

สรพสิทธิเวชสาร

Sanpasitthiprasong Medical Journal

สรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารวิชาการของโรงพยาบาลสรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน-ธันวาคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่องค์ความรู้ การค้นคว้า และผลงานวิจัยทางด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น นำเสนอข้อเสนอแนะและแนวความคิดใหม่ ในประเด็นปัญหาและการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข

3. นำเสนอผลงาน องค์ความรู้ แนวความคิดทางด้านแพทยศาสตรศึกษา การพัฒนาและการส่งเสริมการเรียนการสอนด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กองบรรณาธิการยินดีต้อนรับและตีพิมพ์บทความในประเด็นดังกล่าวจากผู้สนใจทุกท่าน อันจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้ เสริมสร้างศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัญหาด้านสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมการเรียนรู้และเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนแก่บุคลากรสาธารณสุข ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดการจัดเตรียมและส่งต้นฉบับได้จาก “คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์” และต้องทำตามข้อแนะนำทุกประการ

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ทุกบทความจะได้รับการทบทวนและตรวจสอบโดยกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ 1-2 คน ทั้งด้านเนื้อหาและรูปแบบก่อนการยอมรับเพื่อตีพิมพ์ เพื่อพัฒนาต้นฉบับให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน และเพื่อความถูกต้อง สมบูรณ์ ของเนื้อหาวิชาการ

ข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ในบทความถือว่าเป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียนเท่านั้น มิใช่ความคิดเห็นหรือการรับรองของกองบรรณาธิการและโรงพยาบาลสรพสิทธิประสงค์ ผู้อ่านสามารถนำข้อมูลในวารสารไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการได้ กรณีนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นจะต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากกองบรรณาธิการก่อน

กองบรรณาธิการสรรพสิทธิเวชสาร

ที่ปรึกษา

นพ.มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์ นพ.เกริก สุวรรณภาพ นพ.ศิริสมบุญ ตอวิวัฒน์

บรรณาธิการ

นพ.อาคม อารยาวิชานนท์

กองบรรณาธิการภายใน

ดร.นพ.จิรวัฒน์ มูลศาสตร์

พญ.ชาธิยา ธาณี

อาจารย์นิตยา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา

พญ.ปิยวดี วุฒิกุลสัมมากิจ

ดร.นพ.ปริญญ์ ชำนาญ

พญ.พรรณปพร โคนพันธ์

นพ.วัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา

พญ.ศรัญญา ประทัยเทพ

พญ.สมานจิตต์ สมัครประโคน

นพ.สุทธิวัฒน์ ขุมเงิน

อาจารย์สุพจน์ สายทอง

ดร.สุเพียร โภคทิพย์

ดร.สุวารี เจริญมุขยันท

กลุ่มงานจิตเวช

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม

กลุ่มงานรังสีวิทยา

กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

กลุ่มงานอายุรกรรม

กลุ่มงานศัลยกรรม

กลุ่มงานอายุรกรรม

กลุ่มงานศัลยกรรม

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

กลุ่มงานกายภาพบำบัด

กองบรรณาธิการภายนอก

รศ.นพ.กรภัทร มยุระสาคร

ผศ.ดร.ดวงเดือน รัตนมงคลกุล

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

ผศ.ดร.พลากร สืบสำราญ

นพ.มาโนช รัตนสมบัติกุล

ผศ.ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์

รศ.นพ.สืบสาย คงแสงดาว

ผศ.ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล

รศ.ดร.อนันต์ ไชยกุลวัฒนา

ดร.อรทัย ศรีทองธรรม

อาจารย์อภิรดี เจริญนุกุล

ผศ.ดร.อุษณา พัวเพิ่มพูนศิริ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้จัดการ

นางสาวสุชาดา เนตรภักดี

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นางสาวพิศมัย วาระสุข

ผู้ดูแลระบบวารสารออนไลน์

นายกฤษณ์ วิเศษรอด

สำนักงานวารสาร

สำนักงานวารสารสรรพสิทธิเวชสาร อาคารศูนย์แพทยศาสตรศึกษา ชั้น 1 (ห้องสมุด)

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทรศัพท์ 045 319200 ต่อ 1408 E-mail: sanpasitmedjournal@gmail.com

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

สรรพสิทธิเวชสาร เป็นวารสารวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อเผยแพร่และเปิดโอกาสให้นำเสนอผลงานวิชาการ และงานวิจัย รายงานผู้ป่วย บทความที่น่าสนใจอันเป็น วิทยาการและองค์ความรู้ใหม่ ข้อเสนอแนะและแนวความคิดใหม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ตลอดจนผู้สนใจทั่วไป โดยตีพิมพ์ บทความประเภทต่างๆ ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทความปฏิทัศน์/ฟื้นฟูวิชาการ (review article/ refresher article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความ พิเศษ (special article) และจดหมายถึงบรรณาธิการหรือ บทบรรณาธิการ (letter to the editor/editorial)

ความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์

- ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่า บทความที่ท่านส่งมาเป็นผลงานของท่านเอง และยังไม่เคยส่งหรือ กำลังส่งไปตีพิมพ์ในวารสารอื่น ถ้าผลงานนั้นได้เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการใดมาก่อน ให้ระบุในบทความว่า ท่านได้นำเสนอผลงานนั้นในที่ประชุมแห่งใดบ้าง
- ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่า ถ้า บทความของท่านได้รับการยอมรับจากกองบรรณาธิการ แล้วนั้น บทความดังกล่าวจะตีพิมพ์โดย “สรรพสิทธิเวชสาร” เพียงแห่งเดียวเท่านั้น
- ในกรณีที่ได้รับทุนวิจัย ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ ต้องระบุแหล่งเงินทุนวิจัยอย่างชัดเจน โดยให้ระบุไว้ในตอนท้ายของบทความ
- รายชื่อของคณะผู้นิพนธ์ ต้องเป็นไปตามความเป็นจริง ผู้ที่มีชื่อต้องเป็นผู้ที่ได้อุทิศตัวเองแก่รายงานหรือ บทความนั้นอย่างแท้จริงและทราบรายละเอียดในบทความนั้นทุกประการ ผู้ไม่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บังคับบัญชา ไม่ควรระบุในรายชื่อของคณะผู้นิพนธ์
- บทความประเภท นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วย ผู้นิพนธ์ต้องแนบหนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (Ethic committee)

- ถ้ามีความไม่ถูกต้องในเนื้อหาของบทความผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ของบทความนั้นต้องเป็นผู้รับผิดชอบ
- ผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์สามารถเสนอชื่อผู้เหมาะสมที่จะอ่านบทความบทความของท่าน 1-2 คน โดยระบุรายชื่อและที่อยู่ในการติดต่อไว้ในหน้าแรก

การเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับที่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่ถูกต้อง หรือไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของสรรพสิทธิเวชสารจะถูกส่งคืนเจ้าของบทความเพื่อแก้ไขก่อนส่งอ่านบทความ (review) ต่อไป ดังนั้นผู้นิพนธ์หรือคณะผู้นิพนธ์ควรเตรียมบทความ และตรวจสอบว่าบทความถูกต้องตามข้อกำหนดของวารสาร ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการของท่าน
- ให้ส่งต้นฉบับที่จะลงตีพิมพ์ ภาพประกอบ รูปภาพ กราฟ และตาราง ในระบบ Online submission ของวารสาร ตามลิงค์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sanpasit_medjournal หรือทางอีเมล sanpasitmedjournal@gmail.com โดยโปรแกรมที่ใช้พิมพ์บทความ (manuscript) ต้องเป็น Microsoft Word for Window ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16
- ให้พิมพ์และจัดรูปแบบหน้าลงในกระดาษหน้าเดียว ขนาด 21 x 29.7 ซม. หรือขนาดเอ 4 และให้เว้นช่องแต่ละบรรทัดเป็นช่องพิมพ์ (double space) ห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว
- ตัวเลขที่ใช้ให้ใช้เป็นตัวเลขอารบิกทั้งหมด หน่วยที่ใช้ ควรใช้หน่วย System International (SI) หรือควบคู่กับหน่วย SI เช่น ฮีโมโกลบิน 12 กรัมต่อเดซิลิตร (120 กรัมต่อลิตร) และในกรณีที่มีความจำเป็นก็อนุโลมให้ใช้หน่วยอื่นได้
- บทความที่จะนำลงตีพิมพ์ต้องเขียนในรูปแบบบทความวิชาการ (academic writing style) โดยใช้ภาษาที่ง่าย กะทัดรัด ชัดเจน ไม่เยิ่นเย้อและวกวน สามารถส่งบทความทั้งในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยการใช้

ภาษาไทยให้ยึดหลักการเขียนทับศัพท์และศัพท์บัญญัติตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ยกเว้นคำที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน และควรใช้ปี พ.ศ. ให้มากที่สุด

- คำย่อ ให้ใช้เฉพาะที่เป็นสากลเท่านั้น และต้องบอกคำเต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

- ชื่อยาหรือสารเคมีให้ใช้ generic name เท่านั้น ทั้งนี้อาจารย์ขอทางการค้าไว้ในวงเล็บต่อท้ายในครั้งแรกได้ในกรณีที่อาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของการศึกษา

ข้อเสนอแนะการเขียนบทความประเภทต่างๆ

1. หน้าแรก หรือ title page

เขียนเป็นภาษาไทยและอังกฤษ ประกอบด้วย 1) ชื่อเรื่อง 2) ชื่อ สกุล ของผู้พิมพ์และสถานที่ทำงาน 3) ระบุชื่อและการติดต่อของผู้รับผิดชอบ 4) ชื่อเรื่องอย่างย่อหรือ running title (ความยาวไม่เกิน 40 ตัวอักษร) 5) รายชื่อผู้อ่านบทความบทความ (ถ้ามี)

2. บทคัดย่อ หรือ abstract

ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษสำหรับนิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนบทคัดย่อหรือ abstract ต้องเขียนเรียงตามหัวข้อต่อไปนี้ 1) หลักการและเหตุผล (Background) 2) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) 3) ผลการศึกษา (Results) 4) สรุป (Conclusions)

เนื่องจากบทคัดย่อเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่ผู้ทรงคุณวุฒิที่อ่านพิจารณาว่าจะรับบทความวิจัยดังกล่าวหรือไม่ จึงควรเขียนให้ชัดเจนที่สุด โดยให้มีข้อมูลเพียงพอที่สะท้อนถึงคุณภาพของกระบวนการวิจัยและเนื้อหาสำคัญที่ทำให้สามารถนำไปสู่ข้อสรุปได้ โดยเฉพาะในส่วนผลการศึกษา ต้องแสดงผลการศึกษาที่ได้ที่สำคัญ และหากเป็นไปได้ควรแสดงค่าสถิติที่สำคัญ เช่น ค่า 95% confidence interval หรือค่า p-value ไม่เขียนเพียงว่า “จะแสดงผลในบทความ” หรือ “จะนำเสนอต่อไป”

ในกรณีที่จำเป็นหรือเพื่อความเหมาะสมกับเนื้อหาของบทความ อาจใช้รูปแบบการเขียนบทความเรียงต่อเนื่องย่อหน้าเดียวได้ แต่ต้องมีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อดังกล่าว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ

3. คำสำคัญ (Keywords)

เขียนภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับจัดทำดัชนี

ระบุไว้ใต้บทคัดย่อ/abstract จำนวนไม่เกิน 5 คำ

4. นิพนธ์ต้นฉบับ

ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) บทนำ (Introduction) 2) วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods) 3) ผลการศึกษา (Results) 4) วิจารณ์ (Discussions) 5) เอกสารอ้างอิง (References)

โดยกำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อไม่เกิน 300 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 250 คำ ความยาวของเนื้อหาตั้งแต่บทนำจนถึงสรุป (ไม่รวมเอกสารอ้างอิงรูปภาพและตาราง) ไม่เกิน 5,000 คำ สำหรับภาษาไทย และไม่เกิน 4,000 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ โดยเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 40 ข้อ กำหนดให้มีตารางและรูปภาพรวมกันได้ไม่เกิน 6 รูป

5. รายงานผู้ป่วย

ให้ลำดับเนื้อหาดังต่อไปนี้ 1) บทนำ (Introduction) 2) รายงานผู้ป่วย (Case report) 3) วิจารณ์ (Discussions) 4) สรุป (Conclusions) 5) เอกสารอ้างอิง (References)

โดยกำหนดให้ความยาวของบทคัดย่อไม่เกิน 100 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 100 คำ ความยาวของเนื้อหาไม่เกิน 1,000 คำ เอกสารอ้างอิงจำนวนไม่เกิน 15 ข้อ ตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 2 รูป

6. บทความปริทัศน์ และ บทความพิเศษ

ให้อนุโลมตามผู้เขียน แต่ให้มีขอบข่ายรูปแบบการเขียนคล้ายกับบทความนิพนธ์ต้นฉบับ โดยประกอบด้วยบทคัดย่อ บทนำ เนื้อเรื่อง และสรุป กำหนดให้มีมีความยาวของบทคัดย่อ ไม่เกิน 300 คำ ความยาวของ abstract ไม่เกิน 250 คำ ความยาวของเนื้อหาตั้งแต่บทนำจนถึงสรุป ไม่เกิน 5,000 คำ สำหรับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวนเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 40 ข้อ ตารางและรูปภาพรวมกันไม่เกิน 6 รูป

7. ตารางและแผนภูมิ

วางตาราง/แผนภูมิไว้ในเนื้อหาเรียงตามลำดับ พร้อมเขียนลำดับ/ชื่อ ตาราง/แผนภูมิและคำอธิบาย

8. ภาพประกอบหรือรูปภาพ

เป็นภาพถ่ายขาว-ดำ โดยวางภาพประกอบ/รูปภาพไว้ในเนื้อหาเรียงตามลำดับ พร้อมเขียนหมายเลขของภาพและคำบรรยายภาพให้พิมพ์ไว้ใต้ภาพ หากต้องการตีพิมพ์ภาพสี ขอให้ผู้พิมพ์ติดต่อบรรณาธิการล่วงหน้าก่อน และ

หากได้รับสถิติพิมพ์เจ้าของบทความต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้

9. การอ้างอิงเอกสาร

ใช้การอ้างอิงตามระบบแนวคูเวอร์แบบตัวเลข (Vancouver, number style) โดยใส่หมายเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลที่อ้างถึงในบทความเรียงตามลำดับ และพิมพ์ย่ระดับเหนือข้อความที่อ้าง การเขียนเอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษผู้เขียนใช้ชื่อสกุลเต็ม ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น ชื่อกลาง (ถ้ามี) การย่อชื่อวารสารใช้ตาม Index Medicus สำหรับการเขียนเอกสารอ้างอิงภาษาไทยผู้เขียนใช้ชื่อเต็ม ใส่ชื่อตัวก่อนชื่อสกุล ชื่อวารสารใช้ชื่อเต็ม และใช้ปี พ.ศ.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

9.1 บทความในวารสาร ใส่ชื่อผู้ร่วมงานทุกคน ถ้ามากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก ตามด้วย “และคณะ/et al.” เช่น

Lewy H, Rotstein A, Kahana E, et al. Juvenile multiple sclerosis similar to type I diabetes mellitus has a seasonality of month of birth which differs from that in the general population. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2008;21:473-7.

