

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงหลังใส่ฝือก : กรณีศึกษา	1
บุญสม พวงนาค	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะข้อช็อค : กรณีศึกษา	5
สายฝน มุสิกาสวัสดิ์	
การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง : กรณีศึกษา	9
มานิตา สิริวิบูลย์ฤทธิ์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว : กรณีศึกษา	14
อนงค์ แยมสว่าง	
การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา	19
พัชรพร ทักษิณานุกุล	
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา	23
ปัทมา เสนะคุณ	
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะข้อช็อค : กรณีศึกษา	29
จิราพร เกิดศิริ	
ผลการใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในมารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกใน Elective case ที่ห้องพักรับรองโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ	32
นัยนา ประจวบ	
การพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	40
ณกานต์ชญาน์ นววัชรินทร์ ,สุฤทัย รัตนโอภาส ,สุพาณี น้อยเอียด	
การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทอง	52
คมคาย สิทธิโชค	
การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	57
ชยานันท์ อัมธนพัฒน์	
การศึกษาผลการระงับปวดในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกน้ำตื้นผ่านการส่องกล้องโดยการฉีดยาชาบริเวณผิวหนังก่อนการผ่าตัดเปรียบเทียบกับวิธีการฉีดยาชาบริเวณชั้นผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด	64
เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์	
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช	69
ภาณุพงศ์ ฉัตรอารียกุล	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 15 (ปีที่ 6 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – เมษายน 2564 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง หลังใส่ฝือก ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะข้ออักเสบ ผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว มารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะข้ออักเสบ การใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค การผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ การระงับปวดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดี ผ่านการส่องกล้องโดยการฉีดยาชา ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงหลังใส่เฝือก : กรณีศึกษา Nursing care of patient with compartment syndrome post cast : case study

(Received: March 10,2021 ; Accepted: April 13,2021)

บุญสม พวงนาค, พย.บ.

Mrs. Boonsom Phuangnak

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงหลังใส่เฝือก

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี เข้ารับการตรวจที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 6 มกราคม 2563 ด้วยประวัติว่าผู้ป่วยปวดขาข้างขวาที่ใส่เฝือกมาก 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติตกจากบันได และเข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกทibia ส่วนต้นหัก ได้รับการใส่เฝือกขาขวาไว้ การพยาบาลผู้ป่วยได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง โดยมีภาวะอวัยวะส่วนปลายบวม ปวด ชีต ขา สัมผัสเย็น ตรวจพบ sensory function ที่ผิดปกติพยาบาลประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ป้องกันการตกเปลนอน จัดท่าทางให้ผู้ป่วยสบาย จำแนกประเภทผู้ป่วยตามมาตรฐาน และจัดเตรียมความพร้อมของเวชระเบียน ประสานกับแพทย์เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการตรวจทันที ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจ แพทย์วินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยมีภาวะกระดูกทibia ส่วนต้นหักชนิดปิดร่วมกับมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง พยาบาลตัดเฝือกบริเวณขาขวาระดับครึ่งไม่เกิดภาวะบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและหลอดเลือด ประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงซ้ำ พบว่ากล้ามเนื้อ tibialis anterior แข็งตึง คลำ dorsalis pedis pulse เบา ระดับ 1 ทดสอบ Blanching test นานกว่า 3 วินาที ทดสอบ motor function พบว่าผู้ป่วยกระดกข้อเท้าได้น้อย ใส่ Posterior long leg slab อย่างถูกวิธี แพทย์วางแผนให้รักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด fasciotomy ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะหลังตรวจ ดูแลนำผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ยาแก้ปวดชนิด morphine ประเมินผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด ไม่พบภาวะดังกล่าว หลังจากนั้นติดต่อประสานงานเพื่อรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาล และนำส่งไปหผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง, ใส่เฝือก

Abstract

This study aimed to study nursing care process in patient compartment syndrome post cast

Result : Case study. The male patient 35 year olds visited to Orthopedic Out Patient Department in King Narai Hospital on 6 January 2020. Severe pain and swelling post long leg cast was presented 2 days prior to visitation. Closed fracture of right proximal tibia from falling was diagnosis and long leg cast was done in private hospital. Nursing care were planned in 3 period. Nursing care before check up was the first period. There were signs and symptom of compartment syndrome, right limb swelling, pain, pale, paresthesia, pallor, abnormal sensory function were presented. Closely monitoring, falling prevention, positioning perform and clinical classification were done. Then medical record preparation and emergency coordinated for doctor examination were managed. Nursing care during check up was secondary period. Closed fracture of right proximal tibia and compartment syndrome were diagnosis. Carefully cut splints was done by nurse. No muscle injured and vessel injured were occurred. After that compartment syndrome was re-check. There were tibialis anterior muscle rigidity, dorsalis pedis pulsation grade 1 and blanching test more than 3 second. Minimal ankle flexion was showed by motor function test. Posterior long leg slab was done. Emergency fasciotomy was planned after admission. Nursing care post check up was the third period. Patient was transfer to Emergency Room for Morphine injection. Closely side effect monitoring was performed. No side effect. Coordination for admission and safety caring during patient transferred to Female Orthopedic Department.

Keyword: Compartment syndrome, Cast

บทนำ

ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (compartment syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญที่พบได้ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกหักแบบเปิดและแบบปิด โดยภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงเป็นภาวะที่ความดันในช่องระหว่างมัดกล้ามเนื้อของร่างกายสูงขึ้นภายในเนื้อที่จำกัดหรือมีผลต่างของความดันเลือดในช่องกล้ามเนื้อ (diastolic blood pressure) กับความดันในช่องกล้ามเนื้อ (abdominal compartment syndrome) มากกว่า 30 mmHg หรือความดันในการกำซาบ (perfusion pressure) น้อยกว่า 20 mmHg ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดและการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นสูญเสียไป (poor tissue perfusion) ทำให้กล้ามเนื้อ เส้นประสาท หลอดเลือดขาดเลือดมาเลี้ยงและตายไปในระยะเวลาอันรวดเร็ว โดยภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงจะมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญดังนี้ อาการปวด (pain) จะเป็นอาการนำที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยจะมีการปวดรุนแรงแม้กระทั่งในขณะพัก หรือรู้สึกปวดมากเมื่อกดกล้ามเนื้อถูกยืดออก และให้ยาบรรเทาปวดไม่ทุเลาลง อาการชา (paresthesia) จะเป็นอาการนำที่มักเกิดขึ้นร่วมกับอาการปวดในระยะแรก ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเจ็บลดลงความไวต่อการสัมผัสลดลง ผิวหนังส่วนปลายซีด (pallor) แสดงถึงภาวะที่เลือดไปเลี้ยงได้ลดลง อาการอ่อนแรง (paralysis) เกิดจากภาวะเส้นประสาทถูกทำลาย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ คลำชีพจรไม่ได้ (pulselessness) พบในรายที่มีอาการรุนแรง ระบบไหลเวียนเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้ อาการบวม (swelling) จากภาวะเลือดคั่งไหลกลับไม่ได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงจะทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ ระบบประสาทสูญเสียหน้าที่ เกิดความพิการ เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกหักและข้อทั้งหมด ได้แก่กลุ่มที่มีความเสี่ยงตามวัย กลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อเอ็น กระดูก รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ติดตามผลการรักษา เป็นต้น กลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักและได้รับการใส่เฝือก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง จากสถิติของห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปีงบประมาณ 2560-2562 พบผู้ป่วยกระดูกหักและมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ร้อยละ 0.6 , 0.72 และ 0.84 ตามลำดับ

ผู้ป่วยก่อนพบแพทย์จึงต้องมีการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงอย่างรวดเร็ว เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างถูกต้องและจัดลำดับความสำคัญในการตรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการดูแลผู้ป่วยในขณะที่แพทย์ตรวจและดูแลผู้ป่วยภายหลังแพทย์ตรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงอย่างทันที่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงหลังใส่เฝือก

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 35 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 6 มกราคม 2563 เวลา 09.45 น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก ด้วยประวัติปวดขาข้างขวาที่ใส่เฝือกมาก 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติตกบันไดและเข้ารับการรักษาคือโรงพยาบาลเอกชนได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกที่เบียดส่วนต้นหัก ได้รับการใส่เฝือกบริเวณขาข้างขวาไว้ในขณะอยู่บ้านผู้ป่วยปวดขาข้างที่ใส่เฝือกมาก ขาขวาบวมครั้งนี้ผู้ป่วยมารักษาตามสิทธิบัตรทอง

แรกรับผู้ป่วยชายไทยสีหน้าไม่สุขสบายบอกว่าปวดขาข้างขวา (ข้างที่ใส่เฝือก) มากทานยา Brufen 500 mg 1 เม็ดมาจากบ้าน on long leg cast ไว้

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจ

1. ประเมินสภาพร่างกายแรกรับ ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย ทำหน้านิ้วคิ้วขมวด ค่อนข้างกระสับกระส่าย บอกว่าปวดขาที่ใส่เฝือกมาก Numeric pain score 8 คะแนน ดูแลเปลี่ยนการถนุเป็นรถนอน ใส่ไม้กันเตียงทั้งสองข้างป้องกันอุบัติเหตุ ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะ compartment syndrome ประเมินปลายเท้าข้างขวาพบว่าปลายเท้าบวมมาก บวมแน่นคับเฝือก (swelling) ปลายเท้าซีด (pale) ผู้ป่วยรู้สึกปลายเท้าชาขยับนิ้วเท้าไม่ได้ จับชีพจรไม่ได้ (paresthesia) สัมผัสปลายเท้าเย็น (polar)

2. ตรวจร่างกายด้วยวิธี pinprick test โดยใช้เข็มจิ้มบริเวณ lateral surface ของนิ้วหัวแม่มือเท้าขวา และด้าน medial surface ของนิ้วชี้เท้าขวา พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกเพียงเล็กน้อย (sensory function ผิดปกติ) ทดสอบ motor function ยังไม่ได้ เนื่องจากยังใส่ long leg cast

3. ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/62 มิลลิเมตรปรอท

4. ป้องกันความเสี่ยงจากการตกเปลี่ยนเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวด ค่อนข้างกระสับกระส่าย จึงไม่กล้าเปลี่ยนทั้งสองข้าง จัดทำการนอนให้อยู่ในท่าสุขสบาย

5. จำแนกประเภทผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจพันที่จึงจัดเตรียมเวชระเบียนบันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานการบันทึกประสานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าตรวจพันที่

6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเรื่อง อาการปวด สาเหตุของการปวด อธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุของการปวด แผนการดูแลในขณะนี้

การพยาบาลผู้ป่วยในขณะแพทย์ตรวจ

ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจในเวลา 10.30 น. ผู้ป่วยยังกระสับกระส่าย ร้องปวดขา ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ closed fracture of right distal tibia with compartment syndrome วางแผนแก้ไขในภาวะฉุกเฉินโดยการตัดแผล

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตัดแผลโดยเตรียมอุปกรณ์ในการตัดแผลให้พร้อม ดูแลผู้ป่วยก่อนการตัดแผลโดยชี้แจงให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจเหตุผลของการตัดแผล ประเมินสัญญาณชีพ ชีพจร 112 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/78 มิลลิเมตรปรอท ตัดแผลอย่างระมัดระวังและถูกวิธี ระวังการเกิด muscle injury และ vessel injury ใช้เวลาในการตัดแผล 10 นาที

2. ประเมินภาวะ compartment syndrome ข้างหลังตัดแผลพบว่า บริเวณต้นขาขวาบวมมาก กล้ามเนื้อ rectus femoris แข็งตึง รวมทั้งกล้ามเนื้อ tibialis anterior กดเจ็บและแข็งตึง คลำ dorsalis pedis artery บริเวณปลายเท้าได้ระดับ 1 ปลายเท้าเย็น ชีตผู้ป่วยขยับปลายเท้าได้น้อย ประเมินการไหลเวียนเลือดส่วนปลายเท้าโดยการทำ blanching test ใช้นิ้วกดที่ปลายนิ้วเท้าของผู้ป่วยพบว่าเล็บซีดลงเมื่อปล่อยนิ้วมือพบว่าเล็บยังซีดนานกว่า 3 วินาที ทดสอบ sensory function ข้างพบว่าผู้ป่วยรู้สึกทดสอบ motor function โดยให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าแล้วเหยียดนิ้วเท้าออก พบว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้น้อย ทดสอบความรู้สึกโดยวิธี pinprick two point ถึง discrimination test พบว่าผู้ป่วยบอกตำแหน่งที่สัมผัสได้ไม่ชัดเจน

3. ภายหลังตัดแผล ดูแลใส่ posterior long leg slab ตั้งแต่ต้นขาถึงปลายเท้า จัดให้เข้าอยู่ในท่า knee flexion เล็กน้อย ใช้ผ้าก๊อชรองบริเวณสันเท้า (heel) เพื่อป้องกันภาวะ pressure injury ระวังไม่ให้แผลกดบริเวณ common peroneal nerve (ตำแหน่งบริเวณ head of

fibula ลงมา 5 เซนติเมตร) เพื่อป้องกันภาวะ foot drop หลังจากนั้นจัด position ผู้ป่วยโดยจัดขาให้เหยียดตรงไม่ยกขาสูง

4. แพทย์วางแผนให้ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัด fasciotomy (on call) สอบถาม last meal เวลา 07.30 น. แนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารตั้งแต่นั้นนี้เป็นต้นไป ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล ได้อธิบายแผนการรักษาให้ทราบอย่างละเอียด โดยอธิบายถึงรายละเอียดของอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับ การผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยกับแพทย์จนเข้าใจ

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังแพทย์ตรวจ

ผู้ป่วยยังมีอาการปวดขาขวามาก pain score 8-9 คะแนน ขาขวาใส่ posterior long leg slab พัน elastic bandage ไว้ไม่ให้แน่นมาก แพทย์วางแผนให้ยาแก้ปวด MO 5 mg IV stat และ admit เข้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา

1. ดูแลนำส่งผู้ป่วยไป ER เพื่อให้ MO 5 mg IV ประเมินสัญญาณชีพก่อนนำส่ง ชีพจร 106 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/78 มิลลิเมตรปรอท ภายหลังฉีดยาประเมิน ภาวะความดันโลหิตต่ำ การหายใจช้าลง ผื่นคันตามร่างกาย อาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบภาวะดังกล่าว ความดันโลหิต หลังให้ยา 132/71 มิลลิเมตรปรอท

2. ประสานศูนย์ admit และหอผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ อาการและแผนการรักษาพยาบาล

3. ดูแลนำส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา อย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ มีประเด็นสำคัญของการดูแล ดังนี้

ผู้ป่วยมีประวัติ closed fracture of right proximal tibia และได้รับการใส่ long leg cast ไว้นาน 2 วัน หลังจากนั้นผู้ป่วยมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงซึ่งในตำแหน่งของ lower leg เป็นตำแหน่งที่พบการบาดเจ็บได้บ่อย และมีอัตราการเกิด compartment syndrome สูง ภาวะนี้ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางออร์โธปิดิกส์ (Pechar J., Lyons MM, 2016) สาเหตุของการเกิดภาวะนี้มาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ทักษะ (skill) ของผู้ใส่ ซึ่งการใส่แผลบริเวณขาถือว่าเป็นขั้นตอนที่ต้องให้ความระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากกายวิภาค บริเวณขาจะแบ่งออกเป็น 5 ส่วน (Compartment) ดังนี้ anterior, lateral, superficial posterior, deep posterior และ tibialis posterior ซึ่งภายหลังการใส่แผล size ของ compartment มีขนาดเล็กลงจากการใส่แผลที่มีความแน่นมากเกินไป ทำให้มีการเพิ่มของแรงดันในช่องกล้ามเนื้อ (Parsons TA., 1991) อีกประการหนึ่งอาจมาจากผู้ป่วยขาด

ความรู้ในการประเมินอาการแสดงนำของภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง จึงทำให้มีการรักษาภายหลังมีอาการแล้ว 2 วัน ถือว่าค่อนข้างล่าช้า เป็นประเด็นที่ต้องนำไปทบทวนอุบัติการณ์และวางแผนแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจด้วยอาการแสดงของภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงอย่างชัดเจน โดยมาด้วยอาการปวด รับประทานยาแก้ปวด (Brufen) อย่างต่อเนื่องที่บ้านมานาน 2 วัน ในผู้ป่วยที่ได้รับยาบรรเทาอาการปวด เช่น กลุ่ม NSAIDs และ/หรือยากลุ่ม Opioid อาการปวดอาจลดลง (ยูทชัย ไชยสิทธิ์, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์, 2555) ซึ่งส่งผลให้การประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงไม่ชัดเจน พยาบาลห้องตรวจจึงได้ประเมินอาการและอาการแสดงอื่นร่วมด้วย โดยประเมินอาการชา (paresthesia) ด้วยวิธีทดสอบความรู้สึก (pinprick test) การทดสอบให้ผู้ป่วยบอกความแตกต่างระหว่างปลายเท้า (two-point discrimination test) รวมทั้งประเมินการรับรู้ของประสาทสัมผัส โดยให้ผู้ป่วยหลับตาแล้วใช้เข็มกลัดสัมผัสไปบริเวณปลายเท้า พบว่าผู้ป่วยบอกตำแหน่งที่สัมผัสได้ไม่แน่นอน นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า บริเวณปลายเท้าขาขวาขีด สัมผัสเย็นมากกว่าปลายเท้าข้างซ้าย (poikilo themia) ซึ่งจากการประเมินอย่างละเอียดทำให้จำแนกประเภทผู้ป่วยตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้อง มีการดูแลเบื้องต้น มีการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของเวชระเบียน ประสานกับแพทย์อย่างเร่งด่วน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจและแก้ไขภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงอย่างรวดเร็ว

ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขขั้นต้นโดยการตัดแผลซึ่งเป็น procedure ที่มีความเสี่ยง ต้องมีความระมัดระวังอย่างมาก เนื่องจากอาจเกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อและหลอดเลือด (Parsons TA, 1991; Leona M., 1994) พยาบาลจึงมีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และตัดแผลด้วยความระมัดระวัง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการตัดแผล

เอกสารอ้างอิง

- ยูทชัย ไชยสิทธิ์, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์.(2555). ภาวะความดันในกล้ามเนื้อสูง: แนวคิดและการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล. 39(3); 65-74.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์.(2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เป้าทอง, ทัดถณ พละไชย, ฉัตรชัย แป้งหอม, จุฑามาศ นุชพล.(2561). ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์: บทบาทพยาบาลในการประเมินและการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก. 19(3); 17-24.
- Judge NL.(2007). Neurovascular assessment. Nursing Standard. 21(45); 39-44.
- Leona M., Gettrust KV.(1994). Orthopedic Nursing. New York: Delmer. p 29-37.
- Parsons TA(1991). Basic casting technique. Aust. Fam physician. 270-1.
- Pechar J., Lyons MM. (2016). Acute compartment syndrome of the lower leg: a review. J.Nur.Pract. 265-70.

ก่อนเพื่อความร่วมมือของผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการตัดแผล

สรุป

ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงภายหลังการใส่แผล แม้ว่า จะเป็นภาวะที่พบได้น้อย แต่จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านออร์โธปิดิกส์ ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน พยาบาลหน่วยงานผู้ป่วยนอก เป็นบุคลากรที่สำคัญในบริการด้านหน้าที่ต้องประเมินความผิดปกติของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม หากสามารถประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงได้ตั้งแต่ในระยะแรกๆ สิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีที่ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามดังกล่าวข้างต้น ไม่ต้องสูญเสียอวัยวะ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551) ดังตัวอย่างกรณีศึกษา นี้พยาบาลผู้ป่วยนอก สามารถใช้ทักษะและการตรวจร่างกายอย่างครอบคลุมก็สามารถประเมินภาวะนี้ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ และแก้ไขภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา นี้ มีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบบริการ ดังนี้

1. ควรสร้างระบบบริการในเครือข่ายร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐบาลและเอกชน เพื่อร่วมทบทวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ทบทวนผลลัพธ์การดูแลและวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
2. ควรมีการประเมินความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงโดยใช้แบบประเมินที่เป็นสากลซึ่งใช้หลัก “five P 5” ที่พัฒนาโดย Judge เป็นแบบประเมินชนิด Check list (ใช่/ไม่ใช่) เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Judge NL, 2007; อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2561)

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะช็อค: กรณีศึกษา Nursing Care in Total Hip Replacement with Shock : Case study

(Received: February 4,2021 ; Accepted: March 8,2021)

สายฝน มุสิกาสวัสดิ์, พย.บ.

Mrs. Saifon Musikasawat

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะช็อค

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 57 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 ด้วยอาการปวดบริเวณสะโพกขวา 1 เดือน แพทย์วินิจฉัยว่ามีกระดูกสะโพกข้างขวาถึงขั้นมาทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างขวาโดยเปลี่ยนทั้งหัวสะโพกและเบ้าสะโพก ผู้ป่วยมีประวัติโรคประจำตัว คือ โรคหอบหืดเรื้อรังระยะที่ 2 12 ปีโรคตับแข็ง เบาหวานและความดันโลหิตสูงในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำเสี่ยงต่อการเสียเลือดง่าย ได้ปรึกษาอายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์ร่วมประเมินผู้ป่วย ได้รับการให้เกล็ดเลือดทดแทนจนเกล็ดเลือดอยู่ในระดับปกติผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อผ่าตัดอย่างปลอดภัย ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในวันที่ 7 พฤศจิกายน 2562 ในระหว่างผ่าตัดพบมีการเสียเลือดประมาณ 1,200 ซีซี ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดมาก ร่วมกับมีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จึงใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด Volume's respirator นาน 48 ชั่วโมงจึงหย่าเครื่องช่วยหายใจและสามารถนำท่อหลอดลมออกได้ ผู้ป่วยได้รับการให้สารน้ำทดแทน, เม็ดเลือดและเกล็ดเลือดจนผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากไตวาย ในระยะหลังผ่าตัดได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางบาดแผลไม่พบภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2562 รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 11 วัน

คำสำคัญ: การตายของหัวกระดูกข้อสะโพก, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

Abstract

This study aimed to study nursing care process in patient Total Hip Replacement with Shock

Result : A 57 years old male patient admitted in King Narai Hospital in 3 December 2019. Patient presented with chronic right hip pain, refer pain to leg for a month. Avascular necrosis both hip was diagnosis and right Total hip replacement was planned. Underlying disease was Asthma prolong steroid used 12 year, Cirrhosis, Diabetes mellitus, Hypertension Risk of tendency bleeding due to thrombocytopenia was found in pre-operation period. Problem solving was done under multidisciplinary team (Medication and Anesthesiologist) by evaluation and platelet concentrate replacement until normal level of platelet. Safety Pre- Operation was done for safety surgery Right total hip replacement was done on 3 December 2019. Estimate blood loss were 1,200 ml. Hypovolemic shock and hypoxia were occurred in post-operation period. Ventilator support was done for 48 hours. Weaning respirator was performed and extubation was succeeded. Fluid resuscitation and blood transfusion were performed until improved circulation status. Acute renal failure, wound infection and hip dislocation were not found. Discharge planning was planned for long term complication prevention. Patient and family were ready to self care then discharge on 14 December 2019 length of stay were 11 days.

Key word : Avascular necrosis , Total hip replacement

บทนำ

ในปัจจุบันโรคหัวใจกระดูกข้อสะโพกตายจากขาดเลือดไปเลี้ยง มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ มักจะไม่ค่อยให้ความสนใจที่จะรักษาอย่างจริงจังและไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ปล่อยให้อาการของโรคดำเนินต่อไปจนกระทั่งมีอาการเจ็บปวดสะโพกมากขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อย จนผู้ป่วยอาจเกิดความพิการจากข้อสะโพกยึดติด กล้ามเนื้อสะโพกอ่อนแรง เดินไม่ได้ (รัฐสุรงค์ บุญจันทร์, 2552) ดังนั้นการดูแลที่ดีที่สุดคือการป้องกันและการดูแลในกรณีที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราชในปี 2559-2561 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจกระดูกตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง จำนวน 28 ราย, 26 รายและ 31 ราย ตามลำดับซึ่งทุกรายได้รับการรักษาโดยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือ การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถประเมินปัญหาและแก้ไขได้ทันที ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น คือ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการระงับความรู้สึกภาวะช็อคจากการเสียเลือด ภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดหลังผ่าตัด ภาวะแผลติดเชื้อและข้อสะโพกเทียมติดเชื้อ การพยาบาลผู้ป่วยต้องครอบคลุมองค์รวม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้ตามสภาพร่างกายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะช็อค

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 57 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 ด้วยอาการปวดลิ้นบริเวณขาหนีบข้างขวา ปวดก้น ขวาร้าวมาที่หน้าขาขวา 1 เดือน แพทย์นัดมาทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีประวัติเป็นโรคหอบ ซ้ำยาสเตียรอยด์มารับประทานเองหยุดยามาประมาณ 12 ปี ไม่มีอาการหอบ ผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็ง เบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย แพทย์วินิจฉัยเป็น Avascular necrosis with cirrhosis, diabetic malletus and hypertension ผลการตรวจ CXR พบ Enlarge cardiac shadow, EKG พบ Abnormal ECG และผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ Platelet count $75,700 \text{ cell/mm}^3$, PT 15.7 sec.(ค่า

ปกติ 10.3-13.5 sec), PTT 33.4 sec.(ค่าปกติ 23.6-33.5 sec) และ Hct = 21.4% ก่อนทำการผ่าตัดผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือด ผิดปกติและซีด อาจทำให้เกิดภาวะเลือดหยุดยาก จึงได้ปรึกษา อายุรแพทย์ วัสดุแพทย์ แพทย์ร่วมดูแลให้ FFP 3 units, PRC 2 units, Platelet conc. 5 units และ Vit K₁ 10 mg. (v) 3 วัน ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตะโพกทั้งสองข้าง แนะนำให้ผู้ป่วยพักข้อในระยะที่มีอาการปวดมากๆ ให้งดใช้งานและใช้หมอนรองขาข้างที่ปวด วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ แผนการรักษา การผ่าตัดและการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ทีมผู้ดูแลได้สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุพยาธิสภาพของโรค อาการ อาการแสดง แผนการรักษา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียม รวมทั้งการปฏิบัติตนก่อนและหลังทำผ่าตัด ให้รับทราบข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจและคลายความวิตกกังวล

ในวันผ่าตัดก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดได้ตรวจสอบเวชระเบียน ป้ายผูกข้อมือระบุตัวผู้ป่วย การเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัด สอบถามการงดน้ำและอาหารตั้งแต่เวลา 24.00 น. On 5% D₅/N₂ 1,000 ml (v) 80 ml/hr. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/66 มิลลิเมตรปรอท DTX = 106 mg% Hct = 28.9% , Platelet count = $161,000 \text{ cell/mm}^3$ PT = 11.3 sec. (ค่าปกติ 10.3-13.5 sec), PTT = 28.4 sec. (ค่าปกติ 23.6-33.5 sec)

หลังทำผ่าตัด Total hip replacement under general anaesthesia พบปัญหาผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดมากขณะทำผ่าตัดจำนวน 1,200 ml. ร่วมกับขดระบายเลือดมีเลือดออกเพิ่ม 200 ml. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย พบว่ายังไม่ค่อยรู้สึกตัว ช่วยแพทย์แทง central line เพื่อให้สารน้ำและเลือดอย่างเพียงพอ วัดสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินความก้าวหน้าของภาวะช็อค สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 92/64 มิลลิเมตรปรอท ปลายมือปลายเท้าเย็น keep warm Hct = 24% , O₂ Saturation = 87% ให้ PRC 2 units Platelet conc. 5 units และ on endotracheal tube ต่อ Bennett 7200 SIMV Mode ตั้ง RR 14 ครั้ง/นาที PS 15 CmH₂O, FiO₂ 0.4 เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและมีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22-26 ครั้ง/นาที ตรวจวัดสัญญาณชีพ Monitor O₂ Saturation เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในร่างกาย ประเมินระดับการทำงานของปอด การอุดกั้นทางเดินหายใจ การดูแลตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะพร้อมจัดทำไอศกรีมสูง พลิก

ตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะระบายออกดี ประเมินผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีภาวะcyanosis ให้การพยาบาลเพื่อหยาเครื่องช่วยหายใจได้ในวันที่ 2 Off endotracheal tube O₂ Saturation 97-100% หายใจไม่เหนื่อยหอบ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เจาะ DTX เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 67-223 mg.% ดูแลเรื่องการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอเหมาะสมปวดแผลผ่าตัดมากให้ Morphine (5 mg.) (v) เพื่อระงับความปวด พร้อมสังเกตการหายใจ ประเมินความปวดระดับ pain scale ลดลงจาก 8 คะแนนเหลือ 4 คะแนน อาจเกิดภาวะข้อตะโพกเคลื่อนหลุดหลังผ่าตัด ให้นอนกางขา ระหว่างหมอนสามเหลี่ยมและเน้นย้ำผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อตะโพกเทียมอย่างถูกต้อง หลังนำสายสวนคาปัสสาวะออกไม่พบการติดเชื้อมีการขับปัสสาวะได้ตามปกติ แผลผ่าตัดแห้งดี กระตุ้นและสอนผู้ป่วยเรื่องการลุกนั่ง เคลื่อนไหวร่างกาย พลิกตะแคงตัว ป้องกันการเกิดปอดบวม แผลกดทับและภาวะท้องผูก ดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังผู้ป่วย ปลายเท้าข้างขวาไม่มีลักษณะเขียวคล้ำ สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายทั้งสองข้างได้

ระยะฟื้นฟูสุขภาพ หลังผ่าตัด วันที่ 4 ส่งกายภาพบำบัดหัดเดิน walker ผู้ป่วยสามารถลุกเดินได้ตามคำแนะนำไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ทั้งผู้ป่วย/ญาติตระหนักถึงความสำคัญ ความจำเป็นในการฟื้นฟูสุขภาพ หลังผ่าตัด สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง มีการวางแผนการจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วม ในการดูแล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การดูแลแผลผ่าตัดที่สะโพกข้างขวา แผลแห้งดีติดดี นัดตัดไหมที่สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน การบริหารร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การรับประทานอาหารและยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาเบาหวานและความดันโลหิตสูง มาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจกระดูกและข้อพร้อม film both hip Anterior, Posterior, right hip Lateral ในวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยพร้อมกลับบ้านในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2562 รวมระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล 11 วัน จากการติดตามผล ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด สามารถเดินโดยใช้ walker แพทย์ให้ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้ เนื่องจาก กล้ามเนื้อขาแข็งแรงขึ้น ยังมีอาการปวดบริเวณสะโพกขาอยู่บ้าง ให้หมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ระวังไม่งอข้อตะโพกมากกว่า 90 องศา ร่วมกับการหุบขาและหมุนขาเข้าด้านใน เช่น การนั่งพับเพียบเพราะอาจเกิดข้อตะโพกหลุดได้ สามารถทำกิจวัตร

ประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระกับผู้ดูแล หน้าตาสดชื่นแจ่มใส

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้มีภาวะหัวกระดูกสะโพกขาดเลือดจากการรับประทานยาในกลุ่ม สเตียรอยด์เป็นประจำ โดยผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าซื้อยาสเตียรอยด์รับประทานเมื่อมีอาการหอบเป็นระยะเวลานานปี จนเกิดความผิดปกติที่ทำให้เลือดมาเลี้ยงกระดูกลดลง ภาวะนี้เกิดความผิดปกติในเนื้อเยื่อกระดูก 2 ชนิด คือ ไชกระดูกและเนื้อกระดูก ความผิดปกติที่ไชกระดูกพบว่าเซลล์ไชกระดูกมีปริมาณลดลงและมีเซลล์ตายในส่วนเนื้อกระดูก จะพบว่าเซลล์กระดูก (Osteocyte) หายไปเกิดเป็นช่อง (Cavity) ในรายที่เป็นมากจะพบเนื้อกระดูกตายเป็นบริเวณรูปสามเหลี่ยมซึ่งเป็นผลจากการตายของ Trabecular bone แต่โครงสร้างของกระดูกจะยังคงอยู่ (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, สุปราณี เชื้อสุวรรณ, 2551)

ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดเนื่องจากมีโรคประจำตัว คือ ตับแข็งจากการตรวจพบว่าเกล็ดเลือดต่ำ ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือดนานกว่าปกติ บทบาทของพยาบาลจึงต้องเตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด โดยดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเม็ดเลือดและเกล็ดเลือดทดแทน ทั้งนี้ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการให้เลือดอย่างเคร่งครัด (Sehoen DC., 2000) ติดตามค่าเกล็ดเลือดและค่าเม็ดเลือดให้อยู่ในระดับปกติประเมินค่าระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด จนเข้าสู่ระดับปกติ

ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด (estimate blood loss = 1,200 cc) ภายหลังการเสียเลือดทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนตามขาซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงมาก พยาบาลจึงวางแผนการดูแลเพื่อแก้ไขภาวะช็อคโดยให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ให้เลือดทดแทนต่อเนื่อง ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดบันทึกสารน้ำเข้าออกเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเรื้อรังเฉียบพลัน ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว อีกทั้งพยาบาลยังวางแผนการดูแลเพื่อแก้ไขภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ภาวะปอดติดเชื้อ การเคลื่อนหลุดหรือผิดตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ โดยการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐาน รวมถึงดูแลผู้ป่วยในขณะหยาเครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐานจนผู้ป่วยสามารถนำท่อหลอดลมค่อออกได้สำเร็จ

ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่สำคัญมากมี 2 ประเด็น คือ ภาวะข้อสะโพกเทียม

เคลื่อนหลุด (Hip dislocation) และการติดเชื้อของข้อสะโพกเทียม (Prosthetic infection) ซึ่งทั้งสองภาวะนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว (ดวงใจ บุญนันทน์, 2556) ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างเป็นขั้นตอน โดยเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยการให้คำแนะนำย้ำเน้นให้เรื่องท่าทางที่ถูกต้อง(ไม่งอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศาและไม่บิดข้อสะโพกเข้าด้านใน) (สุขใจ ศรีเพียรเอม, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์, 2545) รวมถึงการดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางบาดแผลและการติดเชื้อของข้อสะโพกเทียม

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการพยาบาลที่ต้องให้ความสำคัญและต้องวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เหมาะสมทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัดอย่างครอบคลุมและสิ่งที่สำคัญต้องเน้นเรื่อง

การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยการบริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในเรื่องของท่าทางที่ต้องระวัง หรือหลีกเลี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในรูปแบบของ Clinical pathway โดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่ายครอบคลุมบทบาทของสหสาขาวิชาชีพอย่างครบถ้วน เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติแก่ทีมผู้ดูแลอย่างครอบคลุมองค์รวม

2. ควรให้ความสำคัญของผลเสียของยาสเตียรอยด์โดยการให้ความรู้แก่ประชาชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำหมู่บ้านในการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนถึงการดูแลตนเองอย่างถูกวิธีเมื่อเจ็บป่วย ผลเสียในระยะยาวของการกินยาสเตียรอยด์เป็นประจำ

เอกสารอ้างอิง

- รัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (2552). **ปวดข้อ-ข้อเสื่อมและการประยุกต์กระบวนการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์, สุปราณี เชื้อสุวรรณ. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. ในวรรณิ สัตยวิวัฒน์. บรรณาธิการ. **การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เอ็มพีเพรส. หน้า 419-52
- Sehoen DC. (2000). *Adult Orthopedie Nursing*. Philadelphia : Lippincott.
- ดวงใจ บุญนันทน์. (2556). ข้อสะโพกเคลื่อนหลุด : สาเหตุและการดูแลเพื่อป้องกันการเกิด. **วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย**, 8(5): 13-23.
- สุขใจ ศรีเพียรเอม, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์. (2545). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก. ใน ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ทยานันท์ และสุขใจ ศรีเพียรเอม (บรรณาธิการ) **การพยาบาลออร์โธปิดิกส์**. (น. 103-138). กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิดสิน.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา Nursing care of maternity with Eclampsia : A case study

(Received: January 12,2021 ; Accepted: February 10,2021)

มานิตา สิริวิบูลย์ฤทธิ์, พย.บ.

