

Region 3 Medical and Public Health Journal

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3



วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 Region 3 Medical and Public Health Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Vol. 19 No. 3 September-December 2022

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่บทความทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์
2. เพื่อส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข

เจ้าของ

ที่ปรึกษา

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และเขตสุขภาพที่ 3
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3
สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 3

นพ.อภิชาติ วิสิทธิ์วงศ์

พญ.ชนัญญา พัฒนศักดิ์ภิญโญ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

นพ.ศุภเดช ตันรัตน์กุล

นพ.ชวพล อธิพานิชพงศ์

พญ.มนทกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์

พญ.ขวัญหทัย สกฤษสรเสริญ

นพ.วีรพงษ์ ฉายา

พญ.กীরตี ไตรศรีสถิต

พญ.รวีวรรณ พรหมศิลา

นพ.สิทธิ์ ภาคไพบูลย์

นายกิตติพร ตรีรัตน์พงษ์

ดร.จันทิมา นวะมะวัฒน์

น.ส.นพพรพงศ์ ว่องวิทย์การ

นางประไพ พวงชื่น

นายวรวุฒิ ขาวทอง

นายศุภชัย เรืองชัยเสรีพงษ์

น.ส.ดาริกา ธารบัวสวรรค์

พญ.พิมพ์เพชร สุขุมลไพบูลย์

นพ.ภูริทัต เมืองบุญ

นพ.นที พิภพนาถ

นพ.วิพุธ เล้าสุขศรี

พญ.รุ่งกานต์ แสงศิริ

ทพ.ฐาปกรณ์ สุรจกุลวัฒนา

ภญ.จันทกานต์ อภิสวัสดิ์ศักดิ์

น.ส.พรจันทร์ สุวรรณมนตรี

ดร.วิสุทธิ โนจิตต์

น.ส.จินดา ผุดผ่อง

น.ส.เนาวรัตน์ แก้วนกสิการณ

ดร.กฤษณา เหล็กเพชร

นางกาญจนา กิจบุรณะ

ศิลปกรรม
ฝ่ายจัดการ
กำหนดออก
ประสานงาน

ธวัชชัย คำภีร์ทูล

ณัฏชนพร กลิ่นเกลา

ปีละ 3 ฉบับ (ราย 4 เดือน)

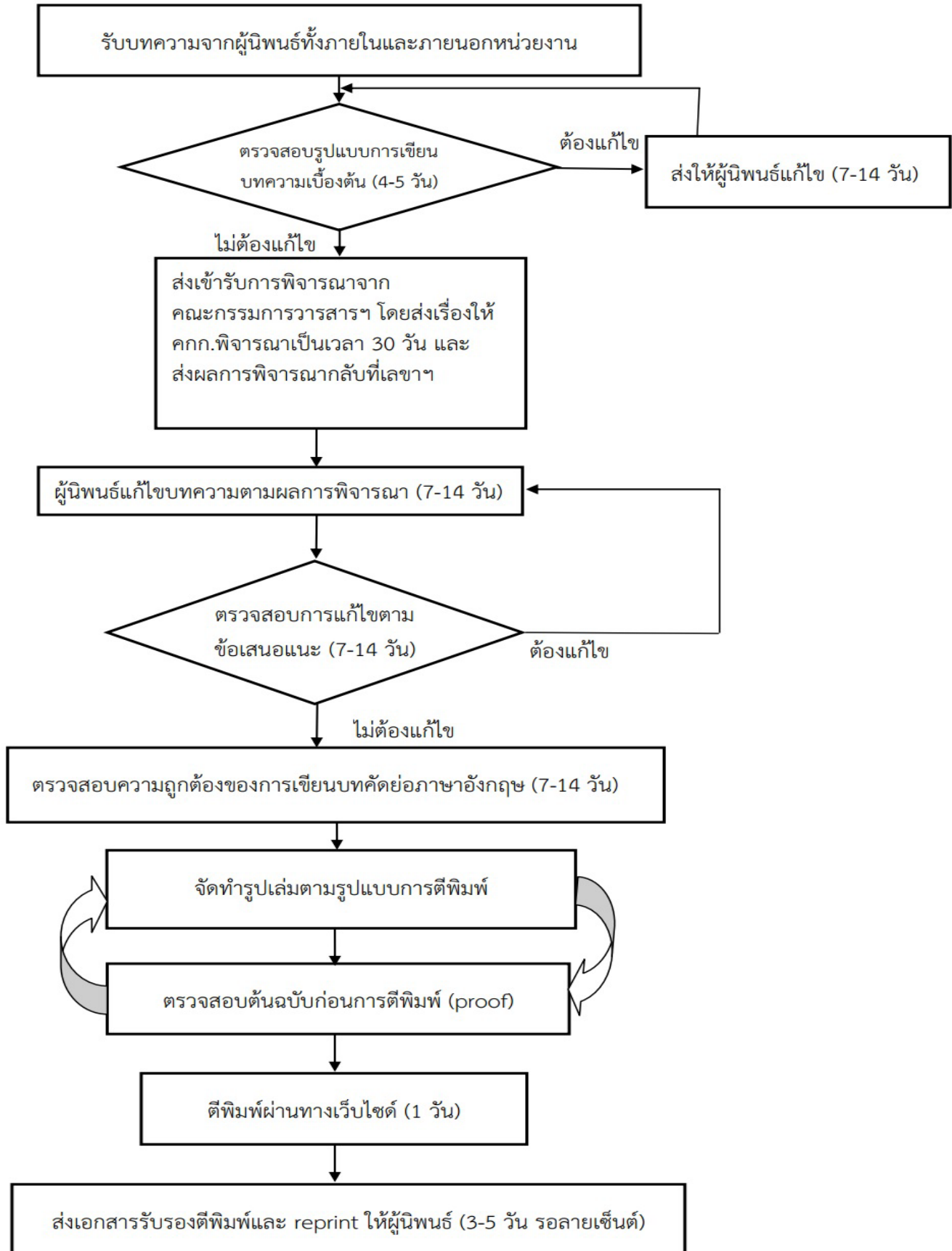
ณัฏชนพร กลิ่นเกลา

ศูนย์วิจัยสุขภาพและนวัตกรรม

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์แห่งใหม่ (เขาเขียว) อำเภอมะนัง

จังหวัดนครสวรรค์ 60000 โทร. (056) 219888 ต่อ 22604

กระบวนการรับและตรวจแก้ไขต้นฉบับ



คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ เป็นบทความวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ แบ่งออกเป็น 10 ประเภท ดังนี้

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

เป็นรายงานผลการค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น การเขียนเป็นบท หรือตอน ตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

2. บทรายงานเบื้องต้น (PRELIMINARY REPORT)

เป็นรายงานการค้นคว้าวิจัยหรือการสังเกตขั้นต้น ที่ต้องการรายงานให้ผู้อื่นทราบโดยเร็ว แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เพียงพที่จะเขียนเป็นบทความที่สมบูรณ์ได้ ความยาวไม่เกิน 2,000 คำ ตารางหรือภาพไม่เกิน 2 ตาราง และเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 รายการ

3. บทความพินิจวิชาการ (REVIEW ARTICLE)

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ เขียนวิเคราะห์หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

4. รายงานผู้ป่วย (CASE REPORT)

เป็นรายงานผลการศึกษาจากผู้ป่วย ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์จากวารสารอื่นมาก่อน ควรประกอบด้วยบทคัดย่อ เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิเคราะห์ ข้อคิดเห็น สรุป และเอกสารอ้างอิง

5. บทบรรณาธิการ (EDITORIAL)

เป็นบทความที่เขียนวิจารณ์บทความใดบทความหนึ่งที่อยู่ในวารสารฉบับนั้น รวมทั้งเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้บทความที่วิจารณ์นั้นสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หรือบทความอื่นใดที่บรรณาธิการเห็นสมควร

6. ย่อวารสาร (JOURNAL ABSTRACT)

เป็นบทความสั้นๆ ที่แปลและเรียบเรียงจากวารสารต่างประเทศที่เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน

7. จดหมายถึงบรรณาธิการ (LETTER TO EDITOR)

เป็นจดหมายที่เขียนวิจารณ์เกี่ยวข้องกับบทความที่ได้ลงตีพิมพ์ไปแล้ว หรือแสดงผลงานทางวิชาการที่ต้องการเผยแพร่อย่างย่อ ความยาวไม่เกิน 2 หน้ากระดาษพิมพ์ และมีเอกสารอ้างอิงประกอบ

8. บทประชุมวิชาการ (CONFERENCE TOPIC)

ได้แก่บทความที่รวบรวมจากการประชุมทางวิชาการ ที่เห็นว่าเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านมากที่สุด

9. มุมแพทย์ปริศนา (MEDICAL QUIZ)

เป็นการทดสอบความรู้ทั่วไปทางการแพทย์ โดยเสนอตัวอย่างผู้ป่วยที่น่าสนใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภาพถ่ายทางรังสี พร้อมบทเฉลย

10. ปกิณกะ (MISCELLANY)

เป็นบทความอื่น นอกเหนือจากชนิดของบทความเบื้องต้นซึ่งเป็นประโยชน์

การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

| | |
|------------------------|--|
| ชื่อเรื่อง | ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ |
| ชื่อผู้เขียน | ชื่อผู้แต่งไม่ต้องมีตำแหน่งทางวิชาการประกอบให้ใส่ปริญญาหรือคุณวุฒิสูงสุดและสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ |
| เนื้อเรื่อง | ควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดแต่ชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน |
| บทคัดย่อ | คือการย่อเนื้อหาสำคัญเอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม มีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป(อย่างย่อ) ไม่มีต้องมีเชิงอรรถ อ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษให้เขียนบทคัดย่อแบบมาตรฐาน Structured abstract ตามตัวอย่างท้ายบท |
| บทนำ | อธิบายความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย |
| วิธีการศึกษา | อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ |
| ผลการศึกษา | อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ |
| วิจารณ์(ถ้ามี) | ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตาม สมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือเพียงใด และการอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย |
| สรุป | ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป |
| กิตติกรรมประกาศ | เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้วิจัยร่วมและผู้ร่วมทำการวิจัยทุกคน และขอบคุณหน่วยงานหรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการด้านทุนวิจัย |
| เอกสารอ้างอิง | <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 2. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิม 3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus |

ตัวอย่างการเขียนบทคัดย่อมาตรฐาน (Structured abstract)

บทคัดย่อมาตรฐานแบบใหม่เป็นบทคัดย่อที่แสดงถึงขั้นตอนในการศึกษาวิจัยโดยสรุป ช่วยให้อ่านเข้าใจง่าย และไม่ตกล้นเนื้อหาใจความสำคัญ

| | | |
|------------|---|--------------------|
| objective | : | วัตถุประสงค์ |
| Methods | : | วิธีการศึกษา |
| Results | : | ผลการศึกษา |
| Conclusion | : | สรุป |
| Key words | : | คำสำคัญดัชนีเรื่อง |

ตัวอย่างบทคัดย่อนิพนธ์ต้นฉบับ

Tasasungkhin K. Outcome of Cardiopulmonary Resuscitation Sawanpracharak Hospital Protocols on Return of Spontaneous Circulation in Out of Hospital Cardiac Arrest. SPRMJ 2021; 18(2):108-25.

- Objective : To study the outcomes of the implementation of cardiopulmonary resuscitation (CPR) on out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) patients on the return of spontaneous circulation (ROSC) and survival rate.
- Method : This quasi-experimental research studied patients with OHCA who were treated by the advanced emergency medical service team at Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan Province. Researchers compared 2 groups of patients 1) before the implementation of CPR protocol (the pre-protocol group) from November 2019 to June 2020, with 41 patients and 2) after the implementation of CPR protocol (the post-protocol group) from July 2020 to February 2021, with 41 patients. Data was collected from the OHCA patient datasheet and studied for the ROSC before arriving at the hospital and survival within 24 hours, within 48 hours of hospital admission and survival to discharge. Statistical comparisons of differences between the two groups were the t-test, the chi-square test or Fisher's exact test, and the level of statistical significance was determined at p-value < 0.05.
- Results : It was found that in the pre-protocol group, the number of patients who had ROSC before arriving at the hospital, survived within 24 hours and within 48 hours of hospital admission and survived to discharge was at 4.9%, 7.3%, 2.4% and 0%, respectively. Moreover, it was found that in the post-protocol group, the number of patients who had ROSC before they arrived at the hospital, survived within 24 hours, within 48 hours of hospital admission and survived to discharge was at 7.3%, 17.1%, 7.3%, and 7.3%, respectively. There was no dif-

ference in the survival rates in both groups (P-values were 0.64, 0.18, 0.32 and 0.99, respectively).

Conclusions : There were no differences in patients who had ROSC before arriving at the hospital, survival within 24 hours, within 48 hours of hospital admission and survival to discharge in the group before and after using the CPR protocol. It was also found that the group after applying the CPR protocol was more likely to survive to discharge.

Keywords : Out-of-hospital cardiac arrest, Return of spontaneous circulation, Emergency medical service

กรณีการ์ ทสะสังคินทร์. ผลสำเร็จของการใช้แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลต่อโอกาสการรอดชีวิต โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3 สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร 2564;18(2):108-25.

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลสำเร็จของการใช้แนวทางการรักษาการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลต่อโอกาสการรอดชีวิต

วิธีการศึกษา : ทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลและได้รับการรักษาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีกู่ชีพขั้นสูงสังกัดโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เปรียบเทียบ 2 กลุ่มคือ กลุ่มก่อนใช้แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (กลุ่มก่อนใช้แนวทางการรักษา) เดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงมิถุนายน 2563 จำนวน 41 คน และกลุ่มหลังใช้แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (กลุ่มหลังใช้แนวทางการรักษา) เดือนกรกฎาคม 2563 ถึงกุมภาพันธ์ 2564 จำนวน 41 คน รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ศึกษาโอกาสการรอดชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล การรอดชีวิตภายใน 24 และ 48 ชั่วโมงแรก และการรอดชีวิตได้กลับบ้าน โดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มคือ t-test, chi-square test หรือ Fisher's exact test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา : กลุ่มก่อนใช้แนวทางการรักษา มีผู้ป่วยรอดชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงแรก และผู้ป่วยที่รอดชีวิตและได้กลับบ้าน ร้อยละ 4.9, 7.3, 2.4 และ 0 ตามลำดับ และกลุ่มหลังใช้แนวทางการรักษา มีผู้ป่วยรอดชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงแรกและผู้ป่วยที่รอดชีวิตและได้กลับบ้าน ร้อยละ 7.3, 17.1, 7.3 และ 7.3 ตามลำดับ โดยทั้งสองกลุ่มไม่พบความแตกต่างของโอกาสการรอดชีวิต (p-value 0.64, 0.18, 0.32 และ 0.99 ตามลำดับ)

สรุป : ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล รอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก รอดชีวิตภายใน 48 ชั่วโมงแรก และรอดชีวิตได้กลับบ้านในกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางการรักษาไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มหลังใช้แนวทางการรักษา มีแนวโน้มของโอกาสการรอดชีวิตและได้กลับบ้านมากกว่า

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล โอกาสการรอดชีวิต ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ โดยใช้หมายเลข⁽¹⁾(ใส่วงเล็บเป็นตัวยกยบายบทความ) สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อต้นและชื่อย่อวารสารบทความที่บรรณาธิการตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลียง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องอ้างอิง

ชื่อย่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี

หลักเกณฑ์การลงบทความในวารสารวิชาการเวชสาร

1. การลงบทความในวารสาร ให้เรียงตามลำดับก่อนหลัง ตามวันที่ได้รับเรื่อง
2. กรณีนิพนธ์ต้นฉบับ
 - นิพนธ์ต้นฉบับที่ผ่านการตรวจจากกองบรรณาธิการแล้วเท่านั้น จึงจะมีสิทธิ์ลงในวารสาร
 - กรณีเนื้อความยังไม่สมบูรณ์ หรือไม่เหมาะสมที่จะลงในวารสาร กองบรรณาธิการจะแจ้งต่อเจ้าของเรื่องเพื่อดำเนินการแก้ไขใหม่
3. ต้นฉบับที่ส่งมาให้พิจารณา ต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
4. คณะบรรณาธิการ สงวนสิทธิ์การพิจารณาและตีพิมพ์บทความทุกเรื่อง
5. บทความที่ลงในวารสาร ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือวิจัย วิเคราะห์ ของคณะผู้เขียนไม่ใช่ความคิดเห็น ไม่ใช่ความคิดเห็นของกองบรรณาธิการ ผู้เขียนและคณะต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน
6. วารสารที่ตีพิมพ์ผ่านเว็บไซต์ หลังจากได้รับการตีพิมพ์แล้วกองบรรณาธิการจึงจะจัดส่งเอกสารที่ได้รับการตีพิมพ์พร้อมหนังสือรับรองการตีพิมพ์ให้ผู้แต่ง

การส่งต้นฉบับ

1. ให้พิมพ์ลงบนไฟล์ MS Word ขนาด A4 (21.6 x 27.9 ซม.) ใช้ฟอนต์ Sarabun PSK ขนาด 16
2. ตารางแผนภูมิหรือภาพประกอบ สามารถแทรกลงในเอกสารต้นฉบับ ให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านแล้วเข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิที่มั่วหรือซ้ำซ้อน หรือมากเกินไปจนความจำเป็น ตารางไม่เกิน 4 ตาราง ภาพไม่เกิน 6 ภาพ
3. รูปภาพที่ใช้ในบทความ ขอให้ส่งไฟล์รูปภาพคุณภาพสูงแยกแนบไฟล์เพิ่มเติม
4. แผนผังกระบวนการขอให้ทำเป็นไฟล์ภาพและส่งเป็นไฟล์รูปภาพคุณภาพสูงแนบเป็นไฟล์เพิ่มเติม
5. ค่าเฉลี่ย ค่าSD ร้อยละ ใช้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ค่า p value กรณี n น้อย(<1000 คน) ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง กรณี n > 1000 คน ให้ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง คะแนนเฉลี่ยที่ใช้เกณฑ์ตัดสิน(ทางสังคมศาสตร์) ที่เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย เช่น 1.99 ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ค่าสถิติอื่นๆ สามารถใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง

6. การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ไฟล์ต้นฉบับในรูปแบบเอกสาร MS Word, ไฟล์ PDF ของต้นฉบับ และแนบไฟล์รูปภาพคุณภาพสูงที่ใช้ในบทความ ส่งบทความที่จะขอรับการตีพิมพ์มาที่ Email address: research.spr@gmail.com หรือ Submission ผ่าน <https://thaidj.org/index.php/smj/>

แนวทางการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

1. ขั้นตอนการขอจริยธรรมการวิจัยในคน
 - 1.1 ขอรับแบบฟอร์มเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ทาง ecthic.spr@gmail.com
 - 1.2 แนบโครงร่างการวิจัย และเอกสารอื่นๆที่จำเป็นในการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 2. คณะกรรมการจะพิจารณาและแจ้งออกหนังสือรับรอง หรือแจ้งให้แก้ไขภายใน 1 เดือน กรณีมีการแก้ไขโครงร่างการวิจัย เมื่อดำเนินการแก้ไขแล้วขอให้ส่งกลับมาที่เลขาคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนใหม่
 3. การออกหนังสือรับรองจะต้องลงนามโดย ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- ข้อควรทราบสำหรับผู้วิจัยเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การพิจารณาขอจริยธรรมการวิจัยในคนแห่งชาติ
1. เป็นการวิจัยที่ไม่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน
 2. มีนักวิจัยที่มีความรู้ ความชำนาญเพียงพอที่จะสามารถรู้ถึงผลเสียอันอาจเกิดจากการทำวิจัยทุกขั้นตอนในโครงการ
 3. มีวัตถุประสงค์ ชัดเจน แน่นนอน และเป็นไปได้
 4. ผลงานวิจัยดังกล่าวจะให้ข้อมูลหรือความรู้ใหม่ที่เป็นประโยชน์
 5. ต้องมีเอกสารอ้างอิงนำเชื่อถือเพียงพอที่จะยืนยันความปลอดภัยของการวิจัย
 6. แสดงถึงความจำเป็นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะดำเนินการวิจัยในมนุษย์
 7. จำนวนคนในการทำวิจัยต้องจำกัดตามความจำเป็นทางสถิติ โดยใช้จำนวนน้อยที่สุดที่เพียงพอสำหรับการแปลผล
 8. แสดงถึงการพิจารณาในด้านจริยธรรมและการเตรียมการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาและการตอบแทนกลุ่มตัวอย่างจะได้รับกรณีต่างๆ
 9. ระบุเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา การคัดออกจากโครงการวิจัย รวมทั้งเกณฑ์ที่จะหยุดการวิจัย
 10. แสดงแหล่งทุนของการศึกษาวิจัยและประมาณการค่าใช้จ่ายในการวิจัยกรณีขอทุนจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
 11. ต้องมี Informed consent Form แนบมากับโครงร่างการวิจัย เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาข้อกำหนดในการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ตามฟอร์มการขอจริยธรรมการวิจัยในคน

| สารบัญ | |
|--|-----|
| <p>รูปแบบการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและปัจจัยที่ทำนายการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา</p> <p>Pattern of Blunt Abdominal Injuries and Predictors of Operative Treatment by Computed Tomography in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital</p> <p>อรรวรรณ จุลปานนท์</p> | 183 |
| <p>ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช</p> <p>Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn at Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital</p> <p>อาทิตย์ สอนไว</p> | 196 |
| <p>การทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์</p> <p>Complete denture in elderly with rheumatoid arthritis</p> <p>ฐาปกรณ์ สุรจกุลวัฒนา</p> | 212 |
| <p>การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: กรณีศึกษา 2 ราย</p> <p>Nursing Care of Ruptured Aneurysm with Subarachnoid Hemorrhage: 2 Case study</p> <p>วิไล สุรสาคร</p> | 222 |
| <p>การประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทักษะคติต่อการใช้ยาเสพติด และทักษะคติต่อการบำบัดรักษายาเสพติดในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโรงพยาบาลสวรรคัประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์</p> <p>Evaluation of Knowledge, Attitude towards Drug Use and Drug Therapy in Drug Treatment Program at Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan</p> <p>นිරนุช โชติวารงกุล</p> | 236 |

| | |
|--|-----|
| <p>อัตราการรอดชีพ 5 ปีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุทัยธานี</p> <p>5-Year Survival Rate after having been First Diagnosed Stroke and Treated at Uthai Thani Hospital</p> | 258 |
| <p>พิชชาภรณ์ ชุมมงคล</p> | |
| <p>โรคเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์</p> <p>Infective Endocarditis in Sawanpracharak Hospital</p> | 269 |
| <p>ณัฐ น้อมพรโรณภาส</p> | |
| <p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัลในสถานการณ์โควิด-19 ของคนวัยทำงาน ใน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์</p> <p>Factors Influencing New Normal Behavior in The Situation of COVID-19 on Working People in Mueang District, Nakhon Sawan Province</p> | 285 |
| <p>ณัฐนันท์ ภูศรีเทศ, สรัญญา ลี้มสายพรหม</p> | |

รูปแบบการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและปัจจัยที่ทำนายการรักษาด้วยวิธี
ผ่าตัดโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

Pattern of Blunt Abdominal Injuries and Predictors of Operative Treatment
by Computed Tomography in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

อรวรรณ จุลปานนท์ พ.บ.

Orawan Jullapanont, M.D.

(ว.ว.รังสีวิทยาวิวินิจฉัย)

(Dip. Thai Board of Diagnostic Radiology)

กลุ่มงานรังสีวิทยา

Department of Radiology

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Ayutthaya

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

Region 3 Medical and Public Health Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Vol. 19 No. 3 September-December 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษารูปแบบการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับวิธีการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด

วิธีการศึกษา : ศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่มีสัญญาณชีพคงที่และได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 183 คน โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย และแปลผลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยรังสีแพทย์ท่านเดียว วิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการบาดเจ็บช่องท้อง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด หรือรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด โดยใช้ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (3.4:1) อายุเฉลี่ย 35.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.4 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-45 ปี ร้อยละ 60.6 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคืออุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 84.7 ลักษณะความผิดปกติของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่พบบ่อยที่สุดคือ เลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) ร้อยละ 73.8 อวัยวะภายในช่องท้องที่บาดเจ็บมากที่สุดคือตับ ร้อยละ 34.4 รองลงมาคือไต ร้อยละ 14.8 ม้าม ร้อยละ 14.2 และการบาดเจ็บของลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ ร้อยละ 11.5 การบาดเจ็บของต่อมหมวกไต ตับอ่อน และกระเพาะปัสสาวะพบได้น้อย ผู้ป่วยส่วนมากรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด (non-operative management) ร้อยละ 78.7 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ (bowel and mesenteric injury) กระเพาะปัสสาวะแตก

วันที่รับ (received) 7 มีนาคม 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 กรกฎาคม 2565

เข้าช่องท้อง (intraperitoneal bladder rupture) เลือดออกในช่องท้องปริมาณมาก (large hemoperitoneum) เลือดออกในท้องด้านหลัง (retroperitoneal hemorrhage) มีลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value น้อยกว่า 0.05) พบผู้ป่วยที่ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องปกติเพียง ร้อยละ 10.4

สรุป : เอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ สามารถบอกรายละเอียดการบาดเจ็บ ความรุนแรง พยากรณ์โรค รวมถึงวางแผนการรักษาได้ โดยการบาดเจ็บรุนแรงที่มีมาก (AAST grade IV-V) การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง เลือดออกในช่องท้องปริมาณมาก เลือดออกในท้องด้านหลัง และมีลมในช่องท้อง สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

คำสำคัญ : การบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด การรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด

Abstract

Objectives : To describe the pattern of blunt abdominal injuries and the predictors of operative treatment by using computed tomography (CT) in patients presented to Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital.

Methods : A retrospective cohort study was performed. Patients who were hemodynamically stable, with high clinical suspicion of intra-abdominal injuries and underwent CT whole abdomen from October 1st, 2018 to October 31st, 2021 were enrolled. Medical records were reviewed. The whole abdomen CT images were analyzed by one radiologist. Descriptive analysis was used for reporting pattern of blunt abdominal injuries. The predictors of operative treatment versus successful observation were analyzed by Chi-square test and Fisher's exact test.

Results : Male was common than female (3.4:1). An average age was 35.2 years (S.D.=17.4). The majority age group was 15-45 years found 60.6%. Rode traffic accident was the most common cause of injury found 84.7%. The most common CT findings was hemoperitoneum, which was seen 73.8%. Liver was the commonest organ injury found 34.4%, followed by kidney and spleen found 14.8% and 14.2%, respectively. Bowel and mesenteric injury found 11.5%. Adrenal, pancreas and urinary bladder were injured in fewer patients. The majority of definitive management was observation found 78.7%. The rate of operative treatment was associated with severe splenic injury (AAST grade IV-V), bowel and mesenteric injury, intraperitoneal bladder rupture, large hemoperitoneum, retroperitoneal hemorrhage and pneumoperitoneum (P-value < 0.05). Only 10.4% were found normal.

Conclusion : Computed tomography is main modality for evaluation of blunt abdominal injuries, it can explain details of injury, severity, predict prognosis and treatment. The rate of operative treatment was associated with severe splenic injury (AAST grade IV-V), bowel and mesenteric injury, intraperitoneal bladder rupture, large hemoperitoneum, retroperitoneal hemorrhage and pneumoperitoneum.

Keywords : blunt abdominal injuries, computed tomography, operative management, non-operative management

บทนำ

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายลำดับต้นๆของประเทศไทย เป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากโรคมะเร็งและเป็นสาเหตุสำคัญของการพิการในเด็กโต จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข รายงานประจำปี 2560 มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่าง 21-23 ต่อประชากรแสนคนเฉลี่ย 14,771 คนต่อปี⁽¹⁾ เช่นเดียวกับการรายงานของสหรัฐอเมริกาพบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในประชากรอายุน้อยกว่า 45 ปี จำนวน 200,000 รายต่อปี⁽²⁾ ซึ่งการบาดเจ็บในช่องท้องเป็นตำแหน่งที่พบบ่อย

อุบัติเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บช่องท้องแบ่งออกเป็น ชนิดที่มีแผลทะลุ (penetrating abdominal injury) และไม่มีแผลทะลุ (blunt abdominal injury) ซึ่งชนิดหลังนี้วินิจฉัยได้ค่อนข้างยากเนื่องจากอาการและอาการแสดงมักไม่ชัดเจนในช่วงแรก ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา มีหลายวิธีที่นำมาใช้ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ เช่น focused assessment with sonography in trauma (FAST) และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography) โดยการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพคงที่เป็นการตรวจที่เหมาะสมที่สุดเนื่องจากมีความไว ความจำเพาะและแม่นยำสูง⁽³⁻⁵⁾ ในผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่มีการบาดเจ็บของอวัยวะเนื้อแน่น (solid organ injury) ได้แก่

ตับ ม้าม ไต ตับอ่อน และต่อมหมวกไต สามารถใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์แบ่งระดับความรุนแรงของอวัยวะที่บาดเจ็บตาม American Association for the Surgery of Trauma (AAST) มีประโยชน์ในการพยากรณ์โรคและมีส่วนสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด ในขณะที่การบาดเจ็บของลำไส้และเยื่อแวนลำไส้พบได้ร้อยละ 1-5 แต่มีแนวโน้มรักษาด้วยวิธีผ่าตัด^(6,7) นอกจากนี้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีบทบาทสำคัญที่ช่วยลดการรักษาดูแลด้วยวิธีผ่าตัดโดยไม่จำเป็น (unnecessary laparotomy) ซึ่งพบได้ร้อยละ 8.6-25.9 ในผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บช่องท้อง⁽⁸⁾

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน มีจำนวนมาก และถูกส่งตัวมาทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ผู้วิจัยพบว่ารังสีแพทย์จะรายงานความผิดปกติของผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แบ่งระดับความรุนแรงของอวัยวะที่บาดเจ็บตาม AAST จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยพบว่าทั้งในและต่างประเทศมีแนวโน้มให้การรักษาดูแลด้วยวิธีไม่ผ่าตัดเป็นหลัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย การศึกษานี้จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับวิธีการรักษาดูแลด้วยวิธีผ่าตัดและรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด เพื่อประโยชน์ในการพยากรณ์โรค วางแผนการรักษา และลดการรักษาดูแลด้วยวิธีผ่าตัด

โดยไม่จำเป็น โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษารูปแบบการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับวิธีการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective cohort descriptive study) โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการวิจัย 02/2565 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทุกคนที่สงสัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2564 เกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยที่มีประวัติร่วมกับอาการทางคลินิกสงสัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ มีสัญญาณชีพคงที่ และได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ (systolic blood pressure น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท) ผู้ป่วยที่ถูกส่งตรงไปที่ห้องผ่าตัดเพื่อผ่าตัดเปิดหน้าท้องแบบฉุกเฉินเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ ผู้ป่วยที่มีกลไกการบาดเจ็บจากถูกของมีคม เช่น ถูกแทงหรือถูกยิง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลเวชระเบียน ผลการรักษาหรือส่งไปรักษาสถานพยาบาลอื่น และผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา ทำการค้นหากลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม Envision คือ โปรแกรมรายงานผลภาพทางรังสีวิทยาสำหรับรังสีแพทย์ โดยค้นหาผู้ป่วยที่ถูกส่งมาทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง รหัส XC0203 จากข้อบ่งชี้สงสัยภาวะบาดเจ็บ

ช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ (blunt abdominal injury) ได้จำแนกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 183 คน

รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล สาเหตุการบาดเจ็บอาการทางคลินิก และวิธีการรักษาของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (electronic medical record) และรวบรวมข้อมูลภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุจากระบบที่ใช้ในการจัดเก็บภาพถ่ายทางรังสี (picture archiving and communication system: PACS) แพลตฟอร์มเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยรังสีแพทย์ท่านเดียว ที่ไม่ทราบวิธีการรักษา แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนระบุรหัส แล้วบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปนำเสนอลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล อาการทางคลินิก และรูปแบบการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่พบจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความสัมพันธ์ลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ด้วยการวิเคราะห์ Chi-square test และ Fisher's exact test กำหนดระบับนัยสำคัญทางสถิติที่ P value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มีประวัติร่วมกับอาการทางคลินิกสงสัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ มีสัญญาณชีพคงที่ และได้รับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีจำนวน 183 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.0 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.4 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-45 ปี ร้อยละ 60.6 อายุต่ำกว่า 15 ปีและมากกว่า

60 ปี พบน้อย สาเหตุการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดคือ อุบัติเหตุจากรถ ร้อยละ 84.7 ผู้ป่วยร้อยละ 35.0 มีระดับ hematocrit แรกรับน้อยกว่าร้อยละ 35 ผู้ป่วย ที่มีผล focused assessment with sonography in trauma (FAST) เป็นบวก ร้อยละ 65.6 และผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ร้อยละ 21.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ แบ่งตามวิธีการรักษา

| ข้อมูลส่วนบุคคล และอาการแสดงทางคลินิก | วิธีการรักษา จำนวน (ร้อยละ) | | | P-value |
|---|-----------------------------|-------------------|-------------|---------|
| | ผ่าตัด (n=39) | ไม่ผ่าตัด (n=144) | รวม (n=183) | |
| เพศ | | | | 0.68 |
| ชาย | 31 (22.0) | 110 (78.0) | 141 (77.0) | |
| หญิง | 8 (19.0) | 34 (81.0) | 42 (23.0) | |
| อายุ (ปี) | | | | 0.76 |
| < 15 | 4 (19.0) | 17 (81.0) | 21 (11.5) | |
| 15-45 | 22 (19.8) | 89 (80.2) | 111 (60.6) | |
| 46-60 | 9 (28.1) | 23 (71.9) | 32 (17.5) | |
| > 60 | 4 (21.1) | 15 (78.9) | 19 (10.4) | |
| (Mean=35.2, S.D.=17.4, min=2.0, max=78.0) | | | | |
| สาเหตุการบาดเจ็บ | | | | 0.90 |
| อุบัติเหตุจากรถ | 33 (21.3) | 122 (78.7) | 155 (84.7) | |
| ตกจากที่สูง | 4 (21.1) | 15 (78.9) | 19 (10.4) | |
| ทำร้ายร่างกาย | 2 (28.6) | 5 (71.4) | 7 (3.8) | |
| อื่นๆ | 0 (0.0) | 2 (100) | 2 (1.1) | |
| FAST | | | | <0.01 |
| ผลบวก | 33 (27.5) | 87 (72.5) | 120 (65.6) | |
| ผลลบ | 6 (9.5) | 57 (90.5) | 63 (34.4) | |
| Hematocrit แรกรับ (%) | | | | 0.04 |
| < 35 | 19 (29.7) | 45 (70.3) | 64 (35.0) | |
| ≥ 35 | 20 (16.8) | 99 (83.2) | 119 (65.0) | |

ลักษณะความผิดปกติของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่พบมากที่สุดคือ เลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) ร้อยละ 73.8 การบาดเจ็บที่ตับ ร้อยละ 34.4 การบาดเจ็บที่ไต ร้อยละ 14.8 การบาดเจ็บที่ม้าม ร้อยละ 14.2 และการบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ ร้อยละ 11.5 การบาดเจ็บที่ต่อมหมวกไต

ตับอ่อน และกระเพาะปัสสาวะพบน้อย ความผิดปกติที่พบร่วม ได้แก่ การบาดเจ็บของทรวงอกส่วนล่างร้อยละ 18.0 การบาดเจ็บที่กระดูกเชิงกราน ร้อยละ 13.1 และพบผู้ป่วยที่ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องปกติ ร้อยละ 10.4 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ

| ลักษณะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ | จำนวน (ร้อยละ) (n=183) |
|---|---------------------------|
| เลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) | 135 (73.8) |
| การบาดเจ็บที่ตับ (liver injury) | 63 (34.4) |
| การบาดเจ็บของทรวงอกส่วนล่าง (lower thorax injury) | 33 (18.0) |
| การบาดเจ็บที่ไต (kidney injury) | 27 (14.8) |
| การบาดเจ็บที่ม้าม (splenic injury) | 26 (14.2) |
| เลือดออกในท้องด้านหลัง (retroperitoneal hemorrhage) | 25 (13.7) |
| การบาดเจ็บที่กระดูกเชิงกราน (pelvis injury) | 24 (13.1) |
| การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ (bowel and mesenteric injury) | 21 (11.5) |
| ลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum) | 16 (8.7) |
| การบาดเจ็บที่ต่อมหมวกไต (adrenal injury) | 14 (7.7) |
| การบาดเจ็บที่ตับอ่อน (pancreas injury) | 7 (3.8) |
| การบาดเจ็บที่กระเพาะปัสสาวะ (bladder injury) | 7 (3.8) |
| มีการรั่วของสารทึบรังสี (active extravasation of contrast) | 4 (2.2) |
| ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องปกติ (CT negative) | 19 (10.4) |

ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในช่องท้อง (hemoperitoneum) จำนวน 135 คน แบ่งปริมาณตาม peritoneal recess พบเลือดออกปริมาณน้อย (small) จำนวน 62 คน ปริมาณปานกลาง (moderate) จำนวน 47 คน และปริมาณมาก (large) จำนวน 26 คน

การบาดเจ็บที่กระเพาะปัสสาวะ (bladder injury) พบการฟกช้ำ (bladder contusion) จำนวน 2 คน กระเพาะปัสสาวะแตกไม่เข้าช่องท้อง (extraperitoneal bladder rupture) จำนวน 2 คน และ

กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง (intraperitoneal bladder rupture) จำนวน 3 คน

แบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บอวัยวะเนื้อแน่น (solid organ injury) ตาม American Association for the Surgery of Trauma (AAST) แบ่งเป็น AAST grade 1-5 พบ AAST grade 1 จำนวน 11 คน AAST grade 2 จำนวน 27 คน AAST grade 3 จำนวน 49 คน AAST grade 4 จำนวน 21 คน และ AAST grade 5 จำนวน 15 คน โดยพบความรุนแรงระดับ 3 มากที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ลักษณะการบาดเจ็บอวัยวะเนื้อแน่น (solid organ injury) ตาม American Association for the Surgery of Trauma (AAST)

| อวัยวะที่บาดเจ็บ (organ of injury) | AAST grade | | | | | จำนวนผู้ป่วยรวม |
|--|------------|----|-----|----|----|-----------------|
| | I | II | III | IV | V | |
| การบาดเจ็บที่ตับ (liver injury) | 3 | 16 | 31 | 11 | 2 | 63 |
| การบาดเจ็บที่ม้าม (splenic injury) | 1 | 6 | 7 | 2 | 10 | 26 |
| การบาดเจ็บที่ไต (kidney injury) | 3 | 5 | 11 | 5 | 3 | 27 |
| การบาดเจ็บที่ตับอ่อน (pancreas injury) | 4 | 0 | 0 | 3 | 0 | 7 |
| จำนวนผู้ป่วยรวม | 11 | 27 | 49 | 21 | 15 | 123 |

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล อาการทางคลินิก และลักษณะภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้บาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุกับแนวโน้มการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด พบว่าผล focused assessment with sonography in trauma (FAST) เป็นบวก ระดับhematocrit แรกรับน้อยกว่าร้อยละ 35 การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ (bowel and mesenteric injury) กระเพาะ

ปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง (intraperitoneal bladder rupture) เลือดออกในช่องท้องปริมาณมาก (large hemoperitoneum) เลือดออกในท้องด้านหลัง (retroperitoneal hemorrhage) และมีลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value น้อยกว่า 0.05) (ตารางที่ 1 และ ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ลักษณะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุและวิธีการรักษา

| ลักษณะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยบาดเจ็บ ช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ | วิธีการรักษา จำนวน (ร้อยละ) | | |
|--|-----------------------------|-------------------|---------|
| | ผ่าตัด (n=39) | ไม่ผ่าตัด (n=144) | P-value |
| การบาดเจ็บรุนแรงที่ตับ (AAST grade IV-V) | 2 (15.4) | 11 (84.6) | 0.73 |
| การบาดเจ็บรุนแรงที่ไต (AAST grade IV-V) | 4 (50.0) | 4 (50.0) | 0.06 |
| การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) | 7 (58.3) | 5 (41.7) | <0.01 |
| การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแวนลำไส้ (bowel and mesenteric injury) | 19 (90.5) | 2 (9.5) | <0.01 |
| การบาดเจ็บที่ต่อมหมวกไต (adrenal injury) | 4 (28.6) | 10 (71.4) | 0.50 |
| การบาดเจ็บที่ตับอ่อนที่มีการฉีกขาดของ ท่อตับอ่อน (pancreatic transection) | 2 (66.7) | 1 (33.3) | 0.11 |
| กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง (intraperitoneal bladder rupture) | 3 (100.0) | 0 (0.0) | <0.01 |
| เลือดออกในช่องท้องปริมาณมาก (large hemoperitoneum) | 11 (42.3) | 15 (57.7) | <0.01 |
| เลือดออกในท้องด้านหลัง (retroperitoneal hemorrhage) | 10 (40.0) | 15 (60.0) | 0.01 |
| มีลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum) | 12 (75.0) | 4 (25.0) | <0.01 |
| มีการรั่วของสารทึบรังสี (active extravasation of contrast) | 1 (25.0) | 3 (75.0) | 1.00 |
| การบาดเจ็บของทรวงอกส่วนล่าง (lower thorax injury) | 9 (27.3) | 24 (72.3) | 0.35 |
| การบาดเจ็บที่กระดูกเชิงกราน (pelvis injury) | 2 (8.3) | 22 (91.7) | 0.09 |

