสุดคือ 3 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย มีเพียง 5 เรื่อง (ร้อยละ 15.1) ที่ศึกษาเฉพาะในผู้หญิง การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในประเทศอเมริกา แคนาดา อังกฤษ เยอรมัน ไอร์แลนด์ สวีเดน จอร์แดน สเปน ออสเตรเลีย ในเอเชียมีเพียง 2 รายงาน จากประเทศจีน

ขั้นที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์ประเมินตามแนวทาง The Basic Research Review Check list (BRR)⁽⁷⁾ ผลการประเมินส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์และตีความ

ขั้นตอนที่ 5 การนำเสนอผลงาน

ผลการศึกษา

ความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถสังเคราะห์ออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร ผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยมากกว่าผู้ชายทุกกลุ่มอายุ⁽³⁾ ส่วนใหญ่เป็นหม้าย^(4,8-14) อาศัยอยู่คนเดียวมากกว่าผู้ชาย⁽³⁾ ซึ่งอาจส่งผลต่อการตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้าได้ มี 1 รายงาน⁽¹²⁾ ที่พบว่าผู้หญิงมีระดับการศึกษาและมีรายได้ต่ำกว่า รวมทั้งมีกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่าผู้ชาย และผู้ชายจะมีการทำงานชนิดไม่ใช้มือ (non-manual) มากกว่าผู้หญิง

2. ลักษณะทางคลินิก อาการ อาการแสดง พยาธิสรีรภาพ และการรักษา

2.1 ประวัติการเจ็บป่วย ผู้หญิงมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ชาย^(3,10-11) แต่มีประวัติการเจ็บหน้าอกน้อยกว่าผู้ชาย⁽³⁾

2.2 อาการ อาการแสดง ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีอาการ อาการแสดงที่ไม่ชัดเจน (atypical symptoms) เหมือนผู้ชาย โดยพบว่ามีอาการเจ็บหน้าอกน้อยกว่าผู้ชาย^(4,5,11,14,15) ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บไหล่ขวา ปวดแขน ปวดหลัง หรือปวดขากรรไกร หรือมาด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย (shortness of breathing, SOB) อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดแน่นอึดอัดท้อง หรือคลื่นไส้อาเจียน

มากกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงไม่คิดว่าเป็นโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่เชื้อชาติต่างกันจะมีอาการ อาการแสดงที่แตกต่างกันได้^(11,16) โดยผู้หญิงเม็กซิโกจะมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยอ่อนเพลีย เหงื่อแตก มากกว่าผู้หญิงอเมริกัน ซึ่งมีอาการเจ็บหน้าอกหายใจลำบาก ปวดแขน และปวดขากรรไกรมากกว่า⁽¹¹⁾ จึงควรที่จะมีวิธีการประเมินอาการของโรคหัวใจที่เหมาะสมในผู้หญิง

ส่วนบริบทของการเกิดอาการพบว่าผู้หญิงจะมีอาการขณะอยู่ที่บ้านซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัว (private area) ส่วนผู้ชายจะมีอาการขณะอยู่ในที่ทำงานหรือที่สาธารณะ (public area) มากกว่า⁽¹⁷⁾

2.3 กลไกการดำเนินของโรค ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีการหดตัวของหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvessel constricted) มากกว่าการอุดตันของหลอดเลือด จากการตรวจวินิจฉัยหลอดเลือดแดงโคโรนารีในผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าผู้หญิงมากกว่าร้อยละ 20 ไม่มีการอุดตันของหลอดเลือด (non-obstruction)⁽¹⁸⁾ ซึ่งแตกต่างจากผู้ชายที่มักพบการอุดตันของหลอดเลือด⁽¹⁹⁾ รวมทั้งส่วนประกอบของปื้นไขมัน (plaque) ที่แตกต่างกัน โดยในผู้หญิงจะมีความหนาแน่นและมีแคลเซียมน้อยกว่าในผู้ชายทำให้ปื้นไขมันมีความคงตัวต่างกัน⁽²⁰⁾ และกลไกการแตกตัวของปื้นไขมันจะแตกต่างกัน โดยผู้หญิงจะเกิด plaque erosion ซึ่งก้อนลิ่มเลือดจะไปจับที่ผิวของปื้นไขมันทำให้ผนังหลอดเลือดชั้นในสัมผัสกับก้อนลิ่มเลือดโดยตรงและหนาตัวอย่างรวดเร็ว จนทำให้โพรงหลอดเลือดมีขนาดเล็กลง ส่วนในผู้ชายพบ plaque rup-

tures มากกว่า ซึ่งกลไกที่ต่างกันนี้ต้องการการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน⁽¹⁹⁾ ส่วนตำแหน่งที่เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในผู้หญิงส่วนใหญ่จะเป็นที่บริเวณด้านหน้า (anterior wall) มากกว่า^(8,21) และผู้หญิงจะมีการตีบของหลอดเลือดทั้ง 3 เส้นน้อยกว่าผู้ชาย⁽¹¹⁾

ในระหว่างที่รอคอยการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือรอคอยการผ่าตัด ผู้หญิงจะมีความผิดปกติของการนอนและมีการเจ็บหน้าอกตอนกลางคืนมากกว่าผู้ชาย⁽²²⁾

2.4 ภาวะแทรกซ้อน ผู้หญิงเกิดโรคหัวใจล้มเหลวมากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงจะมีอาการของการนำไฟฟ้าของหัวใจถูกอุดกั้น (complete heart block) ภาวะหัวใจห้องขวาตายและผนังหัวใจฉีกขาด (RV infarction & wall rupture) เลือดออกได้มากกว่าผู้ชาย^(10,23-24)

2.5 การรักษา ผู้หญิงจะได้รับการดูแลรักษาที่น้อยกว่าผู้ชาย^(8,13,21,23-25) ในทุกระยะ ดังนี้

2.5.1 ระยะแรกเริ่ม ผู้หญิงจะถูกส่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) น้อยกว่าและได้รับการรักษาจากแพทย์โรคหัวใจ (cardiologist) ภายใน 24 ชั่วโมงน้อยกว่าผู้ชาย การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด พบว่าผู้หญิงได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 23 ขณะที่ผู้ชายได้รับยาร้อยละ 33 โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 65 ปี⁽²⁵⁾

ส่วนการตรวจวินิจฉัยโรคโดยวิธี
การตรวจสมรรถภาพของหัวใจด้วยการ

ออกกำลังกาย (exercise stress test) พบว่าผู้หญิงได้รับการตรวจวินิจฉัยน้อยกว่าผู้ชาย 0.81 เท่า และถูกส่งตรวจด้วยวิธีการฉีดสีในหลอดเลือดแดงเพื่อวินิจฉัยภาวะหลอดเลือดอุดตันน้อยกว่าผู้ชาย 0.59 เท่า รวมทั้งได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ชาย⁽¹³⁾

2.5.2 ระยะต่อเนื่อง ในกลุ่มอายุมากกว่า 75 ปี ผู้หญิงจะได้รับยาต้านการรวมตัวของเกร็ดเลือด (แอสไพริน (ASA)) น้อยกว่าผู้ชาย ส่วนในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 75 ปี ผู้หญิงได้รับยาต้านการเต้นของหัวใจชนิดเบต้า (b-blocker) น้อยกว่า^(21,23) การได้รับยาต้านเกร็ดเลือดและยาลดไขมันก็น้อยกว่าผู้ชายทั้งในระยะเริ่มต้นและหลังการติดตามเป็นเวลา 1 ปี⁽¹³⁾ แต่กลับพบว่าได้รับยาขับปัสสาวะและยานอนหลับ (sedative) มากกว่า ในระหว่างที่รอคอยการทำผ่าตัด และหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ⁽²²⁾

2.5.3 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (re-infarction) ผู้หญิงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำร้อยละ 4.8 ส่วนในผู้ชายพบได้น้อยกว่า (ร้อยละ 3.7) แต่ผู้หญิงกลับได้รับการรักษาแบบเต็มที่ (aggressive) เช่น อัตราการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงและอัตราการ

เสียชีวิตใน 1 ปี ของผู้หญิงที่มากกว่าผู้ชาย⁽²³⁾

สำหรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดใน 24 ชั่วโมงนั้น มีการศึกษาที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อการได้รับยา⁽²⁵⁾ รวมทั้งการรักษาในระยะป้องกันชนิดทุติยภูมิ (secondary prevention)⁽²⁶⁾ ถึงแม้ว่าผลสำเร็จของการขยายหลอดเลือดหัวใจในหญิงและชายไม่แตกต่างกันอย่างชัดเจน แต่ก็พบอัตราการเสียชีวิตในหญิงสูงกว่าชาย⁽²⁴⁾

