

การประเมินผลโครงการการให้บริการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

นพ.ปิยพงศ์ รัตนอาภา*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายหลังจากดำเนินงานมา 5 ปี และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน โดยทบทวนผลการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ จำแนกรายตำบล จากแบบบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลของโปรแกรม CPIS ระหว่าง พ.ศ. 2545-2549 และการสัมภาษณ์ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอดจนผู้บริหารงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการ ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุระหว่าง 30-45 ปี จำนวนทั้งหมด 15,812 คน ได้รับการจากโครงการนี้จำนวน 8,145 คน คิดเป็นร้อยละ 51.51 โดยพบผู้มีความผิดปกติของปากมดลูกจำนวนร้อยละ 4.1 ของผู้มารับบริการทั้งหมด ซึ่งกลุ่มที่พบความผิดปกตินี้ได้รับการจี้เย็นคิดเป็นจำนวนร้อยละ 85.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านชุมชน ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบได้แก่ ปัญหาของผู้ให้บริการ ปัญหาด้านผู้รับบริการ และปัญหาด้านการบริหารจัดการ ในภาพรวมแล้วการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก วิธีวีไอเอ การจี้เย็น

*โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การประเมินผลโครงการการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรี พบได้ในสตรีตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยชรา⁽¹⁻⁴⁾ พบมากในช่วงอายุ 40-50 ปี สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) ที่บริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ การมีคู่นอนหลายคน หรือการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย เป็นต้น ในแต่ละปีสตรีทั่วโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นปีละ 466,000 คน เสียชีวิตปีละ 231,000 คน ซึ่งประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่ง และมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดคือ มะเร็งปากมดลูก จากรายงานของสำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติพบว่า ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 6,192 ราย เสียชีวิต 3,166 ราย หรือประมาณร้อยละ 50 ถ้าคิดคำนวณแล้วจะมีสตรีไทยเสียชีวิต จากมะเร็งปากมดลูกวันละ 9 ราย ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเสียดายเนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ สามารถตรวจคัดกรองหาความผิดปกติได้ก่อน และการรักษาได้ผลดีถ้าพบในระยะเริ่มแรก ซึ่งข้อมูลจาก IARC 1986 พบว่าการตรวจ

คัดกรองผู้หญิงทุก 5 ปี และทำการรักษาผู้ที่มีอาการผิดปกติที่ปากมดลูก สามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกได้ประมาณร้อยละ 84

มาตรการการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอดีตที่ผ่านมาได้ใช้วิธีการคัดกรองวิธีเดียว คือ Pap smear เป็นหลัก ซึ่งปัจจุบันก็ยังเป็นวิธีมาตรฐานอยู่ แต่มีข้อด้อยหลายประการที่ทำให้การขยายความครอบคลุมเป็นไปได้ช้าๆ และไม่ทันกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีการศึกษาเพื่อหาวิธีการอื่นๆ เข้ามาร่วมในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจโดยการใช้น้ำส้มสายชูโซลอมปากมดลูกและดูการเปลี่ยนแปลงด้วยตาเปล่าซึ่งเรียกว่าวิธีวีไอเอ (VIA, Visual inspection using acetic acid) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการศึกษาและเป็นที่ยอมรับกันว่าเหมาะสมสำหรับการนำมาใช้ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด^(5,22) ซึ่งประเทศไทยได้มีการนำเข้ามาศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นแห่งแรก ในลักษณะของงานวิจัยโดยเริ่มดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2543 มีอำเภอที่เข้าร่วมศึกษา 4 อำเภอด้วยกัน ซึ่งการศึกษาเบื้องต้นพบว่าวิธีนี้มีความปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ และมีความเป็นไปได้สูงในการใช้เป็นมาตรการ เสริมเพื่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงได้มีการขยายงานให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด และขยายสู่จังหวัดต่างๆ อีกหลายจังหวัดในปัจจุบัน

อำเภอสุวรรณภูมิเข้าร่วมโครงการคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ในปี พ.ศ. 2545 เป็นอำเภอสุดท้าย

ของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยดำเนินการด้วยระบบงบประมาณปกติ นับเป็นเวลาห้าปีแล้ว ในการดำเนินงานคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าว ดังนั้น จึงได้ทำการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อประเมินผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ และการจีเอ็นของอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2545-2549 ในประเด็นความครอบคลุมของการคัดกรองภายหลังการนำวิธีการดังกล่าวมาให้บริการ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข เพื่อเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ ในสตรีกลุ่มอายุ 30-45 ปี ที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนเมษายนพ.ศ. 2545 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2549 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ จากโปรแกรม CPIS (Cervix Pre-cancerous Information System) รุ่น 3.7 ซึ่งเป็นโปรแกรมเฉพาะสำหรับการบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ โดยมีการบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตรวจภายใน ข้อมูลผลการตรวจปากมดลูก ข้อมูลการรักษาและข้อมูลการส่งต่อ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จรวมทั้งปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พยาบาลผู้ให้บริการ ในประเด็น

ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองและการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานรายตำบล เพื่อวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิเพื่อใช้ในการบริหารจัดการต่อไป

โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ให้บริการที่สถานีอนามัยทุกแห่งในแต่ละตำบลของอำเภอ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย (target women) เป็นสตรีที่มีอายุ 30-45 ปี ที่ปรากฏข้อมูลในฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของอำเภอ ให้บริการทั้งในวันราชการและวันหยุดราชการ ซึ่งในวันราชการนั้นให้บริการสัปดาห์ละ 3 วัน ผู้ให้บริการเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรม ตามมาตรฐานการบริการแล้ว ทั้งนี้ ผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ นั้น หากพบความผิดปกติคือ มีฝ้าขาว (acetowhite lesion) ที่บริเวณปากมดลูก และไม่มีข้อห้ามใจจะได้รับการรักษาด้วยการจีเอ็น ซึ่งสามารถทำได้ทั้งจีเอ็นทันทีหรือนัดมาจีเอ็นในครั้งต่อไป ถ้าผลการตรวจปกติจะนัดอีก 5 ปี เพื่อตรวจซ้ำ ในส่วนรายงานผลการตรวจคัดกรองนั้น จะรายงานผลเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ 1) ผลการตรวจสงสัยมะเร็ง (suspect cancer) หมายถึง ผลการตรวจด้วยตาเปล่าสงสัยมะเร็ง โดยอาจไม่มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยา 2) ผลการตรวจผิดปกติ (positive VIA result) หมายถึง ผลการตรวจด้วยตาเปล่าหลังขลิบ

การประเมินผลโครงการการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูแล้ว พบมีความผิดปกติ ชนิดฝ้าขาวเกิดขึ้น 3) ผลการตรวจเป็นปกติ (negative VIA result) หมายถึง ผลการตรวจด้วยตาเปล่าหลังขโลมปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูแล้ว ไม่พบความผิดปกติ โดยมีตัวชี้วัดการดำเนินงาน คือ การบริการตรวจคัดกรองครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 80 และกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านบริการการคัดกรองแล้ว พบความผิดปกติได้รับการรักษาอย่างน้อยร้อยละ 80

ผลการศึกษา

อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยพื้นที่ 15 ตำบล ข้อมูลประชากรของอำเภอสวรรณภูมิใน ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2550 มีจำนวนประมาณมากกว่า 100,000 คน มีจำนวนสตรีในกลุ่มอายุ 30-45 ปี คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 11.9-ร้อยละ 13.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

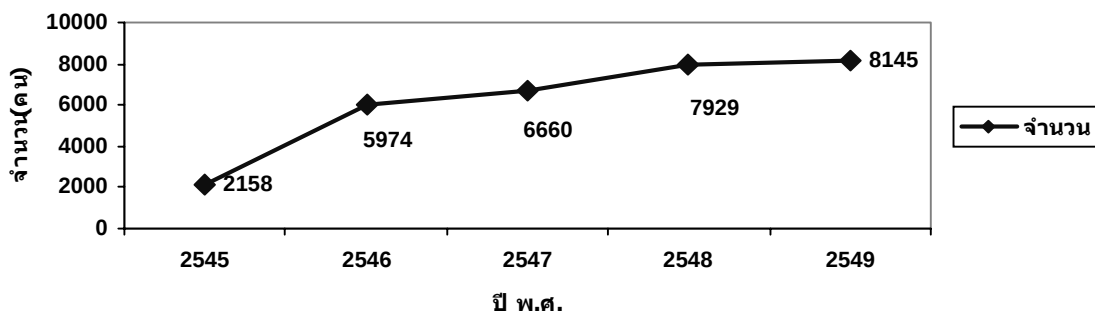
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรของอำเภอสวรรณภูมิ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545- พ.ศ. 2549

ข้อมูลประชากร	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549
ประชากรทั้งหมด (คน)	118,200	118,365	118,258	116,703	116,996
สตรีอายุ 30-45 ปี (คน)	14,020	15,623	16,236	15,075	15,812
ร้อยละ	11.9	13.2	13.7	12.9	13.5

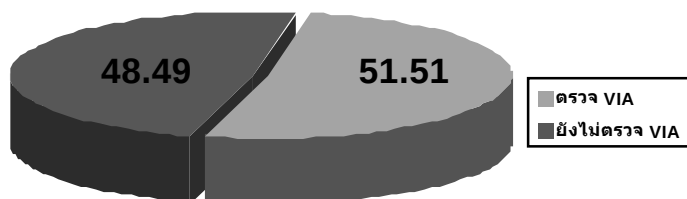
การบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ได้เริ่มการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 พบว่า มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 15,812 คน และมีจำนวนผู้รับการตรวจคัดกรองรายใหม่สะสมระหว่างปี พ.ศ. 2545-2549 เป็นจำนวน 8,145 คน คิดเป็นร้อยละ 51.51 โดยสามารถให้บริการได้มากที่สุด

ในปี 2546 จำนวน 3,816 คน (แผนภูมิที่ 1-3) ปริมาณผู้รับบริการโดยเฉลี่ยในวันธรรมดา 20 คน ต่อครั้ง และในวันหยุดราชการ 61 คนต่อครั้ง รวมทั้งได้ให้บริการสตรีนอกกลุ่มเป้าหมาย (อายุน้อยกว่า 30 ปี และมากกว่า 45 ปี) ซึ่งสามารถให้บริการได้เป็นจำนวนร้อยละ 5.7 ของกลุ่มสตรีทั้งหมด

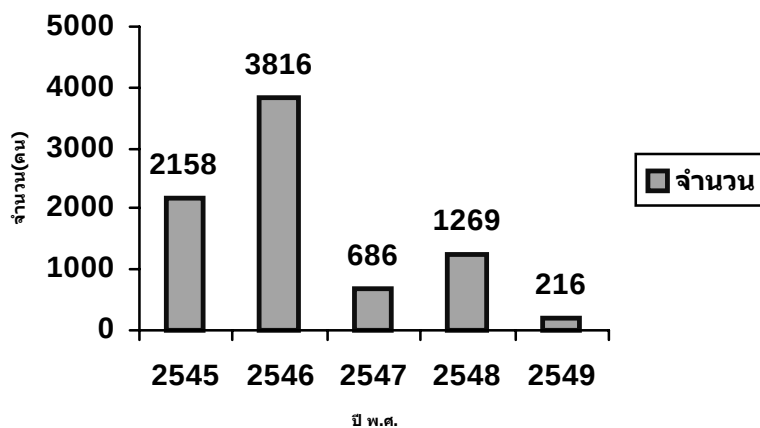
แผนภูมิที่ 1 จำนวนการตรวจคัดกรองสะสม ระหว่างปี พ.ศ.2545-2549



แผนภูมิที่ 2 ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง



แผนภูมิที่ 3 จำนวนการตรวจคัดกรองจำแนกรายปี



การประเมินผลโครงการการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

เมื่อจำแนกตามพื้นที่ของอำเภอสุวรรณภูมิ ซึ่งมีทั้งหมด 15 ตำบล พบว่ามี 10 ตำบลที่สามารถตรวจคัดกรองได้มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พงษ์กุลา พงษ์ศรีเมือง พงษ์หลวงนาใหญ่ น้ำคำ บ่อพันขัน เปลือย เมืองพุงห้วยหินลาด และหินกอง ส่วนอีก 5 ตำบลมีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองไม่ถึงร้อยละ 50 คือ จำปาขัน ช้างเผือก ดอกไม้ สระคู และหัวโตน

ผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอพบ

มีความผิดปกติของปากมดลูกจำนวน 335 คน หรือร้อยละ 4.1 และพบรายที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง 1 ราย หรือร้อยละ 0.01 (ตารางที่ 2) สำหรับผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติของปากมดลูกหรือมีฝ้าขาวเกิดขึ้นและสามารถที่จะให้การจี้เย็น ได้รับการจี้เย็นทันที 92 คน และมีการเลื่อนการจี้เย็นจำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 ของผู้ที่พบความผิดปกติ (ตารางที่ 3) เนื่องจากการออกไปให้บริการเชิงรุก ณ สถานิออนามัย ซึ่งมีผู้มารับบริการมากและสถานที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินการ

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ

ผลการตรวจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สงสัยมะเร็ง (suspect cancer)	1	0.01
เห็น SCJ ไม่ครบ	4	0.05
ผิดปกติ (positive)	335	4.1
ปกติ (negative)	7,805	95.8
รวม	8,145	100.0

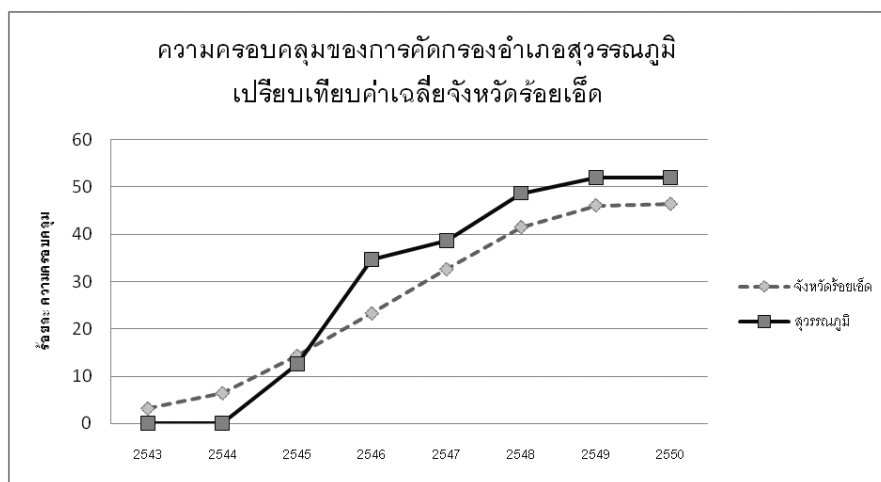
ตารางที่ 3 แสดงผลจำนวนผู้ได้รับการจี้เย็น (cryotherapy)

การจี้เย็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับการจี้เย็น	286	85.4
⌚ 1 จี้เย็นทันที	92	32.2
• 2 เลื่อนนัดจี้เย็น	194	67.8
ไม่เหมาะสมที่จะจี้เย็น	49	14.6
รวม	335	100.0

เมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในอำเภอสุวรรณภูมิกับค่าเฉลี่ยของจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าอำเภอสุวรรณภูมิ มีผลการ

ดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอได้ครอบคลุมมากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดร้อยเอ็ดภายในปีที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการ (แผนภูมิที่ 4)

แผนภูมิที่ 4 เปรียบเทียบความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง อ.สุวรรณภูมิ กับค่าเฉลี่ยจ.ร้อยเอ็ด



สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการ ได้แก่

1. ทิศทางขององค์กร ซึ่งเกิดจากการร่วมมือกันระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอในการเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าเป็นสิทธิของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในอำเภอสุวรรณภูมิที่จะต้องได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาในมาตรา 6 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นอย่างดี โดยพบว่าหากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ มีความเห็นที่สอดคล้องกันสำหรับนโยบายการให้บริการดังกล่าวจะส่งผลให้การบริการในพื้นที่นั้น ประสบความสำเร็จอย่างสูง

2. การคัดเลือกพยาบาลผู้ให้บริการที่เหมาะสมและมีจำนวนเพียงพอสำหรับการดำเนินงาน พยาบาลที่มีความกระตือรือร้นและวางแผนการดำเนินงานได้ดี เป็นบุคลากรที่จำเป็นในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงาน และเมื่อปริมาณงานมากขึ้นจำเป็นต้องเพิ่มพยาบาลผู้ให้บริการมากเพียงพอที่จะสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง โดยอำเภอสุวรรณภูมิมีพยาบาลผู้ให้บริการในระยะแรกเพียง 2 คน และได้เพิ่มเป็น 5 คนในปัจจุบัน

3. การเตรียมชุมชน เพื่อเตรียมกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้รับผิดชอบในระดับหมู่บ้านจะต้องมีข้อมูล

การประเมินผลโครงการการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

พร้อม มีรายชื่อของสตรีกลุ่มเป้าหมายและทราบ
ที่อยู่ที่สามารถติดตามสตรีกลุ่มเป้าหมายได้
นอกจากนี้ พบว่าบางพื้นที่ได้นำกลยุทธ์ประชาสัมพันธ์ด้านต่างๆ เช่น มีบริการเพิ่มเติม หรือ
สนับสนุนของรางวัลในการชักชวนกลุ่มเป้าหมาย
มารับบริการ ซึ่งทำให้พื้นที่นั้นได้รับความสนใจ
ในการมารับบริการจากกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ส่วนข้อมูลปัญหาอุปสรรคแนวทางแก้ไข
และข้อเสนอแนะนั้น พบว่า

1. กลุ่มเป้าหมายมักเป็นแรงงานที่
เคลื่อนย้ายไปอยู่ในต่างจังหวัด การให้ความสนใจ
สุขภาพยังค่อนข้างต่ำ ประกอบกับความเข้าใจ
ในการบริการมีน้อย จึงทำให้ไม่มารับบริการ
ซึ่งปัญหาดังกล่าวยังส่งผลให้เกิดปัญหาด้าน
ข้อมูลจำนวนประชากรจริง เนื่องจาก มีจำนวน
ประชากรในพื้นที่จริงน้อยกว่าข้อมูลสำมะโน
ประชากร นอกจากนี้ ยังพบว่าเทคนิคในการ
จัดทำสถิติข้อมูล การบันทึกติดตาม รูปแบบและ
วิธีการดำเนินการ ในระดับภูมิภาคยังค่อนข้าง
มีปัญหา

2. ด้านบุคลากร ปัญหาที่พบคือ พยาบาล
ผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมีน้อย โดยในช่วงแรก
แต่ละโรงพยาบาลจะส่งพยาบาลวิชาชีพเข้า
อบรม 2 คน โดยหนึ่งในนั้นจะเป็นพยาบาลวิชาชีพ
ที่เป็นหัวหน้าฝ่าย ส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีงานใน
ความรับผิดชอบค่อนข้างมาก เมื่อบุคลากรน้อย
ทำให้ผลงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเกิด

ความเครียดในการปฏิบัติงานมาก ตามมาด้วย
การโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ส่งผลให้ยังเกิด
ภาวะขาดบุคลากร แนวทางแก้ไขคือ ควรส่ง
พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่ม
จำนวนผู้ให้บริการให้มีอย่างน้อย 3 คน จัดระบบ
การหมุนเวียนออกปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่ม
การพยาบาล และควรจัดให้มีพยาบาลที่รับผิดชอบ
โดยตรงต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ด้านอุปกรณ์การแพทย์ ปัญหาที่พบ
คือ เมื่อต้องให้บริการมากขึ้นทั้งในและนอก
สถานที่ทำให้อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้บ่อยมีไม่
เพียงพอ เช่น เครื่องมือตรวจช่องคลอด (vaginal
speculum) โคมไฟส่องตรวจภายใน ชุดจี้เย็น
ในกรณีเร่งด่วนอาจยืมจากโรงพยาบาลข้างเคียง
ใช้ชั่วคราว จากนั้นควรพิจารณาความจำเป็น
โดยการจัดหาซื้อเพิ่มเติม หรือจัดระบบการ
หมุนเวียน การฆ่าเชื้อ (sterilization) ให้ทันเวลาต่อ
การใช้งาน โดยอาจจัดเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางขึ้น
ทำการฆ่าเชื้อเครื่องมือนอกเวลา นอกจากนั้น
การใช้หัวจี้เย็นถูกเทคนิคจะทำให้หัวจี้เย็นใช้ได้นาน
และไม่เสียบ่อย

4. ด้านยานพาหนะ ปัญหาที่พบคือ
การออกปฏิบัติงานนอกสถานที่ล่าช้า เนื่องจากขาด
ยานพาหนะ ขาดพนักงานขับรถ มีการใช้รถออก
ปฏิบัติการกิจบ่อยครั้ง ซึ่งจะต้องมีการบริหาร
จัดการการใช้รถที่ดี มีการวางแผนการใช้รถร่วมกัน
ระหว่างหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล และ
การจัดทำแผนออกปฏิบัติงานล่วงหน้า

5. ด้านค่าตอบแทน ปัญหาค่าตอบแทน เป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ออกปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจดีขึ้น การจ่ายค่าตอบแทนที่ต่ำเกินไปจะไม่เกิดแรงจูงใจให้ผู้ออกปฏิบัติงานโดยปกติพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจะได้รับค่าตอบแทน 500 บาทต่อเวร เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สุวรรณภูมิได้จ่ายค่าตอบแทนให้พยาบาลผู้ให้บริการตรวจคัดกรองที่ออกปฏิบัติงานในชุมชน วันราชการในลักษณะค่าตอบแทนสำหรับการออกปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ครั้งละ 120 บาทต่อคนต่อวัน สำหรับวันหยุดราชการได้พิจารณาจ่ายค่าตอบแทน ในลักษณะตามภาระงาน (workload) โดยมีเกณฑ์ ในการคำนวณ คือ ถ้ามีผู้มารับบริการน้อยกว่า หรือเท่ากับ 45 คน ให้คิดค่าตอบแทนพยาบาล ผู้ให้บริการคัดกรองคนละ 3 ชั่วโมงๆ ละ 80 บาท ถ้าตั้งแต่ 45 คนขึ้นไป ให้คิดค่าตอบแทนให้คนละ 6 ชั่วโมง ซึ่งจะใกล้เคียงกับการขึ้นทำงาน นอกเวลาราชการในโรงพยาบาล ทั้งนี้ การออกบริการนอกสถานที่ในวันหยุดราชการสามารถเพิ่มปริมาณผู้รับบริการได้จำนวนมาก

6. ด้านการเตรียมชุมชน เนื่องจากการเตรียมชุมชนและการเตรียมกลุ่มเป้าหมายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ปัญหาที่พบในการให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ แต่ละหมู่บ้านขาดการเตรียมชุมชน ทำให้ไม่มีกลุ่มเป้าหมายมาตรวจ (กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ

30-45ปี)หรือมาตรวจน้อย และบางครั้งมีกลุ่มสตรี นอกเป้าหมายมาขอรับบริการด้วย ซึ่งแนวทางแก้ไขคือ จัดให้มีการเตรียมชุมชนก่อนวันตรวจ คัดกรอง มีการสำรวจรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้โปรแกรม HCIS การออกจดหมายนัดชี้แจง และนัดวันตรวจ มีการตรวจรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ ตกหล่นและกระตุ้นติดตาม มีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้านก่อนดำเนินการ และกระตุ้นเตือนในวันนัดตรวจ มีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องมะเร็งปากมดลูก และความสำคัญของการตรวจคัดกรอง รวมทั้งระยะเวลาและความถี่ห่างของการตรวจคัดกรอง นอกจากนั้นยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ 1) สำหรับกลุ่มสตรีซึ่งพบรอยโรคผิดปกติ (acetowhite lesion) จากการขูดปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูและไม่สามารถรักษาด้วยการจี้เย็นในทันที ควรส่งตัวเข้ารับบริการการรักษาต่อที่โรงพยาบาลโดยมีระบบการติดตามตรวจสอบไม่ให้ตกหล่น