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้องทั้งหมด 39 คน พบการตัดต่อเย็บซ่อมลำไส้ (repair bowel) มากที่สุด จำนวน 22 คน การตัดม้าม (splenectomy) จำนวน 8 คน การตัดไต (nephrectomy) จำนวน 3 คน การเย็บซ่อมเยื่อแขวนลำไส้ (repair mesentery) จำนวน 3 คน การเย็บซ่อมกระเพาะปัสสาวะ (repair bladder) จำนวน 3 คน การผ่าตัดเพื่อควบคุมเลือดออกของตับ (liver packing) จำนวน 2 คน การเย็บซ่อมตับอ่อน (repair pancreas) จำนวน 2 คน และการตัดต่อหมวกไต (adrenalectomy) จำนวน 1 คน พบผู้ป่วยที่เป็น non-therapeutic exploration 1 คน

วิจารณ์

การบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุในการศึกษานี้ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (3.4:1) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.2 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.4 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 15-45 ปี ร้อยละ 60.6 สาเหตุที่พบมากที่สุดคืออุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 84.7 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(3,5,9) โดยการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและพบมากในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นน่าจะมาจากอยู่ในช่วงวัยทำงานและกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องอันตรายมากกว่า

ลักษณะความผิดปกติของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่พบมากที่สุดคือ เลือดออกในช่องท้อง (hemo-peritoneum) ร้อยละ 73.8 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาลักษณะการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ ที่พบจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าภาวะเลือดออกในช่องท้องพบมากที่สุด^(6,9)

อวัยวะภายในช่องท้องที่บาดเจ็บมากที่สุดคือ

ตับ ร้อยละ 34.4 รองลงมาคือไต ร้อยละ 14.8 ม้าม ร้อยละ 14.2 สอดคล้องกับการศึกษาอื่นหลังระยะเวลา 4 ปีในผู้ป่วยอุบัติเหตุ 6,888 ราย พบการบาดเจ็บช่องท้อง 1,036 ราย พบว่าอวัยวะภายในช่องท้องที่บาดเจ็บมากที่สุดคือตับ ร้อยละ 36 ม้าม ร้อยละ 32 และไต ร้อยละ 18⁽⁴⁾ และอีกการศึกษาที่พบอวัยวะที่บาดเจ็บมากที่สุดคือตับ ร้อยละ 31.91 ตามด้วยม้าม ร้อยละ 29.78 ลำไส้ ร้อยละ 19.14 และไต ร้อยละ 14.89⁽⁵⁾ โดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีความไวร้อยละ 98.18 และความจำเพาะร้อยละ 100

พบการบาดเจ็บของลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ พบร้อยละ 11.5 ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการบาดเจ็บของลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ ในผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ พบเพียงร้อยละ 1-5⁽⁷⁾ นอกจากนี้พบว่าเมื่อมีการบาดเจ็บของอวัยวะเนื้อแน่น (solid organ injury) 3 อวัยวะ จะเพิ่มอุบัติการณ์การบาดเจ็บของลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ (bowel/mesenteric injury) ร้อยละ 34 แต่มีการศึกษาในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุ พบการบาดเจ็บของลำไส้พบมากที่สุด ร้อยละ 45.92 ตามด้วยม้าม ร้อยละ 26.67 เลือดออกในช่องท้อง ร้อยละ 22.86 และการบาดเจ็บของตับ ร้อยละ 12.38⁽³⁾ โดยการวินิจฉัยการบาดเจ็บของลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ (bowel/mesentery injury) ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีความไวร้อยละ 70-95 มีความจำเพาะ ร้อยละ 92-100⁽¹⁰⁾

การแบ่งระดับความรุนแรงของอวัยวะเนื้อแน่น (solid organ injury) โดยอ้างอิงจาก AAST มีประโยชน์ในการพยากรณ์โรคและวางแผนการรักษา โดยแนะนำรักษาผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลทะลุและมีสัญญาณชีพคงที่ ที่มีการบาดเจ็บของ

ตับ ไต ม้าม ด้วยวิธีไม่ผ่าตัดเป็นหลัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (AAST grade I-II) และปานกลาง (AAST grade III)^(11,12) เช่นเดียวกับในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ศัลยแพทย์รักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ ไต ม้าม ระดับเล็กน้อยและปานกลาง (AAST grade I-III) นอกจากนี้ยังแนะนำการรักษาแบบไม่ผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บแบบรุนแรงของตับ ไต ม้าม (AAST grade IV-V) ที่ไม่พบการบาดเจ็บของอวัยวะภายในอื่นร่วม^(11,12) การศึกษานี้จึงนำการบาดเจ็บรุนแรงของตับ ไต และม้าม (AAST grade IV-V) มาศึกษาความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

การศึกษานี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เพียงร้อยละ 21.3 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยภาวะบาดเจ็บช่องท้องแบบไม่มีแผลทะลุส่วนมากรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด⁽¹⁰⁻¹⁵⁾ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์พบว่าผล focused assessment with sonography in trauma (FAST) เป็นบวก เลือดออกในช่องท้องปริมาณมาก การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การบาดเจ็บรุนแรงที่ตับ และการบาดเจ็บรุนแรงที่ไตไม่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของอวัยวะเนื้อแน่น (solid organ injury) จำนวน 206 คน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร้อยละ 22 โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด คือ focused assessment with sonography in trauma (FAST) เป็นบวก การบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade III-V) ปริมาณเลือดออกในช่องท้องมากกว่า 300 มิลลิลิตร โดยประเมินจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

และการได้รับเลือดทดแทน (blood transfusion)⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นหลังในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของม้ามและสัญญาณชีพคงที่ 360 คน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้การรักษาแบบประคับประคองไม่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ เลือดออกในช่องท้องปริมาณมาก ความบาดเจ็บระดับสูงอ้างอิงจาก AAST อายุมาก และมีการบาดเจ็บของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงม้าม⁽¹⁷⁾

การศึกษานี้พบว่าเลือดออกในท้องด้านหลัง (retroperitoneum hemorrhage) สัมพันธ์กับวิธีการรักษาโดยการผ่าตัด เนื่องจากช่องท้องด้านหลัง (retroperitoneum space) ประกอบด้วยอวัยวะสำคัญหลายอวัยวะ ได้แก่ ตับอ่อน ลำไส้เล็กส่วนดูโอดีนัม ไต ต่อมหมวกไต รวมถึงเส้นเลือด การบาดเจ็บของอวัยวะในท้องด้านหลัง (retroperitoneal injury) มีอัตราการเสียชีวิตสูง และมักเกิดร่วมกับการบาดเจ็บหลายอวัยวะ (multiple organ injuries)⁽¹⁸⁾ ดังนั้นการพบเลือดออกในท้องด้านหลังหรือลมรั่วในท้องด้านหลัง ต้องมองหาก้อนเลือดที่อยู่ใกล้อวัยวะที่บาดเจ็บ (sentinel clot) เพื่อระบุอวัยวะที่บาดเจ็บเฉพาะ เช่น duodenum perforation หรือ pancreatic transection เนื่องจากจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดแบบเร่งด่วน⁽⁸⁾

กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง (intra-peritoneal bladder rupture) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด เนื่องจากปัสสาวะที่รั่วเข้าช่องท้องอาจทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้องได้⁽¹⁹⁾ อย่างไรก็ตามการบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะพบน้อยในการศึกษานี้ควรศึกษาต่อไปในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และศึกษาการบาดเจ็บร่วม เช่น การบาดเจ็บของกระดูกเชิงกราน เป็นต้น

การมีลมในช่องท้อง (pneumoperitoneum)

สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด โดยเมื่อพบลมรั่วในช่องท้อง จะทำให้สงสัยว่ามีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในในช่อง (hollow viscus organ injury) แต่การพบ free intraperitoneal air ไม่ได้เกิดจากการฉีกขาดของลำไส้เสมอไป อาจเกิดจากลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด การใส่ท่อระบายในช่องอก หรือการบาดเจ็บของกะบังลม แต่หากพบ free air ร่วมกับ free fluid, seat-belt sign หรือ focal wall abnormality จะสงสัยบาดเจ็บของลำไส้⁽⁷⁾

หัตถการผ่าตัดช่องท้องของผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 39 คน พบการตัดต่อเย็บซ่อมลำไส้ (repair bowel) มากที่สุดจำนวน 22 คน สนับสนุนผลการศึกษานี้ ที่พบว่าการบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ (bowel and mesenteric injury) สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุสามารถบอกรายละเอียดการบาดเจ็บ ความรุนแรง พยากรณ์โรค รวมถึงวางแผนการรักษาได้สำหรับศัลยแพทย์ได้ นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ ยังเป็นแนวทางให้รังสีแพทย์มุ่งเน้นมองหาความผิดปกติที่มีผลต่อการตัดสินใจผ่าตัดได้เป็นพิเศษ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นการศึกษาโดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้ไม่ทราบการเปลี่ยนแปลงอาการทางคลินิกของผู้ป่วยระหว่างนอนโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยได้

จึงควรศึกษาเพิ่มเติมแบบไปข้างหน้า (prospective study) และการศึกษาไม่ได้รายงานการบาดเจ็บของหลายอวัยวะ (multiple organ injuries) ที่มักเกิดร่วมกับการบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ (bowel and mesenteric injury) และการบาดเจ็บของอวัยวะในท้องด้านหลัง (retroperitoneal injury) ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด จึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

รูปแบบความผิดปกติของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่พบมากที่สุดคือ เลือดออกในช่องท้อง อวัยวะภายในช่องท้องที่บาดเจ็บมากที่สุดคือตับ รองลงมาคือ ไต ม้าม ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ การบาดเจ็บของต่อมหมวกไต ตับอ่อน และกระเพาะปัสสาวะพบได้น้อย โดยการบาดเจ็บรุนแรงที่ม้าม (AAST grade IV-V) การบาดเจ็บที่ลำไส้และเยื่อแขวนลำไส้ กระเพาะปัสสาวะแตกเข้าช่องท้อง เลือดออกในช่องท้องปริมาณมาก เลือดออกในท้องด้านหลัง และมีลมในช่องท้อง สัมพันธ์กับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณแพทย์หญิงศิริพร ธนามี แพทย์หญิงอรลักษณ์ เกตุพันธ์ และแพทย์หญิงศุภรัศม์ พันธุ์ธนะสิริ ที่ปรึกษาในการทำผลงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2560.
2. Richards JR, McGahan JP. Focused assessment with sonography in trauma (FAST) in 2017: what radiologists can learn. *Radiology* 2017;283(1):30-48.
3. Rokhan B, Nadeem M, Abbas S, Iqbal M, Akbar F. Determine the pattern of blunt abdominal injuries by CT scan. *Int J radiol Radiat Ther* 2021;8(2):56-9.
4. Arumugam S, Al-Hassani A, El-Menyar A, Abdelrahman H, Parchani A, Peralta R, et al. Frequency, causes and pattern of abdominal trauma: a 4-year descriptive analysis. *J Emerg Trauma Shock* 2015;8:193-8.
5. Jayant V, Kurrey LK, Kumar S, Sharma P, Nayak A, Ghaharwar A. Role of computed tomography in the evaluation of blunt injury abdomen. *IJSS Journal of Surgery* 2017;3(3):34-9.
6. Gong J, Mei D, Yang M, Xu J, Zhou Y. Emergency CT of blunt abdominal trauma: experience from a large urban hospital in Southern China. *Quant imaging Med Surg* 2017;7(4):461-8.
7. Bates DD, Wasserman M, Malek A, Gorantla V, Anderson SW, Soto JA, et al. Multidetector CT of surgically proven blunt bowel and mesenteric injury. *Radiographics* 2017;37(2):613-25.
8. Daly KP, Ho CP, Persson DL, Gay SB. Traumatic retroperitoneal injuries: review of multidetector CT findings. *Radiographics* 2008;28(6):1571-90.
9. Ajmal R, Mansoor MA, Nasir S. Patterns of various injuries in blunt abdominal trauma in patients secondary to road traffic accident and fall presented to a tertiary care hospital-A CT scan bases study from Liaquat National Hospital, Karachi. *PJR* 2018;28(2):138-44.
10. Soto JA, Anderson SW. Multidetector CT of blunt abdominal trauma. *Radiology* 2012; 265(3):678-93.
11. Coccolini F, Coimbra R, Ordonez C, Kluger Y, Vega F, Moore EE, et al. Liver trauma: WSES 2020 guidelines. *World J Emerg Surg* 2020;15(1):1-15.
12. Coccolini F, Montori G, Catena F, Kluger Y, Biffi W, Moore EE, et al. Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. *World J Emerg Surg* 2017;12(1):1-26.
13. Mehta N, Babu S, Venugopal K. An experience with blunt abdominal trauma: evaluation, management and outcome. *Clin Pract* 2014;4(2):34-7.
14. Friedman J, Bianco B. Ct Imaging and interventional radiology in solid organ injury. *J Am Osteopath Coll Radiol* 2019;8(3):5-12.

15. Goedecke M, Kühn F, Stratos I, Vasan R, Pertschy A, Klar E. No need for surgery? patterns and outcomes of blunt abdominal trauma. *Innov Surg Sci* 2019;4(3):100-7.
16. Radin R, Chan L, Demetriades D. Nonoperative treatment of blunt injury to solid abdominal organs: a prospective study. *Arch Surg* 2003;138(8):844-51.
17. Salottolo K, Madayag RM, O'Brien M, Yon J, Tanner A, Topham A, et al. Quantity of hemoperitoneum is associated with need for intervention in patients with stable blunt splenic injury. *Trauma Surg Acute Care Open* 2020;5:e000406. doi: 10.1136/tsaco-2019-000406.
18. Petrone P, Álvarez CM, Cartagena L, Ali F, Brathwaite CE. Approach and management of traumatic retroperitoneal injuries. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2018;96(5):250-9.
19. Shin SS, Jeong YY, Chung TW, Yoon W, Kang HK, Kang TW, et al. The sentinel clot sign: a useful CT finding for the evaluation of intraperitoneal bladder rupture following blunt trauma. *Korean J Radiol*. 2007;8(6):492-7.

ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn

at Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital

อาทิตย์ สอนไว พ.บ., วว.กุมารเวชศาสตร์,
ว.อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด-ปริกำเนิด
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
จังหวัดตาก

Artit Sornwai M.D.,
Pediatrics, Neonatal-Perinatal Medicine
Department of Pediatrics
Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital
Tak

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3
ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Region 3 Medical and Public Health Journal
Vol. 19 No. 3 September-December 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะทางคลินิก ผลการรักษา และอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วิธีการศึกษา : ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลังในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันเลือดในปอดสูง โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 กรกฎาคม 2564 และวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างทารกที่เสียชีวิตกับรอดชีวิต

ผลการศึกษา : พบภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด 29 คน คิดเป็นอุบัติการณ์ 3.7:1,000 การเกิดมีชีพ เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.6 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 93.1 อายุครรภ์เฉลี่ย 32.7 ± 5.1 สัปดาห์คลอดโดยวิธีคลอดปกติ ร้อยละ 65.5 สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงคือ กลุ่มอาการหายใจลำบากและการขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ร้อยละ 62.1 เท่าๆกัน อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 75.9 ทารกที่เสียชีวิตมีอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) และมีสาเหตุจากกลุ่มอาการหายใจลำบากมากกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$)

สรุป : ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชยังมีอัตราการเสียชีวิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากกลุ่มอาการหายใจลำบากและการขาดออกซิเจนระหว่างคลอด โดยอายุครรภ์ที่น้อย น้ำหนักแรกเกิดที่น้อย และกลุ่มอาการหายใจลำบากเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิด ความดันเลือดในปอดสูงในทารก อัตราการเสียชีวิต

Abstract

- Objective** : The objective is to determine the incidence, clinical description, treatment, outcome and mortality rates of infants with persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN)
- Method** : This research is a retrospective descriptive study. Medical records of infants who were diagnosed PPHN at Somdejphrajaotaksinmaharaj hospital between 1st January 2017 to 31st July 2021.
- Results** : 29 infants were diagnosed with PPHN during this period. The incidence of PPHN was 3.7 per 1,000 live births. 8 of 29 diagnosed PPHN newborns were males (27.6%). Thai nationality 93.1%. Mean gestational age was 32.7 ± 5.1 weeks. There was 65.5% delivered by normal labour. Most common causes of PPHN were respiratory distress syndrome (RDS) and birth asphyxia (62.1%). The mortality rate of PPHN was 75.9%. The non-survivor group had gestational age and birth weight lower than the survivor group with statistically significant (p-value =0.008). The non-survivor group was diagnosed RDS more than the survivor group with statistically significant (p-value=0.03).
- Conclusions**: The mortality rate of PPHN at Somdejphrajaotaksinmaharaj hospital remained high. The majority cause were RDS and birth asphyxia. The risk factors related to mortality in PPHN were low gestational age, low birth weight and RDS
- Keywords** : Infants, Persistent pulmonary hypertension of the newborn, Mortality rate

บทนำ

persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) หรือภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด เป็นกลุ่มอาการที่ความต้านทานและความดันในหลอดเลือดแดงในปอด (pulmonary vascular resistance: PVR) ไม่ลดลงตามปกติหลังคลอด ขัดขวางไม่ให้เลือดจากหัวใจห้องล่างขวา (right ventricle) ไหลไปรับออกซิเจนที่ปอดได้ตามปกติ และทำให้เลือดที่จะไหลเวียนไปปอดไหลลัดไปยังหัวใจด้านซ้าย (right to left shunt) โดยผ่านทาง ductus arteriosus และ foramen ovale ทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดที่ออกจากหัวใจห้องซ้ายไปเลี้ยง

ร่างกายต่ำลงอย่างมาก ทารกจึงมีอาการเขียว (cyanosis) หายใจลำบาก (respiratory distress) ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxia) และเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) ภาวะนี้มีความรุนแรงทำให้ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวได้ถึงร้อยละ 10-20 และเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 7-20^(1,4) โดยทั่วไปอุบัติการณ์ของภาวะ PPHN มีข้อมูลรายงานอยู่ระหว่าง 0.4-6.8 ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 4-33 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะ PPHN คิดเป็น 0.38-2.80 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งพบได้ทั้งทารกแรกเกิดครบกำหนดและก่อนกำหนด^(6,7)

และพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 24.0-39.5^(7,8)

พยาธิสภาพของการเกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงสามารถจำแนกได้ ดังนี้^(4,9,10) คือ ไม่ทราบสาเหตุ (primary or idiopathic) โดยพบว่ามีความผิดปกติของเส้นเลือดในปอดโดยไม่พบว่ามีสาเหตุผิดปกติของปอดร่วมด้วย มีการเจริญเติบโตและการพัฒนาผิดปกติของปอด (underdevelopment) มีพยาธิสภาพในปอด (secondary to lung parenchymal diseases) และมีการอุดตันภายในหลอดเลือด (intrinsic obstruction) จากภาวะเลือดข้น

การรักษาภาวะ PPHN หลักการสำคัญ คือ การลดความต้านทานและความดันเลือดในปอด การทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ และการรักษาประคับประคองการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด และการฟื้นฟูถุงลมในปอดของทารกจะกลับมาเป็นปกติ^(6,11) ซึ่งต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แนวทางการรักษาในปัจจุบันประกอบด้วย การใช้เครื่องช่วยหายใจ การรักษาระดับความดันโลหิต การให้สารน้ำให้เพียงพอการแก้ไขภาวะความเป็นกรดในเลือด การให้ยากล่อมประสาท ยาระงับความปวด และยาคลายกล้ามเนื้อ (sedative drugs) การใช้ยาขยายหลอดเลือดในปอดชนิดต่างๆ และการใช้เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด (extracorporeal membrane oxygenation: ECMO) ซึ่งการรักษาด้วย inhaled nitric oxide และการใช้เครื่องพองการทำงานของหัวใจและปอด (ECMO) เป็นวิธีการรักษาที่มีการยืนยันว่าได้ผลดี สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้^(12,13) แต่อย่างไรก็ตามการรักษาทั้ง 2 วิธียังจำกัดอยู่เฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์เท่านั้น

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 310 เตียงที่รับดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดตาก มีกุมารแพทย์ และทีมพยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดทารกแรกเกิดวิกฤตรับดูแลผู้ป่วยทั้งชาวไทยและต่างชาติ จากสถิติที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่มีภาวะ PPHN จำนวนมากขึ้น รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราที่สูง แม้ว่าจะมีวิธีการรักษาและยาต่างๆที่ใช้ในการรักษาภาวะนี้มากขึ้น การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูงชนิด high frequency oscillatory ventilator (HFOV) ซึ่งเป็นเครื่องช่วยหายใจที่มีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ยังคงพบอัตราการเสียชีวิตที่สูงอยู่ และยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiogram) การรักษาด้วย inhaled nitric oxide และ ECMO

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ลักษณะทางคลินิก การรักษา ผลการรักษา และอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วย PPHN เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนแนวทางในการป้องกันและพัฒนาการรักษาภาวะ PPHN ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะ PPHN รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของมารดาและทารก ลักษณะทางคลินิก ผลการรักษา และอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เลขที่ 10/2564 ประชากรในการศึกษา คือ ทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันในปอดสูงในทารกแรกเกิด ที่รักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit: NICU) โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 กรกฎาคม 2564 เกณฑ์การคัดออก คือ มีข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดรุนแรง (congenital anomalies) ที่ไม่ใช่โรคลำไส้เลื่อนกะบังลมแต่กำเนิด (congenital diaphragmatic hernia: CDH) หรือทารกที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของโครโมโซม (chromosome abnormalities) หรือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (congenital cyanotic heart disease) โดยศึกษาจากเวชระเบียนที่บันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส P29.3 persistent fetal circulation โดยเวชระเบียนทุกรายที่ศึกษาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย คือ มีภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) หายใจเร็วมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที⁽¹⁴⁾ มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดไม่คงที่ (lability of oxygenation) และมีความต่างของ preductal-postductal oxygen saturation มากกว่าร้อยละ 5 ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นกลุ่มอาการสำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome: MAS) ลมรั่วในช่องปอด (pneumothorax) ปอดอักเสบแต่กำเนิด (con-

genital pneumonia) การติดเชื้อ (sepsis) การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (birth asphyxia) ตัวเย็น (hypothermia) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (transient tachypnea of the newborn: TTNB)

รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของทารก ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ วิธีการคลอด อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด คะแนน Apgar ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัยโรคและภาวะร่วม ข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุ จำนวนทารกในครรภ์ การฝากครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และโรคประจำตัว ข้อมูลการรักษา ได้แก่ ชนิดของยาที่ใช้ในการรักษา การตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ (ventilator setting) ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ผลของการรักษา และอัตราการเสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยนำเสนอในรูปแบบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean±SD) ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile range) สำหรับข้อมูลชนิดต่อเนื่อง และจำนวน สัดส่วน และค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลชนิดไม่ต่อเนื่อง โดยการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) ในการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทารกที่รอดชีวิตและเสียชีวิต โดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test หากปัจจัยมีลักษณะเป็นข้อมูลแจกแจง และใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test หากปัจจัยมีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่อง สำหรับการทดสอบทางสถิติทั้งหมดกำหนดค่าความเชื่อมั่น P-value น้อยกว่า 0.05 จะถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ทารกเกิดมีชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2560 ถึง 31 กรกฎาคม 2564 รวม 7,785 คน มีทารกที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN ทั้งหมด 31 คน ถูกคัด

ออกจากการศึกษา 2 คน เนื่องจากสงสัยว่ามีความผิดปกติของโครโมโซม โดยคิดเป็นอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN คือ 0.8 – 5.2 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อุตบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงและอัตราการเสียชีวิต (n=29)

| ปี พ.ศ. | ทารกวินิจฉัย PPHN | จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ | อุบัติการณ์ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ | อัตราเสียชีวิต จำนวน (ร้อยละ) |
|---------|-------------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 2560 | 9 | 1,728 | 5.2 | 9 (100) |
| 2561 | 8 | 1,625 | 4.9 | 5 (62.5) |
| 2562 | 8 | 1,684 | 4.7 | 7 (87.5) |
| 2563 | 3 | 1,542 | 1.9 | 0 (0) |
| 2564* | 1 | 1,206 | 0.8 | 1 (100) |
| รวม | 29 | 7,785 | 3.7 | 22 (75.8) |

PPHN=Persistent pulmonary hypertension of the newborn

*เก็บข้อมูลถึงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ทารกได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของชีวิตร้อยละ 55.2 เป็นทารกเพศหญิง ร้อยละ 72.4 เป็นคนไทย ร้อยละ 93.1 โดยมีอายุครรภ์เฉลี่ย 32.7 ± 5.1 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2074.7 ± 1043.7 กรัม โดยมีทารกน้ำหนักต่ำกว่าน้ำหนักมาตรฐานตามอายุครรภ์ (small for gestational age: SGA) ร้อยละ 24.1 น้ำหนักมากกว่าน้ำหนักมาตรฐานตามอายุครรภ์ (large for gestational age: LGA) ร้อยละ 3.4 คลอดโดยวิธีคลอดปกติ (normal labor) ร้อยละ 65.5 และผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (caesarian section: CS) ร้อยละ 34.5 ทารกที่มีคะแนน Apgar น้อยกว่า 7 นาทีที่ 1 ร้อยละ 41.4 นาทีที่ 5 ร้อยละ 13.8 และคะแนน Apgar น้อยกว่า 4 นาที

ที่ 1 ร้อยละ 20.7 นาทีที่ 5 ร้อยละ 31 ทารกได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก (positive pressure ventilation: PPV) ขณะให้การกู้ชีพในห้องคลอด ร้อยละ 72.4 ใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 82.4 และใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่อง (continuous positive airway pressure: CPAP) ขณะให้การกู้ชีพในห้องคลอด ร้อยละ 17.2 โดยมีทารกได้รับการนวดหัวใจ ร้อยละ 13.8 (ตารางที่ 2)

ข้อมูลของมารดาพบว่า มีอายุเฉลี่ย 27.2 ± 5.4 ปี ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 89.7 มีการตั้งครรภ์แฝด ร้อยละ 3.4 ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.8 รองลงมาคือ ภาวะน้ำคร่ำน้อย (oli-

gohydramnios) พบร้อยละ 10.3 และภาวะน้ำคร่ำ
 เดินก่อนกำหนดนานกว่า 18 ชั่วโมง (prolong rup-
 ture of membranes: PROM) ร้อยละ 6.9 ตาม
 ลำดับ สำหรับการวินิจฉัยโรคร่วมของทารกแรกเกิดที่
 พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบาก (respira-
 tory distress syndrome: RDS) และการขาด
 ออกซิเจนระหว่างคลอด (birth asphyxia) พบร้อย
 ละ 62.1 รองลงมา คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hy-

poglycemia) ร้อยละ 55.2 ปอดอักเสบแต่กำเนิด
 (congenital pneumonia) ร้อยละ 34.5 ลมรั่วใน
 ช่องปอด (pneumothorax) ร้อยละ 24.1 ภาวะ
 สำลักขี้เทา (meconium aspiration syndrome:
 MAS) ร้อยละ 20.7 และภาวะทารกหายใจเร็ว
 ชั่วคราวในทารกแรกเกิด (transient tachypnea
 of the newborn: TTNB) ร้อยละ 6.9 ตามลำดับ
 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาของทารกแรกเกิดที่มีความดันเลือดในปอดสูง (n=29)

| ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา | จำนวนคน (ร้อยละ) |
|--|------------------|
| อายุครรภ์ (สัปดาห์), mean (S.D.) | 32.7 (5.1) |
| อายุมารดา (ปี), mean (S.D.) | 27.2 (5.4) |
| ฝากครรภ์คุณภาพ | 26 (89.7) |
| เพศ | |
| หญิง | 21 (72.4) |
| ชาย | 8 (27.6) |
| เชื้อชาติ | |
| ไทย | 27 (93.1) |
| พม่า | 2 (6.9) |
| น้ำหนักแรกเกิด (กรัม), mean (S.D.) | 2074.7 (1043.7) |
| น้ำหนักต่ำกว่าน้ำหนักมาตรฐานตามอายุครรภ์ | 7 (24.1) |
| น้ำหนักมากกว่าน้ำหนักมาตรฐานตามอายุครรภ์ | 1 (3.4) |
| วิธีคลอด | |
| คลอดปกติ | 19 (65.5) |
| คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง | 10 (34.5) |
| ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ | |
| ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ | 4 (13.8) |
| ภาวะน้ำคร่ำน้อย | 3 (10.3) |

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาของทารกแรกเกิดที่มีความดันเลือดในปอดสูง (n=29) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา | จำนวนคน (ร้อยละ) |
|--|------------------|
| น้ำคร่ำเดินก่อนกำหนดนาน >18 ชั่วโมง | 2 (6.9) |
| เบาหวาน | 1 (3.4) |
| ครรภ์แฝด | 1 (3.4) |
| คะแนน Apgar ที่ 1 นาที | |
| น้อยกว่า 7 คะแนน | 12 (41.4) |
| น้อยกว่า 3 คะแนน | 6 (20.7) |
| คะแนน Apgar ที่ 5 นาที | |
| น้อยกว่า 7 คะแนน | 4 (13.8) |
| น้อยกว่า 3 คะแนน | 9 (31.0) |
| การกู้ชีพในห้องคลอด | |
| ใส่ท่อช่วยหายใจ | 24 (82.4) |
| ได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก | 21 (72.4) |
| ใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่อง | 5 (17.2) |
| นวดหัวใจ | 4 (13.8) |
| ภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารก | |
| การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด | 18 (62.1) |
| กลุ่มอาการหายใจลำบาก | 18 (62.1) |
| น้ำตาลในเลือดต่ำ | 16 (55.2) |
| ปอดอักเสบแต่กำเนิด | 10 (34.5) |
| ลมรั่วในช่องปอด | 7 (24.1) |
| อาการสำลักซีเทา | 6 (20.7) |
| ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด | 2 (6.9) |
| อายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN | |
| แรกเกิด-24 ชั่วโมง | 16 (55.2) |
| มากกว่า 24 ชั่วโมง | 13 (44.8) |

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษาของทารกแรกเกิดที่มีความดันเลือดในปอดสูง (n=29) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา | จำนวนคน (ร้อยละ) |
|--|------------------|
| ยาที่ใช้รักษา (medication) | |
| Dopamine | 20 (69.0) |
| Epinephrine | 7 (24.1) |
| Dobutamine | 6 (20.7) |
| Sildenafil (Viagra) | 4 (13.8) |
| Norepinephrine | 2 (6.9) |
| การรักษา | |
| Packed red cell | 18 (62.1) |
| 0.9%NaCl | 17 (58.6) |
| 7.5%NaHCO ₃ | 10 (34.5) |
| Fresh frozen plasma | 9 (31.0) |
| การรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิวในปอด | 9 (31.0) |
| Platelet concentration | 3 (10.3) |
| ยาทำให้สงบ (Sedation) | |
| Midazolam | 14 (48.3) |
| Fentanyl | 6 (20.7) |
| ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน), median (range) | 4 (1-57) |
| ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน) , median (range) | 4 (1-57) |
| ผลการรักษา | |
| เสียชีวิต | 22 (75.9) |
| รอดชีวิต | 7 (24.1) |
| ส่งต่อโรงพยาบาลตติยภูมิ | 3 (10.3) |

PPHN= Persistent pulmonary hypertension of the newborn

ทารกได้รับการรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิวในปอด ร้อยละ 31.0 มีการใช้ 0.9%NaCl ในทารก ร้อยละ 58.6 ได้รับสารประกอบของเลือด ได้แก่ packed red cell ร้อยละ 62.1 fresh frozen plasma ร้อยละ 31.0 และ platelet concentration ร้อยละ 10.3 นอกจากนี้ยังมีการใช้ 7.5%NaHCO₃ ร้อยละ 34.5 ยาเพิ่มความดันโลหิตที่มีการใช้มากที่สุด คือ dopamine ร้อยละ 69.0 โดยยา sildenafil เป็นยาขยายหลอดเลือดที่ใช้มากที่สุด ร้อยละ 13.8 นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาทำให้สงบ ได้แก่ midazolam ร้อยละ 48.3 และ fentanyl ร้อยละ 20.7 พบว่าทารกที่มีภาวะ PPHN รอดชีวิตร้อยละ 24.1 โดยเวลารอดชีวิตในโรงพยาบาลและการใช้เครื่องช่วยหายใจมีค่ามัธยฐาน 4 วัน (พิสัย 1-57 วัน) (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทารกที่รอดชีวิตกับทารกที่เสียชีวิต พบว่าทารกที่มีเสียชีวิตมีอายุครรภ์แรกเกิดน้อยกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) ทารกที่เสียชีวิตมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.008$) รวมถึงทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม (LBW) ($p=0.03$) และทารกที่เสียชีวิตได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN จาก RDS มากกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) โดยทารกที่คลอดจากมารดาที่มีภาวะ PROM มีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$)

สำหรับภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารกพบว่า TTNB นั้นมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$) ขณะที่อายุมารดา การฝากครรภ์ของมารดา เพศ คะแนน Apgar ที่ 1 และ 5 นาที วิธีการคลอด การกัซิปในห้องคลอด ได้แก่ ได้รับการ PPV การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ CPAP การนวดหัวใจ และอายุที่เริ่มมีภาวะ PPHN ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 3)

โดยจากการศึกษาพบว่าทารกที่รอดชีวิตได้รับการรักษาด้วย fresh frozen plasma และ packed red cell น้อยกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$ และ $p=0.003$) สำหรับการรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิวในปอด 0.9%NaCl, 7.5%NaHCO₃ สารประกอบของเลือด ยากระตุ้นความดันโลหิต ได้แก่ dopamine, dobutamine, adrenaline, norepinephrine และ sildenafil ทารกที่รอดชีวิตได้รับการรักษาน้อยกว่าทารกที่เสียชีวิตแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ในขณะที่ทารกที่รอดชีวิตได้รับยาทำให้สงบมากกว่าทารกที่เสียชีวิตแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ทารกแรกเกิดวินิจฉัย PPHN จำนวน 25 คนได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ชนิดความถี่สูง (HFOV) ซึ่งการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและจำนวนวันที่รักษาในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลของทารกที่รอดชีวิตเปรียบเทียบกับทารกที่เสียชีวิต

| ข้อมูลของทารก | ทารกรอดชีวิต (n =7) จำนวน (ร้อยละ) | ทารกเสียชีวิต (n=22) จำนวน (ร้อยละ) | P-value |
|--|--|---|---------|
| อายุครรภ์ (สัปดาห์), mean (S.D.) | 35.8 (1.9) | 32.4 (5.0) | 0.008 |
| อายุมารดา (ปี), mean (S.D.) | 26.8 (9.4) | 26.9 (7.6) | 0.72 |
| ฝากครรภ์คุณภาพ | 7 (100) | 19 (86.4) | 0.30 |
| เพศ | | | |
| ชาย | 5 (71.4) | 16 (72.7) | 0.94 |
| หญิง | 2 (28.6) | 6 (27.3) | |
| เชื้อชาติ | | | 0.40 |
| ไทย | 7 (100) | 20 (90.9) | 0.008 |
| พม่า | 0 (0) | 2 (9.1) | 0.03 |
| น้ำหนักแรกเกิด (กรัม), median (range) | 3,180 | 1,995 | 0.08 |
| น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม (LBW) | (1,920-3,730) | (870-3,550) | 0.07 |
| น้ำหนักต่ำกว่าน้ำหนักมาตรฐานตามอายุครรภ์ | 2 (28.6) | 16 (72.7) | |
| น้ำหนักมากกว่าน้ำหนักมาตรฐานตามอายุครรภ์ | 0 (0) | 7 (31.8) | 0.59 |
| วิธีคลอด | 1 (14.3) | 0 (0) | |
| คลอดปกติ | | | 0.56 |
| คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง | 4 (57.1) | 15 (68.2) | 0.19 |
| ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ | 3 (42.9) | 7 (31.8) | 0.009 |
| เบาหวาน | | | 0.69 |
| ความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ | 0 (0) | 1 (4.5) | 0.56 |
| น้ำคร่ำเดินก่อนกำหนดนาน >18 ชั่วโมง | 2 (28.6) | 2 (9.1) | |
| ภาวะน้ำคร่ำน้อย | 2 (28.6) | 0 (0) | 0.43 |
| ครรภ์แฝด | 1 (14.3) | 2 (9.1) | 0.55 |
| คะแนน Apgar ที่ 1 นาที | 0 (0) | 1 (4.5) | |
| น้อยกว่า 7 คะแนน | | | 0.22 |
| น้อยกว่า 3 คะแนน | 2 (28.6) | 10 (45.5) | 0.87 |

ตารางที่ 3 ข้อมูลของทารกที่รอดชีวิตเปรียบเทียบกับทารกที่เสียชีวิต (ต่อ)

| ข้อมูลของทารก | ทารกรอดชีวิต (n =7) จำนวน (ร้อยละ) | ทารกเสียชีวิต (n=22) จำนวน (ร้อยละ) | P-value |
|--|--|---|---------|
| คะแนน Apgar ที่ 5 นาที | 2 (28.6) | 4 (18.2) | |
| น้อยกว่า 7 คะแนน | | | 0.94 |
| น้อยกว่า 3 คะแนน | 0 (0) | 4 (18.2) | 0.36 |
| การกั๊ซิปในห้องคลอด | 2 (28.6) | 7 (31.8) | 0.16 |
| ได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก | | | 0.22 |
| ใส่ท่อช่วยหายใจ | 5 (71.4) | 16 (72.7) | |
| ใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่อง | 5 (71.4) | 19 (86.4) | 0.09 |
| ขนาดหัวใจ | 0 (0) | 5 (22.7) | 0.03 |
| ภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารก | 0 (0) | 4 (18.2) | 0.009 |
| อาการสำลักขี้เทา | | | 0.19 |
| กลุ่มอาการหายใจลำบาก | 3 (42.9) | 3 (13.6) | 0.48 |
| ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด | 2 (28.6) | 16 (72.7) | 0.75 |
| ปอดอักเสบแต่กำเนิด | 2 (28.6) | 0 (0) | 0.45 |
| ลมรั่วในช่องปอด | 1 (14.3) | 9 (40.9) | |
| การขาดออกซิเจนระหว่างคลอด | 1 (14.3) | 6 (27.3) | 0.32 |
| น้ำตาลในเลือดต่ำ | 4 (57.1) | 14 (63.6) | |
| อายุที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ PPHN | 3 (42.9) | 13 (59.1) | 0.08 |
| แรกเกิด-24 ชั่วโมง | | | 0.12 |
| มากกว่า 24 ชั่วโมง | 5 (71.4) | 11 (50) | 0.08 |
| ยาที่ใช้รักษา (medication) | 2 (28.6) | 11 (50) | 0.40 |
| Dopamine | | | 0.22 |
| Dobutamine | 3 (42.9) | 17 (77.3) | |
| Epinephrine | 0 (0) | 6 (27.3) | 0.27 |
| Norepinephrine | 0 (0) | 7 (31.8) | 0.06 |
| Sildenafil (Viagra) | 0 (0) | 2 (9.1) | 0.04 |

ตารางที่ 3 ข้อมูลของทารกที่รอดชีวิตเปรียบเทียบกับทารกที่เสียชีวิต (ต่อ)

| ข้อมูลของทารก | ทารกรอดชีวิต (n =7) จำนวน (ร้อยละ) | ทารกเสียชีวิต (n=22) จำนวน (ร้อยละ) | P-value |
|---|--|---|---------|
| การรักษา | 0 (0) | 4 (18.2) | 0.003 |
| การรักษาด้วยสารลดแรงตึงผิวในปอด | | | 0.30 |
| 0.9%NaCl | 1 (14.3) | 8 (36.8) | 0.19 |
| Fresh frozen plasma | 2 (28.6) | 15 (68.2) | |
| Packed red cell | 0 (0) | 9 (40.9) | 0.15 |
| Platelet concentration | 1 (14.3) | 17 (77.3) | 0.55 |
| 7.5% NaHCO ₃ | 0 (0) | 3 (13.6) | 0.19 |
| ยาทำให้สงบ (Sedation) | 1 (14.3) | 9 (40.9) | |
| Midazolam | | | |
| Fentanyl | 5 (71.4) | 9 (40.9) | 0.69 |
| ได้รับการช่วยหายใจด้วย HFOV mode | 2 (28.6) | 4 (18.2) | 0.43 |
| Ventilator setting | 5 (71.4) | 20 (90.9) | |
| Conventional mode | | | 0.94 |
| Mean Max PIP (cmH ₂ O), mean (S.D.) | | | 0.39 |
| Mean Max PEEP (cmH ₂ O), mean (S.D.) | 21.6 (3.6) | 20.1 (3.0) | 0.79 |
| HFOV | 5.5 (0.5) | 5.7 (0.8) | 0.42 |
| Mean Max MAP (cmH ₂ O), median (range) | | | |
| Mean Max Amplitude), mean (S.D.) | 16 (10-19) | 16.1 (12-25) | |
| ระยะเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (วัน), median (range) | 40.8 (7.5) | 40.0 (11.0) | |
| ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล (วัน), median (range) | 5 (2-8) | 4 (1-58) | |
| | 5 (2-11) | 4 (1-58) | |