3. การรับรู้การเกิดโรค พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา และการเผชิญปัญหา (coping)

3.1 การรับรู้ การรับรู้การเกิดโรคอาจแตกต่างกันได้ในแต่ละเชื้อชาติ⁽²⁷⁻²⁸⁾ แต่โดยภาพรวมแล้วผู้หญิงจะรับรู้การเกิดโรคหัวใจและปึงจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำกว่าผู้ชาย^(16,27-28) ส่วนใหญ่จะรับรู้โรคหัวใจเป็นโรคของผู้ชายที่อ้วน มีความเครียดและสูบบุหรี่ แต่จะรับรู้โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้หญิงมากกว่าโรคหัวใจ⁽²⁸⁾ การรับรู้โอกาสเสี่ยงสำหรับตนเองเกิดขึ้นเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ อ้วน หรือรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง⁽²⁸⁾ นอกจากนั้นผู้หญิงมักพูดถึงอาการของโรคหัวใจได้ไม่ชัดเจนเท่าผู้ชาย⁽⁹⁾ อีกทั้งยังอดทนต่อการเจ็บปวดได้มากกว่า เมื่อเกิดอาการของโรคขึ้นผู้หญิงส่วนใหญ่เลือกที่จะปกปิดปัญหาสุขภาพของตนไม่ให้ครอบครัวรู้ และคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องไม่สำคัญเท่าหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว อย่างไรก็ตาม

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้หญิงจะมากขึ้นหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว 1 ถึง 4 เดือน

อุปสรรคสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้โรคหัวใจคือ^(14,27-28) 1) ตัวผู้หญิงเอง โดยผู้หญิงมักจะให้ความสำคัญต่อสมาชิกและหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวมากกว่าสุขภาพของตัวเอง รวมทั้งระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยที่ต่ำกว่าผู้ชาย 2) อิทธิพลจากสื่อต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะแสดงภาพลักษณ์ของการเกิดโรคกับผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงคิดว่าโรคหัวใจเป็นโรคของผู้ชายมากกว่า 3) การให้บริการที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย (gender bias) ทำให้ผู้หญิงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจน้อยกว่าผู้ชาย 4) อาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนในผู้หญิงก็ยิ่งทำให้ผู้หญิงขาดความตระหนักถึงโรคหัวใจมากยิ่งขึ้น

3.2 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา (health seeking) การศึกษาต่างๆ ถ้วนพบว่าผู้หญิงมาโรงพยาบาลช้ากว่าผู้ชายอย่างชัดเจน^(14,17,29-31) ซึ่งส่งผลต่อโอกาสในการได้รับการรักษาที่รวดเร็วและผลลัพธ์ของการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย โดยผู้หญิงใช้เวลา 53.7 ชั่วโมง ขณะที่ผู้ชายใช้เวลาเพียง 15.6 ชั่วโมง ในการมาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการ⁽³¹⁾ ทั้งนี้ร้อยละ 38 ของผู้หญิงตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้ามากกว่า 2 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงมาโรงพยาบาลล่าช้า⁽¹⁴⁾ มีดังนี้

1) ปึงจัยทางด้านคลินิก ได้แก่ อาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน ความรุนแรงของโรค จะมีผลต่อการมาโรงพยาบาลช้าในผู้หญิงได้มากที่สุด

รวมทั้งปัญหาการเจ็บป่วยและโรคประจำตัวอื่น ประวัติการสูบบุหรี่

2) ปัจจัยทางสังคมประชากร ได้แก่ อายุมาก เป็นชนกลุ่มน้อย รายได้ต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ อาศัยอยู่คนเดียว มีอาการหลังเวลาทำงาน และไม่มีหลักประกันสุขภาพ

3) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมตอบสนองต่ออาการ การแก้ไขอาการ การขอคำแนะนำจากคนอื่น

ทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์นี้มีทั้งทฤษฎีความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model, HBM) และทฤษฎีบทบาท ซึ่งมีข้อมูลที่สนับสนุนและขัดแย้งกับทฤษฎีทั้งสอง โดยประเด็นที่สนับสนุนทฤษฎีบทบาทคือ ผู้หญิงจะรับรู้การเกิดโรคหัวใจต่ำกว่าผู้ชายและตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้ากว่า เรียกใช้บริการทางการแพทย์ช้า และบอกปัญหาสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าผู้ชาย⁽⁴⁾ ซึ่งสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีบทบาทว่า ผู้หญิงจะให้ความสำคัญกับหน้าที่บทบาทและรับผิดชอบในครอบครัวมากกว่าที่จะใส่ใจในสุขภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลให้การตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้า อีกทั้งส่วนใหญ่จะสนใจดูแลความเรียบร้อยของครอบครัวและบ้าน เมื่อผู้หญิงมีอาการของโรคหัวใจจึงไม่ให้ความสำคัญของอาการและการรักษาเท่ากับเรื่องงานบ้านและครอบครัว^(14,17,27)

ส่วนที่ขัดแย้งกับทฤษฎีความเชื่อทางด้านสุขภาพคือ ผู้หญิงที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมาโรงพยาบาลช้ากว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงของโรคน้อยกว่า⁽²⁹⁾ ซึ่งอาจเป็นได้ว่าผู้ป่วยมีความวิตก

กังวลมากจนทำให้เกิดการตัดสินใจที่ไม่ดีได้ (negative decision)

กระบวนการตัดสินใจในการแสวงหาการรักษาในผู้หญิงสูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ามีสองกลุ่มใหญ่ ซึ่งจำแนกได้ 6 รูปแบบ⁽³⁰⁾ ดังนี้

3.2.1 กลุ่มที่รับรู้ (knowing) จะมี 4 รูปแบบ คือ 1) กลุ่มที่รับรู้และรีบไปรักษา (knowing and going) เป็นกลุ่มที่รับรู้ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น และตัดสินใจขอความช่วยเหลือด้วยตัวเองภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาแบบรวดเร็ว (fast-track) 2) กลุ่มที่รู้แต่ให้คนอื่นตัดสินใจแทน (knowing and letting some one to take over) เป็นกลุ่มที่รับรู้ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น แต่ให้คนอื่นช่วยตัดสินใจ 3) กลุ่มที่รู้แต่จะจัดการบรรเทาอาการด้วยวิธีการอื่นก่อน (knowing and going on the patient's own terms) เป็นกลุ่มที่รู้ว่ามีสิ่งผิดปกติ แต่จะพยายามควบคุมอาการด้วยตนเองก่อน หรือแสวงหาการรักษาเบื้องต้นก่อน กลุ่มนี้จะใช้เวลาประมาณ 5 ชั่วโมงจึงมาถึงโรงพยาบาล 4) กลุ่มที่รู้และรอคอย (knowing and waiting) เป็นกลุ่มที่เกรงใจ ไม่กล้ารบกวนสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อมีอาการในตอนกลางคืนหรือวันหยุด จะรอให้เช้าหรือเป็นวันทำการก่อนจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล

3.2.2 กลุ่มที่ต้องมีการจัดการ (managing) มี 2 รูปแบบ คือ 1) กลุ่มที่จัดการโดยใช้ทางเลือกอื่นแทน กลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีอาการที่ไม่ชัดเจน เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร ทำให้ไม่คิดถึงโรคหัวใจ และจะหาวิธีบรรเทาอาการก่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงจะมาโรงพยาบาล กลุ่มนี้จะมีคามวิตกกังวลต่อการมาโรงพยาบาล 2) กลุ่มที่คิดว่าอาการจะหายไปเอง เป็นกลุ่มที่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่สำคัญ ไม่ตระหนักถึงการเกิดโรค และคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเอง

3.3 การเผชิญปัญหา (coping) มีการศึกษาในประเด็นนี้เพียง 2 รายงาน⁽³²⁻³³⁾ แต่ก็รายงานผลที่ไม่สอดคล้องกัน โดยการศึกษาติดตามหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 ปี พบว่าในระยะแรกผู้หญิงและชายมีการเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้บ่อยคือ การมองโลกในแง่ดี (optimistic) มั่นใจในตัวเอง (self reliant) และการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontation) ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาวได้ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ใช้กันน้อยคือ วิธีการประคับประคอง (palliative) และการใช้อารมณ์ (emotive) ในระยะหลังจะมีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันโดยผู้ชายจะใช้วิธีการยอมรับในโชคชะตา (fatalistic) ถดถอย ส่วนผู้หญิงจะใช้การกลบเกลื่อนหรือหลีกเลี่ยงปัญหา (evasive) มากกว่า⁽³²⁾ ส่วนการศึกษาภายหลังเกิดโรคหัวใจ 4 และ 12 เดือน พบว่าผู้หญิงจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่หลากหลายมากกว่าผู้ชาย และใช้วิธี