8. ด้านนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเบื้องต้น โดยวิธีวีไอเอซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำ มีความไวในการคัดกรองสูง ถึงแม้จะมีความจำเพาะต่ำกว่า การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear นั้นก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการตรวจคัดกรองในที่ที่มีทรัพยากรจำกัด อย่างไรก็ตามในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ดำเนินการ 2 วิธีในกลุ่มเป้าหมายที่ทับซ้อนกัน คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 30-34, 36-39 และ 41-44

การประเมินผลโครงการการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

ปีให้ดำเนินการโดยวิธีวีไอเอ และสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ให้ดำเนินการด้วยวิธี pap smear ซึ่งสร้างความสับสนแก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นอันมาก ทั้งนี้ นโยบายที่สับสนและการสนับสนุนงบประมาณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผลกระทบต่อการทำงานเป็นอย่างมาก เนื่องจากนโยบายและการสนับสนุนด้านงบประมาณนั้น เน้นที่การตรวจคัดกรองด้วยวิธี pap smear ที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีความคุ้นเคยมากกว่า จึงเลือกใช้วิธีการนี้ และทำให้ต้องรอการแปลผลการอ่านสไลด์ที่ส่งตรวจยืนยัน อีกทั้งยังไม่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ในทันที ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้สถานบริการเลือกวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเบื้องต้นตามศักยภาพของสถานบริการ ในกลุ่มสตรีวัย 30-45 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดความเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณ squamocolumnar junction มากที่สุด

วิจารณ์

จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดแรกของประเทศไทยที่ได้มีการนำน้ำส้มสายชู 3-5% มาป้ายปากมดลูก เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ปากมดลูก โดยเริ่มต้นจัดเป็นโครงการวิจัยใน 4 อำเภอ คือ อำเภอพนมไพร อำเภอปทุมรัตน์ อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอจตุรพักตรพิมาน ตั้งแต่ปี

2543 จากนั้นได้ขยายไปยังอำเภอต่างๆ ทั้งหมดของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยอำเภอสุวรรณภูมิเข้าร่วมโครงการวีไอเอเมื่อ พ.ศ. 2545 เป็นอำเภอสุดท้ายของจังหวัด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวของจังหวัดที่มีเจ้าหน้าที่เซลล์วิทยาสามารถอ่านผล pap smear ได้ และให้บริการตรวจ pap smear เป็นอันดับ 2 ของจังหวัด (ประมาณปีละ 1000 ราย) รองจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทั้งนี้สาเหตุที่อำเภอสุวรรณภูมิได้เข้าร่วมโครงการวีไอเอเนื่องจากในปี พ.ศ. 2545 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตั้งเป้าหมายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้ที่ร้อยละ 80 ของประชากรสตรีวัย 30-45 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ด้วยวิธีเดิมที่ผ่านมาแล้วจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ระบุได้ อีกทั้งทางคณะกรรมการบริหาร CUP ได้มีการสนับสนุนนโยบายสร้างสุขภาพ และทีมสุขภาพของอำเภอสุวรรณภูมิ มีความเห็นตรงกันว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมีความคุ้มค่ามากกว่าการรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งแล้ว นอกจากนั้นโครงการวีไอเอมีกระบวนการที่เป็นระบบและมีกลุ่มเป้าหมายชัดเจน คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 30-45 ปี ถ้าผลการตรวจปกติจะนัดอีก 5 ปี แต่ถ้าผิดปกติและอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถรับการรักษาได้ จะได้รับการรักษา โดยการจี้เย็นทันทีจากพยาบาลผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐาน ส่วนรายที่ไม่สามารถให้การรักษาได้ก็มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบสูตินรีแพทย์ต่อไป โครงการวีไอเอยังมีระบบฐานข้อมูลและวิธีการบันทึกที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน สามารถตรวจสอบว่า

เป็นผู้มารับบริการใหม่หรือเคยรับบริการแล้ว ซึ่งหากโรงพยาบาลชุมชนทำการคัดกรองได้ครอบคลุมและติดตามในระยะ 5 ปี จะเหลือเป้าหมายสำหรับตรวจไม่มาก นอกจากนี้วิธีการตรวจวีไอเอยังเป็นการตรวจที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย เนื่องจากวัสดุที่ใช้หาได้ง่ายในพื้นที่ คือ น้ำส้มสายชู และบุคลากรที่ดำเนินงานก็ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์

ผลการดำเนินงานของอำเภอสุวรรณภูมิ ตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปี พ.ศ. 2547 มีความครอบคลุมสูง และได้รับรางวัลอำเภอดีเด่นในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากโครงการ CERVICARE THAILAND เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 โดยมีจุดแข็ง คือ การคัดเลือกพยาบาลผู้ให้บริการตรวจคัดกรองและการจับมือระหว่างผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ ทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ สาธารณสุขอำเภอ เพื่อกำหนดทิศทางองค์กร ประกาศเป็นนโยบายของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิ ที่จะให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีวีไอเอ และให้การสนับสนุนทุกรูปแบบเพื่อบรรลุเป้าหมายของการตรวจคัดกรอง ส่วนประเด็นที่ยังเป็นข้อด้อยของอำเภอสุวรรณภูมิ คือ การเตรียมชุมชน นอกจากนั้นกลุ่มเป้าหมายถึงร้อยละ 30 ได้ออกไปประกอบอาชีพนอกภูมิลำเนา ในประเด็นนี้อำเภอสุวรรณภูมิได้เตรียมการแก้ปัญหาโดยการรณรงค์ให้บริการตรวจคัดกรองในช่วงเทศกาลเช่น ปีใหม่ สงกรานต์ บุญบั้งไฟ ซึ่งเป็น

ช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายมักจะกลับมา เข้มบ้าน รวมทั้งการติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การแนะนำและนัดหมายสตรีกลุ่มอายุ 30-45 ปี ที่มารับบริการอย่างอื่นที่สถานอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับในปีพ.ศ. 2549 จำนวนการตรวจคัดกรองโดยวิธีวีไอเอลดลง เนื่องจากปริมาณกลุ่มเป้าหมายรายใหม่ไม่ได้เพิ่มขึ้น จึงเป็นการตรวจคัดกรองในกลุ่มที่เหลือตกค้างมาจากปีก่อนหน้านี้ที่เหลือน้อยอยู่แล้ว จึงทำให้ดูเหมือนว่าปี พ.ศ. 2549 ให้บริการได้น้อยลง

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 80 ได้ โดยสามารถทำได้เพียงร้อยละ 51.51 ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่

1. ปัญหาด้านจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นจริง กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดขึ้นนั้นได้มาจากข้อมูลสำมะโนประชากร แต่เมื่อทำการสำรวจและให้บริการพบว่าจำนวนกลุ่มเป้าหมายอยู่ในพื้นที่จริงน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวออกไปประกอบอาชีพนอกภูมิลำเนา

2. ปัญหาด้านการเตรียมชุมชน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางคนขาดความเข้าใจอย่างถูกต้องและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจคัดกรอง รวมทั้งขาดการประชาสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ทำให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการคัดกรองน้อย

การประเมินผลโครงการการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เนื่องจากปัญหาด้านนโยบายที่สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear ทำให้โครงการนี้ขาดการสนับสนุนหลายด้าน เช่น การสนับสนุนด้านประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติงานในพื้นที่ การจัดอบรมเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครบตามเป้าหมาย

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่จะประสบความสำเร็จ จะต้องประกอบด้วย 4 องค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ 2) การค้นหาโรคแต่เนิ่นๆ ซึ่งรวมถึงการสร้างกระแสความตระหนัก และการจัดโครงการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ 3) การวินิจฉัยและการรักษาโดยพบว่าการควบคุมมะเร็งปากมดลูกจะได้ผลจะต้องสามารถรักษาความผิดปกติที่ตรวจพบได้ด้วย และ 4) การดูแลเพื่อบรรเทาอาการสำหรับผู้ป่วยระยะลุกลามมากแล้ว⁽²²⁾ โครงการนี้มุ่งไปที่องค์ประกอบที่ 3 คือ การวินิจฉัยและการรักษาความผิดปกติที่ตรวจพบ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายสตรีที่มีผลการคัดกรองผิดปกติได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็นสูงถึงร้อยละ 85.4 โดยมีทั้งการจี้เย็นทันทีและการนัดเพื่อมารับจี้เย็นโดยพยาบาลผู้ทำการตรวจเป็นผู้ให้การรักษาเอง ซึ่งการให้การรักษาเช่นนี้เป็นสิ่งที่แตกต่างจากการ

คัดกรองโดยวิธี pap smear ที่พยาบาลผู้คัดกรองไม่สามารถให้การรักษาแก่ผู้รับบริการได้ด้วยตัวเอง

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการประกอบด้วย ทิศทางองค์การคัดเลือกพยาบาลผู้ให้บริการและการเตรียมชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของกลุ่มพันธมิตรเพื่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก⁽⁵⁾ ส่วนปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขที่พบจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากความขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณสอดคล้องคำแนะนำที่องค์การอนามัยโลกกล่าวไว้⁽²²⁾ ซึ่งสามารถจัดได้เป็น 4 กลุ่ม คือ ปัญหาอุปสรรคเชิงการเมือง ปัญหาอุปสรรคเชิงชุมชนและปัจเจกชน ปัญหาอุปสรรคเชิงเศรษฐกิจหรือความขาดแคลนทรัพยากร และปัญหาอุปสรรคเชิงเทคนิคและการบริหารจัดการขององค์กร

สรุป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านชุมชน ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาของผู้ให้บริการ ปัญหาด้านผู้รับบริการ และปัญหาด้านการบริหารจัดการ การตรวจด้วยวิธีวีไอเอเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ในการเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และคุ้มค่าเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีรายนามต่อไปนี้
ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการศึกษานี้
ได้แก่ ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงคุณหญิง
กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดร้อยเอ็ด แพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
และที่สำคัญคือสตรีกลุ่มเป้าหมายทุกรายที่มารับ
บริการตรวจคัดกรอง

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์, วิชัย เตมรุ่งเรืองเลิศ.
เนื้องอกและมะเร็งปากมดลูก. ใน: กิจประมุข
ตันตยาภรณ์, สมภพ จลิ้ม พงสานุรักษ์, เขื่อน
ตันนรินทร์, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, ดำรง
ศรีสุโกศล. นรีเวช วิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮาส์; 2544.
2. ไพรัช เทพมงคล. โรคมะเร็งสำหรับแพทย์
เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์.
กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2528.
3. วสันต์ ถิ่นะสมิต, สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ,
บรรณาธิการ. ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา .
กรุงเทพมหานคร : บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิง
จำกัด; 2542.
4. Cervicare Thailand Group. Safety,
acceptability, and feasibility of a single visit
approach to cervical cancer prevention: results
from a demonstration project in rural Thailand
– Roi Et Province, Thailand. Baltimore:
JHPIEGO; 2003.
5. Alliance for Cervical Cancer Prevention. 10
Key findings and recommendations for
effective cervical cancer screening and
treatment programs. April 2007. Available at
[http://alliance-cxca.org/files/
ACCP_recs_2007_factsheet_final.pdf](http://alliance-cxca.org/files/ACCP_recs_2007_factsheet_final.pdf) Access
on 4th August 2007.
6. Alliance for Cervical Cancer Prevention.
ACCP strategies for supporting women with
cervical cancer. Seattle: ACCP c/o PATH; 2004.
7. Alliance for Cervical Cancer Prevention.
Effectiveness, safety, and acceptability of
cryotherapy: a systematic literature review.
Seattle: ACCP c/o PATH; 2003.
8. Alliance for Cervical Cancer Prevention.
Improving screening coverage rates of cervical
cancer prevention programs: a focus on
communities. Seattle: ACCP c/o PATH; 2004.
9. Alliance for Cervical Cancer Prevention.
The case of investing in cervical cancer
prevention. Seattle: ACCP c/o PATH; 2004.
10. Belinson JL, Pretorius RG, Zhang WH, Wu
LY, Qiao YL, Elson P. Cervical cancer screening
by simple visual inspection after acetic acid.

- Obstet Gynecol 2001; 98:441-4.
11. Blumenthal P, Eamratsameekool W, Gaffikin L, Lewis R, Limpaphayom KK, Lumbiganon P, Srisupundit S, Tawatwichien N, Warakamin S. Evaluation of supply and demand factors affecting cervical cancer prevention services in Roi Et Province, Thailand. Baltimore: JHPIEGO; 2004.
 12. Blumenthal P, Eamratsameekool W, Gaffikin L, Lewis R, Limpaphayom KK, Lumbiganon P, Ratana-arpha P, Srisupundit S, Tawatwichien N, Warakamin S. Suwannaphum district case study: high coverage in a large population, Roi Et Province, Thailand. Baltimore: JHPIEGO; 2004.
 13. Blumenthal PD, McIntosh N. Cervical cancer prevention – guidelines for low-resource settings. Baltimore: JHPIEGO; 2005.
 14. Cardenas-Turan M, Follen M, Benedet JL, Cantor SB. See-and-treat strategy for diagnosis and management of cervical squamous intraepithelial lesions. Lancet Oncol 2005; 6:43-50.
 15. DiSaia PJ, Creasman WT. Clinical gynecologic oncology. 5th edition. St. Louis: Mosby Year Book; 1997:51-106.
 16. Ferenczy A, Franco E. Cervical-cancer screening beyond the year 2000. Lancet Oncol 2001; 2:27-32.
 17. Kleine AN, Gaffikin L, Blumenthal PD, editors; Implementing the single visit approach to cervical cancer prevention in low-resource setting: lessons from the field. Baltimore: JHPIEGO; 2005.
 18. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. Lancet 2003; 361:814-820.
 19. Sankaranarayanan R, Esmy PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swanimathan R, Shanthakumari S, Fayette JM, Cherian J. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. Lancet 2007; 370:398-406.
 20. Thailand/JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. A qualitative evaluation of the acceptability and feasibility of a single visit approach to cervical cancer prevention – Roi Et Province, Thailand. Baltimore: JHPIEGO; 2003.

21. University of Zimbabwe, JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. Lancet 1999; 353:869-73.
22. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control – a guide to essential practice. Geneva: WHO Press; 2006.

The Evaluation of Visual Inspection Using Acetic Acid (VIA) Screening Program for Cervical Cancer and Cryotherapy at Suwannaphum District, Roi Et Province

Piyapong Ratana-aphr^{}*

Abstract

The aims of this study were to evaluate the program of visual inspection using acetic acid (VIA) screening for cervical cancer and treating by cryotherapy, and to explore factors of success and obstacles of implementation. The study was performed by reviewing data of VIA screening results from cervix precancerous information system (CPIS) sorting out by Tambons or sub- districts, and by interviewing the participants, the practitioners and the administrators. It was found that of the overall 15,812 target women (30-45 years old), there were 8,145 women joined this program (51.51%). The abnormality was found to be 4.1%, of which 85.1% of them underwent cryotherapy. The factors of success associated with the leadership status, the practitioners- providers concern, and community issue. The obstacles related with clients, practitioners- providers, and management. The VIA screening was effective to increase coverage and accessibility for cervical cancer at District of Suwannaphum, Roi Et.

Key words: cervical cancer, cancer screening, VIA, cryotherapy

การสังเกตเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและผลการตรวจทางรังสี ในผู้ป่วยจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สิทธิพร ศศิวรรณพงศ์* นิตยา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา** สมรภัฏ โล่ห์วันชัย*

บทคัดย่อ

การใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีเป็นจำนวนมาก และเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมาจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งการสังเกตขึ้นอยู่กับการทางคลินิกและคะแนน Glasgow coma scale ของผู้ป่วย การศึกษาชิ้นหลังครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสังเกตเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองกับผลการตรวจทางรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และศึกษากลุ่มอาการทางคลินิกหรือข้อบ่งชี้ที่สำคัญของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ และมีคะแนน GCS=15 ที่สัมพันธ์กับผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ผิดปกติ โดยการทบทวนบัตรผู้ป่วยนอก ใบส่งตัวผู้ป่วย ใบขอตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และภาพทางรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของผู้ป่วย ที่สังเกตเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2549 จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 454 ราย อายุเฉลี่ย 43.08 ± 13.30 ปี เพศชายร้อยละ 69.16 พบมีผู้ป่วยที่ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติมากกว่าที่ปกติได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (118 รายต่อ 93 ราย, $P=0.07$) และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ GCS ต่ำกว่า 14 (64 รายต่อ 32 ราย, $P<0.05$) ในขณะที่ผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS 15 จำนวน 131 รายมีผลที่ผิดปกติน้อยกว่าปกติ (14 รายต่อ 117 ราย, $P<0.001$) อาการทางคลินิกและข้อบ่งชี้ที่มีความสัมพันธ์กับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ อาการของกะโหลกส่วนฐานสมองแตก กะโหลกศีรษะแตก คลื่นไส้/อาเจียน ชีพจร และจำเหตุการณ์ไม่ได้ ($P<0.01$) การศึกษาในครั้งนี้ให้ผลทั้งที่สอดคล้องและขัดแย้งกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา ทั้งที่เป็นงานวิจัยทั่วไปและงานวิจัยที่พัฒนาออกมาเป็นคู่มือ ดังนั้นการนำคู่มือใดๆ มาใช้จึงควรทำการทดสอบก่อนว่าเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในหน่วยรักษาพยาบาลนั้นๆ หรือไม่

คำสำคัญ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ กลาสโกว์โคมาสเกล ภาพรังสีสมอง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

*รังสีแพทย์ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ อุบลราชธานี

** นักรังสีการแพทย์ งานรังสีวินิจฉัย กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและผลการตรวจทางรังสี ในผู้ป่วยจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทนำ

การใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อตรวจหาความผิดปกติของโรคทางสมอง หรือ CT scan brain เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูง มีความแม่นยำ ทำได้ง่ายและรวดเร็ว นอกจากปริมาณรังสีที่ได้รับแล้ว (เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 1 ครั้งได้รับรังสีเทียบเท่ากับเอกซเรย์ปอด 100 ครั้ง)^[1] แทบจะไม่มีผลข้างเคียงใดๆ กับผู้ป่วย ทำให้ปริมาณการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพิ่มขึ้นทุกปี^[2] จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จำนวน 12,126 ราย เป็นเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง 10,370 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2548 ถึงร้อยละ 20 และจากจำนวนผู้ป่วยที่ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทั้งหมด ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่ส่งจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งการตัดสินใจส่งผู้ป่วยตรวจแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิก ของผู้ป่วยและคะแนนกลาสโกว์ โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale, GCS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้กันโดยทั่วไปในการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ขณะที่เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจัดเป็น การตรวจที่ถือเป็นมาตรฐานที่ดีที่สุด (gold standard) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้^[3, 4] คงไม่มีข้อโต้แย้งใดๆ ถ้าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง ต้องใช้ค่าบำรุงรักษารายปีจำนวนมาก ซึ่งแปรตามปริมาณการใช้งานและความเสียหายที่เกิดจากการใช้งานหนักอย่างต่อเนื่อง ทำให้

บางครั้งต้องงดใช้เครื่องเพื่อ ทำการซ่อมแซม เป็นเวลานาน จึงมีความพยายามที่จะศึกษาเพื่อหาแนวทางลดการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองโดยไม่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยและการรักษา

เมื่อจัดระดับความรุนแรง ของการบาดเจ็บที่ศีรษะตามคะแนน GCS จะแบ่งผู้ป่วยได้เป็นกลุ่มที่มีคะแนน GCS ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 13 ซึ่งเป็นกรณีบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางและรุนแรง (moderate and severe head injuries)^[5] ส่วนกรณีผู้ป่วยที่มีคะแนน GCS 14-15 ซึ่งถือว่าเป็นการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (mild head injury)^[6, 7, 8] การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจำเป็นต้องใช้อาการทางคลินิกอื่นๆ มาพิจารณาร่วมในการส่งเพื่อใช้คัดกรองหาความผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วย GCS 15^[2, 4, 7, 9] มีหลายๆ สถาบันได้กำหนดแนวทางหรือคู่มือการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ระดับเล็กน้อยเช่น Canadian CT head rule, NICE (the National Institute of Clinical Excellence) guidelines, SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) หรือ NCWFNS guidelines (The Neurotraumatology Committee of the World Federation of Neurosurgical Societies)^[3, 10, 11, 12] รายละเอียดของคู่มือแต่ละแห่งจะแตกต่างกันไปเนื่องจากความแตกต่างและค่านิยมของกลุ่มผู้ป่วย อาจมีส่วนกำหนดลักษณะของอุบัติเหตุ ชนิดและความรุนแรงของอุบัติเหตุ^[13] เช่น ประเทศที่นิยมใช้รถมอเตอร์ไซด์มักจะเกิดอุบัติเหตุจากรมากกว่าประเทศที่ใช้รถยนต์ ส่งผลให้ลักษณะและ

ความรุนแรงของการ บาดเจ็บที่เกิดขึ้นย่อมแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น อายุ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการที่ทรัพยากรมีจำกัด ไม่ว่าจะเป็นเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ไม่สามารถจะมีพร้อมได้ในทุกโรงพยาบาลหรือตลอด 24 ชั่วโมงโดยไม่ได้พักเครื่อง หรือทรัพยากรบุคคล เช่น แพทย์ รังสีแพทย์ เจ้าหน้าที่ทางรังสี และพยาบาล เป็นต้น การเลือกใช้เครื่องมือที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ควรจะได้รับ หรืออาจเกิดการใช้เครื่องมือเกินความจำเป็น ซึ่งหากสามารถระบุถึงอาการทางคลินิกและข้อบ่งชี้ที่สัมพันธ์กับผลการตรวจที่ผิดปกติ จะสามารถลดการส่งตรวจได้ในบางกรณี โดยไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและการรักษา

งานวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินกับผลการตรวจทางรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และสังเกตกลุ่มอาการทางคลินิกหรือข้อบ่งชี้ที่สำคัญของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและ GCS 15 ที่สัมพันธ์กับผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ผิดปกติ

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจากหน่วยงาน อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2549 โดยการทบทวนใบขอเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

ใบขอระบุผู้ป่วยหรือบัตรผู้ป่วยนอก ใบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน (กรณีผู้ป่วยส่งตัวมารักษาต่อ) และภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ซึ่งได้จากการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง Toshiba Multi 4 Slices (Asteion Super 4) ข้อมูลที่ได้จากใบขอเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ได้แก่ อายุ เพศ คะแนน GCS ของผู้ป่วยเมื่อส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และแพทย์ผู้ส่งตรวจการอ่านผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้จากการทบทวนภาพทางรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง โดยรังสีแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน ซึ่งจะแบ่งออกเป็นผลปกติ (normal CT finding) หมายถึง ไม่พบสิ่งผิดปกติใดๆ กับสมอง เส้นเลือดในสมอง หรือเนื้อสมอง และผลผิดปกติ (abnormal CT finding) ซึ่งหมายถึง การพบความผิดปกติใดๆ ที่เกิดขึ้นกับสมอง เส้นเลือดในสมองหรือเนื้อสมอง ซึ่งอาจจะเป็นเลือด เนื้อออก หรือ หินปูน เป็นต้น อาการทางคลินิกและข้อบ่งชี้ของการส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ได้จากการทบทวนบัตรผู้ป่วยนอก หรือเวชระเบียนผู้ป่วยซึ่งถูกบันทึกไว้โดยแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่งานฉุกเฉินในขณะนั้น และใบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน (กรณีผู้ป่วยส่งตัวมารักษาต่อ) โดยอาการทางคลินิกหรือข้อบ่งชี้นั้นเกี่ยวข้องกับ การบาดเจ็บที่ศีรษะหรือพยาธิสภาพที่เกิดกับสมอง จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยใช้ Chi-square tests ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและผลการตรวจทางรังสี
ในผู้ป่วยจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินตั้งแต่เดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2549 มีจำนวน 454 ราย อายุระหว่าง 4 ปี ถึง 95 ปี อายุเฉลี่ย 43.08 ± 23.30 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 69.16 ได้ทำการแยกกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มหลักคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บ (trauma) 243 ราย อายุเฉลี่ย 31.65 ± 17.53 ปี เพศชายร้อยละ 77.05

และกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (non-trauma) 211 ราย อายุเฉลี่ย 56.23 ± 22.17 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 60 ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บไม่พบความแตกต่างของอายุเฉลี่ยระหว่างผู้ป่วยที่มีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติและผลผิดปกติ แต่กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปพบว่าผู้ป่วยที่ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติจะมีค่าเฉลี่ยอายุมากกว่าผู้ป่วยที่มีผลปกติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยอายุผู้ป่วยกับผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ปกติและผิดปกติ

ผู้ป่วยจากงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน		ผลปกติ (Normal CT finding)	ผลผิดปกติ (Abnormal CT finding)	P-value*
บาดเจ็บ(trauma)	จำนวน (ราย)	159	84	<0.001
	อายุเฉลี่ย, ปี (SD)	31.61 (17.77)	31.74 (17.18)	0.94
	เพศชาย (ร้อยละ)	118 (73.75)	70 (83.33)	0.08
ทั่วไป (non-trauma)	จำนวน (ราย)	93	118	0.07
	อายุเฉลี่ย, ปี (SD)	50.99 (24.14)	60.37 (19.61)	<0.01
	เพศชาย (ร้อยละ)	56 (60.9)	70 (59.32)	0.82

*นัยสำคัญทางสถิติ; $P < 0.05$

เนื่องจากการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ให้ผลตรวจที่ปกติและผิดปกติไม่แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ($P=0.07$) เราจึงศึกษาต่อเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยแบ่งผู้ป่วยตามค่า Glasgow Coma Scale (GCS) เป็น 3 ระดับ คือ กลุ่ม GCS 14-15 (mild head injury) กลุ่ม GCS 9-13 (moderate head injury) และกลุ่ม GCS 8

หรือต่ำกว่า (severe head injury)^[3,7] พบว่าเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม GCS 14-15 เท่านั้นที่ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติมากกว่าผิดปกติ ในขณะที่สัดส่วนของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ผิดปกติจะพบมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยอยู่ในกลุ่ม GCS ที่ต่ำลง ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างค่า GCS กับผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยบาดเจ็บ

คะแนน GCS (ราย)	ผลปกติ (normal CT finding)	ผลผิดปกติ (abnormal CT finding)	P-value*
GCS 14-15 (147)	127	20	<0.01
GCS 9-13 (38)	18	20	0.02
GCS 8 หรือน้อยกว่า (58)	14	44	<0.01

* นัยสำคัญทางสถิติ; $P<0.05$

ในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS 14-15 พบว่าเป็นผู้ป่วย GCS 15 จำนวน 131 ราย ซึ่งในกลุ่มนี้มีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ 14 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10.7 ($P<0.001$) ในขณะที่ผู้ป่วย GCS 14 มีจำนวน 16 ราย และมีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ 6 ราย หรือ ร้อยละ 37.5 ($P=0.82$)

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดของอาการทางคลินิกหรือข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ ซึ่งได้จากการทบทวน

เวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS 15 และใบส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน (กรณีผู้ป่วยส่งตัวมารักษาต่อ) ซึ่งในผู้ป่วย 1 ราย อาจมีอาการได้มากกว่า 1 อย่าง อาการทางคลินิกและข้อบ่งชี้ที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ 5 ลำดับแรก คือ หหมดสติ (loss of consciousness) ปวดศีรษะ (headache) มีบาดแผลฉีกขาดบริเวณ ศีรษะ (laceration, abrasion wound) จำเหตุการณ์ไม่ได้ (amnesia) และคลื่นไส้/อาเจียน (nausea/vomiting) ส่วนอาการทางคลินิกและข้อบ่งชี้ที่มีความสัมพันธ์กับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและผลการตรวจทางรังสี
ในผู้ป่วยจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สมองผิดปกติ ได้แก่ ปวดศีรษะ (headache) fracture) อาการคลื่นไส้/อาเจียน (nausea/vomiting)
อาการของกะโหลกส่วนฐานสมองแตก (signs of basal skull fracture) กระโหลกศีรษะแตก (skull fracture) ซึมลง (drowsiness) และจำเหตุการณ์ไม่ได้ (amnesia)

ตารางที่ 3 อาการทางคลินิก หรือข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS 15 ทั้งที่ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติ (normal CT finding) และ ผิดปกติ (abnormal CT finding)

อาการทางคลินิก/ข้อบ่งชี้	จำนวน (ราย) N=131	ผลปกติ N=117	ผลผิดปกติ N=14	P value*	Likelihood ratio**
ปวดศีรษะ	27	17	10	<0.001	9.63
อาการของกะโหลกส่วนฐานสมองแตก	8	3	5	<0.001	8.54
กะโหลกศีรษะแตก	14	8	6	<0.001	6.27
คลื่นไส้/อาเจียน	9	5	4	<0.001	5.42
ซึมลง	4	2	2	<0.01	5.29
จำเหตุการณ์ไม่ได้	10	6	4	<0.01	4.84
หมดสติ	78	68	10	0.4	1.70
มีบาดแผลลึกขาดบริเวณศีรษะ	13	11	2	0.63	1.51
ชัก	3	3	0	1.0	0.00
กระดูกโขนแตกหัก	6	6	0	1.0	0.00

* นัยสำคัญทางสถิติ; $P < 0.05$

**Likelihood ratio หมายถึงสัดส่วนของผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่มีอาการเทียบกับของผู้ป่วยที่ไม่มีอาการที่ศึกษา

วิจารณ์

จากการศึกษาการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมากที่สุด พบว่าการส่งตรวจกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปได้ผลการตรวจผิดปกติสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ ($P < 0.025$) สามารถวินิจฉัยความผิดปกติได้เกินร้อยละ 50 อาการทางคลินิกหรือข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ค่อนข้างชัดเจนไปในทางเดียวกัน เช่น ความดันสูง แขนขาอ่อนแรง focal neurological deficits, paralyses, ชัก (seizure) เป็นต้น (ข้อมูลไม่ได้แสดง) และผู้ป่วยที่พบความผิดปกติ มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่พบความผิดปกติจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง นั่นคือในผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากมีอายุสูงกว่าจะมีโอกาสที่จะพบความผิดปกติมากขึ้น อายุจึงน่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการพบความผิดปกติ จากการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองในผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้ป่วยบาดเจ็บ

ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้จำกัดเพียงผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเท่านั้น แต่รวมถึงบาดเจ็บจากการทำร้ายร่างกายด้วย ไม่พบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยอายุของผู้ป่วยที่มี ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติและผิดปกติ ขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอายุไม่สูงมากนัก เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (32 ปีต่อ 60 ปี) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่พบความผิดปกติในเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีอายุระหว่าง 7 ปี ถึง 55 ปี ไม่พบ

ผลผิดปกติในผู้ป่วยบาดเจ็บที่อายุเกิน 64 ปี เลย (จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บอายุเกิน 64 ปีที่ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมีจำนวน 7 ราย) จากคู่มือ Canadian CT head rules ได้กำหนดให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (mild head injury) ที่อายุมากกว่า 64 ปี หรือมากกว่า 60 ปี สำหรับ NCWSNF^[8] จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง แต่การศึกษาครั้งนี้ให้ผลที่ไม่สอดคล้องกับคู่มือดังกล่าว อาจเป็นเพราะจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ทำการศึกษามีจำนวนน้อยเกินไป

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บให้ผลที่ผิดปกติมากกว่าผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.001$) แต่เมื่อทำการแยกกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บเหล่านี้ตามคะแนน GCS พบว่ากลุ่มที่ทำให้การส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้ผลผิดปกติมากกว่าผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญคือ กลุ่ม mild head injury หรือกลุ่มที่มี GCS 14-15 ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยบาดเจ็บทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วย GCS น้อยกว่า 14 การวินิจฉัยโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองให้ผลผิดปกติที่มากกว่า โดยค่า GCS ที่ต่ำลงจะพบผลที่ผิดปกติมากขึ้น นั่นคือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ได้รับการประเมินค่า GCS ต่ำกว่า 14 ควรได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง โดยไม่จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ร่วม

ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วย GCS 14-15 ยังคงต้องการข้อบ่งชี้อื่นๆ ร่วมด้วยเพื่อพิจารณาการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เมื่อสังเกตตัวเลขของ

การส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและผลการตรวจทางรังสี ในผู้ป่วยจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ผลผิดปกติเฉพาะผู้ป่วย GCS 14 แม้จะสูงถึงร้อยละ 37.5 แต่ในทางสถิติก็ไม่แตกต่างจากผลปกติ ส่วนในผู้ป่วย GCS 15 พบความผิดปกติร้อยละ 10.7 ซึ่งเป็นจำนวนที่ใกล้เคียงกับที่พบได้ในการศึกษาอื่นๆ ที่อยู่ในช่วงร้อยละ 3-13^[14] เราจึงมุ่งศึกษาต่อในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS 15 เพื่อหาอาการทางคลินิกและข้อบ่งชี้ที่สัมพันธ์กับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่มีผลผิดปกติ พบว่าอาการและข้อบ่งชี้ที่มีโอกาสพบร่วมกับเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่มีผลผิดปกติสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS 15 ได้แก่ ปวดศีรษะ อาการของกะโหลกส่วนฐานสมองแตก กะโหลกศีรษะแตก คลื่นไส้ อาเจียน ชีมลง และจำเหตุการณ์ไม่ได้ โดยมีข้อที่ตรงกับ Canadian CT Head Rule และ NICE guideline ได้แก่ อาการของกะโหลกส่วนฐานสมองแตก กะโหลกศีรษะแตก คลื่นไส้ อาเจียน และจำเหตุการณ์ไม่ได้^[2] ในส่วนของอาการปวดศีรษะนั้นจะตรงกับคู่มือของ NCWFNS แต่ก็ขัดแย้งในส่วนของอาการหมดสติ ซึ่งจากการศึกษานี้ให้ผลที่ไม่แตกต่างกันระหว่างผลปกติและผิดปกติ อย่างไรก็ตาม อาการหมดสติเป็นข้อมูลที่ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยสูง เพราะได้จากการซักประวัติไม่ใช่จากการสังเกตอาการผู้ป่วยโดยตรง เป็นที่น่าสนใจว่า Sosbi M และคณะพบว่าอาการปวดศีรษะร่วมกับอาการที่สติสัมปชัญญะลดลง (reduction in consciousness) เช่น อาการหมดสติ หรือซีมลง จะเพิ่มโอกาสที่จะพบเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ^[15] ซึ่งการศึกษานี้ก็ยืนยันงานวิจัยนี้ เพราะเมื่อได้วิเคราะห์ตัวเลขของผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ

ร่วมกับอาการหมดสติหรือซีมลง พบว่าค่า Likelihood ratio สูงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะอย่างเดียว ($P < 0.001$, $LLR = 12.10$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ระบุว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่เมาสุราหรือเมายา และผู้ป่วยบาดเจ็บที่มีบาดแผลตั้งแต่กระดูกไหปลาร้าขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่ผิดปกติ^[9] แต่การศึกษานี้ทำให้ผลออกมาไม่สอดคล้องกัน ($P > 0.05$) ทั้งนี้ข้อมูลอายุหรือการเมาสุราเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือประชากรในแต่ละพื้นที่ ไม่ใช่อาการหรือข้อบ่งชี้ที่เกิดจากการบาดเจ็บ แต่ก็นับได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งอาจทำให้ความรุนแรงของการบาดเจ็บเพิ่มขึ้น ดังนั้นด้วยความแตกต่างของค่านิยม เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียม และภูมิประเทศแล้ว ปัจจัยเสี่ยงของทีหนึ่งอาจไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงในอีกทีหนึ่งก็ได้

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับอาการและข้อบ่งชี้ผู้ป่วยจากบัตรผู้ป่วยนอกและเวชระเบียนผู้ป่วย จึงขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้บันทึกในเวลานั้นๆ ว่าให้ความสำคัญกับการลงรายละเอียดมากน้อยแค่ไหน อย่างไรก็ตามในแง่ของการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแล้ว ไม่พบความแตกต่างของผลปกติและผิดปกติระหว่างกลุ่มแพทย์ผู้ส่งตรวจ ($P = 0.15$, ข้อมูลไม่ได้แสดง) แต่เมื่อเทียบเป็นสัดส่วนของการส่งตรวจ พบว่าร้อยละ 65 ส่งโดยแพทย์ใช้ทุน ซึ่งประสบการณ์ของแพทย์ที่เพิ่งเริ่มต้นทำงาน (junior medical staffs) อาจมีส่วนให้การส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องการ

ให้เกิดการตัดสินใจที่ผิดพลาด จากการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง^[16] และถึงแม้ว่าจะไม่ได้แยกผู้ป่วยในการศึกษาว่าเป็นผู้ป่วยที่มาหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยตรง หรือเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ซึ่งอาจส่งผลให้ช่วงเวลาดังแต่ได้รับบาดเจ็บจนถึงเวลาที่ทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแตกต่างกันออกไป แต่เวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจนถึงเวลาที่แพทย์หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินประเมินอาการผู้ป่วยและคะแนน GCS ก่อนส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเท่ากับ 3.76 ± 7.03 ชั่วโมง ซึ่งยังอยู่ในเกณฑ์ 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยบาดเจ็บเฉียบพลันในขณะทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง^[9]

สรุป

การส่งผู้ป่วยตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้ผลที่น่าพอใจของจำนวนผู้ป่วยที่ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติในกลุ่มของผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป และผู้ป่วยบาดเจ็บ

ที่มี GCS ต่ำกว่า 14 จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS 15 ที่มีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติเท่ากับร้อยละ 10.7 อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ให้ผลทั้งที่สอดคล้องและ ขัดแย้งกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมา ทั้งที่เป็นงานวิจัยทั่วไปและงานวิจัยที่พัฒนาออกมาเป็นคู่มือ โดยอาการและข้อบ่งชี้ที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผิดปกติในผู้ป่วยบาดเจ็บ GCS 15 ได้แก่ ปวดศีรษะ อาการของกะโหลกส่วนฐานสมองแตก กะโหลกศีรษะแตก กลืนลำบาก ชีพจร และจำเหตุการณ์ไม่ได้ ซึ่งน่าจะเป็นแนวทางในการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้เหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ดังนั้นการที่จะนำคู่มือใดๆ มาใช้จึงควรทำการทดสอบก่อนว่าเหมาะสม ที่จะนำมาใช้ในหน่วยรักษาพยาบาลนั้นๆ หรือไม่ นอกจากนั้นในการตัดสินใจส่งตรวจของแพทย์ นอกจากเครื่องมือในการวินิจฉัยและศักยภาพ ในการรักษาที่มีอยู่แล้ว ยังขึ้นอยู่กับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโดยนึ่งถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. National Radiological Protection Board. http://www.nrpb.org/radiation_topics/medical/ted_equivalent.htm.
2. Geijerstam J-L af, Britton M; Mild head injury: reliability of early computed tomographic findings in triage for admission. *Emerg Med J*. 2005;22:103-107
3. Toyama Y, Kobayashi T, Nishiyama Y, Satoh K, Ohkawa M, Seki K; CT for acute stage of closed head injury. *Radiation Medicine*. 2005; 23:309-316
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Early management of patients with a head injury. Sign Publication Number 46. Edinburgh: SIGN, 2000:8-15.
5. EMIS and Patient Information Publications 1997-2007; <http://www.patient.co.uk/showdoc/40002338>
6. Sultan HY, Boyle A, Pereira M, Antoun N, Maimaris C; Application of the Canadian CT head rules in managing minor head injuries in a UK emergency department: implications for the implementation of the NICE guidelines. *Emerg Med J*. 2004; 21:420-425.
7. Jagoda A. Mild traumatic brain injury. *AAEM Scientific Assembly*. Sitges, Spain. 2003
8. Servadei F, Teasdale G, Merry G; Defining acute mild head injury in adults: A proposal based on prognostic factor, diagnosis and management. *J Neurotrauma*. 2001; 18(7):657-64
9. Haydel MJ, Preston CA; Indications for computed tomography in patients with minor head injury. *N Engl J Med*. 2000 Jul 13;343(2):100-5
10. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, McKnight RD, Verbeek R, Brison R, Cass D, Eisenhauer ME, Greenberg G, Worthington J; The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet*.. 2001 May 5;357(9266):1391-6
11. National Institute for Clinical Excellence. Head injury triage, assessment, investigation and early management of head injury in infants, children and adults. Clinical guideline 4. London: NICE, 2003:96-7.
12. Fabri A, Servadei F, Marchesini G, Morselli-Labate AM, Dente M, Ievese T, Spada T, Vandelli A; Prospective validation of proposal for diagnosis and management of patients attending the emergency department for mild head injury; *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75:410-6

13. Swann IJ, Kelliher T, Kerr J; Are we ready for NICE head injury guidelines in Scotland? The major challenge for A&E is implementation of realistic Guidelines. *Emerg. Med. J.* 2004; 21;401
14. Jagoda AS, Cantrill SV, Wears RL, Valadka A, Gallagher EJ, Gottesfeld SH, Pietrzak MP, Bolden J, Bruns JJ Jr, Zimmerman R. Clinical policy: neuroimaging and decisionmaking in adult mild traumatic brain injury in the acute setting. *Ann Emerg Med.* 2002; 40:231-249.
15. Sobri M, Lamont A C, Alias N A, WINM N. Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *BJR*; 76 (2003), 532-535
16. Mukerji N, Wallace D, Mitra D. Audit of the change in the on-call practices in neuroradiology and factors affecting it. *BMC Medical Imaging*; 2006, 6:13

The requisitions of computed tomographic scans of brains and the findings in the patients at Division of Accident and Emergency, Sappasitthiprasong Hospital

*Sittiporn Sasiwanapongse, * Nitaya Snitwongse na Ayudhya, ** Somrak Lowanitchai **

Abstract

The computed tomographic (CT) scans of brains have been increased continually each year at Sappasitthiprasong Hospital. In 2006, 80% of them were from Accident-Emergency Division with the patients' conditions of some clinical symptoms and Glasgow Coma Scale (GCS) score, of 15 were the most. The retrospective study was performed by reviewing the medical cards and CT scan brain findings of patients presented to Division of Accident-Emergency during August to October 2006. The demographic data, GCS score and clinical symptoms or indications were collected to observe the prevalence of negative and positive CT findings in order to determine the indications that favorably correlated with positive CT findings in acute traumatic head injuries with GCS 15. There were totally 454 patients included; 43.08 ± 13.30 years of average age, male 69.16%. The numbers of positive findings were more than of negative ones in non-traumatic cases and traumatic cases with GCS less than 14. But of the 243 traumatic cases, only 84 had positive CT scan brain findings, of which 14 cases or 10.7% were with GCS score of 15. In this group the indications that significantly constituted positive CT findings were headache, sign of basal skull fracture, skull fracture, nausea vomiting, drowsiness and amnesia, respectively ($P < 0.01$, LLR = 9.63, 8.54, 6.27, 5.42, 5.29 and 4.84). The indications should be validated at settings before uses.

Keywords: computed tomography, Glasgow coma scale, brain scan, accident and emergency

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

** Radiological Technologist, Division of Radio-Diagnosis, Department of Radiology, Sappasitthiprasong Hospital,

การรั่วของถุงมือที่ใช้ในการเย็บแผลฝีเย็บจากการคลอด ระหว่างการสวมถุงมือหนึ่งชั้นและสองชั้น

ธีรบุลย์ นิ่มอนุสรณ์กุล*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรั่วของถุงมือที่ใช้ในการเย็บแผลฝีเย็บจากการคลอด ระหว่างการสวมถุงมือหนึ่งชั้นและการสวมถุงมือสองชั้นที่ทั้งชั้นนอกและชั้นในรั่วในตำแหน่งที่ตรงกัน

วิธีการ: สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการเย็บแผลฝีเย็บจากการคลอดจำนวน 437 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่สวมถุงมือหนึ่งชั้น 216 คน และกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้น 221 คน และทำการทดสอบการรั่วของถุงมือด้วยการบรรจุน้ำ ภายหลังจากการเย็บแผลเสร็จ

ผลการศึกษา: จากการศึกษาพบการรั่วของถุงมือที่ใช้ในการเย็บฝีเย็บในกลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้น 11 คน (ร้อยละ 5.09) ในกลุ่มสวมถุงมือสองชั้นพบการรั่วของถุงมือชั้นนอก 15 คน (ร้อยละ 6.79) พบการรั่วของถุงมือชั้นใน 2 คน (ร้อยละ 0.9) และพบการรั่วของถุงมือทั้งชั้นนอกและชั้นในรั่วในตำแหน่งที่ตรงกัน 1 คน (ร้อยละ 0.45) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าจำนวนการรั่วของถุงมือในการสวมถุงมือหนึ่งชั้นมากกว่าการรั่วของถุงมือในกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้นที่ทั้งชั้นนอกและชั้นในรั่วในตำแหน่งที่ตรงกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.002$) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของจำนวนการรั่วระหว่างถุงมือหนึ่งชั้นและการรั่วของถุงมือชั้นนอกในกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้น นอกจากนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของการรั่วของถุงมือกับการรับรู้ถุงมือรั่ว ระดับความลึกของแผลฝีเย็บ ระยะเวลาที่ใช้เย็บแผล และช่วงเวลาที่เย็บแผล

สรุป: การสวมถุงมือสองชั้นในการเย็บแผลฝีเย็บจากการคลอดสามารถลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับ การสวมถุงมือหนึ่งชั้น ได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: การรั่วของถุงมือ การสวมถุงมือสองชั้น การสวมถุงมือหนึ่งชั้น การเย็บแผลฝีเย็บ

* แพทย์, กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ.อุบลราชธานี

การรั่วของถุงมือที่ใช้ในการเย็บแผลฝึเย็บจากการคลอด ระหว่างการสวมถุงมือหนึ่งชั้นและสองชั้น

บทนำ

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสที่สามารถติดต่อกระแสเลือดเช่น โรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบบี มีจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อและติดโรคได้มากขึ้น⁽¹⁾ โอกาสเกิดการติดเชื้อหลังจากถุงของมิมที่มีเชื้อโรคที่มั่วแท่งเท่ากับร้อยละ 0.3 ในเชื้อไวรัสเอดส์ ระหว่างร้อยละ 6-30 ในเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และระหว่างร้อยละ 4-10 ในเชื้อไวรัสตับอักเสบบี⁽²⁾ ถุงมือทางการแพทย์เป็นวัสดุการแพทย์ที่จำเป็นทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับใช้สวมมือ สามารถป้องกันการแพร่กระจายและการติดต่อของเชื้อโรคที่อาจผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่⁽³⁾

ผลการวิจัยที่ศึกษาถึงการรั่วของถุงมือที่ใช้ในการผ่าตัด พบอัตราการรั่วของถุงมือรั่วร้อยละ 7.8 ในผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป⁽⁴⁾ ร้อยละ 51.5 ในการผ่าตัดอุ้งติเหตุทางออร์โธปิดิกส์⁽⁵⁾ ร้อยละ 19-28 ในการผ่าตัดใหญ่ทางนรีเวชวิทยา^(6,7) ร้อยละ 8-15 ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง^(6,8) และร้อยละ 4.8-28.3 ในการเย็บแผลฝึเย็บจากการคลอด⁽⁶⁻¹²⁾ การเปรียบเทียบระหว่างผลการศึกษาดังกล่าวทำได้ยากเนื่องจากความแตกต่างของชนิดของการผ่าตัด ระเบียบวิธีการวิจัย และวิธีการประเมินการรั่วของถุงมือที่ต่างกัน⁽¹³⁾