LBW= Low birth weight, PPHN=Persistent pulmonary hypertension of the newborn, PIP=Peak inspiratory pressure, PEEP=Positive end expiratory pressure, MAP=mean airway pressure, HFOV= High-frequency oscillatory ventilation

วิจารณ์

ทารกแรกเกิดวินิจฉัยภาวะ PPHN ในโรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา 5 ปี มีจำนวน 29 คน พบอุบัติการณ์ในอยู่ในช่วง 0.8 – 5.2 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 3.7 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ โดยพบอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 1.17-4.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ โดยมีอุบัติการณ์การเกิดลดลงในทุกปีเนื่องจากมีการเฝ้าระวังมากขึ้น แต่ยังพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 75.8 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา^(15,18) ในปี 2560 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 71.74⁽¹⁵⁾ ในปี 2557 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 55.8⁽¹⁸⁾ การศึกษาในต่างประเทศพบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7-10^(5,19,20) แต่น้อยกว่าการศึกษา ในปี 2549 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 83.33⁽²¹⁾ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญสำหรับกุมารแพทย์และทีมที่รักษาในโรงพยาบาล สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าวยังมีขาดกุมารแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการรักษาได้แก่ การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่อง echocardiogram และปัจจุบันยังไม่มีก๊าซไนตริกออกไซด์ (inhaled nitric oxide: iNO) มาใช้ ซึ่ง iNO มีประสิทธิภาพสูงใช้สำหรับขยายหลอดเลือดที่ปอดโดยตรงในทารกที่มีภาวะ PPHN ชนิดรุนแรง มีการรายงานยืนยันว่า iNO มีผลลัพธ์การรักษาที่ดีและลดอัตราการเสียชีวิตลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 10⁽²²⁻²⁵⁾ รวมถึงการใช้เครื่อง ECMO ซึ่งยังคงจำกัดอยู่ในโรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลศูนย์ และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ดังนั้นจึงเป็นผลให้อัตราการเสียชีวิตมีความแตกต่างกัน

ในการศึกษานี้โรคที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของ

การเกิดภาวะ PPHN คือ RDS และ birth asphyxia ซึ่งถือได้ว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบได้บ่อยจากกลไก maladaptation หรือ parenchymal lung disease⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าคะแนน Apgar ที่ต่ำนั้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ PPHN ในทารกเกิดก่อนกำหนด⁽²⁷⁾ การศึกษาปี ค.ศ. 2013 พบว่า birth asphyxia นั้นเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะ PPHN ถึงร้อยละ 40.5⁽²⁸⁾ ต่างจากในหลายการศึกษาที่พบว่าภาวะ MAS เป็นภาวะร่วมที่พบมากที่สุด^(15,18,29) สาเหตุอื่นที่พบร่วม ได้แก่ ปอดอักเสบแต่กำเนิด ร้อยละ 34.5 และ น้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 55.2 เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้^(21,30) ที่พบว่าสาเหตุในการเกิด PPHN เกิดจากภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างทารกที่รอดชีวิตและทารกที่เสียชีวิตพบว่าอายุครรภ์เฉลี่ยของทารกที่เสียชีวิตน้อยกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽³¹⁾ ทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยมีโอกาเสียชีวิตมากกว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวมากในทารกที่ได้รับการวินิจฉัย PPHN รวมถึงทารก LBW จากการศึกษาก่อนหน้านี้⁽³²⁾ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์นั้นพบว่าภาวะ PROM และ TTNB มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะหรือโรคร่วมที่พบในทารกที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่มีภาวะ PPHN ได้แก่ RDS เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าภาวะ RDS นั้นสัมพันธ์กับ PPHN ที่รุนแรง⁽³³⁾ และในการศึกษานี้พบว่าทารกที่เสียชีวิตจากภาวะ PPHN นั้นได้รับการรักษาด้วย fresh frozen plasma และ packed red cell มากกว่าทารกที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของทั้งสองกลุ่มนั้นไม่

แตกต่างกัน ทั้งนี้ยังไม่มีการเก็บข้อมูลระยะยาวจึงควรมีการติดตามทารกที่รอดชีวิตทั้งหมดเพื่อติดตามต่อเนื่องต่อไปเพื่อพัฒนาการระยะยาว ซึ่งข้อจำกัดของการศึกษานี้คือเป็นศึกษาแบบย้อนหลังอาจทำให้มีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน และอาจมีข้อจำกัดในการควบคุมผลกระทบจากตัวแปรรบกวน (confounding factor)

สรุป

ภาวะ PPHN ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชมีอัตราอุบัติการณ์ 3.7 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ อัตราการเสียชีวิตสูงร้อยละ 75.9 สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก RDS และ birth asphyxia โดยอายุครรภ์ที่น้อย น้ำหนักแรกเกิดที่น้อย และ RDS เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Farrow KN, Fliman P, Steinhorn RH. The disease treated with ECMO: focus on PPHN. *Semin Perinatol* 2005;29(1):8-14.
2. Walsh MC, Stork EK. Persistent pulmonary hypertension of newborn: rational therapy base on pathophysiology. *Clin Perinatol* 2001;28(3):609-27.
3. Nair J, Lakshminrusimha S. Update on PPHN: mechanisms and treatment. *Semin Perinatol* 2014; 38(2):78-91.
4. สันติ ปุณณะหิตานนท์. ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn): พยาธิสรีรวิทยาและการวินิจฉัย. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. *Smart Practice in Neonatal Care*. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2563. หน้า 57-73.
5. Walsh-Sukys MC, Tyson JE, Wright LL, Bauer CR, Korones SB, Stevenson DK, et al. Persistent pulmonary hypertension of the newborn in the era before nitric oxide: practice variation and outcomes. *Pediatrics* 2000;105:14-20.
6. Khorana M, Yookaseam T, Layangool T, Kanjanapattanakul W, Paradeevisut H. Outcome of oral sildenafil therapy on persistent pulmonary hypertension of the newborn at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J Med Assoc Thai* 2011; 94 Suppl 3: S64-73.
7. Nakwan N, Pithaklimnuwong S. Acute kidney injury and pneumothorax are risk factors for mortality in persistent pulmonary hypertension of the newborn in Thai neonates. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016;29(11):1741-6.
8. Chotigeat U, Jaratwashirakul S. Inhaled iloprost for severe persistent pulmonary hypertension of the newborn. *J Med Assoc Thai* 2007;90(1):167-70.
9. Lakshminrusimha S, Keszler M. Persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Neo-Reviews* 2015;16(12):e680-92.
10. Schachtner SK, Wang Y, Scott Baldwin H. Qualitative and quantitative analysis of embryonic pulmonary vessel formation. *Am J Respir Cell Mol Biol* 2000;22(2):157-65.

11. พิมล วงศ์ศิริเดช. Burden of PPHN. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, บรรณาธิการ. Highlights in neonatal problems. กรุงเทพมหานคร: แอคทีฟ พรินท์; 2561. หน้า 404-23.
12. Chotigeat U, Khorana M, Kanjanapattanakul W. Outcome of neonates with persistent pulmonary hypertension of the newborn treated with inhaled nitric oxide. J Med Assoc Thai 2002;85:800-7.
13. Barrington KJ, Finer N, Pennaforte T, Altit G. Nitric oxide for respiratory failure in infants born at or near term. Cochrane Database Syst Rev 2017; 1(1):CD000399. doi 10.1002/14651858.CD000399.pub3.
14. Kliegman R, Stanton B, St. Geme JW, Schor NF, Behrman RE. Nelson textbook of pediatrics. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.
15. นพวรรณ พงศ์โสภาก. ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560;31:49-59.
16. Steurer MA, Jelliffe-Pawlowski LL, Baer RJ, Partridge JC, Rogers EE, Keller RL. Persistent pulmonary hypertension of the newborn in late preterm and term infants in California. Pediatrics 2017;139(1):e20161165. doi: 10.1542/peds.2016-1165. Epub 2016 Dec 1. PMID: 27940508.
17. Nakwan N, Jain S, Kumar K, Hosono S, Hammoud M, Elsayed YY, et al. An Asian multicenter retrospective study on persistent pulmonary hypertension of the newborn: incidence, etiology, diagnosis, treatment and outcome. J Matern Fetal Neonatal Med 2020; 33(12):2032-7. doi: 10.1080/14767058.2018.1536740. Epub 2018 Dec 4. PMID: 30318951.
18. อุกฤษฏ์ จิระปิติ. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีความดันโลหิตในปอดสูงในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร 2557;6:57-65.
19. Lipkin PH, Davidson D, Spivak L, Straube R, Rhines J, Chang CT. Neurodevelopmental and medical outcomes of persistent pulmonary hypertension in term newborns treated with nitric oxide. J Pediatr 2002;140(3):306-10. doi: 10.1067/mpd.2002.122730.
20. Steurer MA, Baer RJ, Oltman S, Ryckman KK, Feuer SK, Rogers E, et al. Morbidity of persistent pulmonary hypertension of the newborn in the first year of life. J Pediatr 2019;213:58-65.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.06.053. PMID: 31399244.
21. วรนาฏ จันทร์ขจร. ภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร 2549;30:151-8.
22. Teng RJ, Wu TJ. Persistent pulmonary hypertension of the newborn. J Formos Med. Assoc 2013;112(4):177-84. doi: 10.1016/j.jfma.2012.11.007.

23. Roberts JD Jr, Fineman JR, Morin FC 3rd, Shaul PW, Rimar S, Schreiber MD, et al. Inhaled nitric oxide and persistent pulmonary hypertension of the newborn. The Inhaled Nitric Oxide Study Group. *N Engl J Med.* 1997;336(9):605-10. doi: 10.1056/NEJM199702273360902. PMID: 9032045.
24. วรารักษ์ทิพย์ คุณุฒยากร. Persistent pulmonary hypertension of the newborn. ใน: ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, กัญญาลักษณ์ วิเทศสนธิ, บรรณาธิการ. *Comprehensive care for newborn with heart problems.* กรุงเทพฯ: ชมรมกุมารแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทย; 2557. หน้า 17-29.
25. Wessel DL, Adatia I, Van Marter LJ, Thompson JE, Kane JW, Stark AR, et al. Improved oxygenation in a randomized trial of inhaled nitric oxide for persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pediatrics* 1997;100(5):E7. doi: 10.1542/peds.100.5.e7. PMID: 9347001.
26. Sharma V, Berkelhamer S, Lakshminrusimha S. Persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Maternal health, neonatal and perinatal* 2015;1:14. doi.org/10.1186/s40748-015-0015-4
27. Kumar VH, Hutchison AA, Lakshminrusimha S, Morin FC 3rd, Wynn RJ, Ryan RM. Characteristics of pulmonary hypertension in preterm neonates. *J Perinatol* 2007 ;27(4):214-9. doi: 10.1038/sj.jp.7211673. Epub 2007 Mar 1. PMID: 17330053.
28. Razzaq A, Iqbal Quddusi A, Nizami N. Risk factors and mortality among newborns with persistent pulmonary hypertension. *Pak J Med Sci* 2013; 29(5):1099-104.
29. อุไรวรรณ โชติเกียรติ, มิรา โครานา, วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล, วราภรณ์ แสงทวีสิน, สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. ผลการรักษาความดันเลือดในปอดสูงในเด็กทารก (PPHN) ด้วยเครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (HFOV): ประสบการณ์ 5 ปี. *วารสารกุมารเวชศาสตร์* 2546; 42: 1-8.
30. Yoder BA, Kirsch EA, Barth WH, Gordon MC. Changing obstetric practices associated with decreasing incidence of meconium aspiration syndrome. *Obstet Gynecol* 2002; 99(5 Pt 1): 731-9. doi: 10.1016/s0029-7844(02)01942-7. PMID: 11978280.
31. Winovitch KC, Padilla L, Ghamsary M, Lagrew DC, Wing DA. Persistent pulmonary hypertension of the newborn following elective cesarean delivery at term. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24(11): 1398-402. doi: 10.3109/14767058.2010.551681. Epub 2011 Sep 21. PMID: 21936645.
32. Liu X, Mei M, Chen X, Lu Y, Dong X, Hu L, et al. Identification of genetic factors underlying persistent pulmonary hypertension of newborns in a cohort of Chinese neonates. *Respir Res* 2019;20(1):174. doi: 10.1186/s12931-019-1148-1.
33. Almuqaddim Z, Eldesouk A, Rasheed E, Ali A. Structure cardiac lesion in transient tachypnea of the newborn. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* 2021; 85(1): 3450-3. doi: 10.21608/ejhm.2021.199600

การทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

Complete denture in elderly with rheumatoid arthritis

ฐาปกรณ์ สุรจกุลวัฒนา, ทบ.วทม.

Thapakorn Surajkulwatana, DDS, MSc

กลุ่มงานทันตกรรม

Dental department

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Sawanpracharak Hospital

จังหวัดนครสวรรค์

Nakhonsawan

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

Region 3 Medical and Public Health Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Vol. 19 No. 3 September-December 2022

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 81 ปี มาพบทันตแพทย์เนื่องจากฟันปลอมที่เคยทำอันล่างหลวมมากต้องการทำฟันปลอมใหม่ มีโรคประจำตัวคือ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ การวินิจฉัยคือสันเหงือกกว้างที่มีกระดูกขากรรไกรสลายตัวมาก แผนการรักษาคือ ทำฟันเทียมทั้งปากบนและล่างเพียงอย่างเดียว ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยสามารถใส่ฟันเทียมทั้งปากได้ปกติ ไม่หลวมหรือเจ็บ เคี้ยวอาหารได้ พึงพอใจกับความสวยงามและฟันเทียมชุดนี้ รายงานผู้ป่วยรายนี้อาจใช้พิจารณาเป็นทางเลือกในการให้การรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีสันเหงือกกว้างและเป็นโรครูมาตอยด์ในรายอื่นๆ

คำสำคัญ : ฟันเทียมทั้งปาก ผู้สูงอายุ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ ขากรรไกรสลายตัว

Abstract

An 81-year-old Thai male came to the dentist because the old lower denture was very loose and wanted to make new dentures. The systemic disease associated with more difficult denture making was rheumatoid arthritis. Previous diagnosis was edentulous area with severe alveolar ridge resorption of upper and lower arch. Treatment plan of this case is to make new complete dentures. Treatment outcomes show the patient can wear dentures without pain and any ulcer, can eat food easily, the dentures have good stability, retention and esthetic. This report may be considered an alternative to provide suitable treatment in elderly patient with severe alveolar ridge resorption and rheumatoid arthritis.

Keywords : Complete denture, Elderly, Rheumatoid arthritis, Alveolar ridge resorption

วันที่รับ (received) 26 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 11 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 กรกฎาคม 2565

บทนำ

โรครูมาตอยด์เป็นโรคภูมิแพ้ตัวเองที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบของข้อต่อ กระดูก เช่น นิ้วมือ นิ้วเท้า แขน ขา และอื่นๆ เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวไปจนถึงการเกิดความพิการขึ้นกับร่างกายที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โรครูมาตอยด์ยังส่งผลต่อสุขภาพช่องปากคือ ปัญหาเรื่องโรคปริทันต์อักเสบ เกิดการอักเสบและทำลายกระดูกขากรรไกรและข้อต่อ ซึ่งพบลักษณะทางภาพถ่ายรังสีคือ คอนไดเนแบนและเป็นรอยหว้า ช่องว่างในข้อต่อขากรรไกรแคบลง นอกจากนี้กระบวนการอักเสบดังกล่าวยังไปทำลายต่อมน้ำลาย ทำให้สร้างน้ำลายได้น้อยลง ส่งผลต่อการกลืน และการพูดลำบากขึ้นง่ายต่อการเกิดแผลในช่องปาก เกิดอาการปวดแสบร้อนในปากได้และเป็นสาเหตุที่ทำให้การทำฟันปลอมในผู้ป่วยมีความซับซ้อนขึ้น รายงานนี้อธิบายการวินิจฉัยขั้นตอนการรักษา และทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยที่รายงานด้วยความระมัดระวังและเลือกวิธีที่เหมาะสม

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยสัญชาติไทย เพศชาย อายุ 81 ปี มาพบทันตแพทย์เนื่องจากฟันปลอมที่ทำมานานกว่า 20 ปี อันล่างหลวมมากต้องการทำฟันปลอมใหม่ มีโรคประจำตัวคือ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ ตับแข็ง ไตเสื่อมระดับ 3 กระดูกพรุน และความดันโลหิตสูง ยาที่รับประทานเป็นประจำคือ aspirin (81 มิลลิกรัม) omeprazole (20 มิลลิกรัม) และ quetiapine (25 มิลลิกรัม)

ลักษณะทางกายภาพ ผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเอง ต้องนั่งรถเข็นหรือมีผู้อื่นช่วยพยุงตัวและพบนิ้วมือและนิ้วเท้ามีบวมบวม (ภาพที่ 1, 2)



ภาพที่ 1 นิ้วมือมีลักษณะบวมบวมผิดรูป

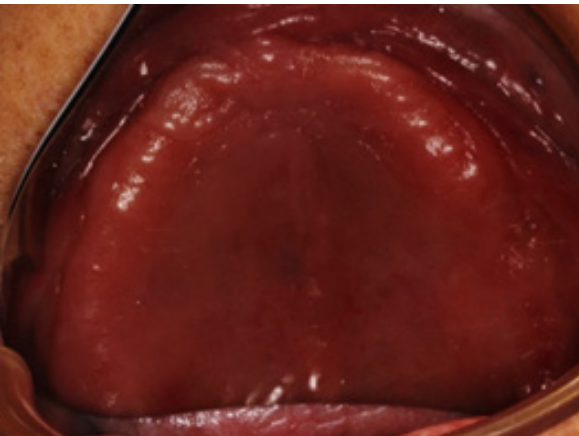


ภาพที่ 2 นิ้วเท้ามีลักษณะบวมบวม

ตรวจภายนอกช่องปาก ลักษณะกะโหลกศีรษะเป็น brachycephalic facial type ใบหน้าไม่สมมาตรกัน สูญเสียมิติสบฟันในแนวตั้ง มุมปากตก concave facial profile (ภาพที่ 3) ไม่มีอาการเจ็บและอาการตึงตัวของกล้ามเนื้อบดเคี้ยวใบหน้าและลำคอ ไม่มีอาการเจ็บเมื่ออ้าปากกว้าง หรือเสียงดังหน้าหูของขากรรไกรทั้งสองข้าง



ภาพที่ 3 ถ่ายหน้าตรง



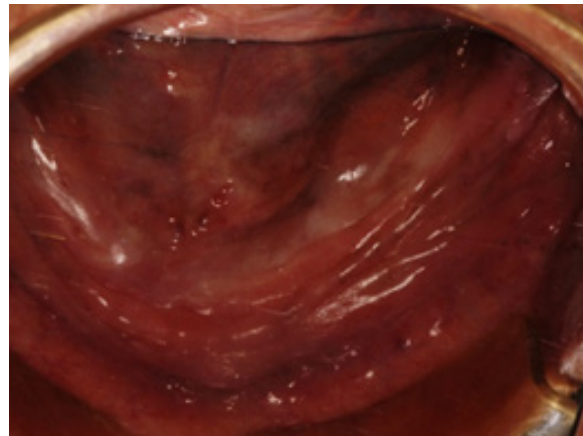
ภาพที่ 4 ขากรรไกรบน

ตรวจภายในช่องปาก พบริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม ฟันปาก และเพดานปากปกติ ไม่มีเนื้อเยื่อเกาะสูง (frenum) ในสันเหงือกบนและล่างที่ขัดขวางต่อการถอดใส่ฟันปลอม

สันเหงือกกว้างบนปกติไม่มีแผล รูปร่างสันเหงือกเป็นตัวยู ความโค้งของสันเหงือกเป็นตัวยู เหงือกแน่น (ภาพที่ 4)

สันเหงือกกว้างล่างปกติไม่มีแผล รูปร่างสันเหงือกเป็นตัวยู ความโค้งของสันเหงือกเป็นตัวยู เหงือกแน่น เตี้ยและแบน (ภาพที่ 5)

ตรวจฟันปลอมเก่าของคนไข้พบว่า ด้านบนเป็นฟันปลอมทั้งปาก หลวมเล็กน้อย ซี่ฟันปลอมสี



ภาพที่ 5 ขากรรไกรล่าง

ฟันปลอมล่างเป็นฟันปลอมทั้งปากหลวมมากและขยับเวลาเคี้ยว ซี่ฟันปลอมสี ตรวจพบขอบฟันปลอมสันด้านลิ้นไกลกลาง (disto-lingual) และขอบฟันปลอมเกินด้านแก้มไกลกลาง (disto-buccal) มีหินปูนและคราบอาหารเกาะฟันปลอมทั้ง 2 ชั้น

วิเคราะห์ภาพรังสี จากภาพรังสีพาโนรามิก ขากรรไกรไม่สมมาตร พบลักษณะข้อต่อกระดูกขากรรไกรปกติทั้งขวาและซ้ายมีช่องว่างปกติ หัวคอคอนไดน์ด้านขวาสึกและแบนด้านซ้ายมีรอยหว้าเล็กน้อย บริเวณที่เป็นสันกระดูก กระดูกเบาฟันเหลือน้อย สันกระดูกด้านบนใกล้โพรงอากาศไซนัส ด้านล่างใกล้เส้นประสาทอินฟีเรีย อัลวิโอลาร์ (ภาพที่ 6)

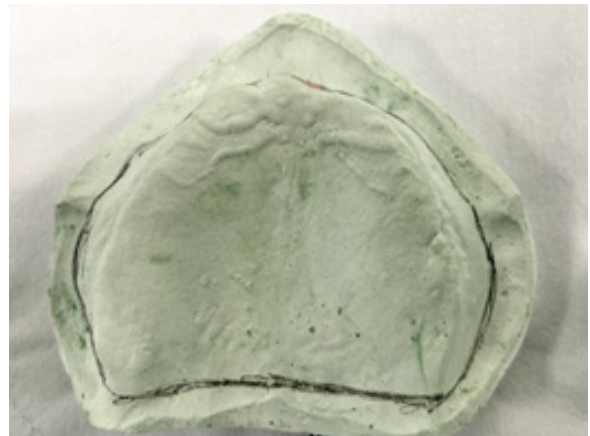


ภาพที่ 6 ภาพถ่ายพาโนรามิก

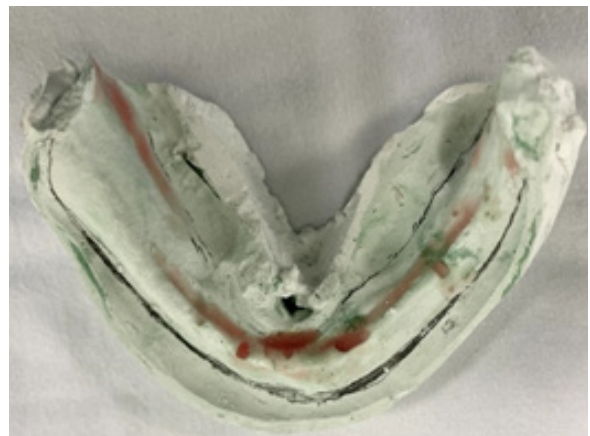
การวินิจฉัย คือ สันเหงือกกว้างที่มีสันกระดูกขากรรไกรบนและล่างสลายตัวมาก (Edentulous area with severe alveolar ridge resorption of upper and lower arch)

การวางแผนการรักษา ผู้ป่วยรายนี้มีกระดูกขากรรไกรละลายตัวมาก โดยเฉพาะขากรรไกรล่างมีลักษณะเล็ก แหลมและแบน มีส่วนที่ใช้รองรับฟันปลอมน้อย การทำฟันปลอมใหม่มีโอกาสหลวมได้มาก แนวทางการรักษาที่ดีคือการทำรากเทียมเพื่อรองรับฟันปลอมทั้งปาก แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมาก มีโรคประจำตัว มีสถานะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและการดูแลสุขอนามัยในช่องปาก และค่าใช้จ่ายที่สูงทำให้วิธีการรักษาดังกล่าวไม่เหมาะกับผู้ป่วยรายนี้ ดังนั้นการรักษาที่ให้คือการทำฟันปลอมทั้งปากฐานอะคริลิกบนและล่างเพียงอย่างเดียว

การรักษาและติดตามผล ชักประวัติและทำการบันทึกตรวจสภาพภายนอกและภายในช่องปาก พิมพ์สันเหงือกบนและล่างด้วยวัสดุพิมพ์ปาก alginate impression material (Jeltrate®) เพื่อทำขึ้นหล่อวินิจฉัยและทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล (individual tray) เทแบบรอยพิมพ์ด้วย denture stone type III (ภาพที่ 7, 8)



ภาพที่ 7 แบบหล่อศึกษาขากรรไกรบน

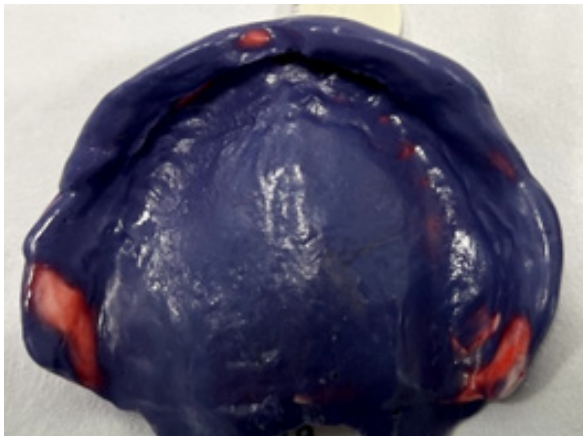


ภาพที่ 8 แบบหล่อศึกษาขากรรไกรล่าง

ทำถาดพิมพ์ปากด้วย acrylic resin (formatray) ลองถาดพิมพ์ปากในผู้ป่วย และเสริมปั้นขอบด้วย green stick impression compound พิมพ์สันเหงือกชั้นสุดท้าย (final impression) ด้วยวัสดุโพลิอีเทอร์ (Impregumtm) และเทแบบหล่อด้วย denture stone type IV เพื่อทำขึ้นหล่อปฏิบัติงาน (master cast) (ภาพที่ 9-12)

ทำฐานฟันปลอมชั่วคราวด้วยอะคริลิกเรซินชนิดบ่มด้วยตนเองพร้อมแท่งกักระนาบสบฟันทั้งบนและล่าง (ภาพที่ 13,14) จากนั้นลองแท่งกักระนาบ

เพื่อหา vertical dimension (VD) โดยวัดจากจุดอ้างอิงปลายจมูกถึงปลายคางทั้งในสภาวะพักและสภาวะกัดสบฟัน โดยพิจารณาใช้ค่า VD ที่ใกล้เคียงกับฟันปลอมเดิม บันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ระหว่างสันเหงือกกว้างบนและล่างด้วย alu wax ถ่ายทอดความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนลงในอุปกรณ์จำลองขากรรไกรชนิดปรับได้บางส่วน (semi-adjustable articulator) รุ่น Hanau H2 บันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ระหว่างสันเหงือกกว้างบนและล่าง (ภาพที่ 15,16)



ภาพที่ 9 พิมพ์ปากชั้นสุดท้ายขากรรไกรบน



ภาพที่ 10 พิมพ์ปากชั้นสุดท้ายขากรรไกรล่าง



ภาพที่ 11 แบบหล่อชั้นสุดท้ายขากรรไกรบน



ภาพที่ 12 แบบหล่อชั้นสุดท้ายขากรรไกรล่าง



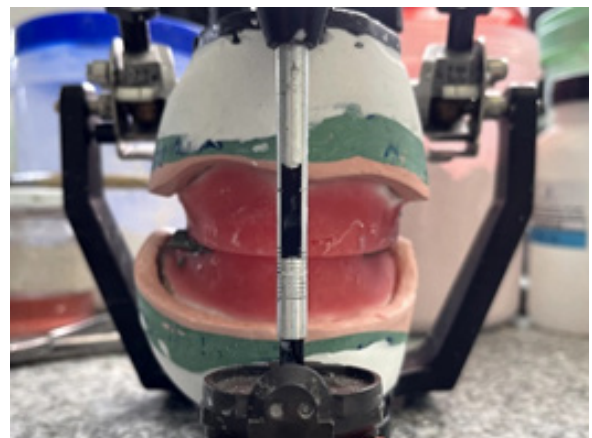
ภาพที่ 13 แท่งกัฒบน



ภาพที่ 14 แท่นกัฒล่าง



ภาพที่ 15 ถ่ายทอดความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนลงในอุปกรณ์จำลองขากรรไกรชนิดปรับได้บางส่วน



ภาพที่ 16 บันทึกความสัมพันธ์ในศูนย์ระหว่างสันเหงือกว่างบนและล่าง



ก

ข

ค

ภาพที่ 17 ลองฟันขณะกัฒสบฟัน (ก) ด้านซ้าย (ข) ตรงกลาง (ค) ด้านขวา

เลือกสีฟันโดยใช้ shade guide ของ Cosmo A3.5 เรียงฟันลักษณะ cusp teeth ให้ได้ bilateral balance occlusion เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการบดเคี้ยวที่มีประสิทธิภาพ แม้ว่าสันเหงือกกลางจะเตี้ยและแบนก็ตาม ลองฟันในผู้ป่วยโดยพิจารณาจากการออกเสียง มิติสบฟันในแนวตั้ง และ ความสวยงาม หา posterior palatal seal เมื่อเรียบร้อยทุกอย่างแล้วพิจารณานำไปทำชิ้นงานจริง (ภาพที่ 17)



ภาพที่ 18 ติดตั้งฟันปลอมบนเข้ากับกลุอุปกรณ์ขากรรไกรโดยใช้การถ่ายทอดจากเฟสโบว์



ภาพที่ 19 แสดงการใส่ฟันปลอมทั้งปากขณะกัดสบฟันในช่องปาก (ก) ด้านซ้าย (ข) ตรงกลาง (ค) ด้านขวา

หลังจากได้ชิ้นงานจริง นำไปใส่ให้คนไข้โดยใช้เช็ดด้วย pressure indicating paste (PIP) เพื่อตรวจสอบรอยกดของฟันปลอมกับเนื้อเยื่อที่ติดกับเหงือก ต้องไม่มากจนเกินไปจนทำให้เจ็บ ตรวจสอบการสบฟันและพิจารณาทำยึดปรับทางคลินิก (clinical remount) ติดตั้งฟันปลอมบนเข้ากับกลุอุปกรณ์ขากรรไกร เพื่อแก้ไขการสบฟันให้มีเสถียรภาพมากขึ้นทั้งการสบฟันในศูนย์และนอกศูนย์ด้วยการกรอเฉพาะที่ (selective grinding) (ภาพที่ 18) นำฟันปลอมให้ผู้ป่วยใส่กลับไปใช้งาน ประเมินฟันปลอมที่ทำใหม่โดยคำนึงถึงการกัดสบฟัน การบดเคี้ยว (ภาพที่ 19) ลักษณะใบหน้า ความสวยงาม ขณะถอดและใส่ฟันปลอม (ภาพที่ 20, 21) แนะนำการดูแลรักษาฟันปลอมให้ญาติผู้ป่วย ติดตามผลการรักษาจนกว่าผู้ป่วยจะใช้งานฟันปลอมได้ดี ไม่เจ็บหรือหลวม นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการที่ 7 วัน 14 วัน และ 1 เดือนหลังจากใส่ฟันปลอมไปแล้ว



ก

ข

ค

ภาพที่ 20 ก่อนใส่ฟันเทียมทั้งปากกัดสบฟัน (ก) ด้านซ้าย (ข) ตรงกลาง (ค) ด้านขวา



ก

ข

ค

ภาพที่ 21 หลังใส่ฟันเทียมทั้งปาก (ก) ด้านซ้าย (ข) ตรงกลาง (ค) ด้านขวา

วิจารณ์

ในต่างประเทศเช่น สหรัฐอเมริกาและยุโรป พบความชุกการเกิดโรครูมาตอยด์โดยประมาณเท่ากับ ร้อยละ 1 ของประชากร ส่วนในประเทศแถบเอเชียจะพบโรคนี้ได้้น้อยกว่าคือร้อยละ 0.1-0.3 ในประเทศไทย จะพบได้น้อยกว่าในหลายประเทศคือร้อยละ 0.12 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ตั้งแต่อัตราส่วน 2:1 ไปจนถึง 3:1⁽¹⁾ โรคข้อเสื่อมรูมาตอยด์เริ่มมีอาการในช่วงอายุ 35 ถึง 56 ปี มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปี จากข้อมูลข้างต้นพบว่าโรครูมาตอยด์ จะพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽²⁾

การเลือก VD สามารถทำได้หลายวิธี โดยปกติ ที่นิยมใช้จะใช้ค่า VD ที่ได้จากผลต่างของระยะกัดสบ ของแท่งกัดอยู่ในช่วง interocclusal distance 2-4 มิลลิเมตร จากตำแหน่งระยะปะลอดสบฟัน แต่ในกรณีของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยรายนี้ใช้ค่า VD ที่วัดจากการใส่

ฟันปลอมเดิมขณะกัดสบ เนื่องจากการใช้ค่า VD ที่ มากเกินไปอาจส่งผลต่อการทำงานของข้อต่อขา กรรไกร และอาจเกิดความบาดเจ็บขึ้นได้⁽³⁾

จากภาพถ่ายรังสีพาโนรามิกในรายที่มีความ รุนแรงของโรครูมาตอยด์มากอาจพบลักษณะช่องว่าง ภายในข้อต่อขากรรไกรจำกัด คอนไดน์แบนหรือมี ลักษณะขรุขระเนื่องจากการทำลายของกระดูก ทำให้อ้าปากได้จำกัด เกิดการยึดติดของข้อต่อขา กรรไกร ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ในผู้ป่วยรูมาตอยด์ แต่ ในรายนี้ผู้ป่วยยังสามารถอ้าปากได้กว้างปกติแม้จะพบ พยาธิสภาพที่ข้อต่อขากรรไกรด้านขวาชัดเจน⁽⁴⁾

การแก้ไขการสบฟันของฟันเทียมทั้งปาก สามารถรอแก้ไขได้เลยข้างแก้อี แต่หากมีข้อผิดพลาดมาก อาจเลือกวิธีการทำ clinical remount เนื่องจากการถ่ายทอดการสบฟันลงในอุปกรณ์ จำลองขากรรไกร ทำให้การรอแก้ไขสามารถทำได้

ง่ายขึ้น โดยเฉพาะบางมุมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ภายในช่องปากผู้ป่วย การกรอแก้ไขและตรวจสอบการสบฟันในขากรรไกรจำลองที่รองรับด้วยวัสดุที่เป็นพื้นแข็งมั่นคงทำได้ง่ายและแม่นยำกว่าทำในช่องปากเนื่องจากเนื้อเยื่อในช่องปากมีการขยับตัวหรือยุบตัวได้ และการกัดฟันในแต่ละครั้งอาจไม่ใช่ตำแหน่งที่ถูกต้อง เช่นคนไข้อาจจะกัดในตำแหน่งสบในศูนย์หรือนอกศูนย์ที่ผิดไป ทำให้การแก้ไขผิดพลาด การทำ clinical remount ยังช่วยแก้ปัญหาที่เกิดจากการความผิดพลาดภายหลังจากการอัดฟันเสร็จ เช่นการขยายตัวของวัสดุอะคริลิก หรือการเคลื่อนของซีฟันปลอมเล็กน้อย ทำให้ฟันไม่แตะกันทุกซี่ และลดจำนวนครั้งของการติดตามผลการรักษาได้ด้วย⁽⁵⁾

แนวทางการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นข้ออักเสบรูมาตอยด์ ในกรณีที่มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรควรให้คนไข้พักระหว่างทำหัตถการในช่องปากบ่อยกว่าปกติ หากมีอาการปวดตึง ของกล้ามเนื้อหรือข้อต่อขากรรไกรให้ประคบอุ่น แนะนำการรับประทานอาหารอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารแข็ง เหนียว หรืออาหารที่เคี้ยวลำบาก และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอาการปวดข้อต่อมากขึ้น เช่น กัดเล็บ หาว อ้าปากกว้าง ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยมีน้ำลายน้อยแนะนำให้เคี้ยวหมากฝรั่งที่ปราศจากน้ำตาลเพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลาย จิบน้ำเป็นประจำเพื่อลดอาการปากแห้งหรือใช้น้ำลายเทียม นัดติดตามอาการถี่ขึ้น ส่งต่อผู้ป่วยแพทย์เฉพาะทางถ้าจำเป็นในกรณีปากแห้งรุนแรง และหมั่นทำความสะอาดฟันปลอม ถอดแช่น้ำไม่ใส่นอนตอนกลางคืน^(6,7)

การนัดหมายทำฟันในผู้ป่วยที่เป็นข้ออักเสบรูมาตอยด์ ทันตแพทย์ควรนัดหมายทำหัตถการในช่วงบ่าย เนื่องจากช่วงเช้าคนไข้มีอาการปวดข้อ ร่วมกับข้อฝืด (morning stiffness) ทำหัตถการช่วงเวลาสั้น สามารถนัดหมายถี่ขึ้นได้ ปรับเก้าอี้ทำฟันและทำ

นั่งของผู้ป่วยในตำแหน่งที่รู้สึกสบาย ไม่ปวดคอและหลัง และควรแจ้งผู้ป่วยว่าสามารถขอพักได้ตลอดการรักษา⁽⁸⁾

ข้อคิดเห็น

ผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์มักมีข้อต่อขากรรไกรผิดปกติ การอ้าปากค้างไว้เป็นเวลานานอาจส่งผลกระทบต่อข้อต่อขากรรไกรของคนไข้โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ หากข้อต่อขากรรไกรยึดติดหรือผิดรูปไป ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบบดเคี้ยวของคนไข้ได้ ภาวะปากแห้งและน้ำลายน้อยจะส่งผลการยึดติดของฟันปลอมและเป็นแผลในช่องปากได้ง่ายขึ้น เนื่องจากฟันปลอมมีโอกาสเสียดสีกับเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก ร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุมีเนื้อเยื่อต่างๆในร่างกายบางและอ่อนแอลงเป็นปกติอยู่แล้ว และผู้ป่วยกลุ่มนี้จะติดเชื่อในช่องปากง่ายเนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกันหรือสเตียรอยด์ร่วมด้วย ร่วมกับการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองไม่ดี การติดตามผลการรักษาจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น นอกจากนี้การตรวจประเมินการผิดรูปของข้อต่อขากรรไกรในผู้ป่วยสูงอายุ สามารถทำได้จากการสังเกตลักษณะภายนอกช่องปาก การอ้าปากและหุบปากแบบหล่อจำลอง และการถ่ายภาพรังสี

ในการทำฟันปลอมผู้ป่วยที่มีปัญหาสันเหงือกเตี้ยและแบนเนื่องจากการละลายตัวของกระดูกของกรรไกรมาก การปั้นขอบและพิมพ์ปากสันเหงือกกว้างจะสามารถเพิ่มการยึดติดของฟันปลอมให้ดีขึ้น และการตรวจสอบการสบฟันโดยทำ clinical remount จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการบดเคี้ยว แก้ไขจุดกัดสบค้ำ และลดปัญหาฟันปลอมกระดกจากการเคี้ยวได้ รวมถึงการให้ทันตสุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในเรื่องการดูแลทำความสะอาดฟันปลอม และประเภทอาหารที่รับประทานเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

| | |
|--|--|
| สรุป | |
| การทำฟันเทียมทั้งปากในผู้ป่วยสูงอายุและเป็นโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ นอกจากการทำตามขั้นตอนการทำฟันเทียมทั้งปากอย่างถูกต้องตามหลักการ | แล้ว สิ่งที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติมคือพยาธิสภาพของข้อต่อขากรรไกร และภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย |

เอกสารอ้างอิง

1. Markenson JA. Worldwide trends in the socioeconomic impact and long-term prognosis of rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1991;21(2 Suppl 1):4-12.
2. Health Alo, Welfare. *Rheumatoid arthritis.* Canberra: AIHW; 2020.
3. Alhaji MN, Khalifa N, Abduo J, Amran AG, Ismail IA. Determination of occlusal vertical dimension for complete dentures patients: an updated review. *J Oral Rehabil* 2017;44(11):896-907.
4. González-Chávez SA, Pacheco-Tena C, Torres RMC, Quiñonez-Flores CM, Reyes-Cordero G, Frescas TdJC. Temporomandibular and odontological abnormalities in patients with rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin (Engl Ed)* 2020;16(4):262-71.
5. Verhaeghe TV, Linke BA, Cable CE, Mostafa N. Clinical remounting of complete dentures: a systematic review. *J Prosthet Dent* 2019;121(4):604-10.
6. Moen K, Bertelsen L, Hellem S, Jonsson R, Brun J. Salivary gland and temporomandibular joint involvement in rheumatoid arthritis: relation to disease activity. *Oral Dis* 2005;11(1):27-34.
7. Treister N, Glick M. Rheumatoid arthritis: a review and suggested dental care considerations. *J Am Dent Assoc* 1999;130(5):689-98.
8. De Souza S, Bansal R, Galloway J. Managing patients with rheumatoid arthritis. *BdJ Team.* 2017;4(4):17064.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีภาวะเลือดออก
ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Ruptured Aneurysm with Subarachnoid Hemorrhage:
2 Case study

วิไล สุรสาคร พย.ม.

