



นครศรีธรรมราช เวชสาร

ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๑ กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๑



MAHARAJ NAKHON SI THAMMARAT MEDICAL JOURNAL

Vol.2 No.1 July-December 2018 ISSN: 2586-8365

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรภายในโรงพยาบาลสนใจเกี่ยวกับการทำงานวิจัยและเขียนบทความทางวิชาการ
2. เป็นแหล่งเผยแพร่ประสบการณ์ ผลการวิจัยและผลงานทางด้านวิชาการต่างๆ
3. เป็นศูนย์รวมบทความวิชาการทางการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กำหนดการตีพิมพ์ ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ

กำหนดออก เดือนมกราคม และกรกฎาคม

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์ทรงเกียรติ เล็กตระกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
นายแพทย์คำรพ เดชรัตน์ไชย	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายแพทย์วันชัย ขจรวัฒนกุล	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
นายสุเมธ มณฑารักษ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร
นางกัลยา มณีโชติ	รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล
นายแพทย์ปิยะ มงคลวงศ์โรจน์	ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
แพทย์หญิงจันทร์จิรา กังอุบล	ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม	กลุ่มงานอายุรกรรม
--------------------------	-------------------

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์วิรัช สอนเมือง	กลุ่มงานศัลยกรรม
แพทย์หญิงอัจฉิมาวดี พงศ์ดารา	กลุ่มงานกุมารเวชกรรม
แพทย์หญิงโชติกา ทับเจริญ	กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม
แพทย์หญิงปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม	กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์
แพทย์หญิงกฤตยา เลิศนาคร	กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
นายแพทย์สลิล สุขสมบูรณ์	กลุ่มงานจักษุวิทยา
ทันตแพทย์หญิงกิ่งเกศ อักษรวงศ์	กลุ่มงานทันตกรรม
นายแพทย์ชัชชัย หอมเกต	กลุ่มงานรังสีวิทยา
แพทย์หญิงกาญจนา วงศ์ศิริ	กลุ่มงานจิตเวช
แพทย์หญิงตรีวรรณ ศรีนวนจันทร์	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

นางศิริมา มณีโรจน์	กลุ่มการพยาบาล
นางสาวสมพร อยู่ดี	กลุ่มการพยาบาล
นางชฎาภรณ์ เพิ่มเพ็ชร	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
นางสาวณัฐพร ณ นคร	กลุ่มงานเภสัชกรรม
นางสาวณิชกานต์ ชันขาว	กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
นางกรรณิการ์ ปลื้มสง	ศูนย์คุณภาพ
นางสาวธนิษฐา แสงแพรว	ห้องสมุด

กองบรรณาธิการจากภายนอก

ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
ดร.พิไลพัทธ์ ชูมาก	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เลขานุการ

แพทย์หญิงปองกมล ทองผ่อง	กลุ่มงานอายุรกรรม
-------------------------	-------------------

ผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวสิริกานต์ สุวรรณ	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
นางสาวประภาศรี เพชรทอง	กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนบทความเพื่อขอตีพิมพ์

แนวทางนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่สนใจส่งบทความเพื่อขอตีพิมพ์ใช้เป็นแนวทางในการเขียนบทความ เพื่อให้ตรงตาม รูปแบบที่ทางกองบรรณาธิการได้กำหนดไว้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไข ให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

1. ประเภทของบทความ

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัยที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและ/หรือการพัฒนาาระบบสาธารณสุข นิพนธ์ต้นฉบับควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

แพลงกัตในเด็ก: ปัจจัยเสี่ยงและผลของการรักษาด้วยการผ่าตัด

วิรัช สอนธิเมือง พ.บ.,ว.ว.กุมารศาสตร์
กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Snake Bite Wound in Children: Risk Factor and Outcome of Surgical Intervention

Wirachai Sontimuang, MD.
Department of Surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ในแต่ละภาษา โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ (Background)
- วัตถุประสงค์ (Objective)
- วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and Methods)
- ผลการศึกษา (Results)
- สรุป (Conclusions)
- คำสำคัญ (Keyword)

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 10 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วัตถุประสงค์
- วัสดุและวิธีการศึกษา
- ผลการศึกษา
- วิจารณ์
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานของผู้ป่วยที่น่าสนใจหรือภาวะที่ไม่ธรรมดาหรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการใหม่ ที่ไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อย ไม่ควรมีการกล่าวถึงผู้ป่วยในภาวะนั้นๆ เกิน 3 ราย โดยแสดงถึงความสำคัญของภาวะที่ผิดปกติ การวินิจฉัยและการรักษา รายงานผู้ป่วยควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ความสำเร็จของการรักษาแผลติดเชื้อราดำที่เท้าโดยไม่ต้องผ่าตัด

พีระพัชร ไทยสยาม พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช

Successful Treatment of Chromoblastomycosis without Surgery

Peerapat Thaisiam, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital.

2. บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 10 บรรทัด โดยเขียนในลักษณะบรรยายเกี่ยวกับประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษาและผลการรักษา พร้อมคำสำคัญ

โรคติดเชื้อราดำที่บริเวณผิวหนังพบได้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลโดยเฉพาะที่เท้า ลักษณะของรอยโรคเป็นได้ตั้งแต่ผื่น หรือตุ่มแดงจนอาจลุกลามเป็นก้อนหรือปื้นหนาได้ หากตรวจบริเวณบาดแผลด้วยกล้องจุลทรรศน์จะพบลักษณะของเชื้อรา เป็นเซลล์กลมสีน้ำตาลมีผนังกัน บทความนี้ได้นำเสนอผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี โรคประจำตัวเป็น Nephrotic syndrome มาโรงพยาบาลด้วยแผลเรื้อรังที่หลังข้อเท้าขวา 4 เดือน ภายหลังได้รับการรักษาด้วย Itraconazole 200 – 400 มิลลิกรัมต่อวันเป็นเวลา 6 เดือนอาการดีขึ้น โดยไม่ได้ผ่าตัด

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อราดำ

Chromoblastomycosis is the skin infection caused by melanized or brown-pigmented fungi. Feet are common site of infection. The initial lesion may begin as an erythematous macular or papular skin lesion and progresses to a nodular or plaque-like lesion. Microscopic examination revealed muriform (sclerotic) cells, an aggregation of 2 to 4 fungal cells, with transverse and longitudinal septation. We report a 60-year-old male with nephrotic syndrome. He came to hospital with chronic wound at dorsum of right ankle for 4 months. His clinical condition improved with itraconazole 200 – 400 mg per day for 6 months without excision.

Key word: Chromoblastomycosis

3. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 5 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- รายงานผู้ป่วย
- วิจารณ์
- สรุป
- กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- เอกสารอ้างอิง

1.3 บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ บทความฟื้นฟูวิชาการควรมีข้อมูลเรียงลำดับดังนี้

1. ส่วนแรกประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์และสถาบันของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วัณโรคต่อมน้ำเหลืองในทรวงอก

(Mediastinal Tuberculous Lymphadenopathy)

กิงเพชร พรหมทอง พ.บ.,ว.ว.อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤตทางเดินหายใจ

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม นครศรีธรรมราช

Kingpeth Promthong, MD.

Department of Medicine, Maharaj Nakhon Si Thammarat

2. เนื้อเรื่องเฉพาะภาษาไทย ไม่เกิน 10 หน้า โดยประกอบด้วยหัวข้อดังนี้

- บทนำ
- วิธีการสืบค้นข้อมูล
- เนื้อหาที่ทบทวน
- บทวิจารณ์
- เอกสารอ้างอิง

1.4 บทความพิเศษ (Special article)

เป็นบทความประเภทกึ่งปฏิทัศน์กับบทความที่ตีพิมพ์วิชาการที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่งหรือเป็นบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ ประกอบด้วย ลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ บทนำ บทสรุปและเอกสารอ้างอิง

1.5 บทปกิณกะ (Miscellany) เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภทใดๆ ชำงต้น

1.6 จดหมายถึงบรรณาธิการ (Letter to editor) เป็นจดหมายที่ใช้ติดต่อกันระหว่างนักวิชาการผู้อ่านกับเจ้าของ บทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร ในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นแตกต่าง ต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของ รายงานและบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์ สนับสนุนหรือโต้แย้ง

2. ส่วนประกอบของบทความ

ชื่อเรื่อง	สั้น แต่ได้ใจความ ครอบคลุมเกี่ยวกับบทความทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	เขียนตัวเต็มทั้งชื่อตัวและนามสกุลทั้งภาษาไทยและอังกฤษ พร้อมทั้งวุฒิการศึกษาและสถานที่ทำงาน รวมทั้งบอกถึงหน้าที่ของผู้ร่วมนิพนธ์ในบทความ
เนื้อหา	เขียนให้ตรงกับวัตถุประสงค์ เนื้อเรื่องสั้น กระชับรัดแต่ชัดเจนใช้ภาษาง่าย ถ้าเป็นภาษาไทย ควรใช้ภาษาไทยมากที่สุด ยกเว้น ศัพท์ภาษาอังกฤษที่แปลไม่ได้ใจความ หากจำเป็นต้องใช้ คำย่อต้องเขียนคำเต็มเมื่อก้าวถึงครั้งแรก และบทความควรประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
บทคัดย่อ	ย่อเฉพาะเนื้อหาสำคัญเท่านั้น ให้มีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อนุญาตให้ใช้คำย่อที่เป็นสากล สูตร สัญลักษณ์ทางวิทยาศาสตร์ สถิติ ใช้ภาษารัดกุม ความยาวไม่ควรเกิน 250 คำ หรือ 1 หน้ากระดาษ A4 และประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ตามคำแนะนำ
คำสำคัญ	ได้แก่ ศัพท์หรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 3-5 คำ เพื่อนำไปใช้ในการบรรจุเรื่องสำหรับการค้นคว้า

3. เอกสารอ้างอิง (References)

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้ตัวเลขหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของ ข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข (1) สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำ ให้ใช้ หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง บทความอ้างอิงที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่ได้เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยงการ “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง นอกจากมีข้อมูล สำคัญมากที่หาไม่ได้จริงๆ ไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงรูปแบบต่างๆ

3.1 วารสารวิชาการ - ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; ปีที่ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและนามสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยตัวอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน และตามด้วย et al. สำหรับวารสารภาษาอังกฤษ หรือ และคณะ สำหรับวารสารภาษาไทย ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง

1. พิชัย โชตินพรัตน์ภัทร, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม. ความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546;47:223-30.

2. Adam I, Khamis AH, Elbashir ML. Prevalence and risk factors for anemia in pregnancy women of eastern sudan. Trans R Soc Trop Med Hyg 2005;99:739-43.

3.2 หนังสือหรือตำรา - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. ตามตัวอย่าง

1. รังสรรค์ ปัญญาัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบประสาทส่วนกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

2. Janeway CA, Travers P, Walport M, Shlomchik M. Immunobiology. 5th ed. New York: Garland Publishing; 2001.

3.3 บทในหนังสือหรือตำรา - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทในหนังสือหรือตำรา. ใน : ชื่อบรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย. ตามตัวอย่าง

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ขวลิตรารัง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424 – 78.

2. Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cumming CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology – head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p 2001-19.

3.4 สิ่งตีพิมพ์ของหน่วยงาน/สถาบันต่างๆ - ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน ตามตัวอย่าง

1. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกาย ของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538;24:190-204.

2. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002;26:541-5.

3.5 เอกสารจากเว็บไซต์และวัสดุอิเล็กทรอนิกส์ - ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ/วัสดุ] ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย [หน้า/screen]. Available from: <http://.....>

1. Rushton JL, Forcier M, Schactman RM. Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health [abstract]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [online] 2002 [cited 2003 Jan 21]; 41: 199-205. Available from;<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

2. Morse SS. Factors in the emergence of infection diseases. Emerg Infect Dis [online] 1995 [Cited 1996 Jun 5]; 1 [24 screens]. Available from:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

4. การพิมพ์และการส่งบทความ

1. พิมพ์โดยใช้กระดาษ A4 หน้าเดียว ตัวอักษร Angsana New ขนาด 18 ใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้าโดยใช้ โปรแกรมและบันทึกไฟล์ใน Microsoft word

2. กรณีมีแผนภูมิ - กราฟ ให้ทำเป็นขาว - ดำ และวางในตำแหน่งที่ต้องการ

3. กรณีมีรูปภาพให้บันทึกรูปแยกออกมา โดยใช้ไฟล์นามสกุล JPEG ความละเอียด 350 PIXEL และให้พิมพ์คำอธิบายที่สั้นและชัดเจนได้รูปภาพการจะได้ตีพิมพ์ภาพสีหรือไม่ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ

5. การส่งต้นฉบับมีช่องทางดังนี้

1. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อม CD file ข้อมูลมาที่ กองบรรณาธิการวารสาร กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช 198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000 โทรศัพท์ 075-340-250

2. ส่งไฟล์ต้นฉบับมายัง E-mail: NSTMJ@hotmail.com

สารจากบรรณาธิการ

ความรู้ทางวิชาการต่างๆ นั้น ก้าวหน้าขึ้นไปในทุกๆ วัน การดูแลรักษาผู้ป่วยให้ได้ประสิทธิภาพที่ดี จำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้ที่ทันสมัย “มหाराชนครศรีธรรมราชเวชสาร” ฉบับที่ 3 นี้ ได้รวบรวมบทความทางวิชาการรวมถึงรายงานผู้ป่วยไว้มากมาย ซึ่งจะเป็นแหล่งในการศึกษาและหาความรู้เพิ่มเติม อีกทั้งทางกองบรรณาธิการได้เพิ่มในส่วนของแบบฝึกหัดน่ารู้ ให้ผู้อ่านได้มีส่วนร่วมในการตอบคำถามท้ายเล่ม สุดท้ายนี้ ทางกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมในวารสารฉบับนี้และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการตอบรับที่ดีแบบนี้ตลอดไป



นายแพทย์พีระพัชร ไทยสยาม

บรรณาธิการ

สารบัญ : Content

หน้า / page

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

- สถานการณ์ผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2: กรณีศึกษาโรงพยาบาลหลังสวน 1
Caesarean Section Status at Community Hospital Level M2:
Lang Suan Hospital Case Study
ฐิติมา หาญสมบูรณ์ เอกมาศ วงศ์ไพรินทร์
- ศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ 8
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
A Comparison Between Flat Nipple and Normal Nipple Mothers in Breastfeeding
Success at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital
ลมัย แสงเพ็ง ยุวดี วิทย์พันธ์
- ผลของยาสมุนไพรไทยตำรับตรีผลาในผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับ 1 ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาล 19
มหาราชนครศรีธรรมราช
Effects of Triphala Herbal Formula in Obesity Stage 1 Subjects at Maharaj
Nakhon Si Thammarat Hospital
อัจฉรี แก้วทอง
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัด 31
นครศรีธรรมราช
Factors Associated with Ruptured Appendicitis in Acute Appendicitis Patients at
The Surgery Department, Thung Song Hospital, Nakhon Si Thammarat
อุไร ทรงแก้ว

สารบัญ : Content

หน้า / page

รายงานผู้ป่วย (Case report)

- เนื้องอกชนิดจิวินายล์ออสซิไฟอิ่ง ไฟโบรมาของกระดูกขากรรไกรบนและโพรงอากาศข้างจมูก
ช่วยร่วมกับการเกิดความผิดปกติของกระดูกในตำแหน่งอื่นของใบหน้า: รายงานผู้ป่วย 1 ราย
Juvenile Ossifying Fibroma of The Left Maxilla and Paranasal Sinus with
Fibrotic Change of The Superolateral Rim of The Right Orbit: A Case
Report
กิงเกศ อักษรวงศ์ 39
- ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะเนื้อเยื่อผนังช่องท้องเน่าและหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด:
รายงานผู้ป่วยและทบทวนวรรณกรรม
Necrotizing Fasciitis of Abdominal Wall and Empyema Thoracis
Complication from Appendicitis: Case Report and Review Literature
วิรัชย สนิธิเมือง ธัญลักษณ์ นวพันธ์ 52
- กรณีศึกษา: ยา Vancomycin เหนียวนำไปเกิด Exfoliative Dermatitis
Case Report: Vancomycin Induced Exfoliative Dermatitis
กัลยาภรณ์ รัตน์ไพจิต 60
- โรคเนื้องอกของเส้นประสาทบริเวณคอ: รายงานผู้ป่วย
Schwannoma of The Cervical Vagus Nerve: A Case Report
กฤตยา เลิศนาคร 69

บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review article)

- การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน
Management of Hypoglycemia in Diabetic Patients
ศิริมา มณีโรจน์ 75

สารบัญ : Content

หน้า / page

บทปกิณกะ (Miscellany)

เรื่องเล่า ทศนคติสีดอกเลา จะแบ่งบานที่ย่านชื้อ สิริดา สุวรรณธาดา	85
กระตูกหักที่คนไข้แต่ใส่เหล็กตามจิตใจหมอ ปรานปวีณ์ โรจน์เจริญงาม	88
กิจกรรมท้ายเล่ม: RAD (Radiology) น่ารู้ ซัซซัย หอมเกตุ	92

สถานการณ์ผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2: กรณีศึกษาโรงพยาบาลหลังสวน

ฐิติมา หาญสมบูรณ์¹ พ.บ.,ว.ว.สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา, เอกมาศ วงศ์ไพรินทร์²

โรงพยาบาลหลังสวน¹, โรงพยาบาลสตูล²

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ สามารถลดโอกาสการเสียชีวิตของมารดาและทารกที่อยู่ในช่วงวิกฤติของการคลอด ในขณะที่การผ่าตัดคลอดทั่วโลกมีประมาณ 18.5 ล้านครั้งต่อปี รัฐบาลไทยส่งเสริมนโยบายการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 มากกว่า 3 ปี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล ระดับ M2

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากโรงพยาบาลหลังสวน จำนวน 4,632 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และประมาณค่าด้วย 95% confidence interval

ผลการศึกษา: ตัวอย่างในการศึกษา อายุเฉลี่ย 26.8 ปี อัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 54.5 โดยปีพุทธศักราช 2559 พบอัตราการคลอดสูงสุด 1,214 ราย และอัตราผ่าตัดคลอดสูงสุด ร้อยละ 55.7 สูงกว่าอัตราการผ่าคลอดระดับประเทศ โดยอัตราการผ่าตัดคลอดไม่ได้มีความสัมพันธ์กับปริมาณหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการคลอดบุตร

สรุป: ประเทศไทยมีนโยบายพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถรองรับบริการผ่าตัดคลอด เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการเข้ารับบริการทางการแพทย์และลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ส่งผลให้อัตราการเข้ารับบริการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มสูง

คำสำคัญ: การผ่าตัดคลอด เขตบริการสุขภาพ โรงพยาบาลหลังสวน

Caesarean Section Status at Community Hospital Level M2: Lang Suan Hospital Case Study

Thitima Harnsomboon¹ MD, Ekamat Wongpairin²
Lang Suan Hospital¹, Satun Hospital²

Abstract

Background: A cesarean section is major obstetric procedures which can be reducing the chances of deaths during the crisis among maternal and infant. While number of cesarean delivery worldwide was 18.5 million per year. Thailand's government had been using policy cesarean section in community hospital level M2 more than 3 years ago.

Objective: To study cesarean section rate in community hospital level M2.

Materials and Methods: A cross-sectional study and were collected. Secondary data from Langsuan hospital 4,632 cases. Statistical analysis used average proportion and estimate with 95% confidence interval.

Results: The sample showed age average 26.8 year olds, cesarean section rate 54.5 percent. In 2016 had highest birth rate (1,214 cases) and cesarean section rate (55.7 percent) that is higher than the cesarean section national rate. The cesarean rate isn't correlated with the number of deliveries.

Conclusions: Thailand has a policy to cesarean section development in community hospitals which the objective to reduce the inequality in patient, congestion in secondary hospital that can be increased of cesarean section rate in community hospital.

Keywords: cesarean section, service plan, Langsuan hospital

บทนำ

การผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการทางสูติศาสตร์ที่สำคัญ สามารถลดโอกาสเสียชีวิตของมารดาและทารกที่อยู่ในช่วงวิกฤติของการคลอด โดยปกติผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดต้องมีอาการแสดงที่เข้าเกณฑ์การรักษา ได้แก่ dystocia, previous caesarean section, pregnancy induced hypertension, breech presentation, fetal distress และ premature rupture of membrane ปัจจุบันมีปัจจัยที่นอกเหนืออาการทางคลินิกที่ส่งผลต่อการได้รับการผ่าตัด เช่น ความต้องการของผู้ป่วย ความกังวลต่อการใช้เครื่องดูดสุญญากาศหรือคีมช่วยดึง ความเชื่อฤกษ์ยาม สิทธิการรักษา การร้องเรียนและการฟ้องร้อง ส่งผลให้มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ปัจจุบันก็ได้มีการนำเทคโนโลยี เครื่องมือ electronic fetal monitoring เข้ามาช่วยในการตัดสินใจในการประเมินผู้ป่วย แต่ก็ยังพบอุปสรรคในการใช้งาน sensitivity มากเกินไป จนส่งผลให้เกิดผลบวกปลอม (false positive)

องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์อัตราผ่าตัดคลอดทั่วโลก โดยการรวบรวมข้อมูลของ 137 ประเทศจากประเทศสมาชิกสหประชาชาติ 197 ประเทศ พบว่าข้อมูลการผ่าตัดคลอดดังกล่าวครอบคลุมอัตราการคลอดทั่วโลกของปีพุทธศักราช 2551 คิดเป็นร้อยละ 95 ผลการวิเคราะห์การผ่าตัดคลอดของประชากรทั่วโลก เชื่อว่าจะมีการผ่าตัดคลอด 18.5 ล้านครั้งต่อปี ในขณะที่ต้นทุนการผ่าตัดทั่วโลกจากการประมาณค่าโดยองค์การอนามัย พบว่าอาจสูงถึง 2.32 พันล้านเหรียญสหรัฐสถานการณ์การผ่าตัดคลอดในประเทศไทยพบอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 17.4 และมีต้นทุนการผ่าตัดคลอด

ประมาณ 3.9 ล้านเหรียญสหรัฐ ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่นมีอัตราการผ่าตัดคลอดเท่ากับประเทศไทย แต่มีต้นทุนการผ่าตัดคลอดที่สูงกว่ามาก (28 ล้านเหรียญสหรัฐ) ประเทศในพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่จะมีอัตราการผ่าตัดคลอดต่ำกว่าประเทศไทย แต่กลับพบว่ามีต้นทุนการผ่าตัดสูงกว่าอย่างมาก ในขณะที่ประเทศที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง ได้แก่ ไอร์แลนด์ ร้อยละ 26.2 อิสราเอล ร้อยละ 19.1 และจอร์แดน ร้อยละ 18.5 และรายงานขององค์การอนามัยโลกได้มีการแนะนำให้มีการจัดบริการทางการแพทย์ การผ่าตัดคลอดให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่ควรกระจุกตัวในพื้นที่เขตเมือง ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำนโยบายแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ หรือเรียกว่า service plan ส่งผลให้มีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ต้องมีการพัฒนาศักยภาพรองรับการผ่าตัดคลอด เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับใหญ่การศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลระดับ M2 จึงมีความจำเป็นอย่างมาก ในการนำข้อมูลไปเปรียบเทียบข้อมูลระดับประเทศและระดับโลกและประเมินสถานการณ์หลังจากดำเนินนโยบายของภาครัฐ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล ระดับ M2

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย (Study design): การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยแบบ cross-sectional study

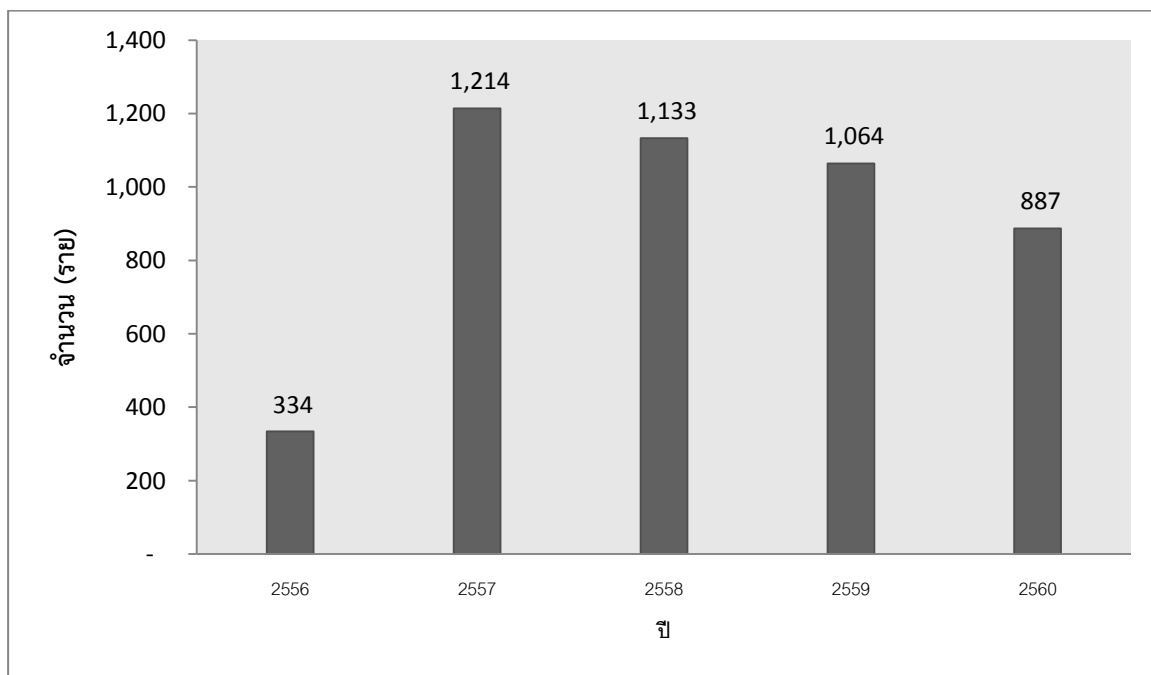
ประชากร (Population): หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการคลอดในโรงพยาบาลหลังส่วนระหว่างปีพุทธศักราช 2556 – 2560

ตัวอย่าง (Sample size): การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากฐานข้อมูล 43 แห่ง โรงพยาบาลหลังสวน ระหว่างปีพุทธศักราช 2556 – 2560 คัดเลือกข้อมูลเฉพาะตาราง LABOR ประกอบไปด้วย ตัวแปร อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ ช่วงเวลาการคลอด และประเภทการคลอด จำนวน 4,632 ราย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล: สถิติที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และประมาณค่าด้วย 95% confidence interval

ผลการศึกษา

ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการคลอด จำนวน 4,632 ราย อายุเฉลี่ย 26.9 ปี (SD=6.5) เมื่อวิเคราะห์แยกตามประเภทการคลอดพบว่า หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการคลอดปกติ อายุเฉลี่ย 26.8 ปี หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการคลอด caesarean section อายุเฉลี่ย 26.9 ปี ผู้เข้ารับบริการคลอดโรงพยาบาลหลังสวนลดลงอย่างต่อเนื่อง ระหว่าง 2557 – 2560 (กราฟที่ 1) โดยพุทธศักราช 2556 มีจำนวนการคลอดบุตรน้อยที่สุด จำนวน 334 ราย ในขณะที่ พุทธศักราช 2557 เป็นช่วงเวลาที่มีการคลอดบุตรสูงสุดจำนวน 1,214 ราย โดยปัจจุบัน พุทธศักราช 2560 พบการคลอดบุตร จำนวน 887 ราย ลดลงจากปีที่มีการคลอดบุตรสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 26.9



กราฟที่ 1 จำนวนพบ หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการคลอด

ผลการวิเคราะห์การผ่าตัดคลอด พบว่า ระหว่าง พุทธศักราช 2556 – 2560 อัตราการผ่าตัดคลอดสูงมากกว่า ร้อยละ 50 ช่วงเวลาที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงสุด ได้แก่ พุทธศักราช 2557 ร้อยละ 55.7 (95%CI = 0.529 - 0.585) และพุทธศักราช 2560 ร้อยละ 54.5 (95% CI = 0.512 - 0.578) พุทธศักราช 2556 เป็นช่วงเวลาที่มีการคลอดต่ำสุด แต่กลับพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดไม่ได้แตกต่างกัน

เมื่อเทียบกับพุทธศักราช 2557 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการคลอดสูงสุด ในขณะที่ พุทธศักราช 2559 พบอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าปีพุทธศักราช 2556 อัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 54.5 โดยช่วงเวลา พุทธศักราช 2556 และ 2559 พบอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดโดยรวม

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ การคลอดบุตรแยกแต่ละประเภท

พุทธศักราช	ประเภทการคลอด					
	Caesarean section			Normal		
	n	%	95%CI	n	%	95%CI
2556	176	52.7	0.473- 0.581	158	47.3	0.419 - 0.527
2557	676	55.7	0.529 - 0.585	538	44.3	0.415 - 0.471
2558	642	56.7	0.538 - 0.596	491	43.3	0.405 - 0.462
2559	546	51.3	0.483 - 0.543	518	48.7	0.457 - 0.517
2560	483	54.5	0.512 - 0.578	404	45.5	0.423 - 0.489
รวม	2,523	54.5	0.530 - 0.560	2,109	45.5	0.441 - 0.470

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยคลอดโรงพยาบาลหลังสวนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการผ่าตัดคลอดกลับไม่แตกต่างกันในแต่ละปีและมีแนวโน้มที่จะมีอัตราส่วนมากกว่าการคลอดปกติ โดยอายุของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการคลอด ระหว่างคลอดปกติกับการคลอดแบบ caesarean section ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่อัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลหลังสวนมีแนวโน้มสูงกว่าอัตราของโรงพยาบาล ระดับ M2 ทั้งประเทศ ซึ่งเป็นข้อมูลของพุทธศักราช 2560 โดยพบว่าพื้นที่

ที่มีอัตราการผ่าตัดคลอดระดับเขตบริการสุขภาพสูงสุด ได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 7 เท่ากับ ร้อยละ 38.6 และเขตบริการสุขภาพที่ 11 เป็นพื้นที่บริการเขตภาคใต้ตอนบน พบอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 18.6 ซึ่งเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรงพยาบาล ระดับ M2 ต้องมีอัตราการผ่าตัดคลอด มากกว่า ร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยคลอดทั้งหมด

การเปรียบเทียบอัตราการผ่าคลอดของโรงพยาบาลหลังสวนกับผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พุทธศักราช 2510 พบว่าอัตราการผ่า

คลอดประเทศไทย ร้อยละ 17.2 ฟิลิปปินส์ ร้อยละ 9.5 อินโดนีเซีย 6.8 เวียดนาม 9.9 อินเดีย 8.5 จีน 25.5 และ ญี่ปุ่น 17.4 ซึ่งส่งผลให้อัตราการผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลหลังสวนสูงกว่าอัตราการผ่าคลอดระดับประเทศในส่วนของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และระดับเอเชีย ดังนั้นสรุปได้ว่าถึงแม้แนวโน้มการคลอดจะเปลี่ยนไป เพิ่มขึ้นหรือลดลง แต่อัตราการผ่าคลอดของโรงพยาบาลหลังสวนค่อนข้างคงที่ และสูงกว่าอัตราการเข้ารับบริการผ่าตัดคลอดของประเทศไอร์แลนด์ (ร้อยละ 26.2) อิสราเอล (ร้อยละ 19.1) และ จอร์แดน (ร้อยละ 18.5)

เอกสารอ้างอิง

1. Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low, medium, and high income countries: an ecological study. *Birth* 2006; 33(4): 270-7.
2. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO Statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016; 123(5): 667-70.
3. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one* 2016; 11(2): e0148343.
4. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet* 2012; 379(9832): 2162-72.
5. Chanrachakul B, Herabutya Y, Udomsubpayakul U. Epidemic of cesarean section at the general, private and university hospitals in Thailand. *Journal of obstetrics and gynaecology research* 2000; 26(5): 357-61.
6. Festin MR, Laopaiboon M, Pattanittum P, Ewens MR, Henderson-Smart DJ, Crowther CA. Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes. *BMC pregnancy and childbirth* 2009; 9(1): 17.