9.2 บทความย่อ/บทความใน supplement

Lofwall MR, Strain EC, Brooner RK, et al. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. *Drug Alcohol Depend* 2002;66(Suppl 1):S105.

9.3 หนังสือหรือตำรา

Fealy S, Sperlin JW, Warren RF, et al. Shoulder arthroplasty: complex issues in the primary and revision setting. New York: Thieme; 2008.

9.4 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

Waltzman SB, Shapiro WH. Cochlear implants in adults. In: Valente M, Hosford-Dunn H, Roeser RJ, editors. *Audiology treatment*. 2nd ed. New York: Thieme; 2008; p 361-9.

9.5 เอกสารประกอบการประชุม (proceeding)

Christensen S, Oppacher F. An analysis

of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J et al. editors. *Genetic programming. Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002; p 182-91.

9.6 วิทยานิพนธ์

แสงหล้า พลนอก. ผลของการสร้างจินตภาพต่อความเจ็บปวดในผู้ป่วยแผลไหม้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และฉุกเฉิน]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2543

9.7 เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

- บทความวารสารทางอินเทอร์เน็ต (journal article on the Internet)

Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar;1(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidoc/EDI/edi.htm>. Accessed August 8, 1998.

- หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (monograph on the Internet)

Field MJ, Behrman RE. Where children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2003 [cited 2008 Sep 26]. Available from: http://nap.edu/openbook.php?record_id=10390&page=1

- โฮมเพจ / เว็บไซต์ (homepage / web site)
Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [cited 2008 Oct 3]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

XI

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรเจกเตอร์แบบรับประทานและแบบเหน็บทางช่องคลอด 93
ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบความยาวของปากมดลูกสั้น:
การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ
จตุพร วิจารณ์ภัยกิจ, พงษ์สันต์ พันธะไชย, ปริญญญา ชำนาญ

การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 105
ณัชชารีย์ ศิริพงษ์รัตน์

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูที่มีต่อคุณภาพ 119
ชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ณัทธัย เอื้ออารีย์, อาคม อารยาวิชานนท์

บทความพิเศษ

กิตติกรรมประกาศ 136
อาคม อารยาวิชานนท์

CONTENT

EDITOR'S NOTE	XI
ORIGINAL ARTICLE	
Comparison of efficacy of oral and vaginal progesterone to prevent preterm birth in pregnant women with short cervix: Randomized controlled trial Jatuporn Wichankaiyakit, Pongsun Puntachai, Parinya Chamnan	93
Clinical features, length of stay and complications in patients with deep neck infection at Warinchamrab Hospital, Ubonratchathani Province : A case-series Natcharee Sirapongrat	105
The Results of the Continuous Care Model for Stroke Patients in the Rehabilitation Period that Affects the Quality of Life of Patients after being Discharged from the Hospital Nahathai Aueaarree, Arkoam Arayawichanont	119
SPECIAL ARTICLE	136
Reviewer acknowledgement Arkoam Arayawichanont	



สรรพสิทธิเวชสาร

SANPASITTHIPRASONG MEDICAL JOURNAL

ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม 2566 Vol. 44 No. 3 September-December 2023

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ พบกันอีกครั้งในวารสารเล่มปลายปี 2566 ซึ่งยังมีเนื้อหาที่น่าสนใจเช่นเดิม สำหรับวารสารฉบับนี้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับงานวิจัยทางสูตินรีเวช หู คอ จมูก และโรคหลอดเลือดสมอง

งานวิจัยในฉบับนี้มี 3 เรื่อง ได้แก่ การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรเจสเทอโรนแบบรับประทานและแบบเหน็บทางช่องคลอด ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบความยาวของปากมดลูกสั้น: การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ เรื่องที่ 2 คือ การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนเรื่องที่ 3 คือ ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หวังว่าเนื้อหาของงานวิจัยในฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อทุกท่านที่อ่านไม่มากก็น้อย ถ้ามีบทความหรืองานวิจัยที่สนใจจะลงตีพิมพ์ในสรรพสิทธิเวชสารก็สามารถติดต่อมาได้เลยนะครับ พบกันใหม่ในฉบับหน้าครับ

นพ.อาคม อารยวิชานนท์
บรรณาธิการ

การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรเจสโตโรนแบบรับประทานและแบบเหน็บ ทางช่องคลอดในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความยาวปากมดลูกสั้น ของปากมดลูกสั้น : การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ

จิตุพร วิจารณ์ภัยกิจ¹, พงษ์สันต์ พันธะไชย¹, ปริญา ชำนาญ²

รับบทความ : 18 สิงหาคม 2565

ปรับแก้บทความ : 6 มีนาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์ : 6 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : มีหลักฐานสนับสนุนว่าการใช้โปรเจสโตโรนเหน็บช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความยาวปากมดลูกสั้นสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการให้โปรเจสโตโรนด้วยวิธีการอื่น

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการรับประทานโปรเจสโตโรนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความยาวปากมดลูกสั้นกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิเมตรต่อการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เปรียบเทียบกับการเหน็บโปรเจสโตโรนทางช่องคลอด

วัสดุและวิธีการ : การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบในสตรีตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 20-25 สัปดาห์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และถูกตรวจวัดความยาวปากมดลูกโดยสตรีตั้งครรภ์ที่วัดความยาวปากมดลูกได้สั้นกว่าหรือเท่ากับ 25 มิลลิเมตรจำนวน 76 คนจะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆกันโดยสุ่มกลุ่มแรกได้รับโปรเจสโตโรน 200 มิลลิกรัม รับประทานวันละ 1 ครั้ง และกลุ่มที่สองจะได้รับโปรเจสโตโรน 200 มิลลิกรัมไปเหน็บช่องคลอดวันละครั้ง ตั้งแต่เริ่มวิจัยไปจนกระทั่งอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ประเมินผลลัพธ์หลักคือการคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ และผลลัพธ์รองคือความยาวปากมดลูกที่วัดซ้ำที่ 4 สัปดาห์หลังได้รับยา

ผลลัพธ์ : ข้อมูลพื้นฐานของประชากรทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ในจำนวนประชากรตัวอย่าง 38 ราย พบการคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ 1 คน และ 3 คน ในกลุ่มที่ได้รับโปรเจสโตโรนแบบรับประทาน และ แบบสอดช่องคลอดตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่ม (ร้อยละ 2.6 ในกลุ่มรับประทาน เทียบกับร้อยละ 10.5 ในกลุ่มสอดช่องคลอด, $P=0.168$)

สรุป : การใช้โปรเจสโตโรนในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความยาวปากมดลูกสั้นเพื่อป้องกันการคลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในแบบรับประทานและเหน็บช่องคลอด ไม่มีความแตกต่างกัน

คำสำคัญ : คลอดก่อนกำหนด, ความยาวปากมดลูกสั้น, โปรเจสโตโรน

¹กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

²กลุ่มวิจัยโรคทางคาร์ดิโอเมตาบอลิก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ผู้พิมพ์ที่รับผิดชอบบทความ : นพ.พงษ์สันต์ พันธะไชย กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 122 ถ.สรรพสิทธิ์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000. **อีเมล :** pongsun-ob@hotmail.com

Introduction

Preterm delivery is the major cause of neonatal morbidity and mortality. In Thailand, premature neonates are one of important healthcare problems due to low birth weight and immature of important organs. Premature delivery causes many serious complications such as respiratory distress syndrome, intraventricular hemorrhage, and necrotizing enterocolitis.^(1, 2)

Preterm delivery means the delivery that occur before 37 complete weeks of gestation. Preterm delivery rate is increased with women who had infection, premature rupture of membrane, overdistended uterus, hypertension, smoking, and depression. However, majority of preterm birth developed in women who had no risk mentioned above, screening for shortened cervical length is the useful tool to predict preterm birth.^(2, 3)

The previous studies^(4, 5) showed the risk of spontaneous preterm birth was increased in women who had short cervix measuring by transvaginal ultrasonography during pregnancy. A systemic review⁽⁶⁾ estimated the 36% sensitivity and 94% specificity of cervical length of 25 mm or shorter for prediction of preterm birth before 34 weeks of gestation. The mean cervical length from published data in Thailand range from 42.41 mm,⁽⁷⁾ 41.00mm,⁽⁸⁾ to 35.66 mm.⁽⁹⁾ The preterm birth rate was 83.3% when the pregnant women had a shortened cervix.⁽⁹⁾

A systemic review⁽¹⁰⁾ showed that the progesterone has an important role in preterm prevention, and another meta-analysis⁽¹¹⁾ reported effective route of progesterone intramuscular

injection and vaginal suppository. In the pregnant women with short cervix, micronized progesterone 200 mg vaginal suppository was effective to reduce preterm birth.⁽¹²⁾

A previous study investigated the pharmacokinetics of progesterone and showed that serum progesterone level was significantly lower (3-4 ng/ml) in women who received micronized progesterone orally compared with vaginally which depend on serum estrogen level at the time blood sample was taken.⁽¹³⁾ Even vaginal progesterone was used for a long period with proven efficacy,⁽¹⁴⁾ some pregnant women who had antepartum hemorrhage or not willing to apply vaginally, may prefer oral administration.

To date, there were limited studies that compare head-to head efficacy to prevent preterm delivery between oral and vaginal progesterone in pregnant women with short cervix. The objective of this study was to evaluate the efficacy of oral micronized progesterone on prevention of preterm delivery before 34 complete weeks in pregnant women with short cervical length compare with vaginal micronized progesterone. The secondary objective was to investigate how the cervix changed after progesterone treatment.

Material and method

A randomized controlled trial (RCT) was conducted at, after institutional ethical committee approval. This study was registered (TCTR20190324001) at [http:// www.ClinicalTrials.in.th](http://www.ClinicalTrials.in.th) (Thai Clinical Trials Registry).

During August 2017 through July 2018, all singleton pregnant women, visited antenatal clinic at 20-25 weeks of gestation, were encouraged to measure cervical length by transvaginal sonography. The pregnant women who had cervical length of 25 mm or less were included into this study. The cervical length was measured by standard technique⁽¹⁴⁾ with a covered probe inserted into the vagina after each woman had emptied her bladder. The examination was performed with 4-9 MHz transvaginal real-time ultrasound transducer (GE, Voluson E6), by PP and JW (inter-observer variation = 0.803, intra-observer variation of PP. = 0.885 and JW. = 0.811). The excessive pressure on cervix was avoided. The mean values of 3 consecutive measurements were used for analysis.

All participants were randomly allocated into 2 groups by computer program (Random UX application) to receive 1) micronized progesterone 200 mg (Utrogestan®) orally at the bedtime or 2) micronized progesterone 200 mg (Utrogestan®) vaginal suppository at the bedtime. Participants in both groups administered progesterone since the date of enrollment until 34-completed weeks of gestation. The cervical length was assessed again after 4 weeks of treatment. After allocation by opening the sealed randomization number envelopes, the participants would know the route of administration, and the care-giver including outcome assessor would know the route of administration.

The delivery outcomes, maternal complications and neonatal outcomes were collected from hospital-medical record after delivery. In case that the participants were delivered in

other hospitals, the outcomes would be collected from the participants by phone call. The primary outcome was preterm delivery before 34 and 37 weeks of gestation. The secondary outcomes were change of cervical length, route of delivery, maternal obstetric complications, birthweight of the newborn, APGAR score, neonatal complications, and neonatal intensive care unit (NICU) admission.

The funding source had no such involvement in research preparation, study design; in collection, analysis, interpretation of data; writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. PP. and JW. Had full access to all the data and PP had final responsibility for the decision to submit for publication.