Mrs. Manita Siriviboonlit

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
ผลการศึกษา: หญิงตั้งครรภ์อายุ 31 ปี ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ฝากครรภ์จำนวน 4 ครั้ง เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลวันที่ 31 สิงหาคม 2563 ด้วยอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์
วินิจฉัย Eclampsia in Labour แรกครรภ์มีขาบวม 2 ข้าง DTR 2+ ระดับความดันโลหิต 210/130 มิลลิเมตรปรอทระหว่างรอ
คลอดมีชักเกร็ง 1 ครั้ง ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอาการชักซ้ำ สังเกตอาการทางระบบประสาทผิวหนังภาวะเนื้อเยื่อ
พร่องออกซิเจน และติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ดูแลให้ยาและบริหารยาแมกนีเซียมซัลเฟต
(MgSO₄) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา เตรียมผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ระยะเวลาผ่าตัดไม่มีอาการชักเกร็งซ้ำ ได้รับการ
ผ่าตัด Cesarean section due to Eclampsia with tubal resection หลังผ่าตัดคลอดคาท่อช่วยหายใจ On Volume
ventilator ติดตามอาการและระดับความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ป้องกันการเกิดอาการชัก
ซ้ำและภาวะตกเลือดหลังคลอด ใส่ท่อช่วยหายใจ 1 วัน ถอดท่อช่วยหายใจได้ หยุดการให้ยา MgSO₄ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
การได้รับยา ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หญิงหลังผ่าตัดคลอดอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถไปให้นมบุตรได้ วางแผน
จำหน่ายให้คำแนะนำหญิงหลังคลอดและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมระดับความดันโลหิตหลังคลอดจำหน่ายวันที่
5 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาการนอนรักษาพยาบาล 5 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

Abstract

This study aimed to study nursing care process in patient maternity with Eclampsia

Result : Pregnant women aged 31 years, 2nd pregnant, 38 weeks pregnant, antenatal care, 4 visits to the hospital on August 31, 2020 with headache, blurred vision, tightly under the epigastric, before coming to the hospital of 30 minutes. Doctors diagnosed Eclampsia in Labor at first, having two swollen legs, DTR 2+, blood pressure levels 210/130 mmHg. 1 time of seizure while waiting to give birth. The patient was received the nursing care for recurring seizures prevention, observed neurological symptoms, and monitored the hypothyroidism and the hypoxia. In addition, the patient was received magnesium sulfate (MgSO₄) to prevent complications from receiving medication. Before the surgery, the patient was not appeared the seizure symptoms. Then, the patient was received the Cesarean section due to Eclampsia with tubal resection. After surgery, the patient was still receiving the ventilator. The symptoms and blood pressure levels of patient were closely monitored and the complications after surgery, recurrence of seizures and postpartum hemorrhage were also monitored and prevented. The ventilator was removed after inserting patient for 1 day. After stop the MgSO₄ administration, the complications were not appeared after receiving the drug. The patient had not the postpartum hemorrhage. The patient has improved in order and can breast-feeding for baby. Then patient was discharged and received the suggestion for self-care and controlling postpartum blood pressure on 5 September 2020, totally 5 days of medical treatment.

Keywords: Nursing care, Eclampsia

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) เป็นภาวะการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อบุหลอดเลือด(endothelial malfunction) และการหดตัวของหลอดเลือด (vasospasm) ทำให้มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะเกิดขึ้นภายหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (Cunningham FG and other, 2010) ภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ 75 เป็นชนิดไม่รุนแรงและร้อยละ 25 เป็นชนิดรุนแรง(Sibai BM., 2004) ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษที่มีอาการแสดงร่วมดังต่อไปนี้ (Cunningham FG and other, 2010; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002) ความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มิลลิเมตรปรอท ความดัน Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า 2 กรัมต่อการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ปวดศีรษะ ปวดบริเวณลิ้นปี่ (epigastric pain) ค่าการทำงานของตับหรือไตผิดปกติ เกล็ดเลือดต่ำ หรือมีการเจริญเติบโตของทารกช้า อาการแทรกซ้อนที่รุนแรงของภาวะครรภ์เป็นพิษ คือ อาการชัก (eclampsia) ซึ่งหมายถึงการเกิดการกระตุกชัก (tonic-clonic) หนึ่งครั้งหรือมากกว่า ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia) และภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีอาการชักร่วมด้วย (Eclampsia) เป็นสาเหตุการตายสามอันดับแรกของมารดาทั่วโลก (Cunningham FG and other, 2010; Sibai BM, Abdella TN, Spinat LDJA, 1986) โดยเฉพาะอาการชักเป็นสาเหตุทางสูติศาสตร์อันดับสองของภาวะตายคลอด (stillbirth) และการเสียชีวิตหลังคลอด (early neonatal death) ในประเทศกำลังพัฒนา (Ngoc NT and other, 2006)

จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสามของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 พบอัตราการตายของมารดาใน พ.ศ. 2559 จากการมีอุบัติการณ์ของภาวะบวม การมีโปรตีนในปัสสาวะ และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ทั้งระยะคลอดและหลังคลอดร้อยละ 3.5 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) สาเหตุการเกิดของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด ในปัจจุบันเชื่อว่าพยาธิสภาพที่สำคัญ คือ การลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงรก ซึ่งอาจเกิดจากการที่มี

ปริมาณรกมากผิดปกติ เช่น การตั้งครรภ์แฝด ทารกบวม น้ำ พยาธิสภาพส่วนใหญ่พบชัดเจนในผู้คลอด severe preeclampsia (ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง) ถ้าวินิจฉัยได้ช้าหรือไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ การดำเนินของโรคจะรุนแรงและเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่มีอาการชักร่วมด้วย (eclampsia) และ HELLP syndrome (กลุ่มอาการที่มีการทำงานของตับผิดปกติ) ทำให้อัตราตายเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการมีเลือดออกในสมองและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Sibai BM, Abdella TN, Spinat LDJA, 1986; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; วิทยา ถิฐาพันธ์, 2559) ทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น การตายคลอด การบาดเจ็บและเสียชีวิตแรกคลอด อย่างไรก็ตามอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว จากการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการต่างๆ เช่น อาการนำก่อนชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มีการประเมินซ้ำ รายงานแพทย์ได้ทันเวลาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2558; ปัญญา สนั่นพานิชกุล, 2558)

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะคลอดปี 2560-2562 จำนวน 96 ราย, 79 ราย และ 71 ราย มีอาการชักจำนวน 15 ราย, 2 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาการชักมีแนวโน้มลดลงแต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงภายหลังชักได้ ดังนั้นหากได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกต้องประกอบกับการให้ยา MgSO₄ ป้องกันอาการชัก ทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอดนั้น จะลดความรุนแรงของโรคได้ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดมีบทบาทสำคัญนับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ดูแลและทุกระยะของการคลอดเมื่อแรกได้รับตรวจสอบและซักประวัติเพื่อค้นหาความเสี่ยง มีการเตรียมความพร้อมและพิจารณาการคลอดให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งในแต่ละระยะของการคลอดมีการติดตามประเมินมารดาและทารกตามมาตรฐานห้องคลอด ดูแลควบคุมและป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ยาลดความดันโลหิต เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาแมกนีเซียมซัลเฟต ในกรณีที่คลอดฉุกเฉินมีการเตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ เครื่องมือ ยา เพื่อให้การช่วยเหลือแก่มารดา และทารก รวมทั้งการ

ช่วยแพทย์ทำหัตถการต่าง ๆ และภายหลังคลอดดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดจากการใช้ยา $MgSO_4$ และยังมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้คลอด และทารกก่อนการจำหน่ายให้สามารถดูแลตนเองและบุตรได้ อันจะส่งผลให้บรรลุปเป้าหมาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีอาการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา หญิงตั้งครรภ์อายุ 31 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา อนุปริญญา ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส คู่หมั้นลำเนา อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ **อาการสำคัญ** ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล **ประวัติการตั้งครรภ์** ครรภ์ที่ 2 ($G_2P_1A_1$) Last 9 ปี อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ฝากครรภ์จำนวน 4 ครั้ง ฉีด Tetanus vaccine ครบ ผลเลือดปกติ ระหว่างตั้งครรภ์ พบความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตด้วยยา Hydralazine (25) 1 tab oral qid pc **ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ปฏิเสธโรคประจำตัว

การประเมินแรกรับ รู้สึกตัว หายใจสม่ำเสมอ มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มีขาบวม 2 ข้าง DTR 2+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 210/130 มิลลิเมตรปรอท

อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 83 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ตรวจหน้าท้อง ระดับมดลูก $\frac{3}{4}$ > ระดับสะดือ ส่วนหน้าเป็นศีรษะ ท่า LOA FHS 144 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกยังไม่เปิด

การวินิจฉัยของแพทย์ Eclampsia in Labour **การตรวจทางห้องปฏิบัติการ** ผลการตรวจ Complete Blood Count พบ White blood count 9,850 cells/ cell/mm³, Neutrophil 60%, Lymphocyte 28%, Monocyte 5%, Eosinophil 7%, Hematocrit 42.3%, Platelet count 219,600 cell/mm³ Electrolyte พบ Na 138.9 mmol/L, K 3.6 mmol/L, Cl 26 mmol/L, CO₂ 12.6 mmol/L BUN 10.8 mg/dL, Creatinine 0.71 mg/dL. LFT พบ Alkaline phosphatase 291 U/L, SGOT 132 U/L, SGPT 210 U/L, Magnesium level 2.8-3.6 mg/dL

ระยะก่อนคลอด

แรกรับที่ห้องคลอด รู้สึกตัวดี มีอาการบวมที่ขา 2 ข้าง เกรด 2 บ่นปวดศีรษะ มีตาพร่ามัว Pain score 7 คะแนน มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ โปรีตีนในปัสสาวะ 3+ DTR 2+ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 210/130 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสดังกล่าวชักในระยะรอคลอด เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ดูแลให้ยา 50% $MgSO_4$ 40 ml + 5%D/N/2 960 ml iv drip 100 ml/hr ควบคุมหยุดโดยใช้ Infusion pump ระหว่างให้ยาเฝ้าระวังอาการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตอาการทางระบบประสาท ติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด โดย On Fetal monitor FHS 138-142 ครั้ง/นาที หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสดังกล่าวเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา $MgSO_4$ ($MgSO_4$ toxicity) สังเกตอาการ Hypermagnesemia ได้แก่ ซึม อาการง่วงเหงาหาวนอน ความดันลดลง DTR ลดลง การหายใจช้า (อัตราการหายใจไม่ต่ำกว่า 14 ครั้ง/นาที) ประเมิน Deep tendon reflex (DTR) บันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง จัดทำแผนดูแลความปลอดภัย เช็ดตัวประคบด้วยผ้าเย็นเพื่อบรรเทาอาการร้อนง่วงตามร่างกาย ระหว่างให้ยา การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 98 % Patella reflex 2+ ใส่สายสวนแบบคาสายได้ปัสสาวะ 100 ml

หลังรับไว้ดูแล 6 ชั่วโมง หญิงตั้งครรภ์มีอาการชักเกร็งทั้งตัว ประมาณ 50 วินาที ขณะชักให้การพยาบาล ป้องกันอุบัติเหตุ ป้องกันการกัดลิ้น ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 lit/min วัด O₂ Saturation 98 % บริหารยา 50% $MgSO_4$ 40 ml iv load in 15 min then 50% $MgSO_4$ 40 ml + 5%D/N/2 960 ml iv drip 100 ml/hr แพทย์พิจารณา Set OR for C/S (E) ระหว่างรอส่งห้องผ่าตัด ป้องกันการเกิดอาการชักซ้ำ สังเกตอาการทางระบบประสาท เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และติดตามภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ ให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด Cefazolin 1 gm iv stat Ranitidine 50 mg iv stat Valium 1 amp iv stat ประสานกุมารแพทย์เตรียมรับเด็กหลังคลอด มารดาและสามีวิตกกังวลกับอาการชักและความปลอดภัยของทารกในครรภ์มาก อธิบายสาเหตุการชัก แผนการรักษาพยาบาลให้ฟังจนเข้าใจ เตรียมผ่าตัดด่วนก่อนส่งห้องผ่าตัด ความดันโลหิต 190/110 มิลลิเมตรปรอท

ระยะคลอด

หญิงตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัด Cesarean section due to Eclampsia with tubal resection ระหว่างผ่าตัด เสียเลือด 700 ml คลอดทารกเพศชาย น้ำหนัก 3,960

กรัม Apgar Score 9,10 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 147 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 58 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 96 % คลอดรกด้วยวิธี Manual removal placenta น้ำหนัก 890 กรัม หลังสิ้นสุดการผ่าตัดได้รับการคาต่อช่วยหายใจ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ย้ายไปดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก

ระยะหลังคลอด

มารดาหลังผ่าตัดคลอด รู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน มารดาเสี่ยงต่อการเกิดอาการชักซ้ำ ประเมินอาการนำของชัก ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ DTR 2+ RR 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะคาสายไหลสะดวกดี ออกประมาณ 200 ml ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 150/90-169/115 มิลลิเมตรปรอท ให้สารน้ำ 5%D/W 2 1000 ml + Syntocinon 40 unit iv drip 60 ml/hr คู่กับ 50 % MgSO₄ 40 ml+5%D/W 960 ml iv drip 50 ml/hr ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง และ Pethidine 50 mg (m) เมื่อ Severe pain มารดาหลังผ่าตัดคลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดจากผลข้างเคียงของยา MgSO₄ สังเกตอาการตกเลือดภายหลังผ่าตัด การหดตัวของมดลูกดี มีเลือดออกทางช่องคลอด 100-200 ml ประเมินแผลผ่าตัดแห้งดี ค่าการแข็งตัวของเลือดปกติ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ 1 วัน ถอดท่อหายใจออกได้ ให้ออกซิเจนทาง Canular 5 LPM 2 วันหลังผ่าตัดคลอด ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ปวดแผลเล็กน้อยพอทนได้ ปฏิเสธยาบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด เริ่มยาลดความดันโลหิต Amlodipine (5) 1 tab oral OD pc, Hydralazine (10) 1 tab oral bid pc ให้จิบน้ำ ท้องไม่อืด ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 140/90-159/98 มิลลิเมตรปรอท หญิงหลังผ่าตัดคลอดอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถไปให้นมบุตรที่ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้ วางแผนจำหน่ายให้คำแนะนำหญิงหลังคลอดและญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การควบคุมระดับความดันโลหิตหลังคลอด จำหน่ายวันที่ 5 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาการนอนรักษาพยาบาล 5 วัน

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยมีอาการชักในระยะรอคลอด เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ทำให้ควบคุมอาการชักไม่ได้ การดูแลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยรายนี้คือการป้องกันการชักซ้ำและภาวะเลือดออกในสมอง การดูแลคือการให้ยาป้องกันชัก (MgSO₄) ให้ยาควบคุมความดันโลหิต (Cardipine)

รวมทั้งการพิจารณาการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษ ผู้ดูแลจะต้องสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเกินขนาด ได้แก่ ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจต่ำกว่า 14 ครั้ง/นาที ไม่พบ deep tendon reflex รวมทั้งกลุ่มอาการ HELLP ติดตามอาการและระดับ MgSO₄ ในเลือดที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄ การเตรียมผ่าตัดเลือดและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ได้รับการผ่าตัดคลอดปลอดภัย รวมทั้งการทำ NST (Non Stress Test) เพื่อประเมิน fetal status และประสานการช่วยเหลือแก่ทารกแรกเกิด

หลังคลอดทั้งมารดาและทารกต้องแยกจากกันเพื่อรับการรักษาภาวะวิกฤติทั้งมารดาและทารกที่ห้องผู้ป่วยหนัก การสร้างสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกและการกระตุ้นการหลั่งของน้ำนมจึงล่าช้า ส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพมารดาทารก การเลี้ยงดูบุตร และการหลั่งของน้ำนม พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการประสานสายสัมพันธ์มารดาทารกในการช่วยบีบเก็บน้ำนมสมุทรที่ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ด้วยน้ำนมหยดแรกมีความสำคัญต่อทารกมากโดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนด จะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับทารกเป็นอย่างดี เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่และย้ายคืนตึกหลังคลอดและรับยาบุตรแล้วพยาบาลมีส่วนช่วยมารดาในการสอนเรื่องการดูแลบุตรและการอุ้มบุตรดูนมที่ถูกต้อง และวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด การเลี้ยงดูบุตรและการให้นมบุตรต่อเนื่อง สอนการบีบเก็บน้ำนมไว้สำรองเมื่อจำเป็น

สรุป

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ทีมดูแลต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงในขณะรับไว้ดูแลในระยะก่อนคลอดที่ห้องคลอด เนื่องจากมีโอกาสเกิดอาการชักได้ตลอดเวลา ติดตามการประเมินอาการและอาการแสดงเช่น ปวดศีรษะ ตาพร่า จุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ สัญญาณชีพต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการให้ยาป้องกันชัก MgSO₄ และยาควบคุมความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ ติดตามและประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับซีรั่มแมกนีเซียมในเลือดให้อยู่ในระดับ 5-9 mg/dl การบันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับและขับออกจากร่างกายทุกชั่วโมง และประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เพื่อให้ทราบความเปลี่ยนแปลงของอาการของผู้คลอดและทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดควรมีการศึกษาหาความรู้ให้ทันสมัยตลอดเวลา เพื่อนำมาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน อันจะเป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2560). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559 กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2558). แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัย เรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : พิมพ์ลักษณ์.

ปัญญา สนั่นพานิชกุล.(2558). ความเข้าใจและแนวคิด เกี่ยวกับภาวะครรภ์เป็นพิษในปัจจุบัน. วารสารศูนย์การศึกษา การแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 32(4): 364-376.

วิทยา ถิฐาพันธ์.(2559). ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : บริษัท พี .เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานห้องคลอด.(2562) รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.

American College of Obstetricians and Gynecologists.(2002). Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 33. Obstet Gynecol. 99: 159-67.

American College of Obstetricians and Gynecologists.(2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on hypertension in pregnancy executive summary. Obstet Gynecol. 122 :1122.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al.(2010). Pregnancy Hypertension. In: Cunningham FG, Williams JW, editors. Williams Obstetrics. 23 rd ed. New York: McGraw-Hill Medical

Ngoc NT, Merialdi M, Abdel-Aleem H, Carroli G, Purwar M, Zavaleta N, et al.(2006). Causes of stillbirths and early neonatal deaths: data from 7993 pregnancies in six developing countries. Bull World Health Organ. 84(9): 699-705.

Siabai BM, Abdella TN, Spinat LDJA.(1986). The incidence of nonpreventable eclampsia. An J Obstet Gynaecol. 154: 581-6.

Sibai BM.(2004). Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: Lessons learned from recent trials. Am J Obstet Gynecol. 190(6): 1520-6.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว: กรณีศึกษา Nursing care for ischemic stroke patients with atrial fibrillation: a case study

(Received: February 19,2021 ; Accepted: March 22,2021)

อนงค์ แยมสว่าง, พย.บ.

Mrs. Anong Yamsawang

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว
ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี มาด้วยอาการแขนขาขวาอ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (Lacunar Infarction) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Atrial fibrillation rate 100 ครั้ง/นาที ร่วมกับความดันโลหิตสูง (220/120 มิลลิเมตรปรอท) ประเมิน INHSS score 6 คะแนน ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ภายใน 40 นาที ดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตและแก้ไขภาวะหัวใจเต้นพริ้วด้วยยา Nifedipine และ Warfarin ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่เกิดภาวะสมองบวม และหลอดเลือดสมองแตก สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 148/94-150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยมีภาวะการกลืนลำบากได้รับการใส่สายยางให้อาหาร ร่วมกับการประเมินและฝึกการกลืนจนสามารถรับประทานอาหารได้ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ แพทย์รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 14 วัน พยาบาลให้ความรู้และแนะนำวิธีการดูแลแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองตีบ, หัวใจห้องบนเต้นพริ้ว

Abstract

This study aimed to study nursing care process in patient ischemic stroke with atrial fibrillation

Results: Thai female patient aged 74 years has symptoms of weak right limb and unclear speech 1 hour before coming to the hospital. Electrocardiogram showed the atrial fibrillation rate of 100 times/min with hypertension (220/120 mm Hg), and INHSS evaluation of 6 scores. Therefore, the patient was diagnosed as lacunar infarction. The patient was received the recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) within 40 min, nifedipine for controlling the blood pressure and heart rhythm and warfarin for protection the complications from receiving fibrinolytic drug. After that, the patient was not cerebral edema and cerebral hemorrhage, vital signs, blood pressure of 200/100 mm Hg, pulse of 98 times/minute, breathing 20 of times/minute. Patient had a difficulty swallowing. Thus, the patient was received the feeding tube and evaluating and practicing swallowing until patient can to eat the food. Later, patient has improved in order and admission in the hospital for 14 days. Nurses provide the knowledge and recommended care methods to caregivers before going home.

Keywords: Nursing, Ischemic stroke, Atrial fibrillation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นกลุ่มโรคอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่อง คือ 1) มีการอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหลอดเลือด (Cerebral thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่

หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น (Cerebral embolism) หรือ 2) มีการแตกของหลอดเลือดสมองซึ่งเกิดขึ้นเอง (Intracerebral hemorrhage) หรือทำให้เกิดเลือดออกใต้ชั้น Subarachnoid hemorrhage โดยที่ความหมายนี้ไม่รวมถึงการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิด

จากการได้รับบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อและกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง (พรภัทร ธรรมสโรช, 2555) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นภาวะที่มีการขัดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นสาเหตุที่อาจเกิดจากหลอดเลือดสมองแตก หรือการอุดตันจากก้อนเลือด ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายจากการขาดออกซิเจนและสารอาหาร เป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป มีผลทำให้ระบบประสาทสั่งการที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ของร่างกายสูญเสียไป ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่ภายใน 24 ชั่วโมง (World Stroke Organization, 2020).

ดังนั้นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญมาก เป้าหมายการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลัน คือ การพยายามทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่เรียกว่า Ischemic Penumbra ให้ได้เร็วที่สุด เนื่องจากหลังการเกิดเส้นเลือดสมองอุดตันแล้วพบว่าบริเวณของเนื้อสมองส่วนหนึ่งที่ยังไม่ตายนั้น ถึงแม้ว่าจะสูญเสียความสามารถในการทำงานไปแล้วก็ตาม และเนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้ อีกตามปกติ ถ้าสามารถช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนั้นได้เร็วพอ ซึ่งเนื้อสมองส่วนนี้เรียกว่า Ischemic Penumbra เพราะสามารถเปลี่ยนการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ยา Recombinant Tissue - Plasminogen Activator (rt-PA) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่มีข้อมูลทางการแพทย์ ในการใช้เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในระยะเฉียบพลันมากที่สุดในปัจจุบัน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)อีกทั้งยังถือเป็นมาตรฐานการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งการรักษาด้วยวิธีนี้มีข้อบ่งชี้และข้อจำกัด คือ ข้อบ่งชี้ได้แก่ 1) มีอาการของสมองขาดเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง 2) มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่ตรวจพบได้และ 3) ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองไม่พบว่ามีเลือดออกในเนื้อสมองหรือเลือดออกในชั้นใต้เยื่อหุ้มสมอง ข้อจำกัดได้แก่ 1) มีประวัติเลือดออกในสมองมาก่อน 2) มีประวัติบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงภายใน 3 เดือน 3) มีประวัติผ่าตัดใหญ่ภายใน 14 วัน 4) เลือดออกในทางเดินอาหารหรือทางเดินปัสสาวะภายใน 21 วัน 5) ผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทดีขึ้นเองอย่างมากในเวลาอันรวดเร็วหรือมีอาการน้อยก่อให้เกิดความพิการที่ไม่รุนแรง เช่น ชา เล็กน้อยเพียงอย่างเดียว 6) มีอาการชักแต่เริ่มแรก 7) มีประวัติกลืนน้ำหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงเวลาอัน

ใกล้ 8) ความดันช่วงก่อนให้การรักษาส่ง โดยความดันซิสโตลิกสูงกว่า 185 มม.ปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 110 มม.ปรอท 9) มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มก/ ดล. หรือสูงกว่า 400 มก/ดล. 10) มีปริมาณเกล็ดเลือด น้อยกว่า 100,000/mm³ 11) ได้รับยา Heparin ภายใน 48 ชั่วโมงและมีค่า Partial Thromboplastin Time (PTT) ผิดปกติ และ 12) ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยมีค่า Prothrombin Time (PT) มากกว่า 15 วินาที หรือมีค่า International Normalized Ratio (INR) มากกว่า 1.7 (World Stroke Organization, 2020; ดิษยารัตนากร และคณะ, 2554)

การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมง ถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญมาก เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลงได้มาก และยังมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นผลจากยาละลายลิ่มเลือดได้ ทั้งนี้การประเมินที่สำคัญภายหลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ 1) การประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะระดับความดันโลหิต เนื่องจากระดับความดันโลหิตสูงอาจมีความเสี่ยงทำให้มีหลอดเลือดในสมองแตกได้ ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดควรควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 185/110 มิลลิเมตรปรอท ทั้งก่อนการรักษาและภายหลัง 24 ชั่วโมง หลังการรักษา 2) ประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท โดยประเมินทั้งระดับความรู้สึกตัว อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท เช่น อาการปวดศีรษะ อาเจียน และอาการผิดปกติอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการมีเลือดออกในสมอง 3) ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกในระบบต่างๆ เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะและในกล้ามเนื้อ เป็นต้น และ 4) ประเมินพยาธิสภาพในสมองที่ระยะเวลา 24 ชั่วโมง โดยการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำ (วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, รัตนาภรณ์ คงคำ, วิชชุดา เจริญกิจการ, 2554; Sander R, 2013; Cameron. V., 2013)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นพริ้ว

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 23 ธันวาคม 2562 ด้วยอาการแขนขาขวามืออ่อนแรง พูดไม่ชัด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็น โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน

(Lacunar Infarction) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Atrial fibrillation rate 100 ครั้ง/นาที ร่วมกับความดันโลหิตสูง 220/120 มิลลิเมตรปรอท

การประเมินอาการแรกเริ่ม อาการแรกเริ่มเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินคือ รู้สึกตัว แขนขาซีกขวาอ่อนแรง ระดับ III แขนขาซีกซ้ายกำลังปกติ Glasgow Coma Score = E4 V5 M6 รูม่านตาตอบสนองต่อแสงทั้งสองข้าง 2 มิลลิเมตร คะแนน NIHSS ได้ 6 คะแนน ความดันโลหิต 220/120 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส DTX 98 mg% ผล CT Brain เป็น Chronic lacunar infarction in Lt BG region ,ผล EKG Atrial fibrillation rate 100 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 100%, On O₂ cannular 3 lit/min, Retained NG tube, Retained Foley-cath ผู้ป่วยมาภายในเวลา Golden period แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยได้ยา rt-PA ในเวลาที่ 50 นาที (Door to needle time) การตรวจร่างกายระบบอื่นๆ ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา (CBC) Hct 32.2%, Hb 10.1 g/dl WBC 5,190 cells/uL, Monocyte 6.9%, MCV 74 pg, MCH 23.3 pg. Electrolyte Sodium 136 mmol/L CO₂ 24.8 mmol/L Potassium 4.47 mmol/L ผลการตรวจ CT Brain วันที่ 23 ธันวาคม 2562 Old lacunar infarction at the left external capsule and the deep white matter of the left frontal lobe ครั้งที่สองหลังจากผู้ป่วยได้รับยา rt-PA Small ill-defined hypodense lesion at left medical temporal lobe , likely acute infarction

การพยาบาลระยะวิกฤต

รับใหม่จากห้องฉุกเฉิน ระดับความรู้สึกตัว GCS 15 คะแนน (E₄V₅M₆) pupil Ø 2 mm RTL BE มีลิ้นแข็ง แขน ขา ขวามืออ่อนแรง motor power grade 3 On O₂ Canular 4 LPM สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 200/120 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 99% ให้สารน้ำชนิด 0.9 % NSS 1000 ml iv 80 ml/hr. ดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยยา Nicardipine (1:5) iv drip 10 ml/hr NIHSS = 6 คะแนน ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทางหลอดเลือดดำที่ห้องฉุกเฉิน หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E₄V₅M₆) pupil Ø 2 mm RTL BE การเคลื่อนไหวแขนขาข้างซ้ายมีกำลังปกติ Motor power Grade 5 แขนขาข้างขวามืออ่อนแรง Motor power Grade 4 ย้ายดูแลต่อที่ Stroke unit ดูแลประเมินคะแนน NIHSS หลังให้ยา ทุก 15 นาที ใน 2

ชั่วโมง ทุก 30 นาที ใน 6 ชั่วโมง และ ทุก 1 ชั่วโมง ใน 16 ชั่วโมง จนกระทั่ง เนื่องจากผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จึงต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพราะเสี่ยงเลือดออกในสมอง เฝ้าระวังภาวะสมองบวม ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้เลือดไหลเวียนเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ Monitor EKG เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อปอดอักเสบติดเชื้อ ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตเริ่มลดลงครั้งที่ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจยังพบ Atrial fibrillation rate 100-110 ครั้ง/นาที แก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ Warfarin (3) ½ tab oral OD hs

24 ชั่วโมง หลังได้รับยา rt-PA ส่งตรวจ CT Brain ผล Small ill-defined hypodense lesion at left medical temporal lobe, likely acute infarction ผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว GCS 15 คะแนน (E₄V₅M₆) pupil Ø 2 mm RTL BE การเคลื่อนไหวแขนขาข้างซ้ายมีกำลังปกติ Motor power Grade 5 แขนขาข้างขวามืออ่อนแรง Motor power Grade 4 ระดับความดันโลหิต 156/90-160/92 มิลลิเมตรปรอท ติดตามผลเลือด INR = 1.54 ไม่พบเลือดออกในร่างกาย ส่งปรึกษาแพทย์โรคหัวใจ ทำ Echocardiographic ผลตรวจปกติ ย้ายดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

การพยาบาลระยะกึ่งวิกฤต

หลังย้ายไปหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E₄V₅M₆) pupil Ø 2 mm RTL BE มีลิ้นแข็ง ไม่ปากเบี้ยว การเคลื่อนไหวแขนขาข้างซ้ายมีกำลังปกติ Motor power Grade 5 แขนขาขวามือมีกำลังเพิ่มขึ้น Motor power Grade 4 ระดับความดันโลหิต 150/90-160/98 มิลลิเมตรปรอท ให้ยาลดความดันต่อเนื่อง Monitor EKG Sinus rhythm rate 90-98 /min ประเมินการกลืนผู้ป่วยมีอาการกลืนลำบาก แพทย์พิจารณาให้รับประทานอาหารสายยาง เพิ่มยารับประทาน Omeprazole (40) 1 tab oral OD ac. Atrovastatin 1 tab oral OD hs. Senokot 2 tab oral hs. ผู้ป่วยเสี่ยงเกิดแผลกดทับอธิบายแนะนำญาติในการช่วยเหลือพลิกตะแคงตัว ทำความสะอาดและดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นตลอดเวลา 1 วันต่อมาแพทย์อนุญาตให้ดูแลต่อที่ห้องพิเศษได้

หลังย้ายไปห้องพิเศษ หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อแขนขา กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและปาก โดยการทำให้ Active Exercise ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ วันที่ 27 ธันวาคม 2562 ผู้ป่วยมีไข้ ไอมีเสมหะสีขาว ส่งตรวจ film chest ผลปกติ มีคอแดงเล็กน้อย สังเกตและสอบถามอาการไม่หายใจ

เหนื่อยหอบ ตรวจ CBC Hct 29%, Hb 8.1 g/dl WBC 12,190 cells/uL แพทย์เริ่มยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv drip OD และให้เลือดชนิด PRC 1 unit หลังได้รับยาปฏิชีวนะ 3 วัน ไข้ลดลง ไข้เป็นบางครั้งไม่มีเสมหะจึงเปลี่ยนเป็นยารับประทาน