สรุป

การพัฒนาตามนโยบาย service plan ด้านการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ให้สามารถรองรับบริการทางสูติกรรม เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลระดับใหญ่ และการกระจายตัวของบริการที่มีคุณภาพ ประชาชนส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดต้นทุนครัวเรือนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์แต่อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาอย่างเป็นระบบอีกครั้งในโอกาสหน้า ประเด็นการประเมินผู้ป่วยหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลของการเข้ารับบริการผ่าตัดคลอด เพื่อให้การเข้ารับบริการมีความคุ้มค่าและตรงต่อความต้องการของผู้ป่วย

7. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World health report 2010*; 30: 1-31.
8. Sufang G, Padmadas SS, Fengmin Z, Brown JJ, Stones RW. Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bulletin of the World Health Organization* 2017; 85(10): 755-62.

ศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ลมัย แสงเพ็ง พย.บ.¹, ยุวดี วิทย์พันธ์ ส.ต.²

หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช¹, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ²

บทคัดย่อ

บทนำ: โรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราชได้ยกเลิกการแก้ไขหัวนมสั้นในระยะตั้งครรภ์ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เพราะข้อมูลสนับสนุนว่าส่งผลต่อการแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด และไม่มีผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาไปข้างหน้า (prospective study) กลุ่มตัวอย่างเป็น คู่มารดาทารกสุขภาพดีทารกเกิดครบกำหนดน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัม – 3,999 กรัมที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนธันวาคม 2559 จำนวน 120 คู่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือคู่มารดาและทารกที่มารดาหัวนมสั้นหรือความยาวหัวนม 0.1 - 0.7 เซนติเมตรจำนวน 60 คู่ และคู่มารดาและทารกที่มารดามีหัวนมปกติหรือความยาวหัวนม ≥ 0.7 เซนติเมตรจำนวน 60 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก 2) แบบบันทึกการประเมินเลี้ยงลูกด้วยนมแม่วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างโดยการทดสอบ chi square และ T-test

ผลการศึกษา: ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 2-3 วันแรกก่อนจำหน่ายของมารดาหัวนมสั้นกับ มารดาหัวนมปกติไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และพบว่าทำให้ทารกดูดนมแม่อย่างถูกวิธีแรกรับมารดาหัวนมสั้นให้ทารกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี ต่ำกว่ามารดาหัวนมปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังการสอน และช่วยจัดทำให้นมแก้ไขหัวนมในมารดาหัวนมสั้นสนับสนุนการดูดบ่อยและติดตามการได้รับนมพอของทารก ทำให้ก่อนจำหน่าย การให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธีของมารดาหัวนมสั้นกับมารดาหัวนมปกติไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

สรุป: จากผลการศึกษามารดาที่หัวนมสั้นมีอุปสรรคต่อการเริ่มต้นให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี มากกว่ามารดาหัวนมปกติ แต่หลังให้การช่วยเหลือตามแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดสามารถเพิ่มอัตราการให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี และผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดในระยะ 2-3 วันแรกไม่แตกต่างจากมารดาหัวนมปกติ

คำสำคัญ: ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่,ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหัวนมสั้น

A Comparison Between Flat Nipple and Normal Nipple Mothers in Breastfeeding Success at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Lamai Saengpheng¹, Yuwadee Wittayapun²

Senior Professional Nurse¹, Doctor of Public Health²

Abstract

Introduction: Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital was avoid solving problem flat nipples in pregnancy, follow WHO's recommendation because evidence support effected to abortion, preterm labor and not success breastfeeding

Objective: To compare the succession of breastfeeding between flat nipple and normal nipple mothers in the postpartum period

Materials and Methods: The target group is the healthy couple of mothers and babies. The Birth weight from 2500 g - 3999 g 120 pairs in postpartum ward of Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. 60 mothers have flat nipples with the nipple length <0.7 cm. , and 60 mothers have normal nipples with the nipples > 0.7 cm. The data - collecting experimental instrument was 1) A personal information form of mothers and The babies form. and 2) The breastfeeding assessment form. Data were analyzed by using descriptive statistic, Chi square and T-test.

Results: The success of exclusive breastfeeding in first 2-3 days before discharge comparison between flat nipples mothers and normal nipples mothers was no statistically significant difference ($p > 0.05$) and suckling of breastfeed effectively in mothers have flat nipples below normal nipples mothers. After teach and coaching about position, enough feeding and solve flat nipples problem. They were able to effective suckling of breastfeeding, and before discharge comparison between flat nipple mothers and normal nipple mothers was no statistically significant difference ($p > 0.05$)

Conclusions: The mothers with flat nipples had more difficulty initiation breastfeeding than those with normal nipples however, after implementation clinical nursing practice guideline at postpartum ward, the suckling of breastfeeding improved. With 2-3 days of postpartum period the success of exclusive breastfeeding of both flat nipples mothers and normal nipples mothers was the same.

Keywords: success of breastfeeding, success of breastfeeding in flat nipple mothers

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นับเป็นการวางรากฐานคุณภาพชีวิตมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิด เพราะนมแม่มีสารอาหารครบถ้วนมีคุณภาพสูง จำเพาะสำหรับทารกแต่ละราย และยังมีน้ำย่อย สารช่วยการเจริญเติบโต ภูมิคุ้มกันโรคป้องกัน ความเจ็บป่วย⁽¹⁾ นอกจากนี้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มายังช่วยสร้างเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาอารมณ์ สังคมแก่ทารก⁽²⁾ และเพิ่มวุฒิภาวะความเป็นแม่แก่ มารดา⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและ ดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ถึงปัจจุบันโดยกำหนดเกณฑ์ชีวิตคือ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่าร้อยละ 30 แต่จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่ง สหประชาชาติปี 2549, 2555 และ 2558 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่าร้อยละ 6 เดือนในประเทศไทย อยู่ที่ร้อยละ 5.4, 12.3 และ 23.1 ตามลำดับ⁽⁴⁾ สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราชจากการติดตามประเมินการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวในปี 2554 และ 2555 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 13.25 และ 11.88 ตามลำดับ⁽⁵⁾

การเริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (initiative Breastfeeding) ได้สำเร็จหลังคลอดใน ระยะ 2-3 วันแรกมีความสำคัญยิ่ง เพราะส่งผลต่อ การเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่าร้อยละ 6 เดือนโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกจึงได้

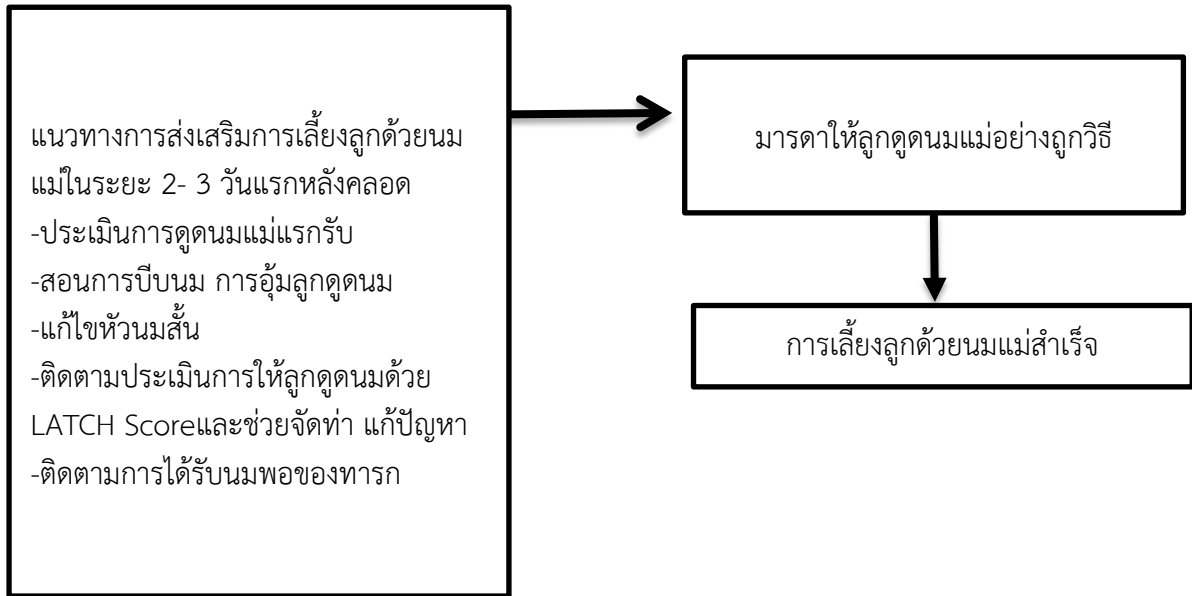
กำหนดตัวชี้วัดระดับสากล คืออัตราการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่าร้อยละ 75⁽⁶⁾ และ ในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียวน้อยกว่าร้อยละ 65.8, 72.82, 70.16 ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์และพบว่ามารดา ที่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จส่วนใหญ่ เกิดจากการให้ลูกดูดนมไม่ได้ หรือมีความ ยากลำบากในการให้นมแม่ทำให้เกิดความเหนื่อย ล้าท้อแท้ โดยเฉพาะแม่ที่มีหัวนมสั้น เพิ่มความ ยากลำบากในการอุ้มลูกเข้าดูดนมยิ่งขึ้น⁽⁷⁾ ปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกไม่แนะนำการแก้ไขหัวนม ผิดปกติในระยะตั้งครรภ์เนื่องจากมีการศึกษาวิจัย พบว่าไม่ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่รวมทั้งส่งผลเสียมากกว่าผลดี⁽⁸⁾

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จึงได้ ปรับแนวปฏิบัติ ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2557 โดยไม่แก้ไขหัวนมในระยะตั้งครรภ์ มุ่งเน้นการสอน ฝึกทักษะ ให้ข้อมูลเรื่องการได้นม พอกของทารกและแก้ไขหัวนมแก่มารดาหัวนมสั้นที่ เป็นอุปสรรคของการดูดนมแม่ในระยะหลังคลอด 2-3 วัน แรก การศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ระหว่างมารดาที่หัวนมสั้นกับหัวนมปกติครั้งนี้จะ สามารถทราบผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติ ดังกล่าวต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมี ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการ พยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดตามบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในระยะหลังคลอดที่สำคัญประการหนึ่งคือ

หลัก 3 จุด หมายถึง การดูดเร็วภายในครึ่ง-1 ชั่วโมงหลังคลอด ดูดบ่อยตามที่ทารกต้องการอย่างน้อย 8 มื้อต่อวัน และดูถูกวิธีหรือดูดีมีประสิทธิภาพเกลี้ยงเต้า⁽⁹⁾



วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเป็นวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาไปข้างหน้า(prospective study)

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นคู่มารดาและทารกในหอผู้ป่วยทารกหลังคลอดโรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือน ธันวาคม 2559 จำนวน 120 คู่ เป็นมารดาหลังคลอดที่มีสุขภาพแข็งแรง ตั้งครรภ์พึงประสงค์ อายุตั้งแต่ 18 บริบูรณ์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่รุนแรง ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระดับความยาวของหัวนม

ตั้งแต่ 0.1 เซนติเมตรขึ้นไป และทารกเป็นทารกแรกเกิดจากอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 - 41 สัปดาห์ ไม่เจ็บป่วย พิกัด น้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัม - 3,999 กรัม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ศึกษาเป็นคู่มารดาและทารกที่มารดาหัวนมสั้น ความยาวของหัวนม 0.1-0.7 เซนติเมตร จำนวน 60 คู่ และ คู่มารดาและทารกที่มารดาหัวนมปกติความยาวของหัวนม ≥ 0.7 เซนติเมตร จำนวน 60 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบบันทึกการเก็บข้อมูล มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 15 ข้อแบ่งเป็นของมารดาจำนวน 10 ข้อประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้

ของครอบครัว (บาทต่อเดือน) วิธีการคลอด จำนวนบุตร การเจ็บป่วยร้ายแรงและภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด และข้อมูลส่วนบุคคลของทารกจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดหรือหลังคลอด น้ำหนักก่อนจำหน่าย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมินเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย บันทึกการประเมินว่าทารกได้รับน้ำนมพอโดยวิธีแลช (Latch)⁽¹⁰⁾ เวลาที่ทารกได้รับนมแม่เมื่อแรกหลังคลอด ลักษณะการไหลของน้ำนมแม่ จำนวนม็อนม จำนวนครั้งการช่วยจัดท่า การแก้ไขหัวนม วิธีและชนิดของนมที่ทารกรับ จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน
2. ความเที่ยงของเครื่องมือเครื่องมือ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหัวนมสั้นกับปกติผ่านเกณฑ์ความตรงตามเนื้อหา แล้วหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาความเท่าเทียมของการสังเกต (inter-rater reliability) โดยนำไปใช้กับมารดาและทารกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงหรือเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลหลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ 19/2559

2. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่ออธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ประโยชน์ การรักษาความลับ และสิทธิในการตอบรับปฏิเสธหรือเปลี่ยนใจการเข้าร่วมวิจัย หากมารดายินดียินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่หลังคลอดวันแรกจนถึงวันจำหน่าย ตามแบบบันทึกส่วนบุคคล และแบบบันทึกการประเมินเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดังนี้

3.1 คัดลอกจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูล ส่วนบุคคลของมารดาและทารก เวลาที่ ทารกได้ดูดนมแม่ครั้งแรก (ดูดเร็ว) การแก้ไขหัวนม วิธีการให้นมแม่ และชนิดของ นมที่ทารกได้รับโดยเก็บข้อมูลแรกรับและวันจำหน่าย

3.2 การสัมภาษณ์ ได้แก่ จำนวนครั้งการ สอนอุ้มช่วยจัดท่าจำนวนม็อนม จำนวนครั้งการถ่ายอุจจาระและปัสสาวะโดยเก็บข้อมูลวันละ 2 ครั้ง เข้า เย็น

3.3 การสังเกต ได้แก่การประเมินว่าทารก ได้รับน้ำนมพอโดยวิธีแลช (Latch) จากการสังเกตขณะมารดาให้ลูกดูดนม และ ลักษณะการไหลของน้ำนมจากการบีบนมมารดาก่อนม็อนม ซึ่งประเมินครั้งที่ 1 ในวันแรกหลังคลอด และครั้งที่ 2 ในวันจำหน่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อหาค่า

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งด้านมารดาและด้านทารกโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติโดยใช้การทดสอบไคสแควร์และความแตกต่างระหว่างบุคคลของทารกโดยใช้การทดสอบ T-test
3. วิเคราะห์ความแตกต่างการให้ลูกดุนนมแม่อย่างถูกวิธีของมารดาหัวนมสั้น กับมารดาหัวนมปกติ และผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติโดยใช้การทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกมารดาที่มีหัวนมสั้นและหัวนมปกติ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 18-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.0 และร้อยละ 66.7 ตามลำดับ การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นประถมถึงมัธยมศึกษา ร้อยละ 60.0 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 61.7 และร้อยละ 70.0 ตามลำดับ รายได้ น้อยกว่าเท่า 10,000 บาทต่อเดือน

ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 55.0 ตามลำดับ วิธีการคลอดคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 65.0 และร้อยละ 70.0 ตามลำดับ คลอดโดยวิธีผ่าตัดร้อยละ 35.0 และร้อยละ 30.0 ตามลำดับทารกเป็นเพศชายร้อยละ 53.3 และ ร้อยละ 60.0 ตามลำดับเป็น เพศหญิงร้อยละ 46.7 และ ร้อยละ 40.0 ตามลำดับน้ำหนักทารกแรกเกิดบุตรมารดาหัวนมสั้นค่าน้ำหนักเฉลี่ย 3,077.83 กรัม และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 301.59 กรัม ส่วนบุตรมารดาหัวนมปกติค่าน้ำหนักเฉลี่ย 3,077.50 กรัม และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 339.24 กรัม และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างมารดาทารกที่มารดาหัวนมสั้นกับมารดาทารกที่มารดาหัวนมปกติไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

2. ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่ามารดาหัวนมสั้น เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 68.33 ส่วนมารดาหัวนมปกติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 78.33 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับมารดาหัวนมปกติสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับมารดาหัวนมปกติก่อนจำหน่าย

จำนวนผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่				
กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน)	สำเร็จ(คน)	ร้อยละ	P-Value
มารดาหัวนมสั้น	60	41	68.33	.215
มารดาหัวนมปกติ	60	47	78.33	
รวม	120	88	73.33	

3. การให้ทารกดูนมแม่อย่างถูกวิธีแรกรับ มารดา ห้วนมสันให้ลูกดูนมแม่อย่างถูกวิธี คิดเป็นร้อยละ 38.3 ส่วนมารดาห้วนมปกติ ให้ลูกดูนมแม่อย่างถูกวิธี คิดเป็นร้อยละ 70 เมื่อเปรียบเทียบการดูนมแม่อย่างถูกวิธีของทารกทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ดังตารางที่ 2)
- ก่อนจำหน่ายมารดาห้วนมสันให้ลูกดูนมแม่อย่างถูกวิธี คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนมารดาห้วนมปกติให้ลูกดูนมแม่อย่างถูกวิธี คิดเป็นร้อยละ 80.33 เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดูนมแม่ของทารกทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการให้ลูกดูนมแม่อย่างถูกวิธีระหว่างมารดาห้วนมสันกับมารดาห้วนมปกติแรกรับ

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนการดูนมแม่อย่างถูกวิธี			P-Value
	จำนวน(คน)	ดูถูกวิธี (คน)	ร้อยละ	
มารดาห้วนมสัน	60	23	38.3	.002
มารดาห้วนมปกติ	60	42	70.0	
รวม	120	65	54.17	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการให้ดูนมแม่อย่างถูกวิธีระหว่างมารดาห้วนมสันกับมารดาห้วนมปกติก่อนจำหน่าย

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนการให้ดูนมแม่อย่างถูกวิธี			P-Value
	จำนวน(คน)	ดูถูกวิธี (คน)	ร้อยละ	
มารดาห้วนมสัน	60	45	75.0	.072
มารดาห้วนมปกติ	60	53	83.33	
รวม	120	98	81.67	

จากผลการศึกษาพบว่า มารดาห้วนมสันเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จต่ำกว่ามารดาห้วนมปกติ ร้อยละ 68 และ ร้อยละ 78.3 ตามลำดับ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยการให้ดูนมแม่อย่างถูกวิธีพบว่าแรกรับมารดาห้วนมสัน

ให้ดูนมแม่อย่างถูกวิธีร้อยละ 38.3 หลังจากการติดตามช่วยเหลือโดยการแก้ไขห้วนมซึ่งมีเพียงร้อยละ 20 สอนและช่วยจัดทำให้นมลูกส่งผลให้ก่อนจำหน่ายมารดาสามารถให้ลูกดูนมแม่อย่างถูกวิธีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 เมื่อเปรียบเทียบการให้ดูนมแม่อย่างถูกวิธีแรกรับและก่อนจำหน่าย มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนมารดาห้วงนมปกติแรกรับให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธีร้อยละ 70 หลังการสอนและช่วยจัดท่าให้นมลูกก่อนจำหน่ายสามารถให้ดูดนมแม่อย่างถูกวิธีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.33 เมื่อเปรียบเทียบการให้ดูดนมแม่อย่างถูกวิธีแรกรับและจำหน่าย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบการให้ดูดนมแม่อย่างถูกวิธีระหว่างมารดาห้วงนมสั้น กับมารดาห้วงนมปกติก่อนจำหน่ายพบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) นอกจากนี้การให้ลูกดูดนมบ่อยอย่างน้อย 8 มื้อต่อวันในมารดาห้วงนมสั้นและห้วงนมปกติคิดเป็น ร้อยละ 91.6 และร้อยละ 96.7 ตามลำดับ

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดในระยะ 2-3 วันแรกมาจากการช่วยให้มารดาสามารถให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธีซึ่งประกอบด้วย การประเมินการดูดนมตั้งแต่แรกรับ สอนการบีบนม สอนการอุ้มลูกดูดนม และการติดตามประเมินการให้ลูกดูดนมแม่ด้วย LATCH Score ช่วยจัดท่าและการติดตามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามการได้รับนมพอของทารก ทำให้มารดาสามารถให้ลูกดูดนมได้ด้วยตัวเอง และให้ลูกดูดนมบ่อยตามที่ลูกต้องการได้ อนึ่งการดูดนมแม่อย่างถูกวิธีและการดูดนมบ่อยตามที่ลูกต้องการเป็นการกระตุ้นกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมจากอิทธิพลของฮอร์โมนออกซิโตซินและโพรแลคตินให้ทำงานได้

เต็มจึงมีการสร้างน้ำนมได้เพียงพอ⁽¹¹⁾ จึงทำให้มารดาสามารถให้ลูกได้รับนมแม่อย่างเดียวก่อนที่จะให้กลุ่มมารดาห้วงนมสั้นและห้วงนมปกติ ทั้งนี้มารดาที่มีห้วงนมสั้น และไม่ได้รับการแก้ไขห้วงนมมาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่การสอนอุ้มลูกดูดนมและการช่วยจัดท่าที่เหมาะสม สามารถช่วยให้ลูกดูดนมแม่ได้สำเร็จ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 20 ที่มีความจำเป็นต้องแก้ไขห้วงนม อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังคลอดลานนมมีการขยายใหญ่ขึ้น นุ่มขึ้น ง่ายแก่การไขห้วงนมและเอื้อต่อการดูดนมของทารก นอกจากนี้บนผิวของลานนมมีการสร้างไขมันที่ผลิตกลืนเร้ากระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่⁽¹²⁾ ดังนั้นระดับความสั้น-ยาวของห้วงนมจึงไม่ใช่อุปสรรคของความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของลมัย แสงเพ็งและคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแม่อุ้มลูกดูดนมแม่ในคลินิกนมแม่โรงพยาบาลมหาราช พบว่าหลังจากได้รับการสอนวิธีการอุ้มลูกอย่างถูกวิธี และช่วยจัดท่าเพียง 2-3 ครั้ง มารดาสามารถให้ลูกดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และก่อนจำหน่ายมารดาสามารถให้ลูกดูดนมแม่ได้สำเร็จร้อยละ 100 การศึกษาของธิดารัตน์ วงศ์วิสุทธิ และคณะ⁽¹⁴⁾ ศึกษาปัญหาของมารดาและลูกที่มาปรึกษาคลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โรงพยาบาลศิริราช พบว่ามารดาที่ให้ลูกดูดนมแม่ไม่ได้และคิดว่าเกิดจากห้วงนมสั้น ปัญหาจริงคือการอุ้มลูกดูดนมไม่ถูกวิธี ทำให้ไม่สามารถให้ลูกดูดนมแม่ได้สักพอ และภายหลังได้รับการฝึกปฏิบัติมารดาสามารถให้ลูกดูดนมแม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาของ

ศิริพร พงษ์โกคา และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาผลของการเตรียมสตรีที่มีหัวนมสั้นในระยะตั้งครรภ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอดพบว่าระยะ 1-2 วันหลังคลอด มารดาสามารถให้ลูกดูดนมแม่ได้สำเร็จร้อยละ 77.5 และการศึกษาของพูนศรี ทองสุรเดช และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและการแก้ไขปัญหสำหรับมารดาในคลินิกนมแม่ พบว่าการฝึกการอุ้มลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จนอกจากนี้ The Main Trial Collaborative Group⁽¹⁷⁾ ได้ศึกษาการแก้ไขหัวนมบอดขณะตั้งครรภ์เพื่อเตรียมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ ในหญิงตั้งครรภ์ที่หัวนมสั้น จำนวน 463 ราย แบ่งเป็น แก้ไขหัวนมโดยให้สวม breast shells จำนวน 230 ราย เปรียบเทียบกับ ไม่แก้ไขหัวนม จำนวน 233 ราย และ แก้ไขหัวนมโดย Hoffman's exercises จำนวน 234 ราย เปรียบเทียบกับ ไม่แก้ไขหัวนม 229 ราย ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอด 6 สัปดาห์ ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูก

ด้วยนมแม่ ระหว่างกลุ่มที่แก้ไขหัวนมโดยให้สวม breast shells กับไม่แก้ไขหัวนมไม่แตกต่างกัน

สรุป

จากผลการศึกษา มารดาที่หัวนมสั้นมีอุปสรรคต่อการเริ่มต้นให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธีมากกว่ามารดาหัวนมปกติ แต่การประเมินการให้ลูกดูดนมของมารดาตั้งแต่แรกเริ่ม และให้การช่วยเหลือตามแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดสามารถเพิ่มอัตราการให้ลูกดูดนมแม่อย่างถูกวิธี และเพิ่มผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดในระยะ 2-3 วันแรก ทำให้ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่แตกต่างจากมารดาหัวนมปกติ ดังนั้นการแก้ไขหัวนมสั้นควรแก้ไขในระยะหลังคลอดเนื่องจากในระยะหลังคลอดมีการขยายของลานนมทำให้เอื้อต่อการให้ลูกดูดนมเพิ่มขึ้น และการแก้ไขหัวนมง่ายขึ้น ซึ่งการแก้ไขหัวนมในระยะหลังคลอดทำได้บ่อยทุกมือนม ได้ผลลัพธ์ที่ดี และมีความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร. ความจำเพาะของน้ำนมแม่และผลต่อสุขภาพทารก. ใน: นิพนธ์พร วรมงคล. บรรณาธิการ. คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข 2553; หน้า 31-43.
2. วีระพงษ์ ฉัตรานนท์. Why Breastfeeding. ใน: นิพนธ์พร วรมงคล. บรรณาธิการ, คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข 2553; หน้า 9-19.

3. นวลจันทร์ จุฑาทักติกุล. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับการพัฒนา executive function ของลูก. ใน: กรมอนามัยร่วมกับมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 5 วันที่ 2-4 กันยายน 2558. โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ; หน้า 114-119
4. มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. Available from WWW.thaibreastfeeding.org; 2559
5. สรุปรายงานงานอนามัยแม่และเด็ก. รายงานโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวจังหวัดนครศรีธรรมราช; 2558.
6. กุสุมา ชูศิลป์. เกณฑ์ระดับสากลของโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช. บรรณาธิการ ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ไอยรา จำกัด 2555; หน้า 55-64
7. สุอารีย์ อ้นตระกูล. Early problems in breastfeeding. ใน: นิพนธ์พรพรหมมงคล. บรรณาธิการ, คู่มือการอบรมผู้เชี่ยวชาญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2553; หน้า 116-146.
8. พรนภา ตั้งสุขสันต์. การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสตรีตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2554; ฉบับที่ 3 หน้า 103-119.
9. ฉันทนา จันทร์เปีย. ภาวะวิกฤตของเต้านม สรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนมและกลไกการดูดนมของทารก. ใน: กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒนายุ, สุพินดา เรื่องจิรัชเสฐียร, สุดาภรณ์ พัยคัมเรือง. บรรณาธิการ, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ปรีชาพานิช; 2554. หน้า 63-82.
10. กุสุมา ชูศิลป์. การประเมินทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช. บรรณาธิการ, ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ไอยรา จำกัด 2555 ; หน้า 163-174
11. สุทธา หามนตรี. ภาวะวิกฤตและสรีรวิทยาของการสร้างและการหลั่งน้ำนม. ใน: ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล, ศิรินุช ชมโท, อรพร ดำรงวงศ์ศิริ. บรรณาธิการ, เวชปฏิบัติการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559. หน้า 1-6.
12. สาวิตรี พรานพนัส, สุอารีย์ อ้นตระกูล, ยุพยง แห่งเชาวนิช. ภาวะวิกฤตของเต้านมและกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนม. ใน: ศุภวิทย์ มุตตามระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมาพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยง แห่งเชาวนิช. บรรณาธิการ, ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ไอยรา จำกัด ; 2555. หน้า 1-14
13. ลมัย แสงเพ็ง, จารุวรรณ ทองแซม, พงษ์ศิริ กาญจนศิริ. ผลการใช้โปรแกรมการสอนแม่อุ้มลูกดูนมแม่. โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช ใน: กรมอนามัยร่วมกับมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 3 วันที่ 22-24 มิถุนายน 2554. โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ; หน้า 78

14. อิตารัตน์ วงศ์วิสุทธิ, สุอารีย์ อันตระการ, เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์. ปัญหาของแม่และลูกที่มาปรึกษาคลินิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โรงพยาบาลศิริราช. ใน: กรมอนามัยร่วมกับมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 1 วันที่ 14-16 ธันวาคม 2548. โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ; หน้า 165-166.
15. ศิริพร พงษ์โกคาและคณะ. การศึกษาผลของการเตรียมสตรีที่มีหัวนมสั้นในระยะตั้งครรภ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะหลังคลอด. วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย กรุงเทพฯ : 2550.
16. พูนศรี ทองสุเดช, พัฒนา ฤกษ์ดำเนินกิจ, ประภัสสร โตธิรกุล. ปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและการแก้ปัญหาสำหรับมารดาในคลินิกนมแม่ใน: กรมอนามัยร่วมกับมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติครั้งที่ 5 วันที่ 2-4 กันยายน 2558. โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ; หน้า 155
17. The Main Trial Collaborative Group. Preparing for Breastfeeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. Midwifery, 1994; 10: 200-214.