Wilai Surasakhon M.N.S.R.N.

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

Department of Nursing

โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Samutsakhon Hospital

จังหวัดสมุทรสาคร

Samutsakhon

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

Region 3 Medical and Public Health Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Vol. 19 No. 3 September-December 2022

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเป็นภาวะวิกฤติทางระบบประสาทที่มีความซับซ้อนและรุนแรง เนื่องจากเมื่อหลอดเลือดในสมองที่โป่งพองเกิดการแตก เลือดจะออกมาจากหลอดเลือดแดงเข้าสู่ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางซึ่งสร้างผลกระทบกับสมองได้มาก ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตหรือพิการสูง การเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้การช่วยเหลือที่รวดเร็ว และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หรือลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง สามารถฟื้นฟูสภาพและกลับบ้านไปอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ในการศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย เป็นเพศชายอายุ 52 ปี ที่มีภาวะเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัด และหลอดเลือดสมองหดเกร็ง ทำให้สมองขาดเลือดในระยะหลัง และเพศหญิงอายุ 46 ปี มีภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อแผลผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลในด้านการประเมินติดตามอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกซ้ำ การดูแลหลังผ่าตัดหนีบหลอดเลือด และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะหดเกร็งของหลอดเลือด ตลอดจนการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

คำสำคัญ: หลอดเลือดสมองโป่งพอง เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง

Abstract

Cerebral aneurysm is a complex, severe neurological crisis. When aneurysm ruptures, it can cause bleeding from artery into subarachnoid space that negatively affects the brain. The patients have high risk of death and disability. Close monitoring, quick and proper treatment, using the nursing process correctly and completely in every step will save them from complications or reduce the impact of them. The patients can quickly recover and discharge from hospital with good quality of life. In this study, which about nursing care of Rupture Aneurysm with Subarachnoid Hemorrhage compares 2 patients. One is a 52-year-old male with re-bleeding after surgery, cerebral vasospasm causing delayed cerebral ischemia. Another one is a 46-year-old female with meningitis complication from surgical wound infection. The results illustrate that utilizing the nursing process include closely assessing neurological deterioration, monitoring of re-bleeding, providing post-clipping care, preventing cerebral vasospasm, and promoting recovery produce good outcome. These can keep patients safe from crises and good quality of life.

Keywords: Cerebral aneurysm, Subarachnoid hemorrhage, Cerebral vasospasm

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (cerebral aneurysm) เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการบางลงของผนังหลอดเลือดสมอง ทำให้ผนังหลอดเลือดสมองโป่งพองออกคล้ายบอลูน และเมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้นจะแตกออก เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage: SAH)⁽¹⁾ ซึ่งเป็นภาวะที่มีความรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราเสียชีวิตและพิการสูง⁽²⁾ มีอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลกประมาณ 6.7 ต่อประชากร 100,000 คน แตกต่างกันไปตามแต่ละพื้นที่⁽³⁾ ความรุนแรงของโรคส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาไม่ดี ผู้ป่วย 1 ใน 3 ที่รอดชีวิตต้องการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาวเนื่องจากมีอาการบกพร่องทางระบบประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี⁽⁴⁾ โรคนี้มักเกิดขึ้นกับเส้นเลือดบริเวณฐานกะโหลกศีรษะ ตำแหน่งที่เกิดการโป่งพองมักจะเป็นจุดที่หลอดเลือดแดงมีการแยกสาขาออก

ออกจากกัน เนื่องจากเป็นบริเวณที่ได้รับแรงเฉาะหรือกระทบจากกระแสเลือดอยู่ตลอดเวลา โดยมีอัตราการเกิดจำแนกตามตำแหน่งดังนี้คือ anterior communicating artery (Acom) พบประมาณร้อยละ 30, posterior communicating artery (Pcom) พบประมาณร้อยละ 2, middle cerebral artery (MCA) พบประมาณร้อยละ 20, internal carotid bifurcation พบประมาณร้อยละ 15, basilar tip พบประมาณร้อยละ 10, vertebral artery พบประมาณร้อยละ 5 และพบมากที่สุดที่ vertebral – posterior inferior cerebellar artery (PICA) ประมาณร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 30 ของเส้นเลือดโป่งพองมีมากกว่าหนึ่งตำแหน่งในผู้ป่วยรายเดียวกัน ขนาดของกระเปาะมีตั้งแต่ขนาดเล็ก ๆ ไม่กี่มิลลิเมตร จนถึงขนาด 2-3 เซนติเมตร ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติภาวะนี้ในครอบครัว โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษา สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะอาการที่เด่นชัดเมื่อ

เกิดมีเลือดออกจากหลอดเลือดในสมองคือ อาการปวดศีรษะซึ่งมักจะรุนแรงมากและเกิดขึ้นอย่างทันที อาการปวดมักจะเพิ่มขึ้นจนถึงจุดสูงสุดภายในเวลาไม่กี่วินาที ผู้ป่วยราวร้อยละ 10-40 อาจเริ่มมีอาการปวดศีรษะนำมาก่อน คล้ายสัญญาณเตือนก่อนเกิดมีเลือดออกจริงประมาณ 2-8 สัปดาห์ ซึ่งมักจะเกิดจากการเริ่มมีเลือดรั่วออกมาจากหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีเลือดออกอาจให้ประวัติการทำกิจกรรมที่หนักหรือมีความเครียดในช่วงที่เกิดอาการก็ได้ แต่โดยมากแล้วสามารถเกิดภาวะเลือดออกได้แม้จะเป็นการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อาการและอาการแสดงอื่น ๆ ที่อาจพบร่วมด้วย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ตาสู้แสงไม่ได้ คอตึงแข็ง มีความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ และในบางรายอาจมีอาการหมดสติชั่วคราวได้ สำหรับผู้ป่วยที่มีเลือดออกอย่างรุนแรงอาจพบมีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงไปจนถึงโคม่าได้ ซึ่งระดับความผิดปกติของอาการและอาการแสดงเมื่อแรกวินิจฉัยที่มาก บ่งบอกถึงแนวโน้มการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

การตรวจประเมินผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาถึงแพทย์ เป้าหมายแรกของการรักษาคือ การพยายามลดโอกาสของการเกิดและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการมีเลือดออก โดยเฉพาะในแง่ของการทำงานของสมองให้ได้มากที่สุด โดยขั้นตอนควรดูแลทางเดินหายใจให้เปิดโล่งและมีระบบไหลเวียนเลือดทำงานที่เป็นปกติ ควบคุมและป้องกันอาการชัก จากนั้นจึงพิจารณาทำการตรวจวินิจฉัยในขั้นตอนต่อไป ได้แก่ การตรวจทางรังสีวิทยา การตรวจขั้นต้นที่จำเป็นในการวินิจฉัย ได้แก่ การตรวจ computerized tomography (CT) สมองโดยไม่ฉีดสารทึบแสง การตรวจด้วยวิธีนี้มีความไวมากถึงร้อยละ 100 ภายใน 3 วันแรกหลังเกิดโรค แต่จะลดลงเหลือประมาณร้อยละ 50 หลังจากเกิดโรคไป

แล้ว 5-7 วัน บางรายอาจพบมีก้อนเลือด (hematoma) หรือมีน้ำในสมอง (hydrocephalus) ร่วมด้วยได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรีบให้การรักษาโดยการผ่าตัดในทันที สำหรับในรายที่ลักษณะอาการและอาการแสดงเข้าได้ชัดเจนหรือยังมีข้อสงสัย แต่ผลการตรวจ CT ไม่พบความผิดปกติ ควรทำการตรวจเพิ่มเติมในขั้นต่อไป ปัจจุบันแนะนำการตรวจด้วย CT angiography (CTA) ซึ่งจะสามารถตรวจพบได้ทั้งก้อนเลือดที่คั่งอยู่ในเนื้อสมอง ซึ่งอาจจะต้องรีบให้การรักษาด้วยการผ่าตัด และการตรวจหาหลอดเลือดจุดที่ผิดปกติ ด้วยเทคนิคดังกล่าวนี้จะสามารถตรวจหาหลอดเลือดที่โป่งพองขนาดตั้งแต่ 2 มิลลิเมตรขึ้นไปได้อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ภายในจุดที่เกิดการโป่งพองนั้น หากมีลิ้มเลือดก่อดำอยู่ภายในก็อาจทำให้ตรวจไม่พบก็ได้ เทคนิคอื่น ๆ ที่อาจนำมาใช้ร่วมกับการตรวจ CTA ได้แก่ การทำ digital subtraction angiography และเทคนิคการสร้างภาพในแบบ 2 มิติและ 3 มิติ ซึ่งช่วยเพิ่มความไวในการตรวจวินิจฉัยให้มากขึ้นอย่างมาก และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการรักษาต่อไปได้ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางร้อยละ 40-70 มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยอาจตรวจพบช่วง QT ยาวขึ้น คลื่น Q หัวใจเต้นผิดจังหวะ และการยกของช่วง ST ซึ่งอาจคล้ายกับที่พบในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

การรักษาทางยาเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกซ้ำ ซึ่งมีโอกาสในการเสียชีวิตหรือมีความพิการมากกว่าผู้ป่วยที่มีเลือดออกเพียงครั้งเดียวอย่างมาก โดยผู้ป่วยที่มีเลือดออกครั้งแรกจะมีโอกาสเกิดเลือดออกซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงแรกราวร้อยละ 4-14 และความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกซ้ำจะยังสูงต่อไปได้อีกถึง 30 วันหากยังไม่ได้รับการรักษา การ

รักษาที่อาจพิจารณาให้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาต้านการสลายลิ่มเลือด และยากันชัก ส่วนการรักษาหลอดเลือดโป่งพองในสมองที่แตกแล้วเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัยและมีประโยชน์มากในแง่ของการป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ แต่ควรทำโดยแพทย์ที่มีความชำนาญและความพร้อมของหน่วยงาน⁽⁵⁾ วิธีการในการรักษาที่ใช้ ได้แก่ การผ่าตัด open surgical clipping⁽⁴⁾ การรักษาด้วยวิธีนี้จำเป็นต้องมีการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (craniotomy) โดยมีกรใช้กล้องจุลทรรศน์เข้ามาช่วยเพื่อเปิดแยกเยื่อหุ้มสมองส่วน subarachnoid space และโยกส่วนของฐานสมองให้สามารถเห็นได้ชัด หลังจากที่ทำจุดโป่งพองของหลอดเลือดแล้วจึงใช้คลิปที่ทำจาก titanium หนีบที่บริเวณก้านของจุดที่โป่งเพื่อให้ส่วนปลายที่โป่งพองแฟบลง แต่ยังสามารถให้เลือดไหลเวียนผ่านหลอดเลือดส่วนที่ปกติไปได้ และการทำหัตถการ endovascular aneurysm obliteration เป็นการนำหัตถการผ่านหลอดเลือดโดยใช้สายสวนสอดเข้าทางหลอดเลือด ซึ่งนิยมผ่านทาง femoral artery ที่บริเวณขาหนีบไปยังสมองและนำทางด้วย fluoroscope ไปหยุดอยู่เส้นเลือดก่อนถึงจุดโป่งพอง (parent artery) จากนั้นจึงใช้สายสวนขนาดเล็ก (micro catheter) ผ่านเข้าไปในจุดที่โป่งพอง แล้วสอดขดลวดโลหะ (metal coils) เข้าไปภายใน ขดลวดโลหะจะทำให้เลือดที่ไหลเวียนผ่านเข้าไปในจุดที่โป่งพองหยุดลง และกระตุ้นให้เกิดการสร้างลิ่มเลือดขึ้นภายใน ทำให้จุดโป่งพองนี้อุดตัน และไม่เกิดเลือดออกซ้ำได้⁽⁶⁾

การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งและสมองขาดเลือด ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็ง (vasospasm) สามารถพบได้ราวร้อยละ 90 ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้ม

สมอง⁽⁷⁾ โดยมักจะเริ่มพบมีความผิดปกติเกิดขึ้นราววันที่ 3-4 หลังเกิดเลือดออก และสูงสุดในวันที่ 7-10 จากนั้นจึงค่อย ๆ ลดลงจนหายไป ใน 14-21 วัน⁽²⁾ ส่วนภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง (delayed cerebral ischemia: DCI) เป็นความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะที่ ที่พบได้ราว 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยมักจะเกิดขึ้นในช่วง 4-14 วันหลังจากมีเลือดออก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญมากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ปัจจุบันในแง่ของการป้องกันภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลังนั้น แนะนำการใช้ Nimotop⁽⁸⁾ ชนิดรับประทานตั้งแต่แรก วินิจฉัยไปจนถึง 21 วัน เนื่องจากสามารถลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนลงได้ราว 1 ใน 3 และเมื่อมีอาการของการหดเกร็งของหลอดเลือด มักมีการนำแนวทางการรักษาที่เรียกว่า Triple H therapy มาใช้⁽⁹⁾ ซึ่งได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยเกิดมีภาวะของความดันโลหิตสูง (hypertension) ให้ systolic blood pressure (BP) อยู่ที่ 160-200 มิลลิเมตรปรอท อาจทำให้สูงขึ้นโดยให้ intravenous (IV) fluid, inotrope/pressors เป็นต้น การให้ IV fluid เพื่อเพิ่ม volume ในเส้นเลือดมากขึ้น (hypervolemia) เพื่อส่งเสริมให้มี cerebral blood flow มากขึ้น ให้ระดับ central venous pressure (CVP) อยู่ที่ 10-12 มิลลิเมตรปรอท และ pulmonary capillary wedge pressure (PCWP) อยู่ที่ 15-18 มิลลิเมตรปรอท และการทำให้เลือดไม่เข้มข้นมากเกินไปนัก (hemodilution) ซึ่งอาจทำให้เลือดไหลหมุนเวียนไม่สะดวก การทำคือการให้ IV fluid ให้ระดับของ hematocrit (Hct) อยู่ที่ประมาณร้อยละ 30-35 ส่วนภาวะน้ำคั่งในช่องสมอง (hydrocephalus) พบได้ประมาณร้อยละ 15-87⁽¹⁰⁾ แต่ส่วนใหญ่แล้วมักจะไม่น่ารุนแรงและไม่มีความสำคัญทางคลินิกชัดเจน อาการอาจเกิดได้อย่างรวดเร็วหรือช้ากินเวลาหลายวัน

หรือหลายสัปดาห์ได้ จึงต้องสงสัยไว้เสมอในรายที่มีอาการแย่ลงหลังจากที่ดีขึ้นแล้วในระยะแรก ในรายที่เกิดมีอาการรุนแรง เช่น ทำให้ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ควรให้การรักษาโดยใส่ external ventricular drain (EVD) ซึ่งสามารถทำให้อาการทางระบบประสาทดีขึ้นได้ ในบางรายที่มีอาการต่อเนื่องนานหรือเรื้อรัง ซึ่งพบได้ราว 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เกิด acute hydrocephalus อาจพิจารณาเลือกใส่ ventriculoperitoneal shunt ได้

จากสถิติของหน่วยงานห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรมโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นแหล่งที่ศึกษาครั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2562 ถึง 2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางจำนวน 13, 7 และ 21 ราย และมีอัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 7.69, 14.29 และ 9.52 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความท้าทายสำคัญของทีมสุขภาพในทุกระบวนการดูแลรักษา โดยเฉพาะพยาบาลผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา และหลงเหลือความพิการให้น้อยที่สุด ตลอดจนมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งประโยชน์ที่ได้จากการรายงานผู้ป่วย 2 รายนี้ จะเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตกที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางสามารถประเมินปัญหาความต้องการ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และทันท่วงที ก่อให้เกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดี

รายงานผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย นับถือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 1 วัน ก่อนส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเอกชน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ภรรยาให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไปได้ยามารับประทาน อาการไม่ทุเลา วันนี้นำไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ได้รับการตรวจ CT brain พบ SAH with mild swelling, possibly old infarction of right posterior cerebral artery (PCA) territory, old Lacunar infarction, no intracerebral hematoma (ICH) or hydrocephalus และตรวจ CTA พบ aneurysm at right anterior cerebral artery (ACA) มีความดันโลหิตสูง ได้ให้ Nicardipine 1:5 อัตรา 50 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง จากนั้นส่งตัว มารักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์สมุทรสาคร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 ปี ขาดยามา 2 เดือน ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่มานานมากกว่า 10 ปี ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด การแพ้ยาหรืออาหารทะเล

การวินิจฉัย ruptured aneurysm with SAH แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาลที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 เวลา 17.45 น.

การตรวจร่างกายแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ตรวจ motor power แขนขา 2 ข้าง ชยับได้เกรด 5 หายใจเอง ไม่เหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้ง

ต่อมาที่ อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 126/64 มิลลิเมตรปรอท O_2 sat 100 เปอร์เซ็นต์ ปวดศีรษะเล็กน้อย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งเลือดตรวจ CBC ผล WBC สูง 13.7 เซลล์ต่อไมโครลิตร, BUN, Cr, Co agulogram ปกติ, electrolyte พบผล Na ต่ำเล็กน้อย 131 มิลลิโมลต่อลิตร K ปกติ 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร Cl ปกติ 91 มิลลิโมลต่อลิตร ผลตรวจ Anti HIV negative

หลังเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยได้รับยากันชัก Dilantin 100 มิลลิกรัม IV ทุก 8 ชั่วโมง ที่ต้องมีการเฝ้าระวังอาการแพ้ซึ่งมีความรุนแรง และถ้าให้เร็วเกินไป อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำได้, Losec 40 มิลลิกรัม IV OD, Dexamethasone 4 มิลลิกรัม IV ทุก 12 ชั่วโมง, Transamine 500 มิลลิกรัม IV ทุก 6 ชั่วโมง, Amlodipine 1 เม็ด วันละ 2 ครั้งหลังอาหาร, Nicardipine 1:5 อัตรา 30-70 มิลลิเมตรต่อชั่วโมง ควบคุม SBP ให้น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ หลังรับไว้รักษาตรวจวัดความดันโลหิตไม่สูง สามารถลดและหยุดยา Nicardipine ได้ในวันแรก วันรุ่งขึ้นส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อทำ craniotomy with clipping aneurysm โดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด มีการอธิบายขั้นตอนการผ่าตัดและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การผ่าตัดใช้เวลา 8 ชั่วโมง เสียเลือด 500 มิลลิกรัม hematocrit หลังผ่าตัด 44 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว E1VTM1 ขนาดรูกานตา 3 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง on ET tube No.8/22 with Ventilator CMV, VT 550, PF 60, RR 12, PEEP 3, FiO2 0.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองบวม

และความดันในกะโหลกศีรษะสูง และประเมินอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด หลังผ่าตัด 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4VTM6 ขนาดรูกานตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) แขนขาขวาขยับได้เกรด 5 แต่แขนซ้ายขยับได้เกรด 1 ขาซ้ายไม่ขยับ รายงานแพทย์ให้ส่งตรวจ CT brain ซ้ำ พบ new subdural fluid-bleed along bilat anterior frontal convexities, scattered SAH, no change of lacunar infarction and old cortical infarction at right occipital lobe มีการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและภาวะ diabetes insipidus (DI) พบปัสสาวะออกมาก 1,630 มิลลิเมตรต่อ 8 ชั่วโมง แพทย์ให้เพิ่ม Voluven 500 มิลลิกรัม อัตรา 20 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง, 10% glycerosteril 500 มิลลิกรัม อัตรา 40 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง และให้ NSS 60 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาขวาขยับได้เกรด 5 แขนซ้ายขยับได้เกรด 2 ขาข้างซ้ายขยับได้เกรด 1 แพทย์ให้ consult physiotherapy และเริ่ม wean ventilator เป็น mode SIMV RR 12, PS 12, FiO2 0.35 สังเกตอาการผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย O_2 sat 100 เปอร์เซ็นต์ มีอาการปวดศีรษะและแผลผ่าตัดเป็นพัก ๆ ประเมิน pain score ได้ 0-3 คะแนน ให้ยาแก้ปวด Fentanyl 10:1 อัตรา 5 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง SBP 120-140 มิลลิเมตรปรอท สามารถหยุดยา Levophed ได้ การติดตามปัสสาวะยังออกมาก 200-300 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ตรวจ urine sp.gr ได้ 1.010-1.022 และส่งตรวจเลือดพบ K ต่ำ 3.1 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้ E.KCl 30 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง 2 มื้อทางสายยาง ผู้ป่วยรับอาหารทางสายยางได้ดี ให้ Voluven 500 มิลลิกรัม อัตรา 20 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง

ลด 10% Glycerosteril 500 มิลลิลิตร เหลืออัตรา 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ลด NSS 1,000 มิลลิลิตร เหลืออัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ปัสสาวะยังออกมาก 250-400 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตรวจ urine sp.gr ได้ 1.014 แพทย์ให้ Minirin 2 puff พ่นจมูก 2 ครั้ง ห่างกัน 10 ชั่วโมง ให้หยุด Voluven และ 10% Glycerosteril, on NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผลตรวจ electrolyte K ปกติ 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาขาขยับได้เกรด 5 ข้างซ้ายขยับเกรด 2 หายใจไม่เหนื่อย เริ่ม on O₂ T-pieces 10 LPM, RR 13-26 ครั้งต่อนาที O₂sat 100 เปอร์เซ็นต์ SBP 110-160 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจ electrolyte K ปกติ 3.6 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ส่งตรวจ CT brain ติดตาม พบ increase size of acute infarction at left inferior frontal lobe, decrease of mild brain swelling ติดตามอาการทางระบบประสาท ไม่พบภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ให้สารน้ำเป็น NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยหายใจเองไม่เหนื่อย สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ O₂sat 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการทั่วไปคงที่ แขนขาขาขยับได้เกรด 5 แขนขาข้างซ้ายขยับเกรด 3 ดูแลให้ผู้ป่วยทำ passive และ active exercise ไม่มีข้อติดแข็ง SBP 130-150 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี dry dressing ด้วยหลัก aseptic technique วันละครั้ง ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกมีความสมดุลกัน แพทย์พิจารณาให้ย้ายผู้ป่วยออกไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญได้ในวันที่ 6 มิถุนายน 2564 ให้จับน้ำและถอดท่อสายสวนปัสสาวะวันรุ่งขึ้น รวมเวลาที่รักษาอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมเป็น

เวลา 6 วัน

ขณะพักรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาขาขยับได้เกรด 5 แขนขาข้างซ้ายขยับเกรด 4 มีปัญหาหลังตัดไหมแผลผ่าตัดที่ศีรษะ แผลปริแยกเล็กน้อย ไม่มี discharge ซึม แพทย์ re-suture ให้ และตัดไหมอีก 10 วันต่อมา แผลแห้ง ติดดี ไม่มีไข้ อาการทั่วไปคงที่ ความดันโลหิตปกติ แพทย์จึงอนุญาตให้จำหน่ายได้ในวันที่ 19 มิถุนายน 2564 รวมวันที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 19 วัน และนัดตรวจติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ในวันที่ 2 กรกฎาคม 2564 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมระบบประสาท

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 46 ปี สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย นับลือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 6 ชั่วโมงก่อนส่งต่อมาจากโรงพยาบาลทั่วไป

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน สามีให้ประวัติว่า 2 สัปดาห์ก่อน มีอาการปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ รับประทานยาแก้ปวดเอง วันนี้มีอาการปวดศีรษะมากขึ้น ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง มีคลื่นไส้ อาเจียน และจะปวดศีรษะมากขึ้นขณะอาเจียน ไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับการตรวจ CT brain พบ SAH จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์สมุทรสาคร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ ปฏิเสธการผ่าตัด แพ้ยา หรือแพ้อาหารทะเล

การวินิจฉัย SAH

แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษาที่ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมในวันที่ 15 สิงหาคม 2564 เวลา 16.50 น.

การตรวจร่างกายแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS

E4V5M6 ขนาดรูก้อนตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง แขนขา 2 ข้างขยับได้เกรด 5 หายใจได้ปกติ ไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 23 ครั้งต่อนาที O₂ sat 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 137/83 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล CXR และ EKG 12 leads ปกติ ส่งตรวจ CBC ผล Hct 35.9 เปอร์เซ็นต์ WBC สูง 14.0 เซลล์ต่อไมโครลิตร, BUN, Cr, electrolyte, Ca, Mg, PO₄, coagulation test ผลปกติ, Anti HIV negative, DTX สูงเล็กน้อย 155 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

หลังเข้ารับการรักษาแพทย์ให้ NSS 1,000 มิลลิตร อัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง, ให้ยากันชัก Dilantin 100 มิลลิกรัม IV ทุก 8 ชั่วโมง โดยต้องมีการเฝ้าระวังอาการแพ้ซึ่งมีความรุนแรง และถ้าให้เร็วเกินไปอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำได้ หลังจากนั้นผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ได้รับยา Plasil 10 มิลลิกรัม IV, 20% Mannitol 100 มิลลิกรัม IV ทุก 8 ชั่วโมง, Dexamethasone 4 มิลลิกรัม IV ทุก 4 ชั่วโมง, ให้ยาลดการหดเกร็งของหลอดเลือด Nimotop (30 มิลลิกรัม) 2 tab oral ทุก 4 ชั่วโมง, Nicardipine 1:5 อัตรา 6 มิลลิตรต่อชั่วโมง ควบคุม SBP ให้น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกซ้ำ ผู้ป่วยมีความดันโลหิตคงที่ สามารถหยุดยา Nicardipine ได้เวลา 20.15 น. วันรุ่งขึ้นผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะและคลื่นไส้ อาเจียน SBP 120-140 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยา MO 3 มิลลิกรัม IV และ Plasil 10 มิลลิกรัม IV หลังได้ยาอาการปวดศีรษะและอาเจียนทุเลาลง แพทย์ส่งตรวจ CTA พบ rupture right anterior communicating artery aneurysm และส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดวันที่ 17 สิงหาคม 2564 ทำผ่าตัด craniotomy

with clipping aneurysm with right ventriculostomy โดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในระยะก่อนและหลังการผ่าตัด มีการอธิบายขั้นตอนการผ่าตัดและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นจริงแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การผ่าตัดใช้เวลา 6 ชั่วโมง เสียเลือด 500 มิลลิตร ได้ให้ PRC 1 unit ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว on ET tube No.7.5/22 with ventilator CMV, VT 500, RR 12, PEEP 3, FiO₂ 0.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง หลังให้ PRC hematocrit 38 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี มี Hemovac drain 1 เส้น และ EVD 1 เส้น set 10 เซ็นติเมตร เหนือรูก้อน มี CSF สีใส แดงจางกันถุง การพยาบาลคือดูแลสาย drain ไม่ให้หัก พับ งอ หรือเลื่อนหลุด และเป็นระบบปิดตลอดเวลา หลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยเริ่มตื่นและรู้สึกตัวทำตามสั่งได้ แขนขา 2 ข้างขยับได้เกรด 5 ปวดศีรษะ ประเมิน pain score ได้ 7 คะแนน BP สูงขึ้น 198/117 มิลลิเมตรปรอท ให้ยาแก้ปวด MO 3 มิลลิกรัม IV และรายงานแพทย์ให้ on O₂ T-pieces 10 LPM ผู้ป่วยพักได้ pain score ลดลงเหลือ 2 คะแนน BP 146/80 มิลลิเมตรปรอท ติดตามอาการทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ไม่พบภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขา 2 ข้างขยับได้เกรด 5 เฝ้าระวังภาวะ DI พบปัสสาวะสีเหลืองจางออกมาก 700 มิลลิตรต่อ 2 ชั่วโมง urine sp.gr 1.006 ส่งตรวจ electrolyte ผล K ต่ำ 3.2 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้ E.KCl 30 มิลลิตร 1 มื้อ on LR 1,000 มิลลิตร อัตรา 60 มิลลิตรต่อชั่วโมง แพทย์พิจารณาให้ถอดท่อช่วยหายใจได้ เฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย O₂ sat 100 เปอร์เซ็นต์ on O₂ cannula 3 LPM, EVD ออก 80-120 มิลลิตรต่อ 8

ชั่วโมง สีแดงจาง ไม่มี CSF ซึม Hemovac drain ออก 10-50 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมง

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขนขาขยับได้เกรด 5 ส่งตรวจ electrolyte ซ้ำ ผล K ยังต่ำ 3.2 มิลลิโมลต่อลิตร แพทย์ให้ E.KCl 30 มิลลิลิตร oral ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 2 มื้อ ปัสสาวะออกลดลง 100-120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง SBP 110-140 มิลลิเมตรปรอท

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ส่งตรวจ electrolyte ซ้ำ ผล K ปกติ 4.0 มิลลิโมลต่อลิตร แผลผ่าตัดแห้งดี EVD ออก 80 มิลลิลิตรต่อ 8 ชั่วโมง สีแดงจาง ปรับ set EVD เพิ่มเป็น 20 เซ็นติเมตร เหนือรูหู Hemovac drain ไม่ออกเพิ่ม สามารถถอด Hemovac drain ได้ แผลไม่ซึม ให้อาหารเสริมแบบชง 200 มิลลิลิตร ผู้ป่วยดูทางปากได้หมด ไม่สำลัก ไม่มีไข้ SBP 110-150 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณสารน้ำที่ได้รับและขับออกมีความสมดุล แพทย์พิจารณาให้ย้ายออกไปหอผู้ป่วยสามัญได้วันที่ 20 สิงหาคม 2564 เวลา 16.00 น. รวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม 5 วัน

ขณะพักรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยตั้ง EVD ไม่หลุด แต่มี CSF leak จากแผล ventriculostomy มีไข้ ซึมลง ปลุกตื่นยาก E4V3M5-6 แขนขาซ้ายอ่อนแรงเกรด 3 ส่งตรวจ CTA brain หลังผ่าตัดวันที่ 6

ผล resolution of SAH, no infarction ได้รับการเจาะน้ำไขสันหลังและส่งตรวจ CSF C/S พบ Staphylococcus caprae ได้รับยาปฏิชีวนะเป็น Cloxacillin หลังถอดสาย EVD แผลแห้งดี ไม่มี CSF ซึม ได้รับการทำกายภาพบำบัดจนแขนขาขยับได้เกรด 5 ทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีไข้ อาการทั่วไปคงที่ แพทย์อนุญาตให้จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 15 กันยายน 2564 และนัดตรวจติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ในวันที่ 29 กันยายน 2564 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมระบบประสาท รวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 31 วัน

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยโรคเดียวกัน แต่มีประวัติโรคประจำตัวหรือพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่างกัน อาจมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างกัน ได้แก่ การมีเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญจากโรค เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งและสมองขาดเลือดในระยะหลัง อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายที่ตอบรับกับการกระตุ้นจากการผ่าตัดต่างกัน รวมทั้งแสดงให้เห็นว่าภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา สามารถเกิดขึ้นได้ ถ้าการพยาบาลที่ให้ไม่ครอบคลุม ใกล้เคียงเพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ

| ข้อมูล | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|--------------------------------|--|---|
| ข้อมูลทั่วไป | ชายไทยอายุ 52 ปี สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย นับถือศาสนาพุทธ น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 20.58 กิโลกรัมต่อตารางเมตร | หญิงไทยอายุ 46 ปี สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย นับถือศาสนาพุทธ น้ำหนัก 47 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 17.91 กิโลกรัมต่อตารางเมตร |
| อาการสำคัญ | ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 1 วันก่อนส่ง ต่อมาจากโรงพยาบาลเอกชน | ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน 6 ชั่วโมงก่อน ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลทั่วไป |
| ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน | 3 วันก่อนมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไปตรวจที่โรงพยาบาลทั่วไป ได้ยามารับประทานอาการไม่ทุเลา วันนี้จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ตรวจ CT brain พบ SAH with mild swelling, old infarction of Rt. PCA, old lacunar infarction ตรวจ CTA พบ aneurysm at Rt. ACA จึงส่งตัวมา | 2 สัปดาห์ก่อน มีอาการปวดศีรษะเป็น ๆ หาย ๆ รับประทานยาแก้ปวดเอง วันนี้มีอาการปวดศีรษะมากขึ้น ไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง มีคลื่นไส้ อาเจียน และจะปวดศีรษะมากขึ้นขณะ อาเจียน ไปรักษาที่โรงพยาบาลทั่วไป ส่งตรวจ CT brain พบ SAH จึงส่งตัวมา |
| ประวัติเจ็บป่วยในอดีต | เป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 ปี รักษาที่ โรงพยาบาลทั่วไป ขาดยามา 2 เดือน ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่มานานกว่า 10 ปี ปฏิเสธการผ่าตัด แพ้ยา หรือแพ้อาหาร ทะเล | ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ ปฏิเสธการผ่าตัด แพ้ยา หรือแพ้อาหาร ทะเล |
| การวินิจฉัย | Ruptured Rt. ACA aneurysm with SAH | Ruptured Rt. ACA aneurysm with SAH |

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบ(ต่อ)

| ข้อมูล | กรณีศึกษาที่ 1 | กรณีศึกษาที่ 2 |
|-------------------------|--|---|
| การผ่าตัด | Craniotomy with Clipping aneurysm | Craniotomy with Clipping aneurysm with Rt.Ventriculostomy |
| ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีเลือดออกในสมองและสมองบวม 2. มีภาวะเลือดออกซ้ำในสมองหลังผ่าตัด 3. มีภาวะหลอดเลือดสมองหดเกร็งและสมองขาดเลือดในระยะหลัง 4. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด 6. ไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะและปวดแผลผ่าตัด 7. บกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงและแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง 8. วิดกกังวลจากภาวะเจ็บป่วย 9. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้าน | <ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากเลือดออกในสมอง สมองบวมและมีน้ำคั่งในช่องสมอง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำหลังผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดหดเกร็ง สมองขาดเลือดในระยะหลัง 4. มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 5. มีเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อจากแผล ventriculostomy 6. ไม่สุขสบายจากอาการปวดศีรษะ ปวดแผลผ่าตัด และคลื่นไส้ อาเจียน 7. บกพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงและแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง 8. วิดกกังวลจากภาวะเจ็บป่วย 9. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองต่อเนื่งที่บ้าน |

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยชายกรณีศึกษาที่ 1 ซึ่งมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานและได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับประวัติการสูบบุหรี่ และดื่มสุราจนถึงปัจจุบันมานานมากกว่า 10 ปี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเส้นเลือดโป่งพองและแตก⁽¹¹⁻¹³⁾ และหลังผ่าตัดแล้วยังมีเลือดออกซ้ำแม้จะได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ของการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างซ้ายหลงเหลืออยู่ ชยับได้เกรด 4 เมื่อกลับบ้าน ซึ่งเปรียบเทียบกับผู้ป่วยหญิงกรณีศึกษาที่ 2 ที่ไม่มีประวัติโรคประจำตัว แต่ไม่เคยตรวจสุขภาพ ทำให้ไม่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงซ่อนอยู่ จึงไม่ได้รับการรักษา ทำให้มีภาวะของหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็นจึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (silent killer)⁽¹¹⁾ แต่เนื่องจากไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรค คือ ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ทำให้หลังผ่าตัดเมื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ของการรักษา ผู้ป่วยจึงไม่มีภาวะเลือดออกซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จากปัญหาดังกล่าว จึงมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการให้ความรู้ในเรื่องโรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความตระหนักและให้เห็นความสำคัญกับการรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง ลดพฤติกรรมเสี่ยง และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำอีก ส่วนภาวะหลอดเลือดสมองแตกและทำให้เกิดสมองขาดเลือดในระยะหลัง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่พบได้ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด⁽⁴⁾ มักเกิดระหว่างวันที่ 4 ถึงวันที่ 14 หลังการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพองและจะค่อยๆ หายไปหลังวันที่ 21⁽²⁾ ซึ่งในกรณี

ศึกษาที่ 1 เกิดภาวะนี้หลังผ่าตัดวันที่ 3 แม้ว่าการผ่าตัดที่เร็วและระดับความรุนแรงของเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางที่ไม่รุนแรง จะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกได้ก็ตาม แต่ความเครียดของสภาพร่างกายผู้ป่วยที่เกิดหลังผ่าตัดอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตก⁽¹⁴⁾ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาสมดุลระหว่างการคงสถานะสมดุมน้ำได้เป็นปกติ ไม่ได้ให้การรักษาด้วยยาเพื่อเพิ่มความดันโลหิต เนื่องจาก SBP มากกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทตลอด โดยควบคุมความดันโลหิตให้ SBP ไม่น้อยกว่า 110 mmHg เพื่อให้มี cerebral blood flow เพียงพอ ป้องกันสมองขาดเลือดเพิ่มและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการหดเกร็งของหลอดเลือด คือ Nimotop อาการทางระบบประสาทคงที่ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ทำกายภาพบำบัดจนแขนขาชยับได้แรงมากขึ้นตามลำดับสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 รับประทาน Nimotop ซึ่งเป็นยาบรรเทาอาการหดเกร็งของหลอดเลือด ที่ต้องมีการติดตามอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากอาจทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงได้ โดยผู้ป่วยได้รับยาตั้งแต่วันแรกที่มารับการรักษาหลังจากที่มีอาการปวดศีรษะและอาเจียนรุนแรง จนต้องได้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัม และ Plasil 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และได้ Nimotop ต่อเนื่องจนครบ 19 วันจึงหยุดยา นอกจากนี้ยังได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดสมองแตกและลดภาวะ hydrocephalus หลังผ่าตัดวันที่ 6 ได้รับการตรวจ CTA ซ้ำ ไม่พบภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง แต่หลังจากย้ายผู้ป่วยออกไปนอนพักต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยได้ตั้งสาย EVD ไม่หลุดแต่มี CSF leak จากแผล ventriculostomy มีไข้ ซึมลง ปลุกตื่นยาก E4M5-6V3 แขนขาซ้ายอ่อนแรงเกรด

3 ได้รับการเจาะตรวจน้ำไขสันหลังและส่งตรวจ CSF C/S พบ Staphylococcus caprae ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา มีการสังเกตลักษณะแผล เช่น บวม แดง ร้อน หรือการมีสารคัดหลั่ง เพื่อประเมินอาการที่บ่งบอกว่าการติดเชื้อ ทำแผลโดยยึดหลัก aseptic technique ติดตามอาการทางระบบประสาท และสัญญาณชีพ หลังถอด EVD แผลแห้งดี ไม่มี CSF ซึม ไม่มีไข้ ได้รับการทำกายภาพบำบัดจนแขนขาขยับได้เกรด 5 ทั้ง 2 ข้างจนจำหน่ายกลับบ้านได้ ซึ่งการเกิดภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อแผลผ่าตัดนี้ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ถ้ามีการให้การรักษา ดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ใกล้ชิดเพียงพอ รวมทั้งมีการประเมินความเสี่ยงในการดึง EVD ของผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาทได้ถูกต้องแม่นยำ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา นี้ มีผลทำให้ผู้ป่วยรายนี้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น รวมเป็นเวลา 31 วันซึ่งนานกว่ากรณีศึกษาที่ 1 ที่นอนโรงพยาบาล 19 วัน

สรุป

ผู้ป่วยชายกรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลด้วยปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ประวัติเป็นความดันโลหิตสูง รักษาไม่สม่ำเสมอ ยังสูบบุหรี่ และดื่มเหล้ามานานมากกว่า 10 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น rup-

tured right ACA aneurysm with SAH ได้รับการผ่าตัด craniotomy with clipping aneurysm หลังผ่าตัดมีภาวะเลือดออกซ้ำ หลอดเลือดสมองหดเกร็งเกิดภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง และมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจนผ่านพ้นระยะวิกฤต มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่ รู้สึกตัวดี แขนขาข้างซ้ายแข็งแรงดี ขยับได้เกรด 5 แขนขาข้างซ้าย ขยับได้เกรด 4 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 19 วัน ส่วนผู้ป่วยหญิงกรณีศึกษาที่ 2 มาโรงพยาบาลด้วยปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น ruptured right ACA aneurysm with SAH ได้รับการผ่าตัด craniotomy with clipping aneurysm with right ventriculostomy หลังผ่าตัดมีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อจากแผล ventriculostomy และโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล จนผ่านพ้นระยะวิกฤต มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่ รู้สึกตัวดี แขนขา 2 ข้างแข็งแรงดี ขยับได้เกรด 5 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 31 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Culebras A, Elkind MS, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2013;44(7):2064-89.
2. Veldeman M, Höllig A, Clusmann H, Stevanovic A, Rossaint R, Coburn M. Delayed cerebral ischaemia prevention and treatment after aneurysmal subarachnoid haemorrhage: a systematic review. Brit J Anaesth 2016;117(1):17-40.
3. Hughes JD, Bond KM, Mekary RA, Dewan MC, Rattani A, Baticulon R, et al. Estimating the global incidence of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a systematic review for central nervous

- system vascular lesions and meta-analysis of ruptured aneurysms. *World Neurosurg* 2018;115:430-47.
4. Shah KB, Shrestha S, Jaiswal SK, Qian LB, Kui CL. Aneurysm clipping and outcome for Hunt & Hess grade 4, 5 subarachnoid hemorrhage - a literature review. *OJMN* 2018; 8(2):215-32. DOI: 10.4236/ojmn.2018.82018
 5. Kouwrobtum S. Management of unruptured intracranial aneurysm. In: Pasutharnchart N, Chutineth O, Charnarong N, editors. *Basic and clinical neuroscience*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2013. p.170-82. (In Thai)
 6. Larsen CC, Astrup J. Rebleeding after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a literature review. *World Neurosurg*. 2013 Feb;79(2):307-12.
 7. Inagawa T. Risk factors for cerebral vasospasm following aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a review of the literature. *World Neurosurg* 2016;85:56-76.
 8. Hockel K, Diedler J, Steiner J, Birkenhauer U, Danz S, Ernemann U, et al. Long-term, continuous intra-arterial Nimotop treatment of severe vasospasm after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *World Neurosurg* 2016; 88:104-12.
 9. Vivancos J, Gilo F, Frutos R, Maestre J, García-Pastor A, Quintana F, et al. Clinical management guidelines for subarachnoid haemorrhage: diagnosis and treatment. *Neurologia (English Edition)* 2014; 29(6): 353-70.
 10. Connolly ES Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, Derdeyn CP, Dion J, Higashida RT, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. *Stroke* 2012;43(6):1711- 37.
 11. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva, Switzerland: Printed Switzerland; 2014.
 12. Satirapanya C, Sathiranya P, TraiChan C. Prevalence of risk factors for stroke and depression after stroke in Phatthalung Province: cross-sectional study. *Songkhla Nakarin Vejsarn Journal* 2014; 32(5): 275-82.
 13. Puthawong W, Kittipichai W, Silawan T, Monsawaengsup C. Cerebrovascular disease risk factors among hypertensive patients in Phayao Province. *Journal of Public Health* 2014; 44(1):30-45. (in Thai).
 14. Ou C, Chen Y, Wang S, Mo J, Hu W. Case report delayed symptomatic vasospasm after clipping of an unruptured intracranial aneurysm: case report and literature review. *Int J Clin Exp Med* 2017;10(6):9697-703.

การประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทักษะคติต่อการใช้ยาเสพติด
และทัศนคติต่อการบำบัดรักษายาเสพติดในโปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Evaluation of Knowledge, Attitude towards Drug Use and Drug Therapy in Drug
Treatment Program at Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan

นิรันดร์ โชติวารังกุล พย.บ.

Neeranut Chotiwarangkul B.N.S

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

Department of Psychiatric & Narcotics

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Sawanpracharak Hospital

จังหวัดนครสวรรค์

Nakhon Sawan

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

Region 3 Medical and Public Health Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Vol. 19 No. 3 September-December 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินและเสริมสร้างความรู้ด้านยาเสพติด เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดก่อนและหลังการบำบัด ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะคติต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดยาเสพติด ศึกษาอัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (retention rate) และเปรียบเทียบระดับความรู้และการไม่เสพยา

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest- posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทุกคนที่วินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยา ผู้ติดสารกระตุ้นประสาทที่เข้าบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 เดือน ตั้งแต่ 25 มกราคม 2563 ถึง 24 มกราคม 2564 และติดตามผล 1 ปีหลังจบการบำบัด ถึง 25 มกราคม 2565 จำนวน 71 คน ขึ้นตอน คือ 1) ประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทักษะคติต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดระยะเตรียมการ 2) เสริมสร้างความรู้เรื่องโทษและผลกระทบยาเสพติดก่อนบำบัดสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างบำบัดสัปดาห์ที่ 8 และหลังจบการบำบัดสัปดาห์ที่ 16 ด้วยชุดเสริมสร้างความรู้ 15 เรื่อง และ 3) ประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทักษะคติต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เปรียบเทียบความรู้ ทักษะคติต่อการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยก่อนและหลังจบการบำบัด โดยใช้ paired samples t-test และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้ Pearson product moment

วันที่รับ (received) 21 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 สิงหาคม 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 สิงหาคม 2565

correlation coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P น้อยกว่า 0.05 ศึกษาอัตรา retention rate และจัดกลุ่มคะแนนความรู้ผู้ป่วยเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่เสพซ้ำ

ผลการศึกษา : หลังจบการบำบัดผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ย 9.25 ± 2.73 และ 12.58 ± 2.10 , $P < 0.001$) ความรู้รายข้อเพิ่มขึ้นทุกข้อ และทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดก่อนและหลังจบการบำบัด ด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (คะแนนเฉลี่ย 18.27 ± 6.24 และ 14.62 ± 6.53 , $P < 0.001$) และด้านความต้องการใช้ยาเสพติด (คะแนนเฉลี่ย 9.92 ± 5.21 และ 8.01 ± 4.49 , $P = 0.009$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย ยกเว้นด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงินและครอบครัวที่ไม่แตกต่างกัน (คะแนนเฉลี่ย 13.52 ± 1.40 และ 13.86 ± 1.49 , $P = 0.098$) ความรู้ด้านโทษและผลกระทบยาเสพติดหลังจบการบำบัด กับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจบการบำบัดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.017$) และทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังจบการบำบัดมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจบการบำบัด โดยทัศนคติด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด ($P < 0.001$) ทัศนคติด้านความต้องการยาเสพติด ($P = 0.025$) และมีทิศทางผกผันกัน โดยมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาเสพติดลดลง แต่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปี มีอัตราไม่เสพซ้ำร้อยละ 93.0 เทียบกับปี 2562 ที่ร้อยละ 80.5 โดยกลุ่มผู้ป่วยที่คะแนนความรู้หลังจบการบำบัดระดับสูงมีอัตราไม่เสพซ้ำร้อยละ 96.8 กลุ่มคะแนนปานกลางมีอัตราไม่เสพซ้ำร้อยละ 66.7 และมีอัตรา retention rate ร้อยละ 76.3 เทียบกับปี 2562 ที่ร้อยละ 58.1

สรุป : การวิจัยนี้มีประสิทธิผลดี ผู้ป่วยมีความรู้ด้านโทษและผลกระทบยาเสพติดเพิ่มขึ้น ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหรือเห็นผลดีต่อการใช้ยาเสพติดลดลง และมีทัศนคติต่อการบำบัดดีขึ้น อัตราการไม่เสพซ้ำ และอัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ได้ตามเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 55 การวิจัยทำให้เกิดการประเมินผลเพื่อการพัฒนาการบำบัดยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อผู้ป่วย ลดปัญหาเสพติดของประเทศ และสามารถนำรูปแบบและเครื่องมือไปใช้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยต่อไปได้

คำสำคัญ : การประเมินความรู้ด้านยาเสพติด, ทักษะคิดต่อการใช้ยาเสพติด, ทัศนคติต่อการบำบัดรักษา ยาเสพติด, โปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

- Objective** : 1) To evaluated and reinforce harm knowledge of drug abused patients and to compare harm knowledge attitude over the use of drugs before and after drugs therapy. 2) To study the correlation between harm knowledge and attitude on using drugs therapy. 3) To study the following rate of relapse and retention rate of drugs abused patient in 1 year
- Methods** : Methodology was Experimental research (One group pretest- posttest design), by correcting pretest score of harm knowledge, attitude over using of drugs and drugs therapy in pre-drug therapy phase to CNS stimulant drug abused patient with no psychiatric problem treated in matrix program therapy during 25 Jan 2020 to 24 Jan 2021 at department of psychiatric & Nacotics, Sawanpracharak Hospital. Having improved harm knowledge over patients in 1st, 8th and 16th weeks during 4 months of therapy, post-test score of harm knowledge, attitude use of drugs and attitude of drugs therapy in rehabilitation phase when the finished program, paired samples t-test and Pearson Product Moment Correlation Coefficient were used. followed rate of no relapse and retention rate of drugs abused patients 1 year later, during January 25, 2021- January 24, 2022.
- Results** : 71 cases who completed the program therapy were significant in pre-test and post-test of harm knowledge (\bar{X} 9.25±2.73 and 12.58±2.10, P<0.001) and score of each item was most increased. Compare pretest, In part of attitude of the benefits of drugs was significant (\bar{X} 18.27±6.24 and 14.62±6.53, P<0.001), and in part of attitude of drug demand was significant too (\bar{X} 9.92±5.21 and 8.01±4.49, P=0.009). Except, part of attitude to health effect of drug used, financial and family impact were not significant (\bar{X} 13.52±1.40 and 13.86±1.49, P=0.098). Correlation of harm knowledge and attitude of rehabilitation phase were significant (P=0.017). Correlation between part of attitude of the benefits of drugs and attitude of rehabilitation phase were significant (P<0.001). The attitude of drug demand was significant (P=0.025), and inverse direction by attitude for using of drugs was decreased but attitude of rehabilitation phase was increased. Patients who were with high score of harm knowledge no relapse in 1 year after 96.8%, In middle score group no relapse 66.7%. Following 1 year, the patients were not relapse 93.0% (2021, 80.5%) and retention rate 76.3% (2021, 58.1%). (KPI of Ministry of Public Health in 2021

were 55%)

Conclusion : This research was highly efficacy, the drugs abused patients gained more knowledge of drugs harm whereas the attitude towards drugs using decreased. Moreover, the attitude of rehabilitation phrase, no relapse and retention rate increased. Good result after 1 year surveillance. The key performance indicator of Ministry of Public Health was reached and the nation's drugs problem was reduced. The model should be suggested throughout the country.

Key words : Evaluated of knowledge, attitude of drugs use, attitude of drug treatment, drug treatment program

บทนำ

ยาเสพติดก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้เสพ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ ผู้ติดยาเสพติดบางรายมีอาการทางจิตประสาท ทำให้คุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานลดลง⁽¹⁾ ก่อปัญหา ความรุนแรง ความแตกแยกและสูญเสียรายได้ของ ครอบครัว และปัญหาอาชญากรรมในสังคม⁽²⁾ ซึ่ง ปัญหายาเสพติดพบมากขึ้น จากรายงานการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ปี 2561 พบมีคดียาเสพติด 220,286 คดี เป็นคดียาบ้า 171,678 คดี คิดเป็นร้อยละ 77.9 และไอซ์ 19,313 คดี คิดเป็นร้อยละ 8.8⁽³⁾ ในปี 2562 มีคดียาเสพติดเพิ่มเป็น 363,769 คดี⁽⁴⁾ คิดเป็นคดีที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 65.1 และผู้เข้ารับการบำบัด ยาเสพติดทั้งประเทศมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 9 พฤศจิกายน 2562 บำบัดได้ 240,500 ราย มากกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ 219,275 ราย คิดเป็นร้อยละ 109.7 ข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2560 ถึง 2562 มีผู้เข้ารับการบำบัด จำนวน 2,121, 2,293 และ 3,262 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้เข้าบำบัด ยาเสพติดของจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 289, 379 และ 704 ราย ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งพบมีจำนวนมากขึ้น ทั้งนี้กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์-

ประชารักษ์ ได้ให้การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสิทธิของจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2561 ถึง 2562 จำนวน 75, 94 และ 86 คน ตามลำดับ โดยเป็นยาบ้า และไอซ์ ร้อยละ 72.0, 85.1 และ 87.2 ตามลำดับ และในปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (retention rate) ที่ร้อยละ 50 ซึ่งในปี 2562 กลุ่มงาน มี retention rate ร้อยละ 58.1 แม้จะสูงกว่าค่าเป้าหมายแต่ยังไม่ สูงมากนัก และมีอัตราไม่เสพซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 80.5 ซึ่งเป้าหมายของกลุ่มงานตั้งไว้ที่ร้อยละ 90

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยความรู้ด้านยาเสพติด และทัศนคติด้านยาเสพติด เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เช่น มีการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการเสพแอมเฟตามีนเป็นตัวแปรสำคัญต่อการตัดสินใจหลีกเลี่ยงหรือเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเสพ ติดแอมเฟตามีน⁽⁶⁾ และความรู้ด้านยาเสพติดสัมพันธ์ กับพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติด⁽⁷⁾ โดยปัจจัยด้าน บุคคลที่ทำให้เยาวชนใช้ยาเสพติดคือ ความรู้ความ เข้าใจเรื่องยาเสพติด ซึ่งความเชื่อ บรรทัดฐาน เจตคติ เกี่ยวกับยาเสพติดมีส่วนสำคัญมากในการป้องกันยาเสพติด⁽⁸⁾ และการศึกษาพบว่า การตัดสินใจใช้ยาบ้า

ของผู้เสพยา คือ การขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เรื่องโทษพิษภัยของยาบ้าทำให้มีความเชื่อและทัศนคติ ต่อยาบ้าที่ไม่เหมาะสม⁽⁹⁾ นอกจากนั้นการสร้างภูมิคุ้มกัน การใช้ยาเสพติดจะทำให้มีทักษะการหลีกเลี่ยงจากยาเสพติดได้และมีระดับเจตคติการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดสูงขึ้น⁽¹⁰⁾ ซึ่งทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการใช้ยาเสพติดได้⁽¹¹⁾ ซึ่งการบำบัดยาเสพติดของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระบบเมทริกซ์โปรแกรม⁽¹²⁾ ที่เน้นการบำบัดด้านความคิดและพฤติกรรม นำมาใช้ครั้งแรกในประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต⁽¹³⁾ พื้นฐานโปรแกรมมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา⁽¹⁴⁾ ใช้บำบัดผู้ติดยาเสพติดโดยเฉพาะผู้ติดยากระตุ้นประสาท เช่น โคเคน และ amphetamine type stimulants (ATS) ซึ่งการบำบัดยาเสพติดของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ยังพบปัญหาของผู้เข้ารับการบำบัด ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญา การอ่านเขียน การคิดวิเคราะห์ความเป็นเหตุเป็นผล ความอดทน และความรับผิดชอบ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการบำบัดที่ผ่านมา เมื่อประเมินความรู้พื้นฐานด้านยาเสพติดก่อนการบำบัด พบว่าส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของยาเสพติดอยู่มาก โดยผู้ป่วยร้อยละ 75 ไม่ทราบว่ายาเสพติดมีผลกระทบต่อกระบวนการคิดและพฤติกรรมของตนเอง⁽¹⁵⁾ ซึ่งระบบเมทริกซ์โปรแกรมไม่เน้นเนื้อหาเรื่องโทษและผลกระทบด้านยาเสพติด แต่จากการทบทวนทฤษฎีความรู้และการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ด้านยาเสพติดมีความสำคัญเนื่องจากส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของยาเสพติดมากขึ้น เกิดทัศนคติด้านลบต่อยาเสพติดและมีทัศนคติด้านบวกต่อ

การบำบัดยาเสพติดและไม่กลับไปเสพยา ผู้วิจัยจึงออกแบบวิธีการเสริมสร้างความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของยาเสพติดร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินและเสริมสร้างความรู้ด้านยาเสพติด เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดก่อนและหลังการบำบัด ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด และทัศนคติต่อการบำบัดยาเสพติด ศึกษาอัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (retention rate) และเปรียบเทียบระดับความรู้กับการไม่เสพยา

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) แบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest- posttest design) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เลขที่ 4/2563 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท (ยาบ้า ยาไอซ์) ทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพยา ผู้ติดยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ที่ได้รับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่ 25 มกราคม 2563 ถึง 24 มกราคม 2564 และติดตามหลังการบำบัดครบ 1 ปี ถึง 25 มกราคม 2565 โดยเข้าบำบัดระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาท มีโรคติดต่อ เจ็บป่วยเป็นเวลานานระหว่างบำบัด หรือสภาพร่างกายไม่สามารถมาบำบัดแบบผู้ป่วยนอกได้ เกณฑ์ในการยุติการวิจัยคือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ร่วมมือในการบำบัด ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองบอกเลิกการบำบัด หรือเลิกเข้าร่วมการวิจัย หรือถูกจับดำเนินคดี

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการทดลอง (intervention) เป็นเครื่องมือเสริมสร้างความรู้ผู้โดยสารกระตุ้นประสาท นำมาปรับใช้จากการวิจัยเดิม⁽¹⁵⁾ จำนวน 15 หัวข้อ จาก 17 หัวข้อ โดยตัดออก 2 หัวข้อ เนื่องจากมีเนื้อหาที่ง่ายเกินไป ซึ่งเป็นสรุปเนื้อหาสำคัญจากคู่มือเมทริกซ์โปรแกรมและความรู้เรื่องโทษและผลกระทบของยาเสพติดที่กระซิบเข้าใจง่าย ตรงประเด็น ลักษณะเป็นการเฉลยแบบประเมินความรู้ผู้ป่วยทั้ง 15 ข้อ นำมาทดลองให้ความรู้ผู้ป่วยและปรับปรุงให้อ่านง่ายขึ้น จากนั้นนำมาให้ความรู้ผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1, 8 และสัปดาห์ที่ 16 ร่วมกับการบำบัดตามระบบเมทริกซ์โปรแกรมปกติที่มีเนื้อหาการให้การปรึกษารายบุคคล การฝึกทักษะการเลิกยาเริ่มต้น การฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ และครอบครัวบำบัด มีระยะเวลา 16 สัปดาห์ บำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที และมีการติดตามผล 1 ปี หลังจบการบำบัด 2) เครื่องมือประเมินผลการวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดโดยนำมาปรับใช้จากการวิจัยเดิม⁽¹⁵⁾ นำมาใช้ 15 ข้อ จาก 17 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.765 (KR-20) แบบประเมินทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดที่นำมาใช้จากงานวิจัยอื่น⁽¹⁶⁾ จำนวน 17 ข้อ มี 3 ด้าน คือ ด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด ด้านความต้องการใช้ยาเสพติด และด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert) แบ่งเป็น 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.819 และแบบประเมินทัศนคติต่อกระบวนการบำบัดที่นำมาใช้จากงานวิจัยอื่น⁽¹⁶⁾ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert) แบ่งเป็น 5 ระดับ มี 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ใช้ประเมินในระยะแรกของการบำบัด

จำนวน 7 ข้อ และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ใช้ประเมินตอนจบการบำบัด จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.899

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลบำบัดยาเสพติดที่ผ่านการอบรมการบำบัดยาเสพติดระบบเมทริกซ์โปรแกรม และมีประสบการณ์บำบัดยาเสพติดไม่น้อยกว่า 3 ปี โดยเก็บข้อมูลด้านบุคคล สถานภาพบิดามารดา ข้อมูลการใช้ยาเสพติด ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด และประเมินความรู้ด้านยาเสพติด ทักษะต่อการใช้ยาเสพติดก่อนและหลังการบำบัด ทักษะต่อการบำบัดระยะเตรียมการ และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ รวบรวมข้อมูลโดยใช้รหัสผู้ป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบต่ออาจเกิดกับผู้ป่วย

แปลผลคะแนนทัศนคติโดยใช้เกณฑ์สัมบูรณ์ (absolute criteria) โดยแบ่งช่วงค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด ด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด (ข้อ 1-9) และด้านความต้องการใช้ยาเสพติด (ข้อ 13-17) เป็นข้อคำถามเชิงลบ แปลผลค่าคะแนนมากขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด และด้านความต้องการใช้ยาเสพติดมากขึ้น ค่าคะแนนน้อยลง หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติลดลง ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว (ข้อ 10-12) เป็นข้อคำถามเชิงบวก แปลผล ค่าคะแนนมากขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติด้านการเห็นผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว มากขึ้น ค่าคะแนนน้อยลง หมายถึง มีทัศนคติลดลง และทัศนคติต่อการบำบัดระยะเตรียม

การ (ข้อ 1-7) และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ข้อ 1-8) เป็นข้อคำถามเชิงบวก แปลผลคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติมาก คะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติน้อย

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล สถานภาพบิดามารดา การใช้ยาเสพติดและผลกระทบ ผลการประเมินความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติด และทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด ทัศนคติต่อการบำบัดในภาพรวม รายด้าน รายข้อ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังจบการบำบัด เปรียบเทียบทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดผู้ป่วยก่อนและหลังจบการบำบัด โดยใช้ paired samples t- test และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติหลังจบการบำบัด และทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้ Pearson product moment correlation coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P น้อยกว่า 0.05 ศึกษาอัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (retention rate) และจัดกลุ่มคะแนนความรู้ผู้ป่วยเปรียบเทียบกับกรณีไม่เสพยา

ผลการศึกษา

เมื่อครบระยะเวลาผู้ป่วยจบการบำบัดจำนวน 71 คน จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัด 93 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.0 อายุ 25-34 ปี, 15-24 ปี และ 35-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.8, 29.6 และ 18.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 30.8 ± 10.0 ปี อายุต่ำสุด

16 ปี สูงสุด 59 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 50.7 และคู่อ้อยละ 47.9 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.3, 28.2 และ 25.4 ตามลำดับ รายได้ส่วนใหญ่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 69.0 สถานภาพบิดามารดาพบว่าแยกกันอยู่ หรืออยู่ด้วยกันไม่ราบรื่น หรือหย่าร้าง หรือเสียชีวิต รวมร้อยละ 53.5 และบิดามารดาอยู่ด้วยกันราบรื่น ร้อยละ 46.5

ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท ส่วนใหญ่ใช้ยาบ้า ร้อยละ 75.5 ยาบ้าและไอซ์ ร้อยละ 14.1 และไอซ์ ร้อยละ 8.5 ระยะเวลาส่วนใหญ่ใช้มา 1-5 ปี ใช้ 5 ขึ้นไปถึง 10 ปี และไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 32.4, 23.9, 22.5 ตามลำดับ ปริมาณที่ใช้ส่วนใหญ่ 1-5 เม็ดต่อสัปดาห์ ร้อยละ 62.0 และ 6-10 เม็ดต่อสัปดาห์ ร้อยละ 22.5 เหตุผลที่ใช้ครั้งแรกคือ อยากรอง ร้อยละ 46.5 และเพื่อนชักชวน ร้อยละ 43.7 และผลกระทบจากการใช้ยาที่สำคัญคือ การถูกจับดำเนินคดี ร้อยละ 78.9

ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทมีคะแนนความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดรวม และเฉลี่ยรายข้อหลังการบำบัดเพิ่มขึ้นทุกข้อ โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนบำบัดน้อยที่สุดในข้อ 3 เฉลี่ย 0.25 คะแนน ข้อคำถามคือ “เมื่อเลิกยาบ้า ยาไอซ์ ตอนแรกๆจะมีการเปลี่ยนแปลงของความคิดและอารมณ์เนื่องจากสาเหตุใด” และคะแนนเฉลี่ยหลังจบการบำบัดเพิ่มขึ้นมากที่สุดข้อ 3 เช่นกัน โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.50 คะแนน (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1 ผลการประเมินความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดรายชื่อก่อนและหลังการบำบัดผู้ป่วย
สารกระตุ้นประสาท**

| คำถามความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติด (คะแนนเต็ม ข้อละ 1 คะแนน) | คะแนนความรู้อเฉลี่ย (S.D.) | | |
|--|----------------------------|------------------|--------------------|
| | ก่อนการ บำบัด | หลังการ บำบัด | คะแนนเพิ่ม ขึ้น |
| 1. ยาบ้า ยาไอซ์ เป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์อย่างไรต่อระบบประสาท | 0.62 (0.49) | 0.83 (0.38) | 0.21 |
| 2. โรคสมองตึดยาเกิดจากสาเหตุใด | 0.61 (0.49) | 0.89 (0.32) | 0.28 |
| 3. เมื่อเลิกยาบ้า ยาไอซ์ ตอนแรกๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงของความคิดและอารมณ์ เนื่องจากสาเหตุใด | 0.25 (0.44) | 0.75 (0.44) | 0.50 |
| 4. คำว่า “ตัวกระตุ้น” ในเรื่องยาเสพติด หมายถึงอะไร | 0.41 (0.50) | 0.80 (0.40) | 0.39 |
| 5. ตัวกระตุ้นในเรื่องยาเสพติด ได้แก่สิ่งใดบ้าง ต่อไปนี้ | 0.66 (0.48) | 0.94 (0.23) | 0.28 |
| 6. ข้อใดเป็น “ตัวกระตุ้นภายนอก” ทั้งหมด | 0.59 (0.50) | 0.94 (0.23) | 0.35 |
| 7. สิ่งสำคัญที่สุดในการเลิกยา คือ ข้อใด | 0.76 (0.43) | 0.94 (0.23) | 0.18 |
| 8. การทำตารางกิจกรรมประจำวันและฝึกปฏิบัติตามตารางกิจกรรม มีประโยชน์ อย่างไร | 0.30 (0.46) | 0.69 (0.47) | 0.39 |
| 9. การบันทึกปฏิทินการเลิกยา มีความสำคัญ อย่างไร | 0.79 (0.41) | 0.99 (0.12) | 0.20 |
| 10. ปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในการเลิกยา และทำให้เลิกยาไม่ได้คือ ข้อใด | 0.56 (0.50) | 0.85 (0.36) | 0.29 |
| 11. สมองจะคิดถึงยา และผู้ติดยามักกลับไปเสพยาซ้ำเนื่องจากสาเหตุใด | 0.75 (0.44) | 0.93 (0.26) | 0.18 |
| 12. การทำตนเป็นคนฉลาด แต่อย่าอวดเก่ง หมายถึง | 0.46 (0.50) | 0.77 (0.42) | 0.31 |
| 13. เพื่อนที่ดี มีลักษณะอย่างไร | 0.79 (0.41) | 0.96 (0.20) | 0.17 |
| 14. เป้าหมายของชีวิตมีประโยชน์ อย่างไร | 0.72 (0.45) | 0.93 (0.26) | 0.21 |
| 15. บุหรี่ และ สุรา เป็นยาเสพติด หรือไม่ | 0.61 (0.49) | 0.94 (0.23) | 0.33 |
| คะแนนเฉลี่ยทุกข้อ | 0.62 (0.18) | 0.84 (0.14) | 0.22 |
| คะแนนรวมทุกข้อ | 9.25 (2.73) | 12.58 (2.10) | 3.35 |

ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดของผู้ป่วยรายข้อหลังจบการบำบัดส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับน้อย และข้อ 4 คือ “การเสพยาเสพติดทำให้เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น” กลุ่มผู้ป่วยมีทัศนคติระดับน้อยกว่าข้ออื่น และข้อ 11 “การเสพยาเสพติดทำให้ครอบครัวเดือดร้อน” กลุ่มผู้ป่วยมีทัศนคติระดับมากที่สุด รองลงมา คือข้อ 12 “การเสพยาเสพติดทำให้มีปัญหาด้านการเงิน” และทัศนคติต่อการไม่ใช้ยาเสพติด

ในข้อ 17 คือ “ความต้องการที่จะเสพยาเสพติด” กลุ่มผู้ป่วยมีทัศนคติระดับ น้อยที่สุด รองลงมา คือข้อ 16 “ยาเสพติดมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของท่าน” โดยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดลดลง ยกเว้นข้อ 7 (คำถามเชิงลบ) “การเสพยาเสพติดไม่ทำให้เกิดการติด” และข้อ 10 (คำถามเชิงบวก) “การเสพยาเสพติดทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม” ที่มีทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดลดลง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดรายข้อ ก่อนและหลังการบำบัด

| คำถามทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด (คะแนนเต็ม ข้อละ 5 คะแนน) | คะแนนทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด (S.D.) ระดับทัศนคติ | | |
|--|--|---------------------------|--------------------|
| | ก่อนการ บำบัด | หลังการ บำบัด | คะแนนเพิ่ม ขึ้น |
| ด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด (-) | | | |
| 1. การเสพยาเสพติดทำให้ท่านอ่อนคลาย หายเครียดหายกังวลใจ | 1.94 (1.15) น้อย | 1.65 (1.06) น้อย | -0.29 |
| 2. การเสพยาเสพติดทำให้ท่านให้มีความมั่นใจมากขึ้น | 1.94 (1.01) น้อย | 1.42 (0.79) น้อยที่สุด | -0.52 |
| 3. การเสพยาเสพติดทำให้รู้สึกเคลิบเคลิ้ม มีความสุขสนุกสนาน | 2.31 (1.06) น้อย | 1.66 (1.04) น้อย | -0.65 |
| 4. การเสพยาเสพติดทำให้ท่านเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น | 1.32 (0.69) น้อย | 1.21 (0.63) น้อยที่สุด | -0.11 |
| 5. การเสพยาเสพติดช่วยลดความเบื่อได้ | 2.00 (0.94) น้อย | 1.59 (0.90) น้อย | -0.41 |
| 6. การเสพยาเสพติดช่วยให้ท่านขยันเรียนหรือขยันทำงานมากขึ้น | 2.20 (1.17) น้อย | 1.56 (0.95) น้อย | -0.64 |

ตารางที่ 2 ผลการประเมินทักษะคิดต่อการใช้ยาเสพติดรายข้อ ก่อนและหลังการบำบัด (ต่อ)

| คำถามทักษะคิดต่อการใช้ยาเสพติด (คะแนนเต็ม ข้อละ 5 คะแนน) | คะแนนทักษะคิดต่อการใช้ยาเสพติด (S.D.) ระดับทักษะคิด | | |
|--|--|--------------------------|--------------------|
| | ก่อนการ บำบัด | หลังการ บำบัด | คะแนนเพิ่ม ขึ้น |
| 7. การเสพยาเสพติดไม่ทำให้เกิดการติด | 1.42 (0.86) น้อย | 1.51 (1.09) น้อย | 0.09 |
| 8. การเสพยาเสพติดสามารถที่จะเลิกเมื่อไหร่ก็ได้ | 2.44 (1.30) น้อย | 1.79 (1.23) น้อย | -0.65 |
| 9. การเสพยาเสพติดกระทำได้ง่ายและทันทีที่ต้องการ | 2.69 (1.28) ปานกลาง | 2.23 (1.34) น้อย | -0.46 |
| คะแนนเฉลี่ยทุกข้อ | 2.03 (0.69) น้อย | 1.62 (0.73) น้อย | -0.62 |
| คะแนนรวม | 18.27 (6.24) | 14.62 (6.53) | -3.65 |
| ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว (+) | | | |
| 10. การเสพยาเสพติดทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม | 4.59 (0.62) มากที่สุด | 4.27 (1.12) มาก | -0.32 |
| 11. การเสพยาเสพติดทำให้ครอบครัวเดือดร้อน | 4.48 (0.67) มาก | 4.85 (0.40) มากที่สุด | 0.37 |
| 12. การเสพยาเสพติดทำให้มีปัญหาด้านการเงิน | 4.45 (0.73) มาก | 4.75 (0.50) มากที่สุด | 0.30 |
| คะแนนเฉลี่ยทุกข้อ | 4.51 (0.47) | 4.62 (0.50) | -0.11 |
| คะแนนรวม | 13.52 (1.40) | 13.86 (1.49) | 0.34 |
| ด้านความต้องการใช้ยาเสพติด (-) | | | |
| 13. หากไม่ได้เสพยาเสพติด ท่านจะมีอาการผิดปกติทางด้าน ร่างกาย อารมณ์ | 2.76 (1.37) ปานกลาง | 2.41 (1.44) น้อย | -0.35 |
| 14. หากไม่ได้เสพยาเสพติดท่านจะไม่สามารถทำงานหรือเรียน หนังสือได้ | 2.27 (1.48) น้อย | 1.62 (1.13) น้อย | -0.65 |

ตารางที่ 2 ผลการประเมินทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดรายข้อ ก่อนและหลังการบำบัด (ต่อ)

| คำถามทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด (คะแนนเต็ม ข้อละ 5 คะแนน) | คะแนนทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด (S.D.) | | |
|---|--------------------------------------|---------------------------|--------------------|
| | ระดับทัศนคติ | | |
| | ก่อนการ บำบัด | หลังการ บำบัด | คะแนนเพิ่ม ขึ้น |
| 15. ท่านจะไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขหากไม่ได้เสพยาเสพติด | 1.86 (1.38) น้อย | 1.37 (0.94) น้อยที่สุด | -0.49 |
| 16. ยาเสพติดมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของท่าน | 1.59 (1.24) น้อย | 1.35 (0.97) น้อยที่สุด | -0.24 |
| 17. ท่านต้องการที่จะเสพยาเสพติดตลอดเวลา | 1.44 (1.10) น้อยที่สุด | 1.27 (0.86) น้อยที่สุด | -0.17 |
| คะแนนเฉลี่ยทุกข้อ | 1.98 (1.04) น้อย | 1.60 (0.90) น้อย | -0.38 |
| คะแนนรวม | 9.92 (5.21) | 8.01 (4.49) | -1.91 |

(-) หมายถึงเป็นข้อคำถามเชิงลบ, (+) หมายถึงเป็นข้อคำถามเชิงบวก

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดก่อนและหลังการบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการบำบัดเพิ่มขึ้น 3.33 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 36.0 และคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการบำบัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (ตารางที่ 3) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดก่อนและหลังการ

บำบัด ด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด และด้านความต้องการใช้ยาเสพติด พบว่ามีคะแนนทัศนคติลดลง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ส่วนด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว มีคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการบำบัดไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติด ทักษะของผู้ป่วยต่อการใช้อาเสพติดรายด้านก่อนและหลังการบำบัด

| ความรู้และทัศนคติผู้ป่วยต่อการใช้อาเสพติด | คะแนนทัศนคติเฉลี่ย (S.D.) | | P-value |
|---|---------------------------|--------------|---------|
| | ก่อน | หลัง | |
| ความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติด | 9.25 (2.73) | 12.58 (2.10) | <0.001* |
| ทัศนคติผู้ป่วยต่อการใช้อาเสพติด | | | |
| - ด้านเห็นผลดีจากการใช้อาเสพติด | 18.27 (6.24) | 14.62 (6.53) | <0.001* |
| - ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว | 13.52 (1.40) | 13.86 (1.49) | 0.098 |
| - ด้านความต้องการใช้อาเสพติด | 9.92 (5.21) | 8.01 (4.49) | 0.009* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.01

ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดระยะเตรียมการในภาพรวมอยู่ระดับมาก ส่วนรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก และในข้อ 3 “ความต้องการที่จะเลิกยาเสพติดโดยเด็ดขาดจึงเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้” อยู่ระดับมากที่สุด สำหรับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟู

สมรรถภาพในภาพรวมอยู่ระดับมากที่สุด และรายข้อส่วนใหญ่อยู่ระดับมากที่สุด และข้อ 6 “ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขในการดำรงชีวิตโดยไม่ต้องใช้อาเสพติด” มีคะแนนทัศนคติสูงกว่าข้ออื่น (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับทัศนคติต่อการบำบัดของผู้ป่วยระยะเตรียมการ และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

| ข้อที่ | ทัศนคติต่อการบำบัดระยะเตรียมการและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | ค่าเฉลี่ย S.D.) (คะแนนเต็ม 5) | ระดับทัศนคติ |
|-------------------------------------|---|----------------------------------|--------------|
| ทัศนคติต่อการบำบัดระยะเตรียมการ (+) | | | |
| 1 | ความเต็มใจที่จะเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้ | 4.49 (0.61) | มาก |
| 2 | ความพร้อมที่จะเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้ | 4.48 (0.63) | มาก |
| 3 | ความต้องการที่จะเลิกใช้อาเสพติดโดยเด็ดขาดจึงเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้ | 4.70 (0.49) | มากที่สุด |
| 4 | การตัดสินใจด้วยตัวเองที่จะเข้ารับการบำบัดในครั้งนี้ | 4.23 (0.83) | มาก |
| 5 | การมีแรงจูงใจในการเข้ารับการบำบัดมากขึ้นเมื่อได้รับการเตรียมการจากเจ้าหน้าที่ | 4.39 (0.67) | มาก |

ตารางที่ 4 ระดับทัศนคติต่อการบำบัดของผู้ป่วยระยะเตรียมการ และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (ต่อ)

| ข้อที่ | ทัศนคติต่อการบำบัดระยะเตรียมการและ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | ค่าเฉลี่ย S.D.) (คะแนนเต็ม 5) | ระดับทัศนคติ |
|--|--|----------------------------------|--------------|
| 6 | การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดมากขึ้นเมื่อได้รับการเตรียมการจากเจ้าหน้าที่ | 4.28 (0.68) | มาก |
| 7 | การเข้าใจรูปแบบและกระบวนการบำบัดเมื่อได้รับการเตรียมการจากเจ้าหน้าที่ | 4.24 (0.75) | มาก |
| | คะแนนเฉลี่ยทุกข้อ | 4.40 (0.41) | มาก |
| | คะแนนรวมทุกข้อ | 30.82 (3.78) | |
| ทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (+) | | | |
| 1 | เมื่อได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีแรงจูงใจมาก ขึ้นที่จะบำบัดให้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด (120 วัน) | 4.45 (0.87) | มาก |
| 2 | การบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ในทางลบได้ เช่น นอนตื่นสาย ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง เป็นต้น | 4.01 (1.24) | มาก |
| 3 | กฎ ระเบียบต่างๆ ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น | 4.58 (0.62) | มากที่สุด |
| 4 | กิจกรรมการบำบัดที่ได้รับในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น | 4.62 (0.57) | มากที่สุด |
| 5 | เมื่อได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด (120 วัน) สามารถเลิกยาเสพติดได้อย่างเด็ดขาด | 4.69 (0.58) | มากที่สุด |
| 6 | รู้สึกมีความสุขในการดำรงชีวิตโดยไม่ต้องใช้ยาเสพติด | 4.85 (0.40) | มากที่สุด |
| 7 | ความพอใจกับกระบวนการบำบัดที่ได้รับ | 4.76 (0.43) | มากที่สุด |
| 8 | ความสามารถในการแนะนำ/ชักจูงเพื่อนหรือญาติที่ใช้ยาเสพติดให้เข้ารับ การบำบัดเช่นเดียวกัน | 4.54 (0.65) | มากที่สุด |
| | คะแนนเฉลี่ยทุกข้อ | 4.56 (0.47) | มากที่สุด |
| | คะแนนรวมทุกข้อ | 36.49 (3.78) | |

(+) หมายถึงเป็นข้อคำถามเชิงบวก

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้าน
 โทษและผลกระทบของยาเสพติดหลังการบำบัด
 ทักษะต่อการใช้ยาเสพติดหลังการบำบัด และทัศนคติ
 ต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ความรู้ด้าน
 โทษและผลกระทบของยาเสพติดหลังการบำบัดมี
 ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติต่อ
 การบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($P=0.017$) โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ($r=0.283$) แต่ไม่พบ
 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติต่อการใช้ยา
 เสพติดทั้ง 3 ด้านหลังการบำบัด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้หลังจบการบำบัด กับทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังจบการบำบัด
 และทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

| ทัศนคติ | ความรู้หลังการบำบัดยาเสพติด | |
|--|-------------------------------|---------|
| | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) | P-value |
| ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังการบำบัด | | |
| ด้านเห็นผลดีของยาเสพติด | -0.104 | 0.390 |
| ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว | 0.130 | 0.279 |
| ด้านความต้องการยาเสพติด | -0.140 | 0.245 |
| ทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | 0.283 | 0.017* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<0.05$

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้ยาเสพ
 ติดหลังการบำบัด และทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟู
 สมรรถภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติ คือ ด้านเห็นผลดีของยาเสพติด ($P<0.001$)
 โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ ($r=-0.445$) ด้าน
 ความต้องการยาเสพติด ($P=0.025$) โดยมีความ

สัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ ($r=-0.266$) ซึ่งหมายถึง
 ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
 มากขึ้นจะมีทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดลดลง ยกเว้น
 ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว ($P=0.737$)
 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด และการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

| ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังการบำบัด | ทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | |
|--|--------------------------------------|----------|
| | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) | P-value |
| ด้านเห็นผลดีของยาเสพติด | -0.445 | <0.001** |
| ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัว | 0.040 | 0.737 |
| ด้านความต้องการยาเสพติด | -0.266 | 0.025* |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.01, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

การติดตามผลหลังจบการบำบัด 1 ปี พบว่ากลุ่มที่มีคะแนนความรู้หลังจบการบำบัดอยู่ในระดับสูงคือได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 87.3 มีอัตราการไม่เสพยา จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 96.8 กลุ่มที่มีคะแนนความรู้หลังจบการบำบัดระดับปานกลาง คือได้คะแนนร้อยละ 60-79.9 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 มีอัตราการไม่เสพยาจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รวมผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีอัตราการไม่เสพยาจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0

จำนวนผู้ป่วยที่เข้าบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายในปีที่ดำเนินการวิจัย ยกเว้น ถูกจับ หรือเสียชีวิต จำนวน 93 คน และจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี หลังจำหน่ายจำนวน 71 คน คิดเป็นอัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (retention rate) ร้อยละ 76.3