Statistical analysis

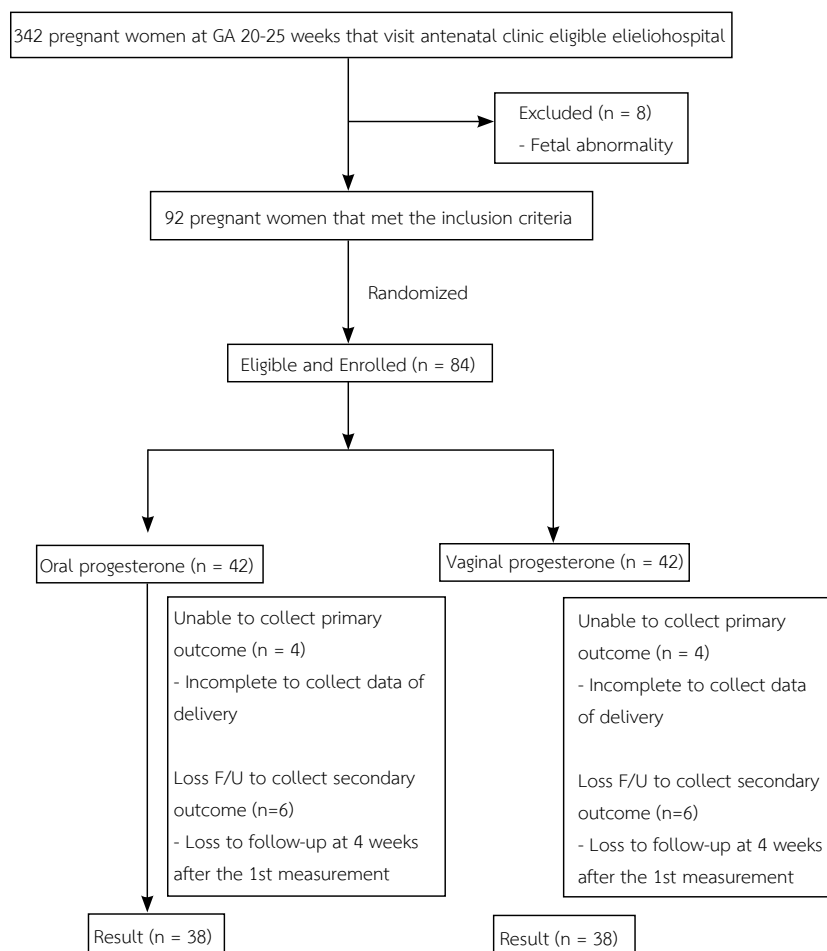
Sample size was calculated according to the previous studies by Fonseca⁽¹²⁾ and Erny.⁽¹⁵⁾ The study of Fonseca⁽¹²⁾ showed that vaginal progesterone can prevent preterm delivery in pregnant women with short cervix for 40% compared with 74% in placebo group ($P = 0.17$). And the study of Erny⁽¹⁵⁾ showed that oral progesterone can be reduced uterine contraction in pregnant women who had risk factor for preterm delivery 75-88% compared with 42% in placebo group. The sample size was calculated by n4studies, using formula of randomized controlled trial for binary data. The sample size 84 was required with an expected loss follow-up of 10%, 80% power and 2-sided type I error at 5%. The statistical analyses of results were performed using SPSS version 22.

Descriptive statistics were carried out using mean, median, standard deviation, and interquartile range. Continuous data were tested for normal distribution with Kolmogorov - Smirnov Test. Independent t test and Mann-Whitney U test were used for normally-distributed and non-normally distributed continuous data, respectively. Chi-square test was used for categorical data. Statistical significance was defined as $P < 0.05$.

Result

In this study, there were 342 pregnant women at GA 20-25 weeks of gestation who visited antenatal clinic during August 2017 through July 2018 were screened cervical length by transvaginal sonography. After exclusion of 8 pregnant women who had fetal abnormalities, left 92 participants who had short cervix eligible. Eight pregnant women denied to participate this study, left 84 participants included. After given written informed consents, all participants were randomly allocated into 2 groups, 42 received oral micronized progesterone and 42 received vaginal micronized progesterone. There are 12 participants (6 in oral group and 6 in vaginal group) had loss to follow up and did not visit to measure cervical length after 4 weeks of treatment. Finally, there are 8 participants who delivered at other hospitals and did not response the phone call were not able to collect delivery and neonatal outcomes, left 76 participants for analysis. (Figure 1).

Figure 1 Enrollment, randomization, and follow-up of the study participants



The participants in this study were included at average age of 27.4 years old, and average gestational age of 161 days. Most of participants (70.2%) had one or more of the following risk factors: history of threatened miscarriage, smoking, obesity, maternal age below 19 years or above 35 years, short stature (height less than 140 cm), depressive disorder, familial history of preterm labor, interval between pregnancies less than 18 months or more than 59 months, history of prior preterm delivery, previous cesarean section, preeclampsia, gestational diabetes mellitus, urinary tract infection. The demographic data and baseline characteristics were not significantly different between groups as shown in the Table 1.

Table 1 Baseline characteristics of the women at randomization^a

	Total (n=84)	Oral progesterone (n=42)	Vaginal progesterone (n=42)	P- value
Age (years)	27.4 ±7.5	26.9 ±7.9	27.9 ±7.2	0.571
Gestational age at enrollment (days)	161 (140,175)	161 (146,175)	161 (143,175)	0.307
Cervical length at enrollment (mm)	24.2 (20.1,24.9)	24.1 (20.1,24.9)	24.3 (20.7,24.9)	0.996
Gravidity	2 (1,5)	2 (1,5)	2 (1,5)	0.897
Term parity	0.5 (0,2)	0.5 (0,2)	0.5 (0,3)	0.751
Preterm parity	0 (0,1)	0 (0,1)	0 (0,1)	1.000
Abortion	0 (0,4)	0 (0,4)	0 (0,2)	0.377
Education				0.769
- Primary school or lower	9 (10.0)	3 (7.1)	6 (14.3)	
- Lower secondary school	28 (33.3)	16 (38.1)	12 (28.6)	
- Upper secondary school or	28 (33.3)	13 (31.0)	15 (35.7)	
Vocational				
- Diploma	5 (6.0)	2 (4.8)	3 (7.1)	
- Bachelor degree or higher	14 (16.0)	8 (19.0)	6 (14.3)	
Occupation				0.661
- Farmer	8 (9.5)	4 (9.5)	4 (9.5)	
- Government official	16 (19.0)	7 (16.7)	9 (21.4)	
- Self-employed	16 (19.0)	8 (19.0)	8 (19.0)	
- Employee	7 (8.3)	4 (9.5)	3 (7.1)	
- Private official	6 (7.1)	3 (7.1)	3 (7.1)	
- Housewives	30 (35.7)	15 (35.7)	15 (35.7)	
- Other	1 (1.2)	1 (2.4)	0 (0%)	
Risk for preterm ^b	59 (70.2)	30 (71.4)	29 (69.0)	0.812

^aValues are given as mean $\pm$ standard deviation, median (interquartile range), or number (percentage)

^bPresence of one or more of the following risk factors: history of threatened miscarriage, smoking, obesity, maternal age below 19 years or above 35 years, short stature (height less than 140 cm), depressive disorder, familial history of preterm labor, interval between pregnancies less than 18 months or more than 59 months, history of prior preterm delivery, previous cesarean section, preeclampsia, gestational diabetes mellitus, urinary tract infection

Table 2 Obstetric outcomes^a

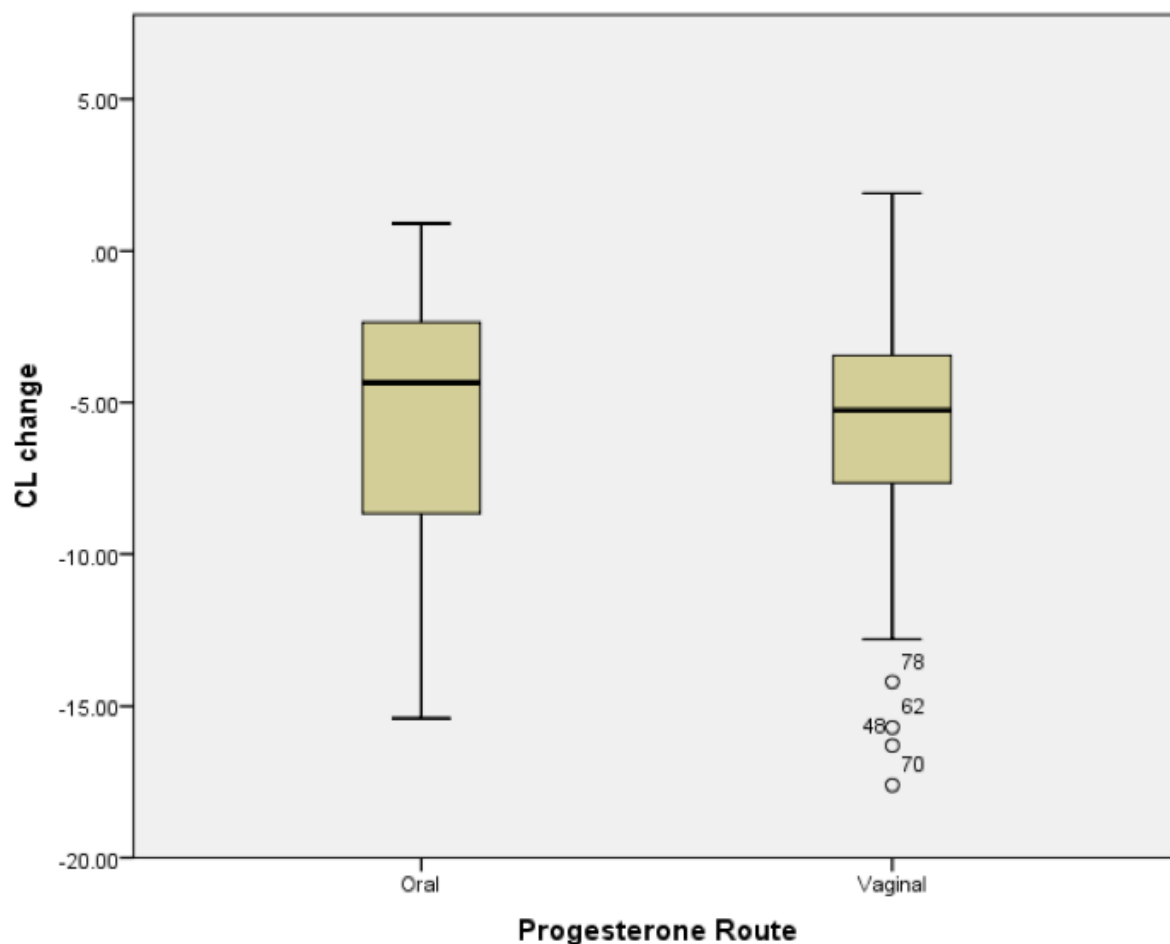
	Total	Oral progesterone	Vaginal progesterone	P- value
Cervical length after 4 weeks of progesterone (mm) (n = 72)	28.9 (15.0,54.0)	28.0 (15.0,54.0)	29.8 (18.8,40.9)	0.148
Change of cervical length (mm) (n=72)	-5.1 (-30.0, - 9.1)	-4.3 (-30.0, - 9.1)	-5.3 (-17.6, - 1.9)	0.193
Delivery before 34 weeks (n=76)	5 (6.6)	1 (2.6)	4 (10.5)	0.168
Delivery before 37 weeks (n=76)	20 (26.5)	11 (28.9)	9 (23.7)	0.605
GA at delivered (days) (n=67)	264.9 $\pm$ 17.0	267.0 $\pm$ 14.6	263.1 $\pm$ 18.9	0.358
Route of delivery (n=67)				0.911
Normal delivery	41 (61.2)	19 (61.3)	22 (61.1)	
Vacuum extraction	2 (3.0)	1 (3.2)	1 (2.8)	
Cesarean section	24 (35.5)	11 (35.5)	13 (36.1)	
Birthweight (n=67)	2,755.5 $\pm$ 420.3	2,857.6 $\pm$ 373.7	2,667.6 $\pm$ 443.0	0.065

avalues are given as mean $\pm$ standard deviation, median (interquartile range), or number (percentage)

Table 2 shows obstetric outcomes. The average gestational age at delivery was term (264.9 days) with most normal delivery 61.2%. The gestational age at delivery was not significantly different between groups (38+1 weeks in oral group VS 37+4 weeks in vaginal group, P = 0.193). The average birthweight of newborn was 2,755.5 grams and was not significantly different between groups (2,857.6 grams in oral group VS 2,667.6 grams in vaginal group, P = 0.065). There is only one participant had preterm delivery before 34 weeks of gestation in oral progesterone group and there are 4 participants were delivery before 34 weeks in vaginal group. The primary outcome of preterm delivery before 34 weeks slightly lower in oral group, but not significant different between groups (2.6% in oral group VS 10.5% in vaginal group, P = 0.168). All participants received tocolytic drug and a complete course of dexamethasone except only one participant in vaginal group received only one dose of dexamethasone. There are 11 and 9 participants in oral and vaginal progesterone group were delivered before 37- completed weeks. Preterm delivery before 37- weeks were not different (28.9% in oral group VS 23.7% in vaginal group,

$P = 0.605$). The median change of cervical length was not significantly different (4.3 mm in oral group VS 5.3 mm in vaginal group, $P = 0.193$) as illustrated in Figure 2.

Figure 2 Box plot change of cervical length (CL) among groups (n=72)



There was no report about adverse effect from progesterone used in both oral and vaginal group. There were 3 participants had obstetric complication and immediate postpartum hemorrhage, all these 3 women were in vaginal group. There is only one newborn had birth asphyxia. He was delivered from the participant in vaginal micronized progesterone group at GA 28+4 weeks and admitted in NICU. There is neither stillbirth nor neonatal death in this study.

Discussion

In our study, preterm birth before 34 weeks of gestation was 2.6% in oral progesterone group compared with 10.5% in vaginal progesterone group. And preterm birth before 37 weeks of gestation was 23.7% and 26.5% in oral and vaginal progesterone group, respectively. The efficacy of oral progesterone tend to prevent the preterm birth before 34 weeks of gestation more than vaginal progesterone, but not statistically significant. For secondary outcomes, there were a few maternal and neonatal complications reported in our study. In this study, there were only 3 participants experienced immediate postpartum hemorrhage and only one gave birth of neonatal asphyxia.