ผลของยาสมุนไพรไทยตำรับตรีผลาในผู้ที่มีภาวะอ้วนระดับ 1 ที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

อัจฉรี แก้วทอง พ.บ.,ว.ว.เวชศาสตร์ฟื้นฟู
กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจุบันมีการนำสมุนไพรมาใช้ลดความอ้วนมากขึ้น สำหรับตรีผลาเป็นตำรับยาสมุนไพรที่ได้รับความสนใจมากขึ้น มีการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่าน้ำหนักตัวลดลง ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์และแอลดีแอลคอเลสเตอรอลลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง รวมถึงไขมันในช่องท้องลดลง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของสมุนไพรตำรับตรีผลา ในการต่อต้านไขมันลงกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และช่วยคุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นภาวะอ้วนระยะที่ 1

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก แบบสุ่ม โดยกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน รับประทานยาสมุนไพรตำรับตรีผลา จำนวน 1800 มิลลิกรัม และ กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน รับประทานยาหลอก ซึ่งทำการวัดดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับไขมันแอลดีแอล ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังรับประทานยาสมุนไพรครบ 8 สัปดาห์ โดยทุกคนจะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการลดน้ำหนัก

ผลการศึกษา: เมื่อจบการวิจัย โดยการเปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการรับประทานยาสมุนไพรในแต่ละกลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลอง รอบเอวและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมีค่าเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุม มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม มีค่าเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่เมื่อนำผลต่างของตัวแปรก่อนและหลังรับประทานยาสมุนไพร มาเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ Mann-Whitney U Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

คำสำคัญ: ยาตรีผลา โรคอ้วน

Effects of Triphala Herbal Formula in Obesity Stage 1 Subjects at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Atcharee Kaewtong M.D.

Rehabilitation Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Introduction: Obesity is importance health problem and increasing prevalence every year. Its impacts were both physical and mental health as well as quality of life in patients. Treatment of obesity emphasized in nutritional control, physical activity and behavioral adaptation. Triphala is worldwide usage herbal formula and was increased interest. In animal study Triphala showed decreasing body weight, visceral fat, triglyceride level and LDL-cholesterol but increasing HDL-cholesterol.

Objective: Purposes of this study were to explore the effects of Triphala on body mass index, waist circumference, fasting blood sugar, Hemoglobin A1C, triglyceride, LDL-cholesterol and quality of life in obesity stage 1 subjects.

Materials and Methods: The study was double-blind randomized control trail. The forty volunteers were randomized into two groups, twenty persons is study group take Triphala herbal formula 1800 mg per day and twenty persons is control group take placebo drug. Body mass index , fasting blood sugar, Hemoglobin A1C, triglyceride, LDL-cholesterol and WHO-quality of life questionnaire were compared before and after 8 weeks.

Results: By using Wilcoxon Signed Ranks Test at 95% confidence level, compared variables before and after taken herbal drugs in each groups. In study group, waist circumference and Hemoglobin A1C were statistically significant change. In control group Hemoglobin A1C were statistically significant change. Other variables were no statistically significant change. But Triphala herbal formula was no statistically significant change in body mass index, waist circumference, fasting blood sugar, Hemoglobin A1C, triglyceride, LDL-cholesterol and quality of life in obesity stage 1 subjects compared with placebo drugs by using Mann-Whitney U test at 95% confidence level.

Keywords: triphala, obesity

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาคมโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ใน พ.ศ. 2548 มีประชากรโลกมากถึง 1.6 พันล้านคน จัดอยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน และ 400 ล้านคนจัดอยู่ในภาวะอ้วน แต่มีการคาดการณ์ว่าประชากรโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะเพิ่มเป็น 2.3 พันล้านคน และโรคอ้วนเพิ่มเป็น 700 ล้านคนในปี พ.ศ.2558⁽¹⁾ ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสร้างผลกระทบต่อสุขภาพมากมาย ทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต⁽²⁾ โครงการการศึกษาภาวะโรคขององค์การอนามัยโลกประมาณการว่าร้อยละ 58 ของโรคเบาหวาน ร้อยละ 21 ของโรคหลอดเลือดหัวใจ และร้อยละ 42 ของโรคมะเร็งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน⁽³⁾ นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังประสบปัญหาด้านคุณภาพชีวิต

การรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จากแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วนโดยกรมการแพทย์⁽⁴⁾ แนะนำให้ทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย และการลดน้ำหนักให้ได้ผลระยะยาว คือ การควบคุมพลังงานที่ได้รับจากอาหารที่บริโภคในแต่ละวันให้ได้น้อยกว่าพลังงานที่ใช้ออกไป พร้อมทั้งการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมทั้งในการบริโภคและการออกกำลังกาย หากยังไม่สามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย ก็ต้องพิจารณาการใช้ยาร่วม ซึ่งยาแต่ละตัวก็มีผลข้างเคียงที่ต้องระวัง และในปัจจุบันมีการใช้สมุนไพรในการลดความ

อ้วนกันอย่างกว้างขวาง⁽⁵⁾ แต่พบว่ายังขาดข้อมูลการใช้สมุนไพรในระยะยาว รวมถึงปลอดภัยของสมุนไพร สมุนไพรที่ใช้ในการลดน้ำหนักมากขึ้น ได้แก่ ชาลดความอ้วน มะขามแขก บุกสกัด ส้มแขก หลู่ฮวาน ลูกสำรอง และเม็ดแมงลัก รวมทั้งยาสมุนไพรตำรับตรีผลา ซึ่งเป็นยาที่ประกอบด้วย คือ ลูกสมอไทย ลูกสมอพิเภก และมะขามป้อม ในอัตราส่วน 1:1:1 เป็นสมุนไพรที่สำคัญในการแพทย์อายุรเวท และแพทย์แผนไทย มีสรรพคุณช่วยรักษาความสมดุลธาตุทั้ง 4 ของร่างกาย⁽⁶⁾ แม้ในประกาศคณะกรรมการระบบยาแห่งชาติฉบับที่ 4 จัดให้ยาสมุนไพรตำรับตรีผลาเป็นยาในกลุ่มทางเดินหายใจ ช่วยในการขับเสมหะ บรรเทาอาการไอ แต่จากการวิจัยที่ผ่านมาได้พบสรรพคุณเพิ่มเติม ได้แก่ ช่วยระบบทางเดินอาหาร เป็นยาระบายแก้ท้องผูก⁽⁷⁾ ลดไขมันในเลือด⁽⁸⁾ ลดน้ำตาลในเลือด⁽⁹⁾ สารต้านอนุมูลอิสระ⁽¹⁰⁾ ป้องกันมะเร็ง⁽¹¹⁾ ป้องกันรังสีแกมมา⁽¹²⁾ และช่วยลดน้ำหนัก⁽¹³⁾

การศึกษาในหนูทดลองโดยการให้อาหารที่มีไขมันสูงเพื่อให้อ้วน ร่วมกับให้ยาสมุนไพรตำรับตรีผลา และสมุนไพรแต่ละตัวที่เป็นองค์ประกอบของยาสมุนไพรตำรับตรีผลา เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าน้ำหนักตัวลดลง สัดส่วนไขมันลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอลคอเลสเตอรอล ก็ลดลง โดยที่เอชดีแอลคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดก็ลดลงด้วย รวมถึงไขมันในช่องท้องก็ลดลง⁽¹³⁾ และเนื่องจากยังไม่มีผลวิจัยผล

ของยาสมุนไพรตำรับตรีผลาในคนที่มีโรคอ้วน จึงเป็นที่มาของการวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของสมุนไพรตำรับตรีผลาต่อดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และคุณภาพชีวิตในผู้ที่เป็นภาวะอ้วนระยะที่ 1

สมมติฐานของการศึกษา

ยาสมุนไพรตำรับตรีผลา มีผลต่อการลดดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้ที่มีภาวะอ้วนระยะที่ 1

วัสดุและวิธีการวิจัย

ประเภทงานวิจัย: การวิจัยเชิงทดลองทางคลินิก แบบสุ่ม แบบปกปิดผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ประเมินผลลัพธ์ (double-blind randomized clinical trial) โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง: อาสาสมัครจำนวน 40 คน โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรยามาเน และการเปิดตารางสำเร็จรูปของ R.V. Krejcie และ D.W. Morgan โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี และดัชนีมวลกาย 25 – 29.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร แล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มจับฉลาก

วิธีการทดลอง: กลุ่มทดลองรับประทานยาสมุนไพรตำรับตรีผลา ชนิดแคปซูล ขนาด 300 มิลลิกรัม จำนวน 2 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง ก่อน

อาหารเช้า อาหารกลางวัน และอาหารเย็น รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 1800 มิลลิกรัมต่อวัน โดยแต่ละแคปซูลประกอบด้วยสกัดส่วนสมอไทย สมอพิเภก และมะขามป้อม ในอัตรา 1 : 1 : 1 และ กลุ่มควบคุม รับประทานยาหลอก ซึ่งผลิตจากแป้งข้าวโพด ขนาด 300 มิลลิกรัม จำนวน 2 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้เข้าร่วมวิจัย และแพทย์แผนไทยที่ทำหน้าที่จ่ายยาสมุนไพร ไม่ทราบชนิดของยา และลักษณะภายนอกของยาสมุนไพรตำรับตรีผลา และยาหลอกมีลักษณะเหมือนกัน

เครื่องมือการวิจัย:

1. การวัดรอบเอว และการชั่งน้ำหนักเพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย

2. การส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar : FBS) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม hemoglobin A1C ระดับไขมันแอลดีแอล โคเลสเตอรอล และระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์

3. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ซึ่งประกอบด้วย 4 หมวด คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคม จำนวน 24 ข้อ และคุณภาพชีวิตโดยรวม จำนวน 2 ข้อ รวมเป็น 26 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515⁽¹⁴⁾

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล: โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ต้องทำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และเก็บตัวอย่างเลือดและทำแบบประเมินคุณภาพชีวิต ก่อนทำการวิจัย และหลังรับประทานยาสมุนไพร ครบ 8 สัปดาห์ โดยอาสาสมัครทุกคน จะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั้งการควบคุม

อาหาร ออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรม และการรับประทานยาตามคู่มือการปฏิบัติตัวตามโปรแกรมการลดน้ำหนักที่กำหนด พร้อมรับคู่มือการปฏิบัติตัวและสมุดบันทึกความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยอาสาสมัครจะทำการประเมินตนเองทุกสัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไปของประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลภายในแต่ละกลุ่ม ถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติใช้สถิติ Pair T-test ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Match- Pair Sign-Rank test การวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างกลุ่ม ถ้าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Independent T-test ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Manwhitney U test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95 % (p-value 0.05 %)

ผลการศึกษา

อาสาสมัครที่เข้าร่วมในงานวิจัยทั้งสิ้น 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มละ 20 คน แต่จากการวิจัย 9 คน เมื่อจบการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่าง 31 คน คือ กลุ่มทดลอง 14 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน แต่เนื่องจากมีเพศชาย 2 คนในกลุ่มทดลอง แต่ไม่มีเพศชายในกลุ่มควบคุม จึงคัดออกเพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่เป็นผลจากเพศ ทำให้เหลือกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน

เมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังการรับประทานยาสมุนไพรในแต่ละกลุ่ม พบว่าในกลุ่มทดลองรอบเอว และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมีค่า

เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มควบคุม มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม มีค่าเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอื่นมีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อนำผลต่างค่าตัวแปรก่อนและหลังรับประทานยาสมุนไพร มาเปรียบเทียบกับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ระดับไขมันแอลดีแอล และคะแนนคุณภาพชีวิต มีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อนำผลต่างค่าตัวแปรก่อนและหลังรับประทานยาสมุนไพร มาเปรียบเทียบกับระดับความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวสำหรับโปรแกรมการลดน้ำหนัก ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด พบว่าในกลุ่มทดลอง การปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การปรับพฤติกรรม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสมุนไพร มีค่าตัวแปรไม่แตกต่างกันในแต่ละระดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย มีผลต่อระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และความสม่ำเสมอในการควบคุมพฤติกรรม มีผลต่อรอบเอวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปร ก่อนและหลังรับประทานยาสมุนไพร โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 12)		p-value	กลุ่มควบคุม (n = 17)		p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	
ดัชนีมวลกาย	26.8842 ± 1.55159	26.7200 ± 1.98240	0.384	26.8859 ± 1.52684	26.6647 ± 1.68601	0.224
รอบเอว	86.5000 ± 5.36826	84.7083 ± 6.13655	0.042	85.1765 ± 5.87351	83.9706 ± 6.11471	0.081
น้ำตาลในเลือด	90.4167 ± 9.69028	87.5833 ± 14.08712	0.344	93.2941 ± 29.21850	91.3529 ± 21.51726	0.469
น้ำตาลเฉลี่ยสะสม	5.3583 ± 0.41878	5.6000 ± 0.50990	0.001	5.7000 ± 1.54029	5.8471 ± 1.22378	0.021
ไตรกลีเซอไรด์	123.75 ± 43.53290	122.50 ± 59.91433	0.927	139.00 ± 85.74964	136.06 ± 66.22166	0.850
ไขมันแอลดีแอล	147.08 ± 30.95879	152.17 ± 32.62691	0.430	153.18 ± 32.21070	165.71 ± 38.89853	0.065
คุณภาพชีวิต	93.1667 ± 8.05474	94.3333 ± 7.99242	0.505	94.0588 ± 13.34855	95.3529 ± 15.08700	0.495

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าตัวแปรก่อนและหลังรับประทานยาสมุนไพร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney U Test (n=29) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตัวแปร	Mean	SD	Z	p-value
ดัชนีมวลกาย	0.1897	0.71497	-0.379	0.705
รอบเอว	1.4483	2.51192	-0.225	0.822
น้ำตาลในเลือด	2.3103	10.08217	-0.577	0.564
น้ำตาลเฉลี่ยสะสม	-0.1862	0.32593	-0.991	0.322
ไตรกลีเซอไรด์	2.2414	47.41357	-0.820	0.412
ไขมันแอลดีแอล	-9.4483	24.09295	-0.931	0.352
คุณภาพชีวิต	-1.2414	6.94188	-0.222	0.824

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างของตัวแปรก่อนและหลังรับประทานยาสมุนไพร ในแต่ละระดับความสม่ำเสมอในการ ปฏิบัติตัวสำหรับโปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Kruskal-Wallis H test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตัวแปร	อาหาร		ออกกำลังกาย		พฤติกรรม		การรับประทานยา	
	Chi-Square	p-value	Chi-Square	p-value	Chi-Square	p-value	Chi-Square	p-value
ดัชนีมวลกาย	0.550	0.760	3.742	0.154	0.550	0.760	2.576	0.462
รอบเอว	2.195	0.334	3.248	0.197	2.195	0.334	6.848	0.077
น้ำตาลในเลือด	4.590	0.101	2.479	0.289	4.590	0.101	2.904	0.407
น้ำตาลเฉลี่ยสะสม	0.205	0.902	4.772	0.092	0.205	0.902	4.925	0.177
ไตรกลีเซอไรด์	0.433	0.805	2.497	0.287	0.433	0.805	3.641	0.303
ไขมันแอลดีแอล	1.268	0.531	2.119	0.347	1.268	0.531	2.092	0.554
คุณภาพชีวิต	3.630	0.163	2.278	0.320	3.630	0.163	4.273	0.554

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างของตัวแปรก่อนและหลังรับประทานยาสมุนไพร ในแต่ละระดับความสม่ำเสมอในการ ปฏิบัติตัวสำหรับโปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เลย น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ในกลุ่มควบคุม โดยใช้ Kruskal-Wallis H test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตัวแปร	อาหาร		ออกกำลังกาย		พฤติกรรม		การรับประทานยา	
	Chi-Square	p-value	Chi-Square	p-value	Chi-Square	p-value	Chi-Square	p-value
ดัชนีมวลกาย	3.738	0.053	5.172	0.160	3.750	0.153	0.345	0.841
รอบเอว	2.542	0.111	5.570	0.135	6.626	0.036	0.143	0.931
น้ำตาลในเลือด	0.125	0.724	1.223	0.748	1.449	0.485	0.011	0.995
น้ำตาลเฉลี่ยสะสม	0.094	0.759	0.742	0.863	.146	0.929	3.830	0.147
ไตรกลีเซอไรด์	3.105	0.078	8.808	0.032	4.047	0.132	1.255	0.534
ไขมันแอลดีแอล	0.010	0.920	2.838	0.417	.203	0.904	2.862	0.239
คุณภาพชีวิต	1.344	0.246	3.029	0.387	3.202	0.202	1.473	0.479

วิจารณ์

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ให้อาสาสมัครที่มีภาวะอ้วนระยะที่ 1 รับประทานยาสมุนไพรตำรับตรีผลา จำนวน 1,800 มิลลิกรัม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ารอบเอว และระดับน้ำตาลสะสม ในกลุ่มทดลองมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ก็มีค่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของพัชรี พรหมมาตย์⁽⁶⁾ ที่ศึกษาผลของตรีผลาในการลดระดับน้ำตาลในอาสาสมัครที่มีภาวะก่อนเบาหวาน โดยการรับประทานยาตรีผลา จำนวน 2,000 มิลลิกรัม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ก็พบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมได้ แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แม้ว่าการศึกษาในหนูทดลองที่ให้อาหารที่มีไขมันสูงเพื่อให้อ้วน แล้วให้อาสาสมัครรับประทานตรีผลา และสมุนไพรแต่ละตัวที่เป็นองค์ประกอบของตรีผลา⁽¹³⁾ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่าน้ำหนักตัวลดลง สัดส่วนไขมันลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ลดลง ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และไขมันในช่องท้องก็ลดลง โดยที่ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น แต่สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ได้ผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการวิจัยข้างต้น โดยพบว่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับไขมันแอลดีแอลคอเลสเตอรอลในเลือด ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และคุณภาพชีวิต ได้ผลไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสมุนไพรในการจัดการความอ้วน⁽¹⁵⁾ ที่พบว่ายังไม่

มีหลักฐานหนักแน่นพอที่จะระบุว่ายาสมุนไพรตัวใดที่ได้ผลดีในการลดความอ้วน และจากการทบทวนการแพทย์ผสมผสาน และการแพทย์ทางเลือกในการรักษาโรคอ้วน⁽⁵⁾ ก็พบว่าการใช้สมุนไพรในการลดความอ้วน ยังขาดข้อมูลการสนับสนุนถึงประโยชน์ในระยะยาวและความปลอดภัยในการรักษา สิ่งสำคัญในการลดน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพยังคงเป็นเรื่องของการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

ในผู้ป่วยโรคอ้วนจะมีเนื้อเยื่อไขมันเป็นส่วนประกอบ และพบว่ามีความเกี่ยวข้องกับขบวนการอักเสบระดับต่ำที่เป็นเรื้อรังในเนื้อเยื่อไขมัน⁽¹⁶⁾ ซึ่งเป็นผลจากการที่เนื้อเยื่อไขมันกระตุ้นทำให้เกิดขบวนการก่อนการอักเสบขึ้น โดยเฉพาะไขมันในช่องท้องจะหลั่งสาร adipokine ออกมามากขึ้น ทำให้เกิดการสร้างสารอนุมูลอิสระ (Reactive oxygen species, ROS) ออกมามากเกินไป ส่งผลทำให้เกิดภาวะเครียดที่เกิดจากออกซิเดชัน (Oxidative stress) และทำให้เกิดพยาธิสภาพอื่นๆ ตามมา⁽¹⁷⁾ การลดเนื้อเยื่อไขมันโดยการลดน้ำหนัก จึงช่วยเพิ่มภาวะต้านอนุมูลอิสระ และการใช้อาหารเสริมต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามินอี วิตามินเอ วิตามินซี สารฟลาโวนอยด์ หรืออื่นๆ อาจเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงจากพยาธิสภาพที่เกี่ยวข้องกับอนุมูลอิสระและภาวะอ้วน

สำหรับยาสมุนไพรตำรับตรีผลา นอกจากมีคุณสมบัติในการต้านปฏิกิริยาออกซิเดชัน (antioxidation) แล้วพบว่ายาสมุนไพรตำรับตรีผลา⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วยกรดแกลลิก (Gallic acid) วิตามินซี กรดแอลลาจิก (Ellagic acid) กรดเชบูลิก (Chebulic acid) สารเบลลาริคาโนน (Bellaricanin) สารเบต้าสโตนีโอสเตอรอล (Beta-sitosterol) และสารฟลาโวนอยด์ (Flavonoids)

โดยกรดแกลลิก เป็นตัวสำคัญในการชี้วัดการออกฤทธิ์ทางชีวภาพในการลดความอ้วน⁽¹⁹⁾ แต่พบว่ากรดแกลลิก มีปริมาณแตกต่างกันในส่วนประกอบทั้ง 3 ชนิดของยาสมุนไพรตำรับตรีผลา รวมทั้งการเตรียมยาสมุนไพร การจัดเก็บ และระยะการจัดเก็บ ก็ส่งผลทำให้มีปริมาณกรดแกลลิกแตกต่างกันด้วย⁽²⁰⁾ ดังนั้นการนำยาสมุนไพรตำรับตรีผลามาใช้ในการวิจัยจึงได้ผลแตกต่างกันได้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดใช้ปริมาณยาสมุนไพรตรีผลา 1,800 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากการวิจัยยาสมุนไพรตำรับตรีผลาในการลดระดับไขมันในเลือดในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ได้ใช้ปริมาณยาสมุนไพรตำรับตรีผลา 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดระดับไขมันในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยาสมุนไพรตำรับตรีผลาเป็นสูตรโบราณ ซึ่งการนำมาใช้ต้องมีการปรับสูตรหรือสัดส่วนยาให้เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนของผู้ใช้ด้วย แต่ยาที่ผลิตกันโดยทั่วไปเป็นสัดส่วนเท่ากันทั้ง 3 องค์ประกอบ ซึ่งยาสมุนไพรตำรับตรีผลาที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ก็มีสัดส่วน สมอไทย สมออีเพก และมะขามป้อม เป็นสัดส่วน 1: 1 : 1 เช่นเดียวกัน ดังนั้นการเลือกปริมาณยาสมุนไพรและสัดส่วนยาสมุนไพรที่เหมาะสม จึงมีผลต่อประสิทธิผลของยาสมุนไพรในแต่ละโรค

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผลการลดน้ำหนัก ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับพฤติกรรม โดยการให้อาสาสมัครทำตามคำแนะนำ พร้อมทั้งมีการประเมินตนเองทุกสัปดาห์ ซึ่งพบว่าในกลุ่มทดลองค่าของตัวแปรที่ได้จากการวิจัย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละกลุ่มปัจจัยควบคุม แต่สำหรับกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับประทานยา

พบว่าการออกกำลังกายที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่พบว่าการออกกำลังกายระดับปานกลางหรือระดับน้อยช่วยลดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์⁽²¹⁾ และการควบคุมพฤติกรรมก็มีผลต่อรอบเอว ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมไตต่อแห่งสหรัฐอเมริกา⁽²²⁾ ที่แนะนำให้มิชვნการในการควบคุมพฤติกรรมทั้งในเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย และการดูแลให้ได้ผลตั้งแต่เริ่มต้นจะช่วยให้เห็นผลสำเร็จที่ดีในระยะยาวได้

สำหรับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนระยะที่ 1 ไม่พบความแตกต่างระหว่างผู้รับประทานยาสมุนไพรตำรับตรีผลา และผู้รับประทานยาหลอก ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องจากระยะเวลาในการวิจัยเพียงแค่ 8 สัปดาห์ ทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในแง่ทางกายทางจิตใจ ทางสังคมและทางสิ่งแวดล้อม

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบภาวะแพ้ยาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาสมุนไพรตรีผลา แต่จากการวิจัยของ เพ็ชรเกษม วิเชียรแสน⁽⁸⁾ พบว่าการรับประทานยาสมุนไพรตรีผลา วันละ 1,000 มิลลิกรัมทำให้เกิดอาการข้างเคียงเล็กน้อยคือ ถ่ายเหลวขึ้นเล็กน้อย ซึ่งสามารถหายได้เองเมื่อหยุดยา

สรุป

ยาสมุนไพรตำรับตรีผลามีผลไม่แตกต่างจากยาหลอก ในการลดดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอ้วนระยะที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ Mann-Whitney U Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ยาสมุนไพรตำรับตรีผลามีคุณสมบัติในการต้านออกซิเดชัน และช่วยลดไขมันในเลือด ดังนั้นการรับประทานยาสมุนไพรตำรับตรีผลาจึงมีประโยชน์ในการช่วยลดภาวะเครียดออกซิเดชัน และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยต่อไป ถึงขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับประทาน

รวมถึงผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรับประทานยาในระยะยาว

2. ในการลดความอ้วน แม้ว่าจะมียาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร หรือแม้แต่การผ่าตัด ที่ช่วยในการลดความอ้วน แต่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมพฤติกรรม ยังถือว่าเป็นการรักษาพื้นฐานที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight. 2006 [cited 22 January 2009]; Available from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
2. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. World Health Organization Regional Office for Europe. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, ed. F. Branca, H. Nikogosian, and T. Lobstien. Copenhagen; 2007.
4. วรณิ นิธิยานันท์, บรรณธิการ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ; 2533.
5. Alireza Esteghamati , Tina Mazaheri, Mona Vahidi Rad and Sina Noshad. Complementary and Alternative Medicine for the Treatment of Obesity: A Critical Review. Int J Endocrinol Metab 2015; April; 13(2): e19678.
6. พัชรี พรหมมาตย์. ผลของยาสมุนไพรไทยตำรับตรีผลาในการลดระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมเฉลี่ยในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2557.
7. Mukherjee PK, Rai S, Bhattachar S, Kumar Debunath P, Biswas TK, Jana U, Pandit S, Saha BP, Paul PK. Clinical study of 'Triphala' – A well known phytomedicine from india. Iran J. Pharm. Therapeut 2006; 5(1):51-54.
8. เพ็ชรเกษตร วิเชียรแสน. การศึกษาประสิทธิภาพของยาสมุนไพรไทยตำรับตรีผลาในการลดระดับไขมันในเลือดในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2555.
9. Sabu MC, Kuttan R. Anti-diabetic activity of medicinal plants and its relationship with their antioxidant property. J. Ethnopharmacol. 2002;81(2):155-160.

10. Naik G H, Priyadarsini K I, Bhagirathi R G, et al. In vitro antioxidant studies and free radical reactions of triphala, an ayurvedic formulation and its constituents. Radiation Chemistry and Chemical Dynamics Division, India. *Phytother Res* 2005;19:582-586.
11. Sandhya T, Lathika K M, Pandey B N et al. Potential of traditional ayurvedic formulation, Triphala, as a novel anticancer drug 2006.
12. Sandhya T, Lathika K M, Pandey B N, Bhilwade H N, Chaubey R C, Priyadarsini K I, Mishra K P. Protection against radiation oxidative damage in mice by Triphala. India. *Mutat Res* 2006;609:17-25.
13. Gurjar, Shaifali, Pal, et al. Triphala and Its Constituents Ameliorate Visceral Adiposity From a High-fat Diet in Mice With Diet-induced Obesity. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2012;18:38-45.
14. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ 2540.
15. C. V. Chandrasekaran, M. A. Vijayalakshmi, K. Prakash¹, V. S. Bansal, J. Meenakshi and A. Amit. Review Article: Herbal Approach for Obesity Management. *American Journal of Plant Sciences* 2012;3:1003-1014.
16. Lucia Marseglia, Sara Manti, Gabriella D'Angelo, Antonio Nicotera, Eleonora Parisi, Gabriella Di Rosa, Eloisa Gitto and Teresa Arrigo. Oxidative Stress in Obesity: A Critical Component in Human Diseases. *International Journal of Molecular Sciences* 2015;16:378-400.
17. Alba Fernández-Sánchez, Eduardo Madrigal-Santillán, Mirandeli Bautista, Jaime Esquivel-Soto, Ángel Morales-González, Cesar Esquivel-Chirino, Irene Durante-Montiel, Graciela Sánchez-Rivera, Carmen Valadez-Vega and José A. Morales-González. Inflammation, Oxidative Stress, and Obesity. *International Journal of Molecular Sciences* 2011;12:3117-3132.
18. Neethu S Kumar, Arun S Nair, Anju M Nair and Megha Murali. Pharmacological and therapeutic effects of triphala –A literature review. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry* 2016;5(3):23-27.
19. Kamali Seyed Hamid, khalaj Ali Reza, Shirin Hasani Ranjbar, Esfehani M. M., Kamalinejad Mohammad and Larijani B. A systematic review of the antioxidant, anti-diabetic, and anti-obesity effects and safety of triphala herbal formulation. *Journal of Medicinal Plants Research* 2013;7(14):831-844.

20. Mahdi Vazirian, Mahnaz Khanavi, Yaghoub Amanzadeh and Homa Hajimehdipoor. Quantification of Gallic acid in fruits of three medicinal plants. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research* 2011;10(2): 233-236.
21. Il-Young Kim, Sangheer Park, Justin R. Trombold and Edward F. Coyle. Effects of Moderate- and Intermittent Low-Intensity Exercise on Postprandial Lipemia. *Medicine & Science in sport exercise* 2014
22. W. Timothy Garvey, Jeffrey I. Mechanick, Elise M. Brett, Alan J. Garber, Daniel L. Hurley, Ania M. Jastreboff, Karl Nadolsky, Rachel Pessah-Pollack, Raymond Plodkowski. American association of endocrinologists and American college of endocrinology clinical practice guidelines for comprehensive medical care of patients with obesity- executive summary. 2016 [cited 21 May 2017]. Available from [http://www/google.com](http://www.google.com)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

อุไร ทรงแก้ว พย.บ.

งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งสง

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมเร่งด่วนที่พบบ่อยที่สุดทั้งในผู้ใหญ่และในเด็กประมาณร้อยละ 7 ของประชากร พบในเพศชายต่อเพศหญิง 1.3:1 วิธีการรักษาที่ดีที่สุดของไส้ติ่งอักเสบ คือการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกโดยเร็ว เพราะหากปล่อยไว้นานจะทำให้เกิดไส้ติ่งแตกทะลุ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาภายหลัง และบางรายอาจได้รับอันตรายถึงชีวิต อาการและอาการแสดงของโรคไส้ติ่งอักเสบมีหลายอย่าง ซึ่งทำให้วินิจฉัยโรคได้ยาก และบางครั้งทำให้เกิดความผิดพลาดในการวินิจฉัยส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ของไส้ติ่งแตกเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

วัสดุและวิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 และได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นไส้ติ่งอักเสบ รักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 466 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบ Electronic Medical Record วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ไคสแควร์

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเกิดภาวะไส้ติ่งแตก ร้อยละ 18.7 เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.47 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 43.59 และอายุผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา น้ำหนักตัว โรคประจำตัว การรับส่งต่อ เวรที่เข้ารับบริการ ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด และระยะเวลาที่ทำการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

สรุป: จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยอาการปวดท้องที่สงสัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ การวินิจฉัยโรคจากการตรวจร่างกายเบื้องต้นและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอาจมีความแม่นยำต่ำ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อาจต้องใช้วิธีการอื่นช่วยในการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น เช่น ultrasonography, computerized tomography และเมื่อได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจนแล้วต้องมีการจัดระบบช่องทางด่วนให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและผ่าตัดโดยเร็ว

คำสำคัญ: ภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

Factors Associated with Ruptured Appendicitis in Acute Appendicitis Patients at The Surgery Department, Thung Song Hospital, Nakhon Si Thammarat

Urai Songkaeo Professional Nurse.