วิจารณ์

การวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย ร้อยละ 93.0 ใช้ยาบ้าเป็นส่วนใหญ่เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ และอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมาก และมีทัศนคติผิดๆ เกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด^(4,16,18-21) ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพโสดและคู่ใกล้เคียงกัน มีรายได้ส่วนใหญ่ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่มีการศึกษาไม่สูง^(16,18,19,22) สถานภาพของบิดามารดาอยู่ด้วยกันราบรื่น ร้อยละ 46.5 รองมาคือหย่าร้าง ซึ่งโดยรวมแล้วมีสภาพครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ ถึงร้อยละ 53.5 ส่วนใหญ่ใช้ยามา 1-10 ปี ปริมาณการใช้ยาส่วนใหญ่ 1-5 เม็ดต่อสัปดาห์ เหตุผลที่ใช้ครั้งแรกคือ อยากรอง และเพื่อนชักชวนเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น^(16,21) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยมากที่สุดคือถูกจับดำเนินคดี ซึ่งเป็นผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและ

ครอบครัวมากกว่าด้านอื่น

ผลการให้ความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดเมื่อจบการบำบัด 16 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ซึ่งความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดที่จะเกี่ยวข้องกับยาเสพติดลงได้ ตามแนวคิดที่ว่าความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กันหลายแบบทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽²³⁾ ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาพบประเด็นที่เกี่ยวข้องและส่งผลให้ตัดสินใจใช้ยาบ้าของผู้เสพติด คือการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโทษพิษภัยของยาบ้า ทำให้มีความเชื่อและมีทัศนคติต่อยาบ้าที่ไม่เหมาะสม⁽⁹⁾ ซึ่งการวิจัยนี้ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในเรื่องการที่ยาบ้าส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความคิดและอารมณ์เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง และเรื่องการอยู่ให้ห่างจากสิ่งที่เป็นภัยต่อการเสพยาและการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นต่อการเสพยา จึงต้องให้ความรู้ 2 เรื่องนี้มากขึ้น สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เยาวชนยังมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายและผลกระทบจากการเสพยาเสพติดในเชิงประจักษ์น้อยมาก โดยรับรู้และมีทัศนคติในเชิงบวกต่อฤทธิ์ของสารเสพติดขณะที่ใช้เท่านั้น สะท้อนว่าการให้ข้อมูลความรู้เพื่อสร้างความตระหนักในอันตรายของการใช้สารเสพติดที่ไม่เพียงพอ⁽²⁴⁾ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโทษและผลกระทบยาเสพติดหลังการบำบัด กับทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังการบำบัด ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการวิจัยนี้พบว่าทัศนคติของผู้ป่วยด้านเห็นผลดีหรือประโยชน์ของยาเสพติด และด้านความต้องการยาเสพติดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ในระดับน้อยและน้อยที่สุดเกือบทุกด้าน ซึ่งความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งหมดจึงไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความ

รู้ด้านโทษและผลกระทบยาเสพติดกับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.017$) ความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁶⁾ และเมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนใหญ่อยู่ระดับมาก และมากที่สุด และการวิเคราะห์ทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดก่อนและหลังการบำบัด พบว่าทัศนคติ ด้านเห็นผลดีจากการใช้ยาเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และด้านความต้องการใช้ยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.009$) เนื่องจากเมื่อได้รับการบำบัดและเลิกยาได้ระยะหนึ่งแล้วผู้ป่วยมีชีวิตด้านต่างๆ ดีขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อมูลทัศนคติต่อการบำบัดระยะเตรียมการที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมากที่สุด เห็นได้ว่าผู้ป่วยเต็มใจที่จะเข้ารับการบำบัดและมีความคาดหวังต่อการเลิกยาเสพติดครั้งนี้มาก ทำให้มีทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดลดลงทุกด้าน ยกเว้นด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน ครอบครัวที่ไม่แตกต่างกัน ($P = 0.098$) เนื่องจากเมื่อวิเคราะห์ความคิดเห็นรายข้อพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มองเห็นผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน และครอบครัวมากตั้งแต่ก่อนการบำบัดแล้ว จึงไม่พบความแตกต่างก่อนและหลังการบำบัด และกลุ่มผู้ป่วยยังอยู่ในวัยที่แข็งแรง ทำให้เห็นโทษและผลกระทบด้านร่างกายที่ไม่ชัดเจน และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังจบการบำบัดกับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจบการบำบัดพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านเห็นผลดีหรือประโยชน์ของยาเสพติด ($P < 0.001$) ด้านความต้องการยาเสพติด ($P = 0.025$) โดยความสัมพันธ์มีทิศทางผกผัน

กันคือ ผู้ป่วยมีความคิดเห็นเชิงบวกหรือเห็นผลดีของการใช้ยาเสพติดลดลง และมีทัศนคติเชิงบวกต่อกระบวนการบำบัดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การรับรู้เรื่องยาเสพติดและทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁵⁾ แต่การวิเคราะห์ด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน และครอบครัวไม่พบความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ($P=0.737$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดด้านผลกระทบต่อร่างกาย การเงิน และครอบครัว อยู่ในระดับมาก และมากที่สุด และไปในทางเดียวกัน จึงไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งแม้ผู้ป่วยจะเห็นผลกระทบในระดับมากตั้งแต่ก่อนการบำบัด แต่การติดยาเสพติดเป็นโรคเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเลิกเสพยาเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนทางชีวภาพในสมองเพื่อให้เกิดความสมดุลของสารสื่อเคมีสมองเป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการฟื้นฟูตัวของสมองที่ต้องใช้เวลา 4-6 เดือน เพราะขณะเสพยาจะมีผลให้เกิดความผิดปกติของระดับสารสื่อเคมีสมอง แม้ผู้ป่วยจะเห็นผลกระทบที่ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้โดยง่าย⁽²⁶⁾ จึงต้องเข้ารับการบำบัดเพื่อให้มีความรู้และทักษะเพื่อการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันก็ได้ และความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีผลต่อเนื้องกัน ซึ่งทั้งหมดมีพื้นฐานมาจากความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมหรือหน้าที่ความรับผิดชอบ⁽²³⁾ ดึงการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มี

ความสัมพันธ์กับการเสพยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾ และหนึ่งในสามตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติด คือ ทัศนคติต่อการเสพยาเสพติด อธิบายได้ว่าทัศนคติต่อการเสพยาเสพติดเป็นปัจจัยในตัวบุคคลที่สำคัญและมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรม ซึ่งทัศนคติที่ไม่ดีต่อยาเสพติดอาจมาจากสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น การได้รับความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของยาเสพติดจากการเรียนการสอน การเฝ้าระวังติดตามเอาใจใส่จากผู้ปกครอง การให้คำปรึกษาเรื่องยาเสพติด⁽¹¹⁾ ซึ่งมีการศึกษาเพื่อฝึกอบรมเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันการเสพยาเสพติดเพื่อให้มีทักษะในการหลีกเลี่ยงจากยาเสพติดมากขึ้นได้ โดยพบว่าระดับเจตคติในการรับรู้เกี่ยวกับยาเสพติดหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ ความรู้จริงนำไปสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง⁽²⁷⁾ นอกจากนี้ ทัศนคติสามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมได้ เป็นสิ่งที่สัมพันธ์สอดคล้องกับความเชื่อ อูบนิสัย แนวคิด ความพึงพอใจ และสิ่งที่จูงใจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อทัศนคติของแต่ละบุคคล⁽²⁸⁾ การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติมี 4 รูปแบบ คือ 1) ความรู้ส่งผลให้เกิดทัศนคติและทัศนคติส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ 2) ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา 3) ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน และ 4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม มีทัศนคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้⁽²³⁾ สรุปได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีผลต่อเนื้องกัน ซึ่ง

การบำบัดยาเสพติดมีความยุ่งยากซับซ้อน มีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง และความเชื่อ บรรทัดฐาน เจตคติเกี่ยวกับยาเสพติดมีส่วนสำคัญมากในการป้องกันยาเสพติด ซึ่งผู้มีความเชื่อ บรรทัดฐาน เจตคติต่อต้านยาเสพติดจะมีโอกาสเกิดปัญหายาเสพติดน้อยกว่าผู้ที่มีทัศนคติด้านบวกต่อยาเสพติด⁽⁶⁾ หรือมีความเชื่อในทางที่ผิดเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด⁽²⁶⁾

การติดตามผลการบำบัดผู้ป่วย 1 ปีหลังจบการบำบัด พบอัตราผู้ที่จบการบำบัดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (retention rate) ร้อยละ 76.3 และอัตราไม่เสพยาซ้ำร้อยละ 93.0 โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนความรู้ระดับสูง มีอัตราการไม่เสพยาซ้ำสูงถึงร้อยละ 96.8 และผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้ระดับปานกลาง มีอัตราการไม่เสพยาซ้ำ ร้อยละ 66.7 จะเห็นว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง มีอัตราการไม่เสพยาซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่มีคะแนนระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนความรู้ไม่สูงมักเป็นผู้มีปัญหาด้านสติปัญญาและถูกชักจูงได้ง่าย เป็นกลุ่มเปราะบาง จากปัจจัยต่างๆ เช่น เรียนไม่สูงอาจเนื่องจากปัญหาสติปัญญาไม่ดี หรือขาดการเอาใจใส่ปัญหาครอบครัวไม่สมบูรณ์ ด้วยปัจจัยเหล่านี้ จึงถูกชักจูงให้เสพยาเสพติดเพื่อประโยชน์ของผู้ที่ชักจูงซึ่งมักเป็นในทางที่ผิดกฎหมาย⁽²⁹⁾ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดี มีพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดมากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำกว่า ซึ่งการมีความรู้ความเข้าใจและแนวคิดที่ถูกต้องจะนำไปสู่การมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อยาเสพติดและนำไปสู่การฝึกปฏิบัติตนที่จะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด สามารถจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับยาเสพติดได้อย่างเหมาะสม⁽³⁰⁾ และสาเหตุหนึ่งของการไม่เสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัดในบางรายคือ การรับทราบข้อมูลข่าวสารด้านลบเกี่ยวกับโทษของยาบ้า รวมถึงมีเจตคติ

ที่ดีต่อการไม่กลับไปเสพยาซ้ำ และเห็นว่าการบำบัดเป็นการช่วยเหลือมากกว่าการลงโทษ⁽³¹⁾ ซึ่งการหยุดใช้ยาเสพติดมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายด้าน ที่สำคัญมากคือด้านความตระหนักรู้เรื่องโทษและผลกระทบของยาเสพติด เป็นการสร้างเจตคติด้านลบต่อยาเสพติดทำให้มีโอกาสดังกล่าวเกิดปัญหายาเสพติดน้อยลง ร่วมกับการฝึกทักษะ เช่น การหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นตามระบบเมทริกซ์โปรแกรมก็จะช่วยป้องกันการกลับไปติดซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การให้ความรู้จึงเป็นแนวทางที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด

สรุป

หลังจบการบำบัดผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) มีคะแนนทัศนคติลดลงและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเห็นผลดีของยาเสพติด ($P < 0.001$) และด้านความต้องการยาเสพติด ($P = 0.009$) ไม่พบความสัมพันธ์ของความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดหลังจบการบำบัดกับทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังจบการบำบัดทั้ง 3 ด้าน แต่พบว่าความรู้ด้านโทษและผลกระทบของยาเสพติดหลังการจบบำบัดมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการบำบัดยาเสพติดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.017$) และพบว่าทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดหลังจบการบำบัดกับทัศนคติต่อการบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจบการบำบัด มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านเห็นผลดีหรือประโยชน์ของยาเสพติด ($P < 0.001$) ด้านความต้องการยาเสพติด ($P = 0.025$) โดยมีทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้ยาเสพติดลดลงและมีทัศนคติเชิงบวกต่อการบำบัดสูงขึ้นซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วย อัตราผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดและได้

รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (retention rate) ร้อยละ 76.3 สูงขึ้นจากร้อยละ 58.1 ในปี 2562 และมี อัตราไม่เสพซ้ำร้อยละ 93.0 สูงขึ้นจากร้อยละ 80.5 ใน

ปี 2562 ผู้ป่วยกลุ่มที่มีคะแนนความรู้ระดับสูง มีอัตราการไม่เสพซ้ำ ร้อยละ 96.8 และผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้ระดับปานกลาง มีอัตราการไม่เสพซ้ำ ร้อยละ 66.7

เอกสารอ้างอิง

1. เปรมฤดี หงษ์สุทธิ, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน การติดสารเสพติดของนักเรียนชายโรงเรียนขยายโอกาส. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี. 2560;33(3):112-23.
2. ฉัตรสุมน พงศ์นิภิญโญ. โครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด นโยบายและยุทธศาสตร์ในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ส่วนวิชาการด้าน ยาเสพติด; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.20170301_10083551_PolicyandStat
3. กระทรวงยุติธรรม สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาประจำปีงบประมาณ 2561[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 24 กันยายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/Pages/main.aspx?02-20-07-05-01/64-content5-21-5-61-1>
4. กระทรวงยุติธรรม สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาประจำปีงบประมาณ 2562 (สถิติปี 2558-2562) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/Pages/main.aspx?02-20-07-05-01/64-content5-21-5-61-1>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ งานสุขภาพจิตและยาเสพติด. ข้อมูลรายงานผู้ เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2560-2562. นครสวรรค์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครสวรรค์; 2562.
6. อัญชลี โตเอี่ยม, ปัญญรัตน์ ลามวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. ปัจจัยทำนายการเสพ แอมเฟตามีนของเยาวชนในชุมชนแออัด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย 2559;9(2):88-103.
7. สายสุตา สุขแสง, รัชตา ธรรมเจริญ, เจตนัสฤกษ์สังข์พันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงใช้สารเสพติด ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดสงขลา[อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://rd.hu.ac.th/Download%20File/Full%20Text%20 zResearch/580908.pdf>
8. วรารัตนา นพฤทธิ์. ปัจจัยและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.20160908_13381154_protect_kid

9. เสริมสุข ราชฤทธิ์ดุขมิ, ดุขณีย์ชาญปรีชา, อภิรดีพฤกษาพนาชาติ, รุจิรา อาภาบุษยพันธ์. การตัดสินใจใช้ยาบ้าของผู้เสพติดชายวัยทำงาน[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=1203&Itemid=106
10. สุธัชชัย พัฒนาอุดมชัย, อธิชัย เนตรถนอมศักดิ์, จุฬารัตน์ โสตะ. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันการใช้ยาเสพติดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;24(1):25-35.
11. พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้อาหารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย[อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/issue/archive>
12. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. คู่มือบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด แบบผู้ป่วยนอก รูปแบบการบำบัดความคิดและพฤติกรรม : Matrix Program [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.cuprint.chula.ac.th>
13. สวัสดิ์ อุ่นใจ, กิจวัฒน์ นาถวิล, ญาธษา พันวิไล, สุกัญญา กาญจนบัตร, มานพ คณะโต. การประเมินการใช้เมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;5(4):674-5.
14. Ling W, Rawson RA, Grella CE. Matrix institute on addictions treatment programs[internet]. California: University of California, Los Angeles; 2014 [cited 2019 Nov 30]. Available from: <http://www.uclaisap.org/publications/biennial%20report/2014/matrix-institute-on-addictions.html>
15. นีรนุช โชติวรานกุล. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ร่วมกับการบำบัดระบบเมทริกซ์โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพยา. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขตสุขภาพที่3 2562; 18(3):207-12.
16. รอชิตี ศรีรัตน์, อัญชลี เจะแต, ธัญญภรณ์ อุปมัยรัตน์, สุดาพันธ์ จุลเอียด. ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดรักษาในศูนย์บำบัดรักษาเสพติด ปัตตานี(รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดปัตตานี; 2554.
17. กระทรวงยุติธรรม. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศประจำปี 2564[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2564[เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/Pages/main.aspx02-20-07-05-01/64-content5-21-5-61-1view=1587036>

18. กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลสถิติจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดปีงบประมาณ 2564[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษายาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=comcontent&task=view=207>
19. คม เหล่าบุตรสา. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาเสพติดของผู้ต้องหาในคดียาเสพติดประเภท 1 (ยาบ้า) ในพื้นที่สถานีตำรวจภูธรสำโรงเหนือ[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/307856>
20. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร. ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดยาของผู้เข้ารับการรักษาพิษสุราในระบบบังคับบำบัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4):371-84.
21. กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. ยาเสพติด: เยาวชนไทยต้องรู้...แต่ไม่ต้องลอง[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.prdmh.com/469>
22. นุชสา อินทจักร, สมเดช พิณจสุนทร. มุลเหตุจูงใจในการใช้ยาเสพติดของผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน 2560;5(3),503-22.
23. ทวีศักดิ์ เทพพิทักษ์. การใช้แบบจำลอง KAP กับการศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของคนประจำเรือไทย (บทคัดย่อ) [อินเทอร์เน็ต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AQMkADAwATY3ZmYAZS1iZDhmL>
24. กนิษฐา ไทยกล้า, สุภวัฒน์บุญมา, อริสรา สิทธิ, ชูพงศ์กันยะ, นัทกร สามปันสัก. สถานการณ์ปัญหาเสพติด การแพร่ระบาดและผลกระทบในกลุ่มเด็กและเยาวชนในพื้นที่ท่องเที่ยว : ศึกษากรณีเมืองเชียงใหม่ และเมืองลำพูน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://nctc.oncb.go.th/research_view.php?researchid=505
25. สังคม ศุภรัตน์กุล. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ ทัศนคติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดในพื้นที่การค้าและการระบาดจังหวัดอุดรธานี. อุดรธานี วารสารวิชาการเสพติด 2560;5(1):26.
26. นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์. เส้นทางทางเลือกยา (เอกสารประกอบการสอน)[อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: โรงพยาบาล อัญญารักษ์เชียงใหม่; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.google.com/search?q=นภัสสรณ์+รังสิเวโรจน์+เส้นทางทางเลือกยา%>
27. จุรี จอนนุ้ย, ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับยาเสพติดของผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีเมทริกซ์โปรแกรม (matrix program) โรงพยาบาลพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช (รายงานการวิจัย)[อินเทอร์เน็ต]. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลพรหมคีรี; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.promkiri.go.th/detail/doc_download/a_230414_143530.pdf

28. วีราภรณ์ บุตรทองดี. การศึกษาทัศนคติต่อการทำงาน องค์กร และความจงรักภักดีของพนักงานที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานโรงงานในเขตนิคมอุตสาหกรรม จังหวัดปทุมธานี[อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://dspace.bu.ac.th/bitstream/123456789/1840/1/weraporn_butt.pdf
29. ปรีดา ทศนประดิษฐ์. จริยธรรมในการวิจัยผู้เสพสารเสพติด. ใน: สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา, บรรณาธิการ. ทศวรรษงานวิจัยด้านสารเสพติด วิจัยประยุกต์สู่บริบทประเทศไทย. กรุงเทพฯ: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์; 2556. หน้า 11-26
30. ศุภร ชินะเกตุ. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพสังกัดอาชีวศึกษาจังหวัดราชบุรี[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงจาก: http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Suporn_Chinakate/fulltext.pdf
31. ปิยวรรณ ทศนาญชลี. กระบวนการไม่เสพยาบ้าซ้ำ: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในระบบบังคับบำบัด. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม 2554;1(3):36-48.

อัตราการรอดชีพ 5 ปีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุทัยธานี

5-year Survival Rate After Having been First Stroke Diagnosed and Treated
at Uthai-Thani Hospital

พิชชาภรณ์ ขุम्मงคล พ.บ.

Pichaporn Khummongkol, M.D.

กลุ่มงานอายุรกรรม

Department of internal medicine

โรงพยาบาลอุทัยธานี

Uthai-Thani Hospital

จังหวัดอุทัยธานี

Uthai-Thani

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3
ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Region 3 Medical and Public Health Journal
Vol. 19 No. 3 September-December 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพ 5 ปีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานี

วิธีการศึกษา : เป็น retrospective cohort study แบบสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ระหว่าง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 และติดตามผู้ป่วยทุกคนจนถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 598 คน วิเคราะห์อัตราการรอดชีพ โดยวิธี Kaplan-Meier นำเสนอค่ามัธยฐานการรอดชีพและช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval: CI) ทดสอบอัตราการรอดชีพระหว่างกลุ่มโดยสถิติ Log-rank test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ P น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกเสียชีวิต 324 คน คิดเป็นอัตราการตาย 41.2 ต่อ 100 ราย-ปี (95%CI; 38.0-44.6) ค่ามัธยฐานการรอดชีพ 2.7 ปี (95%CI; 2.1-4.3) อัตรารอดชีพหลังการวินิจฉัยลดลงตามระยะเวลา โดยพบอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 1, 2, 3, 4, และ 5 ปี ร้อยละ 59.4 (95%CI; 55.3-63.2), 54.3 (95%CI; 50.3-58.2), 49.2 (95%CI; 45.2-53.2), 46.3 (95%CI; 42.2-50.2) และ 45.8 (95%CI; 41.6-49.7) ตามลำดับ

สรุป : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ได้รับการวินิจฉัยในโรงพยาบาลอุทัยธานี มีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 45.8 หลังการวินิจฉัย ดังนั้นการวินิจฉัยระยะของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง รวมทั้งการรักษาอย่างรวดเร็วอาจส่งผลให้อัตรารอดชีพสูงขึ้น

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง อัตรารอดชีพ เพศ อายุ

Abstract

Objective : To study a 5-year survival rate in patients who were first diagnosed as stroke and having been treated at Uthai Thani Hospital (2017-2021)

Method : This was a retrospective cohort study. 598 stroke patients were retrieved from medical records including followed up cases during January 1,2017 to December 31, 2021. The survival rate was estimated by the Kaphan-Meier survival curve, Log rank. The statistically significance was set at $P < 0.05$.

Results : The study showed 324 patients died after 5 years of treatment (54.2%), corresponding to a mortality (case-fatality) rate at 41.2 per person per year (95% CI; 38.0-44.6). The median survival rate was 2.7 years (95% CI; 2.1-4.3). The overall rate at 1,2,3,4 and 5 year were 59.4% (95% CI; 55.3-63.2), 54.3% (95% CI; 50.3-58.2), 49.2% (95% CI; 45.2-53.2), 46.3% (95% CI; 42.2-50.2) and 45.8% (95% CI; 41.6-49.7) respectively.

Conclusions : The 5-year survival rate in stroke patients at Uthai Thani at first diagnosis was 45.8%. The primary prevention and early stroke detection can improve a better survival rate.

Keywords : Stroke, survival rate, sex, age

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) เป็นสาเหตุนำลำดับที่สองของการตายและลำดับที่สามที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลกในปี 2019 ระหว่างปี 1990-2019 อุบัติการณ์ (incidence) ของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70 และความชุก (prevalence) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 85⁽¹⁾ ส่วนประเทศไทยความชุกของโรคหลอดเลือดสมองคงที่ในระดับความชุก ร้อยละ 4.0, 3.8 และ 3.9 ใน ปี 2014, 2015 และ 2018 ตามลำดับ⁽²⁾ ร้อยละความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันตามภูมิภาคต่างๆในประเทศไทย โดยมีความชุกสูงสุดในภาคกลาง ร้อยละ

29.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 26.9 ภาคเหนือ ร้อยละ 22.6 ภาคใต้ ร้อยละ 12.8 และ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 8.6⁽³⁾

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังโรคหลอดเลือดสมองเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการวัดภาวะการดูแลผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ ผู้ป่วยหลายรายได้รับการช่วยเหลือและรอดพ้นจากการเสียชีวิตมาได้ แต่ก็ต้องพบกับภาวะอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนที่เคยเป็นมา ทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิต มีความเครียดทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่ซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการดูแลสม่ำเสมอและต่อเนื่องยาวนาน ดังนั้นการป้องกันและการรักษาโรค

หลอดเลือดสมองฉับพลันจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

โรงพยาบาลอุทัยธานีเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดอุทัยธานี โดยรับผู้ป่วยจากสถานบริการที่มีขีดจำกัดด้านศักยภาพมารักษาต่อ เนื่องจากมีอุปกรณ์ที่พร้อมกว่า และมีบุคลากรเฉพาะที่สามารถให้ความช่วยเหลือแนะนำ ไปจนถึงช่วยรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุทัยธานี ปี 2557-2559 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ischemic stroke และมีอัตราการเข้า stroke fast tract ร้อยละ 45.2, 43.7 และ 40.7 ตามลำดับ⁽⁵⁾ โดยในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานีจำนวน 673 ราย การศึกษานี้เพื่อประเมินผลการรอดชีพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นครั้งแรกในภาพรวมของจังหวัด ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในจังหวัดอุทัยธานีมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก หลังการวินิจฉัยในระยะเวลา 5 ปี ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลอุทัยธานี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุทัยธานี เลขที่ ๑๑/๒๕๖๔ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตาม International Classification of Diseases Tenth Revision [ICD-10] ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Ischemic Stroke [IS, I63], โรคหลอดเลือดสมองแตก (Intracerebral Hemorrhage [ICH, I61] และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Sub-

arachnoid Hemorrhage [SAH, I60]) ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลอุทัยธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2560 เกณฑ์คัดเข้าการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นครั้งแรกในชีวิตทุกคนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทัยธานีและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับการยืนยันจากการทำ computed tomography (CT) scan เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายเก่าเกิดโรคซ้ำ stroke of undetermined etiology, hypertensive encephalopathy หรือเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น อุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกาย มะเร็ง โดยมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษาจำนวน 598 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ วัน เดือน ปีเกิด วันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่เสียชีวิต หรือวันที่ติดตามผู้ป่วย และชนิดของโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามผล CT scan โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลอุทัยธานี ทำการติดตามข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากข้อมูลประวัติการรักษา และติดตามอย่างต่อเนื่องโดยส่งจดหมายสอบถาม หรือโทรศัพท์ติดตามจากผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดเกี่ยวกับภาวะผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จนกระทั่งเสียชีวิต ขาดหายจากการติดตาม หรือสิ้นสุดการศึกษาคือวันที่ 31 ธันวาคม 2564 และตรวจสอบสถานะข้อมูลผู้เสียชีวิตจากศูนย์ข้อมูลสำนักรายการและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข โดยการศึกษาสามารถติดตามข้อมูลผู้ป่วยได้ สมบูรณ์ร้อยละ 93.4 การกำหนดอายุในการวิจัยคำนวณจากวัน เดือน ปีเกิด และวันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนวันรอดชีพนับจากวันรับเข้าโรงพยาบาล และวันเสียชีวิต หรือสิ้นสุดการติดตาม ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในวันเดียวกับที่ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองนับเป็น 1 วันของการติดตาม

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะผู้ป่วย ลักษณะของโรค กรณีข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด และสูงสุด ส่วนข้อมูลแจกแจงนับนำเสนอจำนวน และร้อยละ ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) วิเคราะห์อัตราการรอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier นำเสนอค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval: CI) ทดสอบสมมติฐานในการเปรียบเทียบอัตราการรอดชีพ โดยใช้สถิติ Log-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยจำนวน 598 คนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก มีอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 6.2 อายุ 45-64 ปี ร้อยละ 33.6 และ อายุ 65-99 ปี ร้อยละ 60.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.9 อายุเฉลี่ย 65.2±13.8 ปี อายุหญิงเฉลี่ย 69.4±13.7 ปี เป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 70.2 เป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 26.8 และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ร้อยละ 3.0 (ตารางที่ 1) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหลอดเลือดสมองแตก และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง เท่ากับ 68.4±0.7 ปี, 64.0±1.2 ปี และ 65.6±3.6 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและชนิดของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย (n=598)

| ลักษณะ | จำนวน (ร้อยละ) | | |
|----------------------|----------------|------------|------------|
| | รวม | ชาย | หญิง |
| จำนวนผู้ป่วย | 598 (100) | 322 (53.9) | 276 (46.1) |
| กลุ่มอายุ(ปี) | | | |
| 25-44 | 37 (6.2) | 24 (0.2) | 13 (2.2) |
| 45-64 | 201 (33.6) | 119 (19.9) | 82 (13.7) |
| 65-99 | 310 (60.2) | 179 (29.9) | 181 (30.3) |
| ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง | | | |
| IS | 420 (70.2) | 215 (35.9) | 205 (34.3) |
| ICH | 160 (26.8) | 94 (15.7) | 66 (11.0) |
| SDH | 18 (3.0) | 13 (2.2) | 5 (0.8) |

IS = Ischemic stroke, ICH = Intracerebral hemorrhage, SDH = Subarachnoid hemorrhage

การติดตามการอยู่รอดชีวิตของผู้ป่วยนับจากวันเกิดโรคถึงวันที่เสียชีวิต หรือจนสิ้นสุดการศึกษา วันที่ 31 ธันวาคม 2564 พบว่ามีผู้เสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 40.6 และเสียชีวิตภายใน 5 ปี ร้อยละ 54.2 (ตารางที่ 2)

โดยคิดเป็นอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ร้อยละ 45.8 (95%CI; 41.6-49.7) (ตารางที่ 3) และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 324 คน คิดเป็นอัตราตาย 41.2 ต่อ 100 ราย-ปี (95%CI; 38.0-44.6)

ตารางที่ 2 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต และอัตราการเสียชีวิต (n=598)

| ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต | จำนวนที่เสียชีวิต | จำนวนที่รอดชีวิต | อัตราการเสียชีวิต (ร้อยละ) |
|-----------------------------|-------------------|------------------|----------------------------|
| ภายใน 5 วัน | 112 | 486 | 18.7 |
| ภายใน 30 วัน | 177 | 421 | 29.6 |
| ภายใน 60 วัน | 193 | 405 | 32.3 |
| ภายใน 90 วัน | 204 | 394 | 34.1 |
| ภายใน 1 ปี | 243 | 355 | 40.6 |
| ภายใน 2 ปี | 273 | 325 | 45.7 |
| ภายใน 3 ปี | 304 | 294 | 50.8 |
| ภายใน 4 ปี | 321 | 277 | 53.7 |
| ภายใน 5 ปี | 324 | 274 | 54.2 |

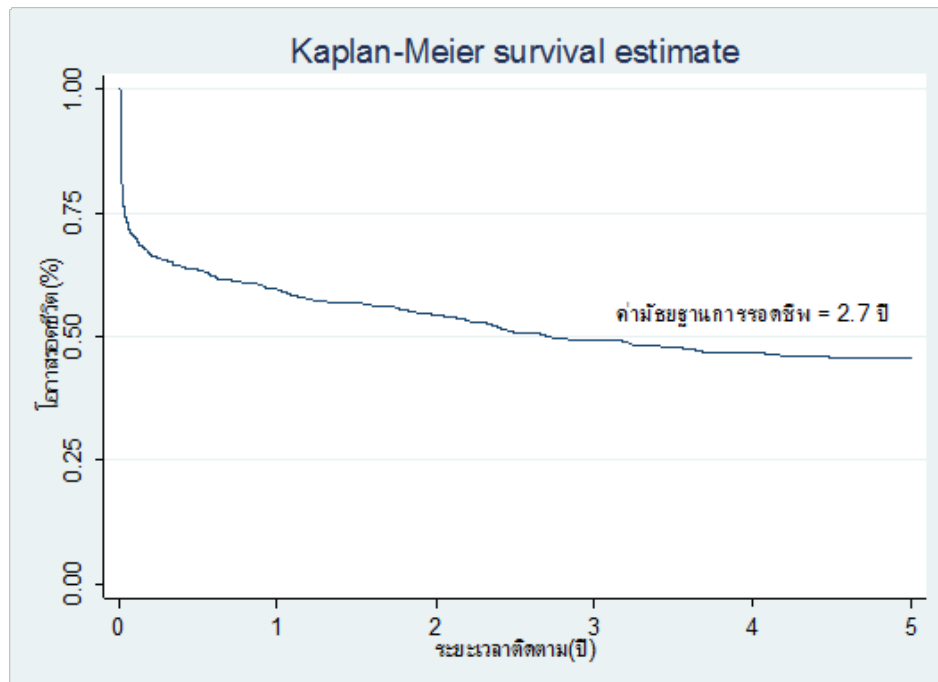
ตารางที่ 3 อัตรารอดชีพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย (n=598)

| ระยะเวลารอดชีพ (ปี) | อัตรารอดชีพ (ร้อยละ) | 95%CI |
|---------------------|----------------------|-----------|
| 1 | 59.4 | 55.3-63.2 |
| 2 | 54.3 | 50.3-58.2 |
| 3 | 49.2 | 45.2-53.2 |
| 4 | 46.3 | 42.2-50.2 |
| 5 | 45.8 | 41.6-49.7 |

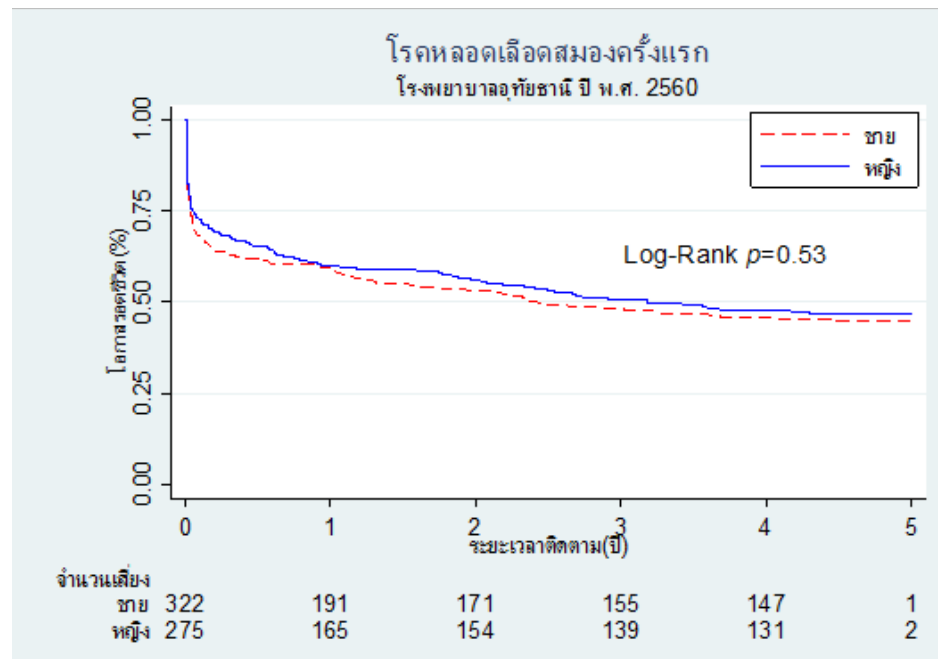
CI = confidence interval

โค้งการรอดชีพเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุทัยธานี ปี พ.ศ.2560 มีค่ามัธยฐานการรอดชีพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย 2.7 ปี (95%CI; 2.1-4.3) (รูปที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบการรอดชีพระหว่าง

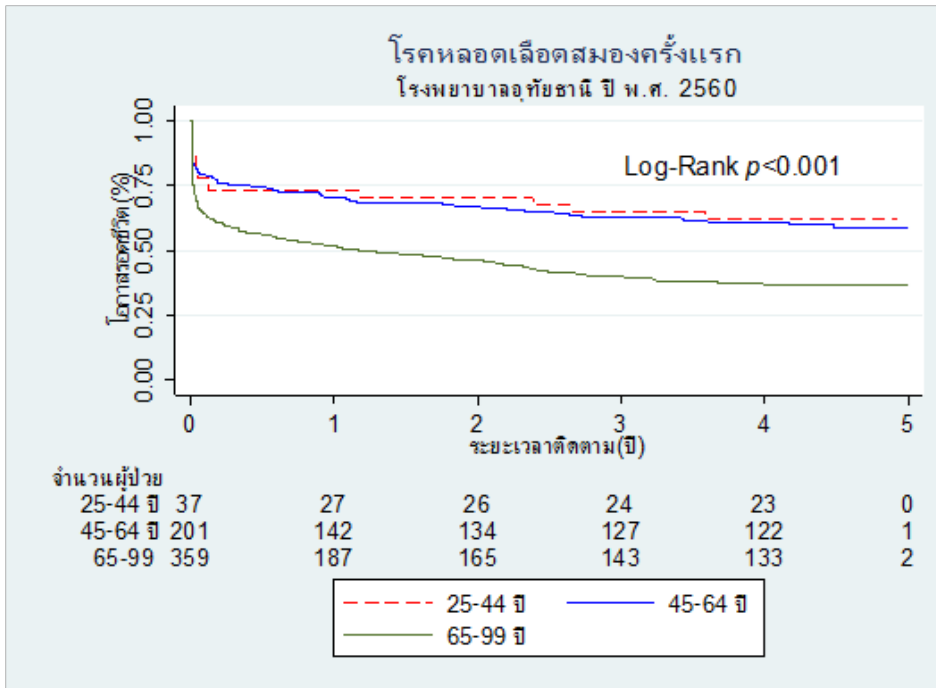
เพศชายและหญิง (รูปที่ 2) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.53$) เมื่อเปรียบเทียบการรอดชีพระหว่างกลุ่มอายุ (รูปที่ 3) และชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง (รูปที่ 4) พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)



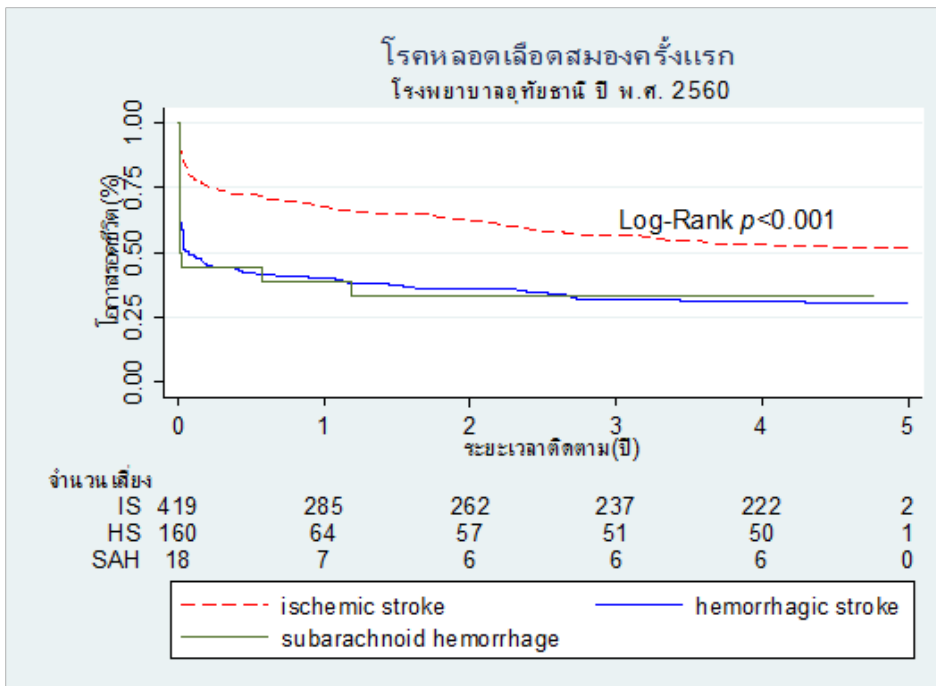
รูปที่ 1 โค้งการรอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย
ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุทัยธานี ปี พ.ศ.2560



รูปที่ 2 โค้งการรอดชีพโดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัย
แยกตามเพศ



รูปที่ 3 โค้งการรอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัยแยกตามอายุ



รูปที่ 4 โค้งการรอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกหลังการวินิจฉัยแยกตามชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

วิจารณ์

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เป็นชายร้อยละ 53.9 อายุเฉลี่ย 67.1 ± 13.9 ปี เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 70.2 เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 26.8 และเกิดภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ร้อยละ 3.0 ใกล้เคียงกับการศึกษาในชาวจีน พบว่าร้อยละ 80 เกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 16 เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก และร้อยละ 2 เกิดภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง โดยร้อยละ 2 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ระบุสาเหตุ ร้อยละ 3 เสียชีวิตภายใน 28 วันในโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ขณะที่ร้อยละ 47 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 19 เสียชีวิตจากภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง และร้อยละ 24 เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ระบุสาเหตุ⁽⁶⁾ การศึกษาภาวะโรคหลอดเลือดสมองอุดตันและโรคหลอดเลือดสมองแตกครั้งแรกระหว่างปี 2005-2013 ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ กรุงเทพฯ พบเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 74.2 เป็นชายร้อยละ 54.3 โรคหลอดเลือดสมองอุดตันมีอัตราการรอดชีพสูงสุด ตามด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง⁽⁷⁾ สอดคล้องกับทั่วโลกในปี 2019 โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดพบได้ ร้อยละ 62.4 ของอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (7.63 ล้านคน) ขณะที่โรคหลอดเลือดสมองแตกพบได้ ร้อยละ 27.9 (3.41 ล้านคน) และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองพบ ร้อยละ 9.7 (1.18 ล้านคน)⁽⁸⁾ เนื่องจากประชากรในโลกมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

การศึกษานี้พบผู้ป่วยเสียชีวิตใน 30 วันแรก ร้อยละ 29.6 โดยเสียชีวิตใน 5 วันแรก ร้อยละ 63.3 ของผู้ป่วย เสียชีวิตใน 60 วัน ร้อยละ 32.3 เสียชีวิตใน 90 วัน ร้อยละ 34.1 และเสียชีวิตใน 1 ปี ร้อยละ