การเผชิญปัญหาแบบการลดผลกระทบของโรค ซึ่งทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะแสวงหาการรักษาที่ล้ำซ้ำได้⁽³³⁾

3.4 การปรับตัวเพื่อให้อยู่กับการเปลี่ยนแปลงของโรค พบเฉพาะการศึกษาในผู้หญิงสูงอายุเท่านั้น ซึ่งการปรับตัวในระยะต่างๆ ส่วนใหญ่จะคล้ายกับโรคหรือรังอื่น โดยสามารถจำแนกได้เป็น 5 ระยะ⁽³⁴⁾ ดังนี้

3.4.1 ระยะแสวงหาการวินิจฉัย เริ่มจาก 4 ชั่วโมง ถึง 3 วัน หลังมีอาการ ผู้หญิงจะหาเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพด้วยตัวเอง และหาวิธีบรรเทาอาการ จะเริ่มเกิดความไม่แน่นอนในชีวิต (uncertainty)

3.4.2 ระยะต่อสู้กับสิ่งที่เกิดขึ้น เริ่มจากหลังได้รับการยืนยันจากทีมสุขภาพ แต่ผู้ป่วยไม่ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ และเริ่มมีการต่อรอง

3.4.3 เริ่มค้นพบธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้หญิงจะรู้สึกสูญเสีย ความเป็นตัวเอง บางคนรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต หรือรู้สึกว่ากำลังเผชิญหน้ากับความตาย (facing death)

3.4.4 การปรับตัวให้เข้ากับ การเปลี่ยนแปลง ระยะนี้จะเริ่มเข้าใจการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น เริ่มมีการปรับตัวปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่างๆ ให้เหมาะสมกับ

สภาพของตัวเอง เช่น การลดการใช้พลังงาน การทำงานบ้านต่างๆ ลดลง ซึ่งบางครั้งอาจต้องอาศัยคนอื่นหรือมีสมาชิกในครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือ

3.4.5 การก้าวไปสู่การเปลี่ยนแปลง ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มยอมรับถึงระดับความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป และมีวิถีชีวิตใหม่ภายใต้ข้อจำกัดของโรค

4. ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ คุณภาพชีวิต การกลับเข้าทำงาน ภาวะซึมเศร้า และอัตราการเสียชีวิต

4.1 คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย หน้าที่ทางสังคม และการควบคุมอารมณ์จะสูงขึ้นทั้งในผู้หญิงและผู้ชายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 ปี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่ผู้หญิงมักจะได้รับการสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ จากผู้นำทางศาสนาและลูกหลานมากกว่าผู้ชาย⁽³²⁾

4.2 อัตราการกลับเข้าทำงานที่ 4 เดือน ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างเพศ ถึงแม้ว่าผู้หญิงจะมีระดับการทำงานของหัวใจ (functional class) ที่แย่กว่า⁽¹²⁾

4.3 ภาวะซึมเศร้า แม้ว่าการพบภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายจะไม่ต่างกัน แต่ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าในทั้งผู้หญิงและผู้ชาย^(33,35) โดยผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 8.3 เทียบกับร้อยละ 2.7 ในผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (3.29

เท่า) ส่วนผู้ชายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 7 เทียบกับร้อยละ 2.4 (3.05 เท่า) ซึ่งภาวะซึมเศร้าสามารถใช้เป็นตัวทำนายอัตราการเสียชีวิตได้ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย นอกจากนั้นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจตายซ้ำใหม่เป็น 1.9 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการ อย่างไรก็ตามพบได้ว่าผู้หญิงจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเป็นโรคหัวใจแล้ว 4 เดือน แต่ก็มีความต้องการการสนับสนุนมากกว่าผู้ชาย

4.4 อัตราการเสียชีวิต แบ่งตามระยะเวลาได้ดังนี้

4.4.1 อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ในกลุ่มที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่อายุน้อยกว่า 65 ปีพบว่าผู้หญิงมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ชายเป็น 2-2.35 เท่า^(21,25) ในกลุ่มนี้ผู้หญิงได้รับยาละลายลิ่มเลือดน้อยกว่าผู้ชาย 0.48 เท่า⁽²⁵⁾ ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการขยายหลอดเลือด พบว่าผู้หญิงมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าชาย (OR 1.14, 95% CI 1.06-1.22) แต่ในกลุ่มที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่าอัตราการเสียชีวิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽³⁶⁾

4.4.2 อัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน ในกลุ่มที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและปรับปัจจัยเสี่ยงอายุแล้ว พบว่าผู้หญิงมีอัตราการเสียชีวิตเป็น 1.06 เท่าของผู้ชาย⁽²⁴⁾

4.4.3 อัตราการเสียชีวิตในระยะยาว ยังมีความขัดแย้งกันในหลายรายงาน บางรายงานพบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงจะเป็น 1.14- 2 เท่าของผู้ชาย หลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 1 ปี^(13,21) แต่บางรายงานพบว่าเพศไม่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตในระยะยาว⁽⁸⁾ แต่ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตได้แก่ อายุที่มากขึ้น ภาวะซึมเศร้า การได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้หญิงจะมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ชาย 1.14 เท่า⁽³⁶⁾ เครือข่ายทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่มีเครือข่ายทางสังคมน้อยกว่ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็น 2.3 เท่า รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจตายซ้ำ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจซ้ำ และมีอัตราการเสียชีวิตสูง

อภิปรายผล

คุณภาพและชนิดของงานวิจัยที่ทบทวนคุณภาพของงานวิจัยที่ทบทวนส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์การประเมินมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนชนิดของงานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ และเป็นการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับความแตกต่างด้านเพศทางชีวภาพ (sex differences) ได้แก่พยาธิสรีรวิทยาและกลไกของการเกิดโรคในผู้หญิงและผู้ชาย ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพยังมีจำกัดเพียง 5 เรื่อง (ร้อยละ 16.1) จึงอาจจะไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์

ที่สำคัญได้ครอบคลุม โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับเพศภาวะ (gender) ซึ่งหมายถึงการประกอบสร้างทางสังคมที่ทำให้ผู้หญิงผู้ชายมีบทบาทและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อการรับรู้พฤติกรรม การแสดงอาการเจ็บป่วย การแสวงหาการช่วยเหลือรักษา และการเข้าถึงบริการทรัพยากรสุขภาพ รวมทั้งความแตกต่างของการดำเนินโรคระหว่างหญิงชาย

ความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องเพศ (sex) และ เพศภาวะ (gender) คำว่าเพศ (sex) หมายถึงลักษณะที่ถูกกำหนดโดยลักษณะทางชีววิทยา ได้แก่ โครโมโซม อวัยวะเพศ สเปิร์มเป็นต้น ส่วนคำว่าเพศภาวะ (gender) หมายถึงความเป็นหญิงชายที่ถูกกำหนด หรือประกอบสร้าง (social construction) โดยสังคมวัฒนธรรม⁽³⁷⁾ จากรายงานที่ทบทวนพบว่ามีการใช้คำทั้งสองแทนกัน ทั้งที่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความแตกต่างที่เกิดจากเพศทางชีวภาพ (sex difference) แต่ใช้คำว่าเพศภาวะ (gender) แทน (17 เรื่อง, ร้อยละ 51.5) ทำให้ผลการทบทวนในครั้งนี้สามารถเห็นภาพความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่เกิดจากปัจจัยทางชีวภาพได้ชัดเจน ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างด้านเพศภาวะ (gender differences) ยังมีจำนวนน้อยกว่า (14 เรื่อง, ร้อยละ 42.4) โดยศึกษาในประเด็นบทบาทของหญิงชาย (gender roles) ที่มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ก็พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสังคมตะวันตกหรือผู้หญิงผิวขาวเท่านั้น ยังขาดการศึกษาในสังคมตะวันออก ผู้หญิงผิวดำ ผิวเหลือง

หรือชนกลุ่มน้อยต่างๆ รวมทั้งผู้หญิงที่ยากจน และที่สำคัญคือ ยังไม่มีการศึกษาประเด็นเพศภาวะกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในสังคมไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีผู้หญิงร่วมอยู่ด้วยเป็นจำนวนน้อย พบว่ามีผู้หญิงอยู่ในรายงานที่ทบทวนเพียงร้อยละ 15.3-31.7 ทำให้แนวทางในการดูแลรักษาส่วนใหญ่ถูกพัฒนาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับผู้หญิง (guideline bias) ได้

การศึกษาวิจัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในอดีตตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักเป็นผู้ชาย กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงมักมีน้อยหรือถูกตัดออกจากการศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้หญิง เช่น การตั้งครรภ์ การให้นมบุตร การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในแต่ละรอบเดือน ซึ่งจะถูกละเลยว่าเป็นอุปสรรคในการศึกษาวิจัย ทำให้ขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ในผู้หญิง จนกระทั่งปี ค.ศ. 1990 จึงเริ่มมีการศึกษาในผู้หญิงเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังพบว่าผู้หญิงถูกเลือกเข้าในการศึกษาน้อยกว่าร้อยละ 3⁽³⁸⁾ ซึ่งทำให้แนวทางที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจถูกพัฒนามาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก ยังขาดองค์ความรู้ในผู้หญิง ส่งผลให้การนำผลการศึกษาไปใช้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากแนวทางการดูแลรักษาดังกล่าวอาจจะไม่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับผู้หญิงทั้งในเรื่องอาการ อาการแสดงของโรค การดูแลรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสในการได้รับการรักษาที่สอดคล้องเหมาะสมกับความเป็นหญิง อันเป็นการ

ให้บริการที่ไม่เป็นธรรมและเท่าเทียมสำหรับผู้หญิง (gender in-equality)⁽³⁹⁾

สรุป

การสังเคราะห์รายงานวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างหญิงและชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีทั้งความแตกต่างที่เกิดจากเพศทางชีวภาพ (sex differences) และเพศภาวะหรือเพศทางสังคม (gender differences) บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่เป็นโรคนี้จึงควรมีความตระหนักถึงความแตกต่างดังกล่าว รวมทั้งการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมในแต่ละเพศ (gender sensitive care) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลที่มีความเป็นธรรมและเท่าเทียม (gender equality) อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการบริการ

องค์ความรู้ที่ได้ยังสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมกับผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เช่น

1. การพัฒนากลวิธีในการสร้างความตระหนักถึงการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้หญิงในรูปแบบต่างๆ และการผลิตสื่อที่มีความเหมาะสมกับเพศภาวะ

2. หากกลยุทธ์ที่ช่วยลดระยะเวลาการมาโรงพยาบาลของผู้หญิง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้งในกลุ่มผู้หญิงสูงอายุ อาศัยอยู่คนเดียว ระดับการศึกษาต่ำ และมีรายได้น้อย เป็นต้น รวมทั้งพัฒนา

ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงลงได้

3.พัฒนาแนวทาง วิธีการประเมินที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสม กับอาการและอาการแสดงในผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4.การรณรงค์ ส่งเสริม ให้ความรู้ ในประเด็นความแตกต่างระหว่างหญิงชายทั้งที่เกิดจากความแตกต่างด้านเพศทางชีวภาพ (sex) และเพศภาวะ (gender) แก่ผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการให้บริการที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย (gender sensitive care)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยโดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับเพศภาวะความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเฉพาะในสังคมไทย จึงควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นต่างๆ เพื่อนำข้อมูลสู่การวางแผนในการให้บริการที่มีความละเอียดอ่อนเหมาะสมกับผู้หญิงและผู้ชายต่อไป เช่น 1) ปัจจัยด้านสังคมประชากรในเรื่องระดับการศึกษา ลักษณะของงานที่ทำและรายได้ โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ รวมทั้งการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิงและผู้ชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2) การเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า การกลับเข้าทำงาน เป็นต้น ซึ่งการศึกษาที่มีน้อยทำให้เห็นความแตกต่างได้ไม่ชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ร.ศ.ดร.วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และ ผ.ศ.ดร.พูลสุข ศิริพุด ที่ให้แนวคิดและข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าทั้งในด้านเนื้อหาการทบทวนงานวิจัยแบบบูรณาการ การประเมินคุณค่างานวิจัย และการเขียนบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2003 update. Dallas, Tex: American Heart Association. 2002.
2. <http://www.moph.go.th> asp on February 2008.
3. Milner KA, Vaccarino V, Arnold AL, Funk M, Goldberg RJ. Gender and age differences in chief complaints of acute myocardial infarction. The American Journal of Cardiology 2004; 93(1): 606-608.
4. King KB, McGuire MA. Symptom presentation and time to seek care in women and men with AMI. Heart & Lung 2007; 36: 235-243.
5. Chen W, Woods SL, Puntillo KA. Gender difference In Symptoms associated with AMI: A review of the research. Heart & Lung 2005; 34(4): 240-247.
6. Cooper H. Synthesizing research: A guide for literature reviews, 3 rd ed. London: SAGE Publications. 1998

7. Rasmussen L, O'Conner M, Shinkle S, Thomas MK. The basic research review check list. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 2000; 31(1):13-17.
8. Heer T, Schiele R, Schneider S, Gitt AK, et al. Gender differences in AMI in the Era reperfusion (MITRA RA registry). *American Journal of Cardiology* 2002; 89 (1); 511-517.
9. Vodopiutz J, Poller S, Schneider B, Lalouschek J, Memnz F, Stollberger C. Chest pain in hospitalized patients: cause-specific and gender-specific differences. *Journal of Women's Health* 2002; 11(8): 719-727.
10. Murphy SA, Chen C, Cannon CP, Antman EM, Gibson MC. Impact of gender on angiographic and clinical outcomes after fibrinolytic therapy in AMI. *The American Journal of Cardiology* 2002; 90 (1): 766-770.
11. Miller CL. A review of symptoms of coronary artery disease in women. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 39(1): 17-23.
12. Radley A, Grove A, Wright S, and Thurston H. Gender-role identity after heart attack: links with sex and subjective health status. *Psychology and Health* 2000; 15: 123-133.
13. Daly C, Clemens F, Lopez Sandon JL, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, Delahaye F, et al. Gender difference In the management and clinical outcome of stable angina. *Circulation* 2006; 113: 490-498.
14. Lefler LL, Bondy KN. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 19 (4): 251-268.
15. Zuzelo PR. Gender and acute myocardial infarction symptoms. *MedSurg Nursing* 2002; 11(3): 126-136.
16. Engoren CA. Black, Hispanic, and White women's perception of heart disease. *Progress in Cardiovascular Nursing* 2007; 13-19.
17. Moser DK, McKinley S, Dracup K, Chung M. Gender-differences in reasons patients delay in seeking treatment for AMI symptoms. *Patient Education and Counseling* 2005; 56; 45-54.
18. Anderson RD, Pepine CJ. Gender differences in the treatment for acute myocardial infarction: bias or biology? *Circulation*, 2007; 20:115:823-826.
19. Schatz CR . Harvard women's Health: new view of heart disease in women. *Harvard Medical School* 2007; 14(6): 1-3.
20. Eastwood JA, Doering LV. Gender differences in coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*; 2005; 20(5); 340-351.

21. Vaccarino V, Horwitz RI, Meehan T, Petrillo MK, Radford M.J, Krumholz HM. Sex differences in mortality after myocardial infarction: evidence for a sex-age interaction. *Arch Intern Med* 1998; 158(12): 2054-2062.
22. Bengtson A, Karlsson T, Herlitz J. Differences between men and women on the waiting list for coronary revascularization. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(6): 1316-1367.
23. Tjandrawidjaja MC, Fu Y, Goodman SG, Van de Werf F, Granger CB, Armstrong PW. The impact of gender on the treatment and outcomes of patients with early re-infarction after fibrinolysis: insights from ASSENT-2. *European Heart Journal* 2003; 24: 1024-1034.
24. Cheng CI, Yeh KH, Chang HW, Yu TH, Chen YH, Chai HT, et al. Comparison of baseline characteristics, clinical features, angiographic results, and early outcomes in men vs. women with AMI undergoing primary coronary intervention. *Chest* 2004; 126(1): 47-53.
25. Mahon NG, McKenna CJ, Codd MB, O'Rourke C, McCann HA, Sugrue DD. Gender difference in the management and outcome of AMI in unselected patients in the thrombolytic era. *The American Journal Of Cardiology* 2000; 85(8): 921-926.
26. Nilsson P, Brandstrom H, Lingfors H, Erhardt L, et al. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not? *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 38-42.
27. Lefler LL. Perceived risk of heart attack: a function of gender? *Nursing Forum* 2004; 39(2): 18-26.
28. Heart PL. Women's perception of coronary heart disease: an integrative review. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 20(3): 170-176.
29. Al-Hassan M, Omran SM. The effects of health beliefs on health care-seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11: 13-20.
30. Rosenfeld AG, Lindauer A, Darney BG. Understanding treatment-seeking delay in women with acute myocardial infarction: descriptions of decision-making patterns. *American Journal of Critical Care* 2005; 14 (4): 285-293.
31. Kaur R, Lopez V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese patients' decision-making in seeking early treatment for acute myocardial infarction. *Research in Nursing & Health* 2006; 29: 636-646.