Thung Song Hospital

บทคัดย่อ

Introduction: Acute appendicitis is a common cause of acute abdominal pain in emergency department (ED). Major complication is ruptured appendicitis which affects both physical complications and cost of treatment.

Objectives: To determine the ratio of ruptured appendicitis and explore factors associated with ruptured appendicitis in acute appendicitis patients at the department of surgery, Thung Song Hospital.

Materials and Methods: A retrospective descriptive study was conducted in all patients who admitted in Thung Song Hospital, with the diagnosis of acute appendicitis or ruptured appendicitis from 1st October 2015 to 30th September 2016. The cases were diagnosed as acute appendicitis or rupture appendicitis underwent appendectomy at Thung Song Hospital. The questionnaire was developed with the accepted validity using to collect data from electronic medical record.

Results: The result showed that 18.7% of acute appendicitis having ruptured appendicitis. The majority of the ruptured were male (57.4%) and age over 60 years (43.59%). Age was significantly associated with ruptured appendicitis ($P < 0.05$). The rest of variables: gender, educational level, career, native district, body weight, chronic disease, refer in, waiting time for surgery and surgical time were not associated with the ruptured appendicitis.

Conclusions: The study suggested that the surgical system should shorten the waiting time for surgery, especially for those who are over 60 years old.

Keyword: ruptured acute appendicitis

บทนำ

โรคไส้ติ่งอักเสบจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมเร่งด่วนที่พบบ่อยที่สุด⁽¹⁾ ทั้งในผู้ใหญ่และในเด็ก อุบัติการณ์ประมาณ 52 รายต่อประชากร 100,000 คน⁽²⁾ พบในเพศชายต่อเพศหญิง 1.3:1 วิธีการรักษาที่ดีที่สุดของไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันคือการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกโดยเร็ว⁽³⁾ เพราะหากปล่อยไว้นานจะทำให้เกิดลำไส้แตกทะลุ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาภายหลัง และบางรายอาจได้รับอันตรายถึงชีวิต

อาการและอาการแสดงของโรคไส้ติ่งอักเสบมีหลายอย่าง ซึ่งอาจทำให้วินิจฉัยโรคได้ยากส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ล่าช้า ทำให้เกิดอุบัติการณ์ของไส้ติ่งแตกเพิ่มมากขึ้น และมักจะมีภาวะแทรกซ้อนตามมาซึ่งทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้นได้ และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ไม่เพียงแต่ลักษณะทางคลินิกของโรคไส้ติ่งแตกเท่านั้น ปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุ น้ำหนัก แพทย์ผู้ผ่าตัด อาจมีผลต่อระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นได้

โรงพยาบาลทุ่งสงเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 280 เตียง เป็นแม่ข่ายรับผิดชอบโรงพยาบาลโซนตะวันตก จำนวน 8 โรงพยาบาล มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบร้อยละ 100 เพราะมีวิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์พร้อมให้บริการผ่าตัดผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่นๆ จากทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทุ่งสง ปี 2557 และปี 2558 พบว่าโรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่พบบ่อยที่สุดในแผนกศัลยกรรมส่งผลให้เกิดต้นทุนค่า

รักษาพยาบาลสูงตามมาด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยไส้ติ่งแตกจะสูงกว่าไส้ติ่งไม่แตก เฉลี่ย 5,000 บาทต่อคน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการลดการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกและนำมาพัฒนาระบบบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ โรงพยาบาลทุ่ง-สง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษาข้อมูลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบย้อนหลังจากเวชระเบียนทุกรายระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 จำนวน 466 ราย

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

Acute appendicitis⁽⁴⁾ คือ ไส้ติ่งอักเสบแบบเฉียบพลัน ที่มีพยาธิสภาพเป็นแบบ acute inflammation appendicitis, suppurative appendicitis, strangulated appendicitis และ gangrenous appendicitis without perforation

Ruptured appendicitis คือ ไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนมี perforation,

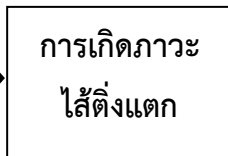
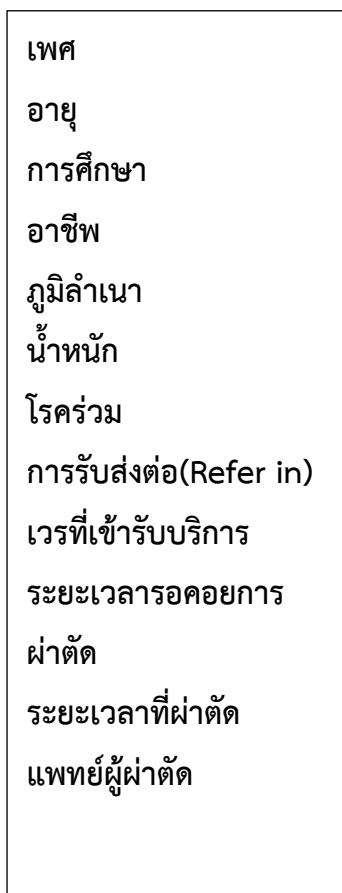
มี pus collection ทั้ง localized collection และ generalized collection ในช่องท้อง

การรับส่งต่อ (Refer in) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่น

โรคร่วม หมายถึง โรคประจำตัวของผู้ป่วย

ระยะเวลารอคอยผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้จนถึงเวลาผ่าตัด

กรอบแนวคิด



การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลัง (Retrospective Descriptive Study) เพื่อศึกษาอัตราการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกของผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลทุ่งสง

ระยะเวลาที่ผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มผ่าตัดจนถึงเย็บแผลผ่าตัด

แพทย์ผู้ผ่าตัด หมายถึง แพทย์ผู้ทำหัตถการผ่าตัดไส้ติ่ง

เวร หมายถึง ช่วงเวลาที่ทำการผ่าตัดได้แก่
เวรตึก 00.01น. – 08.00 น.
เวรเช้า 08.01 น. – 16.00 น.
เวรบ่าย 16.01น. – 24.00 น.

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบที่เข้ารับการรักษาแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 จำนวนประชากร 466 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้แบบเก็บรวบรวมที่สร้างขึ้นโดยศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา น้ำหนักตัว โรคร่วม การรับส่งต่อ (Refer in) เวรที่ผู้ป่วยมารับบริการ ระยะเวลารอคอยผ่าตัด ระยะเวลาที่ผ่าตัด แพทย์ผู้ผ่าตัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ใช้ไคสแควร์

ผลการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลทุ่งสง ปี 2559 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 อายุโดยเฉลี่ย 31.21 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 44 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 38 มีภูมิลำเนานอกเขตอำเภอทุ่งสง ร้อยละ 56.9 น้ำหนักตัว (BMI) เหมาะสม ร้อยละ 23.2 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.1 เป็นผู้ป่วย Walk in ร้อยละ 62.7 เข้ารับบริการเวรป่วย ร้อยละ 42.7 ระยะรอคอยในการผ่าตัดเฉลี่ย 4 ชั่วโมง 51 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดเฉลี่ย 35 นาทีผ่าตัดโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ร้อยละ 51.7 และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งแตก ร้อยละ 18.7 ดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยไส้ติ่งแตกเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.47 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 43.59 และอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบของโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีค่าร้อยละ 18.7 เปรียบเทียบกับข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราชซึ่งพบร้อยละ 25⁽⁵⁾ เมื่อวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบสามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลทุ่งสงได้เร็วโดยไม่ต้องผ่านโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่วนผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ทีมศัลยกรรมได้กำหนดแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยให้เตรียมตรวจ

เลือด ปัสสาวะ และเอกซเรย์ปอด ก่อนส่งรักษาต่อโรงพยาบาลทุ่งสง นอกจากนี้โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคตาม Service Plan ทางโรงพยาบาลได้จัดให้มีช่องทางด่วนไว้คอยให้บริการ

ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้นอวัยวะทุกส่วนของร่างกายต้องเสื่อมตามกาลเวลา การตอบสนองต่อการเจ็บปวดลดลงทำให้การตรวจร่างกายพื้นฐานไม่สามารถที่จะให้การวินิจฉัยได้

สรุป

โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมเร่งด่วนที่พบบ่อย วิธีการรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกโดยเร็วหากปล่อยไว้นานจะทำให้เกิดไส้ติ่งแตกทะลุโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีที่มาด้วยอาการปวดท้องอาจมีการปวดไม่รุนแรงเนื่องจากการตอบสนองต่อการเจ็บปวดลดลง ควรใช้วิธีการอื่นช่วยในการวินิจฉัยที่เร็วขึ้นเช่น ultrasonography, computerized tomography และในรายที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ควรมีการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะ เอกซเรย์ปอด มาก่อนโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยรอ เมื่อได้ผลจึงค่อยกรอกข้อมูลส่งมาทางระบบส่งต่อ (Thai Refer) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันที่

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะประชากร จำนวน 466 ราย

คุณลักษณะประชากร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	229	49.1
	หญิง	237	50.9
อายุ (ปี)	< 15	151	32.4
	15- < 60	273	58.59
	> 60	42	9.01
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	78	16.7
	ประถมศึกษา	163	35.0
	มัธยมศึกษา/ปวช.	205	44.0
	อนุปริญญา/ปวส.	15	3.2
	ปริญญาตรีขึ้นไป	5	1.1
อาชีพ	เกษตรกรรวม	116	24.9
	รับจ้าง	85	18.2
	ค้าขาย	9	1.9
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	1.9
	แม่บ้าน	177	38.0
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	70	15.0
ภูมิลำเนา	ในเขต อ.ทุ่งสง	201	43.1
	นอกเขต อ.ทุ่งสง	265	56.9
น้ำหนักตัว (BMI)	ผอม	37	7.9
	เหมาะสม	108	23.2
	น้ำหนักเกิน	99	21.3
	อ้วน	63	13.5
	อ้วนมาก	8	1.7
	ไม่เข้าเกณฑ์ประเมิน	151	32.4
โรคประจำตัว	ไม่มี	448	96.1
	มี	18	3.9
การรับส่งต่อ			
(Refer in)	เวรตึก (00.01-08.00น.)	72	15.5
	เวรเช้า (08.01-16.00น.)	195	41.8
	เวรบ่าย (16.01-24.00น.)	199	42.7

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะประชากร จำนวน 466 ราย (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์ผู้ผ่าตัด	ศัลยแพทย์	225	48.3
	แพทย์เพิ่มพูนทักษะ	241	51.7
ระยะเวลาการผ่าตัด (ค่าเฉลี่ย 4.51 ชั่วโมง)	< 2 ชั่วโมง	88	18.9
	2-6 ชั่วโมง	270	57.9
	> 6 ชั่วโมง	108	23.2
	ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (ค่าเฉลี่ย 35 นาที)		
	< 30 นาที	182	39.1
	30-60 นาที	283	60.7
	> 60 นาที	1	0.2
ข้อมูลการวินิจฉัย			
	ไส้ติ่งแตก (Ruptured Appendicitis)	87	18.7
	ไส้ติ่งไม่แตก (Acute Appendicitis)	397	81.3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

ข้อมูลทั่วไป	N	χ^2	df	P-value
เพศ	87	2.574	1	0.109
อายุ	87	18.151	4	0.001
การศึกษา	87	4.670	4	0.323
อาชีพ	87	8.468	5	0.132
ภูมิลำเนา	87	0.910	1	0.340
น้ำหนักตัว	87	2.203	5	0.820
โรคประจำตัว	87			0.121 (Fisher's Exact Test)
การรับส่งต่อ	87	0.959	1	0.327

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	N	χ^2	df	P-value
เวรที่เข้ารับบริการ	87	1.953	2	0.377
ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด	87	0.216	2	0.897
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด	87	0.747	2	0.688
แพทย์ผู้ทำผ่าตัด	87	0.691	1	0.406

เอกสารอ้างอิง

1. เฉลิมพร โรจนรัตน์ศิริกุล. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพและการแตกของไส้ติ่งในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ จุฬาลงกรณ์เวชสาร2552;53: 279-92.
2. ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์และธนิต วัชรพุกก์. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์เวชสาร; 2552.
3. พงษ์วิทย์ วัชรกิตติ. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเกิดไส้ติ่งทะลุที่โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทย 2552;5:18-26.
4. ไพบุลย์ สุทธิสุวรรณ. กุมารศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.
5. ภาคภูมิ มโนสิทธิศักดิ์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดไส้ติ่งแล้วไม่พบพยาธิสภาพในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 2553;25:223-7.

**เนื้องอกชนิดจิวินายล์ออสซิฟายอิง ไฟโบรมาของกระดูกขากรรไกรบนและโพรงอากาศข้างจมูก
ช่วยร่วมกับการเกิดความผิดปกติของกระดูกในตำแหน่งอื่นของใบหน้า: รายงานผู้ป่วย 1 ราย**

กิงเกศ อักษรวงศ์ ท.บ.,ว.ท.ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล

หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

เนื้องอกชนิดจิวินายล์ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ที่พบได้น้อยมากในกลุ่มรอยโรคไฟโบรอสซิส โดยเนื้องอกชนิดนี้จะมีลักษณะแตกต่างจากรอยโรคอื่นๆ ในกลุ่มรอยโรคไฟโบรอสซิสด้วยกัน จากอายุที่เริ่มเป็น ตำแหน่งที่เกิด พฤติกรรมที่ลุกลามรวดเร็ว รวมถึงอัตราการกลับเป็นซ้ำที่สูง และมักพบเกิดเป็นรอยโรคเดี่ยว ในตำแหน่งเดียว บทความนี้เป็นการรายงานผู้ป่วย 1 ราย ที่เป็นเนื้องอกชนิดจิวินายล์ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา ที่บริเวณกระดูกขากรรไกรบนและโพรงอากาศข้างจมูกซ้าย ร่วมกับการพบความผิดปกติของกระดูกบริเวณขอบเข่าตาดบนด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกส่วนหน้า ได้รับการตรวจ วินิจฉัยและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกทั้งหมดจากการติดตามผลการรักษามาเป็นระยะเวลา 6 ปี พบว่าผู้ป่วยหายดี ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคบริเวณกระดูกขากรรไกรบนและโพรงอากาศข้างจมูกซ้ายและไม่พบมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมของกระดูกบริเวณขอบเข่าตาดบนด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกส่วนหน้า

คำสำคัญ: เนื้องอกชนิดจิวินายล์ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา กลุ่มรอยโรคไฟโบรอสซิส

Juvenile Ossifying Fibroma of The Left Maxilla and Paranasal Sinus with Fibrotic Change of The Superolateral Rim of The Right Orbit: A Case Report

Kingket Agsornwong DDS.

Oral and Maxillofacial Surgery Unit, Department of dentistry, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Juvenile ossifying fibroma is an uncommon, rare, benign, mineralized product-forming neoplasm, that is distinguished from other fibro-osseous lesion primarily by its age of onset, common site of tumor, rapid aggressive local growth and high recurrent rate. And solitary lesion is its normal nature. We reported a case of 34-year-old female with juvenile ossifying fibroma at the left maxilla extended to the ipsilateral paranasal sinus with fibrotic change of the superolateral rim of the right orbit and the right anterior base of skull presented. She got complete examination, investigation and underwent left total maxillectomy. 6-year follow up presented appropriate clinical condition without recurrence at the left maxilla and the ipsilateral paranasal area and no change of bony abnormality of the superolateral rim of the right orbit and the right anterior base of skull.

Keywords: juvenile ossifying fibroma, fibro-osseous lesion

บทนำ

Juvenile ossifying fibroma (JOF) เป็นเนื้องอกชนิดที่ไม่ได้เกิดจากฟัน (Non-odontogenic tumor) ชนิดที่พบน้อยมาก และเป็นรอยโรคที่แปรมาจากรอยโรค Ossifying fibroma (OF) ทั่วไปซึ่งอยู่ในกลุ่มของ Fibro-osseous lesion โดย JOF เป็นรอยโรคที่แตกต่างอย่างชัดเจนกับรอยโรค OF ทั่วไปทั้งในเรื่องของอายุของผู้ป่วยที่เริ่มเกิดเนื้องอก, ตำแหน่งที่พบรอยโรคได้บ่อยและลักษณะทางคลินิกซึ่งมีพฤติกรรมที่ลุกลามรวดเร็ว และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่สูง^(1,2,3,4) และในเนื้องอก JOF เองยังสามารถแยกตามความแตกต่างทางลักษณะทางพยาธิวิทยา และลักษณะทางคลินิกออกเป็นได้อีกเป็น 2 ชนิดคือ ชนิด Trabecular และชนิด Psammomatoid สำหรับรอยโรค JOF ที่พบบริเวณศีรษะและใบหน้านั้นโดยส่วนใหญ่จะพบเป็นชนิด Psammomatoid มากกว่าชนิด Trabecular ในสัดส่วนประมาณ 4 : 1^(1,2,5)

ลักษณะทางคลินิกพบว่า JOF เป็นเนื้องอกที่มักสามารถเจอได้จากผู้ป่วยที่มาด้วยอาการบวมทำให้มองเห็นการผิดรูปของใบหน้าโดยไม่มีอาการเจ็บปวด ก่อนเนื้องอกมีขอบเขตชัดเจน โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ค่อนข้างลุกลามรวดเร็ว^(1,2,6) โดยอายุของผู้ป่วยที่พบเป็น JOF มักพบในผู้ป่วยที่อายุน้อย^(1,6) ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี ได้ถึงร้อยละ 80^(5,7) แต่จากหลายๆ รายงานพบว่าอาจพบได้ตั้งแต่อายุ 6 เดือนไปจนถึง 70 ปี และแม้ว่าในทั้ง 2 ชนิดของ JOF จะมีลักษณะทางคลินิกและลักษณะภาพรังสีที่คล้ายคลึงกัน แต่พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เป็นชนิด Trabecular จะอยู่ที่ประมาณ 22 ปีซึ่งจะอยู่ในกลุ่มที่อายุมากกว่าชนิด Psammomatoid โดยทั้ง 2 ชนิดพบเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย และ

สามารถพบได้ทั้งในขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง แต่พบเกิดในขากรรไกรบนได้มากกว่า^(1,2) และชนิด Psammomatoid มีรายงานพบว่าเกิดขึ้นนอกบริเวณกระดูกขากรรไกรได้บ่อยกว่า คือประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยพบเกิดขึ้นบริเวณกระดูกเบ้าตา กระดูกหน้าผาก และบริเวณรอบๆ โพรงอากาศข้างจมูก^(1,6)

เนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้มีพฤติกรรมที่ค่อนข้างลุกลามรวดเร็ว จึงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาจากการขยายตัวของเนื้องอกโดยหากปล่อยให้เจริญเติบโตขึ้นเรื่อยๆ โดยไม่ได้รับการรักษา คือก่อนเนื้องอกอาจไปกดเบียดอวัยวะต่างๆรอบๆเนื้องอก เช่น เบ้าตา จมูก และในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโพรงจมูกอุดตัน, ลูกตาโปน (Exophthalmos) หรือลูกตาโปนและหนังตาดก (Proptosis) และในบางรายพบมีรายงานการเกิดตาบอดชั่วคราวหรือถาวรได้^(1,2) นอกจากนี้ยังมีรายงานพบการเกิดอาการโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบ (Sinusitis) หรืออาการอื่นๆของความผิดปกติของจมูกร่วมได้ด้วย^(4,5,6,8,9,10,11,12) การลุกลามของเนื้องอกชนิดนี้เข้าไปในกะโหลกศีรษะมีรายงานพบในเนื้องอกที่มีต้นกำเนิดบริเวณ Cribriform plate และพบว่าเนื้อสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) ถูกยกตัวขึ้นโดยไม่พบมีความผิดปกติของอาการทางสมอง และพบได้น้อยมากที่มีการลุกลามของเนื้องอกเข้าไปในกะโหลกศีรษะและทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบซึ่งมีรายงานอยู่เพียงรายเดียวในผู้ป่วยที่มีก้อนเนื้องอกชนิดนี้ที่บริเวณกระดูกกรามบนลุกลามเข้าไปจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการชักและเสียชีวิตจาก Pneumococcal meningitis⁽¹⁾

ลักษณะทางภาพถ่ายรังสี อาจพบเป็นลักษณะเงาโปร่งรังสีขอบเขตชัดเจน หรือในบาง

รอยโรคอาจพบมีเงาโปร่งรังสีร่วมกับรอยทึบรังสีที่บริเวณตรงกลางของรอยโรค และในบางกรณีอาจพบเป็นลักษณะรอยทึบรังสีทั้งรอยโรค ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการดำเนินของโรค โดยรอยโรคที่เป็นมานานจะมีโอกาสพบลักษณะรอยทึบรังสีซึ่งเกิดจากการสร้างสารคล้ายกระดูกในรอยโรคได้มากขึ้น^(1,2) และมีรายงานอาจพบลักษณะ “Ground glass appearance” ได้⁽¹⁾ สำหรับรอยโรคที่เกิดบริเวณโพรงอากาศข้างจมูก (Maxillary sinus) สามารถพบเป็นลักษณะรอยทึบรังสี และทำให้เห็นเป็นลักษณะขุ่นขาวในบริเวณโพรงอากาศข้างจมูกซึ่งอาจทำให้สับสนกับลักษณะภาพรังสีของอาการโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบ (Sinusitis) ได้⁽¹⁾

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของ JOF ทั้งชนิด Psammomatoid และชนิด Trabecular จะพบลักษณะเฉพาะคือ ไม่มีผนังหุ้มเนื้องอกแต่มีลักษณะขอบเขตชัดเจนแยกจากกระดูกข้างเคียง เนื้องอกจะประกอบด้วยส่วนของ Cellular fibrous connective tissue ซึ่งจะเห็นเป็นส่วนที่มีลักษณะเซลล์อยู่กันอย่างหลวมๆ และมีส่วนที่เป็นเซลล์เรียงตัวอยู่ติดกันจำนวนมาก^(1,6) นอกจากนี้ยังสามารถพบลักษณะ Myxomatous foci ซึ่งมักเจอร่วมกับลักษณะ Pseudocystic degeneration, การมีจุดเลือดออกในรอยโรค และการรวมกลุ่มกันขนาดเล็กลงของ Multinucleated giant cell ได้บ่อย ส่วนลักษณะ Mitotic figure อาจสามารถพบได้แต่ไม่บ่อยนัก^(1,2)

ในส่วนของ Mineralized component ใน JOF ทั้งสองชนิดจะมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก กล่าวคือ ชนิด Trabecular จะพบสารพวก Cellular osteoid ที่มีรูปร่างเป็นแถบที่ไม่เป็นรูปแบบชัดเจนร่วมกับ Osteocyte ที่เรียงตัวไม่เป็นรูปแบบเช่นเดียวกัน ซึ่งแถบของ

Osteoid เหล่านี้มักมี Osteoblast ขนาดใหญ่กว่าปกติเรียงอยู่รอบๆ และอาจพบ Multinucleated osteoclast ในบริเวณอื่นๆ ด้วยได้ ในทางตรงกันข้ามชนิด Psammomatoid จะพบการสร้าง Concentric lamellate และ spherical ossicle ซึ่งมีรูปร่างไม่เป็นรูปแบบชัดเจนแต่จะค่อนข้างกลม และมักพบมีพื้นที่บริเวณตรงกลางติดสี Basophilic ร่วมกับมีเซลล์ตัวอ่อนของกระดูกติดสี Eosinophilic เรียงตัวอยู่โดยรอบ Ossicle นั้น และในบางครั้งอาจพบบาง Ossicle มีการปรับเปลี่ยนรูปร่างตัวเองและเปลี่ยนรูปร่างเป็นลักษณะคล้ายพระจันทร์เสี้ยว^(1,2,5,13)

การวิเคราะห์แยกโรค เนื้องอกชนิด JOF จำเป็นต้องใช้ลักษณะทางคลินิก ภาพถ่ายรังสี และลักษณะทางพยาธิวิทยาเข้ามาประกอบการวินิจฉัย โดยการวิเคราะห์แยกโรคต้องแยกออกจากรอยโรค OF ทั่วไป, Fibrous dysplasia, และ Osseous dysplasia ซึ่งมีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่ใกล้เคียงกัน แต่อายุของผู้ป่วย, ลักษณะทางคลินิก, ลักษณะภาพถ่ายรังสีจะแตกต่างกัน และการผ่าตัดรักษาก็แตกต่างกันอย่างมากในแต่ละชนิดของโรค⁽⁶⁾

การรักษาและการพยากรณ์โรคของ JOF ค่อนข้างมีความหลากหลายตามขนาดและพฤติกรรมของแต่ละรอยโรค โดยในผู้ป่วยบางรายพบการเจริญเติบโตที่ละลายช้าๆและขยายขนาดขึ้นเรื่อยๆ หรือในผู้ป่วยในรายพบขนาดของรอยโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าเนื้องอกที่มีพฤติกรรมลุกลามรวดเร็ว มักพบในผู้ป่วยที่เป็นทารกหรือผู้ป่วยเด็ก⁽¹⁾ สำหรับรอยโรคที่มีขนาดเล็ก การผ่าตัดชนิด Local excision หรือการทำ Curettage เพียงพอที่จะควบคุมรอยโรคได้ ซึ่งตรงกันข้ามกับเนื้องอกที่โตเร็วและมีขนาดใหญ่จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดแบบ Complete surgical resection^(1,7,13) และการผ่าตัด

รักษานั้นมักต้องการการผ่าตัดเนื้องอกออกไปเป็นบริเวณกว้างกว่า OF ทั่วไป ซึ่งใช้เพียงวิธีชุดหรือควักออก⁽⁶⁾ การให้ Radiotherapy เป็นข้อห้ามสำหรับเนื้องอกชนิดนี้ เนื่องจากพบมีรายงานว่า radiotherapy เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงได้^(2,14)

อัตราการกลับเป็นซ้ำของ JOF พบได้ค่อนข้างสูงคือมีรายงานเป็นร้อยละ 30 ถึง 58 ในก้อนเนื้องอกที่ผ่าตัดออกไม่กว้างเพียงพอ ซึ่งสามารถพบการกลับเป็นซ้ำได้ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 19 ปี ภายหลังจากผ่าตัดรักษา ซึ่งแตกต่างจาก OF ทั่วไปซึ่งมีอัตราการกลับเป็นซ้ำที่ต่ำมากคือประมาณร้อยละ 5^(1,2,3,4,7,10,15,16,17) และไม่พบมีรายงานการเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งด้วยตัวเองของเนื้องอกชนิดนี้⁽¹⁾ ดังนั้นการพยากรณ์โรคถือว่าค่อนข้างดีหากได้รับการรักษาที่เหมาะสมแม้ว่าจะมีการลุกลามที่ค่อนข้างมากก็ตาม^(9,10)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 34 ปี มาพบทันตแพทย์ที่หน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล โรงพยาบาลมหาราชชนครศรีธรรมราช ด้วยรู้สึกมีแก้มบวมและฟันกรามบนซ้าย 2 ซี่ในสุดโยกและปวดมาประมาณ 1 เดือน ผู้ป่วยให้ประวัติ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลรู้สึกฟันกรามใหญ่บนซ้ายซี่แรกและซี่ที่ 2 (#26,27) เริ่มโยก และโยก

มากขึ้นพร้อมกับมีอาการปวดร่วมด้วยเวลาเคี้ยว โดน และรู้สึกกระดูกบริเวณใกล้เคียงฟันซี่ดังกล่าว และแก้มซ้ายบวมโต ไม่มีอาการชา สบฟันได้ปกติ ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว และการแพ้ยา แพ้อาหาร

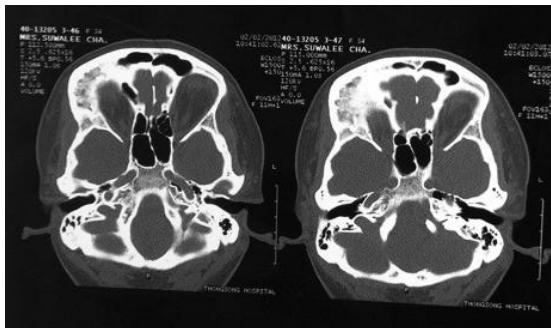
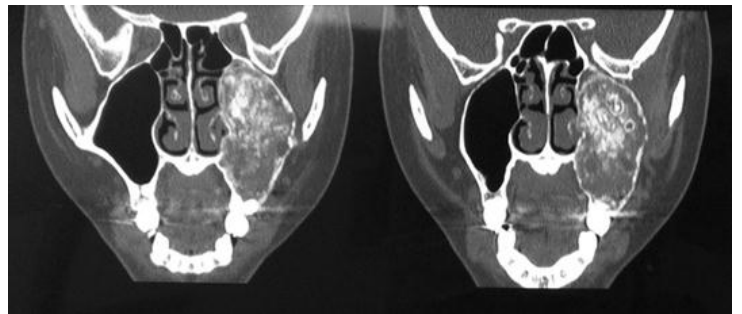
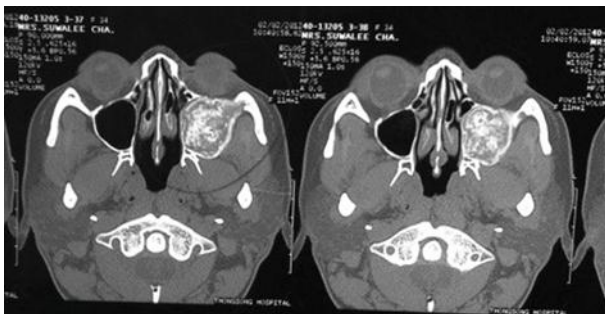
จากการตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ตรวจบริเวณศีรษะและใบหน้าพบรูปร่างใบหน้าไม่สมมาตร โดยมีอาการบวมบริเวณด้านข้างจมูกซ้ายและแก้มซ้าย ขนาดประมาณ 3.5 x 3.5 เซนติเมตร ผิวหนังที่ปกคลุมภายนอกปกติ ไม่มีอาการปวดหรือชา หายใจได้ปกติ การมองเห็นและการกลอกตาปกติตรวจพบมีการนูนของกระดูกบริเวณทางคิ้วขวา กดแข็งผิวหนังที่ปกคลุมปกติ ไม่มีอาการใดๆ ภายในช่องปากตรวจพบการขยายตัวของกระดูกขากรรไกรบนขยายตัวทั้งทางด้านใกล้แก้มและด้านเพดานปาก ตั้งแต่บริเวณฟันกรามน้อยบนซ้ายซี่ที่สอง (#25) ไปจนถึงบริเวณ Tuberosity ด้านเดียวกันขนาดประมาณ 5 x 3.5 x 3.5 เซนติเมตร คลำได้ความรู้สึกแข็งคล้ายกระดูก เยื่อช่องปากที่ปกคลุมภายนอกปกติ ไม่มีอาการปวด ฟันกรามใหญ่บนซ้ายซี่ที่หนึ่งและสอง (#26,27) โยกในระดับ Third degree mobility ฟันกรามน้อยบนซ้ายซี่ที่สอง (#25) โยกในระดับ First degree mobility การสบฟันปกติ ไม่พบมีลักษณะของการติดเชื้อ ไม่พบมีต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอโตผิดปกติ (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 รูปร่างใบหน้าไม่สมมาตร โดยมีอาการบวมบริเวณด้านข้างจมูกซ้ายและแก้มซ้ายภายในช่องปากตรวจพบการขยายตัวของกระดูกขากรรไกรบน โดยขยายตัวทั้งทางด้านใกล้แก้มและด้านเพดานปาก