การเย็บแผลฝึเย็บหลังคลอด เป็นประเด็นหนึ่งที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์

มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ ซึ่งในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเองยังไม่มีแนวทางชัดเจนในการป้องกันความเสี่ยงนี้ด้วยการสวมถุงมือสองชั้น ในขณะที่มีผลการศึกษายืนยันชัดเจนว่าการสวมถุงมือสองชั้นสามารถลดการรั่วของถุงมือชั้นใน ซึ่งสามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ดังผลการศึกษากิมนของ Tanner et al.⁽¹³⁾ พบว่าการสวมถุงมือสองชั้นในการทำผ่าตัดสามารถลดการรั่วของถุงมือชั้นในได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตาม การสวมถุงมือผ่าตัดชั้นเดียว สองชั้น สามชั้น หรือการสวมถุงมือชนิดพิเศษ ยังมีความแตกต่างกันตามประเทศ ชนิดของการผ่าตัด และความพึงพอใจของแพทย์⁽²⁾

ดังนั้น เพื่อหาแนวทางในการลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาลที่ทำงานในห้องคลอดขณะเย็บแผลฝึเย็บของหญิงหลังคลอด จึงได้ทำการศึกษาดังแนวทางลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อด้วยการสวมถุงมือสองชั้นขณะเย็บแผลฝึเย็บ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรั่วของถุงมือที่ใช้ในการเย็บแผลฝึเย็บจากการคลอด ระหว่างการสวมถุงมือหนึ่งชั้น และการสวมถุงมือสองชั้นที่ทั้งชั้นนอกและชั้นในรั่วในตำแหน่งที่ตรงกัน โดยคำนึงถึงตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องได้แก่ การรับรู้ว่าถุงมือรั่ว ระดับความลึกของแผลฝึเย็บ ระยะเวลาในการเย็บฝึเย็บ และช่วงเวรที่ใช้ในการเย็บแผลฝึเย็บ

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ prospective randomized controlled trial ดำเนินการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี การคำนวณขนาดตัวอย่างได้อ้างอิงจากผลของการศึกษาก่อนหน้า⁽¹¹⁾ ที่พบการร้าวของถุงมือในการสวมถุงมือหนึ่งชั้นร้อยละ 6.7 และพบการร้าวของถุงมือทั้งชั้นนอกและชั้นตรงกันในการสวมถุงมือสองชั้นร้อยละ 0.3 ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ 437 คน ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอดด้วยวิธีปกติ ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งหรือมีภาวะแทรกซ้อน และได้รับการเย็บแผลฝีเย็บโดยพยาบาลวิชาชีพ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่สวมถุงมือหนึ่งชั้นจำนวน 216 คน และกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้นจำนวน 221 คน

การแบ่งกลุ่มจัดทำโดยการสุ่มด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์และบรรจุอยู่ในซองปิดผนึกที่เตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนการศึกษาจะเริ่มขึ้น ถุงมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นถุงมือสำหรับทางการแพทย์ชนิดปราศจากเชื้อที่ผลิตโดยบริษัทเดียวกัน (Gammex[®], Ansell International, Malaka, Malaysia) ก่อนที่การศึกษาจะเริ่มขึ้นได้นำถุงมือที่ยังไม่ได้ใช้จำนวน 100 คู่ มาทดสอบการร้าว ผลการทดสอบพบการร้าวของถุงมือจำนวน 1 คู่

การเย็บแผลฝีเย็บจากการคลอดทำโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 6 คน กรณีที่พบว่าถุงมือ

ร้าวระหว่างการเย็บแผลฝีเย็บ ผู้เย็บแผลจะเปลี่ยนถุงมือใหม่ บันทึกตำแหน่งที่ถุงมือขาด และสาเหตุที่ทำให้ถุงมือขาด ถุงมือคู่ใหม่ที่เปลี่ยนแทนจะไม่ถูกนำมาทดสอบ บันทึกการเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ถุงมือทุกคู่จะถูกทดสอบการร้าว บันทึกข้างที่ร้าว ตำแหน่งที่ร้าว และการตรงกันของรูร้าวกรณีที่ร้าวทั้งชั้นนอกและใน โดยการบรรจุจำนวน 1,000 มิลลิเมตรแล้วสังเกตการร้าวตามวิธีมาตรฐาน⁽¹³⁾ ข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาได้แก่ ระดับความลึกของแผลฝีเย็บ ช่วงเวลาที่ทำการเย็บแผล ระยะเวลาที่ใช้เย็บแผล การรับรู้ว่าถุงมือร้าว จะถูกบันทึกทันทีที่การคลอดและเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วย Chi-square test และ Fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีสตรีตั้งครรภ์ที่คลอดทางช่องคลอดด้วยวิธีปกติและได้รับการเย็บฝีเย็บจำนวน 437 คน แบ่งเป็นการสวมถุงมือสองชั้นทั้งชั้นนอกและชั้นในอย่างละ 221 คู่ ในการเย็บแผลฝีเย็บสตรีหลังคลอดจำนวน 221 คน และสวมถุงมือหนึ่งชั้น 216 คู่ ในการเย็บแผลฝีเย็บสตรีหลังคลอดจำนวน 216 คน จากข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา (ตารางที่ 1) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม

การรั่วของถุงมือที่ใช้ในการเย็บแผลฝีเย็บจากการคลอด
ระหว่างการสวมถุงมือหนึ่งชั้นและสองชั้น

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้น (ราย, n = 216)	กลุ่มสวมถุงมือสองชั้น (ราย, n = 221)	P- value
ระดับความลึกของแผลฝีเย็บ			0.71
- ระดับ 1	29	38	
- ระดับ 2	175	170	
- ระดับ 3	12	13	
ระยะเวลาที่ใช้เย็บแผล			0.76
- น้อยกว่า ½ ชั่วโมง	207	213	
- มากกว่า ½ ชั่วโมง	9	8	
ช่วงเวลาที่เย็บแผล			0.37
- เวิร์	95	87	
- เวิร์บ	61	60	
- เวิร์ค	60	74	

การรั่วของถุงมือที่ใช้ในการเย็บฝีเย็บ (ตารางที่ 2) ในกลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้นพบ 11 คน (ร้อยละ 5.09) ในกลุ่มสวมถุงมือสองชั้นพบการรั่วของถุงมือชั้นนอก 15 คน (ร้อยละ 6.79) พบการรั่วของถุงมือชั้นใน 2 คน (ร้อยละ 0.9) และพบการรั่วของถุงมือทั้งชั้นนอกและชั้นในรั่วในตำแหน่งที่ตรงกัน 1 คน (ร้อยละ 0.45) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าจำนวนการรั่วของถุงมือในการสวมถุงมือหนึ่งชั้นมากกว่าการรั่วของถุงมือในกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้นที่ทั้งชั้นนอกและชั้น

ในรั่วในตำแหน่งที่ตรงกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.002$, OR 11.80, 95% CI = 1.51-92.24) เช่นเดียวกับจำนวนการรั่วของถุงมือชั้นในในกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้นที่มีค่าน้อยกว่าจำนวนการรั่วในกลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.01$, OR 5.87, 95% CI = 1.28-26.82)

แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของจำนวนการรั่วระหว่างถุงมือหนึ่งชั้นและการรั่วของถุงมือชั้นนอกในกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้น ($P = 0.45$, OR 0.73, 95% CI = 0.33-1.64)

ตารางที่ 2 แสดงการร้าวของถุงมือ

การร้าวของถุงมือ	กลุ่มสวมถุงมือหนึ่ง ชั้น (n = 216)	กลุ่มสวมถุงมือสองชั้น (n = 221)		
		ถุงมือชั้นนอก	ถุงมือชั้นใน	ถุงมือชั้นนอกและใน ร้าวในตำแหน่งตรงกัน
ร้าว	11 (5.09%)	15* (6.79%)	2~ (0.9%)	1# (0.45%)
ไม่ร้าว	205 (94.91%)	206 (93.22%)	219 (99.1%)	

* P = 0.45, Chi-square test (OR 0.73, 95% CI 0.33-1.64) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้น

~ P = 0.01, Fisher's exact test (OR 5.87, 95% CI 1.28-26.82) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้น

P = 0.002, Fisher's exact test (OR 11.80, 95% CI 1.51-92.24) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้น

ตำแหน่งที่ถุงมือร้าว (ตารางที่ 3) พบว่ามี
การร้าวมากที่นิ้วชี้และนิ้วโป้งของมือข้างที่ไม่ถนัด
มีการร้าวที่ทั้งชั้นนอกและชั้นใน 1 ข้าง เป็นการ

ร้าวของถุงมือทั้งสองข้างในคนเดียวกัน 1 คน นอก
จากนั้นยังพบการร้าวของถุงมือสองนิ้วในข้างเดียว
กัน 1 ข้าง และพบการร้าวเฉพาะถุงมือชั้นในโดย
ไม่พบการร้าวของถุงมือชั้นนอก 1 ข้าง

ตารางที่ 3 แสดงตำแหน่งที่ถุงมือร้าว

ตำแหน่ง ถุงมือร้าว	กลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้น (n = 216)		กลุ่มสวมถุงมือสองชั้น (n = 221)			
			ถุงมือชั้นนอก		ถุงมือชั้นใน	
	มือข้างถนัด	มือข้างไม่ถนัด	มือข้างถนัด	มือข้างไม่ถนัด	มือข้างถนัด	มือข้างไม่ถนัด
นิ้วโป้ง	0	2	0	3*#	0	1*
นิ้วชี้	3~	5	0	5#	0	1†
นิ้วกลาง	0	0	1	3	0	0
นิ้วนาง	0	0	0	1	0	0
นิ้วก้อย	0	0	0	1	0	0
หลังมือ	1	0	1	0	0	0
ฝ่ามือ	0	1~	0	0	0	0

* พบการร้าวที่ทั้งชั้นนอกและชั้นใน 1 ข้าง

~ พบการร้าวของถุงมือทั้ง 2 ข้าง 1 คน

พบการร้าวของถุงมือสองนิ้วในถุงมือข้างเดียวกัน 1 ข้าง

† พบการร้าวของถุงมือชั้นในโดยที่ชั้นนอกไม่ร้าว 1 ข้าง

การรับรู้ของถุงมือที่ใช้ในการเย็บแผลฝึเย็บจากการคลอด ระหว่างการสวมถุงมือหนึ่งชั้นและสองชั้น

การรับรู้ว่าถุงมือรั่วและสามารถระบุสาเหตุที่ทำให้ถุงมือรั่ว (ตารางที่ 4) พบว่าการรั่วของถุงมือโดยที่ผู้สวมไม่ทราบในกลุ่มสวมถุงมือชั้นเดียวเท่ากับร้อยละ 36.36 และกลุ่มสวมถุงมือสองชั้นเท่ากับร้อยละ 43.75 และในกรณีที่

ทราบสาเหตุที่ทำให้ถุงมือรั่ว ทั้งหมดเกิดจากถูกเข็มทิ่มตำ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของการรั่วของถุงมือกับการรับรู้ว่าถุงมือรั่ว ระดับความลึกของแผลฝึเย็บ ระยะเวลาที่ใช้เย็บแผล และช่วงเวรที่เย็บแผลในทั้งสองกลุ่ม

ตารางที่ 4 แสดงการรับรู้ว่าถุงมือรั่ว

การรับรู้	กลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้น (n = 11)	กลุ่มสวมถุงมือสองชั้น (n = 16)	P-value (Fisher's)
การรับรู้ว่าถุงมือรั่ว			1
- ทราบว่าถุงมือรั่ว	7 (63.64%)	9 (56.25%)	
- ไม่ทราบว่าถุงมือรั่ว	4 (36.36%)	7 (43.75%)	

วิจารณ์

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสที่สามารถติดต่อกระแสเลือดเช่น โรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบี มีมากขึ้นทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและสตรีมีครรภ์ ขณะที่ยุทธศาสตร์การศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่สัมผัสมีแผลฉีกขาดที่ผิวหนังก่อนการผ่าตัดร้อยละ 13-17.4⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ และพบอุบัติการณ์การเกิดถุงมือรั่วจากการผ่าตัดแตกต่างกันตามชนิดของการผ่าตัด⁽⁴⁻¹²⁾ สาเหตุสำคัญคือ การถูกของมีคมทิ่มแทง แม้ว่าจะมีความพยายามที่จะลดการถูกของมีคมทิ่มแทงแต่ก็ยังพบการเกิดอุบัติการณ์การถูกของมีคมทิ่มแทงมากขึ้น⁽¹⁶⁾ ซึ่งการสวมถุงมือสองชั้นถือเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันการรั่วของถุงมือชั้นใน เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อได้

จากการศึกษานี้พบว่า การรั่วของถุงมือในกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้นที่ทั้งชั้นนอกและชั้น

ในรั่วในตำแหน่งที่ตรงกันน้อยกว่าการรั่วในกลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการรั่วของถุงมือชั้นใน กลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้นมีการรั่วน้อยกว่ากลุ่มสวมถุงมือหนึ่งชั้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁶⁻¹²⁾ ดังนั้นการสวมถุงมือสองชั้นจึงสามารถลดโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งลงเมื่อเปรียบเทียบกับ การสวมถุงมือชั้นเดียว การที่อัตราการรั่วของถุงมือในการผ่าตัดชนิดต่างๆ มีความแตกต่างกัน⁽⁴⁻⁷⁾ น่าจะเกิดจากลักษณะการผ่าตัดที่ความแตกต่างกัน การสัมผัสต่อเนื้อเยื่อที่อ่อนหรือแข็ง และเสี่ยงต่อการถูกของมีคมเช่น กระดูก หรือโลหะที่คมที่แตกต่างกัน และระยะเวลาในการผ่าตัดที่ต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบการศึกษานี้กับการศึกษาของ Kovavisarath et al.⁽¹¹⁾ และ Punyatanasakchai et al.⁽¹²⁾ ที่ทำการศึกษาในการเย็บแผลฝึเย็บจากการคลอดเช่นเดียวกัน พบว่ามีความแตกต่างกันมาก

ของอัตราการรั่วของถุงมือทั้งชั้นนอกและชั้นในที่มีตำแหน่งตรงกัน อัตราการรั่วของถุงมือชั้นนอกเมื่อสวมถุงมือสองชั้น อัตราการรั่วของถุงมือชั้นนอกเมื่อสวมถุงมือสองชั้น และอัตราการรั่วของการสวมถุงมือชั้นเดียว อาจเนื่องจากระเบียบวิธีการวิจัยที่ต่างกัน ผู้เย็บแผลฝึเย็บ ผู้ผลิตถุงมือ และวิธีการทดสอบการรั่วของถุงมือที่ต่างกัน แต่สิ่งที่มีความสอดคล้องกัน รวมทั้งในการศึกษาครั้งนี้คือ การรั่วของถุงมือทั้งชั้นนอกและชั้นในที่มีตำแหน่งตรงกัน และการรั่วของถุงมือชั้นในในกลุ่มที่สวมถุงมือสองชั้นน้อยกว่าการสวมถุงมือชั้นเดียวอย่างมีนัยสำคัญ

ตำแหน่งถุงมือรั่วมักเกิดที่นิ้วชี้และนิ้วโป้งของมือข้างที่ไม่ถนัด ซึ่งสอดคล้องกับทุกการศึกษาก่อนหน้านี้⁽⁵⁻¹²⁾ เนื่องจากนิ้วมือข้างดังกล่าวถูกใช้ในการจับเข็ม จับเนื้อเยื่อเพื่อถ่าง ตัด และเย็บแผล⁽¹³⁾

จากการศึกษาของ Laine et al.⁽⁴⁾ และ Kritsaneephaiboon et al.⁽⁵⁾ พบอัตราการรั่วของถุงมือโดยที่ผู้สวมไม่ทราบร้อยละ 63.16 และ 76.2 ตามลำดับ ในการศึกษาพบว่ามีการรั่วของถุงมือที่สวมโดยที่ผู้สวมไม่ทราบในกลุ่มสวมถุงมือชั้นเดียวร้อยละ 36.36 และกลุ่มสวมถุงมือสองชั้นร้อยละ 43.75 การสวมถุงมือที่รั่วโดยที่ไม่ทราบในระยะเวลาานานทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งมากขึ้น ขณะที่สาเหตุที่ทำให้ถุงมือรั่วในการศึกษานี้ทั้งหมดเกิดจากถูกเข็มทิ่มตำ ดังนั้นการระมัดระวังในการเย็บแผล และการไม่ใช้มือสัมผัสเข็มหรือของมีคมจะช่วยลดอัตราการ

ถูกเข็มทิ่มตำได้

การรั่วของถุงมือกับการรับรู้ว่าถุงมือรั่วระดับความลึกของแผลฝึเย็บ ระยะเวลาที่ใช้เย็บแผล และช่วงเวลาที่เย็บแผล ทั้งสองกลุ่มในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Punyatanasakchai et al.⁽¹²⁾ ที่ไม่พบความแตกต่างของช่วงเวลาที่เย็บแผล และการศึกษาของ Laine et al.⁽⁴⁾ และ Gani et al.⁽¹⁷⁾ ที่พบการรั่วเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อผ่าตัดนานเกิน 1 ชั่วโมง

การรั่วของถุงมือชั้นใน โดยที่ถุงมือชั้นนอกไม่รั่วจำนวน 1 ข้าง อาจเกิดจากความบกพร่องของกระบวนการผลิต หรือการไม่สามารถคงคุณภาพมาตรฐานได้ตลอดอายุการใช้งานที่ระบุไว้บนฉลาก⁽¹⁸⁾ หรือเกิดจากการฉีกขาดขณะการสวมใส่ การรั่วของถุงมือที่ยังไม่ได้ใช้งานจำนวน 1 ข้าง จากถุงมือจำนวน 100 คู่ที่ยังไม่ได้ใช้งานอาจพบได้ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 31 พ.ศ.2547 เรื่องถุงมือยางสำหรับการคัดลอกกรรม ดังนั้น การสวมถุงมือสองชั้นจึงสามารถป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในกรณีดังกล่าวได้

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การสวมถุงมือสองชั้นในการผ่าตัดสามารถลดอัตราการรั่วของถุงมือชั้นในเมื่อเปรียบเทียบกับ การสวมถุงมือชั้นเดียว แต่มีแพทย์มากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกที่จะไม่สวมถุงมือสองชั้นในการทำผ่าตัด ด้วยสาเหตุหลักจากการรับรู้การสัมผัสและความคล่องแคล่วที่ลดลง

การรั่วของถุงมือที่ใช้ในการเย็บแผลฝึเย็บจากการคลอด ระหว่างการสวมถุงมือหนึ่งชั้นและสองชั้น

ลง^(2, 19) และอีกส่วนหนึ่งถอดถุงมือชั้นนอก
ออกระหว่างการผ่าตัด⁽²⁰⁾ ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจ
แก้ไขด้วยการเลือกขนาดของถุงมือให้เหมาะสม
หรือเลือกใช้ถุงมือที่ผลิตขึ้นมาพิเศษ และอาจใช้
เวลาเพียง 1 ถึง 120 วัน ในการปรับตัวให้เข้ากับ
การสวมถุงมือสองชั้น⁽²⁾

สรุป

ถึงแม้ว่าปัจจุบันยังไม่หลักฐานยืนยันได้
ว่าการสวมถุงมือสองชั้นในการผ่าตัดจะสามารถ
ลดการติดเชื้อแผลผ่าตัดหรือติดเชื้อทางกระแส
เลือดในผู้ป่วยหรือแพทย์ แต่การสวมถุงมือสอง
ชั้นในการเย็บแผลฝึเย็บจากการคลอดก็สามารถ
ลดการรั่วของถุงมือที่ทั้งชั้นนอกและชั้นในไว้ใน
ตำแหน่งที่ตรงกันเมื่อเปรียบเทียบกับกรรั่วของ
ถุงมือที่สวมหนึ่งชั้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น
เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสเลือดของผู้ป่วย
แพทย์และพยาบาลจึงควรสวมถุงมือสองชั้นทุก
ครั้งที่เย็บแผลฝึเย็บจากการคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. Gerberding JL, Littell C, Tarkington A, et al. Risk of exposure of surgical personnel to patient blood during surgery at San Francisco General Surgery. *The New England Journal of Medicine* 1990; 322 (25): 1793-8.
2. Patterson J M, Novak C B, Mackinnon S E, et al. Surgeons' concern and practices of protection against bloodborne pathogens. *Ann Surg.* 1998; 228(2): 266-72.
3. Osman MO, Jensen SL. Surgical gloves: current problems. *World J Surg* 1999; 630-7.
4. Laine T, Aarnio P. How often does glove perforation occur in surgery? Comparison between single gloves and double-gloving system. *Am J Surg.* 2001; 181(6): 564-6.
5. Kritsaneephaiboon A, Mahaisavariya B. Glove perforation in orthopedic trauma surgery. *The Thai Journal of Orthopedic Surgery* 2006; 31(1):15-20.
6. Lancaster C, Duff P. Single versus double-gloving for obstetric and gynecological procedures. *Am J Obstet Gynecol* 2007; May: 36-7.
7. Bennet B, Duff P. The effect of double gloving on frequency of glove perforations. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 1019-22.
8. Kovavasich E, Vanitchanon P. Perforation in single and double gloving methods for cesarian section. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1999; 67(3): 157-161.
9. อมรพันธุ์ วิรัชชัย, อัจฉรา เชาวะวนิช, ปรีชา ดันธนาธิป และคณะ. อัตราเสี่ยงของบุคลากรในห้องคลอดต่อการสัมผัสเลือดและอุบัติเหตุที่มีโอกาสของมีคมในการทำคลอดทางช่องคลอดของโรงพยาบาลบาราศนรา

10. คดร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541;2:213-7.
10. Bebbington MW, Trissman MJ. The use of a surgical device to reduce glove perforations in post delivery vaginal repair: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175 (4) : 862-6.
11. Kovavisarach E, Jaravechson S. Comparison of perforation between single and double gloving in perineorrhaphy after vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998; 38(1): 58–60.
12. Punyatanasakchai P, Chittacharoen A, Ayadhya NIN. Randomized controlled trial of glove perforation in single and double gloving in episiotomy repair after vaginal delivery. *Journal of Obstetric and Gynaecology Research* 2004; 30(5): 354–7.
13. Tanner J, Parkinson H. Double gloving to reduce surgical cross-infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD003087. DOI: 10.1002 / 14651858. CD003087. pub2.
14. Palmer DJ, Rickett WS. The mechanisms and risks of surgical glove perforation. *J Hosp Infec* 1992; 22: 279-86.
15. Thomas S, Agerwal M, Mehta G. Intraoperative glove perforation-single versus double gloving in protection against skin contamination. *Postgrad Med J* 2001; 77: 458-60.
16. McCormick RD, Meisch MG, Ircink FG, et al. Epidemiology of hospital sharps injuries: a 14-year prospective study in pre-AIDS and AIDS eras. *The American Journal of Medicine* 1991; 91(3): 301-7.
17. Gani JS, Anseline PF, Bissett RL. Efficacy of double versus single gloving in protecting the operating team. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1990; 60(3): 171-5.
18. วิมลวรรณ วิทย์พิบูลย์, ศิริพันธุ์ คำรงสุนทรเดชา, ชาพล รัตนพันธุ์ และคณะ. การศึกษาความคงสภาพของถุงมือยางทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
19. Germaine RLS, Hanson J, Gara CJD. Double gloving and attitudes among surgeons. *Am J Surg.* 2003; 185(2): 141-5.
20. Matta H, Thompson AM, Rainer JB. Does wearing two pairs of glove protect operating theater staff from skin contamination? *Br Med J* 1998; 297: 597-8

Glove Perforation in Single and Double Gloving in Periniorrhaphy After Vaginal Delivery

*Teeraboon Nimanussornkul**

Abstract

The purpose of this study was to compare the number of glove perforations between single gloving and matched perforation of outer and inner gloves in double gloving in periniorrhaphy after vaginal delivery. Total of four hundred and thirty-seven patients were randomized into two groups, one using single gloving (216 cases), and others using double gloving (221 cases). After the repair, all gloves were tested for their perforation by filling with water. Eleven perforation cases (5.09%) were found in single gloving. However, in double gloving, 15 of outer glove (6.79%) were also shown their perforation, but only 2 of inner glove (0.9%) were found, and only 1 matched perforation of outer and inner gloves (0.45%) was observed in this study. The rate of perforation became increasingly significant in single gloving than match perforations of outer and inner in double gloving ($P = 0.002$). There was no statistical difference in numbers of perforation between single gloving and outer gloves. No significant difference of glove perforation in relation to their perforated recognition, degree of wound laceration, operative time and the time of operation (day or night). The double gloving shown to significantly reduce risk of exposure to the patient's blood in comparison with single gloving in periniorrhaphy.