การพยาบาลระยะฟื้นฟู

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน (E₄V₅M₆) pupil Ø 2 mm RTL ยังมีลิ้นแข็ง การเคลื่อนไหวแขนขาซ้ายซ้ายมีกำลังปกติ Motor power Grade 5 แขนขาขวามีกำลังเพิ่มขึ้น Motor power Grade 4 ไม่มีเลือดออกตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย สัญญาณชีพปกติ วางแผนจำหน่ายกลับบ้านอธิบายญาติและผู้ป่วยให้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยยังมีภาวะกลืนลำบากส่งญาติทำอาหารสายยาง แนะนำอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรเป็นอาหารจืด และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 มกราคม 2563 รวมระยะเวลาการรักษาตัวนาน 14 วัน นัดติดตามผลการรักษาวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังจำหน่าย รับประทานอาหารอ่อนได้ ระดับความดันโลหิตปกติ 130/84 มิลลิเมตรปรอท

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤตทางระบบประสาท และเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จำเป็นต้องหาสาเหตุของการเกิดโรค และมีความสำคัญหากผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองประเมินอาการ วินิจฉัยโรคล่าช้า ให้การรักษาที่ผิดพลาดไม่ทันเวลา ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายในระยะเวลาที่กำหนดได้ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ และถ้าหากรอดชีวิตผ่านพ้นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตไปได้ก็จะมีคุณภาพการหลงเหลือไปตลอดชีวิต ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวม

การดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดมีความสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยอาจมีภาวะเลือดออกในสมอง ทำให้อาการทางระบบประสาทเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลต้องปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA อย่างเคร่งครัดเพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทีที่มีอาการผิดปกติ ได้แก่ ประเมินระบบประสาทด้วย Glasgow Coma Scale ทุก 15 นาที ในระหว่างที่ให้ยา

rt-PA จนครบ 2 ชั่วโมง และประเมินทุก 30 นาที ต่อเนื่องจนครบ 6 ชั่วโมง และต่อมาทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงเพราะระดับความรู้สึกรู้ตัวที่ลดลง เป็นเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติในสมองที่อาจเกิดจากภาวะสมองบวมหรือเลือดออกในสมอง นอกจากนี้ควรสังเกตอาการปวดศีรษะรุนแรงคลื่นไส้อาเจียน เพราะเป็นอาการแสดงที่ช่วยบ่งบอกว่าอาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง เมื่อผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) เพื่อประเมินภาวะสมองบวมหรือภาวะเลือดออกในสมองที่ไม่แสดงอาการ ก่อนเริ่มให้ยา ยาด้านการรวมตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelet) หรือ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) ต่อไป

การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องมีเป้าหมายชัดเจน คือ พยายามลดขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่ขาดเลือดและตายพร้อมแก้ไขฟื้นฟูเนื้อสมองให้คืนสู่สภาพปกติ โดยจะต้องดูแลรักษาพยาบาลโดยเร็วที่สุด ดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจความสมดุลเกลือแร่ และอิเล็กโตรไลต์ ซึ่งภาวะเหล่านี้ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงยิ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่เกิดจากมีลิ่มเลือดอุดตันจากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการคัดกรอง ชักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างถูกต้องแม่นยำ รวดเร็ว ติดตามวัดประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แปลผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ และรายงานความผิดปกติที่พบให้แพทย์ผู้ทำการรักษาทราบทันที รวมทั้งประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือปฏิบัติตามแนวทาง Stroke Fast Track ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามระยะเวลา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับสารละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

พยาบาลจะต้องมีการเตรียมความพร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ มีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยผู้ป่วยและญาติ มีส่วนร่วมดูแลและแก้ไขภาวะสุขภาพ ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวโดยเฉพาะการสังเกตอาการผิดปกติเพื่อมาพบแพทย์ทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและส่งต่อรักษากับแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้การพยากรณ์โรคค่อนข้างดี เนื่องจากได้รับการตรวจประเมิน

วินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง และรวดเร็ว ตามแนวทาง Stroke Fast Track ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีความพิการหลงเหลือ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันคล้ายปกติ ไม่เป็นภาระของครอบครัว และมีคุณค่าในตนเอง

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยของโรคทางระบบประสาทและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเกิดความพิการหลงเหลือในระยะยาว ทำให้เกิดความเสียหายทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างมาก การพยาบาลผู้ป่วยจะต้องตระหนักถึงความจำเป็นและเร่งด่วนของระยะเวลาเข้าถึงสถานบริการ ได้รับการประเมินสภาพ ตรวจวินิจฉัยโรคที่รวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันทั่วที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นภาวะฉุกเฉินไปได้ รวมทั้งความพิการที่อาจเพิ่มมากขึ้น และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหากได้รับการดูแลช่วยเหลือล่าช้าหรือไม่ถูกต้อง ดังนั้นการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องใช้ทักษะ ความรู้ความสามารถในการสังเกตอาการและ

อาการแสดงทางระบบประสาทที่ถูกต้องแม่นยำการใช้เครื่องมืออุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น มีระบบและกระบวนการดูแลแบบทางด่วนพิเศษ (Stroke Fast Track) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง รวดเร็วทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสาทวิทยา ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน การดำเนินของโรค การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และหลักการพยาบาลที่ถูกต้อง เพื่อนำมาประกอบการวางแผนการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมถูกต้อง รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้องเมื่ออาการผู้ป่วยทุเลาพร้อมที่จะเข้าสู่ระยะฟื้นฟู พยาบาลต้องมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จัดโปรแกรมฝึกทักษะที่จำเป็นร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้ได้เรียนรู้และฝึกทักษะจนเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- ดิษยา รัตนกร และคณะ. (2554). Current Practical Guide to Stroke Management. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). โรคหลอดเลือดสมอง ตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ : จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, รัตนารณ คังคำ, วิชชุดา เจริญกิจการ. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: ปราณี ทัพไพบระ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 (2). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 115-149.
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- Cameron, V. (2013). Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting : A Literature Review. MEDSURG Nursing. 51-55.
- Sander, R. (2013). Prevention and treatment of acute ischaemic stroke. Nurs Older People. 25(8):34-8.
- World Stroke Organization. (2020). Campaign Advocacy Brochures. [document on the internet]; 2017 [cited 2020 Apr 23]. Available from: http://www.worldstrokecampaign.org/images/wsd-2017/brochures2017/WSD_brochure_FINAL_sponsor_.pdf

การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

The nursing of postpartum mother with pelvic infection and acute kidney failure : a case study

(Received: March 2,2021 ; Accepted: April 7,2021)

พัชรพร ทักษารานุกุล, พย.บ.

Miss. Patcharaporn Taksaranupong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน นับเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญที่สุดของภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การติดเชื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และเป็นเชื้อที่พบได้บ่อยในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ มักจะเป็นการติดเชื้อร่วมกันหลายชนิด หากมีความรุนแรงเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในมารดาหลังคลอดได้

ผลการศึกษา กรณีศึกษามารดาหลังคลอดอายุ 29 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2563 ด้วยอาการไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน น้ำคาวปลาสีแดงมีกลิ่นเหม็น 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลแพทย์วินิจฉัยว่า มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานหลังคลอดร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน มารดาหลังคลอดปฏิเสธโรคประจำตัวให้การดูแลรักษาพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด บรรเทาความปวด ป้องกันแทรกซ้อนของไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยขึ้น ปัสสาวะไม่ออก จึงใส่เครื่องช่วยหายใจชนิด Volume's respirator นาน 24 ชั่วโมงจึงหย่าเครื่องช่วยหายใจ และสามารถนำท่อหลอดลมคอออกได้ ผู้ป่วยได้รับการให้สารน้ำทดแทน ยาปฏิชีวนะจนผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลัน มารดาหลังคลอดอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดท้องน้อยลดลง ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มารดาหลังคลอดและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเอง จึงจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563 รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 8 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล, มารดาหลังคลอด, การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน, ภาวะไตวายเฉียบพลัน

Abstract

Pelvic infection is one of the most important problems of postpartum complications. Pelvic area infection is mainly caused by bacteria. These bacteria are often found in genitourinary system and have various types. This is main cause of death in mothers after childbirth from Sepsis.

Result: In case study, postpartum mother, aged 29, were admitted to Narai Maharaj Hospital on January 29, 2020 with fever, abdominal pain, nausea, vomiting, red amniotic fluid and foul odor, 3 hours before coming to the hospital. The doctor diagnosed that puerperal infection with acute kidney failure. The postpartum mother refused congenital disorders and then then were received the nursing care for protecting bloodstream infection, pain relief and prevention of acute kidney failure complications. The patient had tired and unable to urinate. Thus the patient was inserted the volume's respirator. Patient was received the fluid therapy and antibiotics replacement fluid therapy until safe from infection. It is not found acute kidney failure complications. Postpartum mothers improved in order, had not nausea and vomiting and fell slightly abdominal pain. The patient was received discharge planning for prevention complications when returning to home and then was discharged on 26 February 2020, total of hospital admission for 8 days.

Keyword; Nursing, Postpartum mother, Pelvic infection, Acute kidney failure

บทนำ

การติดเชื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน ถือเป็นการติดเชื้อหลังคลอดโดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ ได้แก่ การ

คลอดยาวนาน กระจกน้ำคร่ำแตกก่อนคลอด การตรวจภายในหลายครั้ง การผ่าตัดคลอดในครรภ์แฝด สตรีตั้งครรภ์อายุน้อยครรภ์แรก ภาวะอ้วน ขี้เทาปนในน้ำคร่ำ เศษรกใน

ต่ำ หรือมีการปฏิบัติตัวหลังคลอดที่ไม่ถูกต้องร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่ virulence ต่ำ และเป็นเชื้อที่พบได้บ่อยในระบบอวัยวะสืบพันธุ์มักจะเป็นการติดเชื้อร่วมกันหลายชนิด (Mixed flora) (Cunningham FG, 2018) นอกจากนี้ในส่วนของโพรงมดลูกมักจะเป็นส่วนที่ปลอดเชื้อโรค ต่างจากปากมดลูกและช่องคลอดที่จะพบเชื้อแบคทีเรียได้เป็นปกติ แต่เมื่อมีกระบวนการเจ็บครรภ์และการคลอด จะทำให้น้ำคร่ำและโพรงมดลูกพบเชื้อแบคทีเรียได้ทั้ง aerobe และ anaerobe สาร cytokines จากน้ำคร่ำและ C-reactive protein จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงการติดเชื้อได้ ภาวะติดเชื้อหลังคลอดมักมีวินิจฉัยจากอาการแสดง อาการที่สำคัญของการติดเชื้อหลังคลอด คือ ภาวะไข้ โดยส่วนใหญ่จะมีไข้ในช่วง 38-39 องศาเซลเซียส อาจมีอาการหนาวสั่นซึ่งบ่งบอกถึงการมีเชื้อแบคทีเรียหรือสารพิษของเชื้ออยู่ในกระแสเลือด อาการอื่นๆ ที่มักพบ คือ อาการปวดท้อง น้ำคาวปลาคล้ายหนองหรือมีกลิ่น แต่การติดเชื้อบางชนิด เช่น Group A Beta hemolytic streptococci น้ำคาวปลาจะมีปริมาณน้อยและไม่มีกลิ่น การตรวจร่างกาย อาจพบมดลูกกดเจ็บ หรือกดเจ็บบริเวณ parametrium หรืออาจไม่มีอาการแสดงใดๆ (ประภัทร วาณิชพงษ์พันธ์, 2560; ประสงค์ ต้นมหาสมุทร, 2554)

การติดเชื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน นับเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญที่สุดของภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ส่งผลต่อมารดาหลังคลอดด้านร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากอาการปวดท้อง มีไข้ หากมีอาการรุนแรงทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดจะทำให้มารดาเสียชีวิตได้ (Say L and other, 2014) นอกจากนี้มารดาหลังคลอดต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย เสียเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อจิตใจและความพึงพอใจในคุณภาพการบริการ และส่งผลกระทบต่อหน่วยงานที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามารดาหลังคลอดเพิ่มขึ้นด้วย (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2557) จากสถิติหน่วยงานหลังคลอดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชปี พ.ศ. 2560-2562 พบการติดเชื้อภายในอุ้งเชิงกราน จำนวน 1 ราย, 1 ราย และ 2 ราย การติดเชื้อภายนอกอุ้งเชิงกราน ได้แก่ แผลผ่าตัด แผลฝีเย็บติดเชื้อจำนวน 4 ราย , 7 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานห้องคลอด, 2562) ถึงแม้จะมีสถิติที่เกิดขึ้นข้างน้อย แต่มีผลต่อคุณภาพทางการแพทย์ ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้าหน่วยงานหลังคลอดจึงมีความสนใจที่จะศึกษากรณีผู้ป่วยมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน เพื่อ

การพัฒนาความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีการติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา มารดาหลังคลอดอายุ 29 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพทำไร่ ภูมิลำเนา อำเภอดอนจาน จังหวัดบึงกาฬ อาการสำคัญ: ไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน น้ำคาวปลาสีแดงมีกลิ่นเหม็น 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ครรภ์แรก อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ คลอดปกติ วันที่ 23 มกราคม 2563 หลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายวันที่ 26 มกราคม 2563 หลังคลอด 2 วัน มีอาการปวดท้องน้อยเป็นพักๆ น้ำคาวปลาสีแดงไหลลักษณะปกติ วันที่ 29 มกราคม 2563 มีอาการปวดท้องน้อย มีไข้ น้ำคาวปลาสีแดงมีกลิ่นเหม็น 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดท้องมากขึ้น มีคลื่นไส้ อาเจียนจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพัฒนานิคม สงสัยติดเชื้อหลังคลอดส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว

การประเมินแรกพบ รู้สึกตัว หายใจเหนื่อยเป็นพักๆ ปวด กดเจ็บบริเวณท้องน้อย มีเลือดออกทางช่องคลอดสีแดงจางๆ มีกลิ่นเหม็น

การวินิจฉัยของแพทย์ Puerperal infection with Acute kidney failure

การตรวจอัลตราซาวด์ พบ Free fluid at cul-de-sac and hepatorenal, content in uterus

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 29 มกราคม 2563 ผลการตรวจ Complete Blood Count พบ White blood count 24,040 cells/ cell/mm³, Neutrophil 91.6%, Lymphocyte 6.5%, Monocyte 1.5%, Eosinophil 0.2%, Hematocrit 43.7%, Platelet count 500,000 cell/mm³ Electrolyte พบ Na 138 mmol /L, K 4.3 mmol /L, Cl 106 mmol /L, CO₂ 11.1 mmol /L BUN 70 mg/dl, Creatinine 4.98 mg/dl. LFT พบ Alkaline phosphatase 201 U/L, SGOT 36 U/L, SGPT 500 U/L

สรุปการรักษาพยาบาล

วันที่ 29 มกราคม 2563 รับใหม่ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี บ่นหายใจไม่อิ่ม ตรวจวัด O_2 saturation 94% ดูแลให้ออกซิเจน canular 5 LPM วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 158/103 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ประเมิน SOS score 2 คะแนน ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ pain score 6-7 คะแนน ทำความสะอาดช่องคลอดเปลี่ยนผ้าอนามัยมีเลือดออกทางช่องคลอดสีแดงจางๆ มีกลิ่นเหม็น เก็บ Swab vagina ส่งตรวจเพาะเชื้อ พบแผลฝีเย็บแยก 0.5 เซนติเมตร รายงานแพทย์ให้ทำความสะอาดแผลเข้า เย็น ตั้งแต่แรกรับปัสสาวะเองออกกะปริบกะปรอย ใส่สายสวนปัสสาวะให้ ปัสสาวะสีเหลืองใสออก 1,000 ml ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ส่งตรวจ H/C และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 gm iv stat, Metronidazole 500 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง หลังใส่สายสวนปัสสาวะผ่านไป 1 ชั่วโมง ไม่มีปัสสาวะออกเพิ่มเติมตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง (BUN 70 mg/dL, Creatinine 4.98 mg/dL) ให้ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรม ผู้ป่วยบ่นปวดท้องน้อยมากขึ้น จัดท่านอนเพิ่มความสะดวกสบายให้ยาแก้บรรเทาปวด Tramol 50 mg iv stat, Plasil 10 mg iv stat มารดาหลังคลอดดูแลปวดหลังได้เป็นพักๆ

6 ชั่วโมง หลังรับไว้ดูแล มารดาหลังคลอดบ่นเหนื่อยมากขึ้น มีอาการกระสับกระส่าย วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/73 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 92% ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ Bird's respirator FiO_2 0.4 ป้องกันภาวะช็อคจากการติดเชื้อ load iv 0.9 NSS 1000 ml iv และเปลี่ยนสารน้ำเป็น Acetar 1000 ml iv drip 120 ml/hr เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังคลอดอย่างใกล้ชิด วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ส่งตรวจ Arterial blood gas (ABG) พบภาวะ Metabolic acidosis แพทย์อายุรกรรมให้ย้ายดูแลต่อที่ห้องผู้ป่วยหนัก On Volume ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 6 ชั่วโมง หลัง load iv ครบ 1000 ml เริ่มมีปัสสาวะออก ส่งตรวจ Electrolyte Na 148 mmol/L, K 3.47 mmol/L, Cl 116 mmol/L, CO_2 12.9 mmol/L ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ ให้กำลังใจและอธิบายถึงสาเหตุการป่วยครั้งนี้เกิดจากมีภาวะติดเชื้อหลังคลอด

พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้พบแพทย์เจ้าของไข้ ผู้ป่วยและญาติรับฟังด้วยความเข้าใจ พร้อมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

24 ชั่วโมง หลังรับไว้ดูแล มารดาหลังคลอดรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ O_2 saturation 99% ไข้เริ่มลดลง (36.8-37.7 องศาเซลเซียส) อาการปวดท้องน้อยดีขึ้นท้องไม่แข็งตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ Pain score 3-4 คะแนน ยังมีเลือดสีแดงจางๆ ออกทางช่องคลอดมีกลิ่นเหม็นลดลง แผลฝีเย็บไม่มีหนอง ปัสสาวะออก 50-60 ml/hr เจาะเลือดตรวจการทำงานของไต BUN 32 mg/dL, Creatinine 1.18 mg/dL ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS 1000 ml iv drip 120 ml/hr เตรียมให้มารดาหลังคลอดหย่าเครื่องช่วยหายใจ ก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/83 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที Tidal volume 450 ml แพทย์ให้ Off ET-tube, On O_2 Mask with bag 10 LPM หลัง Off ET-tube หายใจไม่เหนื่อยหอบ O_2 saturation 98-99% เริ่มให้จิบน้ำ ปรับลดสารน้ำ 5%D/NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr ย้ายกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยหลังคลอด

48 ชั่วโมง หลังรับไว้ดูแล มารดาหลังคลอดหายใจสม่ำเสมอ O_2 saturation 98-99% หยุดการให้ออกซิเจน On 5%D/NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr ไม่มีอาการปวดบริเวณท้องน้อย น้ำคาวปลาทางช่องคลอดไม่มีเลือดปน มีกลิ่นเหม็นลดลง ทำความสะอาดแผลฝีเย็บ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ไม่มีหนอง ปัสสาวะสีเหลืองใสออกดี ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออก สามารถปัสสาวะออกได้เองสีเหลืองใส สอนการปฏิบัติตัว การดูแลความสะอาดช่องคลอด และแผลฝีเย็บ มารดาหลังคลอดเข้าใจและปฏิบัติได้ ให้รับประทานอาหารเหลวและอ่อนตามลำดับ วางแผนให้ยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน แล้วให้จำหน่าย

5 วันหลังรับไว้ดูแล มารดาหลังคลอดดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการปวดบริเวณท้องน้อย น้ำคาวปลาทางช่องคลอดสีเหลืองไม่มีกลิ่นเหม็น ทำความสะอาดแผลฝีเย็บ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง ขอบแผลเริ่มชิดติดกัน ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส ผลการเพาะเชื้อ H/C no growth ผล Vagina swab Staphylococcus group B ส่งตรวจน้ำปัสสาวะ ไม่พบการติดเชื้อ เจาะเลือดติดตามการทำงานของไต BUN 13 mg/dL, Creatinine 0.58 mg/dL ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอด มารดาหลังคลอดและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองจึงจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563 รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 8 วัน จากการติดตามผลการรักษา วันที่

17 กุมภาพันธ์ 2563 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อหลังคลอด ระดับมดลูกลดลงที่ระดับสะดือ น้ำคาวปลาสีเหลืองไม่มีกลิ่นเหม็น มารดาหลังคลอดปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษา การติดเชื้อหลังคลอดในมารดาหลังคลอดรายนี้ เกิดจากสาเหตุมีการดูแลและรักษาความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และแผลฝีเย็บที่ไม่ถูกต้อง จากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่าเปลี่ยนผ้าอนามัยโดยไม่ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อน ส่งผลให้เชื้อโรคสะสมและเข้าสู่ช่องคลอด ร่วมกับน้ำคาวปลาเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรค ซึ่งขณะมารับการรักษาตัวมีอาการที่รุนแรง ถือว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันขึ้นแล้ว และมีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา ดังนั้นหากได้รับการวินิจฉัย และดูแลรักษาพยาบาลไม่ทันเวลาที่ การทำหน้าที่ของไตไม่สามารถกลับคืนมาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง และเกิดผลเสียต่อมารดาหลังคลอดได้ ตั้งแต่แรกรับพยาบาลเตรียมและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ตามมาตรฐาน ได้แก่ การตรวจสอบประวัติ เตรียมเตียง อุปกรณ์การช่วยเหลือในระยะฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมาถึงได้รับการประเมินและตรวจวัดสัญญาณชีพทันที เพื่อค้นหาความผิดปกติ รายงานแพทย์และช่วยเหลือการตรวจอัลตราซาวด์มีการประเมินการติดเชื้อจาก SOS score ได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งให้ยาปฏิชีวนะทันทีหลังการส่งตรวจเพาะเชื้อต่างๆ ซึ่งอยู่ในระยะเวลาที่กำหนดภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัยโรคในระยะวิกฤตที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงช่วยใส่ท่อช่วยหายใจและดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ให้มีประสิทธิภาพ มารดาหลังคลอดปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และหายาเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

ภายหลังพ้นระยะวิกฤต บทบาทสำคัญของพยาบาลจะต้องมีการวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการ

เกิดภาวะติดเชื้อซ้ำภายหลังจำหน่าย ได้เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก ความซับซ้อนใจ ประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัว พบว่า มารดาหลังคลอดมีความรู้พอสมควร แต่ด้วยภาระในบ้าน และต้องดูแลบุตรตามลำพังจึงละเอียดขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลตนเองพยาบาลจึงเสริมพลังอำนาจแก่มารดาหลังคลอดและญาติว่าหากดูแลตนเองและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จะทำให้มารดามีสุขภาพที่แข็งแรงได้เร็วขึ้น และสามารถดูแลบุตรได้ดี รวมทั้งจะกลับไปทำงานได้ภายหลังคลอด 6 สัปดาห์ ระหว่างการทบทวนความรู้พยาบาลได้ให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังและดูแลมารดาหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดเข้าใจและมีทัศนคติที่จะดูแลตนเองให้ถูกต้อง ส่งผลไม่เกิดการมา Re admit

บทสรุป

การติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นภาวะเร่งด่วนที่พบบ่อยในมารดาหลังคลอด มีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและรุนแรง ในระยะแรกร่างกายจะมีกลไกตอบสนอง และปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะคืนสู่สภาวะปกติ แต่ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะเข้าสู่ภาวะรุนแรงจนเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว และอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพหลังคลอดที่ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตินี้ เนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ เริ่มตั้งแต่ประเมินอาการ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพให้การรักษาพยาบาล เฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วย การที่พยาบาลมีความรู้ทั้งด้านพยาธิสรีรวิทยา การดำเนินของโรค การรักษา และ ทักษะทางการพยาบาลต่างๆ ที่เชี่ยวชาญนั้นเป็นบทบาทที่ท้าทายซึ่งควรที่จะพัฒนาให้ครบทุกกระบวนการ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิต ลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์.(2560). ตำราสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
ประสงค์ ต้นมหาสมุทร.(2554). สูตินรีเวชทันยุคOB-GYN in practice 2011. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลิฟวิง.
ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. หน่วยงานห้องคลอด.(2562). รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล.(2557). การดูแลฝีเย็บในระยะคลอดและหลังคลอด. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
Cunningham FG. (2018). Williams obstetrics. 25th edition. ed. New York: McGraw-Hill. 666-76
Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al.(2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health.2(6): 323-33.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด : กรณีศึกษา Nursing care for multiple trauma patients with acute subdural hemorrhage and hemothorax. : case study

(Received: February 5,2021 ; Accepted: March 10,2021)

ปัทิตตา เสนะคุณ, พย.บ.

Mrs. Pathitta senakun

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บหลายระบบ เป็นการเกิดอุบัติเหตุที่มีผลกระทบต่อร่างกายหลายแห่งของผู้ป่วย หรือหลายระบบในเวลาเดียวกัน ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว เกิดจากการเสียเลือดอย่างรุนแรง อาจมีทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับการบาดเจ็บรุนแรง

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 28 สิงหาคม 2563 เกิดอุบัติเหตุบนถนน ไม่ทราบเหตุการณ์ มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เลือดออกในเยื่อหุ้มปอดด้านขวา และกระดูกไหปลาร้าข้างขวาหัก ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดในสมองออก (Craniotomy remove blood clot) ใส่สายระบายทรวงอก หลังผ่าตัดระดับความรู้สึกตัวลดลง ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจ ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Brain) พบมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำ (Re - bleeding Acute Subdural Hemorrhage) แพทย์ผ่าตัดสมองรอบที่ 2 หลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ได้ดูแลรักษาพยาบาลเฝ้าระวังการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจน เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อที่ปอดสัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่ท่อช่วยหายใจนาน 5 วัน ถอดท่อหายใจออกได้เปลี่ยนให้ออกซิเจน High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอกปอดขยายตัวดีและไม่มีลมรั่ว หรือเลือดออก เอาสายระบายทรวงอกออกได้ ผีกกายภาพบำบัดหลังผ่าตัดสมอง และกายภาพทรวงอกป้องกันภาวะปอดแฟบ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ วางแผนร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลและต้องมีส่วนร่วมด้านการพยาบาลผู้ป่วยด้านศัลยกรรม ที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ, เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง, เลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

Abstract

Multiple system injuries is an accident that affects many bodies of the patient or multiple systems at the same time. The cause of the patient's death in a short time resulted from massive blood loss, airway obstruction non-effective breathing, and severe brain injury.

A case study, Thai male patient, 67 year old, was admitted to King Narai Hospital on August 28, 2020. The patient had an accident on the road and had acute subdural hemorrhage and hemothorax and fracture clavicle. The patient was received the surgery (Craniotomy remove blood clot) and then the patient was intercostal chest drain. After the surgery, the level of consciousness decreased, therefore, the patient was received intubation and was checked the brain by computed tomography (CT Brain). It was found the re - bleeding acute subdural hemorrhage. The patient was surgery again. After the surgery, there were no additional complications. The patient was received the nursing care for monitoring the occurrence of increased intracranial pressure, preventing oxygen depletion, increasing breathing efficiency and prevention

of lung infections associated with ventilator. Totally of intubation is 5 days and then the breathing tube was removed and then change to receive the oxygen by High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM. Chest radiography show enlarged well and there is no airflow or bleeding and then the chest drain was removed. The patient was trained physical therapy after brain surgery and physical chest to prevent lung flattening. The patient's symptoms improved accordingly. The patient train physical therapy after brain surgery and physical chest therapy for preventing lung flattening. The patient's symptoms improved accordingly. Nurse and relative of patient plan to continue care the patient at home. The patient was sent to nearby hospital for antibiotic treatment following the plan. The patient was discharged on September 7, 2020, total of 10 days of hospital admission.

Nurses play an important role in medical treatment and must have competency in surgical nursing and understand the pathology of the disease. Disease progression of complications should be a competent person in the assessment of multiple injuries. To be informed in decision-making to provide timely assistance to patients and to define accurate and comprehensive nursing diagnosis.

Key word : Nursing, multiple trauma patients, acute subdural hemorrhage, hemothorax

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือจากการติดเชื้อ (นวลทิพย์ ธีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ นงลักษณ์ พลแสน, 2561) สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเสียชีวิต คือการเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบคือการช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด (กาญจนา เขื่อนนันท, วรรณ โตสิงห์, และศิริอร สิ้นธุ, 2551) ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ, 2556)

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบจำนวน 214 ราย 228 ราย และ 235 ราย ตามลำดับ ซึ่งจัดอยู่ 1 ใน 5 โรคที่พบได้บ่อยในหน่วยงานศัลยกรรม จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาดูแลโดยเฉลี่ย 15 วัน ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลต่อรายเฉลี่ย 40,000 บาท และยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบแต่ละรายยังมีรอยโรคที่หลงเหลือต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยประมาณ 5 เดือน (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานศัลยกรรม, 2562) จะเห็นได้ว่าการบาดเจ็บหลายระบบทำให้เกิดผลกระทบ ผู้ป่วยทั้งด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการประเมินอาการผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อนำมาแก้ไขปัญหาพร้อมกับ

บุคลากรในทีมพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้ง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (วิลล อิมอุไร, 2562)

การบาดเจ็บหลายระบบ Multiple injury หรือ critical trauma หมายถึง การบาดเจ็บที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบเดียวหรือหลายระบบพร้อมๆ กัน การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว จากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาททำงานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อ หรือระบบการทำงานของร่างกายทั้งหมดล้มเหลว การบาดเจ็บหลายระบบเกิดจากกลไกดังต่อไปนี้ (Newberry L, 2013)

ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อร่างกายได้รับการบาดเจ็บจะส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อหรือเซลล์ของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บนั้นด้วย ซึ่งขึ้นกับกลไกของการบาดเจ็บของอวัยวะนั้น ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ ผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ ผลกระทบทางด้านจิตสังคม และผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป ภาวะช็อกเกิดจากสาเหตุใดก็ตามที่ขัดขวางการไหลเวียนของเลือดทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเซลล์หรืออวัยวะได้ ทำให้อวัยวะดังกล่าว ได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอจะมีผลทำให้เซลล์หรืออวัยวะนั้นหยุดการทำงานที่ภาวะช็อกที่เกิดจากการสูญเสียปริมาณ เลือด (hypovolemic shock) ในร่างกายเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ซึ่งเกิดจากการมีแผลเปิดจากการได้รับบาดเจ็บหรือการ

สูญเสียภายในร่างกายโดยไม่มีแผลเปิด ได้แก่การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด หรืออวัยวะภายในถูกกระแทกแรงจากการบาดเจ็บที่ไม่มีบาดแผลภายนอก (สมพล ฤกษ์สมถวิล, 2556; American College of Surgeons: Committee on trauma, 2013)

เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บจะเกิดการอักเสบจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย และถ้าไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้องและครอบคลุม การอักเสบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้นจนเกิดเป็นกลุ่มอาการอักเสบตามระบบต่างๆ ทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome [SIRS]) โดยร่างกายพยายามปรับสมดุลให้มีการทำลายเซลล์ให้น้อยที่สุดเพื่อให้ร่างกายสามารถผ่านพ้นวิกฤตได้ และมีการซ่อมแซมทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันทั่วถึง และมีการติดเชื้อในร่างกายร่วมด้วย จะทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำงานของแต่ละอวัยวะ และเกิดการทํางานล้มเหลวหลายระบบในที่สุด สำหรับอวัยวะที่ได้รับผลกระทบเป็นอวัยวะแรก คือ ปอดโดยมีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนอย่างรุนแรง (acute respiratory distress syndrome [ARDS]) (Krantz B E, 1999)

ความปวด (pain) เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ เกิดจากการได้รับบาดเจ็บและมีบาดแผลเกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อถูกทำลาย พบได้บ่อยมากในทุกส่วนของร่างกาย และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานอยู่กับ ความปวดพร้อมกับพยาธิสภาพของโรคที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ มีผลกระทบต่องีเพลกซ์ต่างๆ ของร่างกายอาจทำให้เกิดการขยายหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilation) เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม หรือช็อกจนกระทั่งเกิดภาวะการไหลเวียนล้มเหลว (cardiac collapse) และเสียชีวิตได้ ร่างกายจะตอบสนองโดยมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น ความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น หายใจเร็วขึ้น หรือเหนื่อยหอบ อัตราการเต้นของหัวใจเหนือออก ตัวเย็น พฤติกรรมการเคลื่อนไหว สีหน้า ท่าทางหรือการส่งเสียง เป็นต้น ความปวดมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ, 2556)

ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ ได้แก่ การบาดเจ็บที่ทรวงอก ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ส่วนมากจะมีการบาดเจ็บที่ทรวงอกร่วมด้วย การบาดเจ็บที่ทรวงอกนั้นจะมีผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมี 2 ชนิดคือการบาดเจ็บที่ไม่มีแผลทะลุ (blunt หรือ non-penetrating chest injuries) เช่น การที่ทรวงอกถูกกระแทกอย่างแรงกับ

พวงมาลัยการตกจากที่สูงเป็นต้น และการบาดเจ็บที่มีแผลทะลุ (penetrating chest injuries) เช่น การถูกยิงหรือถูกแทงด้วยวัตถุมีคม ซึ่งทำให้เกิดการชอกช้ำ หรือมีบาดแผลต่ออวัยวะทั้งในทรวงอกและส่วนอื่นของร่างกายได้ ภาวะผิดปกติที่พบได้บ่อยใน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ทรวงอก ได้แก่ การบาดเจ็บของซี่โครงและปอด ส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) มักทำให้กระดูกซี่โครงหักหนึ่งหรือหลายซี่ได้ ซึ่งอาจทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อปอดและเส้นเลือด ทำให้มีเลือดหรือทั้งเลือดและลมออกในช่อง เยื่อหุ้มปอด (hemothorax, pneumothorax or hemothorax) หรือเกิดการฉีกขาดของหลอดลม หรือหลอดอาหารได้หรือถ้าเกิดร่วมกับกระดูกหน้าอกหัก ผนังทรวงอกส่วนนั้นจะเคลื่อนไหวยุบ เข้าและโป่งออกเมื่อหายใจออกและถ้าเกิดกับซี่โครงส่วนล่างอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ตับ ไตหรือม้ามร่วมด้วย (F. Charles Brunicaudi. (2010)

การบาดเจ็บของช่องท้อง การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องเกิดได้ทั้งจากการบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) มักเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือตกจากที่สูง ซึ่งมีผลทำให้หน้าท้องถูกกระแทก และเกิดจากการบาดเจ็บที่ถูกการแทงทะลุ (penetrating trauma) มักเกิดจากการที่มีแผลทะลุเข้าช่อง ท้อง เช่น ถูกยิงถูกแทง สำหรับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องที่พบบ่อย ได้แก่ ม้าม ตับ ตับอ่อน และการบาดเจ็บของอวัยวะเหล่านี้ อาจจะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่พบในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว อาจบ่นปวดท้องและร้าวไป สะบักหรือไหล่ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ในรายที่เสียเลือดมาก อาจเกิดภาวะช็อกได้จากการมีเลือดออกในช่องท้อง (Nasim Ahmed, Jerome JV., 2011)

การบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง การบาดเจ็บหลายระบบอาจมีผลต่อการบาดเจ็บของศีรษะและไขสันหลังร่วมด้วย สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดได้จากหลายประการ เช่น ตกจากที่สูง หกล้มศีรษะกระแทกพื้น ถูกทำร้ายร่างกายและที่พบบ่อยที่สุด คือ จากอุบัติเหตุยานพาหนะ สมอ่งที่ได้รับบาดเจ็บมักเป็นสาเหตุของการตายที่พบบ่อยที่สุด ปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตในผู้ป่วยได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolumic shock) และภาวะสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง (severe head injury) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่มักเกิดขึ้นร่วมกันเมื่อมีการบาดเจ็บหลายระบบ (สวิง บัจจยสิทธิ์. นครชัย เผื่อนปฐมและกุลพัฒน์ วิจารณ์, 2556)

การบาดเจ็บของกระดูกและข้อ การบาดเจ็บของกระดูกและข้อเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ มักเกิดร่วมกับอันตรายต่อเนื่องเยื่อไคลเคียง ผู้ป่วยจะมีการเจ็บปวดบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ แบบทันทีทันใดกดเจ็บ บวม และสีผิวบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่ได้รับ อาจมีเสียงที่เกิดจากปลายกระดูกเสียดสีกัน (crepitus) ขณะเคลื่อนไหวของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ หรืออาจมีการแตกหักของกระดูกเกิดขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่กระดูกเท่านั้นที่ได้รับอันตรายเนื้อเยื่อโดยรอบของกระดูกเส้นเลือด หลอดน้ำเหลือง เส้นประสาท เส้นเอ็น ก็ได้รับอันตรายด้วย การบาดเจ็บของกระดูกและข้อที่ต้องคำนึงถึง คือ การหักของกระดูกเชิงกรานและ กระดูกต้นขา อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากการเสียเลือดหรือจากการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน และอาจทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร จากเส้นเลือดเส้นประสาทที่อยู่ส่วนปลายถูกกด (วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม, 2559)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองร่วมกับเลือดออกในเยื่อหุ้มปอด

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 28 สิงหาคม 2563 ด้วยอาการสำคัญ ชีพ หายใจเหนื่อย มีแผลฉีกขาดที่ขมับซ้าย ข้อมือขวา 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล จากอุบัติเหตุบนถนน ไม่ทราบเหตุการณ์ มูลนิธินำส่งโรงพยาบาล

การวินิจฉัยของแพทย์ Moderate head injury with Rt lung pneumothorax. with Fx rib 4-5th with Fx Rt clavicle

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ White blood count 11,310 cell/mm³, Neutrophil 87%, Lymphocyte 4.2%, Monocyte 8.7%, Hematocrit 27.2%, Platelet count 166,000 cell/mm³ Electrolyte ผล Na 148 mmol/L, K 3.2 mmol/L, Cl 112 mmol/L, CO₂ 15 mmol/L BUN 15 mg/dl, Creatinine 0.60 mg/dl.