จากภาพถ่ายรังสี Orthopantomogram (OPG), Computed tomographic (CT) scan และ Magnetic resonance image (MRI) พบมีก้อนเนื้อออกอยู่ในบริเวณกระดูกขากรรไกรบน ด้านซ้ายลามถึงบริเวณโพรงอากาศข้างจมูกข้างเดียวกันโดยมีขอบเขตจากส่วนของกระดูกรองรับฟัน ไปจนถึงฟันเบ้าตาข้างซ้าย ก้อนเนื้ออกเบียด

ผนังด้านข้างของโพรงจมูกซ้าย ขนาดก้อนประมาณ 5.1 x 3.5 x 3.2 เซนติเมตร ขอบเขตชัดเจน โดยพบเป็นลักษณะเงาโปร่งรังสีที่มีเงาที่บ่งชี้อยู่ตรงกลางของรอยโรค และพบมีการหนาตัวของกระดูกขอบเบ้าตาบนด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกส่วนหน้า พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของกระดูก Cancellous บริเวณดังกล่าว (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ภาพถ่ายรังสี Computed tomographic scan พบมีก้อนเนื้อออกอยู่ในบริเวณกระดูกขากรรไกรบน ด้านซ้ายลามถึงบริเวณโพรงอากาศข้างจมูกข้างเดียวกันและพบมีการหนาตัวของกระดูกขอบเบ้าตาบนด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกส่วนหน้า

ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาทำ Incisional biopsy ภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่โดยการถอนฟันกรามใหญ่บนซ้ายซี่แรก (#26) และตัดเอาส่วนของเนื้องอกจากกันหุ้มของแผลถอนฟันในตำแหน่งนั้นไปตรวจ ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาระบุเป็น JOF หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกบริเวณกระดูกขากรรไกรบนซ้ายและโพรงอากาศข้างจมูกข้างเดียวกันออกภายใต้การดมยาตามสลบด้วยวิธีการผ่าตัด Total maxillectomy ผ่านทาง Weber-Ferguson with lateral extension approach โดยเก็บกระดูกส่วนขอบเข้านล่างซ้ายไว้ โดยก่อนเนื้องอกวัดได้

ขนาดประมาณ 5 x 3.5 x 3.5 เซนติเมตร ไม่มีแคปซูลขอบเขตชัดเจน ไม่ติดกับเนื้อเยื่อของอวัยวะข้างเคียง และสามารถปิดแผลผ่าตัดเป็น Primary wound closure ได้ทั้งด้านนอกช่องปากและในช่องปากรวมถึงได้พิจารณาทำ Incisional biopsy กระดูกที่หน้าตัวผิดปกติที่บริเวณขอบเข้านบนด้านขวาบริเวณที่ต่อกับฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้าข้างเดียวกัน ผ่านทาง Lateral eyebrow approach (รูปที่ 3) ผู้ป่วยรักษาและพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาลอีก 5 วันภายหลังการผ่าตัดก็สามารถกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้านได้



รูปที่ 3 ผ่าตัดเนื้องอกด้วยวิธี Total maxillectomy ผ่านทาง Weber-Ferguson with lateral extension approach และ Incisional biopsy กระดูกที่หน้าตัวผิดปกติที่บริเวณขอบเข้านบนด้านขวาบริเวณที่ต่อกับฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้า

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาในครั้งหลังของก้อนเนื้ออกบริเวณกระดูกขากรรไกรบนและโพรงอากาศข้างจมูกซ้ายเป็น JOF และของขอบเข้ตาบนด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้าข้างเดียวกันเป็น Mild fibrotic change โดยไม่พบมีลักษณะของเนื้องอกแต่อย่างใด

ผู้ป่วยถูกนัดมาติดตามการรักษาโดยต่อเนื่อง ที่ประมาณ 1 เดือน ภายหลังกผ่าตัดแผลผ่าตัดทั้งนอกและในช่องปากหายเป็นปกติ รูปร่างใบหน้าใกล้เคียงปกติ ตามองเห็นและกลอก

ได้ปกติ หายใจโล่ง มีขาบริเวณใต้ตาซ้าย กัดฟันได้ปกติ ไม่มีข้อแทรกซ้อนอย่างอื่น

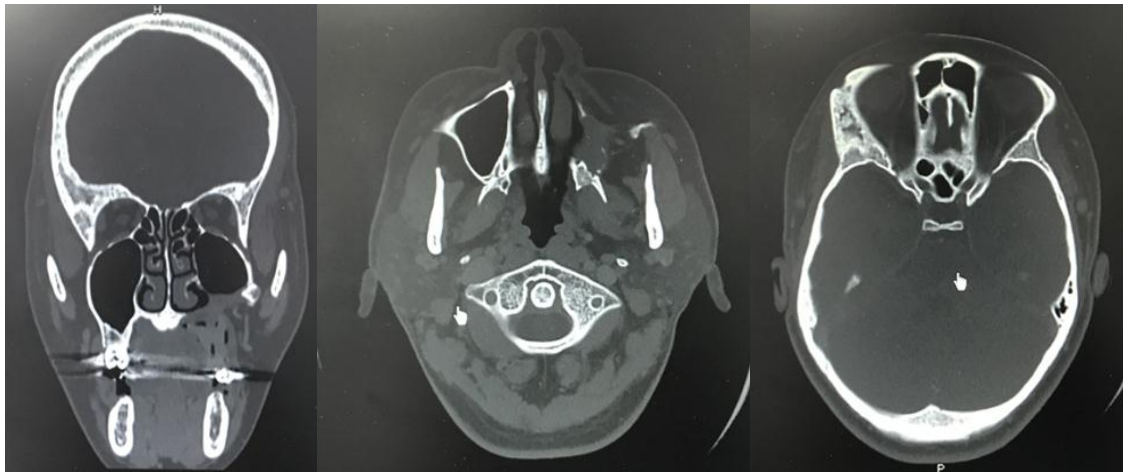
จากการติดตามการรักษาโดยต่อเนื่อง ในปี 6 ภายหลังกผ่าตัด ผู้ป่วยมีรูปร่างใบหน้าใกล้เคียงปกติ ไม่มีลักษณะการหนาตัวผิดปกติของแผลเป็น ขอบเปลือกตาล่างอยู่ในตำแหน่งปกติ การกลอกตาและการมองเห็นปกติ ไม่มีอาการขาหายใจโล่ง ในช่องปากไม่มีช่องติดต่อระหว่างช่องปากกับโพรงอากาศข้างจมูก (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 ติดตามการรักษาในปี 6 ภายหลังกผ่าตัด ผู้ป่วยมีรูปร่างใบหน้าใกล้เคียงปกติ ไม่พบมีการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก และไม่พบการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมของกระดูกบริเวณขอบเข้ตาบนด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้า ได้รับการบูรณะโดยการใส่ฟันปลอมใช้งานได้ดี

จากฟิล์ม CT scan ไม่พบมีการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก และไม่พบการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมของกระดูกบริเวณขอบเข้ตาบนด้านขวาต่อกับ

ฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้าผู้ป่วยได้รับการบูรณะการสบฟันโดยการใส่เป็นฟันปลอมชนิดถอดได้ มีการสบฟันที่ปกติ และสามารถใช้งานได้ดี (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 ติดตามการรักษาในปีที่ 6 ภายหลังจากผ่าตัด จาก CT scan ไม่พบมีการกลับเป็นซ้ำของเนื้องอก และไม่พบการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมของกระดูกบริเวณขอบเข้านาด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้า

วิจารณ์

JOF เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงของกระดูกที่พบได้น้อยมาก สำหรับรอยโรคบริเวณศีรษะและลำคอจะพบได้ในผู้ป่วยที่อายุก่อนข้าน้อย แต่ก็อาจพบได้ในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ จากชื่อที่เรียกว่า “Juvenile” เนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้ส่วนใหญ่จะพบในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี⁽¹⁸⁾ โดยจากการทบทวนของ Stootweg และ Mammer พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 11.5 และ 11.8 ปีตามลำดับ^(18,19) อย่างไรก็ตาม Wenig BM และคณะ ได้รายงานการรวบรวมกรณีศึกษา JOF พบว่าสามารถพบในผู้ป่วยอายุน้อยที่สุดคือ 5 ปี แต่ก็สามารถพบในผู้ป่วยอายุ 31-60 ปีได้เช่นเดียวกัน⁽²⁰⁾ ซึ่งสำหรับในกรณีศึกษาเรื่องนี้พบผู้ป่วยมีอายุก่อนข้านสูงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยคือ 34 ปี แต่ก็อยู่ในช่วงที่มีรายงานเจอได้

รายงานส่วนใหญ่พบว่า เนื้องอก JOF เกิดที่บริเวณกระดูกใบหน้า โดยร้อยละ 90 พบเกิดที่บริเวณโพรงอากาศจมูก (Panasal sinus) และกระดูกบริเวณรอบเข้านาด โดยเฉพาะในชนิด Psammomatoid^(3,4,7) เช่นเดียวกับรายงานของ

Makek ที่พบว่าบริเวณกระดูกขากรรไกรบนเป็นตำแหน่งที่สามารถพบได้บ่อย⁽²¹⁾ ส่วนในกระดูกขากรรไกรล่างพบได้เพียงร้อยละ 10^(22,23) และเนื่องจากเนื้องอกชนิดนี้มีพฤติกรรมที่ลุกลามรุนแรงกว่า OF ทั่วไป⁽²⁴⁾ จึงมีแนวโน้มที่จะลุกลามเข้าไปในกระดูกและอวัยวะข้างเคียงเช่น เข้านาด, จมูก และกะโหลกศีรษะโดยจะทำให้ผู้ป่วยมีรูปร่างใบหน้าผิดปกติไป อาจพบมีพินโยก การเคลื่อนตำแหน่งของฟัน แต่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการเจ็บปวดหรือชาร่วมด้วย⁽¹⁴⁾ ซึ่งในกรณีศึกษาเรื่องนี้ก็พบลักษณะเช่นเดียวกัน กล่าวคือ มีตำแหน่งของเนื้องอกบริเวณกระดูกขากรรไกรบนและโพรงอากาศข้างจมูกซ้าย โดยมีการบวมโตขึ้นจนมีการผิดรูปของใบหน้าด้านซ้ายอย่างรวดเร็วภายใน 1 เดือนมีพินแกรมใหญ่บนซ้ายซี่แรกและซี่ที่ 2 (#26,27) โยกมากขึ้นโดยผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บปวดหรือชาร่วมด้วย หากแต่แตกต่างจากทุกรายงานก่อนหน้านี้คือ พบมีการหนาตัวของกระดูกบริเวณขอบเข้านาด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกส่วนหน้าร่วมด้วย ซึ่งไม่เคยมีรายงานการพบลักษณะเช่นนี้ร่วมกันมาก่อน

ลักษณะภาพถ่ายรังสีของ JOF จากหลายๆ รายงานพบว่ามักพบเป็นลักษณะรอยโรคเดี่ยวที่มีขอบเขตชัดเจน ที่อาจจะเป็นทั้งเงาโปร่งรังสีและเงาทึบรังสีหรือทั้งสองอย่างร่วมกันขึ้นกับระยะของโรคโดยเงาที่รังสีความทึบใกล้เคียงกระดูกจะพบจากบริเวณตรงกลางของก้อนเนื้อออก โดยจะพบในเนื้ออกที่เจริญเติบโตมานานกว่าจากสาเหตุเพราะมีการสร้างสารคล้ายกระดูกขึ้นในบริเวณชั้นในของตัวเนื้ออก^(4,7,11,12,15,25) ซึ่งเนื้ออกชนิดนี้ที่มีขนาดใหญ่อาจพบให้เกิดการขยายตัวหรือเกิดการทะลุของเปลือกกระดูกที่อยู่ข้างเคียงก้อนเนื้ออกได้⁽¹⁴⁾ สำหรับลักษณะภาพถ่ายรังสีในกรณีศึกษาใน CT scan พบมีลักษณะเงาโปร่งรังสี ร่วมกับเงาที่รังสีบริเวณส่วนกลางของรอยโรค โดยพบการขยายตัวของกระดูกในบริเวณข้างเคียงจนในบางตำแหน่งเหลือส่วนของเปลือกกระดูกที่ค่อนข้างบาง ซึ่งตรงกับทุกรายงานที่กล่าวไว้ส่วนในตำแหน่งบริเวณขอบเข้ตาบนด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกส่วนหน้า พบเพียงมีลักษณะกระดูกหนาตัวขึ้น พร้อมกับพบการเปลี่ยนแปลงของกระดูก Cancellous เพียงเล็กน้อย ไม่พบการทำลายกระดูกแต่อย่างใด

ลักษณะทางพยาธิวิทยาของ JOF ส่วนใหญ่พบรอยโรคขอบเขตชัดเจนไม่มีผนังหุ้ม จากการทบทวนจากผู้ป่วย 64 รายของ Eversole LR และคณะ⁽²⁶⁾ และผู้ป่วย 33 รายของ Slootweg PJ และคณะ⁽²⁷⁾ พบว่าเป็น Fibroblastic spindle cell stroma และส่วนที่เป็น Mineralized component ซึ่งจะเป็น Osteoid matrix ที่ล้อมรอบด้วย Osteoblast กระจายตัวอยู่ใน Stroma หรืออาจพบเป็นลักษณะ Concentric lamellate และ Spherical ossicle และล้อมรอบด้วย Osteriod โดยอาจพบ Multinucleated

giant cell ร่วมด้วย ส่วนลักษณะ Mitoses อาจพบได้แต่ลักษณะ Cystic degeneration อาจพบได้ยาก^(5,14) ในผู้ป่วย JOF บางรายที่เป็นชนิด Psammomatoid มีรายงานพบร่วมกับการเกิด aneurysmal bone cyst อีกด้วย และสามารถพบการเกิด Cystic change มีแนวโน้มพบได้ในเนื้ออกของผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 20 ปี หรือมักพบในรอยโรคที่เกิดบริเวณกระดูกขากรรไกรบนที่มีขนาดใหญ่ และมีพฤติกรรมที่ลุกลามรวดเร็ว⁽¹⁾ สำหรับในกรณีศึกษาที่ลักษณะทางพยาธิวิทยา พบ Cellular fibrous tissue จำนวนมาก พบ Concentric lamellate และมี Spherical ossicles ที่ล้อมรอบด้วย Osteoid ขอบเขตชัด ไม่มีผนังหุ้มล้อมรอบและพบ Myxomatous tissue อยู่กันหลวมๆ ที่มี Woven bone โดยที่บริเวณขอบ Woven bone นั้นมี Osteoid เรียงตัวอยู่โดยรอบให้เห็นซึ่งเข้าได้กับ JOF ชนิด Psammomatoid ที่ค่อนข้างชัดเจนส่วนผลทางพยาธิวิทยาของกระดูกบริเวณขอบเข้ตาบนด้านขวาต่อกับฐานกะโหลกส่วนหน้า รายงานเป็นเพียง Mild fibrotic change ไม่พบลักษณะของการเป็นเนื้ออกแต่อย่างใด

หลายๆกรณีศึกษาและการศึกษารายงานว่า การทำ Complete surgical resection เป็นการรักษาที่จำเป็นสำหรับเนื้ออกชนิดนี้ โดยเฉพาะในเนื้ออกที่มีขนาดใหญ่^(3,10) เพื่อลดโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำหากเนื้ออกถูกกำจัดออกไม่หมด เนื่องจากพบรายงานการกลับเป็นซ้ำได้สูงในหลายๆ การศึกษา คือพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 58 โดยพบการกลับเป็นซ้ำได้ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 19 ปีภายหลังผ่าตัด^(1,2,3,4,10,15,16,17) ในผู้ป่วยรายนี้จึงพิจารณาทำการผ่าตัดออกโดยวิธีตัดส่วนของเนื้ออกออกทั้งหมด และติดตามการรักษาโดยต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะยาว

สรุป

จากรายงานผู้ป่วย 1 รายที่เป็น Juvenile ossifying fibroma บริเวณกระดูกขากรรไกรบน ซ้ายและโพรงอากาศข้างจมูกข้างเดียวกัน และมี Fibrotic change ของกระดูกบริเวณขอบเข่าตา ขวาส่วนบนต่อกับฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้าได้รับการตรวจ วินิจฉัย และรักษาโดยการผ่าตัดเอาเนื้อ ออกออกทั้งหมดได้อย่างสมบูรณ์ และได้รับการ

บูรณะแก้ไข ฟันฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดจนมี รูปร่างใบหน้าใกล้เคียงปกติ สามารถเคี้ยวอาหารได้ อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีการกลับเป็นซ้ำของ รอยโรคบริเวณกระดูกขากรรไกรบนซ้ายและโพรง อากาศข้างจมูกข้างเดียวกัน และไม่พบการ เปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมของกระดูกบริเวณขอบเข่าตา ขวาส่วนบนต่อกับฐานกะโหลกศีรษะส่วนหน้า จาก การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง 6 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. Chi AC. Bone pathology. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Jerry EB, editors. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. Philadelphia; 2009. p613-77.
2. Anthony M. Juvenile ossifying fibroma [Internet]. 2017 [cited April 19th 2018]. Available from: <http://www.pathologyoutlines.com/topic/mandiblemaxillajuvossifyingfibroma.html>.
3. Kamal MS, Bahar MAA, Latif MA, Khan MMIU. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla: a case report. AKMMC J 2013; 4(1): 42-4.
4. Chrcanovic BR, Belini FM. An expanded juvenile ossifying fibroma in maxillary sinus: a case report. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2011; 37: 127-32.
5. Kubbi JR, Navadeepak KK, Reddy V, Ramlal G. Juvenile ossifying fibroma. J of Dental Science and Research 2011; 2: 1-5.
6. Stewart JCB. Benign nonodontogenic tumors. In: Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK, editors. Oral pathology, clinical pathologic correlations. 5th ed. Philadelphia; 2008. p283-301.
7. Breheret R, Jeufroy C, Cassagnau E, Malard O. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis 2011; 128: 317-20.
8. Pirana S, Zerati F, Voegels R, Maia R. Psammomatoid ossifying fibroma. Rhinology 2003; 41: 250-2.

9. Choi YC, Jeon EJ, Park YS. Ossifying fibroma arising in the right ethmoid sinus and nasal cavity. *Int J Pediatr Otorhinolarygol* 2000; 54: 159-62.
10. Sarode SC, Sarode GS, Waknis P, Patil A, Jashika M. Juvenile psammomatoid ossifying fibroma: a review. *Oral Oncol* 2011; 47: 1110-6.
11. Yang HY, Zhen LW, Yin WH, Yang HJ, Zwahlen RA. Psammomatoid juvenile cemento-ossifying fibroma of the maxilla. *J Craniofac Surg* 2009; 20: 1190-2.
12. Rosa M, Manas M, Rey MJ, Gaston F. Aggressive psammomatoid ossifying fibroma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002; 111: 466-8.
13. Osunde OD, Iyogun CA, Adebola RA. Juvenile aggressive ossifying fibroma of the maxilla: a case report and review of the literature. *Ann Med Health Sci Res* 2013; 3(2): 288-90.
14. Ollfa BG, Nadia R, Safa N, Madiha M, Wafa A, Ines H, et al. Juvenile ossifying fibroma of the maxilla. *Egyptian Journal of Ear, Nose, throat and Allied sciences* 2017; 18: 145-9.
15. Singh BS, Varshney S, Bhagat S, Mishra S, Aggarwal V. Juvenile aggressive cement-ossifying fibroma of the maxilla. *Otorhinolaryngol Clin Int J* 2012; 3: 156-9.
16. Thankappan S, Nair S, Thomas V. Psammomatoid and trabecular variants of juvenile ossifying fibroma-two case reports. *Indian J Radiol Imaging* 2009; 19: 116-9.
17. Banu K, Palikat SM. Juvenile trabecular ossifying fibroma of the mandible. *J Maxillofac Oral Surg* 2010; 9(1): 87-90.
18. Slootweg PJ, Muller H. Juvenile ossifying fibroma: report of four cases. *J Craniomaxillofac Surg* 1990; 18: 125-9.
19. Hammer JE 3rd, Scofield HH, Coryn J. Benign fibro-osseous jaw lesions of periodontal membrane origin. An Analysis of 249 cases. *Cancer* 1968; 22(4): 861-78.
20. Wenig BM, Vinh TN, Smirniotopoulos JG, Fowler CB, Houston GD, Heffner DK. Aggressive psammomatoid ossifying fibromas of the sinonasal region: a clinicopathologic study of a district group of fibro-osseous lesions. *Cancer* 1995; 76(7): 1155-65.

21. Makek MS. So called “fibro-ossous lesions” of tumourous origin. Biology confronts terminology. *J Craniomaxillofac Surg* 1987; 15(3): 154-67.
22. Johnson LC, Yousefi M, Vinh TN, Heffner DK, Hyams VJ, Hartman KS. Juvenile active ossifying fibroma. It’s nature, dynamics and origin. *Acta Otolaryngol Suppl* 1991; 488: 1-40.
23. Guruprasad Y, Giraddi G. Juvenile ossifying fibroma of maxilla. *J Maxillofac Oral Surg* 2010; 9(1): 96-8.
24. Hachach–Haram N, BenyonS, Maling S, Joshi N, Grant W, Kirkpatrick WNA. Surgical management of two complex cases of large juvenile orbital ossifying fibroma. *J Plast Reconstr Aesth Surg* 2011; 64: 1661-4.
25. Wakefield MJ, Ross AH, Damato EM, Salvi SM, Baker GRC. Review of lateral orbital wall ossifying fibroma. *Orbit* 2010; 29(6): 317-20.
26. Eversole LR, Leider AS, Nelson K. Ossifying fibroma: A clinicopathologic study of sixty-four cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60: 505-11.
27. Sloomweg PJ, Panders AK, Koopmans R, Nikkels PG. Juvenile ossifying fibroma. An analysis of 33 cases with emphasis on histopathological aspects. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 385-8.

ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะเนื้อเยื่อผนังช่องท้องเน่าและหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด:

รายงานผู้ป่วยและบททวนวรรณกรรม

วิรัช สอนธิเมือง พ.บ.,ว.ว.กุมารศัลยศาสตร์

ฉัญลักษณ์ นวพันธ์ พ.บ.,ว.ว.กุมารศัลยศาสตร์

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

ไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยทางศัลยกรรม ผลการรักษาส่วนใหญ่ดีถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ไส้ติ่งอักเสบทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายแบบอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ คณะผู้ศึกษารายงานผู้ป่วยเด็กไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะเนื้อเยื่อผนังช่องท้องเน่าและหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดและบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 11 ปี มีอาการปวดท้อง ตรวจร่างกายพบหายใจเร็ว ซีพจรเร็วและปวดท้องด้านขวา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาวสูงผลตรวจทางรังสีวิทยาพบ appendiceal abscess ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้สารน้ำทดแทน ยาปฏิชีวนะ และได้รับการผ่าตัด exploratory laparotomy พบ rupture appendicitis, retroperitoneal abscess, necrotizing fasciitis of retroperitoneum and lateral wall abdomen ทำ appendectomy, drainage of abscess, excisional debridement of retroperitoneum and abdominal wall หลังผ่าตัดผู้ป่วยย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก ผลเพาะเชื้อหนองในช่องท้อง Streptococcus not gr. A, B, D และ *E.coli* จึงเปลี่ยนยาปฏิชีวนะตามความไวของเชื้อต่อมาผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยต้องใส่เครื่องช่วยหายใจผลตรวจทางรังสีวิทยาพบ right pleural effusion และ pericardial effusion วินิจฉัย empyema thoracis รักษาโดยการใส่ท่อระบายทรวงอกและผ่าตัด decortication หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาการดีขึ้นสามารถหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 33 วัน มาติดตามการรักษาต่อเนื่อง 1 ปี 1 เดือน ปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน retroperitoneal abscess, necrotizing fasciitis of abdominal wall และ empyema thoracis พบได้น้อยมาก การวินิจฉัยและรักษาต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ การวินิจฉัยทำได้โดยอาศัย อาการ อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสีวิทยาโดยเฉพาะ CT scan ซึ่งช่วยให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ การรักษาทำได้โดยการให้ยาปฏิชีวนะและการผ่าตัด

คำสำคัญ: ไส้ติ่งอักเสบ เนื้อเยื่อผนังช่องท้องเน่า หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด

Necrotizing Fasciitis of Abdominal Wall and Empyema Thoracis Complication from Appendicitis: Case Report and Review Literature

WirachaiSontimuang MD. Tanyalak Naowapan MD.

Department of surgery, Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital

Abstract

Appendicitis is a common surgical disease with good result of treatment if early diagnosis and treatment. The delay in diagnosis and treatment often lead to severe complications. We report a 11-years-old boy presented with abdominal pain. The physical examination showed obese boy, tachypnea, tachycardia and tenderness of right abdomen. Laboratory showed leukocytosis and radiographic examination showed appendiceal abscess. Emergency exploratory laparotomy was performed; intraoperative finding showed rupture appendicitis, retroperitoneal abscess, necrotizing fasciitis of retroperitoneum and lateral wall abdomen. Appendectomy, drainage of abscess and excisional debridement of retroperitoneum and abdominal wall was performed. Postoperative, the patient developed respiratory failure and sepsis, the antibiotics was switched and the patient was transferred to PICU. Five days after operation the investigations showed empyema thoracis and pericardial effusion. Intercostal drainage was placed. Radiographic investigation after two weeks course of antibiotic revealed hydropneumothorax. Thoracotomy and decortication was performed. The post-operative course was uneventful and the patient was discharged from hospital. The patient was followed treatment for one year with eventful course and normal chest film.

Keywords: appendicitis, necrotizing fasciitis, empyema thoracis

บทนำ

ไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะที่พบบ่อยทางศัลยกรรม ในเด็กการวินิจฉัยทำได้ยากเนื่องจากประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยซ้ำจะทำให้ไส้ติ่งอักเสบแตก มีหนองในช่องท้อง โดยอาจจะเป็นหนองเฉพาที่หรือกระจายทั่วช่องท้อง⁽¹⁾ ถ้าไส้ติ่งเป็นชนิด retrocecal จะทำให้มีการอักเสบของเนื้อเยื่อใน retroperitoneum ทำให้มีการเน่าของเนื้อเยื่ออย่างรุนแรงและรวดเร็ว (necrotizing fasciitis) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยภูมิ-ต้านทานต่ำจากการทบทวนวรรณกรรมพบรายงานผู้ป่วย appendicitis with necrotizing fasciitis of abdominal wall 16 ราย^(2,3,4) และผู้ป่วยมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ส่วนใหญ่เป็นปฏิกิริยาจากการอักเสบในช่องท้องและจะหายเองได้หลังจากผ่าตัดไส้ติ่ง (appendectomy) และให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotics) จากการรวบรวมรายงานผู้ป่วย ที่มี empyema thoracis ที่เกี่ยวข้องกับไส้ติ่งอักเสบ มีทั้งหมด 11 ราย⁽⁵⁾ ไม่มีรายงานผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้ง necrotizing fasciitis of abdominal wall และ empyema thoracis คณะผู้ศึกษาจึงรายงานผู้ป่วยเด็กไส้ติ่งอักเสบแตกที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้ง necrotizing fasciitis of abdominal wall และ empyema thoracis และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กชายไทย อายุ 11 ปี 2 เดือน ภูมิลำเนา อำเภोधรพพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ปวดท้องทั่วท้อง 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนวันละ 3-4 ครั้ง ไม่ถ่ายอุจจาระมา 2 วัน ปัสสาวะสีเข้มมีไข้ต่ำๆ 1 วันก่อน

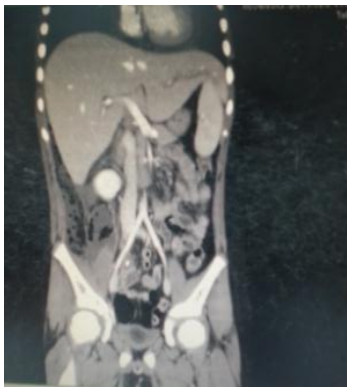
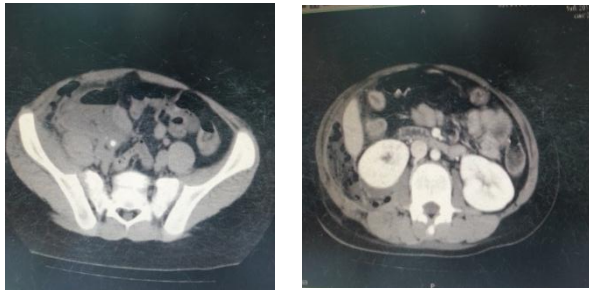
มาโรงพยาบาล ปวดท้องด้านขวามาก ไม่มีโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา แพ้อาหาร ได้รับวัคซีนครบ แรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน 16.26 น. 21/2/60 ตรวจร่างกายพบ obese boy, vital sign: BT 37.0 °C RR 28 ครั้งต่อนาที PR 130 ครั้งต่อนาที dry lip, abdomen: hypoactive bowel sound, guarding, rigidity right side abdomen ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการCBC: Hct 37.6% WBC 27600 cell/mm³ (neutrophil 94%) platelet 146000. UA: sp.gr 1027 WBC 2-3. Film acute abdomen series พบ right pleural effusion, generalize bowel ileus with gas bubble in abdominal wall and retroperitoneum



รูปที่ 1 acute abdomen series พบ right pleural effusion generalize bowel ileus

☆ Gas bubble in abdominal wall

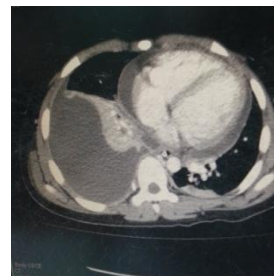
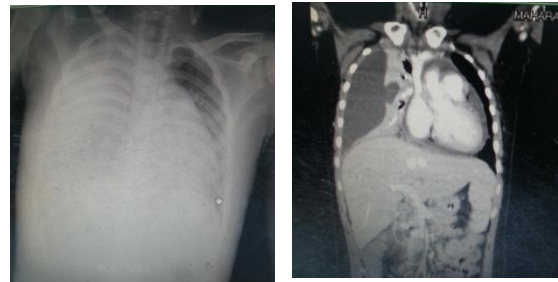
ทำ bedside ultrasound สงสัย appendiceal abscess ให้ ยาปฏิชีวนะ cefotaxime และ metronidazole ให้ สารน้ำทดแทน (fluid resuscitation) ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT scan abdomen with contrast) ผล dilated and enhancing appendix with continuity with fluid collection , about 8.8 x 5.9 cm at right lower abdomen. Another fluid collection about 5.5 cm in maximum thickening extend from RLQ to liver margin and posterior mediastinum



รูปที่ 2 CT scan finding appendiceal abscess and retroperitoneum abscess with gas in retroperitoneum and abdominal wall

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด exploratory laparotomy พบเป็น rupture appendicitis, retroperitoneal abscess from cecum to

diaphragm, pus 150 ml with appendicolith, necrotizing fasciitis of retroperitoneum and lateral wall abdomen ทำ appendectomy, drainage of abscess, excisional debridement of retroperitoneum and abdominal wall หลังผ่าตัดผู้ป่วยย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติเด็ก (PICU) ปรึกษากุมารแพทย์ เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น meropenem, amikacin และ metronidazole และใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยยังคงมีไข้สูงตลอด ผลเพาะเชื้อจากเลือด ไม่พบเชื้อ ผลเพาะเชื้อจากหนองในช่องท้องพบ Streptococcus not gr. A, B, D และ E.coli ยังมีปัญหาเหนื่อยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ chest film พบมี pleural effusion มากขึ้นหลังผ่าตัดวันที่ 5 ทำ CT chest and abdomen พบ increase amount of right pleural effusion and pericardial effusion, right lung atelectasis. Decrease size of intraperitoneum collection.