42.2 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ในประเทศไทย ร้อยละ 26 ของผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 30 วัน และร้อยละ 74 มีชีวิตรอด หลังมากกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตภายใน 30 วันพบมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมากกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก⁽³⁾ ในสวีเดนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดในปี 2020 ร้อยละ 14 เสียชีวิตในวันที่เกิดโรคหลอดเลือด ร้อยละ 25 เสียชีวิตภายใน 28 วัน และร้อยละ 35 เสียชีวิตภายใน 365 วัน มีความแตกต่างในอัตราป่วยตายเล็กน้อยระหว่างชายและหญิง⁽⁹⁾ การศึกษาที่โรงพยาบาล St Francis Hospital Nsambya, Kampala, Uganda ผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน พบว่าร้อยละ 23 เสียชีวิตภายใน 30 วันแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเสียชีวิตเพิ่มอีก ร้อยละ 14 ภายใน 90 วันหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁰⁾ การศึกษาโรคหลอดเลือดสมองใน Jimma university medical center, Ethiopia พบว่า ร้อยละ 29.3 เสียชีวิตภายใน 30 วันแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเสียชีวิต ร้อยละ 46 ภายใน 60 วันหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹¹⁾ อัตราป่วยตาย (case-fatality rate) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ ร้อยละ 49.2 และ ร้อยละ 21.7 ในภาวะหลอดเลือดสมองแตก และภาวะหลอดเลือดสมองอุดตันภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่เวลา 6 เดือนตามลำดับ⁽¹²⁾

การศึกษานี้พบโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 6.2 อายุ 45-64 ปี ร้อยละ 33.6 และ อายุ 65-99 ปี ร้อยละ 60.2 พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองในไทยประมาณ ร้อยละ 1.88 ในผู้ใหญ่อายุ 45 ปีขึ้นไป พบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมีอายุเฉลี่ย

เริ่มต้นของโรคหลอดเลือดสมองที่อายุ 65 ปี⁽¹³⁾ แนวโน้มทั่วโลกระหว่างปี 1990-2016 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดในอายุ 20-54 ปี เพิ่มจากร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 18.6 อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มตามอายุ โดยเพิ่มเป็นสองเท่าหลังอายุ 55 ปี⁽¹⁴⁾ ในสหรัฐอเมริกา โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นแต่ละปีประมาณ 795,000 คน เป็นโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน ร้อยละ 87⁽¹⁵⁾ การศึกษาการรอดชีวิตระยะยาวหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน Lithuania พบว่า ผู้ป่วย 4,129 คน มีอายุ 25-64 ปีที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เป็นชาย ร้อยละ 53.6 และเป็นหญิง ร้อยละ 46.4 โรคหลอดเลือดสมองอุดตันพบบ่อยในชายมากกว่าหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 80.6 และร้อยละ 78.6, $P < 0.05$) และ ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมองพบมากในหญิงมากกว่าชาย (ร้อยละ 9.0 และร้อยละ 7.0, $P < 0.05$) ผู้ป่วยที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ร้อยละ 79.2 มีชีวิตรอดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี และร้อยละ 70.4 มีชีวิตรอดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 5 ปี อัตราการรอดชีวิต 1 ปีและ 5 ปี ในผู้ป่วยหญิงหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกสูงกว่าชาย (Log-rank test $P = 0.0001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁶⁾

การศึกษานี้พบกลุ่มผู้ป่วยอายุ 25-44 ปี เสียชีวิต ร้อยละ 2.3 อายุ 45-64 ปี ร้อยละ 13.5 และอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 38.3 ชายเสียชีวิต ร้อยละ 54.6 หญิงเสียชีวิต ร้อยละ 45.4 จะเห็นว่าอายุเป็นความเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ที่สำคัญที่สุดในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเพิ่มขึ้นสองเท่า

ทุก 10 ปีหลังอายุ 55 ปี ประมาณสามในสี่ของโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดเกิดในผู้มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี⁽¹⁷⁾ ยิ่งอายุมาก โอกาสพยากรณ์โรคยิ่งแย่ลง ผู้ชายมีอัตราส่วนความเสี่ยงอันตราย (hazard ratio) ประมาณ 1.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้หญิง ซึ่งชี้ว่ามีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า ร้อยละ 20 และความเสี่ยงเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่าของทุกอายุ 10 ปี การรอดชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันดีขึ้นในปี 2015 เมื่อเทียบกับปี 1991 ขณะที่การรอดชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองแต่ไม่เปลี่ยนแปลง⁽¹⁸⁾ ดังนั้นการวินิจฉัยระยะของโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง รวมทั้งการรักษาอย่างรวดเร็วอาจส่งผลให้อัตรารอดชีพสูงขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการศึกษาเฉพาะที่โรงพยาบาลอุทัยธานี จำนวนผู้ป่วยมีจำกัด รายงานส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและไม่รวมไว้ในการศึกษาวิเคราะห์ การขาดการบันทึกสาเหตุการตาย การใช้ ICD10 อาจทำให้การลงรหัสผิดในการวินิจฉัยครั้งแรกในรายที่มีโรคซับซ้อน และผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอาจมาด้วยโรคอื่นโดยไม่บอกว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

สรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกที่ได้รับ การวินิจฉัยในโรงพยาบาลอุทัยธานีมีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 45.8 (95%CI;41.6-49.7) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเป็นชนิดโรคหลอดเลือดสมองแตก และภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง มีอัตราการรอดชีพน้อยกว่า

เอกสารอ้างอิง

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *Int J Stroke* 2022; 17(1): 18-29.
2. Chantkran W, Chaisakul J, Rangsin R, Mungthin M, Sakboonyarat B. Prevalence of and factors associated with stroke in hypertensive patients in Thailand from 2014 to 2018: a nationwide cross-sectional study. *Sci Rep* 2021; 11: 17614.
3. Butsing N, Mawn B, Suwannapong N, Tipayamongkholgul M. Long-term survival of ischemic and hemorrhagic stroke patients: an analysis of National Thai Data. *J Trop Med Public Health* 2018; 49(2): 322-30.
4. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *Eur Heart J* 2013; 34(39): 3028-34.
5. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พ.ศ. 2561-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://uthaihealth.moph.go.th>plan2561>.
6. Chen Y, Wright N, Guo Y, Tumbull I, Kartsonaki C, Yang L, et al. Mortality and recurrent vascular events after first incident stroke: a 9-year community-based study of 0.5 million Chinese adults. *Lancet Glob Health* 2020; 8(4): e580-90.
7. Butsing N, Tipayamongkholgul M, Ratanakorn D. Estimation of expected years of life lost for patients with ischemic stroke and intracerebral hemorrhage. *JHR* 2019; 33(5): 408-15.
8. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol* 2021; 20: 795-820.
9. Socialstyrelsen. Statistics on stroke 2020. The national board of health and welfare. *Socialstyrelsen* 2021; 12: 7644.
10. Namale G, Kamacooko O, Makhoba A, Mugabi T, Ndagire M, Ssanyu P, et al. Predictors of 30-day and 90-day mortality among hemorrhagic and ischemic stroke patients in urban Uganda: a prospective hospital-based cohort study. *BMC cardiovasc Disord* 2020; 20: 442.
11. Fekadu G, Chelkeba L, Melaku T, Tegene E, Kebede A. 30-day and 60-day rates and predictors of mortality among adult stroke patients: prospective cohort study. *Ann Med Surg* 2020; 53: 1-11.

12. Sarbazi E, Sarbakhsh P, Oskeooei DS, Yazdchi M, Ghaffari-Fam S, Shamshirgaran SM. Factors related to 6-month mortality after the first-ever stroke. *J Educ Health Promot* 2018; 7: 113.
13. Suwanwela NC. Stroke epidemiology in Thailand. *J Stroke* 2014; 16(1): 1-7.
14. Kuriakose D, Xiao Z. Pathophysiology and treatment of stroke: present status and future perspectives. *Int J Mol Sci* 2020; 21: 7609.
15. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart disease and stroke statistics-2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2018; 137(12): e67-492.
16. Radisauskas R, Tamosiunas A, Kranciukaite-Butylkiniene D, Milinaviciene E, Malinauskiene V, Bernotiene G, et al. Long-term survival after stroke in Lithuania: data from Kaunas population-based stroke registry. *PLOS ONE* 2019; 14(7): e0219392.
17. Yousufuddin M, Young N. Aging and ischemic stroke. *Aging* 2019; 11(9): 2542-4.
18. Waziry R, Heshmatollah A, Bos D, Chibnik LB, Ikram MA, Hofman A, et al. Time trends in survival following first hemorrhagic or ischemic stroke between 1991 and 2015 in the Rotterdam study. *Stroke* 2020; 51(3): 824-9.

โรคเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลสวรรคัประชารักษ์

Infective Endocarditis in Sawanpracharak Hospital

ณัฐ น้อมพรโณภาส พ.บ.,ว. อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

Nutt Nompannopas M.D., Dip.Thai

กลุ่มงานอายุรกรรม

Subspecialty Board of Cardiology

โรงพยาบาลสวรรคัประชารักษ์

Department of Medicine

จังหวัดนครสวรรคั

Sawanpracharak Hospital

Nakhon Sawan

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

Region 3 Medical and Public Health Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Vol. 19 No. 3 September-December 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะอาการทางคลินิก เชื้อที่เป็นสาเหตุ อัตราการเสียชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ (infective endocarditis: IE)

วิธีการศึกษา : การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) ในกลุ่มผู้ป่วย IE ทุกคน ที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยตาม modified Duke criteria และเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวรรคัประชารักษ์ ช่วง 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 128 คน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคร่วม ลักษณะอาการทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจความถี่สูง ผลการเพาะเชื้อในกระแสเลือด และผลการรักษา หาขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ด้วยสถิติ binary logistic regression ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval: IC)

ผลการศึกษา : พบผู้ป่วยเป็น definite IE ร้อยละ 60.9 และ possible IE ร้อยละ 39.1 ค่ามัธยฐานอายุ 48 ปี (พิสัย 16 – 80 ปี) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.1 ประวัติโรคหัวใจที่พบส่วนใหญ่คือ โรคหัวใจรูมาติก ร้อยละ 36.5 อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ไข้ ร้อยละ 97.7 เสียงหัวใจผิดปกติ ร้อยละ 86.7 และหายใจลำบาก ร้อยละ 57.0 ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะช็อกจากโรคหัวใจ ร้อยละ 21.1 ภาวะไตวาย ร้อยละ 15.6 และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 10.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเดิม ร้อยละ 94.2 ตำแหน่งที่พบบ่อนติดเชื้อ (vegetation) ส่วนใหญ่คือ mitral valve ร้อย

ละ 45.8 และ aortic valve ร้อยละ 42.5 ผลการเพาะเชื้อจากเลือดพบเชื้อก่อโรค ร้อยละ 71.9 เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบบ่อยที่สุดคือ เชื้อ *Streptococcus suis* พบร้อยละ 18.5 และเชื้อ Viridans group streptococci พบร้อยละ 15.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 18.8 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยคือ ภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ORadj =6.96; 95%CI 1.95-24.82, P<0.01) และภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะช็อกจากโรคหัวใจ (ORadj =4.31; 95%CI 1.50-12.39, P=0.01)

- สรุป** : การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วย IE ส่วนใหญ่มีอายุน้อย และโรคหัวใจรูมาติก ยังคงเป็น underlying pathology ที่พบบ่อยที่สุด เชื้อก่อโรคหลักพบอุบัติการณ์ของ *Streptococcus suis* เพิ่มขึ้น อัตราการตายของโรคนี้ยังคงสูง โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะช็อกจากโรคหัวใจ
- คำสำคัญ** : โรคเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ, โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

Abstract

- Objectives** : To study the clinical characteristic, causative organisms, in-hospital mortality rate and factors associated with in-hospital patients with infective endocarditis(IE).
- Method** : Retrospective descriptive study has been done in patients with infective endocarditis (by diagnostic modified Duck criteria) who were admitted in Sawanpracharak Hospital during October 1,2010 to September 30, 2020. Data collected by reviewing patient medical records including age, gender, comorbidities, clinical manifestations, complication, echocardiogram results, blood cultures and treatment results.
- Results** : 128 IE patients 60.9% was definite IE and 39.1% was possible IE. Median age was 48 years (range 16-80) and 71.1% was male. Rheumatic heart disease was a major predisposing heart condition (36.5%), whereas the common clinical manifestations were fever (97.7%), cardiac murmur(86.7%) and dyspnea (57%). The common complications were heart failure or cardiogenic shock (21%), renal failure (15.6%) and septic shock (10.2%). Most of the patients were infected with native valve (94.2%). The most common sites of vegetation were mitral valve(45.8%) and aortic valve (42.5%). The result of positive blood culture was 71.9% - *Streptococcus suis* (18.5%) and viridans group streptococci (15.2%) were the most common pathogens. Significantly, factors increased mortality rate of in-patients were septic shock (ORadj = 6.96; 95% CI 1.95-24.82, P<0.01) and heart

failure(ORadj = 4.31 ; 95% CI 1.50-12.39, P= 0.01)

Conclusion : Most cases of infective endocarditis were presented in young people and rheumatic heart disease remaining the most common underlying pathology. The incidence of *Streptococcus suis* increased. The mortality rate of in-patient was still high, especially in cases with severe complications – septic shock and heart failure or cardiogenic shock.

Key words : Infective endocarditis, rheumatic heart disease, Streptococcus

บทนำ

โรคเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ (infective endocarditis: IE) เป็นโรคที่เกิดได้กับทุกส่วนของหัวใจ แต่ส่วนมากเกิดที่ลิ้นหัวใจ โดยเฉพาะลิ้นหัวใจที่มีโรคอื่นๆอยู่หรือมีอาการบาดเจ็บ เช่น โรคหัวใจรูมาติก (rheumatic heart disease: RHD) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease: CHD) การผ่าตัดหัวใจ (open heart surgery) การผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมหรือการซ่อมลิ้นหัวใจ (valve replacement or repair) เป็นต้น⁽¹⁾ โรคเยื่อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ เป็นโรคที่มีอาการแสดงไม่แน่นอน บางครั้งคลุ้มเครือ สับสน ยากต่อการวินิจฉัยที่สำคัญคือ เป็นโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นำมาสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้สูง^(2,4)

ระบาดวิทยาของ IE มีความแตกต่างกันระหว่างทวีป พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ และตามประเภทของโรงพยาบาล⁽²⁾ อุบัติการณ์โดยรวม (overall incidence) ของ IE ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบประมาณ 2-6 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี อัตราการเสียชีวิตพบร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 30 ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อก่อโรค โรคประจำตัวของผู้ป่วย และขึ้นกับชนิดของลิ้นหัวใจที่ติดเชื้อ⁽⁵⁾ อัตราส่วนการพบ IE ในเพศชายต่อเพศหญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 2:1 ระบาดวิทยาของ IE เปลี่ยนแปลงจากการพบส่วนใหญ่ในผู้ป่วยอายุน้อยที่มี RHD ปัจจุบันพบในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ที่ไม่

เคยมีประวัติโรคลิ้นหัวใจ และผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic valves) โดยช่วงอายุ 70-80 ปี พบอุบัติการณ์สูงสุด 14.5 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี การศึกษาอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่าอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย mitral valve prolapse (MVP) และการลดลงของผู้ป่วย RHD ปัจจัยส่งเสริม (predisposing factors) การเกิด IE เช่น ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic valves) และลิ้นเสื่อมตามวัย (degenerative valve sclerosis) สัมพันธ์กับการใช้ invasive procedures ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ IE ที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น⁽⁴⁾ และเป็นผลให้สัดส่วนของ Staphylococci IE เพิ่มขึ้นด้วย⁽⁶⁾ ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ Staphylococcal IE เพิ่มขึ้นจาก 3 ปัจจัยหลัก คือ การล้างไต โรคเบาหวาน และการใส่สายสวน ส่วนในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ตุนิเซีย แอฟริกา ระบาดวิทยาของ IE ยังคงรูปแบบเดิม โดย Streptococcus เป็นเชื้อเด่นและมักพบในผู้ป่วย RHD ที่มีอายุน้อย^(4,6)

สำหรับประเทศไทยการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่⁽²⁾ พบอุบัติการณ์สะสม (cumulative IE incidence) 5.67 ต่อ 1,000 ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2:1 อัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาลพบประมาณร้อยละ

18 ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.4 ไม่พบความผิดปกติของหัวใจอยู่ก่อน เชื้อก่อโรคหลักที่พบจากการศึกษาในประเทศไทย^(1,2,7) คือ Viridans group streptococci (VGS) ซึ่งแตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่เป็น *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*)

การวินิจฉัย IE เป็นความท้าทายสำหรับแพทย์ผู้รักษาเนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน การวินิจฉัยจึงต้องอาศัยองค์ประกอบ 4 ข้อ ได้แก่ clinical features, echocardiography, microbiology และ diagnostic criteria แม้จะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์เพิ่มขึ้น แต่ IE ยังคงมีอัตราการเสียชีวิตสูงและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเนื่องจากเป็นโรคที่พบไม่บ่อยในแต่ละสถาบัน การศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่ม (randomized trials) และ meta-analyses จึงทำได้ยาก แนวทางการรักษาจึงขึ้นกับความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก^(3,8) ปัจจุบันมีความพยายามกำหนดแนวทางการรักษา (clinical practice guideline) และพัฒนาให้มีประสิทธิภาพขึ้น เพื่อให้การรักษาผู้ป่วย รวดเร็ว ครอบคลุม และทันต่วงที่ยิ่งขึ้น⁽¹⁾ หลักการที่ใช้วินิจฉัย IE อ้างอิงจาก modified Duke criteria ซึ่งพิจารณาจากอาการทางคลินิก ร่วมกับภาพถ่ายคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจและผลทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีผลวิเคราะห์การติดเชื้อในกระแสเลือดและผลทางด้านภูมิคุ้มกันสนับสนุน⁽⁸⁾

เนื่องจาก IE เป็นโรคที่มีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูง การดูแลผู้ป่วย IE ให้มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ต้องมีข้อมูลและมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของโรค ทั้งสาเหตุ ลักษณะทางคลินิก ระบาดวิทยา จุลชีววิทยา และการดำเนินของโรค ข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา มีจำนวนน้อย^(1,2,7) และผลการศึกษา มีความ

แตกต่างกันในแต่ละสถานที่ อีกทั้งโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และมีศูนย์โรคหัวใจ เพื่อดูแลประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งมีผู้ป่วย IE ส่งมารักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วย IE ดังนั้นจึงทำการศึกษานี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาลักษณะอาการทางคลินิก เชื้อที่เป็นสาเหตุ อัตราการเสียชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย IE ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อเป็นข้อมูลช่วยประกอบการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย อย่างทันต่วงที่และเหมาะสม ช่วยลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา และผู้ป่วยปลอดภัยยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 6/2565 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัย infective endocarditis ICD10 รหัส I33.0 ช่วง 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2563 ที่อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น IE ตาม modified Duke criteria ได้ จำนวนตัวอย่าง 128 คน

บันทึกข้อมูลโดยการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคร่วมโรคทางพยาธิสภาพของหัวใจ (underlying cardiac pathology) ลักษณะอาการทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อนเมื่อวินิจฉัยโรค (complication at diagnosis) ภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (com-

plication during admission) ผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจความถี่สูง (echocardiogram) ผลการเพาะเชื้อในกระแสเลือด และผลการรักษา โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตาม clinical criteria เป็น 2 ระดับคือ 1) definite ประกอบด้วย 2 major criteria หรือ 1 major criteria and 3 minor criteria หรือ 5 minor criteria และ 2) possible ประกอบด้วย 1 major criteria and 1 minor criteria หรือ 3 minor criteria^(4,8)

การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ สถิติ Mann Whitney U test เปรียบเทียบความแตกต่างของอายุผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตและกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต ใช้สถิติ chi-square หรือ fisher's exact test เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ที่นัยสำคัญทางสถิติเมื่อ P-value น้อยกว่า 0.05 และใช้สถิติ binary logistic regression เพื่อหาค่า odds ratio (OR) แสดงขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval: CI)

ผลการศึกษา

ผู้ป่วย IE ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวรรคประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ช่วง 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 128 คน แบ่งเป็น definite IE จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 60.9 และ possible IE จำนวน 50 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.1 มีอายุ (มัธยฐาน) 48 ปี (ช่วงอายุ 16 – 80 ปี) โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.2 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.1 โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ร้อยละ 19.5

โรคทางพยาธิสภาพของหัวใจ (underlying cardiac pathology) ที่พบส่วนใหญ่ คือ rheumatic heart disease (RHD) ร้อยละ 36.5 ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ อาการไข้ ร้อยละ 97.7 เสียงหัวใจผิดปกติ (cardiac murmur) ร้อยละ 86.7 ภาวะหายใจลำบาก (dyspnea) ร้อยละ 57.0 อาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดเมื่อวินิจฉัยโรค (complication at diagnosis) คือ ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือภาวะช็อกจากโรคหัวใจ (heart failure :HF หรือ cardiogenic shock) พบร้อยละ 36.7 ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (complication during admission) ส่วนใหญ่ ได้แก่ heart failure หรือ cardiogenic shock ร้อยละ 21.1 ภาวะไตวาย (renal failure) ร้อยละ 15.6 ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ร้อยละ 10.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 18.8

กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (in-hospital dead) มีอายุ (มัธยฐาน) 52 ปี (ช่วงอายุ 17 – 80 ปี) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต (alive at discharge) มีอายุ (มัธยฐาน) 46 ปี (ช่วงอายุ 16 – 76 ปี) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เสียชีวิตระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเพศชายพบร้อยละ 83.3 และร้อยละ 68.3 โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 29.2 และร้อยละ 17.3 โรคทางพยาธิสภาพของหัวใจที่พบส่วนใหญ่คือ rheumatic heart disease (RHD) พบร้อยละ 30.4 และร้อยละ 37.9 ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ อาการไข้พบร้อยละ 100.0 และร้อยละ 97.1 cardiac murmur พบร้อยละ 83.3 และร้อยละ 87.5 และภาวะหายใจลำบาก พบร้อยละ 75.0 และร้อยละ 52.9

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดเมื่อวินิจฉัยโรค คือ heart failure หรือ cardiogenic shock พบร้อยละ 45.8 และร้อยละ 34.6 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเช่นกันโดยพบ ร้อยละ 41.7 และร้อยละ 16.3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ โรคทางพยาธิสภาพของ

หัวใจผู้ป่วย ได้แก่ degenerative valve disease ($p=0.03$) ภาวะ pneumonia ที่พบขณะวินิจฉัยโรค ($p=0.03$) และ ภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ heart failure หรือ cardiogenic shock ($p=0.01$) และ septic shock ($p<0.01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วย IE

| ข้อมูลทั่วไปและลักษณะอาการทางคลินิก | จำนวนคน (ร้อยละ) | | | P-value |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| | Total (n=128) | Alive at discharge (n=104) | In-hospital dead (n=24) | |
| อายุ (ปี) | | | | |
| < 50 ปี | 72 (56.2) | 61 (58.7) | 11 (45.8) | 0.25 ^a |
| > 50 ปี | 56 (43.8) | 43 (41.3) | 13 (54.2) | |
| อายุ (ปี), median (range) | 48 (16-80) | 46 (16-76) | 52 (17-80) | 0.06 ^b |
| เพศ | | | | |
| ชาย | 91 (71.1) | 71 (68.3) | 20 (83.3) | 0.14 ^a |
| หญิง | 37 (28.9) | 33 (31.7) | 4 (16.7) | |
| โรคร่วม | | | | |
| Hypertension | 25 (19.5) | 18 (17.3) | 7 (29.2) | 0.25 ^c |
| Hyperlipidemia/Dyslipidemia | 12 (9.4) | 8 (7.7) | 4 (16.7) | 0.24 ^c |
| Diabetes mellitus | 9 (7.0) | 6 (5.8) | 3 (12.5) | 0.37 ^c |
| Renal impairment /ESRD | 8 (6.2) | 6 (5.8) | 2 (8.3) | 0.64 ^c |
| Atrial Fibrillation | 8 (6.2) | 5 (4.8) | 3 (12.5) | 0.17 ^c |
| Chronic liver disease | 6 (4.7) | 3 (2.9) | 3 (12.5) | 0.08 ^c |
| Hyperthyroidism | 3 (2.3) | 2 (1.9) | 1 (4.2) | 0.47 ^c |
| Old ischemic stroke | 3 (2.3) | 2 (1.9) | 1 (4.2) | 0.47 ^c |
| Coronary artery disease | 2 (1.6) | 2 (1.9) | 0 (0.0) | 1.00 ^c |

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วย IE (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปและลักษณะอาการทางคลินิก | จำนวนคน (ร้อยละ) | | | P-value |
|--|------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| | Total (n=128) | Alive at discharge (n=104) | In-hospital dead (n=24) | |
| Use of steroids and immunosuppressants | 2 (1.6) | 1 (1.0) | 1 (4.2) | 0.34 ^c |
| Dilated cardiomyopathy (DCM) | 1 (0.8) | 0 (0.0) | 1 (4.2) | 0.19 ^c |
| Human Immunodeficiency Virus (HIV) | 1 (0.8) | 1 (1.0) | 0 (0.0) | 1.00 ^c |
| Underlying cardiac pathologic changes (n=126) ^d | | | | |
| Rheumatic heart disease | 46/126 (36.5) | 39/103 (37.9) | 7/23 (30.4) | 0.50 ^a |
| Mitral valve prolapse | 10/126 (7.9) | 8/103 (7.8) | 2/23 (8.7) | 1.00 ^c |
| Congenital heart disease | 9/126 (7.1) | 7/103 (6.8) | 2/23 (8.7) | 0.67 ^c |
| Prosthetic heart valve | 6/126 (4.8) | 4/103 (3.9) | 2/23 (8.7) | 0.30 ^c |
| Degenerative valve disease | 2/126 (1.6) | 0/103 (0.0) | 2/23 (8.7) | 0.03 ^c |
| Other cardiac conditionse | 1/126 (0.8) | 1/103 (1.0) | 0/23 (0.0) | 1.00 ^c |
| Clinical manifestations | | | | |
| Fever | 125 (97.7) | 101 (97.1) | 24 (100.0) | 1.00 ^c |
| Cardiac murmur | 111 (86.7) | 91 (87.5) | 20 (83.3) | 0.52 ^c |
| Dyspnea | 73 (57.0) | 55 (52.9) | 18 (75.0) | 0.05 ^a |
| Myalgia/Arthralgia | 12 (9.4) | 11 (10.6) | 1 (4.2) | 0.46 ^c |
| Stroke | 11 (8.6) | 8 (7.7) | 3 (12.5) | 0.43 ^c |
| Weight loss | 8 (6.2) | 7 (6.7) | 1 (4.2) | 1.00 ^c |
| Weakness | 4 (3.1) | 3 (2.9) | 1 (4.2) | 0.57 ^c |
| Alteration of consciousness | 4 (3.1) | 4 (3.8) | 0 (0.0) | 1.00 ^c |
| Abdominal pain | 2 (1.6) | 2 (1.9) | 0 (0.0) | 1.00 ^c |
| Chest pain | 1 (0.8) | 1 (1.0) | 0 (0.0) | 1.00 ^c |
| Complication at diagnosis | | | | |
| HF/Cardiogenic shock | 47 (36.7) | 36 (34.6) | 11 (45.8) | 0.30 ^a |

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วย IE (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไปและลักษณะอาการทางคลินิก | จำนวนคน (ร้อยละ) | | | P-value |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| | Total (n=128) | Alive at discharge (n=104) | In-hospital dead (n=24) | |
| Neurological | 10 (7.8) | 8 (7.7) | 2 (8.3) | 1.00 ^c |
| Renal failure | 8 (6.2) | 5 (4.8) | 3 (12.5) | 0.17 ^c |
| Septic shock | 8 (6.2) | 5 (4.8) | 3 (12.5) | 0.17 ^c |
| Septic embolism | 7 (5.5) | 7 (6.7) | 0 (0.0) | 0.35 ^c |
| Arrhythmia | 3 (2.3) | 2 (1.9) | 1 (4.2) | 0.47 ^c |
| Pneumonia | 2 (1.6) | 0 (0.0) | 2 (8.3) | 0.03 ^c |
| Complication during admission | | | | |
| HF/Cardiogenic shock | 27 (21.1) | 17 (16.3) | 10 (41.7) | 0.01 ^a |
| Renal failure | 20 (15.6) | 13 (12.5) | 7 (29.2) | 0.06 ^c |
| Septic shock | 13 (10.2) | 6 (5.8) | 7 (29.2) | <0.01 ^c |
| Arrhythmia | 10 (7.8) | 6 (5.8) | 4 (16.7) | 0.09 ^c |
| Neurological | 4 (3.1) | 2 (1.9) | 2 (8.3) | 0.16 ^c |
| Septic embolism | 4 (3.1) | 2 (1.9) | 2 (8.3) | 0.16 ^c |
| Hospital-acquired infection | 4 (3.1) | 3 (2.9) | 1 (4.2) | 0.57 ^c |
| Acute liver failure | 1 (0.8) | 0 (0.0) | 1 (4.2) | 0.19 ^c |
| Hemoculture | | | | |
| Positive | 92 (71.9) | 78 (75.0) | 14 (58.3) | 0.10 ^a |
| No growth | 36 (28.1) | 26 (25.0) | 10 (41.7) | |
| IE characteristic | | | | |
| Definite IE | 78 (60.9) | 65 (62.5) | 13 (54.2) | 0.45 ^a |
| Possible IE | 50 (39.1) | 39 (37.5) | 11 (45.8) | |

ESRD=End stage renal disease, HF=Heart failure

^a วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ chi square test

^b วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

^c วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ fisher-exact probability test

^d ข้อมูลจากผลการตรวจ Echocardiography 125 คน และจากประวัติในเวชระเบียน 1 คน

^e ผู้ป่วยมีภาวะ mitral regurgitation ไม่ทราบสาเหตุ

การตรวจหัวใจด้วยเครื่องเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) โดยการตรวจผ่านทางผนังทรวงอกด้านหน้า (transthoracic echocardiography: TTE) ในผู้ป่วย 125 คน พบ positive for IE จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 96.0 จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเดิม (native valve endocarditis: NVE) ร้อยละ 94.2 ตำแหน่งที่พบก่อนติดเชื้อ (vegetation) ส่วนใหญ่คือ mitral valve ร้อยละ 45.8 และ aortic valve ร้อยละ 42.5 vegetation ที่พบส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.7 มีขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร จากการศึกษาพบ

ผู้ป่วยมี valvular perforation ร้อยละ 4.2 ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เสียชีวิต และกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่ติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเดิม ร้อยละ 95.2 และร้อยละ 93.9 ตามลำดับ กลุ่มที่เสียชีวิต พบตำแหน่ง vegetation ส่วนใหญ่ที่ aortic valve ร้อยละ 57.1 vegetation ที่พบส่วนใหญ่ไม่ทราบขนาด ร้อยละ 47.6 ส่วนกลุ่มที่ไม่เสียชีวิต พบตำแหน่ง vegetation ส่วนใหญ่ที่ mitral valve ร้อยละ 48.5 vegetation ที่พบส่วนใหญ่มีขนาดมากกว่าหรือเท่ากับ 1 เซนติเมตร ร้อยละ 43.3 และในกลุ่มที่ไม่เสียชีวิตพบ valvular perforation ร้อยละ 5.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะการติดเชื้อที่พบจาก Echocardiogram

| ลักษณะการติดเชื้อ | จำนวนคน (ร้อยละ) | | | P-value ^a |
|-----------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| | Total (n=120) | Alive at discharge (n=99) | In-hospital dead (n=21) | |
| ประเภทของการติดเชื้อ | | | | 1.00 |
| Native valve | 113 (94.2) | 93 (93.9) | 20 (95.2) | |
| Prosthetic valve | 5 (4.2) | 4 (4.0) | 1 (4.8) | |
| อื่นๆ ^b | 2 (1.7) | 2 (2.0) | 0 (0.0) | |
| ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อ | | | | 0.23 |
| Mitral valve | 55 (45.8) | 48 (48.5) | 7 (33.3) | |
| Aortic valve | 51 (42.5) | 39 (39.4) | 12 (57.1) | |
| Multiple valves | 6 (5.0) | 6 (6.1) | 0 (0.0) | |
| Pulmonary valve | 4 (3.3) | 3 (3.0) | 1 (4.8) | |
| Tricuspid valve | 2 (1.7) | 1 (1.0) | 1 (4.8) | |
| อื่นๆ ^b | 2 (1.7) | 2 (2.0) | 0 (0.0) | |
| Vegetation observed (n=118) | | | | 0.08 |
| Size ≥ 1 cm | 48/118 (40.7) | 42/97 (43.3) | 6/21 (28.6) | |

ตารางที่ 2 ลักษณะการติดเชื้อที่พบจาก Echocardiogram (ต่อ)

| ลักษณะการติดเชื้อ | จำนวนคน (ร้อยละ) | | | P-value ^a |
|----------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------|
| | Total (n=120) | Alive at discharge (n=99) | In-hospital dead (n=21) | |
| Size < 1 cm | 38/118 (32.2) | 33/97 (34.0) | 5/21 (23.8) | |
| ไม่ทราบขนาด | 29/118 (24.6) | 19/97 (19.6) | 10/21 (47.6) | |
| Multiple vegetations | 3/118 (2.5) | 3/97 (3.1) | 0/21 (0.0) | |
| Valvular perforation | 5 (4.2) | 5 (5.1) | 0 (0.0) | 0.59 |

^a วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ fisher-exact probability test

^b ได้แก่ ventricular septal defect (VSD) และ patent ductus arteriosus (PDA)

ผลการเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) ของผู้ป่วยจากการศึกษานี้ พบเชื้อก่อโรคร้อยละ 71.9 เชื้อก่อโรคที่ตรวจพบบ่อยที่สุดคือ กลุ่ม Streptococcus species โดยพบว่า *Streptococcus suis* (*S. suis*) เป็นเชื้อที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 18.5 รองลงมา คือ Viridans group streptococci (VGS) พบร้อยละ 15.2 กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่คือ VGS พบร้อยละ 16.7 และ *S. suis* พบร้อยละ 15.4 กลุ่มผู้ป่วยที่เสียชีวิต เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่คือ *S. suis* พบร้อยละ 35.7 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ชนิดของเชื้อก่อโรคที่ตรวจพบจาก Hemoculture

| เชื้อก่อโรค | จำนวนคน (ร้อยละ) | | |
|------------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------------|
| | Total (n=92) | Alive at discharge (n=78) | In-hospital dead (n=14) |
| Streptococcus spp. | | | |
| <i>Streptococcus suis</i> | 17 (18.5) | 12 (15.4) | 5 (35.7) |
| Viridans group streptococci | 14 (15.2) | 13 (16.7) | 1 (7.1) |
| Beta hemolytic streptococci | 12 (13.0) | 11 (14.1) | 1 (7.1) |
| Alpha hemolytic streptococci | 9 (9.8) | 9 (11.5) | 0 (0.0) |
| Nutritionally variant Streptococci | 3 (3.3) | 3 (3.8) | 0 (0.0) |
| <i>Streptococcus bovis</i> | 3 (3.3) | 1 (1.3) | 2 (14.3) |
| Other Streptococci | 4 (4.3) | 4 (5.1) | 0 (0.0) |

ตารางที่ 3 ชนิดของเชื้อก่อโรคที่ตรวจพบจาก Hemoculture (ต่อ)

| เชื้อก่อโรค | จำนวนคน (ร้อยละ) | | |
|----------------------------------|------------------|---------------------------------|----------------------------|
| | Total (n=92) | Alive at discharge (n=78) | In-hospital dead (n=14) |
| Staphylococcus spp. | | | |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | 12 (13.0) | 10 (12.8) | 2 (14.3) |
| Coagulase negative Staphylococci | 7 (7.6) | 5 (6.4) | 2 (14.3) |
| Enterococcus spp. | 6 (6.5) | 5 (6.4) | 1 (7.1) |
| HACEK | 1 (1.1) | 1 (1.3) | 0 (0.0) |
| Other | 4 (4.3) | 4 (5.1) | 0 (0.0) |

HACEK = *Haemophilus parainfluenzae*, *H. aphrophilus*, *H. paraphrophilus*, *H. influenzae*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella kingae*, and *K. denitrificans*

การวิเคราะห์ขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 พบว่า ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ คือ ภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาดังกล่าว ได้แก่ septic shock ($P < 0.01$) และ HF หรือ cardiogenic shock ($P = 0.01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย IE ด้วยวิธี univariate binary logistic regression และ multivariate binary logistic regression

| ปัจจัยที่ศึกษา | OR (95%CI) | P-value | Adjusted OR (95%CI) | P-value |
|-------------------------------|-------------------|---------|---------------------|---------|
| Complication during admission | | | | |
| HF/Cardiogenic shock | 3.66 (1.40-9.58) | 0.01 | 4.31 (1.50-12.39) | 0.01 |
| Septic shock | 6.73 (2.01-22.46) | <0.01 | 6.96 (1.95-24.82) | <0.01 |

HF = Heart failure

วิจารณ์

infective endocarditis (IE) เป็นโรคที่มีลักษณะอาการทางคลินิกไม่แน่นอน ขึ้นกับสาเหตุหลักของการเกิดโรค ประวัติการมีโรคหัวใจ (underlying cardiac disease) เชื้อโรคที่เป็นสาเหตุ (microorganism) การเกิดภาวะแทรกซ้อน (complications) และลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย (underlying patient characteristics) โดยทั่วไปพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึงแม้จะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดทั้งขั้นตอนการวินิจฉัยและการรักษาในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา แต่สิ่งที่พบคือ โรคนี้ยังมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี (poor prognosis) และมีอัตราการเสียชีวิตสูง (high mortality)⁽⁴⁾ การศึกษาในประเทศยุโรปและสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วย IE มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 มีอายุเกิน 50 ปี และพบ IE เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น แนวโน้มการเพิ่มขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้วสัมพันธ์กับ 2 ปัจจัยคืออุบัติการณ์เกิด RHD ลดลง และสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น⁽⁵⁾ ควบคู่กับอุบัติการณ์ของโรคลิ้นหัวใจเสื่อม (degenerative heart valve disease) ที่เพิ่มขึ้นแตกต่างจากประเทศกำลังพัฒนา ที่ส่วนใหญ่ยังพบ IE ในผู้ป่วย RHD ที่มีอายุน้อย⁽⁴⁾

การศึกษานี้พบผู้ป่วย IE มีอายุน้อยโดยเฉลี่ยเท่ากับ 48 ปี ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยช่วง 45.1-53 ปี^(2,6,7,9,10) ผู้ป่วยจากการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น (69 ปี)⁽¹²⁾ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การศึกษานี้พบผู้ป่วย IE มีประวัติโรคหัวใจที่พบบ่อยที่สุดคือ RHD ร้อยละ 36.5 ใกล้เคียง

กับการศึกษาในประเทศตุรกี (ร้อยละ 33.7)⁽⁶⁾ โดยสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทย (ร้อยละ 23.9)⁽⁷⁾ และประเทศจีน (ร้อยละ 8.8)⁽¹⁰⁾ การศึกษานี้พบ IE ส่วนใหญ่ในผู้ป่วย RHD และมีอายุน้อยสอดคล้องกับระบาดวิทยาของ IE ในประเทศกำลังพัฒนา^(4,6)

ผู้ป่วย IE จากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ^(2,5,7,9-12) อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.5:1 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่าอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 2:1 ซึ่งอัตราส่วนเพศชายที่มากกว่านี้ยังไม่สามารถอธิบายได้⁽⁴⁾ ลักษณะอาการทางคลินิกที่เคยมีการรายงานในการศึกษาก่อนหน้านี้^(2,5-7,9,10,13) มีความหลากหลาย และเกี่ยวข้องกับหลายระบบ ขึ้นกับชนิดของเชื้อที่ก่อโรค ประวัติโรคหัวใจเดิมของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ใช่เป็นอาการนำ อาการที่พบบ่อยที่สุดในการศึกษานี้คือ อาการไข้พบร้อยละ 97.7 เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นซึ่งพบตั้งแต่ร้อยละ 84 ถึงร้อยละ 100^(2,5,9,13) cardiac murmur จากการศึกษานี้พบร้อยละ 86.7 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่น^(4,10) ซึ่งสูงกว่าบางการศึกษาที่พบ cardiac murmur ร้อยละ 36 และ 56.3^(2,13) ภาวะหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอาการที่พบในการศึกษาส่วนใหญ่^(2,5,6,9,13) แตกต่างกันตั้งแต่ ร้อยละ 17.2 ถึงร้อยละ 72.9 บางการศึกษาเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด⁽⁷⁾ จากการศึกษานี้พบร้อยละ 57.0 ซึ่งสูงกว่าหลายศึกษา^(2,5,6,9,13)

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วย IE ส่วนใหญ่ติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเดิม (native valve endocarditis: NVE) ร้อยละ 94.2 เช่นเดียวกับหลายการศึกษา^(2,5,6,9-11) โดยพบพยาธิสภาพส่วนใหญ่เกิดที่ mitral valve รองลง