32. Kristofflerzon KL, Lofmark R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 52 (2): 113-124.
33. Smith NF, Lesperance F, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Gender depression and one year prognosis after myocardial infarction: second analysis. *Psychosomatic Medicine* 1999; 61(1): 26
34. Sutherland B, Jensen L. Living with change: elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative Health Research* 2000; 10(5): 661-676.
35. Horsten M, Mittleman MA, Wamala SP, Schenck-Guestafsson KS, Orth-Gomer K. Depressive symptoms and lack of social integration in relation to prognosis of CHD in middle-aged women. *Eur Heart Journal* 2000; 21(13): 1072-1080.
36. Aguado-Romeo MJ, Marquez-Calderon S, Buzon-Barrera ML. Hospital mortality in acute coronary syndrome: differences related to gender and use of percutaneous coronary procedure. *BMC Health Services Research* 2007; 13(7): 110-117.
37. World Health Organization. Gender sensitivity and Gender based analysis in women's health development: Historical outlines and case studies of best practice 2003. Retrieved September 2, 2007, from http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO_WKC_Tech.Ser.
38. Holdcroft A. Gender bias in research: how does it affect evidence base medicine?. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2007; 100: 1-3.
39. Efre AJ. Gender bias in acute myocardial infarction. *The Nurse Practitioner*, 2004; 29(11); 48-55.

Gender differences in persons with Acute Myocardial Infarction : An Integrative Reviews

*Supian Pokathip**

Abstract

Acute myocardial infarction is the leading cause of death and disability worldwide. In Thailand, mortality rate of women with acute myocardial infarction is increasing in contrast with men. The purpose of this article was to explore gender differences among persons with acute myocardial infarction by reviewing 33 articles using Cooper's method. It was found that women with acute myocardial differed from men in four following characteristics. First was socio-demographic data; women were older age, widowed and living alone more than men. Second was clinical features; atypical symptoms were more common in women resulting in women received delayed and inadequate treatments more than men in every stage. Third; perceiving of heart disease as male disease, most women were rather concerned about the role in family more than their health. Delayed health seeking was most common in women with myocardial infarction. And forth, impacts of disease on quality of life in both women and men were not obviously different. Nevertheless women had higher hospital mortality rate and within 30-day mortality rate more than men. Most of primary studies were quantitative researches. Women had been enrolled as participants less than 31. The primary studies had shown some missed concepts of gender and sex differences. The differences among persons with acute myocardial infarction comprised both gender and sex differences and required different approaches. Health care providers should be more concerned over these differences and develop gender sensitive care.

Key words : acute myocardial infarction, gender differences, sex differences, integrative reviewed

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

แนวโน้มปริมาณงานและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2548-2550

มณีวรรณ เจริญ*

บทคัดย่อ

การศึกษาแนวโน้มปริมาณงาน การเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผลการดำเนินงานด้านคุณภาพ ศักยภาพ และประสิทธิภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวารินชำราบ ระหว่างปีพ.ศ. 2548-2550 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมการให้บริการผู้ป่วยและโปรแกรมผู้ป่วยใน พบว่ามีผู้ป่วยนอกมารับบริการประมาณ 193,000-195,000 รายต่อปี โรคที่พบบ่อยคือ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง คออักเสบ และกลุ่มอาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่าง 30-33 ล้านบาทต่อปี โดยโรคที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุดคือ โรคเบาหวานและโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส ขณะที่ผู้ป่วยในมีจำนวนประมาณ 8,600-9,700 รายต่อปี โดยพบกลุ่มอาการท้องร่วง กระเพาะอาหารและลำไส้ อักเสบพบมากที่สุดในทุกสามปี และมีค่าใช้จ่ายประมาณ 24-27 ล้านบาทต่อปี ผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายต่อรายสูงที่สุดในแต่ละปีคือ โรคไตวายเรื้อรัง ปอดอักเสบและโรคสเคอโรซิส อัตราตายอย่างหายาบรรเทา ร้อยละ 0.20-0.46 และอัตราการรับผู้ป่วยในเข้าภายใน 28 วันอยู่ระหว่างร้อยละ 5.15-5.39 โดยค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการครองเตียงมากกว่าร้อยละ 90 อัตราการใช้เตียงสูงกว่าเกณฑ์ทุกปี รวมทั้งวันนอนเฉลี่ยสูงขึ้นทุกปี (2.5-2.7 วัน)

คำสำคัญ ปริมาณงาน ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล คุณภาพบริการ

*ฝ่ายยุทธศาสตร์สาธารณสุข โรงพยาบาลวารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

บทนำ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ประชาชนไทยเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว ทำให้มีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐมากขึ้น และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้นเช่นเดียวกัน จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2545-2548 พบว่าปริมาณผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น เท่ากับ 41.40, 32.54, 39.66, และ 38.21 ล้านคน เป็นจำนวนครึ่งของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 102.95, 115.01, 119.64 และ 120.84 ล้านครั้ง สำหรับผู้ป่วยในมีอัตราเพิ่มขึ้นเช่นกัน ปี 2545-2548 เท่ากับ 3.39, 3.99, 4.29 และ 4.53 ล้านราย โดยมีจำนวนวันนอนเป็น 14.93, 14.56, 16.83 และ 17.89 ล้านวัน และจากข้อมูลการใช้บริการของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนปี 2547-2548 ก็พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.14

แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นทุกๆ ปี ขณะที่รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณให้แก่สถานบริการภาครัฐเพิ่มขึ้นเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2544 กับปี 2545 พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพมีอัตราเพิ่มร้อยละ 31.8 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปีต่อมา ระหว่างปี 2546-2549 ได้เพิ่มจำนวนจาก 117,365 ล้านบาท เป็น 134,587 ล้านบาท โดยมีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.6, 6.8, 3.7 และ 3.6 ของแต่ละปี ข้อมูลจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นส่วนใหญ่เป็นค่ายาและค่า

เทคโนโลยีทางการแพทย์เกินความจำเป็น อย่างไรก็ตามภาพรวมค่าใช้จ่ายในครัวเรือนของประชาชนกลับลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ยากจนที่สุดกับครัวเรือนที่ร่ำรวยที่สุด

โรงพยาบาลวารินชำราบเป็นโรงพยาบาลชุมชนภาคอีสานขนาด 60 เตียง รับผิดชอบดูแลประชาชนในเขต อ.วารินชำราบ อ.สว่างวีระวงศ์ และอำเภอใกล้เคียง ในปัจจุบันโรงพยาบาลมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงได้ศึกษาแนวโน้มปริมาณงาน การเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผลการดำเนินงานด้านคุณภาพ ศักยภาพ และประสิทธิภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวารินชำราบปี 2548-2550 เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนบริหารจัดการด้านสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล รวมทั้งช่วยให้สามารถวางแผนป้องกันและลดความรุนแรงของโรคต่างๆ อย่างเป็นรูปแบบชัดเจน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวมของประชาชนได้

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยวิเคราะห์แนวโน้มข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี 2548-2550 จากฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลวารินชำราบ (Hospital Information, HI) และโปรแกรมผู้ป่วยใน โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์

เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และเจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์
สาธารณสุข ร่วมกันตรวจสอบข้อมูล นำมา
วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ ค่า
ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

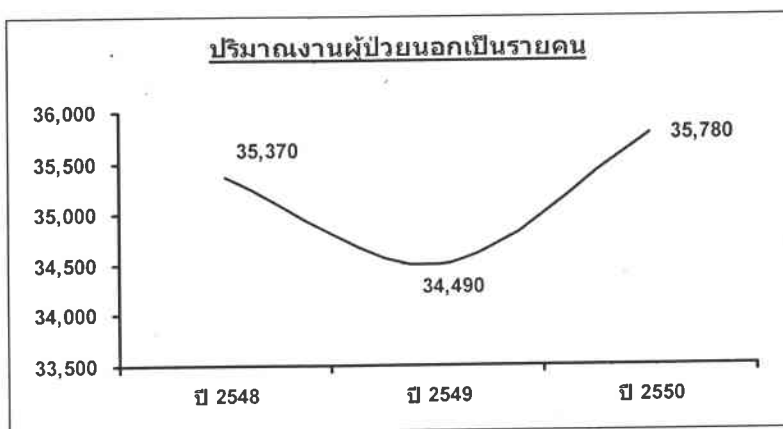
1.แนวโน้มปริมาณงาน และการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.1 ผู้ป่วยนอก ปริมาณงานและการเจ็บ
ป่วยผู้ป่วยนอกมีจำนวนใกล้เคียงกันทั้งจำนวน
คนและจำนวนครั้ง (แผนภูมิที่ 1 และ 2) เมื่อเปรียบ
เทียบสัดส่วนผู้ป่วยนอกตามรายสิทธิบัตรด้านการ