รูปที่ 3 chest film และ CT scan finding right pleural effusion and pericardial effusion

วินิจฉัย empyema thoracis ใส่ ICD ได้ turbid fluid 720 ml ปรีกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ ทำ echocardiogram พบ pericardial effusion 1.53 cm thickening with normal ejection fraction ผลเพาะเชื้อจาก pleural fluid ไม่พบเชื้อเพาะเชื้อจากหนองในช่องที่ออกจากท่อระบายพบ MDR-Acinetobacter baumannii หลังผ่าตัดวันที่ 10 ปรีกษาอายุรแพทย์โรคติดเชื้อ เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น meropenem, cefoperazone/sulbactam และ colistin หลังผ่าตัดวันที่ 10 เริ่มให้อาหารทางสายยาง หลังผ่าตัดวันที่ 12 ใช้เริ่มลง ICD content 100 มิลลิลิตรต่อวัน ทำ CT chest พบ pneumo-hydrothorax right chest หลังผ่าตัดวันที่ 16 ทำ thoracotomy and decortication หลังผ่าตัดใช้เครื่องช่วยหายใจ 5 วันสามารถเอาเครื่องช่วยหายใจออกได้ ปรีกษานักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยสามารถ หายใจได้เอง รับประทานอาหารได้เอง ผลตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา (immunological test) ปกติ ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 33 วัน และสามารถกลับบ้านได้ มาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง 1 ปี 1 เดือน ไม่มีอาการผิดปกติ ใช้ชีวิตประจำวัน ออกกำลังกายได้ปกติ chest film ปกติ

วิจารณ์

ไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่พบบ่อยทางศัลยกรรม หากไม่วินิจฉัยให้ถูกต้องและรวดเร็วอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในผู้ป่วยเด็กการวินิจฉัยทำได้ยากกว่าผู้ใหญ่เพราะประวัติและการตรวจร่างกายไม่แน่นอน ผู้ป่วยรายนี้เป็นเด็กโตแต่มีปัญหาเรื่องอ้วนและจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กที่อ้วนจะมีกายวิภาคและสรีรวิทยา

ต่างจากผู้ป่วยเด็กทั่วไป ทำให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเด็กอ้วนที่เป็นไส้ติ่งอักเสบยากและซับซ้อนกว่าผู้ป่วยเด็กทั่วไปและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าด้วย⁽⁶⁾ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กที่อ้วนจะพบไส้ติ่งอักเสบแตกมากกว่าผู้ป่วยน้ำหนักปกติจึงต้องให้ความระมัดระวังในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเด็กอ้วนที่มาด้วยอาการปวดท้องและมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า นอนโรงพยาบาลนานกว่า⁽⁷⁾ คณะผู้ศึกษามีความเห็นสอดคล้องด้วยเพราะผู้ป่วยเด็กที่อ้วนถ้ามีอาการปวดท้องต้องสงสัยไส้ติ่งอักเสบทุกราย ประวัติและการตรวจร่างกายทำได้ยากกว่าเด็กน้ำหนักปกติ เพราะชั้นไขมันที่หนาจะทำให้อาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน มักต้องการการตรวจเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาโดยเฉพาะเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องมากกว่าเด็กปกติ มีโอกาสไส้ติ่งอักเสบแตก มีภาวะแทรกซ้อนและอยู่โรงพยาบาลนานกว่า ตำแหน่งทางกายวิภาคมีผลกับ อาการ อาการแสดงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีไส้ติ่งในตำแหน่งที่อยู่ด้านหลังทำให้ไส้ติ่งที่อักเสบไม่ได้สัมผัสกับเยื่อช่องท้อง ทำให้อาการ อาการแสดงไม่ชัด มีผลทำให้วินิจฉัยล่าช้า มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าและอยู่โรงพยาบาลนานกว่า⁽⁸⁾ ผู้ป่วยรายนี้ตำแหน่งไส้ติ่งอยู่ใน retrocecal และผู้ป่วยอ้วนทำให้อาการไม่ชัดเจน ไส้ติ่งอักเสบเกิดจากการอุดตันของไส้ติ่งจาก appendicolith หรือ lymphoid hyperplasia เมื่อความดันในไส้ติ่งสูงขึ้นจะทำให้เลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อผนังของไส้ติ่งไม่ได้ เชื้อโรคในไส้ติ่งก็จะเข้ามาในผนังทำให้มีการอักเสบจากการติดเชื้อ ทำให้มีการเน่าตายของผนังมีการแตกทะลุของไส้ติ่งเชื้อโรคที่อยู่ในไส้ติ่งมีอยู่หลายชนิด⁽¹⁾ พบว่าผลเพาะเชื้อจาก peritoneal fluid ของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบในเด็ก

ส่วนใหญ่เป็นเชื้อโรคหลายชนิด โดยพบเชื้อ *Escherichia coli* (ร้อยละ 81) เป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ Enterobacteriaceae เชื้ออื่นๆ เช่น *Streptococcal species*, *Pseudomonas aeruginosa* และพบ Mixed anaerobes ร้อยละ 54⁽⁹⁾ จากนั้น การติดเชื้อจะกระจายเข้าสู่ช่องท้อง (intraperitoneum) หรือ ช่องหลังช่องท้อง (retroperitoneum) โดยใน retroperitoneum มักจะทำให้เกิดฝี (appendiceal abscess) และมักจะทำให้เนื้อเยื่อรอบๆ อักเสบ ไปด้วย การรักษา appendiceal abscess ส่วนใหญ่ใช้การให้ ยาปฏิชีวนะก่อนถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ต้องระบาย หนองออกโดยวิธีเจาะ (percutaneous drainage) หรือผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้จากผลการตรวจทางรังสีวิทยา พบ retroperitoneum abscess extend to posterior mediastinum มี air in retroperitoneum and abdominal wall ซึ่งคล้ายกับรายงานผู้ป่วย จากการศึกษานออดิต^(10, 11) มีการรวบรวมรายงาน ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มี retroperitoneum abscess จากรายงานผู้ป่วยตั้งแต่ ค.ศ. 1955 – 2005 พบ ผู้ป่วยทั้งหมด 22 ราย มีอัตราการตายร้อยละ 16.4 และแนะนำให้ตรวจทางรังสีวิทยาด้วย CT scan และรักษาโดยการระบายหนองและให้ยา ปฏิชีวนะที่ครอบคลุม⁽¹²⁾ มีการรายงานผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ โรคประจำตัวเป็นเบาหวาน มี retroperitoneum abscess และมี extensive gas-forming abdominal wall abscess คิดว่า มีการกระจายของการติดเชื้อผ่าน superior lumbar triangle โดยแนะนำให้ตรวจทางรังสี วิทยา โดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเพราะ จะบอกขอบเขตของโรคได้ดีกว่า

ภาวะ necrotizing fasciitis พบตั้งแต่ สมัย Hippocrates แบ่งการติดเชื้อเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue infection) ตามกายวิภาค necrotizing

fasciitis เป็นการเน่าตายของเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง และพังผืดที่คลุมกล้ามเนื้อ (subcutaneous tissue and fascia) จากการติดเชื้ออย่างรุนแรง โดยที่กล้ามเนื้อปกติมีการแบ่ง necrotizing fasciitis เป็นสี่ชนิด คือชนิดที่ 1 เกิดจากเชื้อโรค หลายชนิด (polymicrobial organism) มักพบ เนื่องจากการติดเชื้อ mixed anaerobes and aerobes จากเชื้อโรคในทางเดินอาหาร ชนิดที่ 2 เกิดจาก เชื้อโรคชนิดเดียว (monomicrobial organism) มักจะเป็นเชื้อโรคจากชั้นผิวหนังมักจะเป็น Group A β -hemolytic streptococcus (GAS) และ *S.aureus* ชนิดที่ 3 เป็นการติดเชื้อ gram-negative มักพบเชื้อโรคในน้ำทะเล และ ชนิดที่ 4 เป็นจากการติดเชื้อรา^(13,14) จากการ รายงานผู้ป่วยพบผู้ป่วย abdominal wall necrotizing fasciitis จากไส้ติ่งอักเสบทั้งหมด 16 ราย⁽²⁻⁴⁾ รวมผู้ป่วยรายนี้เป็น 17 คน ผู้ชาย 7 คน ผู้หญิง 10 คน อายุ 11 ปี ถึง 91 ปี ผู้ป่วย 12 คน อายุมากกว่า 50 ปี เฉพาะผู้ป่วยรายนี้ที่เป็นผู้ป่วย เด็ก ผู้ป่วย 9 คน มีโรคประจำตัว พยาธิสภาพของ ไส้ติ่งเป็น perforated appendicitis ทุกราย มี abscess formation 5 คน เป็น appendicocutaneous fistula 2 ราย ไส้เลื่อน 2 ราย ผู้ป่วย เสียชีวิต 6 คน อัตราการตายร้อยละ 35.29 พิจารณาจากลักษณะทางกายวิภาคพบว่าไส้ติ่งส่วน ใหญ่เป็น retrocecal type ที่ปลายอยู่ใน retroperitoneum โดยการอักเสบหรือหนองจะ กระจายผ่าน lumbar triangle โดยกระจายผ่าน ทางออกได้ 2 ทางคือ inferior lumbar triangle (Petit triangle) และ superior lumbar triangle (Grynfeltt-Lesshaft triangle) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ กล้ามเนื้อบาง ถ้ามีหนองจะผ่านมาที่ผนังหน้าท้อง สีข้าง ได้ ในผู้ป่วยของเรา มีการกระจายของการ อักเสบใน retroperitoneum ผนังหน้าท้อง และ posterior mediastinum การรักษาส่วนใหญ่

ต้องระบายหนอง (drainage) ตัดไส้ติ่ง (appendectomy) และตัดเนื้อตายออก (aggressive debridement) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด⁽²⁻⁴⁾ การวินิจฉัยและรักษาไส้ติ่งอักเสบให้ถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ภาวะหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด (empyema thoracis) จากไส้ติ่งอักเสบ มีรายงานพบผู้ป่วยทั้งหมด 10 ราย⁽⁵⁾ รวมรายงานผู้ป่วยรายนี้เป็น 11 ราย ผู้ชาย 6 คน ผู้หญิง 5 คน อายุ 2-68 ปี ส่วนใหญ่เป็นเด็ก มีคนแก่และคนท้อง อย่างละ 1 คน ส่วนใหญ่เป็น mixed organism เชื้อที่พบบ่อยเป็น *E.coli* ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้สองแบบคือ ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแล้วตอนหลังพบ empyema thoracis หรือมาด้วย empyema thoracis ตอนหลังหาสาเหตุพบว่า เป็นจากไส้ติ่งอักเสบผู้ป่วยของเรามาด้วยปัญหาไส้ติ่งอักเสบเป็นหลัก แต่มีการตรวจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) กลไกที่แบคทีเรียผ่านจากช่องท้อง (abdomen) ไปที่ช่องอก (chest) มีหลายกลไก ได้แก่ การกระจายโดยตรงของการอักเสบฝีหนองใน retroperitoneum หรือผนังช่องท้องสามารถลุกลามต่อเนื่องไปช่องอกหรือ posterior mediastinum ความแตกต่างของความดันของช่องท้องและช่องอก (valve effect) การไหลของน้ำเหลือง (lymphatic drainage) จากช่องท้องผ่านกระบังลมทำให้มีการดูดของหนองจากช่องท้องเข้าช่องอก มีการหลุดเลื่อนของ appendicolith จากช่องท้องไปช่องอก หรือพบว่าอาจเกิดจาก bacterial translocation⁽¹⁵⁾ ปัจจัยทางกายวิภาค และสรีรวิทยายังส่งผลให้เกิด empyema thoracis ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ⁽¹⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ตำแหน่งไส้ติ่งจะอยู่สูงและภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะนี้ได้มากขึ้น นอกจากนี้มักพบในผู้ป่วยเด็กเล็กที่เป็นไส้ติ่งเพราะช่องท้องแคบ ลำไส้ใหญ่ยังส่วน cecum ยังยึดไม่แน่น ใน

ตำแหน่งช่องท้องขวาล่างทำให้โอกาสเกิดการอักเสบใกล้กะบังลมด้านขวาได้มากกว่า ผู้ป่วยรายนี้น่าจะเป็นจากการกระจายของการอักเสบและหนองจากการติดเชื้อใน retroperitoneum และ abdominal wall การรักษา empyema thoracis ขึ้นอยู่กับระยะของโรค ในช่วงที่เป็น exudative fluid การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะเป็นหลัก เมื่อถึงช่วง fibrinopurulent การใส่ท่อระบายทรวงอก (intercostal drainage: ICD) ช่วงที่มีพังผืดรัดเนื้อปอด ต้องผ่าตัดเพื่อเอาพังผืดออก (thoracotomy and decortication) ผู้ป่วยรายนี้รักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะแล้วปริมาณหนองมากขึ้น จึงต้องใส่ ICD หลังจากใช้ลงดี แต่ปอดไม่ขยาย จึงต้องทำ thoracotomy decortication การรักษาได้ผลดี ปอดขยายตัวได้ดีแต่มีความยุ่งยากในการผ่าตัดเพราะพังผืดแข็ง การรักษาผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อนรายนี้ประสบความสำเร็จเพราะสหสาขาวิชาชีพให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

สรุป

ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน retroperitoneal abscess, necrotizing fasciitis of abdominal wall และ empyema thoracis พบได้น้อยมาก การวินิจฉัยและรักษาต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ การวินิจฉัยทำได้โดยอาศัยอาการอาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวิทยาโดยเฉพาะการตรวจด้วย CT scan ช่วยให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำ การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและการผ่าตัดระบายหนองเป็นสิ่งสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. James C, Dunn Y. Appendicitis. In: Coran G, editor. Pediatric surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p1255-63.
2. Takeda M, Higashi Y, Shoji T, et al. Necrotizing fasciitis caused by a primary appendicocutaneous fistula. Surg Today 2012; 42(8): 781-4.
3. Hua J, Yao L, He ZG, et al. Necrotizing fasciitis caused by perforated appendicitis: a case report. Int J Clin Exp Pathol 2015; 8(3): 3334-8.
4. Chen CW, Hsiao CW, Wu CC, et al. Necrotizing fasciitis due to acute perforated appendicitis: case report. J Emerg Med 2010; 39(2): 178-80.
5. Vasquez-Rios G, Calixto-Aguilar L, Pajuelo R, et al. Thoracic Empyema as Rare Complication of an Appendicular Mass: a Case Study and Review of the Literature. Case Reports in Pediatrics— An Open Access Journal Hindawi. 2017 December
6. Kutasy B, Puri P. Appendicitis in obese children. Pediatr Surg Int 2013; 29(6): 537-44.
7. Blanco FC, Sandler AD, Nadler EP. Increased incidence of perforated appendicitis in children with obesity. Clin Pediatr (Phila) 2012; 51(10): 928-32.
8. Davies DA, Yanchar NL. Appendicitis in the obese child. J Pediatr Surg 2007; 42(5): 857-61.
9. Guidry SP, Poole GV. The anatomy of appendicitis. Am Surg 1994; 60(1): 68-71.
10. Obinwa O, Casidy M, Flynn J. The microbiology of bacterial peritonitis due to appendicitis in children. Ir J Med Sci 2014; 183(4): 585–91.
11. Litkouhi B, Huang AS, Lundy DJ, et al. Perforation of a Retrocecal Appendix Resulting in Retroperitoneal Air: A Case Report. Case Rep Radiol 2013; 2013: 1-3.
12. Dalbem CS, Nunes TF, Machado MSS, et al. Pneumomediastinum and pneumoretroperitoneum: an extremely rare presentation of acute appendicitis. BMJ Case Rep 2015; 2015: bcr2014207255.
13. Hsieh CH, Wang YC, Yang HR, et al. Retroperitoneal abscess resulting from perforated acute appendicitis: analysis of its management and outcome. Surg Today 2007; 37(9): 762-7.
14. Green RJ, Dafoe DC, Raffin TA. Necrotizing fasciitis. Chest 1996; 110(1): 219-29.
15. Morgan MS. Diagnosis and management of necrotising fasciitis: a multiparametric approach. J Hosp Infect 2010; 75(4): 249-57.
16. Tokat AO, Karasu S, Barlas AM, et al. Thoracic empyema due to bacterial translocation in acute appendicitis. TuberkToraks 2013; 61(1): 54-6.
17. Dietrich A, Nicolas M, Iniesta J, et al. Empyema and lung abscess as complication of a perforated appendicitis in a pregnant woman. Int J Surg Case Rep 2012; 3(12): 622–4.

กรณีศึกษา: ยา Vancomycin เหนียวนำไปเกิด Exfoliative Dermatitis

กัลยาภรณ์ รัตนไพจิตร ภ.บ.

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

ผื่นแพ้ยาชนิด exfoliative dermatitis เป็นภาวะการอักเสบของผิวหนังทำให้เกิดผื่นผิวหนังแดงรวมกับมีสะเก็ดลอกทั่วร่างกาย กระจายมากกว่า 90% ของพื้นที่ผิวหนังทั่วร่างกาย การหลุดลอกของผิวหนังจำนวนมากนี้จะทำให้ผู้ป่วยสูญเสียน้ำ และโปรตีนจำนวนมาก อาจรุนแรงถึงภาวะช็อกได้ เชื่อว่าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดจาก 3 สาเหตุ คือ ยา โรคผิวหนังที่เปื้อนอยู่เดิม หรือโรคภายในร่างกาย โดยเฉพาะมะเร็ง แต่บางรายไม่ทราบสาเหตุ การลอกของผิวหนังเกิดจากเซลล์ของผิวหนังมีการแบ่งตัวมากขึ้นและผลัดเปลี่ยนเซลล์เร็วขึ้น ยาที่เป็นสาเหตุให้เกิดผื่นแพ้ยามักได้แก่ ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ เช่น ยาซัลฟา เพนนิซิลิน ยา NSAIDs allopurinol โดยเกิดผื่นหลังได้รับยาประมาณ 1 ถึง 14 วัน (อาจเร็วหรือช้ากว่านี้ได้) ผื่นแพ้ยาชนิด exfoliative dermatitis จากยา vancomycin นั้นพบได้น้อยมาก จากการค้นข้อมูลพบเป็นเพียงรายงานกรณีศึกษา (13 ราย) สำหรับในประเทศไทยมีรายงานผื่นแพ้ยาชนิด exfoliative dermatitis จากยา vancomycin ทั้งหมด 42 ราย รายงานกรณีศึกษานี้เป็นรายงานกรณีผู้ป่วยที่เกิดผื่นแพ้ยาชนิด exfoliative dermatitis จากการได้รับยา vancomycin เพื่อรักษาฝีขนาดใหญ่ที่ต้นขาทางด้านขวา โดยการประเมินด้วย Naranjo algorithm พบว่าผู้ป่วยรายนี้เกิดผื่นแพ้ยาแบบ exfoliative dermatitis ระดับน่าจะใช่ (Probable) จากการใช้ยา vancomycin

คำสำคัญ: vancomycin, exfoliative dermatitis

Case Report: Vancomycin Induced Exfoliative Dermatitis

Kalyaporn Rattanapajit Pharm.D. (Pharm.Care)

Pharmacy Department, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Drug rashes, exfoliative dermatitis is a condition of inflammatory skin and causes red rashes with peeling scabs across the body, spreading more than 90% of skin area. The massive peeling skin can cause a patient to lose high amount of water and protein, which can be severe to shock condition. It is believed that the condition is caused by a medication, a former skin condition, or a disease in the body, especially cancer. However, in some cases, there is no known cause. Skin peeling is caused by expansion of cells in the skin and faster skin exfoliation. Drug rashes regularly causes by the allergy to pain relief and antibiotic medicine such as sulfonamides, penicillin, NSAIDs, allopurinol, from taking those medicine for 1 – 14 days (faster or slower). Exfoliative dermatitis from vancomycin less found. The study shows few case reports. In Thailand, there are 42 case reports of exfoliative dermatitis from vancomycin. This case report is about a patient with drug rashes, exfoliative dermatitis, which is caused by an allergy to vancomycin in treating large abscess at right thigh. The patient has been examined by Naranjo Algorithm and found out that this patient got drug rash, exfoliative dermatitis, at a level of probable from taking vancomycin.

Keywords: vancomycin, exfoliative dermatitis

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 78 ปี น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งมารับรักษาตัว ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช วันที่ 16 สิงหาคม 2560 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เพื่อรักษาต่อตามสิทธิการรักษา

ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลอย่างต่อเนื่อง

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา มีไข้สูง ปัสสาวะน้อยลง หนาวสั่น และเริ่มซีมลง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น UTI with septic shock ultrasound พบ right renal abscess ทำ aspiration and eradication แต่ไม่สำเร็จ จึงทำ nephrectomy ระหว่างนอนโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่อง infected hematoma ที่มือซ้าย มีแผลกดทับตามร่างกาย ได้รับยาปฏิชีวนะดังนี้

- Piperacillin/Tazobactam

08/7/2560 – 12/7/2560

- Meropenem

12/7/2560 – 03/8/2560

- Ciprofloxacin

13/7/2560 - 02/8/2560

- Vancomycin

02/8/2560 – จน refer

เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน จึง refer ผู้ป่วยมารับรักษาต่อ ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

การตรวจร่างกายแรกรับ

Skin: no rash, no petechial

Eyes: not pale conjunctiva, anicteric sclera

Heart: normal S1S2, no murmur

Chest: equal breath sounds

Abdomen: soft, not tenderness

Extremities: no pitting edema, hematoma at right hand

การวินิจฉัย

1. Right renal abscess S/P nephrectomy
2. Right hand abscess S/P debridement
3. Large abscess at right thigh S/P incision and drainage
4. Drug allergy: exfoliative dermatitis from vancomycin
5. Bed sore grade II
6. Cutaneous candidiasis

การรักษาผู้ป่วยได้รับขณะนอนโรงพยาบาลแสดงดัง ตารางที่ 1

Medication	16/8	17/8	18/8	19/8	20/8	21/8	22/8	23/8	24/8	25/8	26/8	27/8	28/8	29/8	30/8	31/8	1/9	2/9	3/9	4/9
Paracetamol (500) 1 tab prn q4-6 hr	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Vancomycin 1 gm IV q 48 hr		/		/	off															
Clotrimazole cream apply bid		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Omeprazole (20) 1x2 ac			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Quetiapine (25) 0.5x1 hs			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Hydroxyzine (10) 1x1 pc					/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Loratadine (10) 1xhs					/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Clindamycin 900 mg IV q 8 hr					/	/	/	/	/	/	/	/	/	off						
Ceftriaxone 2 gm IV q OD					/	/	/	/	/	/	/	/	/	off						
Urea cream 10% apply bid								/	/	/	/	/	/	off						
Vaseline apply bid								/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
MTV 1x3pc																	/	/	/	/
ZnSO4 1x3 pc																	/	/	/	/
NSS 1000ml				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				

รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน (5/9/2560)

- | | | | | | |
|--------------------|-----------|-----|---------------------|---------|-----|
| 1. MTV | 1x2 pc | #90 | 5. Hydroxyzine (10) | 1x1 pc | #30 |
| 2. ZnSO4 | 1x3 pc | #60 | 6. Loratadine | 1x1 hs | #30 |
| 3. Vaseline | apply BID | #3 | 7. NSS | ล้างแผล | #1 |
| 4. Omeprazole (20) | 1x1 ac | #30 | 8. Alcohol | ทำแผล | #1 |



ผื่นที่พบวันที่ 24/8/2560



ผื่นที่พบวันที่ 28/8/2560



รูปผื่นที่พบในผู้ป่วยแพ้ยา วันที่ 29/8/2560

วิจารณ์

การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากยา
อย่างเป็นระบบ

1. การวินิจฉัยผื่นแพ้ยา

ผื่นที่พบในวันที่รับแจ้งการแพ้ยา 20/5/2560
ผิวหนังมีผื่นแดงคล้าย MP rash ทั่วตัวและญาติให้
ประวัติว่าพบผื่นแดงคันทั่วตัวตั้งแต่ 17/8/2560
ร่วมกับมีไข้สูง 23/8/61 พบผื่นแดงทั่วร่างกาย
ผู้ป่วยรู้สึกคัน แต่ไม่มีอาการแสบร้อน หรือเจ็บ
บริเวณผิวหนัง ร่วมกับมีสะเก็ดลอกปนแผ่นๆ
บริเวณกว้างมากกว่า 90% ของพื้นที่ผิวหนัง ไม่มี
รอยโรคบริเวณเยื่อปอดอ่อน Eosinophil 0%, AST
45 IU/L, ALT 32 IU/L 24/8/61 ผิวหนังจะหนา
ด้านและแห้งเป็นขุยมีปริมาณมากขึ้น ซึ่งจาก
ลักษณะผื่นและอาการของผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายผื่นแพ้
ยา 3 ชนิด⁽⁷⁾ คือ Exfoliative dermatitis, Acute
generalized exanthematous pustulosis (AGEP)
และ TEN ผื่นแพ้ยาแต่ละชนิดมีรายละเอียดดังนี้

- Exfoliative dermatitis⁽¹⁻³⁾ : ระยะ
เริ่มแรกผิวหนังจะแดง คล้ายกับผื่นแพ้ยาแบบ
maculopapular rash ผื่นจะค่อยๆ ลุกลามอย่าง
ช้าๆ และลอกหลุดเป็นขุยแห้งๆ จนทั่วร่างกาย
ผิวหนังจะแดงและดูเป็นมันเงา บางแห่งอาจมีการ

อักเสบมาก มีน้ำเหลืองไหลแฉิม และตกสะเก็ด
ผู้ป่วยอาจรู้สึกคัน แต่ไม่มีอาการแสบร้อน หรือเจ็บ
บริเวณผิวหนัง เมื่อเป็นนานขึ้น ผิวหนังจะแห้งหนา
และเป็นขุยมากขึ้น บริเวณฝ่ามือฝ่าเท้าจะมีขุย
สะสม จนเป็นปื้นหนา เล็บมือและเท้าหนาและเป็น
สีคล้ำขึ้นและเล็บจะค่อยๆ หลุดลอกออก บริเวณ
หนังศีรษะจะมีอาการลอกคล้ายเป็นรังแค ผมจะ
ค่อยๆ หลุดร่วงจนทำให้ผมบางชัดเจน

- Acute generalized exanthematous pustulosis
(AGEP)^(8,9) : ลักษณะสำคัญ คือ มีผื่นเป็นตุ่มหนอง
เป็นจำนวนมากมาย มักพบหลังจากได้รับยา 1 วัน
สำหรับยา Antibiotic และ 11 วันสำหรับการได้รับ
ยาชนิดอื่นๆ ตุ่มหนองจะเริ่มขึ้นที่ใบหน้าก่อน
จากนั้นจะลามไปทั่วตัว ผู้ป่วยมักจะมีไข้ร่วมด้วย ผล
การตรวจเม็ดเลือดจะมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น
เมื่ออาการทุเลาลงตุ่มหนองจะแห้งและผิวลอกเป็น
แผ่นๆ

- Toxic epidermal necrolysis (TEN)^(10,11) :
ลักษณะสำคัญ เป็นผื่นแพ้ยาที่มีความรุนแรงมาก
ที่สุดมีลักษณะหลายอย่างคล้ายกับ Stevens –
Johnson syndrome ผู้ป่วยจะมีอาการนำคล้าย
ไข้หวัด มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บ คอ ปวดเจ็บตาม
ตัว หรือมีอาการเจ็บตามผิวหนังทั่วไป ต่อมาจะมีผื่น
คล้าย maculopapular rash ผื่นจะพองกลายเป็น
ตุ่มน้ำและหลุดลอกออกอย่างรวดเร็วเป็นแผ่นใหญ่ๆ
เป็นแผลตื้นๆ มีน้ำเหลืองหรือเลือดซึมๆ คล้ายโดน
น้ำร้อนลวกชนิดรุนแรง (ความรุนแรงของผิวหนังที่เกิด
การหลุดลอกมากกว่าร้อยละ 30) นอกจากนี้บริเวณ
เยื่อต่างๆ เช่น ริมฝีปาก เยื่อปอดหรือ ตามอวัยวะเพศ