การตรวจอัลตราซาวด์ (FAST) ผล negative

การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) ผล Acute subdural haemorrhage left frontoparietal region thickness 2 cms. midline shift to the right 0.5 mm

การตรวจเอกซเรย์ช่องอก (Film chest) ผล Fx rib 4-5th Rt lung pneumothorax. Fx Rt clavicle

สรุปการดูแลรักษาพยาบาล
รับใหม่จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แรกได้รับรู้สึกตัวทำตามคำสั่งได้ GCS E₃V₄M₅ pupil Ø 2 mm RTL BE วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 174/78 มิลลิเมตรปรอท ศีรษะด้านซ้ายบวมโนมีแผลฉีกขาดขนาด 0.5 x 5 x 0.7 เซนติเมตร เย็บแผลจากห้องฉุกเฉิน แผลซึมเล็กน้อย On ICD ข้างขวา No.28 depth 15 ต่อแบบ 2 ขวด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 ml iv drip 100 ml/hr. แพทย์พิจารณาการรักษาด้วยการผ่าตัด Craniotomy & clot removal (E) ผู้ป่วยมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา ให้ออกซิเจนทาง Mask with bag 10 LPM แก้ไขภาวะช็อคก่อนผ่าตัด โดยให้เลือดชนิด PRC 2 units ระหว่างให้เลือดไม่พบความผิดปกติ เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน Monitor O₂ saturation 97-99% ศัลยแพทย์ตรวจดู film chest พบกระดูกไหปลาร้าข้างขวาหัก ใส่ Arm sling พุงผูกแน่นไว้ ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดสูญเสียเลือด 450 ml ระดับความรู้สึกตัวลดลงจาก 13 คะแนนเป็น 8 คะแนน (E₂M₄V₂) pupil Ø 2 mm RTL BE ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเครื่องช่วยหายใจ Bird's respirator FiO₂ 0.4

หลังผ่าตัดสมอง 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการซึมลงจาก 8 คะแนนเป็น 6 คะแนน (E₁M₄V₁) pupil Ø 2 mm sluggish BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/94 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทส่ง CT Brain พบภาวะแทรกซ้อนมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำ ขนาด 2.7 เซนติเมตร (Re-bleeding Acute Subdural Hemorrhage) แพทย์จึงทำผ่าตัด Craniotomy with remove clot รอบที่ 2 หลังการผ่าตัดยังมีภาวะช็อค และเกล็ดเลือดต่ำเฉียบพลันจากการบาดเจ็บได้รับ PRC รวม 4 units และ Platelet concentrate 10 units เพิ่มจาก 98,000 cell/mm³ เป็น 160,000/mm³ ผล Hematocrit เพิ่มจาก 26% เป็น 33% หลังใส่สายระบายทรวงอก มีเลือดออกเพิ่มรวม 160 ml ผู้ป่วยแน่นหน้าอกน้อยลง ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ประเมิน O₂ saturation 98-100% อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที

หลังผ่าตัด 2 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง GCS 11 คะแนน ($E_4M_6V_1$) pupil $\varnothing$ 2 mm RTL BE แขน ขา ข้างขวาอ่อนแรง motor power grade 3 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 99-100% สายระบายเลือดที่ศีรษะมีเลือดออก 200 ml ดูแลป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ให้การพยาบาลลดไข้ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Tazocin 4.5 gm iv ทุก 6 hr เริ่มให้อาหารทางสายยาง รับประทานมื้อดูแลสายระบายทรวงอก ผู้ป่วยสามารถถอดสายระบายได้ภายใน 4 วัน หลังถอดสายผู้ป่วยไม่มีเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O_2 saturation 100% ส่ง film chest ทรวงอกขยายตัวดี ไม่มีลม เลือดออกเพิ่ม

หลังผ่าตัด 5 วัน รู้สึกตัวดี GCS $E_4V_6M_6$ pupil $\varnothing$ 2 mm RTL BE สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/78 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ O_2 saturation 99-100% หย่าเครื่องช่วยหายใจ ถอดท่อหายใจออกได้เปลี่ยนให้ออกซิเจน High Flow Nasal Cannula (HFNC) 60 LPM หลัง On HFNC ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ O_2 saturation 99-100% แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ไม่พบการติดเชื้อ จึงนำสายระบายเลือดออกปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพแขน ขา ที่อ่อนแรง และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

หลังผ่าตัด 7 วัน อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับวางแผนร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้ยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษา จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 7 กันยายน 2563 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 10 วัน สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย รู้สึกตัวดี แผลตัดใหม่ที่ศีรษะและแผลใส่ท่อระบายทรวงอกแห้งดี ผลการติดตามหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยกลับมาตรวจที่ OPD ยังมีอาการปวดศีรษะบางครั้ง ไม่มีอ่อนแรงและคลื่นไส้อาเจียน เดินได้ปกติผล CT Brain ไม่มีเลือดออกเพิ่ม แพทย์นัดพบเพื่อตรวจหลังการรักษาอีก 3 เดือน

สรุปและอภิปรายผล

กรณีผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด Craniotomy remove blood clot ถือว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤตและมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ร่วมกับผู้ป่วยมีอาการบาดเจ็บออกจึงทำให้เกิดความยุ่งยากมากขึ้นในการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากหลังผ่าตัดดูแลป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยดูแลให้มีเลือดไป

เลี้ยงสมองให้เพียงพอ ไม่ให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ สังเกตการเปลี่ยนแปลงของ neurological signs สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงแล้ว การส่งเสริมการหายใจให้มีประสิทธิภาพในขณะที่ช่องอกได้รับการบาดเจ็บก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อการฟื้นตัวของเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับบาดเจ็บ พยาบาลต้องตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ตั้ง mode เครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงในการหายใจมากหลังผ่าตัด เมื่อผ่านการประเมินความสามารถหย่าเครื่องหายใจได้ ต้องดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดครั้งที่ 2 แต่ด้วยความใส่ใจดูแลของพยาบาลอย่างใกล้ชิด ทำให้ประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทันที และวินิจฉัยรักษาเข้าห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะเลือดออกซ้ำอีก เมื่อพบทวนกระบวนการรักษาพยาบาล มีการประสานงานกันต่อเนื่องนับตั้งแต่ผู้ป่วยส่งตัวมาจากห้องฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วย พยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยและรับได้อย่างรวดเร็วทุกระบบ รายงานแพทย์และได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้ปลอดภัย

เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้านความเจ็บปวด การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ แต่ด้วยพยาบาลมีการวางแผนการฟื้นฟูไว้ตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัดได้บรรเทาอาการปวดรุนแรงในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ร่วมกับการประเมิน pain score เป็นระยะ มีการควบคุมระดับความเจ็บปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์ จึงทำให้ผู้ป่วยรายนี้ฟื้นตัวได้เร็ว นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพปอดเริ่มการฟื้นฟูตามสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม และจนสามารถฟื้นฟูได้เต็มที่เมื่อผ่านวิกฤตให้การพยาบาลในระหว่างใส่สายระบายทรวงอกตามมาตรฐานทำให้ถอดสายระบายทรวงอกได้ภายใน 4 วัน

การวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยรายนี้นับว่ามีความสำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและยังคงมีภาวะกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการบาดเจ็บรุนแรง ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิดเลือดคั่งในสมองได้ภายในเวลา 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงได้ให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมากขึ้น คลื่นไส้อาเจียนพุ่ง หรือผู้ป่วยซึมลงจนหมดสติ เมื่อมีอาการเหล่านี้ให้รีบนำผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลทันที อธิบายการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำ ประสานงานกับเวชกรรมสังคมติดตามเยี่ยมบ้าน และส่งต่อชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ทีมต้องมีสมรรถนะ การสื่อสาร ประสานความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการตายของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย

ระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายต้องมีส่วนร่วมพัฒนา ควรมีผู้ประสานความร่วมมือ มีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา แนะนำทิศทางการปฏิบัติงานของทีมควบคู่กับการพัฒนาสมรรถนะของทีมทั้งในโรงพยาบาลและ เครือข่าย รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศและส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์, และศิริอร สีนธ.(2551). การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม.วารสารสภาการพยาบาล. 23 (3): 26-39
- นวลทิพย์ อีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย และ นางลักขณ์ พลแสน.(2561). ประสิทธิภาพการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline. ว. การแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 33: 165-77
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ.(2556). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- วิมล อิมอุไร.(2562). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบวารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 4(1): 54-68
- วิรุฬ เหล่าภักทรเกษม.(2559). ตำราออร์โธปิดิกส์ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานศัลยกรรม.(2562). รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี :โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
- สมพล ฤกษ์สมถวิล.(2556). Pediatric Trauma. ใน : เลิศพงศ์ สมจิตร, สุภาพร โอภาสานนท์, บรรณาธิการ. Update in Trauma Practice. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สรวง ปัจจัยสีห์. นครชัย เฝื่อนปทุม และกุลพัฒน์ วีรสาร.(2556). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ ฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด.
- American College of Surgeons: Committee on trauma. (2013). Advanced trauma life support program for doctors. 9thed. Chicago: American College of Surgeons.
- F. Charles Brunicaudi.(2010). Schwartz's Principles of Surgery, Ninth Edition. New York: McGraw-Hill.
- Krantz, B. E.(1999). The international ATLS program. Trauma Quarterly. 3 (14): 323-328.
- Nasim Ahmed, Jerome JV. (2011). Management of liver trauma in adults: J Emergency Trauma Shock. Jan-Mar. 4(1): 114-119.
- Newberry, L.(2013). Emergency nursing principle and practice. Philadelphia: Mosby.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อค : กรณีศึกษา Nursing of dengue fever pediatric patients with shock : case study

(Received: March 11,2021 ; Accepted: April 19,2021)

จิราพร เกิดศิริ, พย.บ.

Mrs. Jiraporn koetsiri

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคที่ระบาดได้เร็ว และอาการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วและรุนแรง อาจเกิดภาวะช็อค และถ้าไม่ได้รับการเฝ้าระวังจะเกิดภาวะช็อครุนแรง ซึ่งมีความยุ่งยากในการดูแลรักษาพยาบาลหากปล่อยไว้นานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ตับวาย ไตวาย เลือดออกมากจนถึงเสียชีวิตได้

ผู้ป่วยเด็กชายอายุ 5 ปี มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563 ด้วยอาการมีไข้ ไอ น้ำมูกใส ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออกร่วมกับมีภาวะช็อค การพยาบาลผู้ป่วยได้แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะไข้สูง (39.3 องศาเซลเซียส) พยาบาลประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพ เช็ดตัวร่วมกับให้ยาลดไข้ เฝ้าระวังภาวะชักจากไข้สูงจำแนกประเภทผู้ป่วยตามมาตรฐาน และจัดเตรียมความพร้อมของเวชระเบียน ประสานกับแพทย์เพื่อนำผู้ป่วยเข้ารับการตรวจโดยเร็ว ระยะที่ 2 การพยาบาลขณะตรวจ แพทย์วินิจฉัยสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก ให้เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และทำ Tourniquet test ให้ผลบวก (14 จุด/ตารางนิ้ว) ในระหว่างรอผลเลือดสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง (pulse pressure < 20 mmHg) รายงานแพทย์ทันที และนำส่งผู้ป่วยเด็กไปดูแลต่อที่ห้องฉุกเฉิน ได้รับการให้สารน้ำ และพิจารณาให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะหลังตรวจ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ติดตามประสานงานเพื่อรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาลและนำส่งผู้ป่วยเด็กไปรักษาพยาบาลต่อที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอย่างปลอดภัย

บทบาทที่สำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยนอก ต้องมีความรู้ความชำนาญ และมีทักษะในการประเมินจำแนกประเภทผู้ป่วย รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดที่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วตลอดเวลา มีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเด็ก, โรคไข้เลือดออก, ภาวะช็อค

Abstract

Dengue fever is a public health problem. Because it is a disease that spreads quickly, symptoms change quickly and severely and it cause shock. If not monitored, it will cause severe shock. This is difficult to maintain, and if left for a long time, complications such as liver failure, kidney failure, severe bleeding, and even death.

A 5-year-old boy patient came to check at the outpatient department of pediatrics. King Narai Maharaj Hospital, February 19, 2020 with fever, cough, clear mucus 3 days before coming to the hospital. The patient was diagnosed with dengue fever with shock. Nursing patients were divided into 3 phases, phase 1, pre-examination nursing. The patient had signs and symptoms of a high fever (39.3 °C). Nurses assessed symptoms, measure vital signs, wipe themselves with antipyretic medication watching for seizures from high fever patient classification according to standard and prepare the medical record coordinate with doctors to bring patients to be quickly checkup. Phase 2, Nursing during examination, Doctors diagnosed with suspected dengue fever. Patient was blood drawn for laboratory testing and tourniquet test, positive results (14 points / square inch) while waiting for the blood vital signs change (pulse pressure < 20 mmHg). Nurse reported the doctor immediately and take the pediatric patients to the emergency room for care. The patient was received fluid therapy and admitted in the hospital. Phase 3 Post-examination nursing, nurse monitored the changes in symptoms and closely assessed the

symptoms, contacted and coordinated to get the patient to sleep for medical treatment and delivered the pediatric patient to the pediatric ward until safely.

The critical role of ambulatory nurses must have knowledge and expertise and have skills in patient classification assessment, including close surveillance that can provide rapid nursing care at all times and efficient for reducing the incidence of complications of the patient.

Keywords: Nursing, Pediatric patients, Dengue fever, Shock

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในขณะนี้ เนื่องจากแนวโน้มการเกิดโรครุนแรงอยู่ และเป็นปัญหาต่อเนื่องกันมานาน โรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นได้ตลอดทั้งปี แม้มีการระบาดในช่วงฤดูฝน เพราะช่วงฤดูนี้ยุงลายซึ่งเป็นพาหะนำโรคสามารถเพาะพันธุ์ได้ง่าย ประกอบกับประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อนมีสภาพอากาศแบบร้อนชื้น (วิจิตรกุสมภ์, 2553) พบบ่อยในเด็กอายุ 5-10 ปี ระยะแรกมักมีไข้สูง 3-7 วัน ร่วมกับอาการอาเจียน ปวดท้อง ไม่มีอาการหวัดเด่นชัด อาจมีเลือดออกตามอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะเลือดกำเดา จุดเลือดออกตามผิวหนังและอาเจียนเป็นเลือด ต่อมาจึงเข้าสู่ระยะวิกฤตหรือระยะช็อก อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ แต่ถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนและได้รับการรักษาได้ทันก็จะมีเข้าสู่ระยะพักฟื้น (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552; ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรูก, มุกดา หวังวีรวงศ์ และวราณี วัชรเสวี, 2560)

ห้องตรวจกุมารเวชกรรม งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ให้บริการแก่ผู้ป่วยเด็กอายุแรกเกิดถึงต่ำกว่า 15 ปี กลุ่มโรคสำคัญได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อต่างๆ จากสถิติผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีผู้ป่วยเด็กมารับบริการปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 110 ราย, 160 ราย และ 159 ราย ตามลำดับ ปี พ.ศ. 2562 พบภาวะช็อคจำนวน 4 ราย และ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 11 ราย (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยพยาบาลประจำห้องตรวจเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่คัดกรองดูแลผู้ป่วยก่อนพบแพทย์จึงต้องมีการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อค เพื่อจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างถูกต้องและจัดลำดับความสำคัญในการตรวจได้อย่างมีมาตรฐานและรวดเร็ว มีการดูแลผู้ป่วยในขณะที่แพทย์ตรวจและดูแลผู้ป่วยภายหลังแพทย์ตรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะช็อคได้อย่างทันท่วงที (วราณี วัชรเสวี และคณะ, 2557).

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อค

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 5 ปี มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2563 ด้วยอาการมีไข้ ไอ น้ำมูกไหล ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน

แรกรับ ผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัวดี ตัวร้อน โอนานๆ ครั้ง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/88 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนตรวจ

1. ประเมินสภาพร่างกายแรกรับ รู้สึกตัวดี ตัวร้อน โอนานๆ ครั้ง และมีน้ำมูกใส มีอาการกระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 39.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/88 มิลลิเมตรปรอท
3. ป้องกันภาวะชกจากไข้สูง เช็ดตัวร่วมกับให้ยาลดไข้ สอนการเช็ดตัวลดไข้ให้แก่มารดา ให้เช็ดตัวเพื่อลดไข้ขณะรอแพทย์ตรวจ
4. จำแนกประเภทผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยอยู่ในความรุนแรงระดับ 2 โดยสังเกตอาการใกล้ชิดและรอรับการตรวจจากแพทย์ ได้จัดเตรียมเวชระเบียน บันทึกเวชระเบียนตามมาตรฐานการบันทึก จัดให้ผู้ป่วยเข้าตรวจโดยเร็ว

การพยาบาลผู้ป่วยในขณะที่แพทย์ตรวจ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในเวลา 10.05 น. ผู้ป่วยร้องงอแง อาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง แพทย์วินิจฉัยสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก

1. ดูแลนำส่งผู้ป่วยเด็กไปเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC)
2. ทำ Tourniquet test ตามแผนการรักษา ให้ผลบวก (พบ 14 จุด/ตารางนิ้ว)

3. ประเมินสัญญาณชีพระหว่างรอผลเลือดสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดัน 90/68 มิลลิเมตรปรอท (pulse pressure < 20 mmHg) แก้ไขในภาวะฉุกเฉินโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว และวัดสัญญาณชีพซ้ำ รายงานแพทย์ทันที และนำส่งผู้ป่วยเด็กไปดูแลต่อที่ห้องฉุกเฉินโดยเร็ว

4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 49%, WBC count 3,200 cell/mm³, Platelet 80,500 cell/mm³

5. แพทย์พิจารณาให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกลัวผู้ป่วยเด็กเป็นอันตราย ได้อธิบายแผนการรักษาให้ทราบอย่างละเอียด โดยอธิบายถึงรายละเอียดของอาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยกับแพทย์จนเข้าใจ

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังแพทย์ตรวจ

ผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัวดี มีอาการกระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง ได้รับการให้สารน้ำ On 5%/D/NSS 1000 ml iv drip 70 ml/hr. Monitor สัญญาณชีพ และให้ admit ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

1. ดูแลนำส่งผู้ป่วยไปห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเมินสัญญาณชีพก่อนนำส่ง ชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/70 มิลลิเมตรปรอท

2. เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลง และประเมินอาการอย่างใกล้ชิด ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที

3. ประสานศูนย์ admit และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อส่งต่ออาการและแผนการรักษาพยาบาล

4. ดูแลนำส่งผู้ป่วยไปที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอย่างปลอดภัย

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กรายนี้ มีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินและคัดกรองระดับความรุนแรงจากอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะไข้สูงเมื่อพิจารณาจากภาวะไข้ ได้ให้การพยาบาลและเช็ดตัวลดไข้สามารถตรวจตามลำดับได้ แต่เนื่องจากพยาบาลได้ประเมินสัญญาณชีพและพบว่า ระดับความดันโลหิตค่อนข้างมี pulse pressure แคบ (22 มิลลิเมตรปรอท) จึงจัดระดับความรุนแรงอยู่ในความรุนแรงระดับ 2 ได้รับการสังเกตอาการใกล้ชิดตั้งแต่ระยะรอตรวจ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงจึงได้รับการช่วยเหลือแก้ไขได้ทันที

ภายหลังการตรวจ ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการประสานงานการดูแลที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน ก่อนนำส่ง ประเมินอาการผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพเมื่อนำส่งถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลต่อเนื่องทันที ได้รับการให้สารน้ำ Monitor สัญญาณชีพ และให้ข้อมูลแก่บิดา มารดา จนเกิดความเข้าใจ คลายความวิตกกังวล และนำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอย่างปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

สรุป

เด็กป่วยโรคไข้เลือดออกพบได้ทั้งมีอาการช็อคและไม่ช็อค การช็อคเกิดจากการรั่วของพลาสมา ออกนอกหลอดเลือด และเลือดออกทั้งภายในและภายนอกร่างกาย การดูแลที่สำคัญต้องเริ่มที่การ คัดกรองเด็กป่วย และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงให้ได้โดยเร็ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลอย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อีกทั้งการป้องกันการเกิดโรคยังคงเป็นบทบาทสำคัญ การให้ความรู้การป้องกันยุงกัดและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชนด้วยการกำจัดแหล่งน้ำสะอาดต่างๆ จะช่วยลดการระบาดของโรคได้

เอกสารอ้างอิง

- วารุณี วัชรเสรี, รศนา วลีรัตน์ภา, รุ่งภา ธนาสมบุรณ์ และคณะ.(2557). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติกิตติมศักดิ์ กระทรวงสาธารณสุข: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วิจิตรา กุศลมภ์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์.
- ศิริเพ็ญ กัลป์ยานรจ, มุกดา หวังวีรวงศ์ และวารุณี วัชรเสรี.(2560). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเด็กฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติกิตติมศักดิ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2562). รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.
- สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกในระดับโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

ผลการใช้แผ่นแปะฝ่าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในมารดาที่ได้รับยาระงับความรู้สึกใน Elective case ที่ห้องพักฟื้นโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

Effect of the Clove Smell Essential Oil's Feet Patch to Relieve Pain after Caesarean Section in Mothers who Received Anesthesia in Elective Cases at the Recovery Room, Bang Phi Hospital, Smut Prakan Province

(Received: January 20,2021 ; Accepted: February 24,2021)

นัยนา ประจวบ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
Naiyana Prajuab,RN
โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แผ่นแปะฝ่าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูในมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ห้องพักฟื้นที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 71 คน เป็นกลุ่มควบคุม 38 คน และกลุ่มทดลอง 33 คน ใช้เกณฑ์การคัดเลือกโดยการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ห้องคลอดใน Elective case ก่อนผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แผ่นแปะฝ่าเท้า น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู แบบประเมิน Pain Score แบบประเมิน Numeric scale และแบบประเมินความพึงพอใจของการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติค่าที

ผลการศึกษา:พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้แผ่นแปะฝ่าเท้า น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และพบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการประเมินความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

คำสำคัญ: แผ่นแปะฝ่าเท้า, น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู, มารดาหลังคลอด, การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

Abstract

This was a quasi-experimental aimed to study the effect of the use of clove essential oil foot patch in mothers after a cesarean section in a hospital room receiving a General Anesthesia. The sample consisted of 71 subjects, a control group, 38 subjects, and an experimental group of 33 subjects. Selection criteria were performed by visiting patients at the delivery room in an elective cases prior to surgery and administering a system-wide anesthesia. Bang Phli Hospital, Samut Prakan Province. **The research instruments:** included foot patch, clove essential oil, Pain Score, Numeric scale and Maternal Satisfaction Survey. The data were analyzed by descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation and T statistics.

Results: The mean of pain scores of the experimental group was significantly lower than the control group who did not use the clove essential oil foot patch ($P < .001$). There were statistically differences in pain assessments between control and experimental groups ($P < .05$).

Keywords: foot patch, clove essential oil, postpartum mother, General Anesthesia

บทนำ

ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตัวเลขจากการสาธารณสุขป้องกันแห่งประทศไทย ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2560 ระบุว่าจากการศึกษาใน 150 ประเทศช่วงปี 2533-2557 อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.7 ในปี 2533 เป็น

ร้อยละ 19.1 ในปี 2557 หรือเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ต่อปี โดยในปี 2557 ลาตินอเมริกาและแคริบเบียนมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุดคือร้อยละ 40.5 เอเชียอยู่ในอันดับ 5 คือร้อยละ 19.2 แต่มีอัตราการผ่าตัดคลอดรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.1 คิดเป็นอันดับ 2 ของโลกและมีอัตราการเพิ่มการผ่าตัดคลอดต่อปีสูงสุดคือร้อยละ 6.4 ขณะที่ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการผ่า

กลั่นกลั่นผสมกับน้ำมันงาสกัดเย็น น้ำมันหอมระเหยกลั่น
กลั่นผสมกับน้ำมันเมล็ดดอกทานตะวันสกัดเย็น น้ำมันหอม
ระเหยกลั่นกลั่นผสมกับน้ำมันรำข้าวสกัดเย็น หลังจากนั้น
สรุปผลและทำการคัดเลือกกลิ่นของน้ำมันหอมระเหยจากกลิ่น
ที่อาสาสมัครเลือกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100 ได้แก่ น้ำมัน
หอมระเหยกลั่นกลั่นผสมกับน้ำมันงาสกัดเย็น การเตรียมน้ำมัน
หอมระเหยกลั่นผสมกับน้ำมันงาสกัดเย็น ผสมเข้าด้วยกันด้วย
อัตราส่วน 2 % คือใช้น้ำมันหอมระเหยกลั่นจำนวน 2 ซีซี ผสม
กับน้ำมันงาสกัดเย็นจำนวน 98 ซีซี เก็บในขวดทึบแสง แช่ใน
ตู้เย็น 1) เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือขอความ
อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลบางพลี หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก
วิสัญญี หัวหน้างานห้องคลอดและสูติแพทย์ เพื่อแจ้ง
วัตถุประสงค์การวิจัยขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่ม
ทดลองโดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมัน
หอมระเหยสูตรผสมกับข้อมูลส่วนบุคคลและสถิติกรรม
ประวัติการผ่าตัดเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มควบคุม 38
รายโดยเมื่อผู้ป่วยถึงห้องพักรักษาประณาม Pain Score ครั้งที่ 1 ถ้า
Pain Score 6 คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของ
สูติแพทย์, 30 นาทีประณาม Pain Score ครั้งที่ 2 ถ้า Pain Score
6 คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์, 1
ชั่วโมงที่ห้องพักรักษาประณาม Pain Score ครั้งที่ 3 ถ้า Pain Score
6 คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์
และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ประณาม
Pain Score ครั้งที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Numeric
scale 0-10 ร่วมกับ Face pain scale และแบบประเมินความพึง
พอใจของมารดาหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง เดือนสิงหาคม
พ.ศ. 2563 เป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ใช้
แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลั่นกลั่นกลั่นโดยเมื่อผู้ป่วย
มาถึงห้องผ่าตัดก่อนผ่าตัดผู้วิจัยจะใช้น้ำมันหอมระเหยกลั่น
ทาและนวดทั่วผ้าเท้าทั้ง 2 ข้างของมารดาที่มาผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้อง (กลุ่มทดลองและใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหย
กลั่นกลั่นกลั่นแปะที่เท้าทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย หลังผ่าตัดเสร็จเมื่อ
ผู้ป่วยถึงห้องพักรักษาประณาม Pain Score ครั้งที่ 1 ถ้า Pain
Score 6 คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของสูติ
แพทย์, 30 นาทีประณาม Pain Score ครั้งที่ 2 ถ้า Pain Score 6
คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์, 1
ชั่วโมงที่ห้องพักรักษาประณาม Pain Score ครั้งที่ 3 ถ้า Pain Score
6 คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์
และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ประณาม
Pain Score ครั้งที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Numeric

scale 0-10 ร่วมกับ Face pain scale และแบบประเมินความพึง
พอใจของมารดาหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง

เกณฑ์การคัดเลือกโดยการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ห้อง
คลอดใน Elective case ก่อนผ่าตัดและให้ยาบรรเทาปวดแบบ
ทั่วร่างกาย (General anesthesia) 1 วันอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง
วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และลงชื่อยินยอมเข้าโครงการวิจัย
และเมื่อถึงวันผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนเข้าห้องผ่าตัด 30
นาที ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหย
กลั่นกลั่นกลั่นแปะที่เท้าของมารดาทั้ง 2 ข้าง หลังผ่าตัดเสร็จ
เมื่อผู้ป่วยถึงห้องพักรักษาประณาม Pain Score ครั้งที่ 1 ถ้า Pain
Score 6 คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของสูติ
แพทย์, 30 นาทีประณาม Pain Score ครั้งที่ 2 ถ้า Pain score 6
คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์, 1
ชั่วโมงที่ห้องพักรักษาประณาม Pain Score ครั้งที่ 3 ถ้า Pain Score
6 คะแนนหรือมากกว่าให้ยาตามแผนการรักษาของสูติแพทย์
และติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ประณาม
Pain Score ครั้งที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ Numeric
scale 0-10 ร่วมกับ Face pain scale และแบบประเมินความพึง
พอใจของมารดาหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง Elective case
ไม่มีโรคประจำตัว
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
(General anesthesia)
- 3) ผู้ป่วยต้องผ่านห้องพักรักษาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง
- 4) ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดี มีความเข้าใจและ
สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง Emergency
case
- 2) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันสูง
ไทรอยด์เป็นพิษ
- 3) ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบฉีดยาเข้า
ช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block)
- 4) ผู้ป่วยย้ายไป ICU ไม่ได้ผ่านห้องพักรักษา
- 5) ผู้ป่วยตื่นไม่สติ สลึมสลือ ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทย
ได้
- 6) ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษาทั้งโครงการ (Discontinuation Criteria for Participant)

ผู้ป่วยมีผื่น คัน หรืออาการแพ้ตามผิวหนังหลังใช้
แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลั่นกลั่นกลั่น

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Terminal Criteria for the study)

ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนคือ มีความดันโลหิตต่ำ
มดลูกหดตัวไม่ดี ประเมินการเสียเลือดจากการผ่าตัด
มากกว่า 1,000 ซีซีหลังใช้แผ่นแปะผ้าทำน้ำมันหอมระเหย
กลั่นกานพลู

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม
และแผ่นแปะผ้าทำน้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลู
แบบสอบถาม 1 ชุดมี 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ
เชื้อชาติ ภูมิลำเนาการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง BMI ประวัติการ
ตั้งครรภ์ ประวัติการผ่าตัด ประวัติการได้รับยาบรรเทาความรู้สึก
ทรมานและครั้งนี้โดยลักษณะข้อคำถามเป็นให้เลือกตอบและ
เติมคำในช่องว่างจำนวน 8 ข้อและผู้วิจัยเป็นคนอ่านให้มารดา
หลังผ่าตัดตลอดตอบตามคำถามโดยผู้ทำวิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินคะแนนปวดใช้ The
numeric pain intensity เป็นวิธีที่
ให้ผู้ป่วยประเมินระดับความปวดเปรียบเทียบกับตัวเลขโดย
แบ่งระดับความปวดเป็น 0-10 ร่วมกับ FACES pain scale เป็น
รูปแสดงความรู้สึกทางใบหน้า ดังนี้