รักษาพยาบาล พบว่าผู้ป่วยนอกใช้สิทธิบัตรทอง
มากกว่าร้อยละ 70 รองลงมาเป็นสิทธิบัตรข้าราชการ
และสิทธิอื่นๆ ร้อยละ 8-10

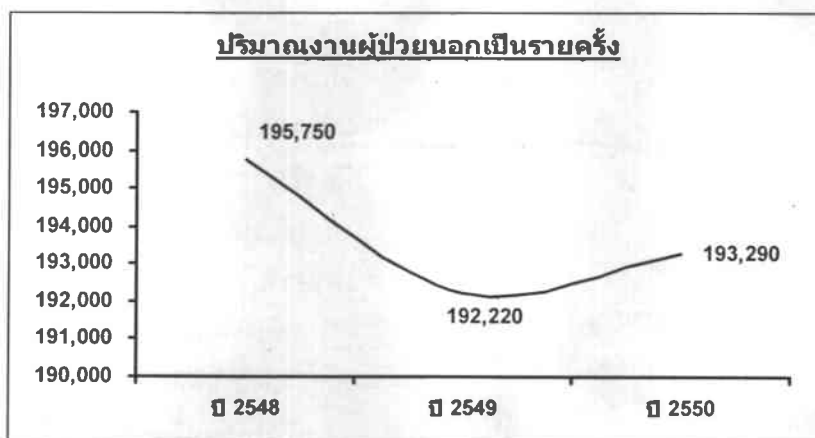
อันดับโรคของผู้ป่วยนอกพบว่าโรคที่มารับ
บริการตามจำนวนครั้งมากเป็น 3 อันดับแรก
(ตารางที่ 1) ปี 2548 คือ โรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่ง
อินซูลิน โรคความดันเลือดสูง และกลุ่มอาการท้อง
ร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบ ปี 2549 คือ โรค
เบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน โรคความดันเลือด
สูง และโรคคออักเสบ ส่วนในปี 2550 พบโรค
คออักเสบมากเป็นอันดับแรก ตามมาด้วยโรคเบา
หวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน และโรคความดันเลือด
สูง

แผนภูมิ 1 จำนวนผู้ป่วยนอกเป็นรายคน ปี พ.ศ. 2548-2550
จำนวนคน



แนวโน้มปริมาณงานและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2548-2550
มณีวรรณ เจริญ

แผนภูมิ 2 จำนวนครั้งที่ให้บริการผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2548-2550
จำนวนครั้ง



ตารางที่ 1 แสดง 3 อันดับโรคของผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2548-2550

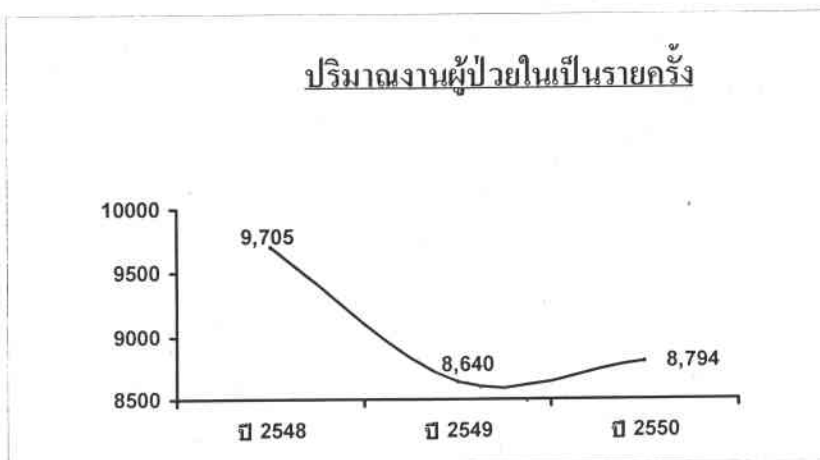
ปี พ.ศ. 2548		ปี พ.ศ. 2549		ปี พ.ศ. 2550	
อันดับโรค	จำนวน (ครั้ง)	อันดับโรค	จำนวน (ครั้ง)	อันดับโรค	จำนวน (ครั้ง)
1.โรคเบาหวานที่ไม่ ต้องพึ่งอินซูลิน	13,012	1.โรคเบาหวานที่ไม่ ต้องพึ่งอินซูลิน	15,164	1.โรคคออักเสบ	10,528
2.โรคความดันเลือด สูง	12,520	2.โรคความดันเลือด สูง	14,548	2.โรคเบาหวานที่ไม่ ต้องพึ่งอินซูลิน	10,243
3.กลุ่มอาการท้องร่วง กระเพาะ และลำไส้ อักเสบ	9,114	3.โรคคออักเสบ	11,603	3.โรคความดันเลือด สูง	13,562

1.2 ผู้ป่วยใน ปริมาณงานและการเจ็บป่วย
ผู้ป่วยใน พบว่ามีแนวโน้มลดลงทั้งจำนวนรายผู้
ป่วยและจำนวนวันนอน (แผนภูมิที่ 3 และ 4) เมื่อ
เปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยในตามรายสิทธิบัตรด้าน
การรักษาพยาบาล ปี 2548- 2550 พบว่าผู้ป่วยใน
ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง มากกว่าร้อยละ 80 รอง
ลงมาเป็นสิทธิข้าราชการและสิทธิอื่นๆ

อันดับโรคของผู้ป่วยใน พบว่า 3 อันดับ
โรคแรกที่มีการวินิจฉัยในปี 2548 คือ กลุ่มโรค

อาการท้องร่วง กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ
(989 ราย) ไข้ไม่ทราบสาเหตุ (302 ราย) ปวดท้อง
(210 ราย) ในปี 2549 คือ กลุ่มโรคอาการท้องร่วง
กระเพาะ และลำไส้อักเสบ ยังพบได้มากที่สุด (881
ราย) ตามมาด้วยโรคไตและกรวยไตอักเสบ (207
ราย) และไข้ไม่ทราบสาเหตุ (195 ราย) ส่วนในปี
2550 คือ กลุ่มโรคอาการท้องร่วง กระเพาะอาหาร
และลำไส้อักเสบ (843 ราย) โรคต่อกระดูก (335
ราย) และโรคคออักเสบ (259 ราย)

แผนภูมิ 3 จำนวนรายผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2548-2550



แผนภูมิ 4 จำนวนวันนอนจำนวนผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2548-2550



2. แนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่าค่าใช้จ่ายรวมผู้ป่วยนอก จำนวน 33,334,645 บาท, 30,678,481 บาท และ 30,258,908 บาท มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากับ 170, 156, และ 157 บาท ตามลำดับ สำหรับสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอก พบว่าสิทธิบัตรที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด คือ สิทธิ พรบ. เท่ากับ 953 บาทต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายต่ำที่สุด คือ สิทธิบัตรอื่นๆ เท่ากับ 79 บาทต่อครั้ง เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายตามสิทธิด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกจะพบว่าสิทธิบัตรทองมีค่าใช้จ่ายสูงสุด คิดเป็น ร้อยละ 66.9, 67.7, และ 70.8 ตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก 3 อันดับรายโรค ที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด ในปี 2548 คือ โรคเบาหวาน ที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน จำนวน 5,611,959 บาท รองลงมาคือ ความดันเลือดสูง จำนวน 4,948,717 บาท และหอบหืด จำนวน 3,840,656 บาท ปี 2549 คือ โรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน 8,615,953 บาท, รองลงมาคือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส 8,292,675 บาท และโรคความดันเลือดสูง 7,048,323 บาท ส่วนปี 2550 รายโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุดคือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส จำนวน 12,171,100 บาท รองลงมาคือโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน จำนวน 7,886,500 บาท และโรคความดันเลือดสูง จำนวน 6,506,545 บาท โรคที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งสูงสุดระหว่างปี 2548-2550 และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือ โรคภูมิคุ้มกัน