Key words : glove perforations, double gloving, single gloving, periniorrhaphy

* MD., The Royal Crown Prince Detudom Hospital, Ubon Ratchathani

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปาก ของประชาชนอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

อุไรวรรณ อมรไชย*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปากของประชาชนกลุ่มต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับทันตบุคลากรในการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของประชาชน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์บุคคลสำคัญและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้ปกครองเด็กจำนวน 15 ครอบครัวและผู้สูงอายุจำนวน 12 คน สันทนา กลุ่มย่อยในนักเรียนประถมศึกษาจำนวน 53 คน นักเรียนมัธยมศึกษาจำนวน 52 คน และประชาชนทั่วไป 64 คน พื้นที่ศึกษาคือ ตำบลเมืองเดชและตำบลท่าโพธิ์ศรี อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า การเลือกซื้อยาสีฟันสำหรับเด็กของผู้ปกครองขึ้นกับรายได้และการให้ความสำคัญกับเด็ก บางครอบครัวใช้ยาสีฟันผู้ใหญ่ทุกคน ดังนั้น ผู้ปกครองจำเป็นต้องควบคุมการแปรงฟันของเด็กมากขึ้น ในกลุ่มวัยรุ่นให้ความสำคัญในเรื่องกลิ่นปากโดยใช้หมากฝรั่งและลูกอมเพื่อบดกลิ่น การเลือกซื้อยาสีฟันของประชาชนทั่วไปจะเลือกจากยี่ห้อ ราคา และเลือกใช้อย่างต่อเนื่องมากกว่าการพิจารณาจากคุณภาพ ประชาชนส่วนหนึ่งนิยมใช้ยาสีฟันสมุนไพรด้วยความเห็นว่าดับกลิ่นปากและรักษาโรคเหงือกได้ดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมใช้น้ำเกลือทำความสะอาดช่องปาก ประชาชนทุกกลุ่มอายุนิยมใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดช่องปาก ยังไม่รู้จักประโยชน์ของฟลูออไรด์ และมีการใช้ไหมขัดฟันน้อย จากการศึกษาทำให้เห็นว่าการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ประชาชนควรพิจารณาให้ความสำคัญต่อการเลือกใช้ และวิธีการที่ประชาชนปฏิบัติในสภาพความเป็นจริง

คำสำคัญ การทำความสะอาดช่องปาก ผลิตภัณฑ์ดูแลอนามัยช่องปาก

* ทันตแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปาก ของประชาชนอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ความสำคัญของสุขภาพช่องปากทำหน้าที่หลัก คือ การใช้ฟันเคี้ยวอาหาร ความสวยงาม และการเข้าสังคมโดยไม่อับอาย พฤติกรรมทันตสุขภาพประชาชนทุกคนอยู่ภายใต้อิทธิพลจากปัจจัยระดับตัวบุคคลและปัจจัยจากภายนอกต่างๆ เช่น สังคม สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม และบริบททางเศรษฐกิจ⁽¹⁾ พฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคน้ำตาล การทำความสะอาดช่องปาก การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การตรวจสุขภาพช่องปากและรับบริการทันตกรรม ส่งผลให้เกิดความตระหนักต่อผลกระทบของสุขภาพช่องปากแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มวัย⁽²⁾ ทั้งยังมีความสัมพันธ์ไปกับการตระหนักต่อการป้องกันโรคของแต่ละบุคคลด้วย พบว่าการเกิดโรคฟันผุและภาวะเหงือกอักเสบมีสาเหตุสำคัญมาจากการมีแผ่นคราบจุลินทรีย์ยึดเกาะตามตัวฟัน ซึ่งแผ่นคราบจุลินทรีย์เหล่านี้จะถูกกำจัดออกไปได้ด้วยการทำความสะอาดช่องปากโดยเลือกใช้แปรงสีฟันและอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน น้ำยาบ้วนปาก ตามความสนใจและเอาใจใส่จากประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ โดยในปัจจุบันประชาชนได้รู้จักผลิตภัณฑ์ดูแลอนามัยช่องปากหลายประเภทจากการโฆษณาส่งเสริมการขายทางสื่อต่างๆ มากขึ้น⁽³⁾ เพื่อให้มีการดูแลทันตสุขภาพที่ดีด้วยตนเองของประชาชน ดังนั้น คำแนะนำสำหรับการตัดสินใจเลือกใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ผลิตภัณฑ์ต่างๆ เพื่อทำความสะอาดช่องปาก และการให้ข้อมูลดูแลสุขภาพช่องปาก

ของทันตบุคลากรจึงควรสอดคล้องภายใต้พฤติกรรมจริงประชาชน เพื่อช่วยให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดและปลอดภัย เพื่อให้ได้มุมมองและมิติที่หลากหลายในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดช่องปาก การศึกษานี้จึงใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปากของประชาชนกลุ่มอายุต่างๆ จากมุมมองของประชาชนพื้นที่อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยเลือกพื้นที่ศึกษาเพื่อเป็นตัวแทนเขตเทศบาลและเขตชนบทในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี คือ ตำบลเมืองเดชและตำบลท่าโพธิ์ศรี คัดเลือกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญและการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ใช้การสุ่มบังเอิญในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มนักเรียนประถมศึกษา และกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้ปกครองเด็กเล็ก กลุ่มผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากประสบการณ์การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์การทำความสะอาดช่องปากและความร่วมมือของผู้ให้สัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์บุคคลสำคัญ (key informant) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ในกลุ่มผู้ปกครองเด็ก

จำนวน 15 ครอบครัว และผู้สูงอายุ 12 คน การสนทนากลุ่มเฉพาะประเด็น (focus group discussion) ในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 53 คน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 52 คน และประชาชนทั่วไปอายุ 20-60 ปี จำนวน 64 คน บันทึกการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเฉพาะประเด็นโดยใช้เครื่องบันทึกเทปร่วมกับการจดบันทึก ช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม 2549

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีจำแนกและจัดระบบข้อมูล (typological analysis) โดยการนำข้อมูลมาจำแนกเป็นชนิดๆ (typologies) ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันไป เป็นการจำแนกแบบไม่ใช้ทฤษฎี คือ จำแนกข้อมูลที่จะวิเคราะห์ตามความเหมาะสมของข้อมูล ตามประเภทที่สัมพันธ์กับแบบแผนการดำรงชีวิต รวมทั้งใช้ประสบการณ์ของผู้วิจัยมาแยกและจัดหมวดหมู่พิจารณาจากความสัมพันธ์และความสม่ำเสมอของการเกิดข้อมูลเพื่อใช้อธิบายสาเหตุของปรากฏการณ์ ควบคุมคุณภาพข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation technique) ซึ่งใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน เช่น การสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต รวมทั้งใช้วิธีตรวจสอบโดยใช้ผู้เก็บข้อมูลและผู้สังเกตหลายคนร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง⁽⁴⁾

ผลการศึกษา

บริบททั่วไป สภาพความเป็นอยู่ และวิถีการดำเนินชีวิต

อำเภอเดชอุดม อยู่ห่างจากอำเภอเมืองจ.อุบลราชธานี ระยะทาง 45 กิโลเมตร มีประชากรประมาณ 170,000 คน ประกอบด้วย 16 ตำบล⁽⁵⁾ ตำบลเมืองเดชตั้งอยู่ในเขตเทศบาล เป็นพื้นที่ค้าขายและที่ตั้งส่วนราชการของอำเภอ จำนวนประชากร 30,092 คน หลังคาเรือน 3,479 หลังคาเรือน ประชากรรอบเขตในตำบลเมืองเดชส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและรับจ้างประมาณหนึ่งในสาม ที่เหลือมีอาชีพทำนาและออกไปทำงานต่างจังหวัด ส่วนตำบลท่าโพธิ์ศรีอยู่ห่างจากตัวอำเภอทางทิศใต้ประมาณ 10 กิโลเมตร จำนวนประชากร 6,459 คน จำนวนหลังคาเรือน 1,403 หลังคาเรือน อยู่ริมทางหลวงสายเดชอุดม-น้ำยืน การคมนาคมสะดวก มีรถประจำหมู่บ้านและรถประจำทางระหว่างอำเภอผ่าน มีถนนตัดผ่านเข้าไปในหมู่บ้าน อาชีพหลักทำนา อาชีพเสริมเลี้ยงสัตว์ ทำไร่มันสำปะหลัง ส่วนหนึ่งออกไปทำงานรับจ้างทั่วไปในเขตตัวอำเภอเดชอุดมและจังหวัดอื่นๆ ประชาชนส่วนใหญ่จบประถมศึกษาปีที่ 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน มีส่วนน้อยที่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับอนุปริญญาขึ้นไปฐานะของประชากรทั่วไปมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนประมาณเดือนละ 5,000-7,000 บาท ลักษณะรอบ

พฤติกรรมทางเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปาก ของประชาชนอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ครัวเป็นครอบครัวแบบเดี่ยวประมาณหนึ่งในสาม
อีกสองในสามเป็นครอบครัวขยายลักษณะแยก
บ้านแต่ปลูกที่พักอาศัยอยู่ในบริเวณใกล้ๆ กัน มี
การเชื่อมโยงพึ่งพาอาศัยและไปมาหาสู่อย่างใกล้ชิด
การไปทำงานต่างจังหวัดจะฝากลูกไว้กับปู่ย่า
ตายายหรือญาติพี่น้องช่วยดูแล

พฤติกรรมทางเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มเด็ก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก
เล็ก โดยแม่หรือผู้เลี้ยงจะเป็นผู้จัดหาผลิตภัณฑ์
สำหรับการทำความสะอาดให้และใช้ราคา
ประกอบการตัดสินใจ ในเขตเมืองและเขตชนบท
ของอำเภอมีความคล้ายกัน โดยแม่หรือผู้เลี้ยงดู
เด็กเป็นผู้ซื้อยาสีฟันและแปรงสีฟันให้เด็ก พบว่า
ครอบครัวที่มีการศึกษาและฐานะค่อนข้างดีมัก
เลือกผลิตภัณฑ์สำหรับเด็กให้ลูก เช่น ยาสีฟันสำหรับ
เด็ก แปรงสีฟันสำหรับเด็ก รวมทั้งให้โอกาส
ลูกได้เลือกสีและรสของยาสีฟัน เลือกแปรงตาม
แบบที่ชอบ เช่น มีรูปการ์ตูน บางครอบครัวซื้อ
แปรงสีฟันไว้หลายๆ อันให้เด็กเลือกใช้ เนื่องจาก
เมื่ออยากให้ลูกรักการแปรงฟัน รวมทั้งกลัวว่าหาก
ซื้อแปรงราคาถูกแล้วขนแปรงจะแข็งจึงไม่อยาก
ให้เด็กใช้ สำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะไม่
ตามใจลูกมากนัก การซื้อแปรงและยาสีฟัน
สำหรับเด็กต้องดูราคาประกอบการตัดสินใจเลือก
ด้วย บางครั้งไม่ให้ความสำคัญกับผลิตภัณฑ์
สำหรับเด็กมากนักเนื่องจากราคาแพง และจะให้
ใช้ยาสีฟันของผู้ใหญ่ไปด้วยกันทั้งครอบครัว

บางครอบครัวก็ไม่ซื้อให้ลูกแต่ไปขอจากสถานี
อนามัยหรือโรงพยาบาล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของ
เด็กวัยเรียนระดับชั้นประถมศึกษา พบว่าเด็ก
ตัดสินใจเลือกด้วยตนเองโดยเลียนแบบผู้ปกครอง
และยังใช้ราคาประกอบการตัดสินใจ ในกลุ่มนี้
เด็กจะเลือกแปรงสีฟันเองโดยเลือกลักษณะสีสัน
สวยงาม เน้นขนนุ่มไม่ให้เจ็บตอนแปรงฟัน
ผู้ปกครองเด็กพื้นที่ชนบทจะพิจารณาเรื่องราคา
โดยให้ใช้แปรงสีฟันราคาประมาณ 10 บาท ส่วน
ยาสีฟันทุกคนในบ้านมักใช้ร่วมกัน และเด็กจะ
เลียนแบบการดูแลสุขภาพช่องปากจากผู้ปกครอง
ถ้ามีการใช้น้ำยาบ้วนปาก ไหมขัดฟัน หรือ
ไม้จิ้มฟัน เด็กก็จะใช้ตาม การสอนของครอบครัว
มีอิทธิพลกับเด็ก เช่น การใช้เกลือแทนเวลายาสี
ฟันหมด การใช้เกลือหรือถ่านถูฟันแทนแปรงสี
ฟัน การเคี้ยวใบฝรั่งใช้ดับกลิ่นปาก เป็นต้น

พฤติกรรมทางเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำความสะอาดช่องปากในกลุ่มวัยรุ่น

ในกลุ่มนี้การเลือกแปรงสีฟันของกลุ่ม
วัยรุ่นจะเน้นที่รูปแบบ สวย แปลกใหม่ ทันสมัย
ชอบด้ามโค้งเพราะจับถนัดและเข้าถึงได้ดี แปรง
ต้องขนนุ่มจะได้ไม่เจ็บเหงือก มักพิจารณาจากรูป
ร่างและราคาประกอบกัน ราคาแพงก็ซื้อถ้าชอบ
สิ่งที่มีอิทธิพลต่อวัยนี้อย่างมากคือสื่อโฆษณาทาง
โทรทัศน์ ทำให้อยากลองใช้ตามเพราะทันสมัย
วัยรุ่นส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเรื่องกลิ่นปาก
เพราะทำให้ขาดความมั่นใจ พบว่าการทำความสะอาด

สะอาดช่องปากนอกจากการแปรงฟันแล้ว โดยทั่วไปใช้วิธีบ้วนปากและใช้ไหมขัดฟันเมื่อมีเศษอาหารติดฟันเพราะเป็นวิธีที่สะดวกและง่าย บางคนใช้การเคี้ยวหมากฝรั่งหรืออมลูกอมเพื่อดับกลิ่นปากหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียน สำหรับน้ำยาบ้วนปากวัยรุ่นจะเลือกใช้เพื่อระงับกลิ่นปาก ทำให้ปากสะอาด สดชื่น และใช้รักษาแผลในช่องปาก ส่วนการเลือกใช้ไหมขัดฟันไม่ค่อยนิยมใช้เพราะเป็นวิธีการที่ยุ่งยากและใช้เวลานาน

“หลังกินอาหารกลางวัน ไม่ค่อยได้แปรงฟัน ส่วนใหญ่ก็ซื้อลูกอมมาอม เร็วดี ไม่ยุ่งยาก นานๆ จะซื้อหมากฝรั่งเคี้ยวเล่นๆ ทำให้ไม่่วงตอนนั่งเรียน บางอย่างก็รู้จักจากโฆษณา อย่างสเปรย์ดับกลิ่นปาก เคยเห็นเพื่อนใช้แต่ไม่เคยใช้เพราะแพงไป ถ้ามีโอกาสก็อยากลองใช้บ้างเหมือนกัน” (ความเห็นนักเรียนมัธยมศึกษา)

พฤติกรรม การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มประชาชนทั่วไป

แม่บ้านมักเป็นผู้มีหน้าที่หลักในการจัดหาซื้อสิ่งของต่างๆ ใช้ในบ้าน จึงมีบทบาทสูงต่อการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ด้านทันตสุขภาพเช่นกัน สำหรับรายยาสีฟัน ฆลาก หรือสรรพคุณของสินค้ามีผลต่อการเลือกซื้อของแม่บ้านน้อยกว่า ยี่ห้อ การตัดสินใจเลือกยาสีฟันส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกเพราะความเคยชิน เมื่อเลือกใช้แล้วก็จะซื้อซ้ำอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาอันยาวนานโดยไม่มีการเปลี่ยนยี่ห้อ

“จำนวนห้องน้ำก็มีส่วนนะค่ะ จะซื้อยาสีฟัน คราวละสองหลอด เพราะที่บ้านมีห้องน้ำ 2 ห้อง แต่ถ้าได้ไปซื้อที่ร้านขายส่งจะซื้อมาเป็นโหลหรือแพคเกจเพราะราคาถูกลง จะได้ไม่ต้องซื้อบ่อย” (ความเห็นแม่บ้าน)

ประชาชนที่อาศัยในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงและเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทันตสุขภาพได้มากกว่าทั้งด้านความหลากหลายของยี่ห้อ ความสะดวก และสถานที่ให้เลือกซื้อ สำหรับประชาชนเขตชนบทนั้นจะไม่ยึดติดยี่ห้อแต่เลือกใช้ตามราคา ชาวบ้านมักซื้อยาสีฟันครั้งละหลอดเพราะกลัวได้สินค้าเก่า นอกจากนั้นยังมีการใช้ยาสีฟันสมุนไพรแบบผงซึ่งชาวบ้านเชื่อว่าดีและราคาไม่แพง รักษาโรคในช่องปาก แก้อุดมุดได้ ดับกลิ่นปาก ช่วยขัดฟันไม่ให้มีหินปูน และรักษาโรคเหงือก บางคนเมื่อใช้แล้วชอบหรือรู้สึกปากสะอาดดีขึ้นจึงใช้ต่อเนื่อง แต่หาซื้อยากต้องเข้าไปในตัวอำเภอ

เมื่อสอบถามประชาชนเกี่ยวกับความรู้และประโยชน์ของฟลูออไรด์ ส่วนใหญ่รู้จักฟลูออไรด์ค่อนข้างน้อย บางคนเคยได้ยินแต่ไม่ทราบประโยชน์และความสำคัญ รวมทั้งไม่ได้สนใจว่ายาสีฟันที่ซื้อจะมีฟลูออไรด์หรือไม่ ในประชาชนที่รู้จักฟลูออไรด์จะเห็นมาจากโฆษณาทางโทรทัศน์ โดยกล่าวถึงประโยชน์ว่า “ฟลูออไรด์ช่วยให้ฟันแข็งแรง” แต่ไม่สามารถอธิบายความหมายได้ ประชาชนเขตชนบทส่วนใหญ่ก็ไม่รู้จักฟลูออไรด์เช่นกัน

สำหรับการเลือกซื้อแปรงสีฟันนั้นเป็น

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปาก ของประชาชนอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

แบบต่างคนต่างซื้อ บางครั้งแม่บ้านเป็นคนไปซื้อ และจัดหาให้ตามที่พ่อบ้านหรือคนในบ้านเลือกใช้ ส่วนใหญ่ดูที่รูปลักษณ์และพิจารณาจากขนแปรงมากกว่าด้ามแปรง การเลือกแปรงสีฟันของประชาชนเขตเมืองส่วนใหญ่พิจารณาตามความพอใจและฉลากสินค้า ไม่ได้สนใจราคาแต่เน้นคุณภาพมากกว่า บางคนเลือกที่ขนแปรงนุ่ม เพราะไม่เจ็บ ส่วนผู้ที่ชอบขนแปรงแข็งด้วยเหตุผลว่าขนอ่อนจะแปรงไม่สะอาด ลักษณะด้ามแปรงนิยมใช้ด้ามโค้งเพราะจับถนัดกระชับมือกว่า ส่วนประชาชนชนบทโดยทั่วไปเลือกใช้แบบด้ามตรงเพราะแปรงง่ายกว่า ไม่เน้นคุณภาพและยี่ห้อแต่ต้องราคาถูก ร้านค้าในหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีแบบให้เลือก ราคาแปรงสีฟันที่นิยมใช้ประมาณ 10-20 บาท โดยทั่วไปประชาชนเขตเมืองจะเปลี่ยนแปรงสีฟันประมาณ 2-3 เดือนต่อด้าม ขณะที่ประชาชนชนบทเปลี่ยนแปรงช้ากว่าประมาณ 4-6 เดือนต่อด้าม

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ สำหรับทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุมีการเลือกใช้เกลือทำความสะอาดช่องปากมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนบท ชาวบ้านมีความเชื่อว่าการใช้เกลืออุดฟันทำให้รักษาฟันผุได้ เพราะชาวบ้านมักใช้เกลืออุดฟันเวลาที่ฟันมีอาการปวดจึงคิดว่าสามารถรักษาฟันผุได้

“ใช้เกลือแปรงฟันมานานแล้ว เคยชินไม่อยาก

เปลี่ยนไปใช้ยาสีฟันและแปรงสีฟันแบบลูกหลานสมัยใหม่ ไม่นัด เขาซื้อมาให้ใช้ก็ใช้บ้าง แต่ไม่สบายเหมือนเอานิ้วถูเกลือไปมา เอาแปรงมาแปรงก็เจ็บเหงือก ดิ้นเข้าขึ้นมาดูไปมาก็เสร็จแล้ว เวลาไปอยู่เขาก็ไม่ต้องเอาไปด้วย”

(ความเห็นของผู้สูงอายุ)

สำหรับผู้สูงอายุที่ใช้แปรงสีฟันและยาสีฟันเป็นประจำลูกหลานจะเป็นผู้จัดหาและซื้อให้ แปรงสีฟันที่ใช้เป็นแบบด้ามตรงขนแข็งเพราะเชื่อว่าแปรงสะอาดกว่า โฆษณาไม่ค่อยมีอิทธิพลต่อกลุ่มนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สนใจบางคนไม่ได้ดูโทรทัศน์

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์อื่นๆ

สำหรับการทำความสะอาดช่องปาก

น้ำยาบ้วนปาก ยี่ห้อน้ำยาบ้วนปากที่ประชาชนนิยมมากคือ ยี่ห้อลิสเตอร์ีน เพราะเก่าแก่และมีขายในร้านค้าหลายแห่ง ผู้ที่ใช้ประจำเพราะรู้สึกที่ใช้แล้วลมปากสดชื่นมันใจจึงใช้มาตลอด บางคนจะใช้เป็นบางครั้งเนื่องจากเชื่อว่าช่วยดับกลิ่นปากเมื่อต้องพบปะผู้คนและเข้าสังคม ส่วนบางคนจะใช้เมื่อมีแผลในช่องปากหรือร้อนใน โดยบอกว่าช่วยให้แผลหายเร็วขึ้นได้ในผู้ที่นิยมไม่ใช้เพราะคิดว่าไม่จำเป็น ไม่มีปัญหาเรื่องกลิ่นปาก หรือบางคนเคยใช้แล้วอาเจียนจึงเลิกใช้ ส่วนเด็กๆ ที่ใช้พบวารสชาติเผ็ดจึงไม่ชอบ โดยทั่วไปแล้วประชาชนเขตเมืองนิยมใช้น้ำยาบ้วนปากมากกว่าประชาชนชนบท หาซื้อได้ง่ายกว่า แต่ชาวชนบทบางคนก็อยากใช้แต่ไม่รู้

สถานที่ซื้อ ร้านค้าในหมู่บ้านไม่มีจำหน่าย บางคนเคยเข้าไปทำงานกรุงเทพและทำงานกลางคืน เช่น พนักงานต้อนรับ เคยใช้โดยให้เหตุผลว่างานต้อนรับแขกต้องระวังเรื่องกลิ่นปาก ช่วยเพิ่มความมั่นใจ แต่เมื่อกลับมาทำงานอยู่บ้านไม่จำเป็นต้องใช้แล้ว