การแบ่งค่าระดับความเจ็บปวดแบบ FACES pain scale แบ่ง
ออกเป็น 6 ระดับ คือ

- คะแนน 0 หมายถึงไม่ปวดเลย(No pain)
- คะแนน 2 หมายถึงปวดเล็กน้อย(Mild pain)
- คะแนน 4 หมายถึงปวดปานกลาง(Moderate pain)
- คะแนน 6 หมายถึงปวดค่อนข้างมาก(Severe pain)
- คะแนน 8 หมายถึงปวดมาก(Very severe pain)

คะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด(Worst possible
pain)

โดยลักษณะข้อคำถามเป็นให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง
จำนวน 5 ข้อ และผู้วิจัยได้

ดัดแปลงมาจาก งานวิจัยของ Jeanette Adams McNeill, DrPH
และคณะจาก Journal of Pain and Symptom management
Vol. 16 No.1 July 1998 การแปลผลคะแนนในเรื่องความปวด
จะแบ่งเป็น 3 ระยะคือแรกรับที่ห้องพักฟื้น 30 นาทีที่ห้องพัก
ฟื้นและ 1 ชั่วโมงที่ห้องพักฟื้นและคิดเป็นร้อยละของคะแนน
รวมในแต่ละช่วงเวลา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจจำนวน 3
ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาก

อัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับ
คะแนน 5 หมายถึงพอใจมากและระดับคะแนน 1 หมายถึงไม่
พอใจมาก การแปลผลคะแนนในเรื่องความพึงพอใจโดยใช้
คะแนนทั้งหมดมารวมกันและคิดเป็นร้อยละของคะแนนรวม
ทั้งหมด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจการใช้
แผ่นแปะทำน้ำมันหอมระเหยกลั่น

กานพลู เรื่องการผ่อนคลายจำนวน 2 ข้อ ข้อที่ 1 ลักษณะของ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ
ระดับคะแนน 5 หมายถึงพอใจมากและระดับคะแนน 1
หมายถึงไม่พอใจมาก ข้อที่ 2 เป็นคำถามประเมินเกี่ยวกับการ
ใช้แผ่นแปะทำน้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลู เรื่องการบรรเทา
อาการปวดลักษณะข้อคำถามเป็นให้เลือกตอบจำนวน 1 ข้อ
โดยผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง การแปลผลคะแนนการใช้แผ่นแปะทำ
น้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลู เรื่องการบรรเทาอาการปวดโดย
ใช้ nominal scale ดังนี้ 1. บรรเทาปวดได้ 2. บรรเทาปวดไม่ได้
เครื่องมืออีก 1 ชนิด คือ แผ่นแปะทำน้ำมันหอมระเหยกลั่น
กานพลู ทำน้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลูทดลองผสมในน้ำมัน
นำพาือน้ำมันงาสกัดเย็นผสมเข้าด้วยกันด้วยอัตราส่วน 2 %
คือใช้น้ำมันหอมระเหยกลั่นจำนวน 2 ซีซีผสมกับน้ำมันงาสกัด
เย็นจำนวน 98 ซีซี เก็บในขวดทึบแสงในตู้เย็นหมุดอายุนับ
จากวันผสม 6 เดือน เตรียมน้ำมันหอมระเหยที่ผสมไว้หยดใส่
แผ่นพลาสติกที่มีแผ่นก๊อสนาต 5x7 เซนติเมตรใส่ตู้เย็นไว้

การหาคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพของ
แบบสอบถามผลของการใช้แผ่นแปะผ้าทำน้ำมันหอมระเหย
กลั่นกานพลูเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้า
ท้อง ที่ห้องพักฟื้น โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
ด้านตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) และความ
เหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาจำนวน 3 ท่าน
คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index
[CVI]) ได้เท่ากับ 0.89 การหาค่าความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ
ได้เท่ากับเท่ากับ 0.89 การหาค่าความเชื่อมั่นความพึงพอใจใน
การใช้แผ่นแปะผ้าทำน้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลู (Reliability)
ได้เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถาม
ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดตอบจำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ

100 แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องและวิเคราะห์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 71 ราย มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติสุขภาพ ใช้สถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ห้องพักรักษาที่ 1 นาที่, 30 นาที และ 60 นาทีระหว่างกลุ่มทดสอบที่ใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติที่ 1 นาที่, 30 นาที และ 60 นาทีโดยใช้สถิติค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลบางพลี เอกสารรับรองเลขที่ 3/2563 ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญโดยได้แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์วิธีการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและได้ให้ความรู้เรื่องคะแนนความปวด 1-10 คะแนนก่อนใช้แบบสอบถาม พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.4 และ 69.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเชื้อชาติไทยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 94.7 และ 87.3

ตามลำดับ ระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จบมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.9 และ 60.6 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมี BMI อยู่ในระดับอ้วน (BMI 25-29.9) มากที่สุด 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.1 กลุ่มทดลองมี BMI อยู่ในระดับอ้วนมาก (BMI >30) มากที่สุด 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมา กลุ่มควบคุมมี BMI อยู่ในระดับอ้วนมาก (BMI >30) 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.2 กลุ่มทดลองมี BMI อยู่ในระดับอ้วน (BMI 25-29.9) 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 และน้อยที่สุดคือ BMI ระดับปกติ (18.6 – 22.9) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.3 กลุ่มทดลอง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.1 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 หรือมากกว่า 2 ครั้ง กลุ่มควบคุม 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.4 กลุ่มทดลอง 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.8

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัดและไม่เคยมีประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก กลุ่มควบคุม 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.3 กลุ่มทดลอง 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.4 รองลงมา คือ กลุ่มควบคุมมีประวัติการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3 กลุ่มทดลองประวัติการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 และในการผ่าตัดในครั้งนี้ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทั้งหมด กลุ่มควบคุม 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลอง 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดหลังใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูนาที่ 1 นาที่, 30 นาที และ 60 นาที ที่ห้องพักรักษาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาหลังคลอด

กลุ่ม	N	Mean	SD	Mean difference	t	df	p
คะแนนความปวดนาที่ที่ 1 นาที่							
กลุ่มควบคุม	38	6.79	2.611	2.789	4.938	69	0.000**
กลุ่มทดลอง	33	4.00	1.500				
นาที่ที่ 30 นาที							
กลุ่มควบคุม	38	6.68	2.473	1.715	3.557	69	0.000**
กลุ่มทดลอง	33	4.97	1.334				
นาที่ที่ 60 นาที							
กลุ่มควบคุม	38	6.05	2.301	1.628	4.938	69	0.000**
กลุ่มทดลอง	33	4.42	0.969				

p < 0.01**

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู นาที่ 1 นาที่, 30 นาที และ 60 นาที มีค่าเฉลี่ยของอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้า

ท้องน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้แผ่นแปะผ้าเท้าน้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P < .000

ตารางที่ 2 แสดงความพึงพอใจในการบรรเทาอาการปวดในท้องพักพื้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

แหล่ง	Sum of square	df	Mean square	F	Sig
การบรรเทาอาการปวด					
ระหว่างกลุ่ม	4.387	1	4.387	11.076	.001*
ภายในกลุ่ม	27.331	69	.396		
รวม	31.718	70			

P < 0.05*

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการบรรเทาอาการปวดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .001^*$

สรุปและอภิปรายผล

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 71 คน มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเชื้อชาติไทยปี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี BMI อยู่ในระดับอ้วนมาก ($BMI > 30$) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี BMI อยู่ในระดับอ้วน ($BMI 25-29.9$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 หรือมากกว่า 2 ครั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยผ่าตัดและไม่เคยได้รับยาระงับความรู้สึก และในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งนี้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทุกคนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผลการเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการใช้สถิติพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความปวดหลังใช้แผ่นแปะฟentanyl น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูนาที่ที่ 1 นาที่ 30 นาที่ และ 60 นาที่ ที่ท้องพักพื้นหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของมารดาหลังคลอด พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ใช้แผ่นแปะฟentanyl น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .000$ ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของ Tanko, et al.(2008) ศึกษาฤทธิ์ระงับปวดของสารสกัดจากดอกกานพลู Tanko, et al.(2008) ศึกษาฤทธิ์ระงับปวดของสารสกัดจากดอกกานพลู โดยฉีดสารสกัดจากดอกกานพลูในขนาดความเข้มข้น 50, 100 และ 200 mg/kg เข้าทางช่องท้องของหนูถีบจักร สายพันธุ์ Swiss albino ทั้งเพศผู้และเพศเมีย หลังจากนั้น 30 นาที ฉีดกรดอะซิติกเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบริเวณช่องท้อง (writhing) ซึ่งแสดงถึงอาการเจ็บปวด ผลการทดสอบพบว่าสารสกัดจากดอกกานพลู สามารถระงับอาการปวดได้ร้อยละ 75, 66 และ 65 ตามลำดับ ($p < 0.05$ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kamatou, et al (2012)

ศึกษาฤทธิ์ระงับปวดของ eugenol ในดอกกานพลูทำการทดลองโดยให้ eugenol ขนาด 50, 75 ,100 mg/kg แก่หนูถีบจักรที่ถูกเหนี่ยวนำให้ปวดด้วยกรดอะซิติก พบว่าสามารถลดอาการปวด (writhing) ของหนูได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของกันยารัตน์ ศึกษากิจ (2557) ศึกษาฤทธิ์ทางชีวภาพของน้ำมันและสารสกัดจากดอกกานพลูในการบรรเทาอาการปวดไมเกรนและอาการข้างเคียงในสัตว์ทดลอง ซึ่งพบว่าสารสกัดจากดอกกานพลูขนาด 500 มิลลิกรัม/กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัว สามารถออกฤทธิ์บรรเทาอาการปวดได้เช่นเดียวกับยา Ibuprofen ขนาด 100 มิลลิกรัม/กิโลกรัมต่อน้ำหนักตัว

3. เมื่อเปรียบเทียบมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในการประเมินความปวดจากวิสัญญีพยาบาลในท้องพักพื้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .035$ ซึ่งสอดคล้องกับการงานวิจัยของสมพร ชินโนรส ศึกษาการจัดการการความปวด และความพึงพอใจในการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง พบว่า วิธีจัดการกับความปวดที่แพทย์และพยาบาลใช้มากที่สุดคือ ให้ความสนใจและถามถึงอาการปวด

4. เมื่อเปรียบเทียบมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความพึงพอใจในการใช้แผ่นแปะฟentanyl น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ได้ใช้แผ่นแปะฟentanyl น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .001$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสรารุณี สีสาน (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อระดับความปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง ผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .001$ จากผลการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสรุปได้ว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ใช้แผ่นแปะฟentanyl น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูสามารถลดปวดได้ดีกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ไม่ใช้แผ่นแปะฟentanyl น้ำมันหอมระเหยกลิ่นกานพลูที่ท้องพักพื้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ดังนี้

ข้อเสนอแนะ

1. แผ่นแปะฟ้่าทำน้้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลู มีฤทธิ์แก้ปวดไม่มีกลิ่นผู้วิจัยต้องการพัฒนาน้ำมันหอมระเหยสูตรอื่นผสมกับน้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลูให้มีกลิ่นหอมผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยลดปวดและผ่อนคลายโดยที่สูตรผสมของน้ำมันหอมระเหยไม่เป็นอันตรายต่อมารดาหลังคลอด

2. ควรจัดทำโปรแกรมการนวดฟ้่าเท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลูก่อนอย่างน้อย 30 นาที ก่อนแปะแผ่นแปะฟ้่าเท้า ก่อนผ่าตัด เพื่อให้ น้ำมันหอมระเหยซึมเข้าผิวหนังดี และผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น

3. เสนอแนวคิดนี้ร่วมกับแพทย์แผนไทยเพื่อพัฒนาและทำเป็นนวัตกรรมลดปวดและขึ้นทะเบียนเป็นนวัตกรรมลดปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปทุกราย

การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งที่สำคัญ คือการนำแผ่นแปะฟ้่าเท้า น้ำมันหอมระเหยกลั่นกานพลูไปใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหลังได้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปร่างกายได้จริงโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดการใช้ยาแก้ปวดลงได้ ผู้วิจัยสามารถสอนผู้ป่วยทำเองเพื่อนำไปใช้ที่บ้านได้เอง

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546) ประมวลผลงานวิจัยด้านพิษวิทยา ของ สถาบันวิจัยสมุนไพร เล่ม 1.โรงพิมพ์การศาสนา: กรุงเทพมหานคร
- กันยารัตน์ ศึกษากิจ. (2557)ฤทธิ์ทางชีวภาพของน้ำมันและสารสกัดจากดอกกานพลูในการบรรเทาอาการ ปวดไมเกรนและอาการข้างเคียงในสัตว์ทดลอง.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, ประทุมธานี
- คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2554) ความรู้เรื่องการผ่าท้องทำคลอด (Cesarean section) สำหรับประชาชนทั่วไป.
- จันทร์ปัทมศรี เครือแก้ว. (2557) ผลของโปรแกรมล้างบำบัดรักษาทางกายภาพต่อความสบายใน มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และพรพรรณ ภูสาหัส (2558) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารพยาบาลทหารบก, 16 , 101-108
- ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และเยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2552). ความทุกข์ทรมานของสตรีหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. วารสารการพยาบาล, 27 , 28-38
- ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2559) บทบาทพยาบาลในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอด. Journal of Nursing and Health Care, 34 , 6-14
- ทิพย์สุตา ถั่วแก้ว. (2556) ผลของสูตรน้ำมันหอมระเหยโดยการนวดหินร้อน ต่อการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนในนักศึกษาสาขาบูรณาการสุขภาพและความงาม คณะวิทยาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพมหานคร
- ธัญญารัตน์ กุลณิจิตต์เมธี (2560) ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด.วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2, 158-165
- ไมตรี กุลบุตร. (2558) ผลบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและความพึงพอใจของตำรับน้ำมันหอมระเหยสูตร ผสม.วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 13 , 50
- ยศพล เหลืองโสมนภา และศรีสุตา งามขำ (2556) ความสนใจต่อความปวด วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30, 83-90
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ร่วมกับสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2562) แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ฉบับที่ 2, 11
- วิชัย อิทธิชัยกุลชล. และคณะ. (2546) ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 1 หน้า 305-309 บริษัททองพูลการพิมพ์จำกัด, กรุงเทพมหานคร
- สมพร ชินโนรส และคณะ (2552) การจัดการกับความปวด และความพึงพอใจต่อการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง. วารสาร Rama Nurse Journal , 15, 327-343
- สรวิมล สีถาน (2560) ผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ากับการกำหนดลมหายใจต่อระดับความปวดของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง.วารสารพยาบาลตำรวจ, 9 , 37-46
- เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตนประทุมวงศ์ (2557) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรงพยาบาลรณรงค์. วารสารกองการพยาบาล, 41, 23-38

อรพรรณ ไชยชาติ.(2548) การศึกษาความรุนแรงของความปวด ปัจจัยส่วนบุคคล ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องต่อการจัดการความปวดของทีมสุขภาพ.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

อังคณา วิชิต (2560) การดูซึมเข้าสู่ผิวหนัง. บทความการศึกษาต่อเนื่องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา.

อุทัย โสธนพันธุ์ (2559) กลไกการออกฤทธิ์ของสมุนไพรบำบัดระบบประสาทส่วนกลาง . บทความฟื้นฟูวิชาการออนไลน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร

Berry, P.H., & Dahl, J. L. (2000). The new JCAHO pain standards : implications for pain management nurse. Pain Management Nursing, 1 Z March 2000): 3-12.

Jeanette Adams McNeill, DrPH (1998) Assessing Clinical Outcome : Patient Satisfaction with Pain Management. Journal of pain and Symptom Management, 16, 29-40

Tan Y, Mohammed A, Okasha MA, Umah A, Magaji RA, Anti-nociceptive and anti-inflammatory activities of ethanol extract of *Syzygium aromaticum* flower bud in wistar rats and mice. Afr J Trad CAM. 2008; 209-212

การพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

DEVELOPMENT OF TELEPHONE SERVICE SYSTEM FOR DIABETES TYPE 2 PATIENTS BY IN ERA OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 PANDEMIC

(Received: May 14,2021; Accepted: June 11,2021)

ณกานต์ชญาณ์ นววัชรินทร์ พย.ม., Nakanchaya Navawatcharin

M.N.S., สาขาบริหารการพยาบาล Nursing Administration

สุตฤทัย รัตนโอภาส พ.บ., Soodruetai Ratanaopas

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

สุพานี น้อยเอียด ภ.บ., Supanee Noi-iad

บริหารเภสัชกรรม โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 4 ระยะได้แก่ 1) ศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหา สถานการณ์และประเมินความต้องการที่จำเป็น รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ความเป็นไปได้ และการทบทวนวรรณกรรม 2) ออกแบบและพัฒนาระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ 3) ทดลองใช้รูปแบบระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ที่สร้างขึ้น 4) ประเมินผลและปรับปรุงระบบบริการทางโทรศัพท์ให้เหมาะสม พร้อมใช้ และขยายผล โดยดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2563 – วันที่ 30 กันยายน 2563 ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพรและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพระดับรอง ตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

ผลการศึกษา การพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ เพื่อลดการเดินทางออกจากบ้านไปใช้บริการโรงพยาบาล ลดการรวมตัวและความแออัดในหน่วยบริการ ลดความเสี่ยงจากการสัมผัสและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทำให้ระบบบริการสุขภาพยั่งยืนต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมข้อมูล 2) ขั้นตอนปฏิบัติการประเมินภาวะสุขภาพ ชักประวัติ การให้คำปรึกษา แก้ไข ปัญหา อุปสรรค การนัดหมาย และการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ 3) ขั้นตอนประเมินผล เก็บข้อมูลความพึงพอใจหลังได้รับการบริการทางโทรศัพท์ จากผลการให้บริการทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารไม่แตกต่างจากในสถานการณ์ปกติ ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมพบว่ากลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการให้บริการทางโทรศัพท์เพิ่มขึ้นจากก่อนการให้บริการทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-4.747$ $p=.000$) ส่วนกลุ่มที่ควบคุมได้ปานกลางมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ ไม่แตกต่างกัน ($t=-.795$ $p=.430$) และกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ลดลงจากก่อนการให้บริการทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.646$ $p=.001$) มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางโทรศัพท์อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

สรุป การพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสม สอดคล้องบริบท ปัญหาและสถานการณ์ สามารถนำมาใช้ได้จริงในเครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร เป็นการพัฒนาระบบการทำงานรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยปฏิบัติในเครือข่าย สามารถนำระบบบริการทางโทรศัพท์มาให้บริการในโรงพยาบาลขนาดเล็ก และผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เดินทางไม่สะดวก ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น ทั้งในสถานการณ์ปกติ หรือในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคอื่น ๆ

คำสำคัญ บริการทางโทรศัพท์, โรคเบาหวาน, โควิด-19, ไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This study aimed to develop and study the results of the development of a telephone service system for DIABETES TYPE 2 patients in the situation of the spread of Coronary Disease 2019. Methods of study, research and educational development include 1) study and analysis of environment and necessary procedures, feasibility analysis data and educational administration 2) design and development of telephone service system , research and Develop a telephone service system 3)

Use a phone service system model 4) a procedure and a long term telephone service to be suitable, ready to use and expanding results by conducting research between on, April 1 - September 30, 2020 in DIABETES clinic ,Pak Nam Chumphon Hospital and air ships, secondary health services at Pak Nam Chumphon, Muang District, Chumphon Province.

Results of the study on the development of telephone services to reduce travel from home to hospital services, reduce integration and service aspirations, reduce failure of contact and infection, Corona 2019 and the healthcare system 3 Step : 1) The process of health assessment, 2) rehearsal, counseling, problem organization and medicine delivery 3) Procedure, results, belief information. After receiving telephone service, the results of DIABETES TYPE 2 service showed that fasting blood glucose levels were not different from those in normal situations, while the glucose levels were found to be controlled. Well, the sugar level was significantly higher after telephone service ($t = -4.747$ $p = .000$). There was no difference in post-phone bridges ($t = -.795$ $p = .430$), and the poor disease control group had lower post-call glucose levels than before. The statistically significant telephone service ($t = 3.646$ $p = .001$) was satisfied with the highest level of telephone service satisfaction. The development of a telephone service system for patients with Epidemic II in the situation of the Coronavirus 2019 outbreak is a service system that is suitable for the problem and the situation can be used in the real Pak Nam Hospital Group. Chumphon Province: The development of a new model that has never been implemented in the network can bring a telephone service system to serve in small hospitals and patients with other diseases such as those who are inconvenient in palliative patients . Patients with kidney disease, either under normal circumstances or in other epidemic situations.

Keywords : Telephone service, Diabetes type 2 disease , COVID-19, Coronavirus 2019

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19 ย่อมาจาก Coronavirus Disease 2019) ในทั่วโลกมีภาคของโลก คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้มีมติให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2563 (อวาทิพย์ แว, 2563) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 นี้มีลำดับนิวคลีโอไทด์เหมือนไวรัสซาร์สที่เคยระบาดมาก่อนถึงร้อยละ 80 โดยที่เชื้อ SARS-CoV-2 ก่อโรคปอดบวมสามารถทำให้เกิดระบบหายใจ ล้มเหลวได้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 3.4 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มความรุนแรง ของโรคและเชื้อสามารถแพร่จากคนสู่คนได้ (human to human transmission) (สุรียา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, สุนันณาลย์ อุทัยกุล, 2563)

จังหวัดชุมพรพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คนแรกวันที่ 27 มีนาคม 2563 และมีการติดเชื้อกระจายไปในหลายพื้นที่จาก พบผู้ติดเชื้อทั้งหมด 21 ราย รักษาหาย 18

ราย เสียชีวิต 3 ราย โดยในผู้เสียชีวิต 3 รายมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ โรค SLE โรคไตและโรคภูมิแพ้เลือดอุดตันที่ปอด (รายงานสถานการณ์โควิด จังหวัดชุมพร, 2563)

โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมารับบริการลงทะเบียนรักษาอย่างต่อเนื่องเช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหืด โรคถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนรวมมากกว่า 2,000 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.48 และ 53.73 เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะโรคเบาหวานซึ่งมีความเสี่ยงในการสัมผัสและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พิมพ์ใจ อันทนนท์ (2563) ได้กล่าวถึงผู้เป็นเบาหวานอาจมีภูมิคุ้มกันเกิดอาการจากการติดเชื้อไวรัสรุนแรง รวมถึงไวรัสกระตุ้นให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้อีกด้วย มีอาการที่รุนแรงจากตัวโรคหรือผลการรักษาที่แย่กว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานประมาณ 2 เท่า นอกจากนี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้เป็นเบาหวานสูงถึงร้อยละ 7.3 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตโดยรวมที่พบเพียงร้อยละ 2.3 และ สุรียา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, สุนันณาลย์ อุทัยกุล,

(2563) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อให้เกิดโรคที่มีความรุนแรง แตกต่างกันไปตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยจนถึง รุนแรงในหลายระบบ เช่น ระบบทางเดินหายใจระบบทางเดินอาหารซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับโรคประจำตัว และระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยเอง

คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ดำเนินงานมาตรฐาน NCD Clinic Plus โดยทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร (ทีม NCD) มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาต่อเนื่องปี 2561-2563 จำนวน 745, 844, และ 891 คนตามลำดับ (รายงานประจำปี โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร, 2563) ให้บริการแบบ One Stop Service สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 70-90 คน เริ่มมารับบริการตั้งแต่เช้ามืดก่อนเวลา 05.00 น. เพื่อมารอรับคิวเจาะเลือด รอยสักประวัติ รอดตรวจกับแพทย์ รอนัดหมาย และรอรับยา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีรวมตัวกันของผู้ป่วย และญาติตามหน่วยบริการต่าง ๆ เกิดความแออัดเสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรจึงมีแนวคิด ริเริ่มการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดการเดินทางออกจากบ้าน ลดการรวมตัวและการแออัดในหน่วยบริการ ลดความเสี่ยงการสัมผัสและติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 และทำให้บริการสุขภาพยังดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมการลดความแออัดในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ภูมิพงศ์ ศรีภา, 2563) ควรจัดการให้บริการการแพทย์ที่ไม่จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสุพัตรา ศรีวณิชชากร (2562) กล่าวถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ควรมีการริเริ่มพัฒนากิจกรรมนวัตกรรมการบริการต่าง ๆ เช่น บริการส่งยาถึงบ้าน แทนการไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเพื่อเลี่ยงการสัมผัส ลดการแออัดในหน่วยบริการ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่นเดียวกับกรมการแพทย์ (2563) ได้เสนอการปรับรูปแบบการบริการ คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการสร้างช่องทางด่วน ระบบเติมยา(Drug

refilled /re-med) หรือส่งยาที่บ้าน ให้กับผู้ป่วยตามความเหมาะสมเช่น การจ่ายยาไปที่บ้านโดยอสม. การแจ้งผู้ป่วยรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ภูมิใจ สรเสณี (2563) กล่าวถึงในยุคการระบาดหลายๆ ครั้งที่แพทย์ต้องเลื่อนการรักษาออกไปหลายเดือนหรือการรับยาแทนโดยญาติในกรณีผู้สูงอายุหรือโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการมาโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม ทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายตำบลปากน้ำชุมพร มีความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รูปแบบใหม่ ตามบริบทของเครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร โดยเลือกใช้การโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่มคุณภาพจากการใช้โทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยที่มีอยู่แล้ว ให้มีขั้นตอนการให้บริการที่ชัดเจน เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มที่มีระดับการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน มีการประเมินภาวะสุขภาพ ชักประวัติ ให้คำปรึกษา แก้ไข/ขจัดปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงในการดูแลตนเองที่บ้านให้มีความต่อเนื่อง และลดการเดินทางและลดความเสี่ยงในการรับเชื้อ และใช้การส่งยาให้กับผู้ป่วยทางไปรษณีย์ โดยใช้งบประมาณสนับสนุนจาก “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” เนื่องจากเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เนื่องจากสะดวก ประหยัด เข้าถึงได้ทุกพื้นที่ โดยให้พนักงานไปรษณีย์เป็นบุคคลเคลื่อนที่ในพื้นที่ และไม่เป็นการให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการนำส่งยาให้กับผู้ป่วยซึ่งเสี่ยงต่อการสัมผัส และแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้้นำแนวทางการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (กรมควบคุมโรค, 2563) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงและเกิดอาการที่รุนแรงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรมีการใช้โทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยเบาหวานในการติดตามกรณีผิวนัด ขาดการรักษา และการเลื่อนนัดกันอย่างต่อเนื่อง การ

พัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์และการจัดส่งยาให้กับผู้ป่วยเบาหวานทางไปรษณีย์ เป็นความท้าทายในการจัดระบบของทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องจากไม่เคยมีการดำเนินการมาก่อนในเครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังได้รับบริการทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการทางโทรศัพท์ แก่ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในสถานการณ์อื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการศึกษาน. คลินิกเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากน้ำชุมพรระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน 2563 ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ และประเมินความต้องการที่จำเป็น (3 มีนาคม 2563) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพื้นที่ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ สภาพปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานร่วมกับทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายตำบลปากน้ำชุมพร เพื่อเป็นข้อมูล ความเป็นไปได้ในการออกแบบระบบบริการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการทางโทรศัพท์และการจัดส่งยาทางไปรษณีย์

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการนำข้อมูล ผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาใช้กำหนดรูปแบบและพัฒนาโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) วิเคราะห์ อภิปราย ทบทวนวรรณกรรม กำหนดการจัดการระบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรและเครือข่าย ทำการตรวจสอบร่างรูปแบบการดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน (6 มีนาคม 2563)

ระยะที่ 3 ดำเนินการทดลองใช้ระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (11-18 มีนาคม 2563) นำรูปแบบที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้ มีขั้นตอนการทดลองมีรายละเอียดดังนี้ วันที่ 11 มีนาคม 2563 ตรวจสอบข้อมูลนำรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีนัดในวันที่ 18 มีนาคม 2563 มาตรวจสอบเบอร์โทรศัพท์ ทำการติดต่อผู้ป่วยเบาหวานตามระบบที่ออกแบบไว้ตามขั้นตอนจำนวน 74 คน มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อในระบบเวชระเบียนจำนวน 66 คนคิดเป็นร้อยละ 89.18 สามารถติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ได้จำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 62.12 ได้ประเมินผู้ป่วยเบาหวานเรื่องการให้บริการทางโทรศัพท์ และจะจัดส่งยาไปให้ทางไปรษณีย์ พบว่าร้อยละ 100 มีความพอใจที่โรงพยาบาลจะมีบริการผู้ป่วยเบาหวานที่บ้านทางโทรศัพท์ โดยไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ร้อยละ 35 สอบถามและกังวลเรื่องการเจาะเลือด ร้อยละ 15 สอบถามเรื่องการตรวจกับแพทย์ ร้อยละ 40 สอบถามเรื่องการเสียค่าใช้จ่ายในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ และร้อยละ 85 สอบถามเรื่องการนัดหมายครั้งต่อไป

ทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้นำข้อมูลจากการทดลองนำมาพัฒนาปรับปรุง เรื่องเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อไม่ได้ จึง

ได้ประสานไปที่ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและศูนย์สาธารณสุขเทศบาล ให้ติดต่อผู้ป่วยเบาหวานและแจ้งเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีติดต่อกลับ พบว่าผู้ป่วยได้รับการบริการทางโทรศัพท์เพิ่มขึ้นร้อยละ 18.6 ในวันที่ 24 มีนาคม 2563 ทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประชุม การสนทนากลุ่ม (Focus group) ทบทวน สรุปรูปแบบ ขั้นตอนระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทางโทรศัพท์ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์จำนวน 7 ท่าน เห็นชอบให้เริ่มดำเนินการตามระบบที่ได้สร้างขึ้น เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 30 กันยายน 2563 (เนื่องจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนค่าใช้จ่ายการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563)

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยจะสรุปผลการดำเนินการพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยแสดงผลเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ และความพึงพอใจระบบการให้บริการทางโทรศัพท์

ระยะที่ 4 ประเมินผลและปรับปรุงระบบ เป็น การนำผลการทดลองการให้บริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในขั้นตอนที่ 3 มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม พร้อมใช้ และขยายผลต่อไป

พื้นที่ดำเนินการวิจัย โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และเครือข่ายหน่วยบริการ ระดับรอง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดทรายรี ศูนย์เทศบาลสาธารณสุขชุมชนตำบลปากน้ำ) ตำบลปากน้ำชุมพร อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายตำบลปากน้ำชุมพร: ทำการคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้การ

สนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 9 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน แพทย์ปฏิบัติการ 2 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 1 คน พยาบาลผู้ป่วยนอก 2 คน เภสัชกร 2 คน เจ้าหน้าที่เครือข่าย หน่วยบริการระดับรอง 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน เพื่อประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาและประเมินความต้องการที่จำเป็นก่อนดำเนินการพัฒนา

2. ผู้ป่วยเบาหวาน: งานวิจัยนี้ได้ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีนัดรับยาระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2563 ถึง 30 กันยายน 2563 ที่ได้รับการบริการทางโทรศัพท์และได้รับการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ มี**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Include Criteria)** คือ 1) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประวัติการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี 2) รักษาโรคเบาหวานด้วยยารับประทาน 3) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (A1c) ในปีงบประมาณ 2563 และมีผลการตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอย่างน้อย 1 ครั้ง 4) มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 5) มีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) นำมาแบ่งเป็นกลุ่มตามเกณฑ์การจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง กรมควบคุมโรค เป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (Good Control) 2) กลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง และ และ 3) กลุ่ม ควบคุมโรคได้ไม่ดี (Poor Control) **เกณฑ์การคัดเลือกรับออก (Exclude Criteria)** 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง 2) ผู้ป่วยที่ต้องติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการ 3) ไม่มีเบอร์โทรศัพท์หรือมีเบอร์โทรศัพท์แต่ติดต่อไม่ได้

เครื่องมือในการศึกษา

1. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มของทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายตำบลปากน้ำชุมพร สำหรับรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหา อุปสรรค ผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ เพื่อนำข้อมูลมากำหนดแนวทาง การพัฒนาระบบบริการ และการดำเนินงาน

2. ระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านเพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการ

3. ระบบการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์

4. แบบบันทึกการเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม HOSxP ของโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562- 31 ธันวาคม 2563 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบบริการก่อนและหลังให้บริการทางโทรศัพท์

5. แบบสอบถามความพึงพอใจการให้บริการทางโทรศัพท์ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อในลักษณะเลือกตอบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน), และน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์การประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับบริการทางโทรศัพท์แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์การแบ่งของ บุญชม ศรีสะอาด (2545: 165-166) แปลผลคะแนนดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 แสดงว่าความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 ความพึงพอใจอยู่ที่ระดับน้อยค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน นำแบบสอบถามมาทดสอบความเที่ยงด้วยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพเนื้อหา (Content analysis) ของสภาพปัญหาและประเมินความต้องการที่เป็น

สถิติเชิงพรรณนาศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน บรรยายข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (เพศ อายุ โรคประจำตัว) ความพึงพอใจการใช้บริการทางโทรศัพท์ สถิติ Dependent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการรับบริการทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาการให้บริการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการสนทนากลุ่ม (Focus group) วิเคราะห์สภาพปัญหา โดยทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรจำนวน 9 คน ก่อนการพัฒนาบริการทางโทรศัพท์ พบว่าคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร มีการให้บริการ One Stop Service สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 70-90 คน ผู้ป่วยเบาหวานเริ่มมารับบริการตั้งแต่เช้ามืดก่อนเวลา 05.00 -12.00 น. เพื่อมารอรับคิวเจาะเลือด รอซักประวัติ รอตรวจกับแพทย์ รอนัดหมาย และรอรับยา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระยะเวลาในการมารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานมากกว่า 6 ชั่วโมง มีรวมตัวกันของผู้ป่วยและญาติตามหน่วยบริการต่าง ๆ เกิดความแออัดเสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการปรับระบบบริการในคลินิก สัปดาห์ที่ 1 ให้บริการโดยการจัดที่นั่งระยะห่างในทุกจุดบริการ ผู้ป่วยมาเจาะเลือด ซักประวัติกับพยาบาล ตรวจกับแพทย์ และจัดคิวรับยา ครั้งละ 5 คนแต่เกิดความแออัดที่จุดตรวจเลือด และจุดรับยา จึงมีการปรับระบบบริการในสัปดาห์ที่ 2 พยาบาลคลินิกเบาหวานมาทำงานเวลา 06.00 น. จัดระยะห่าง ผู้ป่วยเจาะเลือด ซักประวัติกับพยาบาล ไม่ต้องพบแพทย์ แต่นัดเวลามารับยาแบบเลื่อนเวลาตั้งแต่เวลา 10.00-18.00 น. แต่ยังมีรวมตัวกันและแออัดที่หน่วยตรวจเลือด และหน่วยรับยา จากสถานการณ์ ทีมโรคไม่

ติดต่อเรื่องร้องเรียนหรือช่วยได้มาประชุมสนทนากลุ่ม ประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์และทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม

ประเด็นที่ 1 ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน ได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยที่ไม่ต้องเดินทางมารับบริการ ที่โรงพยาบาล ลดการมารวมตัวกันจนเกิดความแออัดใน หน่วยบริการ และเสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 จากการทบทวนวรรณกรรมการลดความแออัด ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย ภูมิพงศ์ ศรีภา (2563) ควรจัดการให้บริการการแพทย์ที่ไม่ จำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ บุคลากรทาง การแพทย์อาจพิจารณาใช้การแพทย์ทางไกล เช่น โทรศัพท์ การโทรผ่านวิดีโอ ในการให้บริการผู้ป่วยที่บ้านหาก สามารถทำได้ โดยควรที่จะติดต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินความ รุนแรงของอาการและความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนที่จะเริ่มการให้บริการ สุขภาพที่บ้านเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ และสุพัตรา ศรีวณิชชากร (2562) กล่าวถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อให้บริการแก่ ผู้ป่วยที่บ้าน ควรมีการริเริ่มพัฒนากิจกรรมนวัตกรรม บริการต่าง ๆ เช่น บริการส่งยาถึงบ้าน แทนการไปใช้ บริการที่โรงพยาบาลเพื่อเลี่ยงการสัมผัส ลดการแออัดใน หน่วยบริการ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดข้อจำกัดที่ไม่ สามารถให้บริการโดยตรงต่อหน้าได้ ทำให้บริการสุขภาพ ยังดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ได้หยุดชะงัก

ประเด็นที่ 2 จัดระบบบริการอย่างไรให้มีความ ปลอดภัยกับผู้ป่วย มีความเสี่ยงน้อยที่สุด มีความต่อเนื่อง ในการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรม ภูมิใจ สรเสณี (2563) กล่าวถึงในยุคการระบาด หลายๆ ครั้งที่แพทย์ต้อง เลื่อนการรักษาออกไปหลายเดือนหรือการรับยาแทนโดย ญาติในกรณีผู้สูงอายุหรือโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการมา โรงพยาบาล ซึ่งหากทั้งสองฝ่ายมีความเชื่อใจกันมากพอคือ แพทย์ต้องเชื่อว่าผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้และผู้ป่วย เองก็ต้องปฏิบัติตามเรา อาจพัฒนาระบบสุขภาพโดยใช้สื่อ เทคโนโลยีในการติดตามมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยไม่ต้องมา โรงพยาบาลบ่อย ๆ แต่ใช้การตรวจผ่านระบบออนไลน์

เจาะเลือดใกล้บ้าน รับยาที่ร้านขายยา มาพบแพทย์ปีละ ครั้งถึงสองครั้ง (กรณีที่เกิดโรคจริงไม่มีภาวะแทรกซ้อน) และกรมการแพทย์ (2563) ได้เสนอการปรับปรุงแบบการ บริการ หลักการ ขั้นตอน การจัดกลุ่มและแนวทางการ ให้บริการ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อคลินิก เบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิธีใหม่แบบยึดประชาชนเป็น ศูนย์กลางในการสร้างช่องทางด่วน ระบบเติมยา (Drug refilled /re-med) หรือส่งยาที่บ้าน ให้กับผู้ป่วยตามความ เหมาะสมเช่น การจัดยาไปที่บ้านโดยอสม. การแจ้งผู้ป่วย รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ร้านยาคุณภาพ หรือ จัดยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น

ทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงได้อภิปราย วิเคราะห์ ความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการ 2 ระบบ คือ การ ให้บริการทางโทรศัพท์และการส่งยาทางไปรษณีย์ โดยใช้ 6 System Building Blocks (World Health Organization, 2010) เช่นเดียวกับสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) เสนอวิจัยเชิงระบบ ครอบคลุมจัดการ ระบาดได้ใช้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัย โลก (WHO Health Systems Framework) มี ซึ่งเป็น ทิศทางเพื่อดำเนินการวิจัย เกี่ยวกับการตอบสนองต่อ สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมองปัญหาอย่างเป็น องค์กรวม และนำผลการ วิเคราะห์มาพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทการทำงานของ เครือข่ายโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ร่วมกันพัฒนาระบบ การติดต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานทางโทรศัพท์ เพิ่มคุณภาพ จากการใช้โทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยที่มากกว่าการยืนยันที่อยู่ เพื่อการส่งยาให้กับผู้ป่วยที่บ้าน มีขั้นตอน กระบวนการ ให้บริการที่ชัดเจน เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มที่มี ระดับการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน และพัฒนาระบบการ จัดส่งยาทางไปรษณีย์ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากสะดวก ประหยัด เข้าถึงได้ทุกพื้นที่ โดยให้ พนักงานไปรษณีย์เป็นบุคคลเคลื่อนที่ในพื้นที่ และไม่ต้อง เป็นภาระให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการยืนยัน

ผู้ป่วยได้รับยาจริงจากพนักงานไปรษณีย์ โดยแนบเบอร์โทรศัพท์ของผู้จัดการรายกรณีเพื่อให้ผู้ป่วยโทรกลับเพื่อแจ้งผลแจ้งการได้รับพัสดุไปรษณีย์ และประเมินความพึงพอใจการให้บริการทางโทรศัพท์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ผลการออกแบบและพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใน

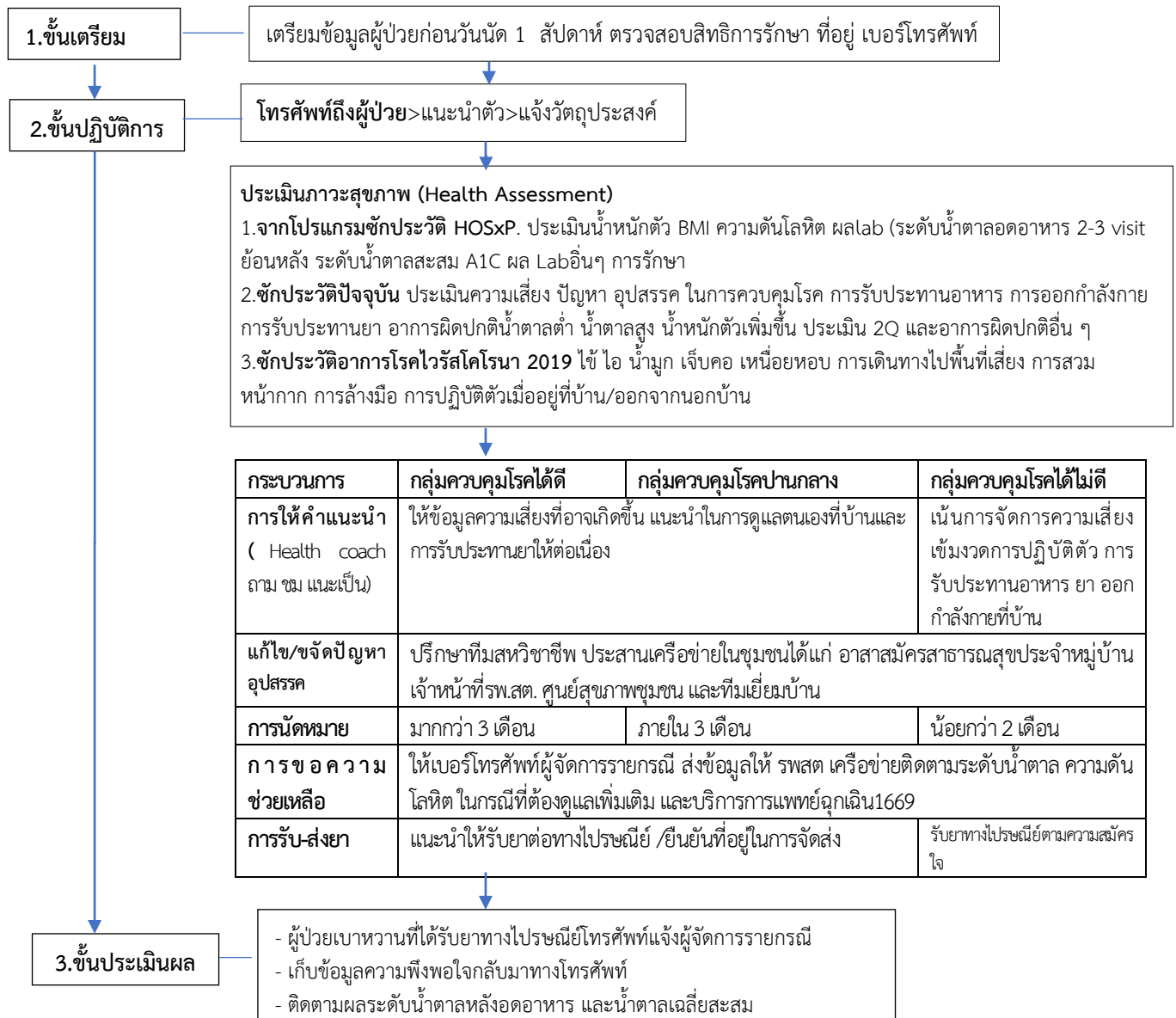
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019
ในบริบทโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรมี ประกอบด้วย 2 ระบบ คือ ระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ และการส่งยาทางไปรษณีย์ โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ จัดเตรียมทรัพยากรบุคลากรให้มีความเพียงพอ ออกแบบระบบในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้ใกล้เคียงกับการให้บริการคลินิกเบาหวานในภาวะปกติดังนี้

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการให้บริการในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ขั้นตอนการรับบริการคลินิกเบาหวานภาวะปกติ	ขั้นตอนการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019
รับบัตรคิว	1.พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยเบาหวานตามกระบวนการที่พัฒนา
ลงทะเบียนทำบัตร	2.พยาบาลผู้จัดการรายกรณีส่งข้อมูลผู้ป่วยให้กับงานเวชระเบียนเปิด visit
เจาะเลือดที่ปลายนิ้ว	3.ใช้ผลการตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 1-3 visit และระดับน้ำตาลสะสมครั้งสุดท้าย (1 ตุลาคม- 31 ธันวาคม 2563)
ซักประวัติ	4.พยาบาลผู้จัดการรายกรณี/พยาบาลจุดคัดกรอง ลงข้อมูลการซักประวัติที่ได้จากการให้บริการทางโทรศัพท์บันทึกลงในโปรแกรม HOSxP
พบแพทย์	5.แพทย์ทำการสั่งการรักษาโดยใช้ข้อมูลจากการซักประวัติ ผลการตรวจระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 1-3 visit ระดับน้ำตาลสะสม พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน > สั่งยา และนัดหมาย
นัดการรักษา	6.พยาบาลจุดนัดทำการบันทึกวันนัดและพิมพ์ใบนัด ส่งให้ห้องยา
รับยา	7.เภสัชกรและทีมเภสัชกรรม ตรวจสอบ คำสั่งใช้ยา จัดยาตามแพทย์สั่ง ตรวจสอบรายการยาให้ถูกต้อง และให้เอกสารข้อมูลคำแนะนำยากรณี เปลี่ยนแผนยา บรรจุยาลงกล่อง/ซองไปรษณีย์ และลงทะเบียนการส่งยา

ระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบการให้บริการนำมาออกแบบระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยขั้นตอนการบริการทางโทรศัพท์ เริ่มจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานให้บริการตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ ตั้งแต่เตรียมข้อมูล การระบุตัวผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพ

ความเสี่ยง การให้คำปรึกษา แก้ไข/ขจัดปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้าน ประเมินการรับประทานยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มที่มีระดับการควบคุมโรคเบาหวานที่แตกต่างกัน วิธีการติดต่อเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหา การยินยอมให้มีการส่งยาไปให้ที่บ้านทางไปรษณีย์ ยืนยันที่อยู่ในการจัดส่ง และการประเมินผลการให้บริการทางโทรศัพท์แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้



3.ผลการทดลองใช้ระบบบริการทางโทรศัพท์สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการทดลองใช้ระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับบริการทางโทรศัพท์ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน 2563 จำนวน 248 คน นำมาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง 89 คน คิดเป็นร้อยละ 64.5 เพศชาย 49 คน คิดเป็นร้อยละ 35.5 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.8 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 70-79 ปี , 50-59 ปี และน้อยกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.5, 21.0 และ 9.4 ตามลำดับ กลุ่มอายุที่น้อยที่สุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.3 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 64.5 เป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 35.5 แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่กลุ่มควบคุมโรคได้ดีจำนวน 37 คิดเป็นร้อยละ 26.8 คน กลุ่มควบคุม

โรคปานกลางจำนวน 52 คนคิดเป็นร้อยละ 37.7 และกลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี จำนวน 49 คนคิดเป็นร้อยละ 35.5 ตามลำดับ

ผลของระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ (N=138)

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ของกลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมด 138 รายพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลงจาก 147.30 เป็น 145.33 หลังการให้บริการทางโทรศัพท์ไม่แตกต่างกัน ($t=.566, p=.573$) ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมหลังอดอาหารก่อนและหลังการให้บริการทางโทรศัพท์มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมเพิ่มขึ้นจาก 7.72 เป็น 7.75 หลังการให้บริการทางโทรศัพท์ไม่แตกต่างกัน ($t=.276, p=.783$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ (N=138)

ลักษณะศึกษา	ก่อน		หลัง		95% Confidence Interval		t	P Value
	Mean	SD	Mean	SD	Lower Bound -Upper Bound			
ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร	147.30	43.52	145.33	43.852	-4.919	8.861	.566	.573
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	7.722	1.2195	7.749	1.0238	-.2191	.1654	-.276	.783

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ในแต่ละกลุ่มพบว่ากลุ่มควบคุมโรคได้ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารเพิ่มหลังการให้บริการทางโทรศัพท์จาก 127.35 เป็น 135.70 เพิ่มขึ้น 8.35 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ไม่แตกต่างกัน ($p=.251$) ส่วนในกลุ่มควบคุมโรคปานกลางและกลุ่ม

ควบคุมโรคไม่ดี มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอดอาหารลดลงหลังการให้บริการทางโทรศัพท์จาก 144.19 , 165.67 เป็น 136.27 และ 162.22 ลดลง 7.29 และ 3.45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ตามลำดับซึ่งไม่แตกต่างกัน ($p=.070, .611$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลหลังอดอาหารก่อนและหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ แบ่งตามกลุ่มควบคุมโรคได้ดี (N=37) กลุ่มควบคุมโรคปานกลาง (N=52) และกลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี (N=49)

ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร	ก่อน		หลัง		df	t	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD			
กลุ่มควบคุมโรคได้ดี	127.35	27.685	135.70	45.663	36	-1.167	.251
กลุ่มควบคุมโรคปานกลาง	144.19	33.142	136.27	27.144	51	1.853	.070
กลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี	165.67	54.793	162.22	51.867	48	.511	.611

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการให้บริการทางโทรศัพท์พบว่ากลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการให้บริการทางโทรศัพท์เพิ่มขึ้น 0.86 เปอร์เซ็นต์ จาก 6.37 เป็น 7.23 แตกต่างจากก่อนการให้บริการทางโทรศัพท์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-4.747, p=.000$)

ส่วนกลุ่มที่ควบคุมได้ปานกลางมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการให้บริการทางโทรศัพท์เพิ่มขึ้น 0.07 เปอร์เซ็นต์ จาก 7.41 เป็น 7.48 ไม่แตกต่างกัน ($t=-.795, p=.430$) และกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ลดลง 0.64 เปอร์เซ็นต์ จาก 9.06 เป็น 8.42 ซึ่งแตกต่างจากก่อน

การให้บริการทางโทรศัพท์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(t=3.646 p=.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังการให้บริการทางโทรศัพท์ แบ่งตามกลุ่มควบคุมโรคได้ดี (N=37) กลุ่มควบคุมโรคปานกลาง (N=52) และกลุ่มควบคุมโรคได้ไม่ดี (N=49)

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	ก่อน		หลัง		df	t	p-Value
	Mean	SD	Mean	SD			
ควบคุมโรคได้ดี	6.37	.400	7.23	1.107	36	-4.747	.000**
ควบคุมโรคปานกลาง	7.41	.312	7.48	.592	51	-.795	.430
ควบคุมโรคได้ไม่ดี	9.06	.82	8.42	.970	48	3.646	.001**

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจการให้บริการทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ทั้งหมดจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 52.89 เป็นผู้ป่วยเบาหวานตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 48 คนคิดเป็นร้อยละ 65.75 บุคคลในครอบครัวตอบแบบสอบถามจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 34.25 ได้คัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ครบทั้ง 3 ข้อ จำนวน 30 คนพบว่า มีความพึงพอใจการให้บริการทางโทรศัพท์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (X=4.69) และความพึงพอใจในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ได้แก่ การให้บริการผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ (X=4.87) การให้คำอธิบายและตอบข้อสงสัย ชัดเจน เข้าใจง่าย (X=4.63) และ ได้รับยา เอกสาร สะดวก ถูกต้อง ทันเวลา (X=4.57)

4. ผลการประเมินผลและปรับปรุงระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการประเมินผลระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้พัฒนาขึ้นโดยทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลปากน้ำชุมพรพบว่าระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ ร่วมกับการส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นระบบที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีผลลัพธ์การพัฒนาที่ไม่แตกต่างจากในสถานการณ์ปกติ มีความปลอดภัย จากการประเมินความพึงพอใจและการสนทนาทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยและ

ญาติมีความประสงค์ให้มีระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ต่อไป เนื่องจากได้มีโอกาสได้พูดคุยปรึกษา แนะนำกับพยาบาลโดยตรง มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่บ้าน และพอใจกับการได้รับยาทางไปรษณีย์ เป็นการให้บริการที่สะดวก ประหยัด ปลอดภัยไม่เสียเวลาเดินทาง และเพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการมารับบริการที่โรงพยาบาล

จากการดำเนินการพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์และส่งยาทางไปรษณีย์ ทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ได้มีการขยายการให้บริการไปยังโรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด และพัฒนาระบบการนัดหมายผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มมากยิ่งขึ้น เป็นระบบที่มาสสนับสนุนคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ตามบริบท และเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไป

สรุปและการอภิปรายผล

การพัฒนาระบบบริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร พบว่าระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ออกแบบและพัฒนาขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 สามารถนำมาใช้ในบริบทของเครือข่ายปากน้ำชุมพรได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของประภา ราชา และคณะ (2563) การศึกษาการพัฒนาระบบบริการ

พยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาล พิจิตรพบว่าระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งเสริมการทำงานระหว่างสหวิชาชีพ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่มีคุณภาพ สามารถดูแลจัดการตนเอง เข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง และกิตติภาพ แจ่มใส (2563) พบว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบเคลื่อนที่หรือรับบริการที่คลินิกหมอครอบครัว ประสิทธิภาพในการดูแลรักษาโรคไม่แตกต่างกัน

ผลการพัฒนาระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการบริการทางโทรศัพท์ และรับยาต่อเนื่องทางไปรษณีย์ มีผลระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้าแตกต่างจากในสถานการณ์ปกติ ทั้งในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี ควบคุมโรคได้ปานกลางและควบคุมโรคได้ไม่ดี ส่วนระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในกลุ่มควบคุมไม่ได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่ลดลงจากก่อนได้รับการบริการทางโทรศัพท์ ส่วนในกลุ่มที่ควบคุมได้ดีมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้นหลังจากการให้บริการทางโทรศัพท์แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมโรคได้ และในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ปานกลางมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมไม่แตกต่างจากก่อนการให้บริการทางโทรศัพท์ แสดงให้เห็นว่า ระบบการให้บริการทางโทรศัพท์ที่มีขั้นตอนที่ชัดเจน ผู้ป่วยได้รับความสะดวก ไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล สามารถลดความแออัด ลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ สอดคล้องกับจันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน (Learning-Activated-Telephone-Home Visiting: LATH) มีประสิทธิภาพทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพิ่มสูงขึ้น และบุญศรีสมิ ธันยิทธิธนากุล นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2560) พบว่าโปรแกรมการพ่นยา ร่วมกับการให้การพยาบาลทางโทรศัพท์ต่ออาการหายใจ ลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยของอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อบรรเทาอาการหายใจ ลำบากและอาจลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้วิยะการ แสงหัวช้าง (2556) กระบวนการกลุ่มและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีผลต่อความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น

ด้านการส่งยาทางไปรษณีย์ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาทางไปรษณีย์ มีความสะดวก ประหยัด โดยไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 เข้าถึงได้ทุกพื้นที่ โดยให้พนักงานไปรษณีย์เป็นบุคคลเคลื่อนที่ในพื้นที่ และไม่เป็นภาระให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีความปลอดภัย ไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล สามารถลดความแออัด ลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ สอดคล้องปิยะวัฒน์รัตนพันธุ์, ประดับ เพ็ชรเจริญ, สิริยา สุริยาการ (2563) พัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์ ไม่แตกต่างกัน และมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในสถานการณ์ระบาดไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ร้อยละ 96.2

ด้านความพึงพอใจการให้บริการทางโทรศัพท์ จากการตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ พบว่ามีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ผู้ป่วยเบาหวานได้รับให้คำอธิบายและตอบข้อสงสัย ชัดเจน

การเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทอง

The comparison of the ability to perform daily routine tasks before and after caring for patients in 3 disease groups according to the Ang Thong Province Patient Care Guidelines.

(Received: March 4,2021 ; Accepted: April 1,2021)

คมคาย สิทธิโชค พย.บ. , ส.ม.

Khomkhai Sittichok B.N.S. , M.P.H.

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทองกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำการศึกษาในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2561 – 27 มีนาคม 2562วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน paired samples t-test

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 51 ราย เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงคือ ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 66.31 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 92 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุ ร้อยละ 70.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 90.2 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในเขตเมืองเมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดูแลพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : แนวทางการดูแลผู้ป่วย,การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง,ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

Abstract

This research was a one group of semi experimental study, with pre and post experiments. **Aimed to** studied and compare the ability to perform daily routine tasks of the patient before and after care according to the guidelines of care for patients in Ang Thong Province. Sample size was patients of 3 disease groups: stroke patients, patients with brain traumatic injuries, and patients with spinal cord injuries who came for treatment at Ang Thong Hospital. Besides, the research instruments included Patient care guidelines in Ang Thong Province and a tool used to collect data as a measure of daily routine Study during April 1, 2018 - March 27, 2019. The data were analyzed by descriptive statistics such as number, percentage, average, standard deviation, and the average estimate of paired samples t-test.

Results : The study found that 51 of the patients were 66.7 percent are male than female. The average age is 66.31 years, minimum 16 years, maximum age 92 years, most of them were 70.6 percent elderly. Most of the patients had stroke disease, 90.2percentand most of them lived in urban areas.When comparing the ability to perform routine tasks before and after care, found that the average scores were increased statistically significant at .05 level.

Keywords : Patient Care Guidelines, Intermediate Care, Ability to perform daily routine tasks

บทนำ

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2556 พบว่า สาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมอง

มากที่สุดทั้งชายและหญิง(สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)กระทรวงสาธารณสุข, 2558) สถานการณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2556 – 2558 ประชากรทั่วโลกป่วย

เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 17 ล้านคน เสียชีวิต 6.5 ล้านคน ซึ่งผู้ที่มีชีวิตรอดจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมเท่ากับ 36.13, 38.66 และ 42.62 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศในปี 2557 เท่ากับ 352.30 และปี พ.ศ. 2551 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 1,629 บาทต่อรายส่วนผู้ป่วยในค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 29,571 บาทต่อรายรวมค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 2,973 ล้านบาทต่อปีหากคนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 5 แสนคนปีมารับบริการที่สถานพยาบาลจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้นประมาณ 20,632 ล้านบาท/ปี (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อกรรมควบคุมโรค, 2559) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกายที่ซับซ้อนและมักจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูในหลายมิติเช่นการเคลื่อนไหวการพูดการกลืนการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันในการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลศรีสะเกษในปี 2558 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 496 รายในระยะเวลา 6 เดือนเสียชีวิต 57 รายมีผู้ป่วยที่รอดชีวิต 439 รายที่มีคะแนนการช่วยเหลือตนเองตาม Barthel index น้อยกว่า 75 ซึ่งแสดงถึงความต้องการบริการฟื้นฟูจำนวน 337 รายคิดเป็นร้อยละ 67.9 ของผู้ป่วยทั้งหมดจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาในปีงบประมาณ 2555 พบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการทั้งหมด 3,026 รายผู้ป่วยเพียง 556 ราย (ร้อยละ 18.37) ได้รับการส่งปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูในจำนวนที่ได้รับการปรึกษามีเพียง 23 รายได้รับการฟื้นฟูแบบเข้มข้นโดยการรับย้ายเข้าหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟูอย่างใดก็ตาม ด้วยข้อจำกัดในระบบบริการในโรงพยาบาลใหญ่ทำให้สามารถรับผู้ป่วยไว้ฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในได้เฉลี่ยเพียง 8.1 วัน (สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2559) แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลแบบระยะกลางเป็นแนวคิดที่ช่วยแก้ปัญหาในเรื่องของการดูแลที่ช่วยเชื่อมประสานช่องว่างระหว่างการดูแลแบบระยะเฉียบพลันในสถานพยาบาลและการดูแลที่บ้านหรือการดูแลในชุมชน (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2555) Roe Beech ได้ระบุขั้นตอนการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยระยะกลางคือองค์กรสุขภาพและสังคมต้องเป็นภาคีทำงานร่วมกันต้องจัดระบบให้เอื้อต่อการที่ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการและทีมให้บริการต้องประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ (Roe and Beech R, 2005) Wiles ได้ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยระยะกลางเป็นการให้บริการด้านสุขภาพที่มุ่งเน้นการเชื่อมโยงการให้การดูแลภายในโรงพยาบาลหลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติแล้วและไม่

จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและสามารถดูแลสุขภาพต่อที่บ้านและในชุมชนได้ (Wiles, R., Postle, K., Steiner, A., Walsh, B., 2003)

จังหวัดอ่างทองเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 686 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 84 โรคที่พบมากที่สุด 3 อันดับโรค ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 29.3 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.3 โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.0 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, 2560) และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยระยะกลางใน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ศีรษะและขาดเลือดที่ไขสันหลัง จึงต้องจัดบริการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค เพื่อให้มีโอกาสกลับมามีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้นสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่เป็นภาระของญาติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค และศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยก่อนและหลังการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทอง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest – posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Brain traumatic injury) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ที่มารักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2561 – 27 กันยายน 2561

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Brain traumatic injury) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ที่มารักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองในช่วงวันที่ 1 เมษายน 2561 – 27 กันยายน 2561 ซึ่งรอด

ชีวิต และมีค่า Barthel Index น้อยกว่า 75 ติดตามดูแลให้การพยาบาลและการฟื้นฟูจนครบ 6 เดือน ทุกรายจำนวน 51 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย

1.1 การจัดระบบงาน โดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานทั้งหน่วยบริหาร และหน่วยบริการ ต้องดำเนินการตามแนวทางดังนี้

- 1) ผู้ป่วยทุกคนต้องมีผู้ดูแล ได้แก่ ญาติ / อสม. / อสค. / care giver
- 2) ผู้ป่วยทุกคนได้รับการเยี่ยมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งความถี่ในการเยี่ยมต้องเป็นไปตามเกณฑ์สถานะการเจ็บป่วย และลงบันทึกการเยี่ยมในแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) โดยให้เก็บแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยไว้ที่บ้านผู้ป่วย
- 3) ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการจัดบริการที่เหมาะสม ได้แก่ Intermediate Care
- 4) ผู้ป่วยทุกคนหากต้องไปตรวจตามนัด หรืออาการไม่ดีขึ้นต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลจะต้องมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลรับผิดชอบในการติดต่อประสานงานและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วย (กำหนดเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพร้อมเบอร์โทรศัพท์ติดต่อประสานงาน)
- 5) หน่วยบริการทุกระดับต้องกำหนดผู้รับผิดชอบผู้ป่วยติดตามทุกราย (Case manager) ซึ่งทราบข้อมูลและปัญหาของผู้ป่วย (รพท./รพช./รพ.สต.)
- 6) หน่วยงานทุกระดับต้องมีข้อมูลผู้ป่วยติดตาม (Profile) โดยสามารถออกแบบให้เหมาะสมกับระดับของหน่วยงาน (สสจ./สสอ./รพท./รพช./รพ.สต.)

1.2 การจัดการบริการการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยในเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.1 แนวทางการฟื้นฟูสภาพร่างกายคือ ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 6 ครั้งภายใน 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel Index เท่ากับ 100 และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

2.2 แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Complication Prevention) คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในเรื่อง การป้องกันปอดอักเสบจากการสำลัก การป้องกันการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel Index

: BI หรือ Activities of Daily Living : ADL) ที่ใช้ตามแนวทางการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Brain traumatic injury) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ระยะกึ่งวิกฤตตามโครงการ Smart Intermediate Care ของจังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลโรค และข้อมูลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Homeward Angthong

1. ผู้วิจัยสร้างแนวทางโดยยึดแนวนโยบายการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Home ward ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองเป็นหลัก และทบทวนเพิ่มเติมจากแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Brain traumatic injury) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) หลังการเจ็บป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยศึกษารายละเอียดจากตำรา ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพยาบาลและด้านการฟื้นฟู
2. นำแนวทางที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
3. นำแนวทางที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง
4. นำแนวทางไปทดสอบก่อนนำไปใช้จริง โดยนำไปใช้กับผู้ป่วย 13 ราย หลังจากนั้นนำแนวทางที่กำหนดมาปรับปรุงเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง
5. นำแนวทางที่ปรับปรุงแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นชอบ ก่อนนำไปใช้จริง

การดำเนินการด้านจริยธรรม

ดำเนินการส่งโครงร่างการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่มีการวัดซ้ำ (Dependent or paired samples t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 51 ราย เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง คือ ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 66.31 ปี อายุต่ำสุด 16 ปี อายุสูงสุด 92 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุ ร้อยละ 70.6 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 90.2 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในเขตเมือง

2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการดูแลตามแนวทางเท่ากับ 34.31 และหลังการดูแลตามแนวทางเท่ากับ 70.88 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทอง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการดูแลตามแนวทาง	34.31	19.05	-8.723	.000
หลังการดูแลตามแนวทาง	70.88	30.65		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้ชายมากกว่าผู้หญิง คือเป็นชาย ร้อยละ 66.7, อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.31 ปี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวสนา นวลสุธี ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 64.62 ปี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจังหวัดอ่างทองสูงกว่าก่อนการดูแล เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรคในระยะฟื้นฟู (Intermediate Care) ภายใน 6 เดือน ตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Homeward Angthong ซึ่งเป็นรูปแบบที่จัดทำขึ้นเพื่อการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน 3 กลุ่มโรค ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Brain traumatic injury) และผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury) ที่กลับจากโรงพยาบาลเพื่อมารับการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านซึ่งกำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยดังนี้คือ 1.การจัดระบบงาน โดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานทั้งหน่วยบริหาร และหน่วยบริการ ต้องดำเนินการตามแนวทางและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้เกี่ยวข้อง ทั้งด้านการฟื้นฟูสภาพ

ร่างกายและด้านการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวสนา นวลสุธี (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าหลังการจำหน่าย 1 เดือนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ สุภาภรณ์ เทพพาณิชย์ (2559) ได้ศึกษาเปรียบเทียบค่า Barthel's index ก่อนและหลังการใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนจังหวัดสระบุรี พบว่าค่าคะแนน Barthel's index เฉลี่ยก่อนการใช้ระบบเท่ากับ 26.07 คะแนนและหลังการใช้ระบบเท่ากับ 56.67 คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับเครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ (2554) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ภายหลังการจำหน่าย 30 วัน ($X = 75.08$, $SD = 23.89$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันภายหลังการจำหน่าย 30 วันมากกว่าก่อนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะและผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง การดูแลตามแนวทางที่กำหนด ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการดูแลตามแนวทางเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การจัดการดูแลผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ควรมีการจัดระบบงานที่ชัดเจนทั้งในเรื่องการกำหนดผู้ดูแลผู้ป่วย กำหนดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบผู้ป่วยและเยี่ยม

ดูแลทุกราย การจัดการบริการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยต้องให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาหน่วยงานทุกระดับต้องจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย

2. ตลอดจนการจัดการบริการการดูแลผู้ป่วยด้านการพยาบาลและการฟื้นฟูอย่างน้อย 45 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 6 ครั้ง ภายใน 6 เดือน

3. ควรมีการกำกับติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามแนวทางที่กำหนดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุขสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. (2559). ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลกปี 2559 .สื่ออิเล็กทรอนิกส์, 2559. Available from <http://www.thaincd.com/document/hot%20news/WorldStrokeDay2016.pdf>
- เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์, จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ. (2554). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเจ้าพระยา อยุธยา สุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 4-21
- วาสนา ลูฐี, สุปรียา มั่นคง, ยุพา พินศิริโพธิ์งาม, สิริรัตน์ สิลาลจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติ ผู้ดูแล ระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. วารสารสภาการพยาบาล 2559; 95-110
- สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2559). การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานการโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556. นนทบุรี : เดอะกราฟิกโซลูชันส์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2560). รายงานการสำรวจผู้ป่วยติดเตียงจังหวัดอ่างทอง ปีพ.ศ. 2560. อ่างทอง.
- สุภาภรณ์ เทพพานิชย์. (2559). ผลของการใช้ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในระยะกึ่งเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จังหวัดสระบุรี. ใน : สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, บรรณาธิการ. การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation) และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 24.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2555). การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), พ.ศ. 2555 : สัญญาเลขที่ TGRI 53029
- Roe, and Beech, R (2005). Intermediate and Continuing Care Policy and Practice. London: Blackwell.
- Wiles, R., Postle, K., Steiner, A., Walsh, B. (2003). Nurse-led intermediate care: patients' perceptions. International Journal of Nursing Studies 40(1), 61-71.

การพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาล สิรินธร จังหวัดขอนแก่น

The Development Surgery System and Patients care of One Day Surgery : ODS Sirinthorn Hospital, Khonkaen Province.

(Received: March 11,2021 ; Accepted: April 19,2021)

ชญานิศ ธีรณพัฒน์*

Chayanit Thumthanaphat

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Professional Nurse , Nursing mission group , Sirindhorn Hospital , Khon Kaen Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาล สิรินธร จังหวัดขอนแก่น และศึกษาผลที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ และพยาบาล จำนวน 35 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2561-ธันวาคม 2562 ตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย คู่มือและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบสอบถามเพื่อวัดประสิทธิผลของระบบและแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วย t-test และ Mann-Whitney U

ผลการศึกษา : ระบบการผ่าตัดและแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้างนโยบายด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ การผลการวิจัย พบว่า ระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ทีมผู้ให้บริการมีศักยภาพในการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกันแบบวันเดียวกลับและรูปแบบปกติมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ผลลัพธ์การดำเนินการตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมายร้อยละ 78.13

คำสำคัญ : ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, One Day surgery, วิจัยและพัฒนา

ABSTRACT

This research was Research and Development aimed to develop a surgical system of one day surgery care that is suitable for patients and to measure the effectiveness. The sample consisted of 35 doctors and nurses and 35 patients undergoing one-day surgery, 2019. The samples were selected individually. The tools used in the study included Medical team opinion questionnaire A nurse who provided a one-day surgical return to assess the effectiveness of the system. Customer satisfaction assessment from for one day surgery. Data collection was undertaken during November 2018-November 2019. Data were analyzed by using descriptive statistic, and comparison of the mean by t-test and Mann-Whitney U.

Result : The one-day surgical service system of Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province, developed by the researcher, has evaluated three aspects of effectiveness. Process aspect and the result side The research results were found that 1. The effectiveness of the same-day surgical service model of Sirindhorn Hospital, Khon Kaen Province was at the highest level. 2. The one-day surgical service team had the potential to take care of the patient. 2. The one-day surgical service was the most satisfied 3. The cost of treatment among patients with the same disease on the same return and the normal pattern was significantly different. 4. Age, income, occupation and education

did not have a statistically significant effect on the satisfaction level at the 95% confidence level and 5. The results of the implementation of the indicators achieved the target 78.13%

Keyword : One day surgery, Research and Development

บทนำ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ได้เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2561 และมีการกำหนดเป็นแผนงานและตัวชี้วัด Service Plan เป็นการยกระดับมาตรฐานการให้บริการ เพื่อลดความแออัดควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่าย (สำนักวิชาการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 75 และประเทศอังกฤษ ร้อยละ 65 ของผู้ป่วยนอก ซึ่งสำหรับประเทศไทยนั้นพบว่า ในปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ODS ทั้งหมด 4,731 คน คิดเป็นร้อยละ 36.34 ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายได้จำนวน 73,619,000 บาท ลดวันนอนได้ 9,262 วัน ลดค่าใช้จ่าย ในการนอนโรงพยาบาล 74 ล้านบาท ทั้งนี้ ในจำนวนที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ยังมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่ต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า 1 วัน จำนวน 517 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.93 คือมีอาการปวดแผลผ่าตัด คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะไม่ออก คิดเป็นร้อยละ 10.93 โดยในปีปลายปี 2561 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 7 เพิ่งเริ่มดำเนินการให้บริการ มีจำนวนผู้รับบริการ ODS เพียง 29 ราย มีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 13 ราย (สรุปรายงานของกรมการแพทย์, 2561) ซึ่งถือว่าน้อยที่สุดในจำนวนทั้งหมด 13 เขตสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการฯ แต่ละโรงพยาบาลจึงได้มีการตื่นตัว ในการเร่งรัดพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการแก้ไข ปัญหาความแออัดและค่าใช้จ่าย และจากรายงานการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 10 ที่มีการให้บริการด้วย One day surgery จำนวน 234 ราย จากกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 3,750 ราย สามารถลดวันนอนที่ไม่จำเป็นได้ 399 วัน ร้อยละ 59.14 (ธิดา ยุคันตวรนนท์, 2558)

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย(Node) รับส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ทำให้มีแนวโน้มจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากข้อมูลผู้รับบริการโรงพยาบาลสิรินธรระหว่างพ.ศ.2559-2561 มีผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น จำนวน 116,238 ราย 126,030 ราย และ 130,004 ราย ตามลำดับ อัตราครองเตียงผู้ป่วยในเพิ่มขึ้น ร้อยละ 63, 71 และ 77.6 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 3 วัน , 4 วัน และ 3 วัน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเพิ่มขึ้น 3,804 ราย 3,891 ราย และ 41,725 ราย (รายงานผลการให้บริการ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสิรินธร,

2561) ดังนั้น เพื่อแก้ไขและรองรับปัญหาความแออัดและค่าใช้จ่าย และเพื่อเพิ่มศักยภาพ ในการให้บริการผู้ป่วย ODS ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับ Service Plan โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) และผ่านการประเมินความพร้อมตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ และ สปสช. เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2561 มีเป้าหมายตามเกณฑ์ในปี 2561 และ 2562 ร้อยละ 15 และ 20 โดยได้มีการกำหนดโรคในการผ่าตัด ODS ในกลุ่มโรคคอออร์โธปิดิกส์ ที่มีกระดูกหักที่ส่วนปลายแขนขา (Upper arm Forearm Wrist, Hand Lower leg , Ankle Foot) ทำผ่าตัด Percutaneous fracture fixation (screw, k-wire etc.) และกลุ่มโรคทางศัลยกรรมทั่วไป ได้แก่ โรคไส้เลื่อน ขาหนีบ (Hernia) โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid) และโรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)

ในระยะเริ่มดำเนินการ จากการประชุมสนทนากลุ่มของผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงาน พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ในการให้บริการผู้ป่วย ODS ยังมีการให้บริการผู้ป่วย ODS เหมือนผู้ป่วยนอกทั่วไป ยังไม่มีทีมดูแลที่ชัดเจน รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด ODS ของแต่ละหน่วยงานที่ไม่ตรงกัน เมื่อแพทย์นัดผู้ป่วย ODS มาผ่าตัด แต่ได้รับบริการรอคิวเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดช้า ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า 1 วัน บางครั้งไม่มีการแจ้งหรือส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน เช่น เมื่อถึงเวลาผ่าตัด แต่ผู้ป่วยยัง Admit ไม่ถึงหอผู้ป่วย และยังเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดไม่เสร็จ ไม่มีการติดตามต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และเป็น ODS Nurse จึงได้ร่วมปรึกษาร่วมกับทีมผู้เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัด ODS เพื่อพัฒนาระบบและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ให้พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งผลของการพัฒนานี้ จะส่งผลให้เกิดความปลอดภัยในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สร้างความมั่นใจให้แก่ทีมที่ดูแลรักษา ตัวผู้ป่วย รวมทั้งญาติที่ร่วมดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อีกทั้งเพื่อตอบสนองต่อนโยบายด้านการลดความแออัด ลดระยะเวลาในการรอคอย และการลดค่าใช้จ่ายลด

ความเสี่ยงเรื่องภาวะแทรกซ้อน และเพื่อนำผลของการพัฒนาไปต่อยอดในการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในกลุ่มโรคอื่นๆ เพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่เหมาะสมของโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
4. เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบการผ่าตัดและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับครอบคลุมทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยกลุ่มเป้าหมาย มี 2 กลุ่ม คือ แพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย จำนวน 35 คน ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนา กลุ่ม และแบบสอบถาม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 – พฤศจิกายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 เป็นทีมแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 35 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จำนวน 25 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

- 3.1 คู่มือ แนวทางปฏิบัติในการให้บริการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดวันเดียวกลับ ที่โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยพิจารณาแนวทางจากข้อเสนอการ

ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของกรมการแพทย์ บุรณาการเข้ากับแนวทางและแบบบันทึกเดิมจากการให้บริการผ่าตัดในระบบเดิม

3.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่ง และหน่วยงานที่ปฏิบัติ ส่วนที่ 2 แบบสำรวจความคิดเห็นต่อระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างนโยบาย ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ ดังนี้

1) ด้านโครงสร้าง/นโยบาย มีข้อคำถาม 5 ข้อคือ (1) การมีนโยบายเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ที่เหมาะสม (2) มีสถานที่ หรือศูนย์ One Day Surgery ในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (3) มีแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีเครื่องมือ (4) การมีอุปกรณ์พร้อมใช้สำหรับการผ่าตัด (6) บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

2) ด้านกระบวนการ คือ การมีคู่มือแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

3) ด้านผลลัพธ์ คือ ผลที่เกิดจากการพัฒนาระบบส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ลักษณะคำตอบของแต่ละข้อคำถามประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มาแปลงเป็นค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นนำมาหาค่าเฉลี่ย $\bar{X}$

3.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ข้อคำถามแบ่งเป็น 10 ข้อ ข้อคำถามความพึงพอใจต่อสถานที่การให้บริการ กระบวนการดูแลและแนะนำของเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาล และความพึงพอใจต่อการนอนโรงพยาบาลวันเดียว การลดค่าใช้จ่าย

โดยมีการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามความคิดเห็นทีมบุคลากรที่ให้บริการต่อระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ ศัลยแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่อง (reliability) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

ไปทดลองใช้กับพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมจำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาทดสอบความเที่ยง โดยใช้สูตร Alpha Cronbach ได้ความเชื่อมั่น 0.95

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2561 มีการวางแผนพัฒนาโดยการระดมสมองและสนทนากลุ่ม (Focus group) ทีมพยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วย ODS จำนวน 12 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการ ปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ได้ข้อมูลในการนำไปพัฒนา จากนั้นมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน Service Plan ODS ขออนุญาตในการทำการศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการศึกษาวิจัยและเก็บข้อมูลตามขั้นตอน และขอความร่วมมือในการทำการวิจัยจากทีมแพทย์และพยาบาลวิชาชีพมีการทบทวนแนวทางการดำเนินการพัฒนาการให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และเอกสาร ตำราความรู้ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2561 โดยการนำประเด็นที่ได้จากการระดมสมองในขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ รูปแบบของการวิเคราะห์ระบบ (System Analysis Model)

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุปผลการวิจัย หลังจากการนำคู่มือ แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นและผ่านการนำไปทดลองปฏิบัติการให้บริการแล้ว ได้มีการประเมินความเหมาะสมของระบบและแนวทางปฏิบัติ โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับนำไปสอบถามแพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและแบบสอบถามความพึงพอใจ นำไปสอบถามผู้ป่วยและญาติที่รับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ ศัลยแพทย์ 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย ศัลยกรรม 1 ท่าน นำข้อมูลมาทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตร Alpha Cronbach ได้ความเชื่อมั่น 0.95

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหา อุปสรรค ระบบการให้บริการผ่าตัดแต่เดิมนั้น ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด 1-2 วัน รอรับการผ่าตัดในวันถัดไป และหลังผ่าตัดต้องนอนพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการ 1-2 วัน รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3-4 วัน จึงได้มีนโยบายในการลดจำนวนวันนอนความแออัดและลดค่าใช้จ่ายโดยการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบ ODS สอดคล้องกับ Service plan ODS ของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประชุมสนทนากลุ่มทีมแพทย์ พยาบาล ปัญหาด้านผู้ป่วยและญาติพบว่าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ส่วนปัญหาด้านระบบการให้บริการ พบว่า 1) แนวทางปฏิบัติและระบบการประสานงานในการให้บริการและดูแลผู้ป่วย ODS ยังไม่ครอบคลุมและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 2) ไม่มีสถานที่หรือศูนย์ดูแลผู้ป่วย ODS Unit ที่ให้บริการโดยเฉพาะ 3) ไม่มีผู้รับผิดชอบหรือผู้ประสานงานหลักที่ชัดเจน

2. ผู้วิจัยนำปัญหา อุปสรรคและโอกาสพัฒนาในข้อ 1 มาพัฒนาระบบและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับที่เหมาะสมของโรงพยาบาลสิรินธรฯ โดยบูรณาการเข้ากับข้อเสนอแนะการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดย 1) มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตั้งอยู่ที่หน่วยงานห้องผ่าตัด 2) กำหนด ODS Nurse Manager ผู้รับผิดชอบและผู้ประสานงานหลักประจำทุกหน่วยงาน 3) มีการรวบรวมจัดทำคู่มือ และผังการไหล (Flow) ภาพรวมทั้งโรงพยาบาลจัดทำแบบบันทึกแนวทางปฏิบัติเฉพาะของแต่ละหน่วยงานปรับเข้าแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่เดิม ได้แก่ (1) แบบบันทึกการเตรียมความพร้อมและการนัดผู้ป่วยผ่าตัดงานผู้ป่วยนอก (2) แบบบันทึกการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด, แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่าย (PADS Score) ของหอผู้ป่วยออโรโธดิกส์และศัลยกรรม (3) แบบบันทึกทางพยาบาลห้องผ่าตัด (4) แบบฟอร์มการเฝ้าระวังแผลติดเชื้อ (5) แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวผ่าตัดวันเดียวกลับ

3. ประเมินประสิทธิผลของระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

3.1 ประสิทธิภาพด้านโครงสร้างและนโยบาย
โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.25, SD = 0.6$) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า การมีนโยบายการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของโรงพยาบาล และทีมรับทราบแนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย ODS มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.34, SD = 0.6$) รองลงมาคือ ทีมมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ODS ($\bar{X} = 4.31, SD = 0.7$) และความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์

($\bar{X}$ = 4.17, S = 0.7) ส่วนการจัดสถานที่ในการให้บริการ ผู้ป่วยผ่าตัดแบบ ODS มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 4.11, SD = 0.7)

3.2 ประสิทธิภาพด้านกระบวนการโดยรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.23, SD = 0.6) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีแนวทางปฏิบัติในการให้บริการและดูแลผู้ป่วย ODS มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.37, SD = 0.6) รองลงมา คือ การมีระบบติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด ($\bar{X}$ = 4.31, SD = 0.6) ส่วนแนวทาง ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 4.09, SD = 0.7)

ประสิทธิผล ด้านผลลัพธ์ โดยรวมเห็นด้วยในระดับ มาก ($\bar{X}$ = 4.29, SD = 0.7) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ($\bar{X}$ = 4.40, SD = 0.6) รองลงมา คือ ช่วยลดค่าใช้จ่ายของ โรงพยาบาลในการรักษาพยาบาล ($\bar{X}$ = 4.29, SD = 0.7) ส่วนการช่วยลดภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 4.17, SD = 0.7)

เปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงาน

(1) ภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางออร์ปิดิกส์ มีผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด Percutaneous fracture fixation (screw, k-wire etc) จำนวน 12 คน มีเพียง 2 คน ที่สามารถกลับบ้านได้ภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บอื่นร่วมด้วย ส่วนกลุ่มโรคทางศัลยกรรมทั่วไป มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์และรับการผ่าตัดด้วยโรค Hernia และ

Hemorrhoid (ไม่มีผู้ป่วยเป็น Hydrocele) จากจำนวน ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ผ่าตัด จำนวน 32 ราย ได้รับการผ่าตัดและ กลับบ้านได้ภายในวันเดียว ตามเกณฑ์ PAD Score จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 78.13 (เป้าหมาย ร้อยละ 20) และมี จำนวน 5 ราย ที่ ขอกลับบ้านในวันต่อมาเนื่องจากปวดแผล และมีความวิตกกังวลหากกลับไปอยู่บ้าน แต่ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีภาวะแทรกซ้อนเรื่องเลือดออก/เลือดคั่งที่แผลผ่าตัดหรือ แผลติดเชื้อ และไม่มีอุบัติการณ์การ Re-admit ของผู้ป่วย ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

(2) ด้านการลดความแออัดในโรงพยาบาล

พบว่า กลุ่มที่เข้ารับการผ่าตัดแบบปกติ (Non ODS) มีวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.3 ± 1.7 ส่วนกลุ่มที่ เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) มีวันนอนรักษาตัว ในโรงพยาบาล 1.0 ± 0.0 วัน และกลุ่มที่รับบริการผ่าตัดแบบ วันเดียวกลับ มีวันนอนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับการผ่าตัด แบบปกติ เฉลี่ย 2.3 ± 0.1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.0001)

(3) ด้านการลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล

(3.1) การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในภาพรวม พบว่า กลุ่มที่เข้ารับการผ่าตัดแบบปกติ มีค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล เฉลี่ย $13,695 \pm 5,987$ บาท กลุ่มที่รับบริการ ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) มีค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาล เฉลี่ย $11,509 \pm 2,822$ บาท และกลุ่มที่เข้า รับการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) มีค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล ต่ำกว่ากลุ่มที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ปกติ เฉลี่ย $2,185 \pm 1,215$ บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.005)

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายกลุ่มผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบปกติ (Non ODS) และผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS)

การรักษา	ค่ารักษาแยกตามกลุ่ม				ส่วนต่าง ค่ารักษา		Mann-Whitney U
	Non-ODS (n=210)		OSD (n=25)				
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.	
ทุกกลุ่มการรักษา (n = 235)	13,695	5,987	11,509	2,822	2,185	1,215	0.005*
hemorrhoid (n= 42)	10,887	5,446	7,613	1,017	3,273	2,757	0.054*
hernia(n = 193)	14,315	5,937	12,251	2,406	2,064	693	0.003*
ค่ายา	617	1,020	319	79	298	204	0.000*
ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา	193	294	235	360	-42	64	0.593
ค่าห้องและอาหาร	1,169	1,224	448	166	721	91	0.000*
ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์	2,183	1,767	1,960	1,773	223	374	0.567*
ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ	472	630	69	166	27	42	0.000*
ค่าบริการรังสีวินิจฉัย	290	845	18	61	402	127	0.000*
ค่าทำหัตถการและวิสัญญี	7,791	2,034	8,160	1,866	272	169	0.355
	51,612	25,184	42,582	10,716	9,423	5,736	

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.6$, $SD = 2.6$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจต่อการได้รับการเยี่ยมสอบถามหลังกลับไปอยู่บ้านและพึงพอใจต่อการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการอยู่โรงพยาบาลการเดินทางและอื่นๆ เฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.96$, $SD = 0.5$, $\bar{X} = 4.96$, $SD = 0.5$) รองลงมา คือ พึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการของทีมที่ดูแลรักษา และพึงพอใจต่อการได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยไม่ต้องค้างคืน ($\bar{X} = 4.8$, $SD = 0.4$, $\bar{X} = 4.8$, $SD = 0.4$, $\bar{X}$) ส่วนความพึงพอใจต่อการได้รับการอธิบายถึงขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 4.3$, $SD = 0.5$, $\bar{X} = 4.3$, $SD = 0.5$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการนำผลของการพัฒนาระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ซึ่งสอดคล้องกับ ธิธา ยุคันตวรานันท์.(2558) ที่ได้พัฒนาระบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในเขตสุขภาพที่ 10 และสอดคล้องกับ สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560) เกี่ยวกับข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ จากการดำเนินงานพบว่า ผลลัพธ์การให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 78.13 (เกณฑ์ ร้อยละ 20) ร้อยละการงด/เลื่อนผ่าตัด, อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละของแผลติดเชื้อหลังผ่าตัด และอัตราการ Re-Admit ภายใน 28 วันหลังผ่าตัด ผ่านเกณฑ์ทุกตัว อธิบายได้ว่า ระบบและแนวทางการที่พัฒนาขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดวันเดียวกลับของโรงพยาบาลสิรินธรได้อย่างไรก็ตามพบว่า จำนวนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับยังจํานวนน้อย หากเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในกลุ่มโรคเดียวกันทั้งหมด ประกอบกับข้อเสนอแนะของกรมการแพทย์ในเวทีการประชุมเยี่ยมตรวจนิเทศการดำเนินงานผ่าตัดวันเดียวกลับเขตสุขภาพที่ 7 โดยให้มีการพัฒนาและเพิ่มจำนวนในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลสิรินธรฯ ทั้ง 3 ด้านคือ ด้านโครงสร้างและนโยบาย โดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนด้านกระบวนการปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์โดยรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า ระบบและแนวทางการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมสามารถช่วย ลดจำนวน

วันนอน ลดความแออัด และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของผู้ป่วยและญาติได้ ทีมพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยและญาติได้ดีกว่าการนอนโรงพยาบาลนานๆ และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธรฯ โดยรวมในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดต่อการได้รับการเยี่ยมสอบถามหลังกลับไปอยู่บ้าน ส่วนการได้รับการอธิบาย ถึงขั้นตอนการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการมีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำสุด อธิบายได้ว่า ควรมีการสะท้อนให้ทีมรับทราบเพื่อหาแนวทาง วิธีการในการอธิบายหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติให้ชัดเจนขึ้น เพื่อลดความวิตกกังวลในการตัดสินใจเข้ารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ นัยนา ภาณิบุญย์ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความ พึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลบึงกาฬพบว่า ความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การอธิบาย ขั้นตอนการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก ความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการจากการผ่าตัดและความพึงพอใจ ที่ได้รับระดับคะแนนน้อยที่สุด คือความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบการผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นเหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ซับซ้อน สามารถลดจำนวนวันนอน ลดความแออัด และลดค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมาย และสามารถขยายต่อยอดการนำไปใช้ในกลุ่มโรคสาขาอื่นๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการขูดมดลูก เป็นต้น และสามารถนำไปใช้กับทุกโรงพยาบาล ที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้
2. ศึกษาต่อยอดการนำระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) ไปใช้ในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องที่เป็นการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery : MIS)
3. ศึกษาการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรเครือข่ายในรพ.สต.หรือ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- ธิดา ยุคันตวรนนท์.(2558). พัฒนาระบบการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ในเขตสุขภาพที่ 10. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยนา ภาณุบุศย์, วัลลภา ช่างเจรจา และ สุนันท์ นกทอง.(2561). ผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลบึงกาฬ.วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต และการศึกษา, ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 (ม.ค.-เม.ย.62)
- สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2560). ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.(2561) สรุปรายงานผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2561. โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
- Association of Perioperative Registered Nurse.(2009). Perioperative Standards and Recommended practice. Denver co: AORN.
- Barrett, J.B., & Deehan, R.M. (1989). Preoperative patient teaching producing a video account. AORN Journal, 50(2), 602-608.
- Brumfield, V.C., Kee, C.C., & Johnson, J.Y.(1996). Preoperative patient teaching in ambulatory surgery setting. AORN Journal, 64(6), 941-952.
- Jacobs, V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 13(1), 12-17; 2000.

การศึกษาผลการระงับปวดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านการส่องกล้องโดยการฉีดยาชาบริเวณผิวหนังก่อนการ ผ่าตัดเปรียบเทียบกับวิธีการฉีดยาชาบริเวณชั้นผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด

Comparative study of local anesthetics in laparoscopic cholecystectomy: skin VS sheath infiltration

(Received: February 10,2021 ; Accepted: March 19,2021)

เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์, พบ.

Kiattipum Sutthiwong, MD.

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านการส่องกล้องเป็นวิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีตามมาตรฐานในปัจจุบัน และเป็นวิธีที่นิยมใช้ เนื่องจากบาดแผลมีขนาดเล็ก เจ็บน้อย ลดระยะเวลาในการผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ถึง 30 มิถุนายน 2563 กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาบริเวณผิวหนังก่อนการผ่าตัด กลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาชาบริเวณชั้นผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด รวบรวมข้อมูลทั่วไป ผลระงับปวดชั่วโมงที่ 6 และ 12 ปริมาณของยาแก้ปวดที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ และทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยผ่าตัดน้ำดีทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ผลการระงับปวดกลุ่มที่ได้รับการฉีดยาชาบริเวณผิวหนังก่อนการผ่าตัด มีผลในการระงับปวดหลังผ่าตัดได้ดีกว่า ใช้ยาระงับปวดน้อยกว่า และใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการฉีดยาชาบริเวณชั้นผนังหน้าท้องหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านการส่องกล้อง, การฉีดยาชา

Abstract

Laparoscopic cholecystectomy is the standard treatment of cholecystectomy nowadays. This technique becomes a popular procedure, compare with open technique, due to small incision, less postoperative pain, early ambulation and decrease length of hospital stay. This comparative study started January 1st, 2020 to June 30th, 2020. Sixty patients undergo laparoscopic cholecystectomy were randomized into two groups, 30 patients each. In the first, we infiltrated local anesthetic agent through trochar site before incision. The second, we infiltrated local anesthetic agent at trochar site after finished the operation and the specimen was removed. A pain scale was used and recorded their pain intensity at 6 and 12 hours, postoperatively. Dose of postoperative morphine administration and time-to-ambulation were also assessed. Statistic analysis in this study are descriptive statistics, chi-square and T-test.

Result: No significant statistic in demographic data of this two groups. The pain intensity at 6 and 12 hours, postoperatively, analgesics requirement and time-to-ambulation were statistic significantly lower in the preoperative trochar site injection compared with the other group.

Key word: Laparoscopic cholecystectomy, local anesthetic

บทนำ

อุบัติการณ์ของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคที่พบบ่อย พบได้ประมาณ 5-10 % ของประชากร โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2-3 เท่า และพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณ 15-30 % อุบัติการณ์ในการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) ในประเทศไทยพบได้ ในร้อยละ 6 (ถนนมิลล์ ก้านมะลิ, 2563)การรักษาผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีนั้น วิธีหนึ่ง

ที่ช่วยผู้ป่วย คือการผ่าตัดถุงน้ำดี ซึ่งวิธีการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีด้วยวิธีแบบเปิดช่องท้องเป็นวิธีผ่าตัดที่เป็นมาตรฐานมาเป็นระยะเวลานาน การผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (laparoscopic cholecystectomy : LC) เริ่มทำครั้งแรก ในปี พ.ศ 2530 โดยศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศส ชื่อ Moure และ 2 ปีต่อมา Dubois ได้รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ลงในวารสารทางการแพทย์เป็นคนแรก (Lomanto D and other, 2011; Hodzic E and other 2014)

จนกระทั่งเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2535 ได้เริ่มมีการนำวิธีการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องมาใช้ในประเทศไทย โดยการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องในผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทย ได้เริ่มต้นขึ้นที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จนปัจจุบันการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องได้กลายเป็นที่นิยมแพร่หลายในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน (Pongchairerks P, 1996; จิรศักดิ์ ปริวัฒน์ศักดิ์, 2555) เนื่องจากมีข้อดีหลายประการ ได้แก่ การที่มีบาดแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดน้อยใช้ระยะเวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้น มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจน้อย และสามารถกลับไปปฏิบัติภารกิจเดิมได้อย่างรวดเร็ว (สุทธิรักษ์ บัวแก้ว, 2562)

ถึงแม้ว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดน้อย แต่ส่วนหนึ่งยังพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ซึ่งความปวดหลังการผ่าตัดในช่องท้อง ส่วนใหญ่มาจากความปวดบริเวณผนังหน้าท้อง เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความปวดทรมานหลังผ่าตัดจนไม่สามารถยับยั้งตัวหรือเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ ภาวะปอดแฟบ ปอดติดเชื้อ ลิ่มเลือดที่ขา ลำไส้ไม่บีบตัว เป็นต้น การลดความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวดทรมาน ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยได้ ซึ่งความปวดหลังผ่าตัดสามารถลดลงได้หลายวิธี ได้แก่ การให้ยาแก้ปวดชนิด opioids หรือการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs การฉีดยาชาวก่อนหรือหลังฉีดยาชาวดำตหรือการฉีดยาชาที่ผนังหน้าท้อง (Al-hakim NHH, Alidreesi ZMS, 2010) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช สถิติของหน่วยงานห้องผ่าตัด (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) พบว่ามีผู้ป่วยในถุงน้ำดีที่รักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้อง 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 จำนวน 198, 184, 214 ราย ตามลำดับ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด laparoscopic cholecystectomy และได้รับการฉีดยาชา bupivacaine บริเวณแผลผ่าตัดก่อนเย็บปิดหน้าท้องโดยศัลยแพทย์ จำนวน 30 ราย มีคะแนนความปวดที่ห้องพักฟื้นสูงถึง 7-10 คะแนน และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดครั้งแรกในห้องพักฟื้นคือ 5-50 นาที หลังผ่าตัด และผู้ป่วยบางรายแม้ว่าจะได้รับยาแก้ปวดแล้วก็ยังมีคะแนนความปวดที่สูง ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในหลายสถาบันได้นำวิธีการระงับปวดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องโดยการฉีดยาชาบริเวณผิวหนังมาใช้ และได้ผลการระงับปวดที่ดี ผู้วิจัยในฐานะศัลยแพทย์ จึงต้องการหาวิธีที่จะช่วยลดความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการระงับปวดในผู้ป่วยผ่าตัด

น้ำดีผ่านการส่องกล้องโดยการฉีดยาชาบริเวณผิวหนังก่อนการผ่าตัดเปรียบเทียบกับวิธีการระงับปวดที่ได้ผลดี จะสามารถนำไปประกอบการพิจารณาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการระงับปวดในผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านการส่องกล้องโดยการฉีดยาชาบริเวณผิวหนังก่อนการผ่าตัดเปรียบเทียบกับวิธีการระงับปวดที่ได้ผลดี จะสามารถนำไปประกอบการพิจารณาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านการส่องกล้อง ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านการส่องกล้องตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยทำการแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มฉีดยาชาบริเวณผิวหนังก่อนผ่าตัด (ฉีด 0.5% Bupivacaine 20 ml ที่ skin ก่อนลงมีด) และ กลุ่มฉีดยาชาบริเวณผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด (ฉีด 0.5% Bupivacaine 20 ml ที่ Abdominal sheath หลังจากทำ LC เสร็จ)

Inclusion criteria

- Elective LC for enlarged gallbladder polyps or symptomatic gallstones.
- Adult patient (18-80 yr).
- ASA physical status I/II.

Exclusion criteria

- Morbid obesity (BMI > 40).
- History of alcohol or drug addiction.
- Allergy to the drugs used in the present study.
- Cognitive impairment or communication problems.
- Pregnancy or lactating.