The rate of preterm birth of our study was less than the previous study by Fonseca.⁽¹²⁾ This may result from the different criteria of cervical length used to start progesterone. The prior study used the criteria of short cervix 15 mm to start progesterone while the present study used the cut-off 25 mm for recruiting participants to administer progesterone. Besides, and the minimum cervical length of participants in our study was 20.1 mm which longer than Fonseca study for 5 mm.

The recent study by Abd Elaziz⁽¹⁶⁾ reported that vaginal progesterone was more effective than oral progesterone in prevention of preterm delivery before 34 weeks in high-risk for preterm labor woman. The different results of this study and the present study may affect by the dose and kind of progesterone, the previous study used 10 mg of dydrogesterone orally twice a day and 200 mg of progesterone vaginally twice a day.

The strength of this study was randomized controlled trial by design. This study is one of a few studies comparing oral and vaginal progesterone in pregnant women with short cervical length. The demographic data and the other risk for preterm birth were equally in both groups. The sample size is appropriate to analyze primary outcome.

The limitation is that this study was not blinded by different route of administration. It may be confounded by external factors such as special care from any care givers, other medications that may be prescribed from our or other hospitals, preterm labor management policy in those individual hospitals, especially management of preterm labor at GA 34-37 weeks that varied by the individual doctors and capability of the hospitals. The other limitation of this study was the potential to collect the sufficient data when some of participants delivered at the other hospitals such as community hospital and private hospitals. In addition, some of these participants did not respond telephone call resulted in missing some secondary outcomes.

Usually, Thai people familiar with drug administration by oral route rather than vaginal route since it is easier and more acceptable. The result of this study may be the supporting information for physician to make decision whether to prescribe progesterone orally or vaginally for the pregnant women with short cervix. However, in the medical practice, universal screening of cervical length may not available in all hospital and cost-effective should be discussed.^(17, 18)

Conclusion

Oral micronized progesterone can be used to prevent preterm delivery before 34 weeks of gestation in pregnant women with short cervix, the efficacy is not different from using micronized progesterone vaginal suppository.

Acknowledgement

We thank all the contributors of for funding resource and Charnsak Jungmunkong (head of Obstetrics and Gynecology department) for accommodation of this trial.

References

1. Cunningham FC, Leveno KJ, Bloom SL, et al. The preterm newborn. In : Williams Obstetrics. 24th ed. New York : McGraw - Hill Education, 2014:653-60.
2. Simhan HN, Berghella V, Iams JD. Preterm labor and birth. In : Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine. 7th ed. Elsevier Saunders, 2014:624-53.
3. Cunningham FC, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Preterm labor. In: Williams Obstetrics. 24th ed. New York : McGraw - Hill Education, 2014:829-61.
4. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. N Engl J Med 1996;334:567-72.
5. Berghella V, Roman A, Daskalakis C, et al. Gestational age at cervical length measurement and incidence of preterm birth. Obstet Gynecol 2007;110:311-7.
6. Lim AC, Hegeman MA, Huis MA, et al. Cervical length measurement for the prediction of preterm birth in multiple pregnancies a systematic review and bivariate meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38:10-7.
7. Tongsong T, Kamprapanth P, Pitaksakorn J. Cervical length in normal pregnancy as measured by transvaginal sonography. Int J Gynecol Obstet 1997;58:313-5.
8. Wanitpongpan P, Sutchritpongsa P, Rongluen S. Cervical length at mid-trimester in Thai women with normal singleton pregnancies. Siriraj Med J 2015;67:33-6.
9. Pattanapanyasat N, Luengratsameerung S, Charoenchainont P. Comparison of the cervical length during second trimester of pregnancy between teenage and adult primigravidae. Thai J Obstet Gynaecol 2016; 24 :14-9.
10. Rode L, Langhoff-Roos J, Andersson C, et al. Systematic review of progesterone for the prevention of preterm birth in singleton pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009 ;88 :1180-9.
11. Dodd JM, Jones L, Flenady V, et al. Prenatal administration of progesterone for preventing preterm birth in women considered to be at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No. :CD004947

12. Fonseca EB, Celik E, Parra M, et al. Progesterone and the risk of preterm birth among woman with short cervix. *N Engl J Med* 2007; 357:462-9.
13. Choavaratana R, Manoch D. Efficacy of oral micronized progesterone when applied via vaginal route. *J Med Assoc Thai* 2004;87:455-8.
14. Romero R, Yeo L, Miranda J, et al. A blueprint for the prevention of preterm birth: vaginal progesterone in women with a short cervix. *J Perinat Med* 2013;41:27-44.
15. Erny R, Pigne A, Prouvost C, et al. The effects of oral administration of progesterone for premature labor. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:525-9.
16. Abd Elaziz MA. Oral versus vaginal progesterone in preterm labor. *EBWHJ* 2018;7:141-9.
17. Cahill AG, Odibo OA, Caughey AB, et al. Universal cervical length screening and treatment with vaginal progesterone to prevent preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:548.e1-8.
18. Campbell S. Universal cervical-length screening and vaginal progesterone prevents early preterm births, reduces neonatal morbidity and is cost saving. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;38: 1-9.

Comparison of efficacy of oral and vaginal progesterone to prevent preterm birth in pregnant women with short cervix : Randomized controlled trial

Jatuporn Wichankaiyakit¹, Pongsun Puntachai¹, Parinya Chamnan²

Received : August 18, 2022

Revised : March 6, 2024

Accepted : March 6, 2024

ABSTRACT

Background : There is an evidence support that vaginal route of progesterone in pregnant woman with short cervix can prevent preterm delivery, but there are no data about preterm prevention for other route of progesterone

Objective : To study efficacy of oral route of progesterone in pregnant woman with cervical length 25 mm or less to prevent preterm birth, compare with vaginal route of progesterone

Materials and methods : A Randomized control trial conducted in pregnant women at gestational age of 20-25 weeks who visited antenatal clinic, Sunpasitthiprasong Hospital for measuring cervical length. Seventy-six participants who cervical length 25 mm or less were equally randomized into 2 groups : 1) received progesterone 200 mg orally once daily and 2) received progesterone 200 mg vaginal suppository once until gestational age of 34 weeks. The primary outcome was preterm birth before 34 weeks of gestation. The secondary outcome was cervical length attenuation after 4 weeks of treatment.

Results : The demographic data were not different between groups. Among 38 participants in the oral progesterone group, there is only one woman who delivered before 34 weeks. While, there are 3 women among 36 participants in vaginal progesterone group delivered before 34 weeks. The preterm birth before 34 weeks was not significantly different between the two groups of administrative routes (2.6% in oral group vs 10.5% in vaginal group, $P=0.168$).

Conclusion : There was no significant difference in route of progesterone administration to prevent preterm birth before 34 weeks in pregnant woman with short cervical length.

Keyword : Preterm birth, Short cervical length, Progesterone

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand

²Cardio-metabolic Research Group, Department of Social Medicine, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, Thailand.

Corresponding author : Pongsun Puntachai, M.D. Department of Obstetrics and Gynecology, Sunpasitthiprasong Hospital, 122 Sunpasit Road, Ubon Ratchathani 34000, Thailand. **E-mail :** pongsun-ob@hotmail.com

การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ณัชชารีย์ ศิริพงษ์รัตน์¹

รับบทความ : 4 กรกฎาคม 2566 ปรับแก้บทความ : 20 ธันวาคม 2566 ตอรับตีพิมพ์ : 20 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

หลักการ : การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกเป็นภาวะฉุกเฉิน การวินิจฉัยที่ถูกต้อง จะทำให้รักษาถูกต้องรวดเร็ว แม้ว่าปัจจุบันจะมีอุบัติการณ์และความรุนแรงลดลง เพราะยาปฏิชีวนะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่ยังพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

วิธีการศึกษา : เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกที่โรงพยาบาลวารินชำราบ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะที่เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา ระยะเวลาอนโรพยาบาล และ ภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยเสี่ยงกับ ระยะเวลาอนโรพยาบาล โดยใช้ independent sample t-test ($p\text{-value} < 0.05$) และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยวิธี Logistic regression

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 126 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.1 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ เบาหวาน ร้อยละ 31 ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุดคือ submandibular space ร้อยละ 44.4 พบการติดเชื้อหลายตำแหน่ง ร้อยละ 14.3 สาเหตุหลักเกิดจากฟันผุ ร้อยละ 49.2 พบภาวะแทรกซ้อน คือ sepsis ร้อยละ 7.1 Upper airway obstruction ร้อยละ 2.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาอนโรพยาบาล คือ เบาหวาน ($p = 0.02$) การติดเชื้อหลายตำแหน่ง ($p = 0.03$) และการมีภาวะแทรกซ้อน ($p = 0.008$) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อหลายตำแหน่ง $OR_{adj} = 9.24$, 95%CI: 0.02-0.41, $p = 0.02$ และผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป $OR_{adj} = 5.3$, 95%CI: 0.03-0.75, $p = 0.02$

สรุปผล : การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลวารินชำราบ ส่วนใหญ่เกิดจาก ฟันผุ การส่งเสริมสุขภาพช่องฟันจะช่วยป้องกันได้ การวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วโดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอายุมาก และมีการติดเชื้อหลายตำแหน่ง อาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

¹โสต ศอ นาสิกแพทย์ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลวารินชำราบ

ผู้สนับสนุนที่รับผิดชอบบทความ : พญ.ณัชชารีย์ ศิริพงษ์รัตน์ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลวารินชำราบ ถนนศรีสะเกษ

ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 อีเมล : fei_jang@yahoo.com

บทนำ

การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (deep neck infection) เป็นการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มผนังปิดบริเวณใบหน้าและคอ การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกเป็นภาวะฉุกเฉินทางด้าน หู คอ จมูก⁽¹⁾ การวินิจฉัยที่ถูกต้องถึงสาเหตุ เชื้อก่อโรค ตำแหน่ง (space) ที่มีติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมทันเวลาที่ แม้ว่าในปัจจุบันการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก จะมีอุบัติการณ์และความรุนแรงที่ลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะที่เพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾ ทีมแพทย์มีความรู้ความชำนาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคนี้มากขึ้น รวมถึงการเข้าถึงและการดูแลภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนที่ดีขึ้น⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ที่พบได้บ่อยและมีกลุ่มผู้ป่วยที่อาการรุนแรง รวมถึงอาจมีภาวะแทรกซ้อนและเป็นภัยคุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ติดเชื้อ HIV เบาหวาน มะเร็งเม็ดเลือดขาว ได้รับยาเคมีบำบัด และมีประวัติการใช้สารเสพติด เป็นต้น ที่อาจพบการติดเชื้อที่รุนแรง ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ยากกว่ากลุ่มผู้ป่วยปกติ^(4,5)

สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกมากขึ้นแตกต่างกัน ตามแต่ละพื้นที่ แต่โดยเฉลี่ยพบอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 10-20^(6,7) และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประมาณร้อยละ 20^(6,8-10) ด้วยลักษณะกายวิภาคบริเวณลำคอที่ซับซ้อน ทำให้การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้ม คอชั้นลึกในตำแหน่งนี้ถูกวินิจฉัยและหาตำแหน่งการติดเชื้อได้ค่อนข้างยาก ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่มี ประสิทธิภาพอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมาได้คือ ภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน (upper airway obstruction) ภาวะเมดิแอสติไนต์อักเสบ (mediastinitis) หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด (thoracic empyema) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) หรือ ภาวะช็อกจากสาเหตุติดเชื้อ (septic shock) จะมีผลทำให้ผู้ป่วยอัตราการเสียชีวิตเพิ่ม สูงขึ้นถึงร้อยละ 50^(1,3)

ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอส่วนลึก โดยพบว่ามีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด เช่น ผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี⁽⁸⁾ ภาวะโลหิตจาง⁽¹¹⁾ โรคเบาหวาน^(6,12) มีอาการหายใจลำบาก⁽¹³⁾ มีการติดเชื้อหลายตำแหน่ง^(8,12) และนอนโรงพยาบาลมากกว่า 10 วัน⁽¹¹⁾ ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษารายงานการอักเสบติดเชื้อในช่องคอชั้นลึกของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลวาระในรายผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาถึงลักษณะการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษา หาวิธีการป้องกัน ฝักระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ของผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก โรงพยาบาลวาระในราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ใน โรงพยาบาลวาระในราย และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในช่วงเวลาดังแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 126 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การนำเข้าการวิจัย (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (deep neck infection) ในโรงพยาบาล และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ

1) การติดเชื้อที่ผิวหนังและชั้นตื้นใต้ผิวหนัง (superficial cellulitis) หรือ ฝีที่ผิวหนังและบริเวณชั้นตื้นใต้ผิวหนังบริเวณคอ (superficial abscess)

2) การติดเชื้อฝีเฉพาะที่ในช่องปาก (limited intraoral abscess)

3) จากการติดตาม แล้วพบว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็ง

*** จากการติดตาม พบผู้ป่วยจำนวน 2 คน เมื่อติดตามไปเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) จึงได้คัดออกจากการศึกษา เป็นคนสูงอายุ (80 ปี) 1 คน และ อีก 1 คน มีโรคประจำตัวเป็นเอดส์ ซึ่งจากการสืบค้นจากเวชระเบียน ผู้ป่วย 2 รายนี้ มีการผ่าตัดระบายหนองแล้ว แต่แผลไม่ดีขึ้น ระยะเวลาการรักษา นานกว่าปกติ จึงได้มีการส่งชิ้นเนื้อตรวจเพิ่มเติม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลการอักเสบติดเชื้อของช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก (Deep neck infection) ใน โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี บันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและรักษา จากแพทย์โรค คอ นาสสิก 3 คน