มาคือ aortic valve สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(1,2,5,9,12,13) บางการศึกษาพบพยาธิสภาพส่วนใหญ่เกิดที่ aortic valve มากกว่า mitral valve^(6,7,11) การเพาะเชื้อจากเลือดของผู้ป่วยจากการศึกษานี้ตรวจพบเชื้อก่อโรค ร้อยละ 71.9 ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาตั้งแต่ร้อยละ 43.3 ถึงร้อยละ 95^(2,5-7,9-12) การตรวจไม่พบเชื้ออาจเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการยาปฏิชีวนะมาก่อน⁽⁴⁾

การศึกษาในประเทศไทย^(1,2,7) เชื้อก่อโรคที่พบส่วนใหญ่คือ Streptococcus การศึกษานี้พบเชื้อก่อโรคส่วนใหญ่คือ Streptococcus เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลี⁽⁵⁾ ประเทศจีน⁽¹⁰⁾ และประเทศตุรกี⁽⁶⁾ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศกาตาร์⁽⁹⁾ ประเทศญี่ปุ่น⁽¹²⁾ และ multinational study ในกลุ่มประเทศต่างๆ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าเชื้อก่อโรคส่วนใหญ่คือ *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วมีการทำหัตถการที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ IE ที่เกิดจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น ตรงข้ามกับประเทศกำลังพัฒนาที่ยังคงพบเชื้อก่อโรคส่วนใหญ่คือ Streptococcus⁽⁴⁾ การศึกษาในประเทศไทยโดยส่วนใหญ่พบ Viridans group streptococci (VGS) เป็นเชื้อก่อโรคหลัก^(1,2,7) ต่างจากการศึกษานี้ที่พบเชื้อก่อโรคหลักคือ *Streptococcus suis* (*S. suis*) ร้อยละ 18.5 ซึ่งพบสูงกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลทางภาคเหนือของประเทศไทยที่พบ *S. suis* (ร้อยละ 9.4) เป็นอันดับ 2 รองจาก VGS⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีเชื้อ *S. suis* ในกระแสเลือดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งพบ IE ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวร้อยละ 20⁽¹³⁾ การศึกษานี้พบความ

ชุก (prevalence) ของ *S. suis* เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *S. suis* ในกระแสเลือดจึงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมว่ามีเชื้อที่เยื่อหัวใจด้วยหรือไม่ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยครอบคลุม และทัน่วงที่ยิ่งขึ้น

การศึกษานี้พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 18.8 ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นในประเทศไทย (ร้อยละ 17.7 และร้อยละ 18.4)^(2,7) และ multinational study ในกลุ่มประเทศต่างๆ (ร้อยละ 17.5)⁽¹¹⁾ อัตราการเสียชีวิตจากการศึกษานี้สูงกว่าประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ (ร้อยละ 6.3 และร้อยละ 15.1)^(6,10) แต่ต่ำกว่าการศึกษาของประเทศพัฒนาแล้วหรือประเทศเศรษฐกิจที่มีรายได้สูง (ร้อยละ 25.0 ถึงร้อยละ 27.6)^(5,9,12) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในการศึกษานี้ยังคงสูงเช่นเดียวกับการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ของประเทศไทย⁽²⁾ แต่การศึกษานี้พบอัตราการเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม NVE และเชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่คือ *S. suis* ซึ่งต่างจากการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม prosthetic valve IE (PVE) หรือ device-related IE (DRIE) และเชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่คือ non-streptococcus⁽²⁾ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในการศึกษานี้ยังคงสูง อาจเป็นผลจากที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้ง heart failure หรือ cardiogenic shock ร้อยละ 41.7 และ Septic shock ร้อยละ 29.2

การศึกษานี้พบปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วยขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (ORadj

=6.96; 95%CI 1.95-24.82) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศกาตาร์ (ORadj =57.8; 95%CI 2.6 – 1360)⁽⁹⁾ และภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะช็อกจากโรคหัวใจขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (ORadj =4.31; 95%CI 1.50-12.39) ซึ่งเป็นปัจจัยที่พบในการศึกษาที่ประเทศไทย (ORadj =4.32; 95%CI 1.91– 9.75)⁽²⁾ และประเทศญี่ปุ่น (ORadj =3.50; 95%CI 1.53– 8.00)⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่พบในการศึกษาอื่น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (neurological complication) โรคไตวายระยะสุดท้าย (end-stage renal disease)⁽²⁾ ภาวะไตวายเรื้อรัง (chronic renal failure)⁽⁶⁾ acute kidney injury⁽⁹⁾ methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA), vascular phenomena, health care-associated IE⁽¹²⁾ splenic embolization, intracranial infection และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี⁽¹⁰⁾

แม้ว่า IE จะเป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย แต่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นำมาสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้สูง โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น heart failure หรือ cardiogenic shock และ septic shock ข้อมูลจากการศึกษานี้ทั้งลักษณะอาการทางคลินิกที่พบบ่อย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยชนิดของเชื้อก่อโรคที่พบส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพบอุบัติการณ์ของ *S. suis* ที่เพิ่มมากขึ้น ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางการ

รักษาและการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลศูนย์ สวรรค์ประชารักษ์ เพื่อให้การวินิจฉัยที่รวดเร็ว แม่นยำ สามารถให้การรักษาได้ทันที่ที่เกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดดังนี้ 1) เป็นการศึกษา ย้อนหลัง จึงอาจมีข้อมูลขาดหายไปหรือไม่สมบูรณ์ เช่น การบันทึกรายละเอียดลักษณะอาการทางคลินิก การตรวจเพาะเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในช่วงปีแรกของการศึกษา และ 2) เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ของเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งผู้ป่วยอาจถูกส่งมารักษาต่อในระยะกลางหรือระยะท้ายของโรค ทำให้ลักษณะอาการทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไป รวมถึงอาจทำให้ผลการเพาะเชื้อจากเลือดของผู้ป่วย ตรวจไม่พบเชื้อก่อโรค เนื่องจากมีการรักษามาก่อนหน้านี้

สรุป

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วย IE ส่วนใหญ่มีอายุน้อย และ RHD ยังคงเป็น underlying pathology ที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเดิม ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ อาการไข้ cardiac murmur และหายใจลำบาก เชื้อก่อโรคหลักคือ *S. suis* และ VGS โดยพบอุบัติการณ์ของ *S. suis* เพิ่มมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาลยังคงสูง โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น heart failure หรือ cardiogenic shock และ septic shock

เอกสารอ้างอิง

1. อาสา พิษณุภพ. การศึกษาความสัมพันธ์ของขนาดก้อนติดเชื้อเวเจเทชันที่เยื่อหัวใจฝั่งซ้ายกับโอกาสการเกิดก้อนติดเชื้อแพร่กระจายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
2. Angsutararux T, Angkasekwinai N. Cumulative incidence and mortality of infective endocarditis in Siriraj hospital-Thailand: a 10-year retrospective study. *BMC Infect Dis* 2019;19(1):1-9.
3. คมกฤษณ์ โกมุทริินทร์. Infective Endocarditis. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา* 2558;37(2): 129-38.
4. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009) : The task force on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis of the european society of cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2009;30:2369-413.
5. Al Abri SS, Zahedi FI, Kurup PJ, Al-Jardani AK, Beeching NJ. The epidemiology and outcomes of infective endocarditis in a tertiary care hospital in Oman. *J Infect Public Health* 2014;7(5):400-6.
6. Kaçmaz AB, Balkan II, Sinan UY, Mete B, Saltoglu N, Tabak F, et al. Epidemiological, clinical, and prognostic features of infective endocarditis: A retrospective study with 90 episodes. *Cerrahpasa Med J* 2021; 45(2):107-15.
7. Chaiwarith R, Jeenapongsa S, Sirisanthana T. Infective endocarditis at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2002-2003. *J Infect Dis Antimicrob Agents*. 2006;23(2):75-81.
8. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongjorni MG, Casalta JP, Zotti FD, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: the task force for the management of infective endocarditis of the european society of cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2015;36 (44):3075-128.
9. Zaqout A, Mohammed S, Thapur M, Al-Soub H, Al-Maslamani MA, Al-Khal A, et al. Clinical characteristics, microbiology, and outcomes of infective endocarditis in Qatar. *Qatar Med J* 2020; 2020 (24):1-10.
10. Zhang X, Jin F, Lu Y, Ni F, Xu Y, Xia W. Clinical characteristics and risk factors for in-hospital mortality in 240 cases of infective endocarditis in a tertiary hospital in China: a retrospective study. *Infect Drug Resist* 2020;15:3179-89.

11. Erdem H, Puca E, Ruch Y, Santos L, Ghanem-Zoubi N, Argemi X, et al. Portraying infective endocarditis: results of multinational ID-IRI study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2019; 38(9):1753-63. doi: 10.1007/s10096-019-03607-x.
12. Hase Y, Otsuka Y, Yoshida K, Hosokawa N. Profile of infective endocarditis at a tertiary-care hospital in Japan over a 14-year period: characteristics, outcome and predictors for in-hospital mortality. *Int J Infect Dis* 2015;33:62–6.
13. อุดมศักดิ์ เลิศสุทธิพร, ปิยภัทร ชุณหรัศมิ์, วิลาวัลย์ ทิพย์มนตรี, พัชรินทร์ พันจรรยา. ความชุกโรคลิ้นหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัสซูอิสในเลือด. *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2563;6(4):28-37.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัลในสถานการณ์โควิด-19 ของคนวัยทำงาน
ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

Factors Influencing New Normal Behavior in The Situation of COVID-19 on
Working People in Mueang District, Nakhon Sawan Province

ณัฐนันท์ ภูศรีเทศ¹

Nathanan Phusrites¹

สร้อยยา ลิมสายพรหม, ส.ด.(อนามัยครอบครัว)

Saranya Limsaiphrom, Dr.P.H.(Family Health)

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

¹Bachelor of Public Health Student

มหาวิทยาลัยมหิดล

Mahidol University

โครงการจัดตั้งวิทยาเขตนครสวรรค์

Nakhonsawan Campus

จังหวัดนครสวรรค์

Nakhonsawan

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

Region 3 Medical and Public Health Journal

ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565

Vol. 19 No. 3 September-December 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมนิวนอร์มัล (new normal) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัล ในสถานการณ์โควิด-19 (COVID-19) ของคนวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา : ศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ระหว่างวันที่ 13 ถึง 31 มีนาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างคือ คนวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่มีงานทำ และอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 442 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ P น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา : พบว่าร้อยละ 92.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมนิวนอร์มัลอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ โรคประจำตัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงานได้ร้อยละ 26.1 ($R^2 = 0.261$)

สรุป : หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมนิวนอร์มัล เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว จากเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน จากองค์กรท้องถิ่นหรือหน่วยงานในชุมชน รวมถึงจากบุคลากรทางวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม

คำสำคัญ : พฤติกรรมนิวนอร์มัล, วัยทำงาน, โควิด-19, แรงสนับสนุนทางสังคม, สื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์

วันที่รับ (received) 20 สิงหาคม 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 30 กันยายน 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ตุลาคม 2565

Abstract

- Objectives** : To study the level of new normal behavior and factors influence new normal behavior in the situation of COVID-19 on working people in Muang District, Nakhon Sawan Province.
- Method** : The cross-sectional had been done. 442 working people age between 25-59 years old living in Muang District, Nakhon Sawan Province were designed as a sample group. Data collected during 13-31 March 2021 by using questionnaires and analyzed in descriptive statistics, multiple regression analysis with statistically significant at P-value < 0.05.
- Results** : The study found that 92.5% of the sample had high level of new normal behavior. The factors influenced new normal behavior were occupation, chronic disease, anxiety of COVID – 19, knowledge of COVID – 19, social support and social media network. The regression model could explain a new normal behavior by 26.1% ($R^2 = 0.261$).
- Conclusion** : The organizations should focus on educating working people about COVID – 19 knowledge and a new normal behavior to prevent the disease, promote social support from e.g. family, neighbors or colleagues, local organizations including professional such as doctors, nurses and health officers to improve an appropriate health behavior.
- Keywords** : new normal behavior, working – people, COVID – 19, social media net work

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (coronavirus disease 2019) หรือโควิด-19 (COVID-19) ได้ทวีความรุนแรงขึ้นจากที่มีรายงานผู้ป่วยครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน กลางเดือนธันวาคม 2562 การแพร่ระบาดได้ขยายวงกว้างไปยังหลายประเทศทั่วโลก ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับนานาชาติ และเป็นโรคระบาดใหญ่ที่สร้างผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชากรโลกกว่า 200 ประเทศ

สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางมาจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 ได้รับการตรวจยืนยันผล และแถลงสถานการณ์ในวันที่ 15 มกราคม 2563 ส่วนการแพร่ระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนครั้งแรกในประเทศไทยเริ่มต้นมาจากสนามมวยลุมพินี และสนามมวยราชดำเนิน ซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 6 ถึง 8 มีนาคม 2563 จากนั้นได้พบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อนที่ย่านทองหล่อและกลุ่มผู้ไปแสวงบุญที่ประเทศมาเลเซีย ส่งผลให้การแพร่ระบาดกระจายวงกว้างและมีผู้ป่วยในประเทศไทยจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁾ ความรุนแรงของสถานการณ์การแพร่ระบาดในช่วงแรกที่

กระจายเป็นวงกว้าง ทำให้คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ มาตรการเร่งด่วนให้ปิดสถานที่ต่างๆ ในพื้นที่หลาย จังหวัด รวมถึงจังหวัดนครสวรรค์ ทั้งจัดกิจกรรมที่มีการรวมคนจำนวนมากเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรค หลังจากนั้นมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และประกาศใช้พระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีมาตรการห้ามประชาชน ออกนอกเคหสถานในช่วงเวลาที่กำหนด สั่งห้ามคนต่างชาติ และคนไทยจากต่างประเทศเดินทางเข้าประเทศไทย งดการจัดงานประเพณีสงกรานต์ เลื่อนการเปิดเทอมของโรงเรียน และประกาศห้ามจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยครอบคลุมพื้นที่ในหลาย จังหวัดทั่วประเทศ⁽²⁾

เพื่อให้การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อ การจัดการภาวะระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) เพื่อให้หน่วยงาน บุคคล และประชาชนทั่วไป ได้ใช้ประโยชน์เพื่อการคุ้มครองป้องกันสุขภาพ ของประชาชน ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมใน สถานที่ต่าง ๆ (setting) เพื่อควบคุมป้องกันโรคมิให้ แพร่กระจายไปสู่คนหมู่มาก⁽³⁾ เนื่องจากเชื้อไวรัสโควิด-19 สามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ง่ายผ่านละอองขนาดเล็ก ที่มาจากการไอหรือจาม ทำให้ไวรัสเข้าสู่ร่างกายได้⁽⁴⁾ เกิดอาการที่มีความรุนแรงแตกต่างกันหลากหลาย ได้แก่ ติดเชื้อไม่แสดงอาการ มีอาการเล็กน้อยคล้าย เป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลาง ปอดอักเสบ และ อาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต⁽²⁾ คนส่วนใหญ่จึง จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันตนเองไม่ ให้รับเชื้อจากผู้อื่น และการป้องกันตนเองไม่แพร่เชื้อสู่

ผู้อื่น ต้องดำเนินชีวิตภายใต้ความระมัดระวัง สวม หน้ากากอนามัย การพกเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ และการเว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตร (social distancing) ถือเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นอย่างมาก⁽⁴⁾ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจาก อดีต จนเกิดเป็นพฤติกรรมใหม่ที่เรียกว่านิวนอร์มัล (new normal) ซึ่งคำว่านิวนอร์มัล ได้มีการนำมาใช้ อย่างแพร่หลายในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งหมายถึงสถานการณ์หรือปรากฏการณ์ที่แต่เดิมเป็น สิ่งที่ไม่ปกติ ผู้คนไม่คุ้นเคย ไม่ใช่มาตรฐาน ต่อมาเมื่อเหตุ หรือเกิดวิกฤติบางอย่างจึงมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ สถานการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นกลายเป็นสิ่งที่ปกติ และเป็นมาตรฐาน โดยคณะกรรมการราชบัณฑิตยสภา ได้ให้ข้อสรุปร่วมกันว่า ควรจะเขียนคำนี้ทับศัพท์ภาษาอังกฤษว่า “นิวนอร์มัล” จะสื่อความหมายได้ดีกว่า⁽⁵⁾ สำหรับประชาชนทั่วไปพฤติกรรมนิวนอร์มัล เป็นการ รักษาสุขอนามัย และปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อ ป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงออกจากบ้านไปในสถานที่ แออัด การรักษาระยะห่างทางสังคมไม่น้อยกว่า 1-2 เมตร การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเพื่อ ป้องกันการรับและแพร่กระจายของเชื้อ การล้างมือ อย่างถูกวิธีด้วยสบู่และน้ำ หรือถ้าอยู่นอกบ้านก็อาจใช้ เจลแอลกอฮอล์ 70% ล้างมือ การไม่สัมผัสจมูกปาก หรือตา และการใช้ช้อนกลางประจำตัว เป็นต้น⁽⁶⁾

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ได้รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคมถึง 19 ธันวาคม 2563 พบว่า ผู้ติดเชื้อที่อายุน้อยที่สุดคือ 1 เดือน อายุ มากที่สุดคือ 97 ปี และอายุเฉลี่ยที่พบว่ามีโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา-19 คือ 36 ปี^(7,8) กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับเชื้อจาก การระบาดในช่วงนี้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน

เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีการเคลื่อนย้ายสูง และมีการติดต่อสัมผัสกับผู้คนเป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางป้องกันที่หน่วยงานภาครัฐพยายามรณรงค์ได้อย่างครบถ้วน⁽⁹⁾ จากสถิติผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมในประเทศไทย พบว่า กลุ่มช่วงอายุ 20-39 ปี มีการติดเชื้อรวมกันมากกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากเป็นวัยที่มีร่างกายแข็งแรง เมื่อป่วยอาจไม่แสดงอาการ และที่สำคัญกลุ่มวัยนี้จะใช้ชีวิตประจำวันอยู่นอกบ้านเพื่อทำงาน ถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะนำเชื้อไปแพร่ให้ผู้อื่นหรือคนในครอบครัวโดยไม่รู้ตัว⁽¹⁰⁾

สำหรับจังหวัดนครสวรรค์ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ พบผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ระลอกแรกเดือนมีนาคมถึงเมษายน 2563 จำนวน 9 คน และระลอกใหม่เดือนธันวาคม 2563 ถึงมีนาคม 2564 เพิ่มขึ้นอีก 4 คน รวมสะสม 13 คน ในผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ระลอกใหม่ จำนวน 4 คน อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง 3 คน และในอำเภอบรรพตพิสัย 1 คน⁽¹¹⁾ ด้วยเหตุที่อำเภอเมืองมีจำนวนประชากรมากที่สุด ในจังหวัดนครสวรรค์ ทั้งเป็นศูนย์กลางการติดต่อของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ จึงเป็นที่น่าสนใจที่ผู้วิจัยจะศึกษาพฤติกรรมนิวนอร์มัล และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัล ในสถานการณ์โควิด-19 ของคนวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมนิวนอร์มัล ในสถานการณ์โควิด-19 ของคนวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัล ในสถานการณ์โควิด-19 ของคนวัยทำงานในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคม ซึ่งได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์

วิธีการศึกษา

ทำการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ หมายเลขจริยธรรม NSW-PHOEC-001/64 ประชากรที่ศึกษาคือ คนวัยทำงาน อายุ 25 ถึง 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 99,603 คน⁽¹²⁾ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Taro Yamane⁽¹³⁾ กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 399 คน และเพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ไม่น้อยกว่า 439 คน ทำการเก็บข้อมูลรายตำบล โดยกระจายจำนวนตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 17 ตำบล เท่าๆกัน จึงได้จำนวนตัวอย่างตำบลละ 26 คน รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 442 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมีชื่อในทะเบียนบ้านอย่างน้อย 6 เดือน มีงานทำ อ่านออก เขียนได้ สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล และขอถอนตัวจากการวิจัย ทำการสุ่มตัวอย่างชนิดที่ไม่ทราบความน่าจะเป็น โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นคนพาลงพื้นที่ และดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 13 ถึง 31 มีนาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้

โรคประจำตัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการสอบถามความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของคนวัยทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและแรงงาน เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ เป็นการสอบถามรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมของปัจเจกบุคคล กลุ่ม และองค์กร ผ่านรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยการทำกิจกรรมร่วมกันตลอดจนมีเป้าหมายเดียวกัน เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมนิวนอร์มัล เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมแบบใหม่ที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติตนแบบเดิม ๆ เพื่อเป็นการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ พัฒนาคูณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรวัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อนำมาวิเคราะห์เนื้อหาในทุกข้อคำถาม และนำไปวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (reliability analysis) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha ได้ผลดังนี้ แบบสอบถามส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น 0.891 ส่วนที่ 4 การรับรู้

ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ มีค่าความเชื่อมั่น 0.870 และส่วนที่ 5 พฤติกรรมนิวนอร์มัล มีค่าความเชื่อมั่น 0.788

เกณฑ์ในการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom)⁽¹⁴⁾ คือ ระดับความรู้สูง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง ได้คะแนนร้อยละ 60-79 และระดับความรู้ต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 สำหรับเกณฑ์ในการประเมินระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ และระดับพฤติกรรมนิวนอร์มัล แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของเบสต์ (Best)⁽¹⁵⁾ คือ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย ปานกลาง และมาก มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ระดับน้อย ปานกลาง และมาก และมีพฤติกรรมนิวนอร์มัลระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ และพฤติกรรมนิวนอร์มัลในสถานการณ์โควิด-19 ของคนวัยทำงาน และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistic) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัลในสถานการณ์โควิด-19 ของคนวัยทำงาน ด้วยการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression analysis) แบบนำเข้าทุกตัวแปร (enter) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ P น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 44.0 ± 10.4 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.7 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.7 รายได้เฉลี่ย 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.7 และ ร้อยละ 35.5 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.6 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 36.9 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับสูง และ ร้อยละ 14.50 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับน้อย ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ปัจจัยทางสังคม ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ร้อยละ 74.0 ของกลุ่มตัวอย่างได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 24.4 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ ร้อยละ 1.6 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย ตามลำดับ สำหรับด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ พบว่า ร้อยละ 65.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับมาก รองลงมา ร้อยละ 32.8 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 2.0 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับน้อย ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

พฤติกรรมนิวนอร์มัล พบว่า ร้อยละ 92.50 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมนิวนอร์มัลในระดับสูง และ ร้อยละ 7.50 มีพฤติกรรมนิวนอร์มัลในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=442)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------|-------|--------|
| เพศ | | |
| หญิง | 324 | 73.3 |
| ชาย | 118 | 26.7 |
| อายุ (ปี) | | |
| 25 - 29 | 59 | 13.3 |
| 30 - 39 | 94 | 21.3 |
| 40 - 49 | 122 | 27.6 |
| 50 - 59 | 167 | 37.8 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ประถมศึกษา | 124 | 28.0 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 75 | 17.0 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. หรือเทียบเท่า | 84 | 19.0 |

ตารางที่ 1 ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=442) (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------|-------|--------|
| อนุปริญญา ปวส. หรือเทียบเท่า | 36 | 8.1 |
| ปริญญาตรี | 109 | 24.7 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 14 | 3.2 |
| สถานภาพสมรส | | |
| สมรส | 255 | 57.7 |
| โสด | 137 | 31.0 |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | 50 | 11.3 |
| อาชีพ | | |
| รับจ้างทั่วไป | 149 | 33.7 |
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 82 | 18.6 |
| เกษตรกร | 75 | 17.0 |
| ข้าราชการ | 50 | 11.3 |
| พนักงานบริษัทเอกชน | 47 | 10.6 |
| พนักงานจ้างภาครัฐ | 29 | 6.6 |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 6 | 1.4 |
| อื่น ๆ (อสม, ผู้ใหญ่บ้าน) | 4 | 0.9 |
| รายได้ต่อเดือน (บาท) | | |
| ≤ 5,000 | 102 | 23.1 |
| 5,001 - 10,000 | 156 | 35.3 |
| 10,001 - 15,000 | 88 | 19.9 |
| 15,001 - 20,000 | 34 | 7.7 |
| ≥ 20,001 | 62 | 14.0 |
| โรคประจำตัว | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 339 | 76.7 |
| มีโรคประจำตัว | 103 | 23.3 |

ตารางที่ 1 ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=442) (ต่อ)

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------|-------|--------|
| ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 | | |
| วิตกกังวลปานกลาง | 157 | 35.5 |
| วิตกกังวลเล็กน้อย | 133 | 30.1 |
| ไม่วิตกกังวลเลย | 92 | 20.8 |
| วิตกกังวลมาก | 43 | 9.8 |
| วิตกกังวลมากที่สุด | 17 | 3.8 |

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=442)

| ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับสูง (9.6 – 12 คะแนน) | 163 | 36.9 |
| มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง (7.2 – 9.5 คะแนน) | 215 | 48.6 |
| มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับน้อย (0 – 7.1 คะแนน) | 64 | 14.5 |
| (Mean = 8.98, S.D. = 1.36, Min = 4, Max = 12) | 92 | 20.8 |

ตารางที่ 3 ปัจจัยทางสังคม ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ (n=442)

| ปัจจัยทางสังคม | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม | | |
| แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก (58.7 – 80 คะแนน) | 327 | 74.0 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (37.4 – 58.6 คะแนน) | 108 | 24.4 |
| แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (16 – 37.3 คะแนน) | 7 | 1.6 |
| (Mean = 63.87, S.D. = 9.50, Min = 27, Max = 80) | | |
| ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ/เครือข่ายสังคมออนไลน์ | | |
| การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับมาก (36.7 – 50 คะแนน) | 288 | 65.2 |
| การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับปานกลาง (23.4 – 36.6 คะแนน) | 145 | 32.8 |
| การรับรู้ข้อมูลข่าวสารระดับน้อย (10 – 23.3 คะแนน) | 9 | 2.0 |
| (Mean = 38.99, S.D. = 6.82, Min = 10, Max = 50) | | |

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมนิวนอร์มัล (new normal) (n=442)

| ระดับพฤติกรรมนิวนอร์มัล | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| มีพฤติกรรมนิวนอร์มัลระดับสูง (41 – 60 คะแนน) | 409 | 92.5 |
| มีพฤติกรรมนิวนอร์มัลระดับปานกลาง (21 – 40 คะแนน) | 33 | 7.5 |
| มีพฤติกรรมนิวนอร์มัลระดับต่ำ (0 – 20 คะแนน) | 0 | 0.0 |
| (Mean = 52.05, S.D. = 6.94, Min = 22, Max = 60) | | 20.8 |

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาชีพข้าราชการ จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่าอาชีพพนักงานรัฐวิสาหกิจและพนักงานบริษัทเอกชน 3.518 คะแนน ($\beta = 3.518, P=0.007$) กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว 1.535 คะแนน ($\beta = 1.535, P=0.045$) กลุ่มตัวอย่างที่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เล็กน้อยและปานกลาง จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่วิตกกังวลมากและมากที่สุด 2.607 และ 2.099 คะแนน ($\beta = -2.607, P=0.008$ และ $\beta = -2.099, P=0.028$) กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับน้อย 1.873 คะแนน ($\beta = 1.873, P=0.040$) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยและปานกลาง 4.256 คะแนน ($\beta = 4.256, P<0.001$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ใน

ระดับมาก จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับน้อยและปานกลาง 2.610 คะแนน ($\beta = 2.610, P<0.001$) โดยปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงานได้ดีที่สุดคือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (Beta = 0.269) รองลงมาคือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ระดับมาก (Beta = 0.179) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เล็กน้อย (Beta = -0.172) อาชีพข้าราชการ (Beta = 0.161) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ปานกลาง (Beta = -0.145) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง (Beta = 0.135) และไม่มีโรคประจำตัว (Beta = 0.094) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันอธิบายคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงานได้ ร้อยละ 26.1 ($R^2 = 0.261$) อีกร้อยละ 73.9 อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ไม่ได้อยู่ในสมการ ส่วนตัวแปรอิสระที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัล (new normal) ของคนวัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย multiple regression analysis (n=442)

| ตัวแปร | β | Standardized Beta | t | p-value |
|--|---------|-------------------|--------|---------|
| ค่าคงที่ (Constant) | 40.106 | | 16.319 | 0.000 |
| เพศ | | | | |
| ชาย | ==== | ==== | ==== | ==== |
| หญิง | 0.805 | 0.051 | 1.151 | 0.250 |
| อายุ | 0.052 | 0.078 | 1.392 | 0.165 |
| ระดับการศึกษา | | | | |
| ประถมศึกษา | ==== | ==== | ==== | ==== |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 0.741 | 0.040 | 0.762 | 0.446 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. และ อนุปริญญา ปวส. หรือเทียบเท่า | -0.655 | -0.042 | -0.725 | 0.469 |
| ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี | 0.548 | 0.035 | 0.460 | 0.645 |
| สถานภาพสมรส | | | | |
| โสด | ==== | ==== | ==== | ==== |
| สมรส | 1.352 | 0.096 | 1.833 | 0.067 |
| หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ | -0.034 | -0.002 | -0.030 | 0.976 |
| อาชีพ | | | | |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจและพนักงาน บริษัทเอกชน | ==== | ==== | ==== | ==== |
| รับจ้างทั่วไป | 1.029 | 0.069 | 0.815 | 0.415 |
| เกษตรกร | 1.053 | 0.057 | 0.794 | 0.428 |
| ข้าราชการ | 3.518 | 0.161 | 2.707 | 0.007* |
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | 2.327 | 0.130 | 1.849 | 0.065 |
| อื่นๆ (พಂಗ.จ้าง,อสม, ผู้ใหญ่บ้าน) | 2.528 | 0.109 | 1.898 | 0.058 |

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัล (new normal) ของคนวัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย multiple regression analysis (n=442)(ต่อ)

| ตัวแปร | β | Standardized Beta | t | p-value |
|---|---------|-------------------|--------|---------|
| รายได้ (บาท) | | | | |
| ≤ 5,000 | ===== | ===== | ===== | ===== |
| 5,001 - 10,000 | 1.459 | 0.101 | 1.727 | 0.085 |
| 10,001 - 15,000 | 1.244 | 0.072 | 1.186 | 0.236 |
| ≥15,001 | 0.802 | 0.048 | 0.625 | 0.532 |
| โรคประจำตัว | | | | |
| มีโรคประจำตัว | ===== | ===== | ===== | ===== |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 1.535 | 0.094 | 2.008 | 0.045* |
| ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 | | | | |
| วิตกกังวลมากและมากที่สุด | ===== | ===== | ===== | ===== |
| ไม่วิตกกังวลเลย | -1.045 | -0.061 | -0.975 | 0.330 |
| วิตกกังวลเล็กน้อย | -2.607 | -0.172 | -2.671 | 0.008* |
| วิตกกังวลปานกลาง | -2.099 | -0.145 | -2.206 | 0.028* |
| ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 | | | | |
| ระดับน้อย | ===== | ===== | ===== | ===== |
| ระดับปานกลาง | 1.873 | 0.135 | 2.060 | 0.040* |
| ระดับสูง | 1.311 | 0.091 | 1.348 | 0.178 |
| การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม | | | | |
| ระดับน้อยและระดับปานกลาง | ===== | ===== | ===== | ===== |
| ระดับมาก | 4.256 | 0.269 | 5.591 | <0.001* |
| การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ/เครือข่ายสังคมออนไลน์ | | | | |
| ระดับน้อยและระดับปานกลาง | ===== | ===== | ===== | ===== |
| ระดับมาก | 2.610 | 0.179 | 3.692 | <0.001* |

Constant = 40.106, R2 = 0.261, F = 6.418, Sig. F <0.001

วิจารณ์

พฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 92.50 โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมนิวนอร์มัลที่ปฏิบัติประจำสม่ำเสมอ ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคระบาดตามที่หน่วยงานราชการกำหนด สังเกตอาการหรือการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ งดเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด ใช้ช้อนกลางรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่นหรืออากาศไม่ถ่ายเท ไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หมวกกันน็อค และติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผ่านโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ในเดือนธันวาคม 2563 ผู้คนส่วนใหญ่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อป้องกันตัวเองมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในประชาชน ตำบลบ้านสาง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก⁽¹⁶⁾ และการศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเรียงตามลำดับ ได้แก่ ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ผิดไปจากวิถีเดิม ๆ หรือที่เรียกว่า new normal งดการใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่แออัดหรือพื้นที่เสี่ยง เว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 เมตร เลือกรับประทานอาหารใช้ช้อนกลาง ออก

กำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสดวงตา จมูก หรือปาก⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปรับตัวด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนวัยทำงานมีวิธีการปรับตัวในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 เฉลี่ยประมาณคนละ 5 วิธี โดยวิธีการปรับตัวที่คนวัยทำงานปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยเป็นประจำ การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์สม่ำเสมอ และการหลีกเลี่ยงการเดินทางไปสถานที่ที่มีคนแออัด⁽¹⁸⁾ ซึ่งจากรูปแบบการใช้ชีวิตภายใต้สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-19 ในประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงความไม่ปกติบนความปกติของการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้คนไม่กล้าออกจากบ้าน และไม่กล้าจับจ่ายเงิน เพราะกังวลต่อสถานการณ์ความไม่แน่นอน อีกทั้งมีรายได้ลดลง ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการทำงาน รูปแบบการเรียน และรูปแบบของการดำเนินธุรกิจที่จะต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตปกติใหม่⁽¹⁹⁾

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามี 6 ตัวแปร ได้แก่ อาชีพ โรคประจำตัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงาน ได้ร้อยละ 26.1 โดยตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายได้ดีที่สุด คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (Beta=0.269) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม กลุ่มบุคคลต่างๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มบุคคลในองค์กรต่างๆ ทั้งบุคลากรสาธารณสุข องค์กรในชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน และคนในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมนิวนอร์มัลทั้ง

ทางตรงและทางอ้อม ทำให้คนวัยทำงานได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สอดคล้องกับแนวคิดของเฮ้าส์ (House) ที่กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลอื่นในสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินผล และด้านวัตถุประสงค์ของและแรงงาน⁽²⁰⁾ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

เนื่องจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยทำให้บุคคลเห็นคุณค่าของตนเอง มีกำลังใจ มีคนคอยตักเตือน หรือให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้มีแนวทางในการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ได้รองลงมาคือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ระดับมาก (Beta=0.179) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับมาก จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับน้อยและปานกลาง เนื่องจากในปัจจุบัน การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์มีบทบาทความสำคัญ และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อหน่วยงานหรือองค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน รวมถึงประชาชนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1)⁽²¹⁾ ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายลำดับถัดมาคืออาชีพ พบว่าอาชีพข้าราชการจะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่าพนักงานรัฐวิสาหกิจและพนักงานบริษัทเอกชน (Beta

=0.161) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพดีกว่าอาชีพอื่น เนื่องจากเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ เพื่อนร่วมอาชีพเดียวกันก็มีส่วนช่วยในการแลกเปลี่ยนความรู้ ส่วนตัวแปรความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เล็กน้อยและปานกลาง มีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากและมากที่สุด (Beta=-0.172, -0.145) เนื่องจากกลุ่มวัยนี้จะใช้ชีวิตประจำวันอยู่นอกบ้านเพื่อทำงาน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน จึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลสูง อีกทั้งวัยทำงาน เป็นวัยที่มีร่างกายแข็งแรง เมื่อป่วยอาจไม่แสดงอาการ ถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะนำเชื้อไปแพร่ให้ผู้อื่นหรือคนในครอบครัวโดยไม่รู้ตัว และกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับน้อย (Beta=0.135) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่⁽²²⁾ และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนในตำบลบ้านสาบ อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001)⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์เด็กเล็กได้ร้อยละ 12.5 (p<0.05)⁽²³⁾ และตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายลำดับสุดท้ายคือโรคประจำตัว (Beta=0.094) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว จะมีคะแนนพฤติกรรมนิวนอร์มัลมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว อาจจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นปกติ และ

กังวลที่จะเป็นกลุ่มเสี่ยง จึงมีพฤติกรรมนิวนอร์มัลที่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ หน่วยงานภาครัฐควรจัดโครงการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องให้ประชาชนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเผยแพร่ข้อมูลทางข่าวสารทางสื่อและเครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งจากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.6 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความไม่เข้าใจในเรื่องโรคโควิด-19 ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิด และนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องได้ และควรส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อร่วมกันส่งเสริมพฤติกรรมนิวนอร์มัล โดยหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ทั้งชุมชน เทศบาล และบุคลากรสาธารณสุข โดยการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เช่น หน้ากากอนามัย สบู่ล้างมือ หรือแอลกอฮอล์เจล การ

สนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจ หรือชื่นชม เมื่อคนในชุมชนปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมนิวนอร์มัลที่ถูกต้อง การสนับสนุนด้านการประเมินผล เช่น มีการแจ้งเตือนเมื่อคนในชุมชนไม่ปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมนิวนอร์มัลที่ไม่ถูกต้อง และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการจากการศึกษานี้คือ ควรมีการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้มีข้อมูลที่มีรายละเอียดสามารถอธิบายพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงานได้มากขึ้น และจากการศึกษานี้ สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนิวนอร์มัลของคนวัยทำงาน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ได้ร้อยละ 26.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอีกร้อยละ 73.9 อธิบายได้ด้วยตัวแปรอิสระตัวอื่นที่ไม่ได้อยู่ในสมการ ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมนิวนอร์มัลได้

เอกสารอ้างอิง

1. สยามรัฐออนไลน์. เปิดใหม่! ไลน์ต้นตอโควิดโลก-โควิดไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://siamrath.co.th/n/148697>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viral-pneumonia/file/g_other/g_other02.pdf
3. Open Development Thailand. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://data.thailand.opendevlopmentmekong.net/th/laws_record/b0a62cfd-e8a6-4f68-ba5c-a92d91eca4c8
4. ไทยรัฐออนไลน์. คนไทยเรียนรู้อะไร โควิด-19 ทำชีวิตเปลี่ยนไปขนาดไหน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thairath.co.th/news/society/1826678>

5. ราชบัณฑิตยสภา. ราชบัณฑิตบัญญัติศัพท์คำว่า “New normal” [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://royalsociety.go.th/tag/new-normal/>
6. ชัยเลิศ พิเชิตพรชัย. นิวนอร์มอล ในยุคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. จุลสารนวัตกรรม (ฉบับที่ 58) – ศึกษาปริทัศน์ สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://il.mahidol.ac.th/th/newsletter58-page-2/>
7. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 303 ประจำวันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no303-011163.pdf>
8. กลุ่มโรคติดต่อระหว่างประเทศ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/3pcNzC3>
9. PPTV Online. เปิดใจ “คนวัยทำงาน” เสี่ยงเป็นพาหะ แต่หยุดเดินทางไม่ได้ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://1th.me/qGhGG>
10. โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. เผยจากผู้ป่วยโควิด-19 ในไทยจนถึงปัจจุบันกว่าครึ่งเป็นวัยรุ่น-วัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://1th.me/uP7xh>
11. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. รายงานประจำวัน COVID-19 Daily Report (วันที่ 25 มกราคม 2563) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nsn.moph.go.th/index.php/covid19/>
12. สำนักงานสถิติจังหวัดนครสวรรค์. ระบบสถิติทางทะเลเบียน สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย สถิติประชากรจังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/nsopublic>
13. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
14. Bloom B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
15. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
16. ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัชวรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2564];21(2):29-39. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/243309/165906>
17. จุฑาวรรณ ใจแสน. พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.). [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sat16/6114060102.pdf>

18. กนกวรรณ พวงประยงค์. สถานการณ์ผลกระทบ ความต้องการการช่วยเหลือและการปรับตัวของคนวัยทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19: การศึกษาเชิงประจักษ์ในกรุงเทพมหานคร.วารสารสุทธิปริทัศน์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2564];35(1):266-86. เข้าถึงได้จาก: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/DPU_Suthiparithat_Journal/article/view/249546
19. ทนงศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ, ณัฐนันท์ ศิริไสยาสน์, โชติ บดีรัฐ. “New Normal” วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัวของคนไทยหลังโควิด-19: การงาน การเรียน และธุรกิจ. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น 2563;4(3):371-86.
20. House S. Work stress and social support. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
21. สัญญา สุปัญญาบุตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2554;18(2):1-11.
22. สวรรยา สิริภคมงคล, สำราญ สิริภคมงคล. ปัจจัยด้านประชากร สังคม และปัจจัยด้านสุขภาพที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ป่วยเบาหวาน กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2564];12(2):26-40. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JDPC3/article/view/208523>
23. จารุวรรณ แหลมไธสง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.



วิสัยทัศน์
โรงพยาบาลสมรรถนะสูง
ศูนย์กลางความเชี่ยวชาญทางการแพทย์
ที่มีคุณภาพมาตรฐานครบวงจรในระดับประเทศ