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณ ตารางขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Cohen J, 1988) ความเชื่อมั่นที่ $\alpha=0.05$ ขนาดอิทธิพล $\text{power}=0.80$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 26 คน เพิ่ม

จำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย
ระหว่างการทำวิจัย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ASA Classification ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด จำนวนชั่วโมงที่ลุกจากเตียงได้หลังการผ่าตัด ระดับความปวด จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ทำการแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มโดยจับฉลากเลือกวิธีการให้ยาชากลุ่มละครึ่งเป็นกลุ่มฉีดยาชาบริเวณชั้นผิวหนังก่อนผ่าตัด กลุ่มเลขคู่เป็นกลุ่มฉีดยาชาบริเวณผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด
2. ผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกรายจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการให้คะแนนความปวดเป็นตัวเลข (Verbal numeric pain scale) ตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คือ ไม่ปวดเลย สามารถให้คะแนนเพิ่มได้ถึง 10 คะแนน คือ ปวดมากที่สุด หลังจากนั้นจะนำมาจัดแบ่งเป็นระดับความปวด โดยให้คะแนน 0-3 คือ ไม่ปวดเลยถึงปวดเล็กน้อย 4 - 6 คือ ปวดปานกลาง และ 7 - 10 คือ ปวดมาก
4. ทำการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์คนเดียวกัน วิธีการผ่าตัดจะใช้วิธีประยุกต์ 3 แผล ภายใต้การดมยาสลบ
5. ทดลองการฉีดยาชาตามกลุ่มที่กำหนด
6. ประเมินระดับความปวดหลังการผ่าตัดที่ 6 และ 12 ชั่วโมง

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แสดงผลข้อมูลในรูปจำนวนนับ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลมีการกระจายแบบ

ปกติ (normal distribution) โดยทดสอบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มโดยใช้ independent t-test

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน ไม่มีผู้ป่วยที่ออกจากการศึกษา หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดหรือดมยาสลบ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มฉีดยาชาบริเวณชั้นผิวหนังก่อนผ่าตัด กับกลุ่มฉีดยาชาบริเวณผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สัดส่วนเพศชายและหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านอายุ มีอายุเฉลี่ย 49.33 และ 51.07 ปี ดัชนีมวลกาย 28.07 และ 26.26 kg/m² ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด 59.67 และ 69.67 นาที จำนวนชั่วโมงที่ลุกจากเตียงได้หลังการผ่าตัด 5 และ 5.2 ชั่วโมง ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนด้านจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.13 และ 2.67 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในกลุ่มฉีดยาชาบริเวณชั้นผิวหนังก่อนผ่าตัด พบว่า จำนวนที่ต้องการยาแก้ปวดมีค่าเฉลี่ย 0.80 ครั้ง คะแนนความปวดหลังการผ่าตัด ชั่วโมงที่ 6 และชั่วโมงที่ 12 ค่าเฉลี่ย 4.70 และ 3.23 คะแนน กลุ่มฉีดยาชาบริเวณผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด พบว่า จำนวนที่ต้องการยาแก้ปวดมีค่าเฉลี่ย 1.30 ครั้ง คะแนนความปวดหลังการผ่าตัด ชั่วโมงที่ 6 และชั่วโมงที่ 12 ค่าเฉลี่ย 6.70 และ 4.13 คะแนน ซึ่งทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ข้อมูลระดับความพึงพอใจหลังการผ่าตัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญโดยกลุ่มฉีดยาชาบริเวณชั้นผิวหนังก่อนผ่าตัดมีความพึงพอใจที่มากกว่ากลุ่มฉีดยาชาบริเวณผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด ทั้งสองกลุ่มไม่ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

ข้อมูลพื้นฐาน	ฉีดยาชาบริเวณชั้นผิวหนังก่อนผ่าตัด (n=30)	ฉีดยาชาบริเวณผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด (n=30)	p-value
เพศ (ชาย:หญิง)	9:21	2:28	0.02 ^a
อายุ (ปี)	49.33 ± 17.76	51.07 ± 14.25	0.67
ดัชนีมวลกาย	28.07 ± 3.52	26.26 ± 3.96	0.68

* $p < 0.05$ ^a chi square test

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยจำนวนที่ต้องการยาแก้ปวด และคะแนนความปวดหลังการผ่าตัดในระยะเวลาต่างๆ หลังการผ่าตัด

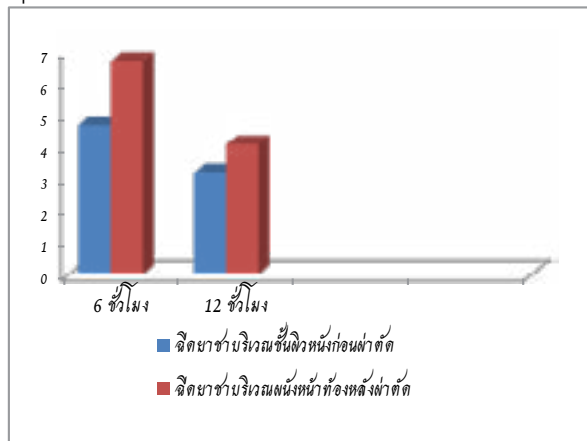
ประเด็น	ฉีดยาชาบริเวณชั้นผิวหนัง ก่อนผ่าตัด (n=30)	ฉีดยาชาบริเวณผนังหน้าท้อง หลังผ่าตัด (n=30)	p-value
จำนวนที่ต้องการยาแก้ปวด (ครั้ง)	0.80 ± 0.40	1.30 ± 0.59	0.00*
คะแนนความปวดหลังการผ่าตัด			
ชั่วโมงที่ 6	4.70 ± 1.12	6.70 ± 1.62	0.00*
ชั่วโมงที่ 12	3.23 ± 1.43	4.13 ± 1.59	0.03*
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที)	59.67 ± 28.49	69.67 ± 25.69	0.16
จำนวนชั่วโมงที่ลุกจากเตียงได้หลังการผ่าตัด (ชั่วโมง)	5 ± 2.03	5.2 ± 2.52	0.73
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วัน)	2.13 ± 0.51	2.67 ± 0.92	0.01*

*p<0.05

ตารางที่ 3 แสดงระดับความพึงพอใจและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ประเด็น	ฉีดยาชาบริเวณชั้นผิวหนัง ก่อนผ่าตัด (n=30)	ฉีดยาชาบริเวณผนังหน้าท้อง หลังผ่าตัด (n=30)	p-value
ระดับความพึงพอใจหลังผ่าตัด	9.01 ± 0.42	8.75 ± 0.23	0.00*
ภาวะแทรกซ้อน (มี / ไม่มี)	0/30	0/30	

*p<0.05



แผนภูมิที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความปวดในระยะเวลาต่างๆ หลังการผ่าตัด

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 49.33 และ 51.07 ปี ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด 59.67 และ 69.67 นาที จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.13 และ 2.67 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรศักดิ์ บริวัฒน์ศักดิ์ ทำผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดิทัศน์โดยวิธีประยุกต์ 2 แผล และวิธีมาตรฐาน 4 แผล กลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 6 ราย และหญิง 24 ราย อายุระหว่าง 25-72 ปี เฉลี่ย 52.17 ± 12.28 ปี ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 เพศชาย 7 ราย และหญิง

23 ราย มีอายุ ระหว่าง 33-68 ปี เฉลี่ย 52.47 ± 10.31 ปี ระยะเวลาผ่าตัดกลุ่มที่ 1 และ 2 เฉลี่ยเท่ากัน 50.33 นาที จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 2.17 ± 0.74 วัน กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 2.37 ± 0.88 วัน และสอดคล้องกับสถิติและการเกิดอุบัติการณ์ของโรคนี้ในถุงน้ำดีของประเทศไทยที่พบว่าโรคนี้ในถุงน้ำดีมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่าโดยมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ผลการวิจัยของ Montiel J.F. & David C.N. (2015) ที่ ทำ การ ศึก ษา ใน ผู้ ป่วย นอก laparoscopic cholecystectomy พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 18-87 ปีโดยปกติเมื่ออายุมากขึ้นก็จะพบว่ามีอุบัติการณ์ของ gallstone มากตามไปด้วย โดยพบสูงถึง 70% ในคนที่อายุ 30 ปี และพบในกลุ่มเพศหญิงมากเนื่องจากมีภาวะ bile sludge formation สูงถึง 30% ในด้านระยะเวลาผ่าตัด การศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาผ่าตัด 50.33 นาที ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Peters J และคณะ(1991) ในปี พ.ศ. 2557-2559 ทำการศึกษาการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยการส่องกล้องในผู้ป่วย 100 ราย พบว่าใช้เวลาเฉลี่ยระหว่าง 78 ถึง 122 นาที

จากผลการศึกษารีด 0.5% Bupivacaine 20 ml ที่ skin ก่อนลงมีด มีผลในการระงับปวดหลังผ่าตัดชั่วโมงที่ 6 และ 12 ปริมาณของยาแก้ปวดที่ใช้ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่าดีว่ากลุ่มที่ได้รับการฉีดยาชาบริเวณชั้นผนังหน้าท้องหลังผ่าตัด อธิบายได้ว่าอาการปวดหลังการผ่าตัด laparoscopic cholecystectomy มาจาก somatic pain มากกว่า visceral pain ทำให้การฉีดยาชาระงับปวดบริเวณ

abdominal wall มีผลช่วยลดอาการปวดแผลหลังผ่าตัดได้ ส่วนสาเหตุที่ฉีดยาที่ผิวหนังก่อนผ่าตัดสามารถระงับปวดได้มากกว่าการฉีดยาเข้าที่ชั้น sheath หลังการผ่าตัด เนื่องจากยาจะสามารถลดอาการอักเสบของ tissue ได้ ทำให้สามารถออกฤทธิ์ระงับอาการปวดได้ดีก่อนการล้มนิดมากกว่าการฉีดยาหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะเมื่อมีการใส่สมบยายในช่องท้อง จะทำให้มีแรงดันที่แผลผ่าตัดมากขึ้น มีอาการอักเสบมากขึ้น ทำให้การให้ยาหลังการผ่าตัดอาจช่วยลดอาการอักเสบและอาการปวดได้น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาหลายแห่ง (Marcelo M. and other, 2015; Dan-Shu Liu and other, 2015; Bisgaard T and other, 2011) แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Nguyen และคณะ(2010) หรือ Bamigboye และคณะ (2009) ที่พบว่า การฉีดยา

ยา ropivacaine ในแผลผ่าตัดช่วยลดปริมาณการใช้ opioid ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

การฉีดยาบริเวณผิวหนังก่อนการผ่าตัดยาสามารถลดอาการอักเสบของเนื้อเยื่อได้ ทำให้สามารถออกฤทธิ์ระงับอาการปวดได้ดีก่อนการล้มนิดผ่าตัดมากกว่าการฉีดยาหลังการผ่าตัด รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย จึงควรนำมาพิจารณาในการระงับปวดในผู้ป่วยผ่าตัดอุ้งน้ำดีผ่านการส่องกล้อง โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

เอกสารอ้างอิง

- ณอมศิลป์ ก้านมะลิ.(2563). การศึกษาประสิทธิผลของการผ่าตัดแบบส่องกล้องในผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่มีภาวะอักเสบเฉียบพลัน โดยใช้วิธีการการเจาะอุ้งน้ำดีในขณะผ่าตัด โรงพยาบาลกมลสินธ์. วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. 31(2): 31-40.
- Lomanto D, De Angelis L, Ceci V, Dalsasso G, So J, Frattaroli FM, et al.(2011). Two-trocar laparoscopic cholecystectomy: a reproducible technique. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 11: 248-251.
- Hodzic E, Imamovic S, Hasukic S, Majdancic H, Imamovic G.(2014). Postoperative pain in open vs. laparoscopic cholecystectomy with and without local application of anaesthetic. Med Glas Ljek komore Zenicko-dobojskanton. 8(2): 243-8.
- Pongchairerks P.(1996). The impact of laparoscopic cholecystectomy on the practice and training of gallbladder surgery in Thailand. Ann Acad Med Singapore. 25(5): 629-34.
- จิรศักดิ์ บริวัฒน์ศักดิ์.(2555). การศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดอุ้งน้ำดีด้วยกล้องวีดีทัศน์โดยวิธีประยุกต์ 2 แผล และวิธีมาตรฐาน 4 แผล. ศรีนครินทร์เวชสาร. 27(1): 1-6.
- สุทธิรักษ์ บัวแก้ว.(2562). การผ่าตัดอุ้งน้ำดีผ่านกล้อง ณ โรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(2): 303-310.
- Al-hakim NHH, Alidreesi ZMS.(2010). The effect of local anaesthetic wound infiltration on post-operative pain after caesarean section. J Surg Pak. 15(3): 131-4.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช.(2562). รายงานประจำปี 2562(งานห้อยผ่าตัด). ลพบุรี : โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
- Montiel JF, David CN. (2015). Outpatient Laparoscopic Cholecystectomy and Pain Control: A Series of 100 Cases. Cirugía Española (Spanish Association of Surgeons). 93(3): 181–6.
- Peters J, Ellison E, Innes J, Liss J, Nichols K, Lomano J, et al.(1991). Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis of 100 initial patients. Ann Surg. 213:3-12.
- Marcelo M. Souto, Eloisa Radaelli, Andiana E. Giordani, Analui za Savaris and Guilherme F. Bassols.(2015). Effectiveness of Local Anesthetics in Laparoscopic Cholecystectomy: A Randomized Clinical Trial. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 25(4): 317-320.
- Dan-Shu Liu, Feng Guan, Bin Wang and Tian Zhang. (2015). Combined usage with intraperitoneal and incisional ropivacaine reduces pain severity after laparoscopic cholecystectomy. Int J Clin Exp Med 2015; 8(12): 60-68.
- Bisgaard T, Kehlet H, Rosenberg J.(2011). Pain and convalescence after laparoscopic cholecystectomy. Eur J Surg. 167: 84–96.
- Nguyen NK, Landais A, Barbaryan A, Barek MA, Benbaghdad Y, McGee K, et al.(2010). Analgesic efficacy of pfannenstiell incision infiltration with ropivacaine 7.5 mg/ml for caesarean section. Anesthesiol Res Pract. 54(2): 67-75.
- Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. (2009). Local anaesthetic wound infiltration and abdominal nerves block during caesarean section for postoperative pain relief. Cochrane Database of Syst Rev. (3): 54-69.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

Predictive factors for lumbar spinal degenerative disorder patients quality of life

King Narai Hospital

(Received: February 26,2021 ; Accepted: March 29,2021)

ภาณุพงศ์ ฉัตรอารีย์กุล, พบ.

Panupong chatareeyagul, MD.

นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมจำนวน 107 คน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรคข้อกระดูกสันหลังที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความปวด แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิต ภาพเอกซเรย์ของกระดูกสันหลัง โดยการรวบรวมข้อมูลจำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ และให้ผู้ตอบแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.83) มีจำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพมากกว่าหนึ่งระดับ (ร้อยละ 21.49) อายุเฉลี่ย 62.43 ปี (S.D.=9.91) คะแนนความปวดเฉลี่ย 4.18 (S.D.=1.97) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรม 53.04 (S.D.=15.21) คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเท่ากับ 70.78 (S.D.= 19.85) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และจำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, กระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

Abstract

This research aimed to study predictive factors for lumbar spinal degenerative disorder patients' quality of life, King Narai Hospital. The sample for this study consisted of 107 lumbar spinal degenerative disorder patients receiving care at the orthopedics outpatient department in King Narai Hospital. Tool used as a pain assessment, activity ability and quality of life questionnaire and spine radiographic by collecting data on the number of pathological spinal joints. The data was analysed using the descriptive and multiple regression statistics analysis.

Results: The majority of the participants were female (73.83%) had more than 1 degenerative vertebra (21.49%), with aged averagely 62.43 years (S.D.=9.91), average pain 4.18 (S.D.=1.97) and functional disability levels of 53.04 (S.D.=15.21) and average quality of life score of 70.78 (S.D.= 19.85). The predictive factors for lumbar spinal degenerative disorder patients' quality of life, pain, number of degenerative vertebra and activity ability were statistical significance ($p<0.05$).

Keywords: quality of life, lumbar spinal degenerative disorders

บทนำ

การเสื่อมของกระดูกสันหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 85 ของประชากรในประเทศที่พัฒนาแล้วประสบปัญหาอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างน้อยหนึ่งครั้งและเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อรักษาและหยุดพักงาน (Fejer R, Ruhe A, 2012) สาเหตุของการเสื่อมของกระดูกสัน

หลัง เกิดจากเนื้อเยื่อบริเวณไขสันหลัง ได้แก่ กล้ามเนื้อ พังผืด เส้นเอ็นที่ยึดกระดูกสันหลังไว้เกิดการอักเสบ หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (herniated disc) ความเสื่อมของข้อกระดูกสันหลัง (spondylosis) โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal stenosis) ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ ตำแหน่งกระดูกสันหลังระดับเอว (lumbar) ข้อที่ 4-5 (Hong JH and other, 2015) การรักษาอาการเสื่อมของกระดูกสันหลัง มีจุดประสงค์เพื่อลด

อาการปวดและผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามเดิม หรือมีกิจวัตรประจำวันได้ตามเดิม การรักษาอาการปวดหลังมีหลายวิธี (Sigmundsson FG., 2013) ในรายที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเฉียบพลัน มักได้รับประทานยาในกลุ่ม NSAID (Non Steroidal Anti Inflammatory Drug) ร่วมกับการพักการใช้งาน จนอาการปวดทุเลาลง สามารถกลับไปทำกิจกรรมได้ตามเดิม บางรายอาจมีการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการใช้ยา เพื่อช่วยให้อาการปวดลดลง ในรายที่อาการปวดทุเลาลงแพทย์มักจะแนะนำให้บริหารกล้ามเนื้อหลัง เพื่อป้องกันการเกิดเป็นซ้ำอีก การรักษาโดยการผ่าตัดในรายที่มีอาการปวดนานมากกว่า 6 เดือน และมีอาการของการกดทับเส้นประสาทจนเกิดอาการขาอ่อนแรง และความรู้สึกลดลง มีความผิดปกติของระบบขับถ่าย เช่น กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ เป็นต้นทั่วไป (Darzi MT, and other, 2014; Whittle IR, and other, 2012)

จากปัญหาระบบกระดูกและข้อรวมทั้งกระดูกสันหลังเสื่อมส่งผลให้เกิดความปวด เกิดปัญหาการเคลื่อนไหว มีความลำบากในการดำรงชีวิต ลักษณะความปวดที่พบเป็นแบบเรื้อรัง และอาจมีความรุนแรงมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่มีการกดทับไขสันหลังจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทในด้านการรับรู้รู้สึก ผู้ป่วยจะมีอาการขาด้านของก้นก้างกล้ามเนื้ออาจมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง และในผู้ที่มีอาการรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระโดยไม่สามารถควบคุมได้ ด้านระยะทางผู้ป่วยที่มีการเสื่อมของกระดูกสันหลังรุนแรงจะมีความสามารถในการเดินลดลง เดินได้เพียงระยะทางสั้นๆ มีความเร็วในการเดินลดลง โดยเดินอย่างช้าๆ บางครั้งผู้ที่มีอาการรุนแรงอาจเดินไม่ได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการประกอบอาชีพ เกิดภาระค่าใช้จ่ายการรักษาของผู้ป่วย และครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมมีคุณภาพชีวิตลดลงกว่าคนปกติทั่วไป (Darzi MT, and other, 2014; Whittle IR, and other, 2012; ธีรารัตน เชื้อตาเล็ง และคณะ, 2560)

ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอก ออร์โธปิดิกส์ในปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม มาด้วยอาการปวดหลังได้รับการตรวจเฉลี่ยปีละ 984 คน มีจำนวนมากเป็นอันดับสองรองจากอาการข้อเข่าเสื่อม ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเหล่านี้ มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 17.4 (หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) และยังมีผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง เข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วยยา การทำกายภาพบำบัด และการตรวจวินิจฉัย สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยต้องทนกับอาการปวดที่เป็น ๆ หาย ๆ จนกลายเป็นอาการเรื้อรัง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบ

มาก รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาหามาตรการและจัดทำแนวทางในการป้องกันและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

วิธีการศึกษาวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ากระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรคออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่ากระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรคออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. ผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ ตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้มีการเสื่อมของกระดูกสันหลังระดับเอว ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้ว เช่น โรคกระดูกสันหลังคด (Scoliosis) โรคโพรงไขสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) โรคกระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) โรคกระดูกสันหลังเสื่อม (Spondylosis) เป็นต้น
3. มีภาพเอกซเรย์ของกระดูกสันหลังเกณฑ์การคัดออก
1. เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลังแต่กำเนิด
2. เป็นผู้ที่เคยได้รับอุบัติเหตุที่กระดูกสันหลังหรือเคยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน
3. เป็นผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การเดิน ได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม ข้อสะโพกเสื่อม

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบถดถอยเชิงพหุคูณ (power analysis for multiple regression) ของ Cohen (Cohen J., 1992) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดกลาง กำหนดอำนาจทดสอบที่ระดับ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีตัวแปรที่ต้องการศึกษา 6 ตัวแปร ใช้ค่าเหล่านี้ไป

เปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน เพิ่ม 10% เป็น 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ BMI สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว อื่นๆ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

2. ภาพเอกซเรย์ของกระดูกสันหลัง

3. แบบวัดอาการปวด โดยใช้ Numeric Rating Scale (NRS) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 10 คะแนน โดยคะแนน 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย และแบ่งระดับดังนี้ ไม่ปวดถึงปวดเล็กน้อย = 0-3 คะแนน (absent to minimal) ปวดปานกลาง = 4-7 คะแนน (moderate) ปวดมากถึงมากที่สุด = 8-10 คะแนน (severe)

4. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม โดยใช้ Modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire; Modified ODIQ (Fritz & Irgang, 2001) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ด้าน โดยรวมทั้งหมด 10 ข้อ ได้แก่

1) ระดับความเจ็บปวด 2) การดูแลตนเอง เช่น การทำความสะอาด การแต่งตัว 3) การยกของ 4) การเดิน 5) การนั่ง 6) การยืน 7) การนอน 8) การเข้าสังคม 9) การเดินทาง และ 10) การทำงานหรืองานบ้าน แต่ละข้อมีรายละเอียดอธิบายความรุนแรงของการจำกัดกิจกรรม 6 ข้อย่อยโดยเรียงจากน้อยไปมาก การให้คะแนนเรียงลำดับจาก 0 ไปถึง 5 คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมินเท่ากับ 50 คะแนน แล้วคูณสองเพื่อเป็นเปอร์เซ็นต์ของภาวะจำกัดกิจกรรม โดยช่วงคะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง มีภาวะจำกัดกิจกรรมน้อย แสดงว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมมาก โดยช่วงคะแนน 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะจำกัดกิจกรรมปานกลาง แสดงว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมปานกลาง ช่วงคะแนน 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะจำกัดกิจกรรมรุนแรง แสดงว่ามีความสามารถในการทำกิจกรรมน้อย ช่วงคะแนน 61-80 คะแนน หมายถึง มีภาวะต้องพึ่งพา ช่วงคะแนน 81-100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาจากกลุ่มตัวอย่าง 30 คนได้ค่าเท่ากับ 0.87

5. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- Brief – Thai) (สุวัฒน์มัทนีนันดรกุล และคณะ, 2545). ใช้วัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ วัดคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 ด้านจิตใจ 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 และด้านสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อ

คำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ (2, 9, 11) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกเป็นลิเกิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาจากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านออกและเขียนได้เนื่องจากไม่ได้รับการศึกษา หรือมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์โดยไม่มี การขึ้นคำตอบที่ต้องการใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ใช้สถิติเชิงบรรยายหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยต่อคุณภาพชีวิต โดยมีการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นทางสถิติ พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นตามโค้งปกติ ไม่มี Multicollinearity จึงวิเคราะห์การทำนายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบขั้นตอนเดียว (Enter method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.83 มีอายุเฉลี่ย 62.43 ปี อายุต่ำสุด 42 ปี อายุสูงสุด 93 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 72.89 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.46 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 44.85 มีโรคประจำตัวไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 31.77 รองลงมาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.16 ระดับ BMI เฉลี่ย 26.01 กก./ม.² การวินิจฉัยโรค Spondylosis ร้อยละ 48.59 รองลงมา Spinal stenosis ร้อยละ 31.76 และ Spondylolisthesis ร้อยละ 11.21 จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพมากกว่า 1 ระดับ ร้อยละ 21.49 ระดับความปวดปานกลาง เฉลี่ย 4.18 คะแนน การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันรักษาโดยการให้ยา ร้อยละ 87.85 และการทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 75.70

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean $\pm$ S.D.
เพศ (ชาย/หญิง)	28 (26.17): 79 (73.83)
อายุ (ปี)	62.43 $\pm$ 9.91
BMI (กก./ม. ²)	26.01 $\pm$ 4.23
ความปวด	4.18 $\pm$ 1.97
จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ (1 ระดับ: > 1 ระดับ)	84 (78.51): 23 (21.49)

2. ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับรุนแรงเท่ากับ 53.04 เมื่อจำแนกตามกิจกรรม การนอนพบปัญหา

มากกว่าด้านอื่น รองลงมาคือการเข้าสังคมค่าเฉลี่ยความสามารถเท่ากับ 3.40 และ 2.96 ตามลำดับ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ความสามารถในการทำกิจกรรม	ระดับความรุนแรง จำนวน (ร้อยละ)					Mean $\pm$ S.D.
	1	2	3	4	5	
1. ระดับความเจ็บปวด	22 (20.56)	16 (14.95)	39 (36.45)	22 (20.56)	8 (7.48)	2.79 $\pm$ 1.20
2. การดูแลตนเอง	28 (26.17)	46 (42.99)	17 (15.89)	8 (7.48)	8 (7.48)	2.27 $\pm$ 1.15
3. การยกของ	46 (42.99)	28 (26.17)	13 (12.15)	12 (11.21)	8 (7.48)	2.14 $\pm$ 1.29
4. การเดิน	26 (24.30)	47 (43.93)	20 (18.69)	8 (7.48)	6 (5.61)	2.26 $\pm$ 1.08
5. การนั่ง	30 (28.04)	20 (18.69)	30 (28.04)	15 (14.02)	12 (11.21)	2.62 $\pm$ 1.32
6. การยืน	30 (28.04)	28 (26.17)	20 (18.69)	17 (15.89)	12 (11.21)	2.64 $\pm$ 1.34
7. การนอน	9 (8.41)	21 (19.63)	24 (22.43)	24 (22.43)	29 (27.10)	3.40 $\pm$ 1.30
8. การเข้าสังคม	21 (19.63)	21 (19.63)	18 (16.82)	35 (32.71)	12 (11.21)	2.96 $\pm$ 1.33
9. การเดินทาง	27 (25.23)	21 (19.63)	18 (16.82)	21 (19.63)	20 (18.69)	2.87 $\pm$ 1.46
10. การทำงานหรืองานบ้าน	35 (32.71)	21 (19.63)	18 (16.82)	21 (19.63)	12 (11.21)	2.57 $\pm$ 1.41
โดยรวม (0-100 คะแนน)	มาก	ปานกลาง	รุนแรง	ต้องพึ่งพา	ติดเตียง	53.04 $\pm$ 15.21
	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100	
	1 (0.93)	23 (21.50)	48 (44.86)	32 (29.91)	3 (2.80)	

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม พบว่า คุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ

70.78 เมื่อจำแนกรายด้านทุกด้านระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

คุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนน	Min	Max	Mean $\pm$ S.D.	ระดับความรุนแรง
1. ด้านร่างกาย	1-35	15	35	24.53 $\pm$ 5.40	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	1-30	6	28	15.95 $\pm$ 5.25	ปานกลาง
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	1-15	3	15	8.19 $\pm$ 3.59	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	1-40	8	40	22.11 $\pm$ 9.14	ปานกลาง
โดยรวม	26-130	38	113	70.78 $\pm$ 19.85	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ BMI ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ กับคุณภาพชีวิต พบว่า BMI ความปวด จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ สามารถร่วมกัน

ทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ได้ร้อยละ 52.8 ($R^2 = 0.528$, $SEE = 13.76$, $F = 58.27$, $Sig\ of\ F = 0.00$) โดยความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดรองลงมาคือ ความปวด จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ ($\beta = -0.725$, -0.304 และ 0.240 ตามลำดับ) แสดงในตารางที่ 3, 4

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1						
2. อายุ	.068	1					
3. BMI	-.012	.036	1				
4. ความปวด	.108	-.085	.040	1			
5. ความสามารถในการทำกิจกรรม	.066	.038	-.063	.390**	1		
6. จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ	.235	.218*	.098	.074	.081	1	
7. คุณภาพชีวิต	.108	.007	-.347*	-.496*	-.727**	.463*	1

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม

ปัจจัย	B	S.E.	Exp.(B)	t-value	p-value
ความปวด	-0.380	0.739	-0.304	-0.052	0.01**
ความสามารถในการทำกิจกรรม	-0.947	0.095	-0.725	-9.923	0.00**
จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ	0.327	0.712	0.240	0.430	0.04**
ค่าคงที่	21.203	4.977		14.353	0.00**

$R=0.727$, $R^2 = 0.528$, $SEE = 13.76$, $F = 58.27$, $Sig\ of\ F = 0.00$, $P < .05$, $P < .01$

สมการถดถอย ดังต่อไปนี้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม = $-0.304(\text{ความปวด}) - 0.725(\text{ความสามารถในการทำกิจกรรม}) + 0.240(\text{จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ})$

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา และกระบวนการเสื่อมถอยที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุที่พบว่า การเสื่อมของกระดูกสันหลังเริ่มพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทำให้มีการตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลัง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีซึ่งมีผลให้เกิดการเสื่อมของหมอนรองกระดูกซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของอาการปวดหลัง (Marek, J. and other, 2003). และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การเสื่อมของกระดูกสันหลังส่วนล่างพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็น 2:1 และผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า

การเคลื่อนไหวและท่าทางที่ไม่ถูกต้องจากการแบกรับ น้ำหนักที่มากเกินไปทำให้เกิดแรงกดต่อกระดูกสันหลัง โดยเฉพาะส่วนเอวเกิดการเสื่อมของกระดูกตามมา (Videman, T and other, 2007) และนอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสัดส่วนมากที่สุด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำ มักประกอบอาชีพใช้แรงงาน ทำงานหนัก และอาชีพหรือการเป็นแม่บ้านที่ต้องทำกิจกรรมงานบ้านที่ก้มๆ เงยๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคของกระดูกสันหลังส่วนล่าง (Smeltzer, S and other, 2008)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมในการศึกษานี้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.78 (SD = 19.85) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแต่ละด้านอยู่ระดับปานกลางทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิวรรณ เชื้อตาเล็ง และคณะ (2560) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมเท่ากับ 66.24 (SD = 17.77) แต่

ต่างกันเมื่อพิจารณารายด้านกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูง ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Ozdemir และคณะ (2015) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยเฉพาะด้านของการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Roopsawang และคณะ (2009) พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำมีความยากลำบากในการดำรงชีวิต ทั้งนี้อาจด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านอายุที่ต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ความปวดความสามารถในการทำกิจกรรม จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อม ได้ร้อยละ 52.8 โดยความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายมากที่สุดรองลงมา คือ ความปวด จำนวนข้อกระดูกสันหลังที่มีพยาธิสภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, 2562) ที่พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยเฉพาะด้านของการทำหน้าที่ของร่างกาย ความปวด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งลักษณะความปวดเป็นความปวดที่เกิดจากเส้นประสาทถูกกดทับ (neuropathic pain) ทำให้เกิดความไม่สุขสบายกับผู้ป่วยกลุ่มนี้และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีคุณภาพชีวิตต่ำ (ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง และคณะ, 2560) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kotryna Veresciagina และคณะ (2009) ซึ่งพบว่าอาการปวดหลังส่งผลกระทบต่อค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่ำ อินทริรา และคณะ (2009) ได้อธิบายว่าผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง มีภาวะจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดภาวะ

ซึมเศร้า วิตกกังวลและมีความเครียด จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง จำนวนข้อที่มีพยาธิสภาพสะท้อนถึงความรุนแรงของพยาธิสภาพการเสื่อมของกระดูกสันหลัง เมื่อมีจำนวนข้อมากกว่าหนึ่งระดับที่เกิดพยาธิสภาพจะส่งผลต่อความรุนแรงจนทำให้เกิดความปวด เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น (ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง และคณะ, 2560; Kim KH and other, 2015; Veresciagina K and other, 2009) ที่จำนวนข้อที่มีพยาธิสภาพไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นแม้ว่าสาเหตุ และอาการปวดหลังส่วนล่างได้รับการรักษาแล้ว แต่ยังคงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะปวดหลังส่วนล่างซ้ำในอนาคต เนื่องจากการเสื่อมของกระดูกสันหลังตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินติดตามภาวะสุขภาพในระยะยาวและต่อเนื่อง
2. ควรร่วมกันจัดทำมาตรการ หาแนวทางในการป้องกันภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมในอนาคตตั้งแต่วัยทำงานในรูปแบบของโปรแกรมให้ความรู้ กิจกรรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น ประวัติทางจิตเวช แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหรือไม่ เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง, พัชรี บุตรแสนโคตร และชลเวช ขวศิริ. (2560) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม. วารสารสมากรพยาบาล. 32(3): 78-90
- สุวัฒน์มัทธินันต์กุล และคณะ. (2545). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. (2562). ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังส่วนเอวเสื่อมในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ปี พ.ศ. 2560-2562.
- อินทริรา รูปสว่าง, สุภาพ อารีเอื้อ และพรณวดี พุทธิวัฒนะ. (2009). การศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ราชบัณฑิตยสถานสาร. 15(3): 344-60.
- Cohen J. (1992). A power prime. Psychol Bulletin. 112(1):129-59
- Darzi MT, Pourhadi S, Hosseinzadeh S, Ahmadi MH, Dadian M. (2014). Comparison of quality of life in low back pain patients and healthy subjects by using WHOQOL-BREF. J Back Musculoskeletal Rehabil. 27(4): 507-12.
- Fejer R, Ruhe A. (2012). What is the prevalence of musculoskeletal problems in the elderly population in developed countries a systematic critical literature review. Chiropr Man Therap. 20(1): 31-82.
- Fritz, J. M., & Irgang, J. J. (2001). A comparison of a modified Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale. Physical Therapy. 81(2): 776-788.

- Hong JH, Lee MY, Jung SW, Lee SY. (2015). Does spinal stenosis correlate with MRI findings and pain, psychologic factor and quality of life? *Korean J Anesthesio.* 68(5): 481-7.
- Kim KH, Moon S-H, Hwang C-J, Cho YE. (2015). Prevalence of neuropathic pain in patients scheduled for lumbar spine surgery: nationwide, multicenter, prospective study. *Pain Physician.* 18(5): 889-E97.
- Marek, J. F. Degenerative disorder. In W. J. Phipps, E. D. Manahan, J. K. Sands, J. F. Marek, & M. Neighbors (Eds.), (2003). *Medical-surgical: Health and illness perspectives* (7th ed., pp. 1506-1603). St. Louis, MO: Mosby.
- Ozdemir E, Paker N, Bugdayci D, Tekdos DD. (2015). Quality of life and related factors in degenerative lumbar spinal stenosis: A controlled study. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 28(4): 749-53.
- Roopsawang I, Aree-Ue S, Putwatana P. (2009). A follow-up study of health status in patients with chronic low back pain before and after spinal surgery. *Rama Nurs J.* 15(3): 344-60. [in Thai]
- Sigmundsson FG. (2013). Impact of pain on function and health related quality of life in lumbar spinal stenosis: a register study of 14,821 patients. *Spine.* 38(15): 937-45.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H.. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medicalsurgical nursing* (11th ed., Vol. 1). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Veresciagina K, Ambrozaitis KV, Spakauskas B. (2009). The measurements of health-related quality of-life and pain assessment in the preoperative patients with low back pain. *Medicina (Kaunas).* 45(2): 111-22
- Videman, T., Levalahti, E., & Battie, C. M.. (2007). The effects of anthropometrics, lifting strength, and physical activities in disc degeneration. *SPINE.* 32(13): 1406-1413.
- Whittle IR, Scotland J, Dengu F, Anpalakhan S, Deary IJ. (2012). Preoperative quality of life in patients with degenerative spinal disorders: many are worse than patients with brain tumours and cancer. *Br J Neurosurg.* 26(4): 460.