ไหมขัดฟัน ไม่ค่อยนิยมใช้ พบว่าประชาชนจำนวนน้อยซึ่งเป็นผู้ที่มีฐานะและการศึกษาจะรู้จักและใช้ไหมขัดฟันแทนไม้จิ้มฟันเมื่อมีเศษอาหารติด บางคนใช้ตามคำแนะนำของทันตบุคลากรแต่รู้สึกว่าการใช้ยากและเสียเวลาจึงเลิกใช้ หรือรู้จักแต่ไม่ใช้เพราะไม่มีปัญหาต้องใช้ส่วนใหญ่แล้วในผู้ที่นิยมใช้จะพบว่าราคาไม่มีผลต่อการซื้อ พบว่าประชาชนเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่รู้จักไหมขัดฟัน

ไม้จิ้มฟัน ประชาชนส่วนใหญ่ทั้งในเขตเมืองและชนบทจะใช้ไม้จิ้มฟันเมื่อมีเศษอาหารติดซอกฟัน ทำให้รู้สึกรำคาญไม่สบาย ชนิดที่ใช้เป็นไม้ไผ่ปลายแหลมเพราะใช้ดีกว่า ผู้ที่ใช้เป็นประจำและคิดเป็นนิสัยแม้ไม่มีเศษอาหารติดฟันก็เอามอมหรือเคะฟันเล่น ราคาไม้จิ้มฟันไม่ค่อยมีผลต่อการเลือกซื้อเพราะไม่แพงจนเกินไปและหาซื้อได้ง่าย ประชาชนเขตชนบทที่ประหยัดจะเหลาไม้ไผ่เป็นไม้จิ้มฟันใช้เอง ส่วนใหญ่ประชาชนไม่ค่อยเห็นอันตรายของไม้จิ้มฟันที่สามารถทิ่มแทงเหงือกทำให้เกิดแผลและเลือดออกได้ บางคนมีความเชื่อว่า “ไม่ควรให้เด็กใช้ เพราะฟันลูกจะห่าง”

สเปรย์ระงับกลิ่นปาก ประชาชนส่วน

ใหญ่ไม่ใช้และไม่เป็นที่นิยม เนื่องจากหาซื้อยาก ยังเป็นผลิตภัณฑ์ที่ค่อนข้างใหม่ ไม่แพร่หลายพบการใช้ในผู้สูบบุหรี่เพื่อดับกลิ่นปากเพิ่มความมั่นใจ ประชาชนในเมืองส่วนมากรู้จักจากโฆษณาหรือเห็นผู้อื่นใช้ แต่ไม่อยากจะใช้เพราะเห็นว่าไม่จำเป็น บางคนไม่กล้าใช้เพราะกลัวอันตราย

หมากฝรั่ง ประชาชนมีเหตุผลในการใช้ต่างๆ กัน ในเด็กอายุน้อยและวัยรุ่นส่วนใหญ่ใช้เล่นๆ หรือช่วยดับกลิ่นปากหลังอาหาร ในผู้ใหญ่ที่อายุมากขึ้นจะเคี้ยวหมากฝรั่งด้วยเพื่อดับกลิ่นปากเพิ่มความมั่นใจก่อนออกงาน ใช้หลังการสูบบุหรี่ หรือเคี้ยวไม้หิ่วงนอน ผู้สูงอายุทั่วไปไม่เคี้ยวหมากฝรั่งเพราะเห็นว่าอายุมากแล้วไม่เหมาะสม

เกลียว วัตถุประสงค์การใช้คือ อมระงับกลิ่นปาก อมเวลาปวดฟันเพื่อบรรเทาอาการ แก้เหงือกบวมและร้อนในได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้เกลียวแปรงฟันโดยไม่ใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดอื่นๆ นอกจากนี้ เนื่องจากเกลียวมีราคาถูกหาได้ง่าย ประหยัด และใช้ได้นาน และเชื่อว่าสรรพคุณของเกลียวสามารถทำความสะอาดและรักษาโรคในช่องปากได้

อภิปรายผล

การใช้ยาสีฟันของประชาชนให้ความสำคัญกับยี่ห้อมากกว่าคุณภาพและราคา การตัดสินใจเลือกใช้เป็นไปตามความเคยชินมากกว่าพิจารณาเปรียบเทียบคุณภาพของยาสีฟัน โดยเฉพาะ

พฤติกรรมทางเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปาก ของประชาชนอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

คุณสมบัติยาสีฟันที่ต้องมีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบสำคัญนั้น พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ความเข้าใจค่อนข้างน้อย ไม่มีความเข้าใจในประโยชน์ของฟลูออไรด์นัก แม้ว่าจะคุ้นเคยคำนี้จากสื่อโฆษณา เนื่องจากสื่อไม่ได้ให้รายละเอียดของประโยชน์ที่มีต่อสุขภาพฟัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณ⁽³⁾ ที่พบว่าฟลูออไรด์เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกซื้อยาสีฟันมากที่สุด

สำหรับการใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กนั้น พบว่ามีผู้ปกครองส่วนน้อยที่ให้ความสำคัญว่าเด็กควรใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กโดยตรง เนื่องจากยาสีฟันเด็กมีราคาสูงกว่ายาสีฟันผู้ใหญ่ เมื่อพิจารณาตามฐานะรายได้ของครอบครัว ทำให้เด็กเล็กส่วนหนึ่งต้องใช้ยาสีฟันของผู้ใหญ่เช่นเดียวกับทุกคนในครอบครัว การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาเชิงปริมาณเรื่องพฤติกรรมผู้บริโภคในการใช้ยาสีฟันและแปรงสีฟันในเด็ก ซึ่งพบคล้ายกันว่า การใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กนั้นได้ถูกจำกัดจากศักยภาพในการซื้อของผู้ปกครอง โดยการเลือกใช้นั้นมีความสัมพันธ์กับรายได้ การศึกษา อาชีพของผู้ปกครองและอายุของเด็ก⁽⁶⁾ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรเผยแพร่ความรู้ต่อไปถึงผู้ปกครองในเรื่องความจำเป็นที่ต้องเลือกใช้ยาสีฟันสำหรับเด็กโดยตรง ให้ผู้ปกครองแปรงฟันให้เด็กทุกวันเนื่องจากเด็กไม่สามารถแปรงฟันเองได้สะอาดทั้งปาก⁽⁷⁾ หากเด็กต้องใช้ยาสีฟันผู้ใหญ่ก็ให้ลดปริมาณยาสีฟันที่บีบใส่แปรงให้เหลือปริมาณเท่ากับเม็ดถั่วเขียว (0.25 กรัม) เพื่อป้องกัน

ปัญหาฟันตกกระ เนื่องจากเด็กเล็กส่วนใหญ่จะกลืนยาสีฟันเกือบทั้งหมดขณะแปรงฟัน⁽⁸⁾

ในเขตชนบท พบว่าประชาชนส่วนหนึ่งนิยมใช้ยาสีฟันสมุนไพร เนื่องจากราคาไม่แพง ให้เหตุผลว่ามีคุณสมบัติที่ดีในการดับกลิ่นปาก รักษาโรคเหงือก และขัดฟันได้สะอาด ชนิดที่ชอบใช้มีทั้งแบบครีมและผง อย่างไรก็ตาม เอมอร เบญจวงศ์กุลชัย และคณะ⁽⁹⁾ พบว่ายาสีฟันชนิดผงบางชนิดจะมีผงขัดฟันขนาดใหญ่ทำให้ฟันสึก และยังพบค่าตะกั่วและสารปรอทเกินกว่ามาตรฐานที่กำหนดของสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม จึงควรให้คำแนะนำให้ประชาชนรู้จักเลือกใช้ยาสีฟันชนิดผงด้วยความระมัดระวังมากขึ้น ส่วนรายงานของ อภิพัฒน์ เปรมศิรินิรันดร์ และคณะ⁽¹⁰⁾ เปรียบเทียบระหว่างยาสีฟันสมุนไพรกับยาสีฟันควบคุม ก็ไม่พบประโยชน์ที่เหนือกว่าทางคลินิก ในการควบคุมคราบจุลินทรีย์และการลดเหงือกอักเสบ

การตัดสินใจเลือกใช้แปรงฟันของประชาชนจะพิจารณาเลือกใช้จากขนแปรงและราคาเป็นปัจจัยหลัก กลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่สนใจรับรู้การเผยแพร่โฆษณาและให้ความสำคัญกับรูปแบบ ความทันสมัยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยประชาชนมีความเข้าใจต่อลักษณะขนแปรงเพียงสองแบบคือ แบบขนนุ่มและขนแข็ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิกุล วิศาลเสถ์ และคณะ⁽³⁾ ที่พบว่าปัจจัยหลักของการเลือกซื้อคือความอ่อนแข็งของขนแปรง และราคาไม่เกิน 30 บาท ขณะที่ สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์ และคณะ⁽¹¹⁾ สํารวจพบว่า

แปรงสีฟันที่จำหน่ายทั่วไปมีชนิดขนนุ่มถึงร้อย
ละ 86.9 โดยยี่ห้อที่ผลิตแปรงชนิดขนแข็งเริ่มมี
แนวโน้มจำนวนลดลง นอกจากนั้นบริษัทผู้ผลิต
แปรงสีฟันได้มีการออกแบบลักษณะขนแปรงให้
มีความแปลกใหม่เพื่อให้แตกต่างจากบริษัทคู่แข่ง
ทำให้ขนแปรงมีลักษณะสูงต่ำไม่เท่ากันจึงไม่
สามารถขนแปรงได้ดี ทำให้เกิดความคมที่มีผล
ต่อเนื้อเยื่อในช่องปาก⁽¹²⁾ ส่วน ยศวิมล คุฬาสุก
และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าขนแปรงปลายมนและปลาย
เรียวสามารถกำจัดคราบจุลินทรีย์และทำให้เกิด
แผลที่เหงือกไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบ
ระหว่างแปรงสีฟันขนแปรงปลายมนและปลาย
ตัด พบว่าขนแปรงปลายมนทำให้เกิดแผลน้อยกว่า
ขนแปรงปลายตัด^(14, 15)

นอกจากยาสีฟันและแปรงสีฟันที่ใช้
เป็นหลักสำหรับการทำความสะอาดช่องปากแล้ว
พบว่าผลิตภัณฑ์อื่นที่ประชาชนนิยมใช้อย่างแพร่
หลายคือ ไม้จิ้มฟัน เนื่องจากมีราคาถูกและใช้สะดวก
แม้กระทั่งวัยเด็กก็มีการเลียนแบบการใช้ไม้
จิ้มฟันจากผู้ใหญ่ ผลที่อาจเกิดตามมาคือการใช้
อย่างผิดวิธี ทันตบุคลากรจึงควรให้ความสำคัญใน
การแนะนำเทคนิคการใช้ไม้จิ้มฟันที่ถูกต้อง โดย
การสอดไม้จิ้มฟันเข้าซอกฟัน แล้วดึงเข้าออก 4-6
ครั้ง ใช้ไม้จิ้มฟันครูดเบาๆ ไปตามผิวฟันบริเวณ
ขอบเหงือกที่คอฟันเพื่อขจัดคราบจุลินทรีย์ รวมทั้ง
ห้ามการใช้แรงดันไม้จิ้มฟันเข้าไปในซอกฟัน
ห้ามปล่อยไม้จิ้มฟันค้างไว้ในซอกฟันนานๆ ห้าม
การหมุนไม้จิ้มฟันในซอกฟัน ซึ่งจะทำให้เกิด
อันตรายต่อเหงือกและทำให้เหงือกกรัน⁽¹⁶⁾ รวมทั้ง

สนับสนุนให้ความรู้สื่อสารต่อสาธารณะมากขึ้น
เช่น การทำโปสเตอร์ให้ความรู้คิดในร้านอาหาร
ต่างๆ การเผยแพร่ต่อประชาชนตามหมู่บ้าน
เขตชนบท รวมทั้งกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์ไม้
จิ้มฟันเพื่อพัฒนาให้เหมาะสมปลอดภัยมากขึ้นต่อ
การดูแลทันตสุขภาพ สำหรับหมากฝรั่งและลูกอม
ถูกนำมาใช้เคี้ยวและอมสำหรับลดกลิ่นปากใน
กลุ่มเด็กและวัยรุ่นจำนวนมาก สอดคล้องกับการ
ศึกษาของ วิกุล วิลาสเสสม์และคณะ⁽³⁾ ที่พบว่า
กลุ่มเด็กโตอายุ 10-14 ปี ชอบลูกอมดับกลิ่นปากมาก
ที่สุด และเสนอแนะว่า แม้การเคี้ยวหมากฝรั่งจะ
กระตุ้นการหลั่งของน้ำลายเป็นผลดีต่อช่องปาก
แต่ก็ต้องเป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม
ในส่วนของไหมขัดฟันก็ไม่น่าเป็นที่นิยมใช้ของ
ประชาชนทุกกลุ่มอายุเช่นกัน โดยประชาชนมาก
กว่าร้อยละ 90 ระบุว่าไม่เคยใช้ไหมขัดฟัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการเลือกใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก
มีข้อจำกัดจากราคาสูง ทำให้ครอบครัวส่วนใหญ่
ให้เด็กเล็กใช้ยาสีฟันผู้ใหญ่ ผู้ปกครองจึงควรควบคุม
การแปรงฟันของเด็กเล็กอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่
การแปรงฟันให้เด็ก การลดปริมาณยาสีฟันที่บีบ
ใส่แปรง ลดการกลืนยาสีฟัน การเลือกใช้
ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปากในกลุ่ม
วัยรุ่นจะเน้นรูปแบบและความทันสมัยซึ่งเป็นผล
จากสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ จึงควรให้คำแนะนำ
เกี่ยวกับแนวทางการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ทันต
สุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น คุณภาพของแปรง

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปาก ของประชาชนอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

การเลือกหมากฝรั่งที่ไม่มีน้ำตาลเพื่อป้องกันฟันผุ สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่พบว่าใช้ผลิตภัณฑ์ และความเคยชินมีผลต่อการเลือกมากกว่าการพิจารณาคุณสมบัติจากฉลาก รวมทั้งประชาชนรู้จักประโยชน์ฟลูออไรด์ค่อนข้างน้อยนั้น จำเป็นต้องมีการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางฉลากยาสีฟัน และณรงค์ให้ประชาชนรู้จักการพิจารณาคุณสมบัติของยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์และยาสีฟันสมุนไพร ในกลุ่มผู้สูงอายุจะเลือกใช้ขนแปรงแข็งเพราะเชื่อว่าจะทำความสะอาดดีกว่า อาจทำให้คอฟันสึกและเกิดแผลในช่องปากได้ง่าย บุคลากรจึงควรแนะนำและจัดหาแปรงฟันชนิดขนแปรงอ่อนซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาเหล่านี้ได้ นอกจากนี้ยังควรแนะนำให้ใช้ยาสีฟันร่วมกับการใช้เกลือ เนื่องจากผู้สูงอายุมักใช้เกลือทำความสะอาดและเพื่อให้ได้ประโยชน์จากฟลูออไรด์ในยาสีฟัน ส่วนไม้จิ้มฟันนั้น ประชาชนเกือบทุกกลุ่มอายุนิยมใช้ แต่ทันตบุคลากรยังไม่ให้ความสำคัญในการเผยแพร่วิธีการใช้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน ขณะที่ทันตบุคลากรมักจะแนะนำให้ประชาชนใช้ไหมขัดฟัน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ไม่นิยมใช้เนื่องจากยุ่งยากและใช้เวลานาน

จากผลการศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่า ในบริบทประชากรกลุ่มวัยต่างๆ ของอำเภอเดชอุดม จ.อุบลราชธานี ยังมีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปากที่แตกต่างจากคำแนะนำของทันตบุคลากร เช่น ไม่ได้

ให้เด็กใช้ยาสีฟันสำหรับเด็ก ไม่ยอมใช้ไหมขัดฟันเพราะยุ่งยาก ยังมีผู้นิยมใช้เกลือแทนยาสีฟันเหล่านี้เป็นต้น ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านฐานะและรายได้ ซึ่งน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญลำดับต่อมาคือความเคยชินและความเชื่อดั้งเดิมจากการใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดช่องปากที่ห่อหุ้มกันอย่างต่อเนื่อง หากผลิตภัณฑ์ที่เลือกใช้อยู่มีความไม่เหมาะสม เช่น การใช้ยาสีฟันสมุนไพรชนิดที่ไม่มีฟลูออไรด์หรือไม่ได้มาตรฐานการเลือกใช้แปรงขนแข็ง การใช้เกลือหรือถ่านทำความสะอาดช่องปาก ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในช่องปากได้ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงความเชื่อยอมทำได้ค่อนข้างยาก ทันตบุคลากรจึงควรมีความเข้าใจต่อบริบทของชาวบ้าน และการให้คำแนะนำเพื่อการปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์สำหรับช่องปากเหล่านี้จำเป็นต้องศึกษาคุณสมบัติ ข้อดีและข้อด้อยต่างๆ เสียก่อนแล้วจึงนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับการให้คำแนะนำที่สามารถกระทำได้จริง จึงจะเป็นการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัยโดยเฉพาะเขตพื้นที่ชนบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ คุณอรทัย ศรีทองธรรม ที่ให้คำปรึกษาสนับสนุน และช่วยเหลือในการเตรียมบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. สุดาดวง เกรัมย์พงษ์. มาตรการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชนที่แตกต่างตามสาเหตุของการเกิดโรค. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2549; 28:43-54.
2. พิชราลักษณ์ เกื่อนนาคี, สุปริดา อุดุลยานนท์. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน : กรณีศึกษาตำบลปามะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2542; 2: 28-37.
3. วิกุล วิสาลเสสย์, พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ, นนทินี ตั้งเจริญดี. พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลอนามัยช่องปากของคนไทย พ.ศ. 2548. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2550; 12: 30-6.
4. สุรางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
5. งานพัฒนาชุมชนอำเภอเดชอุดม. เอกสารประกอบการประชุมจัดทำข้อมูลตำบลและประชากรอำเภอเดชอุดม; 2549.
6. พรพรรณ สุนทรธรรม, วีรวรรณ แดงแก้ว, วรานุช จิตประไพ, วิกุล วิสาลเสสย์, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, พวงทอง ผู้กฤตยาคามิ. การศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคในการใช้ยาสีฟันและการแปรงฟันในเด็ก. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2546; 8: 7-19.
7. บุปผา ไตรโรจน์, ศรีสุดา ถีละศิธร, สุรางค์ เชษฐพจน์, สุภาวดี พรหมมา. การศึกษาสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่มีผลต่อสภาวะโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2547. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2548; 10: 29-37.
8. วิกุล วิสาลเสสย์, นนทินี ตั้งเจริญดี, สุรางค์ เชษฐพจน์, สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์. การกลืนยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2546; 53: 161-7.
9. เอมอร เบญจวงศ์กุลชัย, สุพจน์ ตามสายลม, มารศรี อุชชิน, สุกมาศ แก้วกระแสนิน. คุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ยาสีฟันผงในประเทศไทย. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2548; 55: 153-8.
10. ถิรพัฒน์ เปรมศิรินิรันดร์, อารีย์ เจนกิตติวงศ์. ประสิทธิภาพของยาสีฟันสมุนไพรชนิดหนึ่งต่อการควบคุมคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบ. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์ 2546; 53: 1-7.
11. สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์, วิกุล วิสาลเสสย์, มัลลิกา ตันจุลเวศม์, นนทินี ตั้งเจริญดี, จิตรา เสี่ยงมเหย. คุณลักษณะของแปรงสีฟันที่จำหน่ายในประเทศไทย พ.ศ. 2547. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2548; 10: 40-9.
12. มัลลิกา ตันจุลเวศม์, นนทินี ตั้งเจริญดี, วิกุล วิสาลเสสย์, สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์.

พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับทำความสะอาดช่องปาก
ของประชาชนอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

- ผลการตรวจคุณภาพแปรงสีฟันที่จำหน่ายใน
ท้องตลาดของประเทศไทย พ.ศ.2543. วิทยา
สารทันตสาธารณสุข 2545; 7: 21-3.
13. ยศวิมล ภูผาสุก, จุฬาลักษณ์ เกษตรสุวรรณ,
ศดใส วิโรจน์ศักดิ์, สุวิมล ยุทธสารประสิทธิ์,
สุภาณี รัศมีมาสเมือง, มัลลิกา ศิริรัตน์. ประ
สิทธิภาพและความปลอดภัยของแปรงสีฟัน
ขนนุ่มปลายเรียบ: การศึกษาทางคลินิก. วิทยา
สารทันตแพทยศาสตร์ 2547; 54: 69-76.
14. ผลการันต์ นิตินิธิ, วิกุล วิศาลเสถียร, สุพร
รณี ศรีวิริยะกุล, สุวิภา อนันต์ธนสวัสดิ์.
ผลการแปรงฟันด้วยแปรงสีฟันขนแปรง
ปลายมนและปลายตัดในการกำจัดคราบ
จุลินทรีย์และการทำอันตรายต่อเหงือก. วิทยา
สารทันตแพทยศาสตร์ 2545; 52: 177-81.
15. Park KK, Mates BA, Christen AG.
Choosing an effective toothbrush: a risk
venture. Clin Prev Dent 1985; 7: 5-10.
16. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. คู่มือการใช้ผลิตภัณฑ์ดูแล
สุขภาพช่องปาก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและ
พัสดุภัณฑ์; 2547.

Decision-behavior of Using Oral Healthcare Products of the People in Amphur Detudom, Ubonratchathani

*Uraiwan Amornchai**

Abstract

The objective of this research was to study the decision-behavior of using the oral healthcare products among people in order to use data for dental personnels to settle dental health promotion program suitable for field context. The qualitative data collection techniques were used including key-informant interviews, in-depth interviews in 15 pre-school children guardians and 12 elderly people, and focused group discussing in 53 elementary school students, 52 high school students and other 64 people in Tambon Maungdet and Tambon Taphosri, Amphur Detudom, Ubonratchathani. The study revealed that most of guardians decided to select children's toothpastes depending on their incomes and their children's oral healthcare. Some families used adults' toothpaste for everyone. Therefore they had to highly supervise the children's brushing activity. The high school students were concerned about their mouth odor therefore they used gum chewing and sweets. Other people's selection of toothpaste depended on brand, price and long lasting- uses rather than the quality. Some people preferred to use herbal-based toothpastes because of good control of odor and healing their gum disease. Most of elderly people used finger -scrub with salt to clean their teeth. They preferred tooth-picks, without being concerned about fluoride, and rarely using the dental floss. This study concluded that the dental health educations should be accommodated for people's selection and method of oral cleaning, which depended on their life-style.