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 27 วิเคราะห์ โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มา เปลี่ยนเป็นรหัสตัวเลข (Code) แล้วบันทึกลงในโปรแกรม เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามขั้นตอน ดังนี้

1) ข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและลักษณะทางคลินิก ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล อาการนำ สาเหตุของการติดเชื้อ ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ ผลการเพาะเชื้อ วิธีการรักษา ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลานอนโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ independent sample t-test (p value < 0.05)

3) วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยวิธี Logistic regression ควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอผลการวิเคราะห์ด้วย Adjusted odds ratio (ORadj) ที่ 95% confidence interval และ p value < 0.05

ผลการศึกษา

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ลักษณะทางคลินิกของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยทั้งหมด 126 ราย เป็นเพศชาย 72 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 เป็นเพศหญิง 54 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 อายุเฉลี่ย 45.5+/-20.81 ปี ผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด คือ 2 ปี อายุมากที่สุดคือ 87 ปี จากการศึกษ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 66 คน (52.4%) จากผู้ที่มีโรคประจำตัวทั้งหมด 60 คน โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 31 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 12 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ ได้แก่ schizophrenia 3 คน HIV 2 คน Cirrhosis = 1 คน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (N=126)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	57.1
หญิง	54	42.9
อายุ (ปี)		
1-10	11	8.7
11-20	9	7.1
21-30	13	10.3
31-40	11	8.7
41-50	21	16.7
51-60	27	21.4
61-70	19	15.0
71-80	12	9.5
81-90	3	2.4
อายุเฉลี่ย (ปี)	Mean (SD)	45.5 (20.8)
โรคประจำตัวและภาวะร่วม		
ไม่มีโรคประจำตัว	66	52.4
เบาหวาน	39	31.0
เบาหวานโรคเดียว	16	12.7
เบาหวานร่วมกับโรคอื่นๆ*	23	18.3
ความดันโลหิตสูง	15	12.0
ความดันโลหิตสูงโรคเดียว	7	5.6
ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นๆ**	8	6.4
อื่นๆ (schizophrenia3, HIV 2, Cirrhosis=1)	6	4.8

*เบาหวานร่วมกับ HT, CKD และหรือ DLP

**HT ร่วมกับ CKD และหรือ DLP

ลักษณะทางคลินิกลักษณะทางคลินิกของการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

เนื่องจากไข้เป็นอาการนำที่มักพบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการติดเชื้อ จากการศึกษาครั้งนี้ พบ 115 คน (91.26%) การศึกษาครั้งนี้จึงได้เก็บข้อมูลลักษณะทางคลินิกอื่นที่มักพบร่วมกับไข้ด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย อาการนำที่พบมากที่สุดคือ ไข้ ร้อยละ 91.2 แก้มและคอบวม จำนวน 112 คน (88.9%) รองลงมาคือ กลืนเจ็บ จำนวน 6 คน (4.8%) กลืนลำบาก และขากรรไกรแข็ง พบอย่างละ 4 คน (3.2%) ระยะเวลาที่ป่วยก่อนมาโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 วัน ถึง 20 วัน โดยระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาลเฉลี่ย (Mean) 8.56 วัน แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อาการนำ และระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล (N=126)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการนำ		
ไข้	115	91.2
แกำและคอบวม	112	88.9
กลืนเจ็บ	6	4.8
กลืนลำบาก	4	3.2
ขากรรไกรแข็ง	4	3.2
ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล		
จำนวนวัน		
1-5	53	
6-10	45	
11-15	16	
16-20	12	
จำนวนวันทีน้อยที่สุด - มากที่สุด	1-20 วัน	
ค่าเฉลี่ย	Mean (SD) 8.56 (7.175)	

การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก มักใช้อาการทางคลินิกในการวินิจฉัยโรค การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan neck) จะเลือกทำในรายที่มีการวินิจฉัยไม่ชัดเจน เช่น ช่วยแยกแยะระหว่าง abscess กับ cellulitis^(6,7) ติดเชื้อหลายตำแหน่ง บอกรับเขตการลุกลามของโรค เพื่อวางแผนในการผ่าตัด หรือในรายที่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นภายหลังจากการรักษาไปแล้ว 24-48 ชั่วโมง^(6,14,15,16) การศึกษาในผู้ป่วยที่ทำได้ทำ CT มีทั้งหมด 21 คน หัตถการที่ใช้ช่วยในการวินิจฉัยคือการเจาะดูดด้วยเข็ม (needle aspiration) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและผู้ป่วยเจ็บไม่มาก อีกทั้งยังสามารถช่วยแยกฝีหนองออกจากภาวะ cellulitis ได้^(4,6)

สำหรับแนวทางการรักษา ยาปฏิชีวนะให้ในคนไข้ทุกคน โดยให้ empiric antibiotic ทางเส้นเลือดดำให้ครอบคลุมเชื้อที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุมากที่สุดก่อน คือ แบคทีเรีย gram positive gram negative aerobic และ anaerobic bacteria แล้วค่อยปรับตามผล Culture และ sensitivity จากฝีที่คอ โดย 50 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยที่มี abscess ขนาดเล็กและไม่มีทางเดินหายใจผิดปกติสามารถรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดระบายหนอง (incision and drainage) เมื่อผู้ป่วยเริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดดำ 48-72 ชั่วโมงแล้ว อาการยังไม่ทุเลา การเจาะดูดด้วยเข็ม (needle aspiration) ใช้ในกรณีที่การติดเชื้อมีขนาดเล็ก ตื้น เข้าถึงตำแหน่งที่มีหนองได้ง่าย ผู้ป่วยที่อาการไม่คงที่เพียงพอที่จะดมยาสลบ หรือ ลองเจาะดูดก่อน ถ้าได้หนองค่อยพิจารณาผ่าตัดระบายหนอง^(1,16) การถอนฟันโดยทั่วไปจะส่งคนไข้พบทันตแพทย์ กรณีพบฟันผุชัดเจน หรือสงสัยว่าน่าจะมีสาเหตุจากฟันผุแล้วลุกลามทำให้มีการติดเชื้อที่คอ โดยตำแหน่งที่มักสงสัย คือ submandibular กับ buccal เนื่องจากมี anatomy ที่ใกล้เคียงกัน และทันตแพทย์จะพิจารณาถอนฟันภายใน 1 สัปดาห์

สาเหตุของการติดเชื้อที่พบมากที่สุดคือ ฟันผุ มี 62 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ ไม่ทราบสาเหตุ 56 คน (44.8%) และต่อมทอนซิลอักเสบ 5 คน (4%) ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อมากที่สุด คือ submandibular space 56 คน (44.4%) รองลงมาคือ Parotid space 28 คน (22.2 %) และ Buccal space 18 คน (14.3 %) พบการติดเชื้อหลายตำแหน่งในผู้ป่วย 18 คน (14.3 %) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเพียงอย่างเดียว 7 คน (5.53%) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะร่วมกับการถอนฟัน 20 คน (15.86%) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะร่วมกับการเจาะดูดหนอง 14 คน (11.10%) มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบายหนอง 85 คน (67.15%) มีผู้ป่วย 1 คน ส่งต่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากมี multiple space infection (retropharynx +parapharynx+prevertebral space infection) และ ICU เต็ม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สาเหตุของการติดเชื้อ ตำแหน่งที่เกิดการติดเชื้อ วิธีการรักษา (N=126)

ข้อมูล	จำนวน(%)	ข้อมูล	จำนวน(%)
สาเหตุของการติดเชื้อ		ตำแหน่งที่เกิดการติดเชื้อ	
Dental caries	62(49.2)	Submandibular space	56 (44.4)
Tonsillitis	5(4)	Parotid space	28 (22.2)
Cancer	1(0.8)	Buccal space	18 (14.3)
Foreign body *	1(0.8)	Peritonsillar space	10 (7.9)
Unknown	56(44.8)	Masseteric space	6 (4.8)
		Parapharyngeal space	3 (2.6)
		Ludwig angina	3 (2.6)
		Sublingual space	2 (2.4)
วิธีการรักษา		จำนวนตำแหน่งการติดเชื้อ	
Refer	1(0.8)		
ได้ยาปฏิชีวนะอย่างเดียว	7(5.5)	Single space	108 (85.7)
เจาะดูดหนอง (ATB+ tap)	14(11.1)		
ถอนฟัน (ATB+tooth extraction)	20(15.8)	Multiple spaces	18 (14.3)
ผ่าตัดระบายหนอง (ATB+ I&D)	85(67.1)		

*เช่น ก้างปลา

มีผู้ป่วยที่นำ specimen ส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียทั้งหมด 76 ราย ส่วนมากเพาะไม่ขึ้นเชื้อ (No growth) 44 ราย (34.9%) เชื้อที่พบเป็นสาเหตุมากที่สุด คือ Streptococcus species จำนวน 14 ราย (11.1%) รองลงมาคือ Klebsiella pneumoniae จำนวน 7 ราย (5.6%) พบ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทั้งสิ้น 12 คน โดยพบ sepsis 9 คน (7.1%) อีก 3 คน (2.4%) คือ upper airway obstruction ไม่พบมีผู้ป่วยเสียชีวิต ระยะเวลาอนรักษัตวในโรงพยาบาล นานตั้งแต่ 1-22 วัน พบจำนวนวันนอน โรงพยาบาล (Length of stay ; LOS) เฉลี่ย 4.82 +/- 3.26 วัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเพาะเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูล	จำนวน(%)	ร้อยละ
ผลการเพาะเชื้อจากหนอง (N=76)		
No culture	50	39.7
No growth	44	34.9
Streptococcus spp.	14	11.1
Klebsiella pneumoniae	7	5.6
Melioid	5	4.0
Acinetobacter baumannii	2	1.6
Pseudomonas aeruginosa	2	1.6
Staphylococcus aureus	2	1.6
ภาวะแทรกซ้อน		
None	114	90.5
Sepsis	9	7.1
Upper airway obstruction	3	2.4
ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล		
จำนวนวันนอนเฉลี่ย (Mean LOS)/SD	4.82/3.26	
จำนวนวันนอน (min-max)	0-22 วัน*	

0 *= ส่งรับการรักษาต่อรพศ.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล และการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) ด้วยสถิติ independent sample t-test พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) คือ โรคประจำตัวเบาหวาน การติดเชื้อหลายตำแหน่ง และการมีภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอายุ และภาวะร่วมอื่นๆ ไม่พบว่ามี ความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาล แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

Risk Factors	LOS Mean (SD)	p-value	Risk Factors	LOS Mean (SD)	p-value
Age		0.84	Multiple space		0.03*
<60	4.78 (2.9)		Single space	4.41(2.6)	
			Multiple space	7.41(5.4)	
>=60	4.91(4.2)		Complication		0.008*
Gender		0.18	No complication	4.36(2.5)	
Male	5.15(3.5)		Complication	10.78(5.52)	
Female	4.37(2.8)				
DM		0.02*			
No DM	4.29(2.5)				
DM	6.14(4.4)				

วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาอนโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (LOS) ด้วยสถิติ independent sample t-test

*Statistically significant p-value < 0.05 LOS = length of stay

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้วิธี univariable logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การติดเชื้อหลายตำแหน่ง (OR = 15.85, 95%CI: 0.02-0.3, p = 0.01) ระยะเวลาที่นอนรพ. >9 วัน (OR= 6.92 95%CI: 0.04-0.62 p = 0.01 และ ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป OR = 5.8, 95% CI: 0.07-0.76, p = 0.02 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ โรคประจำตัวเบาหวาน และระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน แสดงในตารางที่ 6

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่คิดว่ามีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มาวิเคราะห์ต่อด้วย multivariable Logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การติดเชื้อหลายตำแหน่ง ORadj = 9.24, 95%CI: 0.02-0.41, p = 0.02 และผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ORadj = 5.3, 95%CI: 0.03-0.75, p = 0.02 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ เบาหวาน และระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล ไม่พบว่ามีสัมพันธ์กัน แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว univariable logistic regression และ พหุตัวแปร multivariable logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง	crude odds ratio (95%CI.)	p-value	adjusted odds ratio (95%CI.)	p-value
Age>=60	5.8(0.07-0.76)	0.02*	5.3(0.03-0.75)	0.02*
Sex (male)	0.28(0.22-2.39)	0.60	0.11(0.17-3.48)	0.73
DM	1.09(0.15-1.77)	0.3	0.2(0.28-7.90)	0.65
Multiple space infection	15.85(0.02-0.3)	0.01*	9.24(0.02-0.41)	0.02*
ระยะเวลาก่อนมารพ. >5 วัน				
ระยะเวลาที่นอนรพ. >9 วัน	0.37(0.34-7.88)	0.55	3.6(0.04-1.04)	0.06
	6.92(0.04-0.62)	0.01*	0.17(0.24-8.9)	0.68

*Statistically significant p-value < 0.05

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 ธันวาคม 2566 พบผู้ป่วย 126 ราย ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 45.5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(6,16-18) ที่พบผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ซึ่งอาจเป็นช่วงอายุที่พบการติดเชื้อจากฟัน โรคประจำตัวที่พบมากคือ เบาหวาน ร้อยละ 31 รองลงมาคือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆในประเทศไทย^(6,16,18-19) ที่พบโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากที่สุด อาการนำที่พบมากที่สุดคือ ไข้ ร้อยละ 91.2 แก้มและคอบวม ร้อยละ 88.9 สอดคล้องกับการศึกษาของวรลักษณ์ ยิ่งสกุล และคณะ⁽¹¹⁾ ของจิราพร ตระการจันทร์ศิริ⁽²⁰⁾ ของกรภัทร์ เอกคคตาจิต⁽⁸⁾ ของสรพล ชือตรง และคณะ⁽²¹⁾