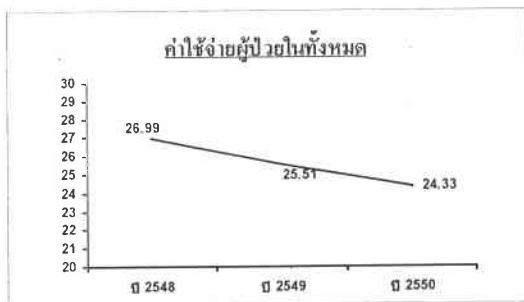
บกพร่องจากไวรัส เท่ากับ 1,399-1,989 บาท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง เท่ากับ 1,016-1,241 บาท

2.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน พบว่าค่าใช้จ่ายภาพรวมผู้ป่วยในลดลงเรื่อยๆ จาก 26,991,975 บาท เป็น 24,325,892 บาท (แผนภูมิ 5) แต่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายไม่เปลี่ยนแปลงมาก

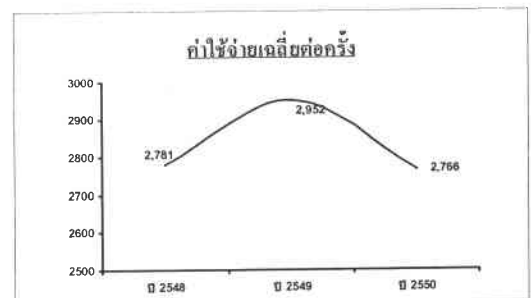
นัก (จาก 2,781 บาท เป็น 2,766 บาท) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในตามสิทธิบัตรด้านการรักษาพยาบาล พบว่าผู้ป่วยในที่มีสิทธิบัตรทอง มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงที่สุดถึงร้อยละ 88.9, 88.7 และ 88.5 แต่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายสูงที่สุดเป็นกลุ่มสิทธิบัตรข้าราชการ เท่ากับ 3,332 บาท, 4,464 บาท และ 4,367 บาท รองลงเป็นกลุ่มสิทธิบัตรทองเท่ากับ 2,900 บาท, 3,043 บาท และ 2,952 บาท

แผนภูมิ 5 ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง

บาท



ล้านบาท



สามอันดับแรกของผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด ปี 2548 คือกลุ่มโรคอาการท้องร่วง กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ โรคไส้ติ่งอักเสบ เยื่อบุผนัง และโรคปอดอักเสบ ตามลำดับ ปี 2549 คือ กลุ่มโรคอาการท้องร่วง กระเพาะอาหารและ

ลำไส้อักเสบ โรคปอดอักเสบ และโรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง ส่วนในปี 2550 คือ กลุ่มโรคอาการท้องร่วง กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง และโรคหอบหืด ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคทางเดินอาหารและระบบหายใจเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายติดอันดับสูงตลอดทั้ง 3 ปี

แนวโน้มปริมาณงานและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2548-2550
มณีวรรณ เจริญ

ตารางที่ 2 แสดง 3 อันดับโรคของผู้ป่วยใน ปี พ.ศ. 2548-2550

ปี พ.ศ. 2548		ปี พ.ศ. 2549		ปี พ.ศ. 2550	
อันดับโรค	จำนวนเงิน (บาท)	อันดับโรค	จำนวนเงิน (บาท)	อันดับโรค	จำนวนเงิน (บาท)
1.กลุ่มโรคอาหาร ท้องร่วง กระเพาะ อาหารและลำไส้ อักเสบ	791,153	1.กลุ่มโรคอาหาร ท้องร่วง กระเพาะ อาหารและลำไส้ อักเสบ	791,153	1.กลุ่มโรคอาหาร ท้องร่วง กระเพาะ อาหารและลำไส้ อักเสบ	769,797
2.โรคไส้ติ่งอักเสบ เฉียบพลัน	247,055	2.โรคปอดอักเสบ	343,293	2.โรคหลอดลม อักเสบเรื้อรัง	268,059
3.โรคปอดอักเสบ	154,272	3.โรคหลอดลม อักเสบเรื้อรัง	275,767	3.โรคหอบหืด	241,409

ส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อรายและ
ต่อวันนอนมากที่สุด ในปี 2548 คือโรคไส้ติ่ง
อักเสบเฉียบพลัน เท่ากับ 2,112 บาทต่อราย และ
784 บาทต่อวันนอน รองลงมาเป็น โรคแผลเปื่อย
เป็บติคไม่ระบุตำแหน่ง 801 บาทต่อราย และ 352
บาทต่อวันนอน ปี 2549 คือ โรคหลอดลมอักเสบ
เรื้อรัง 3,207 บาทต่อราย และ 941 บาทต่อวันนอน
รองลงมาเป็น โรคปอดอักเสบ 2,159 บาท และ 597
บาทต่อวันนอน ปี 2550 คือโรคหลอดลมอักเสบ
เรื้อรัง 2,553 บาทต่อราย และ 947 บาทต่อวันนอน
รองลงมาเป็น ปอดอักเสบเชื้อแบคทีเรีย 2,243 บาท
ต่อราย และ 671 บาทต่อวันนอน

สำหรับผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายด้านการ
รักษาพยาบาลต่อรายสูงที่สุด พบว่าปี 2548 ผู้ป่วย
โรคไตวายเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล
สูงที่สุด จำนวน 73,047 บาท มีจำนวนวันนอน 14
วัน รองลงมาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด 69,388 บาท
จำนวนวันนอน 41 วัน ปี 2549 พบโรคปอดอักเสบ
มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงที่สุด 129,392
บาท จำนวนวันนอน 30 วัน รองลงมาเป็น โรคปอด
แข็งเป็นพังผืด 66,765 บาท จำนวนวันนอน 23 วัน
ส่วนในปี 2550 พบโรคสเคลอโรสิสหลายที่มี
จำนวนค่าใช้จ่ายมากที่สุด 197,868 บาท จำนวนวัน
นอน 82 วัน รองลงมาเป็น โรคเลือดออกในสมอง
65,634 บาท จำนวนวันนอน 42 วัน

3.แนวโน้มคุณภาพบริการ

คุณภาพบริการของโรงพยาบาลในภาพรวม (ตารางที่ 3) พบว่าอัตราตายผู้ป่วยในอย่างหยาบ ปี 2548 เท่ากับ ร้อยละ 0.32 มีอัตราสูงขึ้นเล็กน้อยใน ปี 2549 เป็นร้อยละ 0.46 และ ปี 2550 กลับลดลงเป็นร้อยละ 0.20 อัตราป่วยตายด้วยโรค

มะเร็ง มีแนวโน้มลดลงเท่ากับ ร้อยละ 26.67, 14.08 และ 11.80 อัตราป่วยตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปี 2548 เท่ากับร้อยละ 1.59 ปี 2549-2550 ไม่มีอัตราป่วยตาย อัตราป่วยตายด้วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ปี 2549 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.77 และ ปี 2550 ลดลงเป็นร้อยละ 6.02 และอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน มีอัตราใกล้เคียงกัน

ตาราง 3 แนวโน้มคุณภาพในภาพรวม

ดัชนี	ผลลัพธ์ (อัตราต่อ 100)		
	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
อัตราตายผู้ป่วยในอย่างหยาบ	0.32	0.46	0.20
อัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็ง	26.67	14.08	11.86
อัตราป่วยตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	1.59	0.00	0.00
อัตราป่วยตายด้วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	8.42	10.77	6.02
อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน	5.15	5.92	5.39

การเปรียบเทียบแนวโน้มศักยภาพและประสิทธิภาพภาพรวมของโรงพยาบาล (ตารางที่ 4) พบว่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงขึ้นเรื่อยๆ เท่ากับ 0.64, 0.886 และ 0.695 ส่วนค่าน้ำหนักสัมพัทธ์

ที่ปรับค่าแล้วเฉลี่ย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.605, 0.663 และ 0.652 อัตราการครองเตียงใกล้เคียงกัน เท่ากับมากกว่าร้อยละ 90 อัตราการใช้เตียงค่อนข้างสูงกว่าเกณฑ์ทุกปี (ร้อยละ 124.35-139.87) ส่วนวันนอนเฉลี่ยใกล้เคียงกันทุกปี ระหว่าง 2.51-2.70 วัน

ตารางที่ 4 แนวโน้มภาพรวมศักยภาพและประสิทธิภาพของโรงพยาบาล

ดัชนี	ผลลัพธ์		
	ปี 2548	ปี 249	ปี 2550
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย	0.640	0.886	0.695
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วเฉลี่ย	0.605	0.643	0.652
ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วย	0.888	0.899	0.875
อัตราการครองเตียง	98.93	90.88	91.79
อัตราการใช้เตียง	139.87	122.35	124.35
วันนอนเฉลี่ย	2.51	2.68	2.70