Keywords decision-behavior, oral healthcare product

* Dentist. The Royal Crown Prince Detudom Hospital, Ubon Ratchathani

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย

: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

เอี่ยมพร ชมภูมี*

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งกล่องเสียงเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้และเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดขึ้นกับขนาดและตำแหน่งของมะเร็ง สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดเป็นการผ่าตัดเอาพยาธิสภาพออกได้หมดและลดอัตราการลุกลามของมะเร็งได้ เป้าหมายสำคัญของการให้การพยาบาลทางห้องผ่าตัดเพื่อให้บริการการพยาบาลแบบองค์รวมทุกระยะการผ่าตัด การผ่าตัดราบรื่นสำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน รายงานนี้จัดทำเพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง 3 ราย ซึ่งมีปัญหาแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ในระหว่างการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในระบะผ่าตัดที่จะทำให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความราบรื่น ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อยและให้การรักษาได้ผลดี ผู้ป่วยมีความปลอดภัย โดยต้องมีความรู้ความสามารถในการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการพยาบาลและการให้การพยาบาลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดในแต่ละราย อย่างไรก็ตามในการผ่าตัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงและบางครั้งก็ไม่เป็นไปตามขั้นตอนหรือคาดการณ์ได้ทั้งหมด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีการวางแผน มีความชำนาญในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ การส่งเครื่องมือ ต้องพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ การแก้ปัญหาในระยะวิกฤต เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงด้วยดีและผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนั้น ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลมากกับภาพลักษณ์ การดูแลแผลเจาะคอ และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือได้โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพให้คำแนะนำและสนับสนุนญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อม สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันในสังคมได้

คำสำคัญ โรคมะเร็งกล่องเสียง การผ่าตัดกล่องเสียง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพ งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทนำ

โรคมะเร็งกล่องเสียงเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นบริเวณลิ้นปี่เปิดกล่องเสียง สายเสียงจริง สายเสียงเทียมครึ่งใน และได้กล่องเสียงผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 7-10 เท่า สาเหตุสำคัญบ่งชี้ได้ชัดเจนว่าเกิดจากการสูบบุหรี่ และพบมากขึ้นในผู้ดื่มเหล้าร่วมด้วย ในประเทศสหรัฐอเมริกาโอกาสพบมะเร็งชนิดนี้มีประมาณร้อยละ 1-5 ของมะเร็งทั้งหมดหรือ 3-8 คนต่อประชากร 100,000 คน⁽¹⁾ โรคมะเร็งกล่องเสียงเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้⁽²⁾ และเป็นโรคที่รักษาให้หายได้⁽³⁾ การรักษา มีทั้งวิธีการใช้รังสีรักษา การใช้ยาเคมีบำบัด และการผ่าตัด หรือใช้ร่วมกันตามระดับความรุนแรงของโรค⁽³⁾ การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมดอาจเป็นการรักษาในผู้ป่วยที่มะเร็งยังไม่ลุกลาม ในผู้ป่วยที่มะเร็งลุกลามแล้ว หรือในรายที่กลับเป็นซ้ำ⁽¹⁾ ผลจากการผ่าตัดทำให้ไม่มีช่องติดต่อระหว่างคอกับหลอดลม ผู้ป่วยต้องใช้หลอดลมที่เย็บติดกับผิวหนังที่คอและเจาะไว้เป็นรูถาวรเป็นทางสำหรับหายใจตลอดชีวิต และไม่สามารถออกเสียงได้ตามปกติ ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตและภาวะจิตใจของผู้ป่วยเป็นอันมาก เป้าหมายสำคัญของการให้การพยาบาลทางห้องผ่าตัดก็เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด รวมทั้งให้ผู้ป่วย

สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี การผ่าตัดโรคมะเร็งกล่องเสียง เป็นการรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงออกทั้งหมด สามารถเอาพยาธิสภาพของมะเร็งออกได้หมดและลดอัตราการลุกลามของมะเร็งได้ เป็นการผ่าตัดใหญ่ของศัลยกรรมของแผนก หู คอ จมูก ที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีความละเอียดอ่อน ใช้เวลานานในการผ่าตัด และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรืออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงในระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ขั้นตอนการตัดเปิดหลอดลมใหม่เพื่อเปลี่ยนท่อช่วยหายใจจาก endotracheal tube หรือ tracheostomy tube เป็น laryngectomy tube ในระหว่างขณะตัดยกกล่องเสียงออก การเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดที่ใกล้ชิดกับเส้นเลือดใหญ่บริเวณคอ การติดเชื้อแผลผ่าตัด และการปนเปื้อนแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง เป็นต้น

ลักษณะงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยทั่วไป คือ การดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดหรือการทำหัตถการต่างๆ ในห้องผ่าตัด นอกจากการส่งเครื่องมือหรือช่วยผ่าตัดแล้ว บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดยังต้องรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดครอบคลุมระยะของการผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด⁽⁴⁾ โดยนำกระบวนการทางการพยาบาลมาใช้เพื่อให้บริการการพยาบาลแบบองค์รวมในทุกระยะของการผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมรับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และจัดเตรียมความพร้อมในห้องผ่าตัด ซึ่งได้แก่ การเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสภาพทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย สำหรับการวางแผนให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และเพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้สำหรับการผ่าตัด การเตรียมบุคลากรและสถานที่ และการจัดเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัด โดยทั่วไปแล้ว กิจกรรมการพยาบาลในระยะนี้ได้แก่

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก
2. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นในการผ่าตัด ประโยชน์และ วิธีการผ่าตัดโดยสังเขป
 - การหายใจทางรูที่เจาะคอถาวร ผู้ป่วยจะต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ ต้องงดน้ำและอาหารทางปาก โดยผู้ป่วยจะได้อาหารทดแทนทางหลอดเลือดหรือทางสายยาง
 - การติดท่อสื่อสารโดยการใส่

กระดาดและดินสอหรือปากกา การฝึกพูดใหม่ภายหลังการทำผ่าตัด

- อธิบาย ทบทวน และประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย ผิวหนัง ผม เล็บ ความสะอาดในช่องปากและคอ การถอดฟันปลอม ของมีค่าเครื่องประดับ ก่อนไปห้องผ่าตัด

- การเตรียมการบริหารร่างกายเพื่อให้ปฏิบัติตนในระยะหลังผ่าตัด การบริหารการหายใจ การไอเพื่อขับเสมหะหลังผ่าตัด การบริหารคอไหล่

- การลงนามยินยอมรักษาและการผ่าตัด

4. อธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบว่า การผ่าตัดเอากล่องเสียงออกเป็นการคุกคามต่อความรู้สึกและภาพลักษณ์ ผู้ป่วยอาจกลัวถูกทอดทิ้ง เป็นภาระของสังคมและครอบครัว เป็นที่รังเกียจของสังคม ญาติจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ ประคับประคอง ปลอบโยน ให้คลายความกังวล และควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจตนเอง ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอื่นๆ ส่งเสริมให้รู้จักกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันและได้รับการผ่าตัดแล้ว ตลอดจนผู้ป่วยที่ใกล้จะกลับบ้าน แนะนำให้ได้รับการฝึกการติดต่อสื่อสาร โดยเขียนเป็นคำพูดกับผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกพูด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

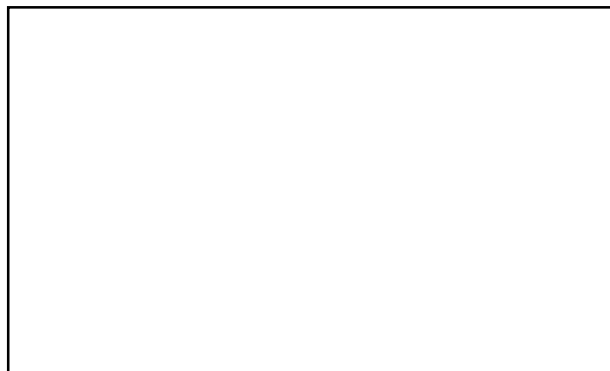
การพยาบาลขณะผ่าตัด

เป็นการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยนับตั้งแต่รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดจนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ประกอบด้วย การเตรียมบุคลากรและสถานที่ การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด ของการผ่าตัดกล่องเสียงมีปัญหาสำคัญและความเสี่ยงที่แตกต่างจากการผ่าตัดใหญ่ทั่วไป คือ 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำสำหรับการผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงออกทั้งหมดเป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อน ใช้เวลาประมาณ 3-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยต้องอยู่ในท่านอนหงายราบและเหยียดคอในท่าเดียวเป็นเวลานาน 2) ความเสี่ยงจากการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่⁽³⁾ เช่น เกิดการขาดออกซิเจน ปอดบวมจากการมีเลือดหรือน้ำเข้าในทางเดินหายใจ 3) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตัดส่วนของหลอดอาหารหรือโคนลิ้นมากเกินไป หรือเกิดรูรั่วจากการเย็บซ่อมหลอดอาหาร 4) อาจเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง 5) ความเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

กิจกรรมการพยาบาลระยะนี้ ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมทางห้องผ่าตัด สถานที่ ทีมพยาบาลที่มีทักษะเฉพาะ เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่นปลอดภัย ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2. การตรวจสอบและระบุตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือผิดประเภทการผ่าตัด
3. การดูแลความปลอดภัยจากการจัดทำสำหรับการผ่าตัด ในท่านอนหงายหนุนไหล่และคอให้ระดับกระดูกสันหลังท่อนคอ ท่อนอกและเอวอยู่ในแนวเดียวกัน จัดขาทั้งสองข้างวางแยกกันเล็กน้อย ระวังอย่าให้ขาเกยกัน เพื่อป้องกันการกดทับหรือเสียดสีของเส้นประสาทบริเวณข้อพับขา ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับเช่น ท้ายทอย ต้นคอ สะบัก สะโพก สันเท้า แล้วใช้สายรัดลำตัวผู้ป่วยบริเวณต้นขาเหนือเข่า 2 นิ้วขึ้นไป (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 แสดงการเตรียมและจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัด



4. การดูแลความปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือเครื่องจักรและตัดด้วยไฟฟ้าขณะผ่าตัด^(7,8) โดยการตรวจสอบซ้ำว่าผู้ป่วยไม่มีเครื่องประดับหรือโลหะติดตัวมาด้วย สภาพผิวหนังผู้ป่วยบริเวณที่จะติดแผ่นล่อไฟฟ้าหลีกเลี่ยงบริเวณปุ่มกระดูกและที่มีกล้ามเนื้อน้อยหรือขนมาก เลือกแผ่นล่อไฟฟ้าขนาดที่เหมาะสมกับบริเวณที่จะติดบนร่างกายผู้ป่วย โดยให้เลือกติดใกล้ตำแหน่งที่ผ่าตัดมากที่สุด และมีกล้ามเนื้อมากเช่น ต้นขา ตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือก่อนทุกครั้ง ทั้งเครื่องจี้สายไฟ และแผ่นล่อ เปิดเครื่องและปรับระดับความแรงให้เหมาะสมกับการผ่าตัด เลือกและควบคุมการใช้เครื่องมือไฟฟ้าให้เหมาะสมกับเนื้อเยื่อและเส้นเลือดทุกครั้ง ระมัดระวังในการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้ความร้อน รวมทั้งเครื่องมือที่แหลมคม

5. การดูแลความปลอดภัยป้องกันอันตรายจากการลื่นล้มตกค้างในแผลผ่าตัด^(5,6) โดยตรวจนับจำนวนเครื่องมือเครื่องใช้และผ้าซับโลหิต รวมทั้งตรวจสอบส่วนประกอบของเครื่องมือระหว่างพยาบาลส่งเครื่องมือร่วมกับพยาบาลช่วยรอบนอกให้ครบถูกต้องตรงกันทุกครั้ง และทำการตรวจนับร่วมกันในการจัดเตรียมเครื่องมือก่อนผ่าตัด เมื่อเปิดวัสดุเพิ่มระหว่างผ่าตัด และก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดหลังผ่าตัด พร้อมรายงานแพทย์ผ่าตัดและบันทึกทางการพยาบาล

6. การดูแลความปลอดภัยป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ^(5,6) โดยการปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้เหมาะสมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จัดเตียงผ่าตัดให้เรียบ สะอาด ใช้

เบาะไฟฟ้ารองผู้ป่วยบนเตียงผ่าตัดเพื่อปรับเพิ่มอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยขณะผ่าตัด ไม่เปิดเผยร่างกายของผู้ป่วยเกินความจำเป็น ใช้สารนำที่มีอุณหภูมิเท่ากันหรือสูงกว่าอุณหภูมิร่างกายในการล้างแผลผ่าตัด เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ต้องเก็บผ้าเปื้อนจากตัวผู้ป่วย ดูแลทำความสะอาดผิวหนังที่เป็นเนื้อเลือดหรือน้ำยา สวมเสื้อผ้าที่แห้งสะอาด และห่มผ้าเพื่อเพิ่มอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย

7. การดูแลความปลอดภัยป้องกันอันตรายจากการสูญเสียเลือดในขณะผ่าตัด^(3,7) โดยการประเมินขั้นตอนการผ่าตัดของศัลยแพทย์และยืนในตำแหน่งที่เห็นบริเวณผ่าตัดชัดเจน จัดเตรียมเครื่องมือตามความเหมาะสม เตรียมไหมผูกเส้นเลือด อุปกรณ์ช่วยถ่างแผลที่เหมาะสม และส่งผ้าซับโลหิตเมื่อมีเลือดออกเพื่อให้เห็นบริเวณเลือดออกชัดเจน

8. การดูแลความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่⁽³⁾ เช่น การเกิดการขาดออกซิเจน ปอดบวมจากการมีเลือดหรือน้ำเข้าในทางเดินหายใจ⁽³⁾ โดยการประเมินบริเวณผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ติดตามความพร้อมต่างๆ ของทีมในระหว่างขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมท่อหายใจใหม่แบบมีลวดอยู่ภายใน ใช้ขนาดที่เหมาะสมที่จะได้เป็นท่อหลอดลมคอชั่วคราวก่อนการตัดและเปิดหลอดลม มีการทดสอบบอลลูนของท่อหายใจว่าไม่รั่วและต้องจัดเตรียมให้เรียบร้อยสำหรับพร้อมใช้ จัดเตรียมวัสดุและสายดูดสุญญากาศ ซับและดูดเลือดจากบริเวณผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์เปิดเข้าหลอดลมแล้ว แจ้งให้

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

วิสัญญีเตรียมถอดท่อหายใจเก่า พร้อมทั้งส่งท่อหายใจใหม่ที่จะใส่ให้ผู้ป่วยทางเดินหายใจใหม่ อัดลมในบอลูนปริมาณที่เหมาะสมและตรวจสอบว่าไม่มีลมรั่ว

9. การดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตัดส่วนของหลอดอาหารหรือโคนลิ้นมากเกินไป หรือเกิดรูรั่วจากการเย็บซ่อมหลอดอาหาร⁽³⁾ โดยการประเมินบริเวณผ่าตัด ขั้นตอนการเลาะตัดกล่องเสียงจากหลอดอาหาร จัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการเลาะแยกกล่องเสียงอย่างเหมาะสม จัดเตรียมส่งเครื่องมือสำหรับตัดและจี้ไฟฟ้าเพื่อใช้เลาะตัดกล้ามเนื้อและห้ามเลือด จัดเตรียมเครื่องมือสำหรับการยกและถ่างขยายแผลผ่าตัดเพื่อใช้รั้งกล้ามเนื้อออกทางด้านข้าง และใช้เกี่ยวกับกล่องเสียงขึ้นให้เห็นแนวต่อของกล่องเสียงด้านหลังที่ติดกับหลอดอาหารส่วนหน้า ประเมินบริเวณ defect ของหลอดอาหารและจัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ใหม่เย็บ สำหรับใช้ในการเย็บซ่อมทั้งชั้นแรกและชั้นที่สอง

10. การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและการปนเปื้อนแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง⁽³⁾ โดยการประเมินบริเวณผ่าตัด จัดเตรียมสารน้ำสำหรับใช้ล้างแผลผ่าตัด ซับบริเวณผ่าตัดให้แห้ง ทิมผ่าตัดเปลี่ยนเสื้อผ้าและถุงมือชุดใหม่ ฆ่าเชื้ออุปกรณ์บริเวณผ่าตัด จัดเตรียมเครื่องผ้าผ่าตัดและเครื่องมือชุดใหม่สำหรับเย็บซ่อมหลอดอาหารและเย็บปิดแผลผ่าตัด

11. ดูแลการส่งตรวจชิ้นเนื้อวินิจฉัย⁽³⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อเนื่องภายหลัง

การผ่าตัด โดยการเก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจแช่ในฟอร์มาลินให้ท่วมชิ้นเนื้อ เขียนชื่อสกุลและข้อมูลให้ถูกต้อง ตรวจสอบให้ตรงกับใบคำขอส่งตรวจ พร้อมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาล

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง บทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัดคือ การติดตามเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ใช้ความรู้จากศาสตร์ต่างๆ นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยปกติระยะเวลาเยี่ยมประมาณ 1-2 วัน ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถส่งต่อปัญหาของผู้ป่วยให้กับพยาบาลที่หอผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป กิจกรรมที่พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติ มีดังนี้

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย โดยตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล หรือสอบถามจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและสังเกตจากตัวผู้ป่วยเอง

2. แนะนำตัวเองทุกครั้งเมื่อไปพบผู้ป่วย พูดคุยซักถามอาการทั่วไป โดยเฉพาะความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ตรวจสอบสภาพแผลผ่าตัดว่ามีการอักเสบที่แสดงถึงการติดเชื้อหรือไม่ ตรวจสอบบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกายในช่วงระยะ 1-3 วันหลังผ่าตัด

3. อธิบายถึงสภาพลักษณะของแผล การเย็บแผล การหายของแผล และการเจ็บปวดหลังตัดไหม แนะนำและจัดทำนอนที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น จัดให้ผู้ป่วยนอนท่าหงายศีรษะสูง เป็นต้น

4. แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวโดยเน้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายและช่วยการหายของแผล ได้แก่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงโดยเร็วที่สุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ภายใน 24 ชั่วโมง การรับประทานอาหารซึ่งในระยะหลังผ่าตัดแพทย์จะให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวทางท่ออาหารทางจมูกก่อน จนกระทั่งแพทย์ประเมินสภาพแผลหลอดอาหารดีดีไม่มีรั่วโดยสังเกตด้วยการกลืนแป้งแล้วถ่ายภาพรังสี (barium swallowing)⁽³⁾

5. ผู้ป่วยอาจยังอยู่ในภาวะไม่ยอมรับสภาพการสูญเสียสภาพลักษณะ ในกรณีนี้ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือหรือมีสภาพอื่นๆ เช่น ร้องไห้ เศร้า ซึม สับสน เป็นต้น การพยาบาลต้องไม่แสดงอาการโกรธหรือตำหนิผู้ป่วย ควรปลอบโยนและใช้เวลาแก่ผู้ป่วย พยายามอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมหรืออาการแสดงนั้นๆ ส่งต่อปัญหาที่พบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกสรุปอาการของ ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะสภาพของแผลภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตลอดทั้งการพยาบาลที่ได้ให้กับผู้ป่วย

รายงานนี้ได้นำเสนอการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง 3 ราย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์ลักษณะแตกต่างกันของการให้

การพยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะแต่ละกรณี ดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 66 ปี ผู้ป่วยมีเสียงแหบ เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการรักษาและตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้องส่งชิ้นเนื้อตรวจ พบว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงชนิด squamous cell carcinoma แพทย์ได้ส่งตัวเพื่อไปรับการฉายแสงที่ศูนย์มะเร็งครบ 35 ครั้ง และเมื่อ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีก้อนที่คอ กลืนอาหารลำบาก หายใจไม่สะดวกขึ้นมาอีก ไปรับการตรวจรักษาที่ศูนย์มะเร็ง แพทย์ได้ส่งตัวกลับเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์ตรวจ indirect laryngoscopy พบว่ามีรอยโรคอยู่ที่บริเวณ glottis กระจายไป subglottis และสายเสียงเคลื่อนไหวน้อย ให้การวินิจฉัยโรคว่ามะเร็งของกล่องเสียง ระยะ T₂N₀ post radiation treatment และวางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงออกทั้งหมด ขณะผ่าตัดพบว่ามะเร็งลุกลามไปที่สายเสียงจริง anterior commissure และ extend to supraglottic แพทย์เปลี่ยนการวินิจฉัยเป็น CA glottic T₃N₀ และได้ทำการผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดโดยเก็บรักษาต่อมธัยรอยด์ทั้งสองข้างไว้ (total laryngectomy with preserve thyroid gland both lobe) ใช้เวลาทำผ่าตัด 2 ชม. 40 นาที เสียเลือดประมาณ 200 ซีซี.

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยลักษณะผอม น้ำหนัก 51 กิโลกรัม รู้สึกตัวดี

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาการตัวเหลืองและซีด ขาทั้งสองข้างไม่บวม สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.5°ซ ซีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผิวหนังบริเวณคอแห้ง มีสีคล้ำ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฉายรังสีมาก่อน ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล 10 วันก่อนได้รับการผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหาสำคัญคือ 1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด การสูญเสียภาพลักษณ์ การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และกลัวการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยเคยรับการรักษาด้วยการฉายรังสีมาแล้ว 2) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อ แผลผ่าตัดติดเชื้อ เนื่องจากเนื้อเยื่อของผิวหนังได้รับการฉายรังสีมาก่อน⁽³⁾

การพยาบาลระยะผ่าตัด ปัญหาที่แตกต่างจากการผ่าตัดใหญ่ทั่วไป คือ 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำสำหรับการผ่าตัด 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่⁽³⁾ 3) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตัดส่วนของหลอดอาหารหรือโคนลิ้นมากเกินไปหรือเกิดรูรั่วจากการเย็บซ่อมหลอดอาหาร 4) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง 5) มีโอกาสเกิดเสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

การพยาบาลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันภาวะเสี่ยงทางเดินหายใจอุดตันหลังผ่าตัด โดยการประเมินการหายใจของผู้ป่วย ลักษณะเสมหะที่ออกมา อาการหายใจลำบาก สัญญาณชีพ เสียงหายใจ อัตราการหายใจ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นเพียงพอทางท่อ

หลอดลม กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการหายใจลึกๆ และให้มีการไอที่มีประสิทธิภาพ ประเมินความจำเป็นในการช่วยดูดเสมหะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถไอ ขับเสมหะออกมาได้ กระทำด้วยความนุ่มนวล พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดตัน แพทย์จึงให้ส่งผู้ป่วยดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหนัก 1 วัน เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจึงย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษ รวมวันนอนโรงพยาบาล 27 วัน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่ ไม่มีภาวะซ้อค ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและไม่มีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 59 ปี มาด้วยอาการไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก กลืนอาหารลำบาก 3-4 วันก่อน ผู้ป่วยมีอาการเสียงแหบ 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจร่างกายและ indirect laryngoscopy พบว่ามีก้อนที่สายเสียงจริง รอยโรคมีลักษณะ cauliflower mass ที่ right aryepiglottic fold แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียง วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด direct laryngoscopy with tele-esophagoscopy with total laryngectomy และ total thyroidectomy with right modified radical neck dissection Type 2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด โดยการส่องตรวจดูกล่องเสียงบริเวณ supraglottic, glottic, subglottic ด้วย laryngoscopy เพื่อให้เห็นตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพก่อนการผ่าตัด และส่องตรวจดูบริเวณหลอดอาหารด้วย

กล้องขยายเพื่อให้เห็นตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ และการผ่าตัดกล่องเสียงและต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมด รวมทั้งการตัดเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอออกทั้งหมดแบบดัดแปลง ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่าตัดเพื่อเลาะตัดต่อมน้ำเหลืองออกหมดพร้อมกับ sternocleidomastoid muscles แต่มีการเก็บรักษาเส้นประสาทไขสันหลังคู่ที่ 11 กับ internal jugular vein ไว้^(3, 8) ขณะที่แพทย์ประเมินเพื่อหาตำแหน่งและพยาธิสภาพของโรคที่แน่ชัดก่อนทำการผ่าตัด พบ cauliflower mass at myoepiglottis fold, aryepiglottis fold and right false vocal cord ได้ทำการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอแบบดัดแปลงแบบ 2 และผ่าตัดกล่องเสียงออกทั้งหมดตามขั้นตอน ใช้เวลาผ่าตัด 4 ชั่วโมง 5 นาที เสียเลือดประมาณ 300 ซีซี. การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด CA supraglottic T₃ N₂ M₀

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
สภาพทั่วไปลักษณะพอม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาการตัวเหลืองและซีด ขาทั้งสองข้างไม่บวม สัญญาณชีพเรอบรรเทาอุณหภูมิ 36.5 °C ชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผิวหนังบริเวณคอแห้ง มีสีคล้ำ และคลำได้ก้อนที่คอ ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล 2 วันก่อนได้รับการผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหาสำคัญเหมือนกับรายแรก ส่วนที่แตกต่างคือ การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมเพื่อการส่องตรวจพยาธิสภาพของกล่องเสียงก่อนการผ่าตัดด้วยกล้องก่อนการผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด ปัญหาที่แตก