ตำแหน่งที่พบมีการติดเชื้อมากที่สุดคือ submandibular space ร้อยละ 44.4 รองลงมาคือ parotid space ร้อยละ 22.2 สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆในประเทศไทย^(6,8,11,18) ที่พบ submandibular space มากที่สุด ซึ่งตำแหน่งนี้การ

ติดเชื้อจากฟันสามารถลุกลามเข้าไปได้ง่ายตามลักษณะกายวิภาค⁽¹⁴⁾ แตกต่าง จากงานวิจัยของ W Yang และคณะ⁽¹³⁾ และ Lee J-K และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบการติดเชื้อที่ตำแหน่ง parapharyngeal space มากที่สุด ถึงร้อยละ 43 และ 56.3 ตามลำดับ โดยความสอดคล้องและความแตกต่างเกิดจากลักษณะของประชากรในแต่ละพื้นที่ที่ศึกษาโดยเฉพาะ เศรษฐฐานะแตกต่างกันที่อาจจะทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันมีความแตกต่างกัน และในการศึกษานี้พบการติดเชื้อมากกว่า 1 ตำแหน่ง (multiple space infection) ในผู้ป่วย 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 สาเหตุของการติดเชื้อมาจากฟันผุ ร้อยละ 49.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมวิษฐา ชื้อทรงธรรม และคณะ⁽⁶⁾ ของชวน ชีพเจริญรัตน์⁽²²⁾ และของ Atishkumar B⁽²³⁾

การส่งตรวจเพาะเชื้อแบคทีเรียจากหนองพบเชื้อก่อโรคมามากที่สุดคือ Streptococcus species (ร้อยละ 11.1) รองลงมาคือ Klebsiella pneumonia (ร้อยละ 5.6) คล้ายกับการศึกษาของนันทกร⁽¹⁶⁾ ที่พบ Klebsiella pneumonia และ Staphylococcus aureus ในสองอันดับแรกของวรลักษณ์ ยิ่งสกุล และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบ Alpha-hemolysis Streptococcus มากกว่า Staphylococcus aureus และมากกว่า Klebsiella

pneumoniae ของ Wang L-F และคณะ⁽²⁾ และของ Lee J-K และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบ Klebsiella pneumonia และ Streptococcus viridans ในสองอันดับแรก

ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.82 ± 3.26 วัน ซึ่งนานกว่าการศึกษาของวรลักษณ์ ยิ่งสกุล และคณะ⁽¹¹⁾ (4.7 ± 2.4 วัน) แต่สั้นกว่าการศึกษาของอนวัช วรธนะมณีกุล⁽²⁴⁾ (5.8 ± 4 วัน) จากการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรคประจำตัวเบาหวาน การติดเชื้อหลายตำแหน่ง และการมีภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ^(4,6) และสอดคล้องการศึกษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์⁽⁸⁾ ที่พบโรคประจำตัว เบาหวาน การติดเชื้อหลายตำแหน่ง และการมีภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล ส่วนปัจจัยด้านอายุ และภาวะรวมอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

ผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนในการศึกษานี้ ร้อยละ 9.52 น้อยกว่าการศึกษาหลายแห่งที่ผ่านมา^(6,8-9,16,18,20) เนื่องจากการศึกษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับอำเภอ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านศักยภาพ และกลุ่มผู้ป่วยอาจมี ความซับซ้อนหรือมีความรุนแรงของโรคน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงเรียนแพทย์อื่นๆ เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง และมีแพทย์ โสต ศอ นาสิก 3 คน ทำให้อาจมีข้อมูลบางส่วนคลาดเคลื่อนได้ โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ sepsis (7.14%), upper airway obstruction (2.4%)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยวิธี univariable Logistic regression และนำปัจจัยเสี่ยงที่คิดว่ามีผลมาวิเคราะห์ต่อด้วย multivariable Logistic regression (การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบลอจิสติก) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การติดเชื้อหลายตำแหน่ง ORadj = 9.24, 95%CI: 0.02-0.41, p = 0.02 (มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน 9.24 เท่าของกลุ่มที่มีการติดเชื้อเพียงตำแหน่งเดียว) และผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ORadj = 5.3, 95%CI: 0.03-0.75, p = 0.02 (มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อน 5.3 เท่าของกลุ่มที่มีอายุ

น้อยกว่า 60 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นในประเทศไทย ดังนี้ ของกรภัทร์ เอกคคตาคิจ โรงพยาบาลบุรีรัมย์⁽⁸⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีดังนี้ การติดเชื้อหลายตำแหน่ง และอายุมากกว่า 65 ปี ของนันทกร ดำรงรุ่งเรือง โรงพยาบาลภูเขียว⁽¹⁶⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์ มีดังนี้ การมีโรคประจำตัวเบาหวาน มีโลหิตจาง และการติดเชื้อหลายตำแหน่ง

สรุปผล

การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลวารินชำราบ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากฟันผุส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ปัญหาจากช่องปากเป็นปัญหาที่ป้องกันได้ ควรให้ความรู้กับประชาชน ถ้าพบฟันผุหรือปวดฟันให้รีบรักษา ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และเสี่ยงมากต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น เด็ก ผู้ป่วยนอนติดเตียง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช (ในการศึกษานี้ พบผู้ป่วยจิตเวชคนเดิม เป็นซ้ำ 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 1 ปี) การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟันจะช่วยป้องกันการอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก โดยในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน การติดเชื้อหลายตำแหน่ง และการมีภาวะแทรกซ้อน จะมีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และผู้ป่วยที่มีอายุมาก หรือมีการติดเชื้อหลายตำแหน่ง จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า อาการที่พบบ่อย คือ ไข้ แก้มหรือคอบวม การวินิจฉัยและให้การรักษาย่างถูกต้องและรวดเร็วโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงดังกล่าว อาจช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากการพบทวนเวชระเบียนทำให้อาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Vieira F, Allen SM, Stocks RMS, et al. Deep neck infection. *Otolaryngol Clin North Am* 2008;41(3):459-83.
2. Wang LF, Kuo WR, Tsai SM, et al. Characterizations of life-threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases. *Am J Otolaryngol* 2003;24(2):111-7.
3. Poeschl PW, Spusta L, Russmueller G, et al. Antibiotic susceptibility and resistance of the odontogenic microbiological spectrum and its clinical impact on severe deep space head and neck infections. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010;110:151-6.
4. ปิยวรรณ คงตั้งจิตต์. เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน. *วารสาร หู คอ จมูก และใบหน้า* 2556;1:35-51.
5. Oliver ER, Gillespie MB. Deep neck infections. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, et al, eds. *Cummings otolaryngology head & neck surgery*. 5th ed. Philadelphia : Mosby Elsevier; 2010. p. 201-8.
6. พิมวิษญา ชื้อทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิระพงษ์ อังคะรา. การอักเสบติดเชื้อของลำคอชั้นลึก ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วชิรเวชสาร* 2561; 62(5):365-74.
7. รัศมี ชึ่งเกียรติตระกูล. การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช [วิจัย]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช; 2550.
8. Aegakktajit K. Characteristic of deep neck infection in Burirum Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2019;34(3):321-32.
9. Srivanitchapoom C, Pattarasakulchai T Sittitrai P, et al. Deep neck infection in Northern Thailand. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269(1):241-6.
10. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ ปี 2556-2563. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ; 2563.
11. วราลักษณ์ ยิ่งสกุล, พิชญ์ นาฏศรีเมฆารัตน์. ลักษณะการติดเชื้อลำคอส่วนลึกใน โรงพยาบาล พังงา. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11* 2563;34(4): (4):1-12.
12. Lee JK, Kim HD, Lim SC. Predisposing factors of complicated deep neck infection : an analysis of 158 cases. *Yonsei Med J* 2007;48(1):55-62.
13. Coticchia JM, Getnick GS, Yun RD, et al. Age, site, and time specific differences in pediatric deep neck abscesses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130:201-7.
14. สุวรรณ วังธนากร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในเนื้อเยื่อคอชั้นลึกที่มีความรุนแรงโดยศึกษาแบบย้อนหลังในโรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสาร หูคอ จมูก และ ใบหน้า* 2564;22(1):3-19.
15. ชูเกียรติ วงศ์นิจศีล. การศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อและมีฝีหนองของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอ
16. นันทกร ดำรงรุ่งเรือง. การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. *ชัยภูมิเวชสาร* 2564;41:12-23.

17. พชรินทร์ วชรินทร์ยานนท์. การศึกษาภาวะติดเชื้อของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 2557;29:32-42.
18. วิชาญ จงประสาธน์สุข. การศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อของเยื่อหุ้มชั้นลึกบริเวณคอในโรงพยาบาลน่าน. ลำปางเวชสาร 2554;37(2):42-50.
19. อัศวิน เรืองมงคลเลิศ. การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม. วารสาร โรงพยาบาลนครพนม 2560;4(3):5-15.
20. จิราพร ตระการจันทร์สิริ. การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. บุรพาเวชสาร 2566;10:38-53.
21. Suetrong S, Reechaipichitkul W, Chainansamit S, et al. Deep neck infection in adults: factor associated with complicated treatment outcomes. Journal of the Medical Association of Thailand 2017;100(8):179.
22. ขวน ชีพเจริญรัตน์. ลักษณะการติดเชื้อลำคอส่วนลึกและการเสียชีวิตในโรงพยาบาลประชาชนนครราชสีมา. วารสาร หุ คอ จมูก และ ไบโหน้า 2560;18(1):44-55.
23. Atishkumar BG., Vijayalaxmi A, Pallavi K. Deep neck space infection - A retrospective study of 270 cases at tertiary care center. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg 2016;2(4):208-13.
24. Wantanamaneeekun A. Risk Factor Associated Complication of Deep Neck Infection on Elderly Patients and Out come of Treatment. Medical J of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2020; 35(3):665-78.

Clinical features, length of stay and complications in patients with deep neck infection at Warinchamrab Hospital, Ubonratchathani Province : A case-series.

Natcharee Sirapongrat¹

Received : July 4, 2023 Revised : December 20, 2023 Accepted : February 20, 2024

Abstract

Background : Deep neck infection is an emergency condition. An accurate diagnosis will ensure that patients receive appropriate treatment in time. Although at present the incidence and severity of the disease has decreased, due to higher efficiency of antibiotics, there are still a number of patients having complications.

Objective : To investigate the characteristics, clinical features, and risks factors associated with length of stay (LOS) and complications in patients with deep neck infection (DNI) at Warinchamrab Hospital, Ubonratchathani Province.

Methods : It is a case-series study of deep neck infection patients during October 1st, 2018 to December 31th, 2022. Inpatient medical records were collected. Risk factors for LOS were analyzed by an independent sample t-test (p -value < 0.05). Risk factors for complications were analyzed by multivariable Logistic regression.

Result : All 126 patients were male 57.1%. The most common underlying disease was diabetes mellitus (31%). Submandibular space was the most frequent space of infection (44.4%). Multiple space infections were found in 14.3%. The main cause was dental caries (49.2%). There are 2 complications found in this study: Sepsis was (7.1%) and upper airway obstruction (2.4%). Factors related to LOS were diabetes ($p = 0.02$), multiple space infections ($p = 0.03$) and complications ($p = 0.008$). The multivariable logistic regression analysis indicated that significant risk factors associated with the complications were multiple space infection ($OR_{adj} = 9.24$, 95%CI: 0.02-0.41, $p = 0.02$) and patients older than 60 years ($OR_{adj} = 5.3$, 95%CI: 0.03-0.75, $p = 0.02$)

Conclusion : The most common cause of DNI in Warinchamrab Hospital is dental caries. Promoting dental health will reduce the incidence. Accurate and prompt diagnosis and treatment, especially for patients with risk factors may reduce life-threatening complications.

Keywords : Deep neck infection

¹Department of Otolaryngology, Warinchamrap Hospital, Ubon Ratchathani Province.