วิจารณ์และสรุป

แนวโน้มปริมาณงานและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวารินชำราบ ระหว่างปี 2548-2550 มีจำนวนใกล้เคียงกันทั้งจำนวนคนและจำนวนครั้งที่มารับบริการ การเจ็บป่วย 3 อันดับโรคของผู้ป่วยนอกพบมากที่สุดคือโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน โรคความดันเลือดสูง กลุ่มอาการท้องร่วง กระเพาะ และลำไส้อักเสบ และโรคคออักเสบ ซึ่งก็สอดคล้องกับข้อมูลการเจ็บป่วยของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลวารินชำราบ อย่างไรก็ตามพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันเลือดสูง นอกจากนั้นจะพบได้ว่าสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการมากที่สุดในแต่ละปี คือ กลุ่มสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งข้อมูลจากรายงาน 10 รง.5 ของโรงพยาบาลสังกัด

กระทรวงสาธารณสุข (2548) ก็พบว่ามีสัดส่วนในแต่ละปีใกล้เคียงกัน ตั้งแต่ปี 2545-2548 และใกล้เคียงกับผลการสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2546) ที่พบกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 63.05-72.28

แนวโน้มปริมาณงานและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน พบว่ามีแนวโน้มลดลงทั้งจำนวนผู้ป่วยและจำนวนวันนอน ตรงกันข้ามกับข้อมูลการวิเคราะห์รายงาน 0110 รง. 5 ของกระทรวงสาธารณสุข (2548) ส่วนของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งเอกชน ที่พบว่ามีการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นทุกปี ในช่วงระหว่างปี 2545-2548 ทั้งจำนวนรายและจำนวนวันนอนของผู้ป่วยใน สำหรับสัดส่วนการใช้สิทธิ

ด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลวรินชำราบที่พบมากที่สุดคือ การใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีสัดส่วนค่อนข้างคงที่ในช่วงปีที่ศึกษา หลังจากเพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี 2547-2548 จากร้อยละ 72.28 เป็นร้อยละ 80.29 (ผลการสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546)

สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกในรายงานครั้งนี้เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากอัตราค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บจากผู้ป่วย ไม่ได้แสดงถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง แต่ก็สามารถใช้แสดงถึงแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งก็พบว่าค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย สอดคล้องกับข้อมูลกลุ่มสารสนเทศและศูนย์ข้อมูลสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ(2549) พบว่า ปี 2548-2549 โรงพยาบาลชุมชนมีค่าใช้จ่ายลดลงร้อยละ 16 แต่ค่าเวชภัณฑ์ยังเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

กลุ่มผู้ป่วยนอกที่มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงที่สุดในภาพรวมเป็นโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ คือโรคเบาหวานที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน โรคความดันโลหิตสูง และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัส โดยที่ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนค่าใช้จ่ายมากที่สุด อย่างไรก็ตามพบว่าแนวโน้มของค่าใช้จ่ายสำหรับโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากไวรัสโรคเพิ่มขึ้นในช่วงปีหลัง รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งสูงที่สุดในทั้งสามปีที่ศึกษา

เมื่อเทียบสัดส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังคงเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงที่สุด แต่ค่าใช้จ่ายต่อรายสูงที่สุดกลับเป็นผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ โรคผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายรวมสูงที่สุดในปี 2548-2550 คือ กลุ่มอาการท้องร่วง กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ สำหรับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายและต่อวันนอนสูงที่สุดปี 2548 คือ โรคไส้ติ่งอักเสบ ส่วนในปี 2549 และ 2550 คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง

ข้อมูลการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี 2545-2549 พบค่าใช้จ่ายกองทุนประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ โครงการ 30 บาท มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจากปี 2545-2549 แต่ค่าใช้จ่ายจากกระทรวงสาธารณสุขและ NON UC ตั้งแต่ปี 2546 ลดลงร้อยละ 5.87 จากปี 2547 และคงที่จนถึงปี 2549 โดยภาพรวมทุกกองทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีอัตราเพิ่มขึ้นจากปี 2545-2549 คือ ร้อยละ 31.8, 6.6, 6.8, 3.7 และ 3.6 ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิมากที่สุดคือ สิทธิบัตรทอง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยนอกที่ใช้สิทธิบัตร พรบ. จะมีค่าใช้จ่ายสูงที่สุด

แนวโน้มคุณภาพบริการของโรงพยาบาลวรินชำราบปี 2548-2550 ด้านอัตราตายผู้ป่วยในอย่างหยาบ ปี 2549 มีอัตราสูงเล็กน้อย แต่ปี 2550 กลับมีอัตราตายผู้ป่วยในอย่างหยาบลดลงอัตราตายด้วยโรคมะเร็งมีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบในปี 2548-2550 ไม่มีอัตราป่วยตาย อัตราตายด้วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องปี 2549 เพิ่มขึ้น และลดลงในปี 2550 และ

อัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำใน 28 วัน มีอัตราใกล้เคียงกันทั้งปี 2548-2550

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบแนวโน้มนโยบายและประสิทธิภาพของโรงพยาบาล พบว่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยสูงขึ้น เช่นเดียวกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วเฉลี่ย ทั้งค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าเฉลี่ย อัตราการครองเตียงเหมาะสมกับขนาดโรงพยาบาล อัตราการใช้เตียงค่อนข้างสูง และวันนอนสูงขึ้น แสดงว่ามีการใช้เตียงอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยในมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นมากขึ้น ซึ่งดูได้จากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์และวันนอนที่สูงขึ้น

ข้อมูลการเจ็บป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสามารถนำมาวางแผนการให้บริการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ทั้งการเกิดโรคและการลดภาวะแทรกซ้อน การวางแผนการจัดการกับกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งจำนวนรายและค่าใช้จ่าย สำหรับกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายสูง ทีมสหสาขาวิชาชีพควรได้ร่วมกันกำหนดแนวทางหรือมาตรฐานการดูแลรายโรคเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยลงได้

ในกลุ่มโรคที่มีอัตราป่วยค่อนข้างมากและคิดอันดับต้นๆ ในแต่ละปีเช่น กลุ่มโรคอาการท้องร่วง ภาวะอาหารและลำไส้อักเสบ และโรคเรื้อรัง ควรมีการศึกษาเชิงระบาดวิทยาเพื่อให้ทราบว่าอัตราป่วยมากในชุมชนใดบ้าง เพื่อจะได้สะท้อนข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้นำชุมชน และหาแนวทางให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับรู้ เกิดความตระหนัก และร่วมแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพภายในชุมชนในการป้องกันไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้โรครุนแรงมากขึ้น รวมทั้งเน้นการติดตามผู้ป่วยเชิงรุกร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน การเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ญาติและครอบครัว และการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้สามารถดูแลปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างเข้มแข็ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวารินชำราบ ที่ได้ให้การสนับสนุนการศึกษาเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่เวชสถิติและเจ้าหน้าที่ฝ่ายยุทธศาสตร์สาธารณสุขของโรงพยาบาลวารินชำราบ ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมต่างๆ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

บรรณานุกรม

1. จิตปราณี วาศวิท และคณะ. อนามัยและสวัสดิการของคนไทยหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1. เรื่องการเจ็บป่วยการใช้บริการสุขภาพและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพของชาวไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2547.
2. จิรุมภ์ ศรีรัตนบัลล์. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2544-2546. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2548
3. ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข “สัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการปฏิรูปสาธารณสุขในประเทศไทยในยุคปัจจุบัน” สืบค้นจาก <http://www.Ryta.com/news/1997-12-11/21869031>
4. ธงชัย ไชยสิทธิ์สวัสดิ์ และกรรมการ CFO เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 14. การศึกษาประสิทธิภาพการจัดการด้านการเงินการคลังและทรัพยากรสุขภาพโรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง เขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ 14 (อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ).
5. วารสารสุขภาพศึกษาประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลพระเจริญ ประจำเดือนตุลาคม 52 .
6. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และคณะ. การประมาณจำนวนผู้ป่วยในภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2548. สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ, 2548.
7. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. รายงานผลการสำรวจภายหลังการเจนนับโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2546.
8. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ. ต้นทุนต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Cost per Relative Weights by Diagnosis Related Groups.). ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ: มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2546.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2545 ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์, 2546.
10. สำนักงานหลักประกันแห่งชาติ. รายงานประจำปีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2548, พิมพ์ ครั้งที่ 1. สหมิตรพรินต์, 2548.