ต่างจากการผ่าตัดรายแรกคือ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำสำหรับการส่องตรวจด้วยกล้อง และมีการผ่าตัดเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอออกทั้งหมดแบบดัดแปลงเพิ่มเติม ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลในระยนี้จะแตกต่างจากผู้ป่วยรายแรกคือ

- การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการส่องตรวจภายในกล่องเสียงและหลอดอาหารก่อนด้วยกล้องภายหลังจากวิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยแล้ว โดยจัดเตรียมกล้องส่องตรวจและส่งเครื่องมืออุปกรณ์ การจัดทำผู้ป่วยเพื่อการส่องตรวจด้วยกล้อง เป็นท่าที่ทำให้กล่องเสียงและหลอดอาหารบริเวณคอและหลอดลมบริเวณคอเป็นแนวเส้นตรงเดียวกัน เพื่อป้องกันอันตรายต่อช่องทางที่ laryngoscope ใส่ผ่าน⁽¹⁾ โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ คองอบนหน้าอก และศีรษะควรเหยียดบนคอ ซึ่งทำให้คางชี้ไปที่เพดาน⁽¹⁾ โดยประคองศีรษะไว้และให้ผู้ช่วยยกไหล่ขึ้นอย่างช้าๆ สอดผ้าม้วนหรือใช้หมอนหนุนไหล่รองได้ไหล่และคอ จากนั้นจัดขาผู้ป่วยทั้งสองข้างวางแยกกันเล็กน้อย ไม่ให้ขาเกยกัน ใช้ผ้านุ่มขนาดไม่น้อยกว่า 4 นิ้ว เพื่อป้องกันการกดทับหรือเสียดสีของเส้นประสาทบริเวณข้อพับขา ใช้หมอนหรือผ้ารองบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับเช่น ท้ายทอย ต้นคอ สะบัก สะโพก ใช้สายรัดลำตัวผู้ป่วยบริเวณต้นขาเหนือเข่า 2 นิ้วขึ้นไปด้วยความนุ่มนวล ไม่รัดแน่นเกินไป เพื่อป้องกันการตกเตียงขณะได้รับยาระงับความรู้สึก

- ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลทางห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

ตัดที่แตกต่างกันและเพิ่มจากผู้ป่วยรายแรก คือ การเตรียมผิวหนังเพิ่มสำหรับการผ่าตัดเพื่อเอะละต่อมน้ำเหลืองที่คอก่อนการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ดูแลให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการจัดทำสำหรับการผ่าตัด โดยการดูแลความปลอดภัยและป้องกันภาวะไหล่ตก ปวดตึงลำคอบนจากการผ่าตัดเอะละต่อมน้ำเหลืองที่คอร่วมด้วย⁽³⁾ ต้องมีการหมุนรองอวัยวะบริเวณคอและไหล่ไม่ให้เหยียดตึงหรือหย่อนมากเกินไป

- การดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยและการส่งอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดเอะละต่อมน้ำเหลืองที่คอและพยายามระมัดระวังเส้นประสาทที่ 11 บริเวณ Eub's point เพื่อเก็บรักษาเส้นประสาทไว้ ต้องมีการเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสม เช่น การใช้ dissecting sponge เป็นผ้ามีความนุ่ม เพื่อใช้เอะละแยกเส้นเลือดออกมาโดยไม่เกิดอันตรายต่อเส้นประสาทหรือเส้นเลือดผู้ป่วย การช่วยผ่าตัดและใช้เครื่องมือดึงถ่างด้วยความนุ่มนวล ป้องกันการเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทหรือเส้นเลือด internal jugular vein ที่อยู่ภายใน carotid sheath มีการตรวจสอบการเกิดอันตรายต่อ vagus nerve, carotid artery และ thoracic duct ด้วยผ้าซับโลหิต และสังเกตมีน้ำสีเหลืองใสไหลออกมา⁽⁷⁾

- การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับพยาบาลที่หอผู้ป่วย เพื่อการสังเกตอาการผู้ป่วยและการดูแลอย่างต่อเนื่องจากภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ

การพยาบาลหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดได้ส่งผู้ป่วยสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก 1 วัน ติดตาม

เยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินผลกิจกรรมพยาบาลผ่าตัดที่หอผู้ป่วย ซึ่งก็ไม่พบภาวะทางเดินหายใจอุดตัน วันต่อมาผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ เนื่องจากการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์ไม่เพียงพอ ได้รับแคลเซียมทดแทนในรูปแบบ 10% calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำ รวมวันนอนโรงพยาบาล 20 วัน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่ ไม่มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่พบสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด และไม่มีภาวะอุดตันทางเดินหายใจ หลังผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ แต่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงไม่เกิดภาวะอันตราย

กรณีศึกษาครั้งที่ 3

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 64 ปี ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยมาก มีไข้ ไอ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผลการส่องตรวจดูกล่องเสียงด้วย indirect laryngoscopy พบว่ามีรอยโรค left cauliflower mass with fixed left true vocal cord ให้การวินิจฉัยโรค upper airway obstruction with CA glottic T₃N₁M₀ ก่อนเนื้ออกอยู่ในกล่องเสียงและสายเสียงไม่เคลื่อนไหว คลำได้ต่อมน้ำเหลืองบวมโตต่อมเดียวด้านที่เป็นมะเร็งเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 3 ซม.และไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น ร่วมกับภาวะหายใจส่วนบนอุดตัน วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด 3 ระยะ คือ 1) tracheostomy

ในวันแรก 2) DL&tele-esophagoscopy & biopsy true vocal cord mass ในวันที่สอง 3) total laryngectomy & total thyroidectomy ในวันที่สาม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกล่องเสียงรวมทั้งการตัดเอาต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมด ใช้เวลาทำผ่าตัด 3 ชั่วโมง 40 นาที เสียเลือดประมาณ 300 ซีซี. พบ cauliflower mass at left true vocal cord with extend into subglottic, hard left thyroid, normal pyriform and posterior pharyngeal wall, left neck node area 2-3 size 1.5x2 cm. 2-3 node, pretracheal node size 1.5 cm การวินิจฉัยโรคหลังผ่าตัด CA glottic T₃ N₁ M₀

การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด สภาพทั่วไป ลักษณะผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ไม่มีอาการตัวเหลืองและซีด ขาทั้งสองข้างไม่บวม สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 37° ซีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ผิวหนังบริเวณคอแห้ง เจาะคอและใส่ท่อไว้แล้ว การขยายตัวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหาสำคัญที่เหมือนกับรายแรก ส่วนที่แตกต่างคือ ผู้ป่วยหายใจลำบากต้องได้รับการผ่าตัดเจาะคอก่อนวันผ่าตัด และมีความเสี่ยงในการผ่าตัดมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยเป็นเบาหวาน⁽³⁾ ผู้ป่วยนอนอยู่โรงพยาบาล 4 วันก่อนได้รับการผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ ได้แก่ การให้การพยาบาลผู้ป่วยเจาะคอเพื่อป้องกันภาวะอุดตันของเสมหะ

ในทางเดินหายใจ และตรวจสอบระดับของน้ำตาลในเลือดก่อนวันผ่าตัดซ้ำอีกครั้ง

การพยาบาลระยะผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอุดกลั้นของทางเดินหายใจ และการให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดจากปัจจัยด้านร่างกายผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการเจาะคอก่อนและเป็นเบาหวาน แต่ก็ได้รับการเตรียมก่อนผ่าตัดที่ดีจึงไม่มีภาวะซ้อนในระหว่างผ่าตัด หลังการผ่าตัดได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำ

การพยาบาลหลังผ่าตัด ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลขณะผ่าตัดที่หอผู้ป่วย พบผู้ป่วยมีภาวะแคลเซียมในกระแสเลือดต่ำเนื่องจากการทำงานของต่อมพาราธัยรอยด์ไม่เพียงพอได้รับแคลเซียมทดแทนในรูป 10% calcium gluconate ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการทุเลาแผลผ่าตัดดีดี ไม่มีภาวะมือจับเปลี่ยน blue line tube เป็น silver tube หลังจากนั้นได้ส่งตรวจ barium swallowing เพื่อประเมินการดูดของแผลเย็บที่หลอดอาหาร และส่งปรึกษาทันตกรรมดูแลช่องปากและฟันก่อนการส่งรักษาด้วยการฉายรังสีต่อที่ศูนย์มะเร็ง รวมวันนอนโรงพยาบาล 18 วัน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเปลี่ยนทางเดินหายใจใหม่ ไม่มีภาวะช็อค ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่พบสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ห้องพักฟื้นสัญญาณชีพสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะทางเดิน

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

หายใจอุดตัน จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย หู คอ จมูก
วิจารณ์

โดยทั่วไปแล้ว การผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง เป็นการผ่าตัดใหญ่ของศัลยกรรมของแผนก หู คอ จมูก มีลักษณะที่แตกต่างจากการผ่าตัดใหญ่ทั่วไป จากการศึกษาผู้ป่วย และการวิเคราะห์ เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย พบว่ามีลักษณะ ความเหมือนและแตกต่างกันของผู้ป่วยที่ส่งผลให้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันไป โดยทั้งหมดเป็นเพศชาย อยู่ในวัยสูงอายุ คีมีสุรา และสูบบุหรี่เป็นประจำทั้ง 3 ราย สอดคล้องกับ รายงานอัตราการเกิดมะเร็งกล่องเสียงพบในเพศ ชายมากกว่าหญิงคือ ชาย:หญิง = 8:1 ถึง 10:1 มักพบมากในผู้ป่วยวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุระหว่าง 45-65 ปี⁽⁹⁾

ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ของการ พยาบาลคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้นับส่วนใหญ่เป็นเพศ ชาย วัยสูงอายุมากกว่า 50 ปี และมักมีพฤติกรรม เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยคือ สูบบุหรี่ร่วมกับการคีมีสุรา เป็นประจำ ส่งผลให้อาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการผ่าตัด เพิ่มขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง รวมทั้งการฟื้นฟู สภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด การให้ยาระงับ ความรู้สึกแบบทั่วไป และการหายของแผลผ่าตัด⁽³⁾

แผนการรักษาของแพทย์ส่วนใหญ่จะมีการ รักษาร่วมกันทั้งการผ่าตัดและการฉายรังสี รักษาเพื่อหวังผลการรักษาที่ดี ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับขนาด ของก้อนมะเร็ง ตำแหน่ง และการลุกลามของโรค

ไปยังต่อมน้ำเหลือง

การวินิจฉัยทางการพยาบาลห้องผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ จะแตกต่างกัน ขึ้นกับตำแหน่งของพยาธิสภาพ ระดับความรุนแรงการลุกลามของโรค และ สภาพร่างกายผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย ดังนั้น พยาบาลห้องผ่าตัดจึงควรต้องมีการประเมินสภาพ ผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาลทางห้องผ่าตัด เพื่อจะ ได้วางแผนการให้การพยาบาลทางห้องผ่าตัดที่ เหมาะสม จัดเตรียมและส่งเครื่องมือได้เหมาะสม การผ่าตัดราบรื่นใช้เวลาน้อย⁽⁷⁾

การวางแผนการดูแลหลังผ่าตัด เพื่อเข้า พักรักษาตัวที่ห้องผู้ป่วยหนักขึ้นกับชนิดของการ ผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัดและหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วย พักรักษา ในผู้ป่วยรายแรกต้องได้รับการดูแลใน หอผู้ป่วยหนักก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยพิเศษ ส่วน รายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหลายอย่าง ใช้เวลา นาน มีการเลาะและตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอร่วม ด้วย ซึ่งอาจทำให้เกิดการบวมและอุดตันทางเดิน หายใจขึ้นได้

จำนวนวันเพื่อเตรียมก่อนผ่าตัด ส่วนมาก ศัลยแพทย์จะนัดมา 2-3 วันเพื่อเตรียมก่อนผ่าตัด⁽¹⁰⁾ กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาเนื่องจาก ได้รับการฉายรังสีมาก่อน จึงจำเป็นต้องได้รับ การดูแลให้สภาพร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ร่างกายแข็งแรง จึงทำให้ระยะเวลาในการ รักษาตัวนานกว่าอีก 2 ราย นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับ แผนการรักษาของแพทย์ ตำแหน่งของพยาธิ สภาพ ระดับความรุนแรงของโรค และการมีโรค อื่นเสี่ยงต่อการผ่าตัดร่วมด้วย อีกทั้งการได้รับการ

เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดยังส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัดอีกด้วย

ส่วนการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรค ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพเริ่มต้นที่สายเสียงมักจะแสดงอาการและอาการแสดงด้วยเสียงแหบก่อนเนื่องจากสายเสียงไม่สามารถเข้ามาชิดกันได้พอดีขณะออกเสียงเพราะมีก้อนเนื้ออกขวางอยู่ทำให้สามารถวินิจฉัยแยกโรคและได้รับการรักษาพยาบาลเร็วกว่า ส่วนผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพบริเวณอื่นที่ไม่ใช่สายเสียง เช่น supraglottic หรือ subglottic ในระยะแรกมักจะไม่มีอาการเสียงแหบแต่ผู้ป่วยจะมีการเจ็บคอเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีอาการคล้ายกับโรคหัดหรือคอตีบ เมื่อมะเร็งลุกลามถึงสายเสียงจึงจะมีอาการเสียงแหบ ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้าและพบการลุกลามของโรครุนแรงมากกว่า การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็จะให้ผลการรักษาพยาบาลดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือปฏิเสธการรักษาในระยะแรกของโรค

ขั้นตอนของการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพหรือระยะความรุนแรงลุกลามของโรค พยาบาลห้องผ่าตัดเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในขณะที่ผ่าตัดที่จะทำให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความราบรื่น ใช้เวลาในการผ่าตัดน้อย การรักษาได้ผลดีและผู้ป่วยปลอดภัยจึงต้องมีความรู้ความสามารถในการบูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค ทฤษฎีทางการพยาบาลและการให้การพยาบาล ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

ในแต่ละราย เนื่องจากในทุกสถานการณ์ของการผ่าตัดอาจมีการเปลี่ยนแปลง และบางครั้งอาจไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนหรือคาดการณ์ได้ทั้งหมด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีวิจารณญาณ มีความชำนาญในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ การส่งเครื่องมือ ต้องพัฒนาศักยภาพของตนเองให้ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ สามารถแก้ปัญหาในระยะวิกฤต การเปลี่ยนแปลงขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมต้องตรวจกล่องเสียง หลอดอาหารหรือหลอดลม หรือบางรายอาจต้องมีการผ่าตัดเพื่อตัดต่อมน้ำเหลืองที่คอออกด้วย รวมทั้งการป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะผ่าตัดอื่นๆ เช่น การมีสิ่งตกค้างหลังการผ่าตัด การผ่าตัดผิดคนผิดประเภท การเสียเลือดมากกว่าปกติ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและการผ่าตัดสำเร็จลุล่วงด้วยดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วย

ปัญหาวิกฤตสำคัญหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นทางเดินหายใจ เนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อ และมีสารคัดหลั่งเสมหะเหนียวมาก⁽¹⁾ นอกจากนั้นปริมาณของการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดที่แตกต่างกันขึ้นกับจำนวนเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดและการวางแผนผ่าตัดเพิ่มเติมตามความรุนแรงของโรคที่พบขณะผ่าตัด จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ในรายที่มีภาวะเสี่ยงอาจมีความจำเป็นต้องการวางแผนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องผู้ป่วยหนักก่อน

การรักษาในผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย : รายงานผู้ป่วย 3 ราย

สามารถรักษาให้หายขาดได้ ขึ้นกับระยะความรุนแรงของโรค และปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง⁽¹⁾ หากผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือยินยอมมารับการรักษาแต่เนิ่นๆ ผู้ป่วยอาจไม่ต้องผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ออกทั้งหมด หรืออาจไม่ต้องผ่าตัดและต่อมน้ำเหลืองออก ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดด้วย ดังในผู้ป่วยรายที่ 2 และรายที่ 3 ที่ต้องมีการผ่าตัดต่อมธัยรอยด์ พาราธัยรอยด์ ออกด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการพร่องการทำงานของต่อมพาราธัยรอยด์ เกิดภาวะ hypocalcemia และผู้ป่วยต้องได้รับแคลเซียมเพิ่มหลังผ่าตัด⁽⁴⁾

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงกรณีศึกษาทั้ง 3 ราย ได้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีจากผลการดูแลให้การพยาบาลได้รับการพยาบาล ครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ปัญหาที่พบในระยะก่อนผ่าตัดเป็นความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษา กลัวการผ่าตัดมะเร็งของกล่องเสียง ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น และโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่ 1 ซึ่งเคยได้รับการฉายรังสีรักษาก่อนการผ่าตัดทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และในผู้ป่วยรายที่ 3 ซึ่งมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัด ได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตัวให้พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและยอมรับ

การผ่าตัด ทั้งยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

ในระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาที่แตกต่างกันเช่น ในรายที่ 2 ผู้ป่วยมีก้อนที่คอด้วย แพทย์จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยเพิ่มเติมก่อนการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีความพร้อมในการเตรียมและดูแลผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการส่องตรวจภายในกล่องเสียงและหลอดอาหาร เพื่อหาตำแหน่งรอยโรคที่ชัดเจนก่อนพิจารณาการผ่าตัดและต่อมน้ำเหลืองที่ออกกร่วมกับการผ่าตัดเอามะเร็งกล่องเสียงทั้งหมด ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงระหว่างการผ่าตัด และได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการผ่าตัด ไม่มีภาวะช็อคจากการเสียเลือด ไม่มีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด นอกจากนั้นการประสานงานกันภายในทีมผ่าตัด ระหว่างแพทย์ผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด และทีมวิสัญญีทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ ในขณะที่เปลี่ยนท่อทางเดินหายใจใหม่ ไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และไม่ได้รับบาดเจ็บจากการจัดทำกรใช้เครื่องมือและเครื่องจีไฟฟ้า ได้รับการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายและความสุขสบายก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

สำหรับในระยะหลังการผ่าตัดก็มี ปัญหาที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติได้รับรังสีรักษา ส่วนในรายที่ 2 มีการผ่าตัดหลายอย่างร่วมด้วยและใช้เวลาการผ่าตัดนาน จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

เช่น ภาวะช็อคหลังการผ่าตัด ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ทีมผ่าตัดจึงได้ประสานงานกับหอผู้ป่วยหนักส่งต่ออาการและให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเป็นเวลา 1 วันจนอาการปกติ ฟันระยะเล็กลงแล้วจึงย้ายกลับหอผู้ป่วยตามเดิม ส่วนในรายที่ 3 ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดระยะเวลาที่นาน แต่หลังการผ่าตัดผู้ป่วยก็ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ประเมินอาการแล้วสามารถส่งกลับหอผู้ป่วยตามเดิมได้ ส่วนการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินและติดตามให้การพยาบาลหลังการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด สามารถรับประทานอาหารทางสายยางได้ และถอดท่อระบายของเหลว (drain) ได้ในวันที่ 2-3 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะร้าวของแผลหลอดอาหารโดยการตรวจ barium swallowing และสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ในเวลาต่อมา

สรุป

ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงอย่างครอบคลุมองค์รวม ต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเนื่องจากในทุกสถานการณ์ของการผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งไม่ได้เป็นไปตามขั้นตอนหรือคาดการณ์ได้ พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะให้มีความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สามารถประเมินสภาพผู้ป่วย อีกทั้งมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อม สามารถแก้ปัญหาในระยะวิกฤติและป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะผ่าตัด ให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การผ่าตัดราบรื่น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้ข้อมูลที่เป็นและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ในสังคม

ตอนการผ่าตัดและเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อม สามารถแก้ปัญหาในระยะวิกฤติและป้องกันอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะผ่าตัด ให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การผ่าตัดราบรื่น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนการให้ข้อมูลที่เป็นและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ในสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. สุทธิ ไกรตระกูล. Larynx trachea; Problems and Management. ภาควิชาโสต ศอ นาสิกและลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น, 2544
2. Sasaki CT, Carlson RD. Malignant neoplasms of the larynx. In: Fredrickson JM, eds. Otolaryngology Head and Neck Surgery Volume 3, 2nd edition. Missouri: Mosby-Year Book Inc., 1993
3. ศรีสุนทรา เจริญพิพัฒน์. การพยาบาลหู คอ จมูก, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2545: 189-211.
4. ศิริพร พุทธรังษี. สมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด. ใน: ชมรมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 8.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงเฉพาะราย
: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

- การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอล.ที.เพรส จำกัด,
2546: 39
5. กัลยา ออประเสริฐ. การบริหารความ
เสี่ยงในห้องผ่าตัด: สาเหตุและการป้องกัน.
ใน: เรณู อาจสาธิต และ อรพรรณ โตสิงห์,
บรรณาธิการ. พยาบาลกับการบริหารความ
เสี่ยงในผู้ป่วยผ่าตัดศัลยกรรม, พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ: บริษัทแอล.ที.เพรส จำกัด, 2546: 56-
70.
6. เรณู อาจสาธิต. ความเสี่ยงในห้องผ่าตัด:
สาเหตุและการป้องกัน. ใน: เรณู อาจสาธิต แล
ะอรพรรณ โตสิงห์, บรรณาธิการ. พยาบาลกับ
การบริหารความเสี่ยงในผู้ป่วยผ่าตัด
ศัลยกรรม, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท
แอล.ที.เพรส จำกัด, 2546: 44-53.
7. รัตนาพันธ์ ไพบุลย์ และ นันทวี เอี่ยม
รัตนกุล. การส่งเครื่องมือบริเวณคอส่วนไฮโป
ฟาลาริงซ์ (ลาริงซ์). ใน: อรอนงค์ พุมอาภรณ์,
บรรณาธิการ. การพยาบาลทางห้องผ่าตัด.
คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2530: 510-51
8. ชัย อยู่สวัสดิ์. มะเร็งกล่องเสียง
(Laryngeal cancer). ใน: สุดาวดี ประคุณหัง
สิต และ บุญชู กุลประดิษฐ์ธรรม, บรรณาธิ
การ. ตำราโสต นาสิกและลาริงซ์วิทยา, พิมพ์
ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโสตติค
พับลิชชิง จำกัด, 2540: 430-41.
9. ประนอม หนูเพชร และ วิณา คันถ้อง.
การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง. ใน:
ช่อลดา พันธุเสนา, บรรณาธิการ. ตำราการ
พยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 2 (ทางศัลยศาสตร์),
พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์,
2544: 29-42.
10. Nursing care of patients undergoing a
Laryngectomy. [http://www.mhbb.iemhbOur
ServicesPoliciesProceduresGuidelinesA
ppendix1EpisodicCareENTd9455.PDF.pdf](http://www.mhbb.iemhbOurServicesPoliciesProceduresGuidelinesAppendix1EpisodicCareENTd9455.PDF.pdf)
เข้าถึงเมื่อ 12 พ.ย. 2549: page 4.

The Perioperative Nursing care for Total Laryngectomy : the Study of 3 Cases

*Auemporn Chompumee**

Abstract

Cancer of larynx was the preventable and curative disease. Surgery was a treatment of choice. The aim of perioperative nursing care was the holistic care, which was the successful operation, the patient was safe and there was no complication. This study evaluated the perioperative nursing care performed in 3 total laryngectomy cases of elderly patients with history of drinking and smoking. All of them were safe. The types of operations, blood loss and hospital stays were different from one to another. Some of them were very worried about the appearances, the tracheotomy (or stoma) and communication with other people, and lost of self confidence. The advice, care and support from nurses and multidisciplinary team of the hospital for their relatives or couples since pre operation to post-operation to prepare the patients could help them to return to normal lives.

Keywords: cancer of larynx, total laryngectomy, perioperative nursing care

* Registered Nurse. Department of Nursing, Sappasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani.