Corresponding author: Natcharee Sirapongrat, MD, Department of Otolaryngology, Warinchamrap Hospital Sisaket road, Tambon Khamnamsab, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani, Thailand 34190. **E-mail :** fei_jang@yahoo.com

ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ณัทชัย เอื้ออารีย์¹, อาคม อารยวิชานนท์²

รับบทความ : 8 พฤศจิกายน 2566 ปรับแก้บทความ : 31 มกราคม 2567 ตอบรับตีพิมพ์ : 28 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : แม้ว่าความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักจะมีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2) เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู และ 3) เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วัสดุและวิธีการ : เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล สรรพสิทธิ์ประสงค์ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 – 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 60 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ค่าที

ผลการศึกษา : 1) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.10) 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู (ค่าเฉลี่ย 3.52) สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู (ค่าเฉลี่ย 3.21) 3) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู (ค่าเฉลี่ย 3.52) สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ (ค่าเฉลี่ย 3.03)

สรุปผล : คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้นหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง; คุณภาพชีวิต; การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง; ระยะฟื้นฟู

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

²นายแพทย์เชี่ยวชาญ สาขาประสาทวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ผู้พิมพ์ที่รับผิดชอบบทความ : นางณัทชัย เอื้ออารีย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 อีเมล : ple.UB@outlook.co.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke or Cerebrovascular Disease) เป็นภาวะการเจ็บป่วยทางระบบประสาทที่เกิดจากสมองขาดเลือดหล่อเลี้ยงทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โรคนี้จึงนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกเพราะมีอัตราการเกิดโรคสูงและทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการและอาจเสียชีวิตในระยะเวลาอันรวดเร็ว จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน⁽¹⁾ จากสถิติทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 จนถึง พ.ศ. 2562 พบว่ามีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ 43 และอัตราของภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นถึง 1.43 เท่า และมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มจำนวนมากขึ้นประมาณ 13 ล้านคนต่อปี⁽²⁾ ที่สำคัญคือประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนารวมถึงประเทศไทย⁽³⁾

สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรุนแรงเป็นลำดับ 1 ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปีพ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนจาก

โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวเห็นได้ว่า อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง นอกจากการเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรแล้ว หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังการเกิดโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽¹⁾

ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตที่เกิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายจะเห็นได้ชัดเจนที่สุดจากการที่ผู้ป่วยมีความลำบากในการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและเป็นภาระของผู้อื่น ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจได้แก่ ภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสังคมที่พบว่าผู้ป่วยอาจเกิดความไม่มั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคมหรือชุมชน เพราะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ทั้งในด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม⁽⁴⁾ และสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่บ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่บริการสุขภาพระหว่างปี 2561 – 2564 พบว่ามีผู้เสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมองที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรในช่วงอายุ 30-69 ปี เพิ่มขึ้นทุกเขตพื้นที่บริการสุขภาพ โดยเฉพาะข้อมูลสถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคที่สำคัญของเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี ตั้งแต่ปี 2561-2564 พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราสูงถึง 25.41 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับที่สาม รองจากโรคไตวาย (30.25 ต่อแสนประชากร) โรคมะเร็งท่อน้ำดีในตับ (27.81 ต่อแสนประชากร) และพบว่าในปีพ.ศ. 2561-2564

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 11,122 คน แยกเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 5,246 คน และเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน จำนวน 5,876 คน การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ.2561-2564 มีจำนวนถึง 1,404 คน และต้องกลับมานอนพักรักษาตัวซ้ำที่โรงพยาบาลเป็นจำนวนถึง 158 คน ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอเมือง นอกจากการเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตแล้ว หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่จะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังการเกิดโรคที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การดูแลรักษาต่อเนื่องจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ

การดูแลรักษาของประเทศไทยนั้นพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงวันที่กลับบ้านจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 หายใกล้เคียงปกติร้อยละ 25 และพิการร้อยละ 70 ซึ่งอัตราความพิการจะน้อยลงตามลำดับเมื่อเวลาผ่านไป⁽³⁾ ซึ่งจากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันนั้นทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มักหลงเหลือความพิการที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาวที่ต้องอาศัยการดูแลร่วมกันจากทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ ปัญหาที่ตามมาคือความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การขาดแคลนบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวนเพียงไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ทำให้เมื่อได้รับการรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตรายแล้ว โรงพยาบาลต่างๆ มักมีความจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อรองรับผู้ป่วยรายใหม่⁽⁵⁾ ซึ่งปัญหาการต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปพร้อมกับภาวะโรค ความพิการหรือความบกพร่องทางร่างกายนี้ส่งผลกระทบเป็นอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าผลลัพธ์ทางการรักษาทางด้านร่างกาย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาการแสดงของโรคสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกด้าน

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าระบบสุขภาพของประเทศไทยก็มีจุดอ่อนที่มักเน้นงานรักษาพยาบาลมากกว่างานฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้โรงพยาบาลต้องบริหารจัดการเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยระยะเฉียบพลันให้ได้มากที่สุด และพบว่า มีเพียงร้อยละ 18 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้นที่เข้าถึงบริการเวชกรรมฟื้นฟู ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อพ้นระยะวิกฤติจะถูกจำหน่ายให้กลับบ้านทันที และแพทย์ก็มักเข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถรับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านได้ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือการขาดการส่งต่อที่เป็นระบบชัดเจน อีกทั้งผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ก็มักไม่เข้าใจและไม่เห็นถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านก็จะพบว่าญาติขาดความสามารถในการดูแล เช่น การทำกายภาพบำบัด การดูแลพื้นฐานกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการขาดอุปกรณ์ช่วยในการดูแล และการปรับปรุงที่พักอาศัยให้สะดวกในการดูแลผู้ป่วย ทำให้บ่อยครั้งผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควรจนเกิดภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ⁽¹⁾

จากปัญหาดังกล่าว การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) หรือระยะฟื้นฟู จึงได้รับความสนใจเพื่อเติมเต็มช่องว่างของระบบบริการ เพราะเป็นการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติ (Acute Phase) และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนที่จำกัดการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ การทำกิจวัตรประจำวัน ลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ด้วยเหตุผลข้างต้นและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ร่างกายได้รับการฟื้นฟูอย่างดีที่สุดภายหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่ต้องกลับไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ภาวะที่ตีเหมาะสมและลดภาระของโรงพยาบาลได้ต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยเรื่องผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โครงการวิจัยด้านสังคมศาสตร์/มนุษยวิทยา (Social/Anthropological Study) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยการปฏิเสธนั้นไม่มีผลใดๆต่อการรักษาหรือบริการที่ได้รับ การเข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - posttest designs) โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูที่ใช้กับกลุ่มทดลองนั้นมีขั้นตอนที่ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการเตรียมการ ประกอบด้วย 1.1) การเตรียมพื้นที่ 1.2) การเตรียมผู้ดูแล และ 1.3) การเตรียมผู้ป่วย 2) ขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย 2.1) การเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมาย 2.2) การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม smart refer 2.3) การติดตามข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย ให้ความรู้

และคำแนะนำหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ 2.4) การติดตามข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำหลังจำหน่าย 3 เดือน 2.5) การติดตามข้อมูล ปัญหาของผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำหลังจำหน่าย 6 เดือน 2.6) การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และ 2.7) การเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประชากร

ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่อาศัยอยู่ใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้นอนรักษาตัวโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 – 31 ธันวาคม 2565

2.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) ที่ได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 – 31 ธันวาคม 2565 ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างแต่ต้องพึ่งพิงผู้ดูแลบางส่วน หรือผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โดยมีค่าคะแนน ADL (Activity of Daily Living Scale) ระหว่าง 25-70 คะแนน 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย 4) สามารถอ่านหนังสือภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ สามารถสื่อสารภาษาไทย และลงลายมือชื่อเองได้ 5) ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะรับรู้ดี สามารถตัดสินใจเองได้ และ 6) สมัครใจและยินดียินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

2.1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการทดลองและมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อเนื่องได้ เช่น ภาวะการติดเชื้อ และไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัย 3) ผู้ป่วยมะเร็ง และ 4) ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต

2.2 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงใช้หลักการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบ Power Analysis เพื่อการวิเคราะห์การแปรปรวนของค่าเฉลี่ย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of the Test) ที่ .80 และค่า Effect Size เท่ากับ .5 และทำการเปิดตาราง Power Tables สำเร็จรูปได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่าง 30 คู่ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย

2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมโดยการเลือกแบบเจาะจงจากเกณฑ์การคัดเข้าจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 60 ราย โดยระบุให้มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านและติดเตียงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Impact Scale VERSION 3.0 ประกอบด้วยข้อคำถาม 59 ข้อ ครอบคลุมใน 8 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (Strength) 2) ด้านความจำและการคิด (Memory) 3) ด้านอารมณ์และความรู้สึก (Emotion) 4) ด้านการสื่อสาร (Communication) 5) ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living; ADL) 6) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility) 7) ด้านการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (Hand Function) และ 8) ด้านความสามารถในการใช้ร่างกายโดยรวม (Ability)

ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

5 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกตามลักษณะของข้อมูลดังนี้

1. แบบประเมิน Stroke Impact Scale (SIS) ในการประเมินคุณภาพชีวิต 8 ด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของ Likert วิเคราะห์โดยการแปลความของค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับน้อย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองเป็นไปตามสมมติฐาน ใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นไปตามสมมติฐาน ใช้สถิติทดสอบที (Independent Sample t-test)

ผลการศึกษา

ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คุณภาพชีวิตผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (N=30)		กลุ่มควบคุม (N=30)	
	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ
ก่อนได้รับการดูแล	3.21	ปานกลาง	3.04	ปานกลาง
หลังได้รับการดูแล	3.52	มาก	3.03	ปานกลาง
โดยรวม	3.37	ปานกลาง	3.04	ปานกลาง

ตารางที่ 1 แสดงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.37) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.04) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองก่อนได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.21) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.52) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.04) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.03)

การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู (N=30)

รายการ	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D	T	Sig
ก่อนได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู	30	3.21	1.26	4.37	0.0001*
หลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู	30	3.52	1.21		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ (N=30)

รายการ	จำนวน (คน)	$\bar{X}$	S.D	T	Sig
กลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในระยะฟื้นฟู	30	3.52	1.21	2.536	0.014*
กลุ่มควบคุมหลังได้รับการรักษาพยาบาล ตามปกติ	30	3.03	1.33		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ที่ความเชื่อมั่น 95% หรือที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

วิจารณ์

ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองก่อนได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู อยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มควบคุมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ อยู่ในระดับปานกลาง จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีเพียงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูเท่านั้นที่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองและ

อาการจากโรคย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแม้ว่าจะผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลแต่ก็เป็นระยะเวลาที่ไม่นานพอที่จะทำให้ระบบร่างกายฟื้นฟู ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของสนทยาทองรุ่ง⁽⁶⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสัชฉาลัย สุโขทัย กลุ่มทดลองภายหลังจากที่เข้ารับโปรแกรมการปรับตัวอยู่ในระดับมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของดานิล วงศ์ษา⁽⁷⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของรังษิยา เชื้อเจ็ดตน⁽⁸⁾ ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของสุภาพร กิตติหล้า⁽⁹⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาของ

พัชรา กะท่งกา⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลขอนแก่นอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ Dayapoglu and Tan⁽¹¹⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน neurology clinic ประเทศตุรกีอยู่ในระดับปานกลาง ต่างจากการศึกษาของฮานี เวาะและ⁽¹²⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา อยู่ในระดับมาก

การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่การเตรียมพื้นที่ที่ให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การเตรียมผู้ดูแลที่มีการอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักการพยาบาล และการเตรียมผู้ป่วยที่มีชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากรูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู เหล่านี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูริณัฐ ภัคดี⁽¹³⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกันเพราะโปรแกรมการเยี่ยมบ้านนั้นได้มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลซึ่งคล้ายคลึงกับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู และการศึกษาของจารวิ คณิตาภิลักษณ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) สอดคล้องกันในแง่ของการปฏิบัติแม้ว่าเป็นคนละลักษณะกันแต่ก็ส่งผลในเชิงบวกที่จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ต่างจากการศึกษาของ

ชัตติยาพร คนเที่ยง⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลไม่มีความแตกต่างกัน ต่างกันในแง่ที่การปฏิบัติของรูปแบบการดูแลของงานวิจัยนี้ไม่ส่งผลในเชิงบวกที่จะทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

การเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ ที่ความเชื่อมั่น 95% หรือที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างจากการดูแลรักษาแบบปกติทั่วไปที่การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูนั้น มีการติดตามข้อมูลปัญหาของผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายตามหลักการดูแล INHOMESSS อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายเป็นระยะทั้ง 2 สัปดาห์ 3 เดือน และ 6 เดือน ด้วยวิธีการโทรศัพท์และลงทะเบียนบันทึกผลในการแพทย์ Tele อีกทั้งยังมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่าการดูแลรักษาแบบปกติทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของสนทยา ทองรุ่ง⁽⁶⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองภายหลังจากที่เข้ารับโปรแกรมการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของภูริณัฐ ภัคดี⁽¹³⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเยี่ยมบ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกันเพราะโปรแกรมการเยี่ยมบ้านนั้นได้มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลซึ่งคล้ายคลึงกับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูจึงทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปฏิบัติ และการศึกษาของจารวิ คณิตาภิลักษณ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) สอดคล้องกันเพราะโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูต่างก็มีกิจกรรมการให้ความรู้ในการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การอำนวยความสะดวกและการติดตามเป็นระยะที่ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มทดลองต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลของงานวิจัยนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟู ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตภายหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูไปเป็นแนวทางในการฝึกพยาบาลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระโรงพยาบาลจากการที่ผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาซ้ำ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเชิงลึกที่เป็นการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ เพื่อต่อยอดความสมบูรณ์ของงานวิจัยนี้ และควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละด้าน เช่น ด้านอารมณ์และความรู้สึก (Emotion) หรือด้านการสื่อสาร (Communication) เป็นต้น เพื่อให้ได้มาซึ่งผลการศึกษาเชิงลึกในลักษณะจำเพาะเจาะจงในแต่ละด้าน

สรุปผล

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูทั้งจากการเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกันที่เป็นกลุ่มทดลองและจากการเปรียบเทียบกับ

กลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติที่เป็นกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. โรคหลอดเลือดสมองโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 กรกฎาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th>
2. World Stroke Organization. Learn about stroke. [Online]. 2022 [cited 2023 June 21]. Available from: <https://www.worldstroke.org>
3. ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2565.
4. Kusambiza-Kiingi A, Maleka D, Ntsiea V. Stroke survivors' levels of community reintegration, quality of life, satisfaction with the physiotherapy services and the level of caregiver strain at community health centres within the Johannesburg area. *Afr J Disabil* 2017;6:296-310
5. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2565
6. สนทยา ทองรุ่ง. ผลของโปรแกรมการปรับตัวต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2556.
7. ดานิล วงศ์ษา. คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.

8. รังษิยา เชื้อเจ็ดตน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2560.
9. สุภาพร กิตติหล้า. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ].นนทบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา; 2560.
- 10.พัชรา กะท่งกาง. พฤติกรรมของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ].เชียงใหม่:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
- 11.Dayapoglu N, Tan M. Quality of life in stroke patients. Neurol India 2010;5:697-701.
12. ฮานี เวะและ. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์].ยะลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2559.
13. ภูริณัฐ ภัคดี. อิทธิพลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านต่อความสามารถด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชากิจกรรมบำบัด]. เชียงใหม่:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2558.
14. จารวี คณิตาภิลักษณ์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ].เชียงใหม่:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
15. ชัตติยาพร คนเที่ยง. รูปแบบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตำบลบ้านธิ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน [รายงานการวิจัย]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพ; 2563.

The outcomes of the continuous care model for stroke patients in the rehabilitation period that affects the quality of life of patients after being discharged from the hospital.

Nahathai Aueaarree¹, Arkhom Arayawichanont²

Received : November 8, 2023

Revised : January 31, 2024

Accepted : February 28, 2024

Abstract

Background : Although advances in medicine have improved survival rates for stroke patients, those who survive often have complications that affect their quality of life. Therefore, patients should receive continued care after being discharged from the hospital. This research aimed to 1) study the quality of life of stroke patients after being discharged from the hospital 2) compare the quality of life of the experimental group of stroke patients before and after receiving continuous care during the rehabilitation period and 3) compare the quality of life of stroke patients between the experimental group and the control group.

Materials and Methods : This study was quasi-experimental research with a group sample of 60 stroke patients who was admitted to Sunpasitthiprasong Hospital between 1 February 2022 - 31 December 2022. The research instruments were questionnaires. Collected data were analyzed by using mean, standard deviation, and t-test.

Results : 1) quality of life of stroke patients was found to be at a moderate level (mean 3.10). 2) the quality of life of the experimental group (mean 3.52) was higher than before receiving continuous care during the rehabilitation period (mean 3.21). 3) the quality of life of stroke patients in the experimental group (mean 3.52) was higher than that of the control group after receiving regular medical care (mean 3.03).

Conclusion : The quality of life of stroke patients increases after receiving continuous care during the rehabilitation period and the quality of life of stroke patients in the experimental group was higher than that in the control group.

Keywords : Stroke; Quality of Life; Continuous Care for Patients; Rehabilitation Period

¹Expert professional nurse, Community Nurse Department, Sunpasitthiprasong Hospital

²Neurologist, Sunpasitthiprasong Hospital

Corresponding author : Nahathai Aueaarree, Expert professional nurse, Community Nurse Department, Sunpasitthiprasong Hospital, Tambon Nai Muang, Ampur Muang, Ubonratchathani 34000. **Email :** ple.UB@outlook.co.th

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Stroke Impact Scale VERSION 3.0

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Stroke Impact Scale VERSION 3.0

ประกอบด้วยข้อคำถาม 59 ข้อ ครอบคลุมใน 8 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (Strength)
2. ด้านความจำและการคิด (Memory)
3. ด้านอารมณ์และความรู้สึก (Emotion)
4. ด้านการสื่อสาร (Communication)
5. ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living; ADL)
6. ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility)
7. ด้านการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (Hand function)
8. ด้านความสามารถในการใช้ร่างกายโดยรวม (Ability)

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Stroke Impact Scale VERSION 3.0

กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้มากที่สุด

1. ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (Strength)

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับปัญหาทางด้านร่างกายซึ่งเกิดจากผลของโรคหลอดเลือดสมอง

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนต่างๆในร่างกายของท่านต่อไปนี้ มีแรง มาก / น้อย แค่ไหน	มีแรงมาก ที่สุด (5)	มีแรงค่อนข้างมาก (4)	มีแรงปานกลาง (3)	มีแรงเล็กน้อย (2)	ไม่มีแรงเลย (1)	ลงรหัส
1. แขนข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรง						
2. การใช้มือจับของข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรง						
3. ขาข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรง						
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนต่างๆในร่างกายของท่านต่อไปนี้ มีแรงมาก / น้อย แค่ไหน	มีแรงมาก ที่สุด (5)	มีแรงค่อนข้างมาก (4)	มีแรงปานกลาง (3)	มีแรงเล็กน้อย (2)	ไม่มีแรงเลย (1)	ลงรหัส
4. เท้า / ข้อเท้าข้างที่เป็นอัมพาตอ่อนแรง						

2. ด้านความจำและการคิด (Memory)

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความจำและการคิดของท่าน

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหน ในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบาก เลย (5)	ลำบากเล็กน้อย (4)	ลำบากปานกลาง (3)	ลำบากค่อนข้างมาก (2)	ลำบากมากที่สุด (1)	ลงรหัส
5. จำสิ่งต่างๆที่คนอื่นเพิ่งบอกได้						
6. จำสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเมื่อวานได้						
7. จำได้ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง (เช่น ไปพบแพทย์ตามนัด/กินยา)						
8. จำวันต่างๆในสัปดาห์ได้						
9. มีสมาธิ						
10. คิดอย่างรวดเร็ว						
11. แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นประจำวัน						

3. ด้านอารมณ์และความรู้สึก (Emotion)

คำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นหรือที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของท่านหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยแค่ไหน	ไม่เกิดเลย (5)	เกิดน้อยมาก (4)	เกิดบางครั้ง (3)	เกิดบ่อย (2)	เกิดตลอดเวลา (1)	ลงรหัส
12. รู้สึกเศร้าเสียใจ						
13. รู้สึกว่าไม่มีคนที่สนิท						
14. รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น						
15. รู้สึกว่าตนเองไม่มีอนาคต						
ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นกับท่านบ่อยแค่ไหน	ไม่เกิดเลย (5)	เกิดน้อยมาก (4)	เกิดบางครั้ง (3)	เกิดบ่อย (2)	เกิดตลอดเวลา (1)	ลงรหัส
16. รู้สึกตำหนิตนเองในความผิดที่เคยทำ						
17. สนุกกับการทำสิ่งต่างๆอย่างที่เคยทำ						
18. รู้สึกกระสับกระส่าย						
19. รู้สึกว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความ						
20. ยิ้มและหัวเราะอย่างน้อยวันละครั้ง						

4. ด้านการสื่อสาร (Communication)

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการสื่อสารของท่านกับคนอื่น รวมถึงความสามารถของท่านในการเข้าใจสิ่งที่ท่านอ่านและได้ยินจากการสนทนา

ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหน ในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบาก เลย (5)	ลำบาก เล็กน้อย (4)	ลำบาก ปานกลาง (3)	ลำบาก ค่อนข้างมาก (2)	ลำบาก มากที่สุด (1)	ลงรหัส
21. ระบุชื่อคนที่อยู่ตรงหน้าของท่าน						
22. เข้าใจสิ่งที่ผู้อื่นกำลังพูดกับท่าน						
23. ตอบคำถามได้						
24. บอกชื่อสิ่งของต่างๆอย่างถูกต้อง						
25. ร่วมพูดคุยในวงสนทนา						
26. คุยทางโทรศัพท์						
27. โทรศัพท์ไปหาผู้อื่นรวมทั้งเลือกเบอร์โทรและต่อโทรศัพท์ได้อย่างถูกต้อง						

5. ด้านการใช้ชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living; ADL)

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหน ในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบากเลย (5)	ลำบากเล็กน้อย (4)	ลำบากปานกลาง (3)	ลำบากค่อนข้างมาก (2)	ลำบากมากที่สุด (1)	ลงรหัส
28. หั่นอาหารด้วยมีด, ใช้ช้อน หรือส้อม						
29. ใส่เสื้อเอง						
30. อาบน้ำเอง						
31. ตัดเล็บเท้าเอง						
32. ไปเข้าห้องน้ำได้ทันเวลา						
33. ควบคุมการกลืนปัสสาวะ (ไม่ปัสสาวะรด)						
34. ควบคุมการกลืนอุจจาระ (ไม่อุจจาระรด)						
35. ทำงานบ้านเบาๆ (เช่น กวาดบ้าน, ปูพรม, เทขยะ, ล้างจาน)						
36. ไปซื้อของ						
37. ทำงานบ้านที่ใช้แรง (เช่น ถูบ้าน, ซักผ้า)						

6. ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Mobility)

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหว ทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน (ในชุมชน) ของท่าน

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหน ในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบากเลย (5)	ลำบากเล็กน้อย (4)	ลำบากปานกลาง (3)	ลำบากค่อนข้างมาก (2)	ลำบากมากที่สุด (1)	ลงรหัส
38. นั่งโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)						
39. ยืนโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)						
40. เดินโดยไม่เอน/ล้ม (เสียสมดุล)						
41. ลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้						
42. เดินได้ 1 ช่วงตึก (500 เมตร)						
43. เดินอย่างรวดเร็ว						
44. เดินขึ้นบันได 1 ชั้น						
45. เดินขึ้นบันไดหลายชั้น						

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหน ในการทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่ลำบาก เลย (5)	ลำบาก เล็กน้อย (4)	ลำบาก ปานกลาง (3)	ลำบาก ค่อนข้าง มาก (2)	ลำบาก มากที่สุด (1)	ลงรหัส
46. ขึ้นและลงรถ						

7. ด้านการใช้งานของมือข้างที่อ่อนแรง (Hand function)

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับความสามารถในการใช้มือข้างที่เป็นอัมพาตหรืออ่อนแรงของท่าน

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความลำบากแค่ไหน ในการใช้มือข้างที่อ่อนแรงทำสิ่งต่อไปนี้	ไม่มีเลย (5)	มีน้อยมาก (4)	มีบ้าง บางครั้ง (3)	มีบ่อย (2)	มีตลอดเวลา (1)	ลงรหัส
47. หิ้วหรือยกของหนัก (เช่น ถุงใส่ ของจ่ายตลาด) หรือถุงที่ใส่ของมากๆ						
48. หมุนลูกบิดประตู						
49. เปิดกระป๋องหรือเปิดขวด						
50. ผูกเชือกรองเท้า						
51. หยิบเหรียญ						

8. ด้านความสามารถในการใช้ร่างกายโดยรวม (Ability)

คำถามต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับผลของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อความสามารถในการเข้าร่วมในกิจกรรมที่เคยทำ,
สิ่งที่มีความหมายต่อท่านและช่วยให้ท่านมีเป้าหมายในชีวิต

ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมี ข้อจำกัดในเรื่องต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย (5)	มีน้อยมาก (4)	มีบ้างบางครั้ง (3)	มีบ่อย (2)	มีตลอดเวลา (1)	ลงรหัส
52. การทำงานของท่าน (ทั้งที่ได้รับ ค่าตอบแทนหรือไม่ได้รับ)						
53. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม						
54. การทำงานอดิเรกที่ทำคนเดียว (อ่านหนังสือ, แกะสลัก)						
55. การทำงานอดิเรกที่ทำร่วมกับ ผู้อื่น (เล่นกีฬา, ไปเที่ยวนอก บ้าน, การเดินทาง)						
ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีข้อ จำกัดในเรื่องต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย (5)	มีน้อยมาก (4)	มีบ้างบางครั้ง (3)	มีบ่อย (2)	มีตลอดเวลา (1)	ลงรหัส
56. การแสดงบทบาทของท่านใน ฐานะสมาชิกในครอบครัวหรือ ฐานะเพื่อน						

57. การเข้าร่วมในกิจกรรมทางจิตวิญญาณหรือทางศาสนา (เช่น ทำบุญ, สวดมนต์)						
58. ความสามารถในการดำเนินชีวิตของตัวท่านเองตามที่ต้องการ						
59. ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น						

การฟื้นตัวดีขึ้นหรือการหายจากโรคหลอดเลือดสมอง

จากการแบ่งระดับ 0-100 (100 หมายถึงการฟื้นตัวหรือหายอย่างสมบูรณ์ และ 0 หมายถึงไม่มีการฟื้นตัวหรือไม่ดีขึ้นเลย) ท่านคิดว่าตัวท่านมีการฟื้นตัวหรือดีขึ้นอยู่ในระดับใด โปรดเขียนค่าคะแนนที่เป็นตัวเลขที่ด้านข้างของเส้น

.....100 หายอย่างสมบูรณ์

.....

.....90

.....

.....80

.....

.....70

.....

.....60

.....

.....50

.....

.....40

.....

.....30

.....

.....20

.....

.....10

.....

.....0 ไม่ดีขึ้นเลย

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้พิจารณาบทความให้วารสารสรรพสิทธิเวชสารในปี พ.ศ.2566

ในรอบปี พ.ศ. 2566 (มกราคม-ธันวาคม 2566) วารสารสรรพสิทธิประสงค์ได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาและประเมินบทความ ซึ่งแต่ละเรื่องได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน

ในการนี้ กองบรรณาธิการสรรพสิทธิเวชสาร ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ช่วยพิจารณาและประเมินบทความ ดังรายนามต่อไปนี้

พญ.นิษฐา นิภาวงศ์	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
ผศ.ดร.พลากร สืบสำราญ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พญ.รุ่งฤดี จีระทรัพย์	กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น
นพ.พัฒนชัย อึ้งเจริญวัฒนา	กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
พญ.ศรัญญา ประทัยเทพ	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ดร.ศักดิ์สิทธิ์ ศรีภา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พญ.อรพรรณ อัสวกุล	กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
อาจารย์อภิรดี เจริญกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ขอแสดงความนับถืออย่างสูง

อาคม อารยาวิชานนท์

บรรณาธิการวารสาร