มีการหลุดลอกร่วมด้วย มีเลือดออกซึม เมื่อแห้งจะเป็นแผ่นสีดำคล้ำ ผู้ป่วยจะมีการทรุดลงอย่างรวดเร็ว มีโอกาสติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่ายมาก โดยอัตราการเสียชีวิตจะมีความสัมพันธ์กับขนาดของผิวหนังที่เกิดการหลุดลอกและอาการแทรกซ้อนที่ติดกับอวัยวะภายในต่างๆ

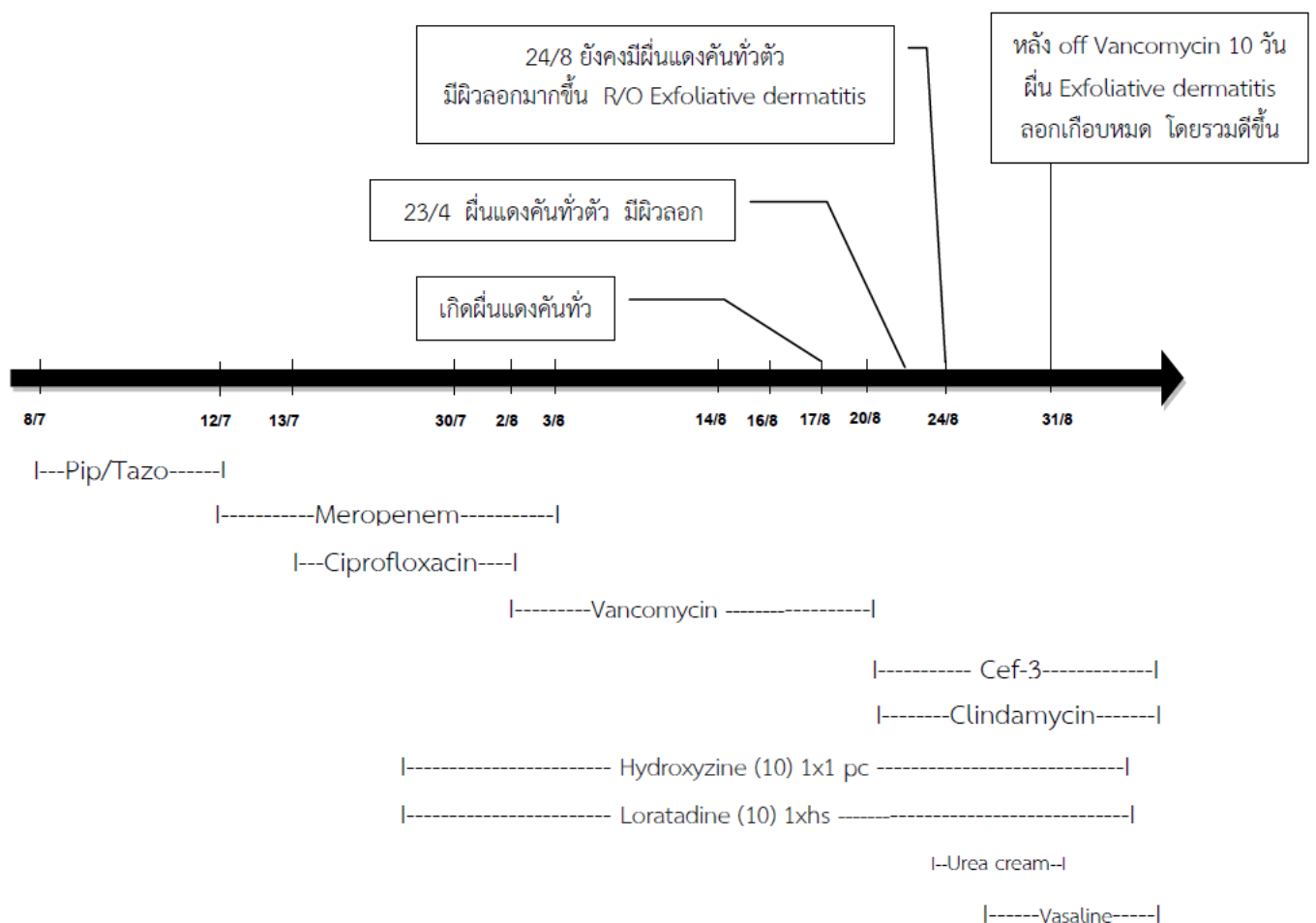
ผู้ป่วยรายนี้มีผื่นแดงผู้ป่วยรู้สึกคัน แต่ไม่มีอาการแสบร้อน หรือเจ็บบริเวณผิวหนัง รวมถึงมีสะเก็ดลอกปนแผนๆ บริเวณกว้างมากกว่า 90% ของพื้นที่ผิวหนัง Eosinophil 0%, AST 45 IU/L, ALT 32 IU/L จากนั้นผิวน้อยๆ แห้งลอกเป็นขุยมากขึ้น แต่ไม่มีอาการแสบร้อน หรือเจ็บบริเวณ

ผิวหนัง ไม่มีรอยโรคบริเวณเยื่อบุอ่อน ซึ่งเป็นลักษณะที่แตกต่างจาก TEN และไม่มีตุ่มหนองขึ้นมาก่อนผิวลอกจึงแตกต่างจาก AGEP ดังนั้นผื่นแพ้ยาในผู้ป่วยรายนี้จึงเข้ากันได้กับ exfoliative dermatitis

2. วิเคราะห์สาเหตุจากยาที่สงสัย

การวิเคราะห์สาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการใช้ยาหรือไม่ จะต้องพิจารณาว่าลักษณะอย่างไร และใช้ระยะเวลาานเท่าใดจึงแสดงอาการ เพื่อหาว่ายาใดที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในระยะเวลาที่เข้าได้กับ onset การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

สำหรับผู้ป่วยรายนี้เมื่อพิจารณา timeline เป็นดังนี้



จากการซักประวัติญาติผู้ป่วยเพิ่มเติม ผู้ป่วยไม่เคยมี
ผื่นหนังลักษณะนี้มาก่อน และก่อนการ admit ครั้งนี้
ผู้ป่วยไม่เคยเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล ไม่
เคยได้รับ antibiotic ชนิดฉีด ไม่เคยซื้อยามาทาน
เอง เช่น พวงยามาแก้เจ็บคอ

ญาติสังเกตเห็นผื่นของผู้ป่วยรายนี้เมื่อวันที่
17 สิงหาคม antibiotic ตัวอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่

piperacillin/Tazobactam หยุดยามาแล้ว 36 วัน,
Ciprofloxacin หยุดยามาแล้ว 16 วัน meropenem
หยุดยามาแล้ว 15 วัน จึงไม่น่าจะเป็นสาเหตุของการ
แพ้ยา ดังนั้นเมื่อพิจารณาจาก time line ยาที่น่าจะ
เป็นสาเหตุของผื่นคือ vancomycin

การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างอาการไม่พึงประสงค์กับยาที่สงสัยโดยใช้ Naranjo's algorithm

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	คะแนน
1. เคยมีสรุปหรือรายงานการปฏิกิริยานี้มาแล้วหรือไม่	+1	0	0	1
2. อาการไม่พึงประสงค์นี้เกิดขึ้นหลังจากได้รับยาที่คิดว่าเป็นสาเหตุหรือไม่	+2	-1	0	2
3. อาการไม่พึงประสงค์นี้ดีขึ้นเมื่อหยุดยาดังกล่าว หรือเมื่อให้ยาด้านที่จำเพาะเจาะจง (specific antagonist) หรือไม่	+1	0	0	1
4. อาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อเริ่มให้ยาใหม่หรือไม่	+2	-1	0	0
5. ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นสามารถเกิดจากสาเหตุอื่น (นอกเหนือจากยา) ของผู้ป่วยได้หรือไม่	-1	+2	0	2
6. ปฏิกิริยาดังกล่าวเกิดขึ้นอีก เมื่อให้ยาหลอกหรือไม่	-1	+1	0	0
7. สามารถตรวจวัดปริมาณยาได้ในเลือด (หรือของเหลวอื่น) ในปริมาณความเข้มข้นที่เป็นพิษหรือไม่	+1	0	0	0
8. ปฏิกิริยารุนแรงเกิดขึ้น เมื่อเพิ่มขนาดยาหรือลดความรุนแรงลงเมื่อลดขนาดยาหรือไม่	1	0	0	0
9. ผู้ป่วยเคยมีปฏิกิริยาเหมือนหรือคล้ายคลึงกันนี้มาก่อน ในการได้รับยาครั้งก่อนๆ หรือไม่	+1	0	0	0
10. อาการไม่พึงประสงค์นี้ ได้รับการยืนยันโดยหลักฐานที่เป็นรูปธรรม (objective evidence) หรือไม่	+1	0	0	1
รวม				7

ระดับคะแนน	คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9	Definite	ใช่แน่
	คะแนนเท่ากับ 5-8	Probable	น่าจะใช่
	คะแนนเท่ากับ 1-4	Possible	อาจจะใช่
	คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0	Doubtful	น่าสงสัย

3. การสรุปผลการประเมิน บันทึกประวัติผู้ป่วย ลงในเวชระเบียน การออกบัตรแพ้ยา ส่งต่อ ข้อมูล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ

หลังผู้ป่วยหยุดยาและจากการประเมิน
อาการไม่พึงประสงค์ด้วย Naranjo algorithm⁽¹²⁾
ผู้ป่วยรายนี้แพ้ยา vancomycin ในระดับน่าจะใช่
(Probable) เภสัชกรได้บันทึก Pharmacist
note และติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาในเวชระเบียนผู้ป่วย
เพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับแพทย์และพยาบาลที่ดูแล

ผู้ป่วย ลงประวัติแพ้ยาใน OPD card และลง
ข้อมูลการแพ้ยาในฐานข้อมูล HIS2WORK เพื่อ
ป้องกันการแพ้ยาซ้ำ และออกบัตรแพ้ยา รวมถึง
ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติถึงความสำคัญของ
บัตรแพ้ยา แนะนำให้พกติดตัวพร้อมทั้งแจ้งให้
บุคลากรทางการแพทย์ทราบทุกครั้งที่มารับ
บริการว่ามีประวัติแพ้ยา แนะนำให้จดจำชื่อยา
และอาการที่แพ้

4. แนวทางการจัดการผู้ป่วยที่เกิดผื่น Exfoliative dermatitis เบื้องต้น ได้แก่ การหยุดยากลุ่มเสี่ยงทันที การรักษาตามอาการ และฝ้าระงังภาวะแทรกซ้อน^(1,5,6)

- ให้ออกจากทุกชนิดที่ไม่จำเป็น และหยุดยาที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุทันที หากผู้ป่วยได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน ให้หยุดยาที่น่าจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยแพ้มากที่สุดก่อนเกิดอาการ และหากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาเพื่อรักษาโรคต่อให้พิจารณายาทางเลือกอื่นแทน

แนวทางการรักษา

1. รักษาตามอาการ โดยเฉพาะ fluid, electrolyte, protein balance หากผู้ป่วยมีอาการคันให้ยา antihistamine ตามความเหมาะสม

2. ฝ้าระงังการติดเชื้อ โดยหมั่นทำการเพาะเชื้อจากเลือด ผิวหนัง เสมหะ ปัสสาวะและให้ยาปฏิชีวนะตามผลการเพาะเชื้อ

3. การดูแลผื่นผิวหนัง

- ทายาเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง เช่น น้ำมันมะกอกหรือสารพวก emollients เช่น vaseline, hydrophilic ointment ทาบ่อยๆ วันละหลายๆ ครั้ง
- หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้ผิวแห้งมากขึ้น เช่น สบู่หรือครีมอาบน้ำ
- ยาทาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (topical steroid) พิจารณาให้ชนิด mild ถึง moderate strength ทาผิวหนังวันละ 2 ครั้ง
- หลังจากทายาแล้วอาจจะเปิดผิวหนังทิ้งไว้หรือปิดผิวหนังด้วยผ้ากอซก็ได้ในกรณีที่ต้องการให้ยาถูกดูดซึมเข้าผิวหนังได้มากขึ้น (occlusion)

- Systemic steroid ควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป เช่น เป็นรุนแรงมาก สาเหตุจากแพ้ยา หรือ สาเหตุจากโรคผิวหนังที่ตอบสนองต่อ steroid โดยใช้ prednisolone 0.5 มก. – 1 มก./กก./วัน และลดขนาดยาอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นอาจเพิ่มขนาดยาได้ตามความเหมาะสม

ในผู้ป่วยรายนี้วันที่ 20 สิงหาคมแพทย์จึงหยุดยา vancomycin 1 gm IV q 48 hr เปลี่ยนเป็น ceftriaxone 2 gm IV q OD + clindamycin 900 mg IV q 8 hr และผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการ ได้แก่ NSS เพื่อสมดุลของน้ำและเกลือแร่ Hydroxyzine (10) 1x1 pc, Loratadine (10) 1x1 hs เพื่อรักษาอาการแพ้ คัน Urea cream 10% , Vasaline ทาผิวเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง

สรุป

ผู้ป่วยรายนี้เกิดการแพ้ยาชนิด exfoliative dermatitis ในระดับน่าจะใช่ (Probable) จากการใช้ vancomycin ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการ ฝ้าระงังการติดเชื้อ การดูแลผื่นผิวหนัง เปลี่ยนชนิดยา antibiotic เป็นต้น เกสซ์กรได้ออกบัตรแพ้ยา ลงประวัติแพ้ยาในระบบคอมพิวเตอร์ (HIS2WORK) ติดสติ๊กเกอร์แพ้ยาในเวชระเบียน เปลี่ยนปก opd card เป็นสีชมพู ส่งต่อข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยแก่บุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Davis M. Erythroderma in adults [internet]. UpToDate; 2017. [cited 2017 December 14]. Available from: www.uptodate.com
2. สถาบันโรคผิวหนัง. Exfoliative dermatitis [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2557] เข้าถึงได้จาก : <http://inderm.go.th /inderm/file/3.Exfoliative.pdf>.
3. Yacoub MR, Berti A, Campochiaro C, Tombetti E, Ramirez GA, Nico A, et al. Drug induced exfoliative dermatitis: state of the art. Clin Mol Allergy 2016; 14: 9.
4. MICROMEDEX® [Database on the internet]. Colorado: Thomson Reuters (Healthcare); c 1974-2017. DRUGDEX® System, Vancomycin; [cited 2017 December 14]. Available from: <http://www.micromedexsolutions.com>. Subscription required to view.
5. Forrence EA, Goldman MP. Vancomycin-associated exfoliative dermatitis. DICP 1990; 24(4): 369-71.
6. ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; c2560; [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2557] เข้าถึงได้จาก : http://thaihpvc.fda.moph.go.th/thaihvc/Public/_News/uploads/hpvc_1_3_4_100718.pdf.
7. ทิชา ลิ้มสุวรรณ. แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยแพ้ยา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ธันวาคม 2557] เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Patients%20with%20drug%20allergy%20and%20hypersensitivity.pdf>.
8. Chu CY. Acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) [internet]. UpToDate; 2017. [cited 2017 December 14]. Available from: www.uptodate.com
9. Feldmeyer L, Heidemeyer K, Yawalkar N. Acute Generalized Exanthematous Pustulosis: Pathogenesis, Genetic Background, Clinical Variants and Therapy. Int J Mol Sci 2016;17(8).
10. High WA, Roujeau JC. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis [internet]. UpToDate; 2017. [cited 2017 December 14]. Available from: www.uptodate.com
11. Downey A, Jackson C, Harun N, Cooper A. Toxic epidermal necrolysis: Review of pathogenesis and management. J Am Acad Dermatol 2012; 66(6): 995-1003.
12. จันทิมา โยธาพิทักษ์. การประเมิน ADR. ใน:ธิดา นิงสานนท์,จันทิมา โยธาพิทักษ์, บรรณาธิการ. ตรงประเด็นเรื่อง Adverse drug reaction. กรุงเทพฯ: ปรมัตถ์ การพิมพ์; 2549. หน้า 32.

โรคเนื้องอกของเส้นประสาทบริเวณคอ: รายงานผู้ป่วย

กฤตยา เลิศนาคร พ.บ.,ว.ว.โสต นาสิก ราชิงซ์วิทยา
กลุ่มงานโสต คอ นาสิก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

เนื้องอกของเส้นประสาทบริเวณคอ (Schwannoma of the cervical vagus nerve) เป็นเนื้องอกที่พบได้ไม่บ่อย มักพบในผู้ป่วยอายุ 30 – 60 ปี และอาจทำให้มีปัญหาในการผ่าตัดรักษา รวมไปถึงอาจเกิดผลข้างเคียงจากการผ่าตัด ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง โดยต้องวินิจฉัยแยกโรคกับเนื้องอกบริเวณคอชนิดอื่นๆ รายงานฉบับนี้นำเสนอผู้ป่วยที่มาด้วยอาการของก้อนโตที่คอและมาพบแพทย์เพื่อต้องการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอก ผลการวินิจฉัยก่อนผ่าตัด พบว่ามีลักษณะที่เข้าได้รับโรคเนื้องอกของเส้นประสาทบริเวณคอ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกทั้งหมด ผลชิ้นเนื้อวินิจฉัยเป็น Schwannoma ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยรายแรกของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชในรอบ 10 ปี

คำสำคัญ: เนื้องอกเส้นประสาทบริเวณคอ

Schwannoma of The Cervical Vagus Nerve: A Case Report

Kittaya Lertnakorn MD.

Department of Otolaryngology, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

Abstract

Nerve sheath tumors arising from the cervical vagus nerve is an uncommon benign nerve tumor. This tumor most often present as an asymptomatic solitary neck mass with slow growing and rare malignant transform. I report a 60-years-old male presented with a one year history of an asymptomatic right cervical mass. FNA revealed a presence of few cluster of epitheloid to spindle cell. He was meticulously evaluated with CT scan. Surgical excision of the lesion was carried out and histological examination revealed a Schwannoma. The incidence of such tumor and the management of my patients are discussed.

Keyword: schwannoma

บทนำ

ก้อนเนื้อบริเวณคอมีสาเหตุจากหลายพยาธิสภาพ เช่น เกิดจากการอักเสบ เนื้องอกชนิดร้ายแรง และเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ซึ่งจะแบ่งตามกลุ่มอายุในแต่ละช่วง เช่น อายุ 0 - 16 ปี มักจะพบชนิดที่เกิดจากการอักเสบมากที่สุด รองลงมาคือเป็นชนิดไม่ร้ายแรง โดยที่พบชนิดร้ายแรงน้อยที่สุด ส่วนกลุ่มอายุ 16 -40 ปี ก็พบชนิดที่เกิดจากการอักเสบมากที่สุดเช่นกัน แต่ในขณะที่กลุ่มอายุมากกว่า 40 ปี กลับพบเนื้องอกชนิดร้ายแรงมากที่สุด รองลงมาคือเป็นชนิดไม่ร้ายแรง โดยพบชนิดที่เกิดจากการอักเสบน้อยที่สุด

เนื้องอกของเส้นประสาทบริเวณคอ (Schwannoma หรือ Neurilemmoma) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรง ที่มีต้นกำเนิดมาจาก Schwannoma Cell ซึ่งเป็นเซลล์รอบๆ เส้นประสาทส่วนปลาย ลักษณะของก้อน คือ เป็นก้อนแข็งขอบเขตชัดเจน มีการดำเนินโรคแบบชนิดไม่ร้ายแรง คือ โตช้าและอยู่ตำแหน่งตามแนวเส้นประสาท หรืออยู่ติดกับตัวเส้นประสาท ไม่ว่าจะเส้นประสาทส่วนปลาย หรือเส้นประสาทบริเวณศีรษะ หรือเส้นประสาทของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยมีอาการแสดงที่พบได้คือ มาด้วยไม่มีอาการอะไรนอกจากคลำได้ก้อน โตช้า ก้อนแข็งบริเวณคอ ส่วนอาการของระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติจะพบได้น้อย

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มารับการรักษาที่ห้องตรวจโรค หู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ด้วยอาการก้อนโตที่คอด้านขวา โตมา 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ไม่มีอาการปวดที่ก้อน ก้อนโตขึ้นช้าๆ มีกลิ่นลำบากบางครั้งแต่ไม่มี

การกลืนติด ไม่มีอาการเสียงแหบ ต้องการมาตรวจเรื่องก้อนที่คอโตขึ้น และต้องการผ่าตัดก้อนที่คอออก ไม่มีประวัติเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลด

การตรวจร่างกาย พบมีก้อนโตที่คอ ด้านขวาบริเวณคอด้านข้างส่วนล่างเหนือกระดูกไหปลาร้าเล็กน้อย ก้อนแข็งมีลักษณะเนื้อแน่น ไม่ปวด สามารถขยับโยกได้เล็กน้อย ขนาดของก้อนประมาณ 5 เซนติเมตร ขอบเขตชัดเจนผิวเรียบ ตรวจในช่องคอเนื้อเยื่อปกติ ไม่มีการอักเสบ การขยับของเส้นเสียงปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจความเข้มข้นเลือดปกติ การตรวจปัสสาวะปกติ การตรวจปอดปกติ ผลการตรวจชิ้นเนื้อโดยใช้เข็มขนาดเล็กดูด (Fine Needle Aspiration: FNA) รายงานผลเป็น Presence of few cluster of epitheloid to spindle cell aggregate with minimal necrotic amorphous debris negative for malignancy. Differential benign spindle cell neoplasm such as Schwannoma. ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ก้อนเนื้องอกบริเวณคอรายงานผลเป็น The mass is hypodensity round shape well define border size about 4x4x5 cm with central round moderate enhancement suspected of nerve sheath tumor.

จากผลการตรวจข้างต้นแพทย์ได้แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดและผลข้างเคียงจากการผ่าตัดอาจมีเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 เป็นอัมพาตเสียงแหบได้ ผู้ป่วยและญาติต้องการให้ผ่าตัดก้อนเนื้องอกออก แพทย์จึงได้ทำการผ่าตัดเอาก้อนเนื้องอกออกโดยลงแผลผ่าตัดบริเวณคอหน้าต่อขอบของกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid ในการ

ผ่าตัดพบตัวโรคก้อนเนื้อขนาดประมาณ 5 เซนติเมตร firm consistency อยู่บริเวณ posterolateral ต่อ carotid artery ขอบเขตชัดเจน สามารถแยกก้อนออกตามแนวของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 และสามารถผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกมาได้ทั้งหมด ผลพยาธิวิทยา เป็น Schwannoma สภาวะผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยทั่วไปปกติดี มีเสียงแหบหลังผ่าตัดเล็กน้อย สามารถกลืนอาหารและน้ำได้ มีอาการบางครั้งเวลากลืนของเหลว และแผลผ่าตัดหายเป็นปกติ ตรวจ indirect laryngoscope มี true vocal cord ด้านขวา impair mobile ผู้ป่วยและญาติยอมรับผลข้างเคียงของการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกออกได้

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เป็นตัวอย่างของโรคเนื้องอกของเส้นประสาทบริเวณคอ ซึ่งปกติเนื้องอกบริเวณเส้นประสาทพบได้น้อย ประมาณร้อยละ 10 ของเนื้องอกชนิดนี้มาจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ผลการศึกษาในอดีตพบเพียง 95 ราย ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยอายุ 30 – 60 ปี ไม่แตกต่างกันในแต่ละเพศ⁽¹⁾ และแม้ว่าในวัยเด็กโตจะพบมาด้วยก้อนที่คอได้บ่อยแต่ส่วนมากก็เกิดจากต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอโต ส่วนเนื้องอกของเส้นประสาทจะพบได้น้อยในผู้ป่วยกลุ่มเด็ก

เนื้องอกของเส้นประสาท (schwannoma) พบได้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่ส่วนมากจะพบได้บริเวณศีรษะ คอ และบริเวณ flexor surface ของ upper และ lower extremities โดยร้อยละ 25 – 45 มีรายงานพบในบริเวณศีรษะและคอ โดยจะพบบริเวณผนังข้างลำคอ parapharyngeal space, บริเวณคอ, บริเวณไซนัส, บริเวณจมูกและในช่องปาก (oral cavity),

ใบหน้า,หนังศีรษะ (scalp), ในสมอง (intracranial cavity) และบริเวณกล่องเสียง (larynx) ซึ่งบริเวณลำคอด้านข้างจะพบรายงานผู้ป่วยมากที่สุดในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเนื้องอกที่อยู่นอกสมอง (extracranial schwannoma) และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (Vagus nerve) เป็นเส้นประสาทที่พบได้มากที่สุดของเนื้องอกชนิดนี้ ซึ่งอาจสามารถที่จะระบุเส้นประสาทที่เป็นต้นกำเนิดของเนื้องอกเพียงแค่ 1 ใน 4 ของเนื้องอกเส้นประสาทบริเวณคอเท่านั้น schwannoma ของบริเวณ parapharyngeal space พบได้ทั้งจากเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 11 และ 12 โดยพบคู่ที่ 10 มากที่สุด การวินิจฉัยก่อนผ่าตัดอาศัยจากประวัติของก้อนที่มีลักษณะคือ ไม่ปวด ก้อนแข็ง ขอบเขตชัดเจน ผล CT Scan จะช่วยในการวินิจฉัย โดยจะเห็นเป็นลักษณะ Well defined oval hypodense lesion คือเป็นก้อนกลมรี ขอบเขตเรียบ ความเข้มข้นต่ำ บริเวณ carotid space โดยพบ displacing the carotid, arteries anteriorly and the IJV laterally คือมีการแยกของหลอดเลือดแดง carotid มาทางด้านหน้า และหลอดเลือดดำใหญ่ไปทางด้านข้าง ส่วนผล MRI จะแสดงลักษณะของ masses of intermediate signal on T1-weighted images and increased signal intensity on T2-weighted images, with smooth, well-delineated margins and a homogenous overall คือมีความเข้มข้นของ T2-weighted images มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า Vagal schwannoma จะแยก common หรือ internal carotid artery ออกจาก the jugular vein ในขณะที่ schwannoma ของ cervical sympathetic chain จะไม่พบลักษณะเช่นนี้⁽²⁾ schwannoma ของ Vagus nerve

จะต้องแยกออกจาก carotid body และ glomus vagalis tumor เนื่องจากมีผลต่อการวางแผนการรักษา โดยตัว carotid body tumor จะอยู่บริเวณ carotid bifurcation และแยก external กับ internal carotid artery ออกจากกัน ในขณะที่ glomus vagale tumor จะเบียด internal carotid artery ไปด้านหน้าหรือด้านใน หรือทั้ง 2 อย่าง และ glomus tumor จะแสดงลักษณะของ enhance intensity ทั้ง CT และ MRI และเห็นเป็นลักษณะของ salt and pepper appearance ใน enhanced T1-weighted MRI เนื่องจากมี flow voids ภายในก้อนโดยจะไม่พบในพวก schwannoma สำหรับผู้ป่วยรายนี้จากลักษณะของ CT ที่พบมี hypodensity round shape mass on posterolateral ต่อ carotid artery และมองไม่เห็น internal jugular vein เนื่องจากตัวก้อนเบียด จึงมีลักษณะที่เข้าได้กับ schwannoma ส่วนผลชิ้นเนื้อโดยการทำ incisional biopsy จะไม่จำเป็นและไม่ทำ เนื่องจากเป็น vascular nature อาจจะไม่สามารถควบคุมภาวะเลือดออกได้ โดยผลชิ้นเนื้อหลังจากผ่าตัดก้อนออกมาแล้ว จะพบลักษณะของเซลล์ Antoni A และ Antoni B สำหรับการทำให้ FNA มีประโยชน์การวินิจฉัยผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนโตที่คอแต่ไม่ค่อยมีประโยชน์มากนักในกรณีของพวก neural tumor แต่ในผู้ป่วยรายนี้ได้ทำการตรวจ FNA เนื่องจากมีก้อนโตที่คอและคลำไม่ได้ pulsatile mass และผลที่อ่านรายงานเป็น benign spindle cell neoplasm such as Schwannoma สำหรับแนวทางการรักษา คือ การตัดก้อนเนื้องอกนั้นออกทั้งหมด โดยการเลาะก้อนเนื้องอกออกจาก capsule และ fascicles ของเส้นประสาท และควรตัดตัว capsule ออกให้มาก

ที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ส่วนในกรณีที่ไม่สามารถตัดก้อนเนื้องอกนี้อาจจำเป็นต้องตัดเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ออกด้วย พร้อมกับเนื้องอก ดังนั้นจะพบภาวะเสียงแหบหลังการผ่าตัดได้ แต่ส่วนมากอาการจะดีขึ้นหลังการผ่าตัด ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังการผ่าตัดที่อาจพบได้คือ pharynx-laryngeal anesthesia, สำลัก และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 9, 10, 11 และ 12 อัมพาตโดยอาจจะเป็นแบบชั่วคราวหรือถาวรก็ได้ การผ่าตัดโดยวิธี intracapsular enucleation technique สำหรับ vagus nerve tumors ถือเป็น standard surgical method⁽³⁾

นอกจากนี้ยังมีการใช้ continuous electrophysiological neurostimulation และ endoscopic observation of the ipsilateral vocal fold เข้ามาช่วยในการ monitor the recurrent laryngeal nerve ในขณะผ่าตัด⁽⁴⁾ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดก้อนเนื้องอกทั้งหมดโดยก่อนผ่าตัดได้อธิบายถึงผลข้างเคียงของการผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ โดยเฉพาะอาการของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 อัมพาต ผู้ป่วยและญาติยอมรับและยินยอมผ่าตัด ในผู้ป่วยรายนี้จึงได้ทำการผ่าตัดก้อนเนื้องอกออก

สรุป

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนโตที่คอ อาศัยการแบ่งตามกลุ่มอายุ และอาการแสดงของก้อนว่ามีลักษณะของก้อนอย่างไร โตเร็วหรือช้า มีอาการปวดอักเสบที่ก้อน หรือมีอาการร่วมอื่นๆนอกเหนือจากที่มีก้อนโตอย่างเดียวหรือไม่ และการตรวจโดยระบุตำแหน่งของก้อนว่าอยู่ด้านหน้าหรือบริเวณด้านข้างลำคอ อาการกด

เบียดอวัยวะข้างเคียง นอกจากนี้การตรวจร่างกายทางหู คอ จมูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีอาการผิดปกติของเนื้อเยื่อต่างๆของบริเวณจมูก ช่องปาก และลำคอว่ามีอาการกดเบียดจากตัวก้อนหรือไม่ มีเนื้อเยื่อเรียบปกติหรือไม่ อาการร่วมอื่นๆ เช่น กลืนลำบาก เสียงแหบ อ่อนแรง ระบบเส้นประสาทโตนกดทับ นอกเหนือจากการซักประวัติและตรวจร่างกายแล้ว การตรวจเอ็กซเรย์เพื่อประเมินลักษณะของก้อน ขนาด และขอบเขตของก้อน การกดเบียดอวัยวะข้างเคียง และการตรวจทางพยาธิวิทยา ก่อนการผ่าตัดในก้อนเนื้ออกที่ไม่ได้สงสัยว่ามาจากเนื้ออกหลอดเลือด ก็จะมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยก่อนการผ่าตัด ว่ามีลักษณะของโรคเข้ากับพยาธิสภาพของโรคใด เพื่อเป็นแนวทางในการ

วางแผนการผ่าตัดและแนะนำผลข้างเคียงของการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติให้ทราบและตัดสินใจยินยอมรับการผ่าตัดรักษา

สำหรับการผ่าตัดรักษา schwannoma โดยทั่วไปสามารถที่จะทำการผ่าตัดออกได้หมดเพื่อลดการเกิดเป็นซ้ำและการฟื้นฟูตัวของเส้นประสาทบริเวณใกล้เคียง โดยสามารถพบได้หลังจากได้รับการผ่าตัดไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกออก โดยหลังการผ่าตัดมีอาการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 เล็กน้อย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเสียงแหบเล็กน้อย และมีการล่าช้าเวลากินของเหลวเป็นบางครั้ง แต่โดยรวมสามารถกินได้ตามปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติยอมรับผลของการผ่าตัดได้

เอกสารอ้างอิง

1. Yasumatsu R, Nakashima T, Miyazaki R, Segawa Y, Komu S. Diagnosis and management of extracranial head and neck schwannomas: a review of 27 cases. *Int J Otolaryngol* 2013; 2013: 973045.
2. Furukawa M, Furukawa MK, Katoh K, Tsukuda M. Differentiation between schwannoma of the vagus nerve and schwannoma of the cervical sympathetic chain by imaging diagnosis. *Laryngoscope* 1996 Dec; 106 (12 Pt 1):1548-52.
3. Netterville JL, Groom K. Function-sparing intracapsular enucleation of cervical schwannomas. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2015 Apr; 23(2):176-9.
4. Ulmer C, Koch KP, Seimer A, Molnar V, Meyding-Lamadé U, Thon KP, Lamadé W. Real-time monitoring of the recurrent laryngeal nerve: an observational clinical trial. *Surgery* 2008 Mar; 143(3):359-65.

การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน

Management of Hypoglycemia in Diabetic Patients

Sirima Maneerojjana RN, MNS, APN. Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

ศิริมา มณีโรจน์ พย.ม, APN

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ (เบาหวาน)

หอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

บทนำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นความเสี่ยงทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการดูแลรักษาเบาหวาน และเป็นอุปสรรคสำคัญหรือข้อจำกัดในการควบคุมเบาหวาน อุบัติการณ์ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานมีประมาณ ร้อยละ 12-30⁽¹⁻²⁾ หรือ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁽³⁾ ปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักถูกละเลยหรือมองข้ามและรายงานน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในช่วงเวลากลางคืนหรือขณะหลับโดยไม่มีอาการ และมีผู้ป่วยที่แจ้งให้แพทย์ทราบว่าจะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ร้อยละ 15⁽⁴⁾

กลูโคสเป็นผลจากเมตาบอลิซึมสำหรับการทำงานสมอง หากขาดกลูโคสเป็นเวลานานส่งผลให้การทำงานของสมองล้มเหลวหรืออาจโคม่าและเสียชีวิตได้ ดังนั้นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำเป็นต้องจัดการทันที เพื่อลดอันตรายหรือความรุนแรงจากการขาดกลูโคสของเนื้อเยื่อสมองและให้การทำงานของสมองกลับมาเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์ในทางปฏิบัติพบว่าบางครั้งมีการจัดการล่าช้า และให้น้ำหวานในปริมาณมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต้องย้อนกลับมาแก้ไขอีกครั้ง จึงควรมีการจัดการความรู้เพื่อให้เกิดความ

เข้าใจและมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย⁽⁵⁾ หากไม่ตระหนักหรือมีการจัดการล่าช้า จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว โคม่าและอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นทีมสุขภาพจำเป็นต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงและป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมทั้งควรใช้ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติและปรับเปลี่ยนการรักษาโดยใช้อาการทางคลินิกและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความฉบับนี้เพื่อ ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน และนำเสนอประสบการณ์การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมทันต่อสภาวะการเจ็บป่วยและเกิดคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

ความหมาย

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานหมายถึง ภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่สูงกว่าเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (น้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดที่น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เป็นระดับที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและแก้ไขได้เร็ว

(glucose alert level) ก่อนที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง และเป็นระดับที่เริ่มมีผลต่อระบบควบคุมไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงมากเกินไป (glucose counter-regulatory system) ซึ่งประกอบด้วย กลูคากอน เอปิเนฟริน โกรทฮอร์โมน และคอร์ติซอล เพื่อเพิ่มระดับกลูโคสในเลือด และกระตุ้นการหลั่งสารส่งผ่านประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ นอร์เอปิเนฟริน และอะเซทิลโคลีนจากระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) เพื่อให้เกิดอาการเตือนซึ่งนำสู่การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ⁽⁶⁻⁷⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำใช้ 3 องค์ประกอบ (whipple's triad) คือ 1) ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 2) มีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และ 3) อาการหายไปเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น⁽⁸⁾

อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีอาการเริ่มต้นหรืออาการนำต่างกัน มีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล⁽⁹⁾ หรือบางคนอาจไม่มีอาการเตือนหรือไม่แสดงอาการเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia unawareness)⁽¹⁰⁾ โดยส่วนใหญ่อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แบ่งเป็น 2 กลุ่มอาการคือ⁽⁶⁻⁷⁾ ดังนี้คือ

1. อาการอโตโนมิก (autonomic symptoms) เป็นผลจากสมองรับรู้ว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดขึ้นและส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการหลั่งแคทีโกลามีนและอะเซทิลโคลีนเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหิว เหงื่อออก มือสั่น กระสับกระส่าย ความดันโลหิตสูง รู้สึกกังวล คลื่นไส้ และชา
2. อาการสมองขาดกลูโคส (neuroglycopenic symptoms) อาการจะเกิดขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าระดับที่ทำให้เกิดอาการอโตโนมิก ได้แก่ อ่อนเพลีย รู้สึกร้อนทั้งที่ผิวหนังเย็นขึ้น ปวดศีรษะ มึนงง ปฏิกริยาตอบสนองช้าลง สับสน ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว พูดซ้ำ ง่วงซึม อ่อนแรงครึ่งซีก คล้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หากรุนแรงมากอาจหมดสติ และชัก

การแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งตามระดับน้ำตาลในเลือด อาการและอาการแสดง และความสามารถของผู้ป่วยในการแก้ไขอาการ ซึ่งจากการประชุมของ The International Hypoglycemia Study Group 2017 ได้เสนอแนะการรายงานอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็น 3 ระดับ⁽¹¹⁾ ดังนี้คือ

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ระดับ	ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	ความหมาย/อาการและอาการแสดง
ระดับ1: ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับเล็กน้อย (mild hypoglycemia)	<70 mg% หรือ (3.9 mmol/L)	ภาวะที่ควรตื่นตัวหรือเฝ้าระวัง (glucose alert value) มีอาการที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งผู้ป่วยสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง โดยใช้คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวที่ดูดซึมเร็ว (fast acting carbohydrate) และการพิจารณาปรับการรักษาเบาหวาน
ระดับ2 : ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับปานกลาง (moderate hypoglycemia)	< 54 mg% (3.0 mmol/L)	อาการบ่งชี้ของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (clinically significant hypoglycemia) ที่อาจทำให้เกิดความรุนแรงได้
ระดับ3 : ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (severe hypoglycemia)	ไม่จำกัดค่าระดับน้ำตาลในเลือด	อาการสมองขาดกลูโคสรุนแรงและมีอาการที่สัมพันธ์กับการพร่องการรู้คิด (severe cognitive impairment) และไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองและต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ

**ผลกระทบของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำใน
ระยะสั้นและระยะยาว**

ผลกระทบระยะสั้น : ทำให้รบกวนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความไม่สุขสบายต่างๆ เช่น หัวใจสั่น เหงื่อออก การนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพการเรียนหรือการทำงานลดลง⁽¹²⁾ ทำให้ผู้ป่วยกลัวภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีความกังวลในระดับเดียวกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวาน⁽¹³⁾

ผลกระทบระยะยาว : ส่งผลต่อการทำงานของสมองด้านการรู้คิดบกพร่อง (cognitive dysfunction) มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นและที่สำคัญคือเพิ่มความเสี่ยงต่อ CV event ทำให้เกิด ventricular arrhythmia จะทำให้เพิ่ม cardiac output อัตราการเต้นของหัวใจและเพิ่ม myocardial contractility ทำให้หัวใจ

ใจเต้นผิดจังหวะ เกิดการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ชักและหมดสติ⁽¹⁴⁾ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมองและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยรวม นอกจากนี้เป็นสาเหตุของอุบัติเหตุและเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยหรืออันตรายในการทำงาน เช่น การพลัดตกหกล้ม การเกิดอุบัติเหตุทางยานพาหนะ และบาดเจ็บต่างๆ⁽¹⁵⁾ และทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁽¹⁶⁾ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาลและหลังจำหน่าย⁽¹⁷⁾ ส่งผลต่อความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ภาวะเครียดหรือซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ทำให้ความพึงพอใจในการรักษาลดลงและคุณภาพชีวิตลดต่ำลง⁽¹⁸⁾

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม⁽¹⁰⁾ ดังนี้คือ

1) ด้านการใช้ยา (medication) ยาฉีดอินซูลินและกลุ่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (insulin secretagogue) ได้แก่ ยากลุ่ม sulfonylurea ยากลุ่ม glinide และยากลุ่มอื่นๆ เมื่อใช้เป็นยารักษาพร้อม (combination therapy) กับอินซูลินหรือยากลุ่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ก็สามารถส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้⁽⁶⁾ หรือกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบเข้มงวด (tight control or intensive therapy) ทำให้อัตราการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁹⁾

2) ด้านวิถีชีวิต (lifestyle) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงชนิดและปริมาณอาหาร การรับประทานอาหารน้อยกว่าปกติหรือไม่เพียงพอ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ภาวะทุพโภชนาการ หรือถูกงดอาหารและน้ำทางปาก (NPO) การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา หรือเว้นระยะเวลารับประทานอาหารนานเกินไปหลังฉีดอินซูลิน หรือการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้มีการผลิตที่กลูโคสที่ต่ำน้อยลง หรือมีกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายใช้กลูโคสเพิ่มขึ้น ได้แก่ การออกกำลังกายมากขึ้น อดนอน และภาวะเครียด⁽²⁰⁾

3) ด้านภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (complication of diabetes) เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคตับ หรือมีความซับซ้อนทางคลินิกสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุหรืออายุมากกว่า 70 ปี มีภาวะสมองเสื่อม โรคไตระยะสุดท้าย หรือมีโรคเรื้อรังที่รุนแรงร่วมกัน 3 โรคหรือมากกว่า⁽¹⁹⁾ มีประวัติการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมาก่อน หรือมีภาวะน้ำตาล

ในเลือดต่ำโดยไม่มีสัญญาณเตือน (hypoglycemic unawareness)⁽¹²⁾

การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและ ข้อแนะนำทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

องค์ประกอบสำคัญในการดูแลโรคเบาหวานคือ การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งประกอบด้วยแนวทาง⁽²¹⁾ ดังนี้คือ

1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล (patients education) เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและการจัดการที่เหมาะสม

2) การแนะนำและป้องกันด้านโภชนาการ (dietary intervention) เช่น การวางแผนด้านมื้ออาหาร หากได้รับยาในกลุ่มซัลฟอนิลยูเรียหรืออินซูลิน จัดเตรียมอาหารว่างที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวที่ออกฤทธิ์สั้นไว้ตลอดเวลาหรือการรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อก่อนนอนเพื่อป้องกันภาวะ nocturnal hypoglycemia

3) การจัดการเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (exercise management) เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้มีการใช้กลูโคสเพิ่มขึ้น (glucose utilization) จึงควรประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทั้งก่อนออกกำลังกาย ระหว่างและหลังออกกำลังกาย หรือเตรียมอาหารว่างมีคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวที่ออกฤทธิ์สั้นติดตัวระหว่างการออกกำลังกาย หรือรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกาย รวมทั้งปรับขนาดของอินซูลินถ้ามีการวางแผนที่ชัดเจนในการออกกำลังกาย

4) การปรับเปลี่ยนยา (medication adjustments) เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกิดในกลุ่มที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและยารับประทานกลุ่มที่มีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน จึงควรเปลี่ยน

มาใช้ยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ เช่น insulin analog หรือ non-SU

5) การส่งเสริมการตรวจปลายนิ้วด้วยตนเอง (self-monitoring blood glucose : SMBG) เป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ และการปรับเป้าหมายในการควบคุมเบาหวานให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย

6) การเฝ้าระวังอาการทางคลินิก (clinical surveillance) เช่น การประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทุกครั้งที่มาตรวจติดตามการรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน รวมทั้งการให้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

แนวทางการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน

เป้าหมายสำคัญของการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ คือการประเมินและแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว มีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงการแก้ไขที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็น (over treatment) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง⁽²²⁾ การจัดการที่ถูกต้องและเหมาะสมคือ ใช้กลูโคสหรือคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว 15-20 กรัม⁽²³⁾ ได้แก่ กลูโคสเม็ด 3 เม็ด น้ำส้มคั้น 180 มล. น้ำตาล 3 ช้อนชา น้ำส้มคั้น 180 มล. น้ำผึ้ง 3 ช้อนชา นมสด 240 มล. ขนมปัง 1 แผ่น กล้วย 1 ผล ไอศกรีม 2 สคูป⁽²⁴⁾ ซึ่งจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 50 – 65 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร⁽²⁵⁾ และควรติดตามและประเมินผล ในเวลา 15-20 นาที⁽⁶⁾ และไม่แนะนำให้ใช้อาหารที่มีไขมันสูง (fat-rich) เช่น ของหวานหรือชอคโกแลต เนื่องจากเป็นอาหารที่ดูดซึมช้าและอาจส่งผลให้

เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในระยะต่อมา⁽²²⁾ ซึ่งแนวทางปฏิบัติการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน⁽²⁶⁾ ดังนี้

1. ขั้นตอนการประเมินอาการ

1.1 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

1.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัว และความสามารถในการรับประทานอาหาร

2 ขั้นตอนการจัดการ แบ่งเป็น 3 กรณี ตามระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และความสามารถในการรับประทานอาหาร ดังนี้

2.1 กรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือด (CBG) อยู่ระหว่าง 50-69 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถรับประทานอาหารได้ ไม่งดอาหารและน้ำ (NPO)

- รายงานแพทย์ เมื่อแพทย์สั่งน้ำหวาน ให้เตรียมดังนี้คือ ให้น้ำหวานเข้มข้น (เฮลซ์บลูบอย) 30 ซีซี (เท่ากับคาร์โบไฮเดรต 19.5 กรัม) ผสมน้ำ 60 ซีซี และให้ผู้ป่วยดื่มให้หมด

- ประเมิน CBG ซ้ำ หลังให้น้ำหวานนาน 15-20 นาที

- ถ้าระดับ CBG น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ดื่มน้ำหวานซ้ำได้ อีก 1 ครั้ง และประเมินระดับ CBG ซ้ำในเวลา 15-20 นาที

- ถ้าระดับ CBG มากกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และใกล้เวลาอาหารมื้อหลัก ให้รับประทานอาหารมื้อหลักทันที ถ้ายังไม่ถึงเวลาอาหารมื้อหลัก (ห่างจากเวลาอาหารมื้อหลักมากกว่า 1 ชั่วโมง) ให้รับประทานอาหารว่างที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) 15 กรัม เช่น นมจืด 1 กล่อง แคร็กเกอร์จืด ชนิดกลม 4 แผ่นหรือชนิดสี่เหลี่ยม

2 แผ่น ขนมปังปอนด์ 1 แผ่น หรือ ส้ม 1 ผล แอปเปิ้ล 1 ผล กล้วย 1 ผล เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ เนื่องจากอาหารที่มีการย่อยเป็นกลูโคสและดูดซึมเร็ว ได้แก่ น้ำหวาน น้ำผลไม้ ทอฟฟี่ ทำให้ระดับกลูโคสในเลือดเพิ่มขึ้นเร็วแต่จะมีการย่อยและดูดซึมเร็วเช่นกันจึงอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีกได้ในระยะเวลาอันสั้น ส่วนคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนจะย่อยเป็นกลูโคสและดูดซึมช้ากว่า จะช่วยคงระดับกลูโคสในเลือดให้สูงขึ้นได้นานกว่า และช่วยลดการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ

2.2. กรณีระดับน้ำตาลในเลือด (CBG) ต่ำกว่า 54 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถรับประทานอาหารได้ /ไม่งดอาหารและน้ำ (NPO)

- รายงานแพทย์ทราบ เมื่อแพทย์สั่งน้ำหวาน ให้เตรียมดังนี้คือให้น้ำหวานเข้มข้น (เฮลซ์บลูบอย) 40 ซีซี (เท่ากับคาร์โบไฮเดรต 26 กรัม) ผสมน้ำ 60 ซีซี และให้ผู้ป่วยดื่มให้หมด
- ประเมิน CBG ซ้ำ หลังให้น้ำหวานนาน 15 - 20 นาที
- ถ้าระดับ CBG น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้ดื่มน้ำหวานซ้ำได้อีก 1 ครั้ง และประเมินระดับ CBG ซ้ำในเวลา 15 -20 นาที
- ถ้าระดับ CBG มากกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (ปฏิบัติเหมือนข้อ 2.1)

2.3 กรณีระดับน้ำตาลในเลือด (CBG) ต่ำกว่า 54 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวดี หรืออยู่ในช่วงงดอาหาร และน้ำ (NPO) ให้ปฏิบัติดังนี้

- รายงานแพทย์ทราบ

- เปิดเส้นเลือดดำ เพื่อเตรียมให้สารน้ำและยา
- เตรียมและให้กลูโคส (50% glucose จำนวน 25-50 ml) ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์
- เจาะ CBG ซ้ำ หลังให้กลูโคสนาน 15 - 20 นาที และประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- ถ้าระดับ CBG น้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร รายงานแพทย์ซ้ำเพื่อปรับแผนการรักษา
- ถ้า CBG มากกว่า 70 mg% ประเมินปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3. ขั้นตอนการประเมินและติดตามอาการ

3.1 หลังจากการให้น้ำหวาน หรือ คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว 15-20 กรัม ควรมีการประเมินและติดตามระดับ CBG ซ้ำในเวลา 15-20 นาที

3.2 หากระดับน้ำตาลในเลือดหลังการแก้ไข 2 ครั้งยังอยู่ในเกณฑ์ไม่เหมาะสม ให้รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา

4. ขั้นตอนการประเมินปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

โดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการค้นหาสาเหตุของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และควรประเมินว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากน้อยเพียงใด และให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือเรียนรู้ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะนี้ได้เหมาะสม

**การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ :
จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ**

จากการนำแนวปฏิบัติพยาบาลการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชชนนครศรีธรรมราช ประเมินผล 2 ประเด็นหลัก คือ 1) กระบวนการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อให้มั่นใจว่าพยาบาลมีการประเมินอย่างรวดเร็วและจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้เหมาะสม และ 2) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นในระดับที่เหมาะสมคือ 107.7 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 73.1 มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับเล็กน้อย และร้อยละ 66.7 เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงเวลากลางคืนหรือเวรบาย-ดึก ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวพยาบาลเป็นผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จึงสามารถจัดการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขณะรักษาในโรงพยาบาลได้รวดเร็วมากกว่าการรอคอยบุคลากรอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ร้อยละ 73 ของ

การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้รับการแก้ไขโดยพยาบาล⁽²⁷⁾

สรุป

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นข้อจำกัด ในการควบคุมเบาหวานแบบเข้มงวด ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการควบคุมเบาหวาน ควรกำหนดเป้าหมายและค่านึงถึงปัจจัยเสี่ยงในแต่ละบุคคล และเลือกรูปแบบการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการให้ความรู้แก่ทีมสุขภาพและผู้ป่วยเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้เหลือน้อยที่สุด และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ฤกษ์ ภาณุจันท์รัฐ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม โรงพยาบาลมหาราชชนนครศรีธรรมราช ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้บทความฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Curkendall SM, Zhang Bin, Oh KS, Williams SA, Pollack MF, Garham J. Incidence and Cast of Hypoglycemia Among Patients with Type 2 Diabetes in United States : Analysis of Health Insurance Database. JCOM. 2011 ;18 :455-462.
2. Stargardt T, Gonder- Frederick L, Krobot KJ, & Alexander CM. Fear of hypoglycemia : defining a minimum clinically important difference in patients with type 2 diabetes. Health and Quality of life Outcome. 2009 ;7 :91-99.

3. NHS Diabetes (2011). Recognition Treatment and Prevention of Hypoglycemia in community cited in Stefanova SD et al. Hypoglycemia : Cause, risk factor and pathophysiology. Nursing Standard. 2013 ;27 :42-48.
4. Leiter LA, et al. Assessment of the impact of fear of hypoglycemic episodes on glycemic and hypoglycemia management. Can J Diabetes. 2005 ;29 :186-92.
5. Baker H, Hammersley M, Stephenson S, Sumner J. Managing hypoglycaemia in hospital. Journal of Diabetes Nursing. 2007 ;11 :108-112.
6. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, Heller SR, Monitori VM, Seaquist ER, Service FJ. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2009; 94 :709-28.
7. Seaquist ER, Anderson J, Chids B, Cryer P, Dagogo-Jack S, Fish L, et al. Hypoglycemia and Diabetes : A report of a workgroup of the American Diabetes Association and The Endocrine Society. J Clin Endocrinol Metab. 2013 ;98 :1384 -1395.
8. American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia. Defining and reporting hypoglycemia in diabetes. Diabetes Care. 2005; 28 :1245-9.
9. Boyle PJ, Zrebiec J. Management of diabetes-related hypoglycaemia. Southern Medical Journal. 2007; 100 :183-194.
10. Joint British Diabetes Societies (JBDS) for Inpatient Care Group.(2010) The Hospital Management of Hypoglycemia in Adults with Diabetes Mellitus. NHS Diabetes, London. Available at : [http. www.diabetes.nhs.uk](http://www.diabetes.nhs.uk).
11. International Hypoglycemia Study Group. Glucose concentrations of less than 3.0 mmol/L(54 mg/dL) should be reported in clinical trials: a joint position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of diabetes. Diabetes Care. 2017 ;40 :155-7.
12. Segej SA, Paramore DS, Cryer PE. Hypoglycemia- associated autonomic failure in advanced type 2 diabetes. Diabetes Care. 2002 ;51 :724-33.

13. Whitmer Ra, karter AJ, Yaffe K, Quesenberry CP JR, Selby JV. Hypoglycemic episodes and risk of dementia in older patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA*. 2009; 301 :1565 -72.
14. Hsu P, Sung S, Cheng H, Yeh J, Liu W, Chan W, Chuang S. Association of clinical symptomatic hypoglycemia with cardiovascular events and total mortality in type2 diabetes. A nationwide population-based study. *Diabetes Care*. 2016 ;36 :894-900.
15. Korytkowski MT, DiNardo M, Donihi AC, Bigi L, Devita M. Evolution of a diabetes in patient safety committee. *Endocr. Pract.* 2006; 12 :s91-s99.
16. Curkendall SM, Natoli JL, Alexander CM, Nathanson BH, Haidar T, Dubois RW. Economic and Clinical impact of inpatient diabetic hypoglycemia. *Endocr Pract.* 2009 ;15 : 302-312.
17. Turchin A, Matheny ME, Shubina M, Scalon JV, Greenwood B, Pendergrass ML. Hypoglycemia and clinical outcomes in patients with diabetes hospitalized in the general ward. *Diabetes Care*. 2009;32 :1153-1157.
18. Williuams SA, Pollack MF, DiBonaventura M. Effects of hypoglycemia on health-related quality of life, treatment satisfaction and healthcare resource utilization in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011 ;91 :363-370.
19. McCoy RG, Lipska KL, Yao X, Ross LS, Montori VM, Shah ND. Intensive treatment and severe hypoglycemia among adults with type 2 diabetes. *JAMA Intern Med*. 2016 ;176 :969-78.
20. Segej SA, Paramore DS, Cryer PE. Hypoglycemia- associated autonomic failure in advanced type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2002 ;51 :724-33.
21. American Diabetes Association. Position statement : Standard of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care*. 2013 ;36 Suppl1 :S11-66.
22. Canadian Diabetes Association. Clinical Practice Guideline Expert Committee. Practice Guideline for the prevention and management of diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2008 ;32 (Suppl.1) :s62-s64.

23. Mezquita-Raya P, et al. Position Statement : Hypoglycemia management in patient in patients with diabetes mellitus. Diabetes Mellitus Working Group of the Spanish Society of Endocrinology and Nutrition. EndocrinolNutr. 2013 ;60 :517.e1-517.e18.
24. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนสุตา สยามราชกุมาร,สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ :อรุณการแพทย์ ;2557.
25. Anthony, M. Hypoglycemia in hospitalized adults. Medsurg Nursing. 2008,17 ; 31-40.
26. ศิริมา มณีโรจน์ ธนัชพร ลาภจตุ และกัญจนา ปุกคำ. การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 2: 126-39.
27. Chinnasamy E, Mandal A, Khan S, Iqbal F, Patel N. Nurses’s knowledge of inpatient hypoglycemia management. Journal of Diabetes Nursing. 2011; 15: 313–7.

เรื่องเล่า ทศนคติสีดอกเลา จะแบ่งบ้านที่ยานซื่อ

ความคิด ความเชื่อที่ลงตัว พร้อมจะพัฒนา ไม่มีวันเหี่ยวเฉา แต่จะแบ่งบ้านจากรุ่นสู่รุ่นตลอดไป

สิริดา สุวรรณธาดา

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช

เมื่อ 2 ปีที่แล้ว ณ รพ.สต.บ้านย่านซื่อ มีผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้มารับการตรวจโรคเพื่อรับยาไปทานกันอย่างล้นหลาม ขณะที่เราเดินผ่านไปนั่งรอตรวจฟันให้ผู้ป่วยกลุ่มนั้น เราได้ยินผู้ชราหญิงชาย ที่มีผมสีดอกเลาที่คล้ายคลึงกัน พูดคุยกันอย่างสนิทสนมว่า “เฮ้อ! ไม่รู้เมื่อไหร่จะหายเสียที เป็นทั้งเบาหวาน ทั้งความดัน ฉานอยากกินขนมหวาน พวกลอดช่องน้ำกะทิก็กินไม่ได้” แล้วอีกเสียงก็เสริมขึ้นมาว่า “ใช่ๆ ฉานก็ห่มอห้ามกินของหวานๆ ของมันๆ เหมือนกัน” เราก็เลยแอบคิดว่า ถ้าผู้ชราเหล่านี้เชื่อฟังเราในการดูแลทันตสุขภาพ และปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตภิบาลอย่างเราบ้าง ก็คงจะดีไม่น้อย

หลังจากผู้ป่วยได้ทยอยตรวจโรคเสร็จ ก่อนจะรับยา เจ้าหน้าที่รพ.สต.ได้ประกาศว่า “ขอให้คนไข้ที่ตรวจโรคเสร็จแล้ว ทยอยไปตรวจฟันกันด้วย” ผลปรากฏว่า นั่งกันนั่งเจียบไม่ขยับเขยื้อน สักพักได้ยินเสียงเปรยมาว่า “อย่าตรวจเลย! แก่แล้ว อีกไม่นานก็ตายแล้ว” และได้ยินอีกเสียงเสริมมาว่า “ฟันคนเรา ใช้งานไปนานๆ มันก็ต้องผุพังเป็นเรื่องธรรมดา มันไม่เจ็บอะไรไม่รู้จะตรวจไปทำไม” เราได้ยินก็รู้สึกท้อใจที่ได้รับรู้ว่า ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ชราเหล่านั้น มีทัศนคติต่อทันต-สุขภาพเช่นนี้ มองเห็นการมีฟันผุเป็นเรื่องธรรมดาว่าจะต้องผุพังไปตามวัย ในนาที่นั้นถึงแม้จะท้อใจ แต่เราไม่ควรจะท้อถอย เราตัดสินใจว่าจะต้องคุยกับผู้ป่วยเหล่านั้นให้เข้าใจ แต่เราจะคุยอย่างไร? เพื่อให้ผู้ป่วยฟังเรา

เพราะจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้เรารู้ว่าการจะเข้าไปให้ทันตสุขศึกษา แก่ผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ยากมาก เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้ 1 - 2 เดือน จะได้ออกจากบ้านมาเจอกันที่ รพ.สต. ได้มานั่งคุยหยอก ล้อกันพอได้คลายเหงา จนไม่ได้ยินเสียงเรียกชื่อตนเองให้ไปรับบริการตรวจเสียด้วยซ้ำ ซึ่งถ้าหากเราเข้าไปสอนทันตสุขศึกษาตามทฤษฎีที่ได้ร่ำเรียนมา เราเชื่อว่าในสถานการณ์เช่นนั้น เราไม่สามารถใช้วิธีการสอนเหมือนที่เราสอนนักเรียนประถมศึกษาได้ ส่วนเรื่องการตรวจฟันก็เช่นกัน หากเราจะบังคับว่าทุกคนต้องตรวจ ถ้าไม่ตรวจจะไม่ได้รับยา รีบๆตรวจให้ได้จำนวนคนไข้เยอะๆ แล้วจดบันทึกว่าคนไข้มีฟันทั้งหมดกี่ซี่ มีฟันผุกี่ซี่ มีคู่สบกี่คู่ ก้มหน้าก้มตาตรวจแข่งกับเวลา เพื่อให้ได้ยอดคนไข้มากมาย โดยไม่ได้พูดคุยสร้างสัมพันธ์กับคนไข้เลย การได้ยอดคนไข้ที่มารับบริการตรวจฟันมากมาย เรามีความภาคภูมิใจหรือ กับการเอาข้อมูลไปคีย์ลงโปรแกรมเพื่อให้ผ่านตัวชี้วัด แต่ผลลัพธ์กับประชาชนที่เป็นผู้ป่วยเหล่านั้นจะเป็นเช่นไรกับการตรวจฟันผ่านไปแล้วคนเล่า และทันทีที่คล้อยหลังไปจากเรา ผู้ป่วยสามารถดูแลทันตสุขภาพของตัวเองได้หรือไม่ เราภูมิใจหรือกับการคีย์ข้อมูลผ่านตัวชี้วัดการให้บริการทันตกรรมอย่างมีคุณภาพ 200 คน ต่อ 1,000 ประชากร มันมีคุณภาพจริงหรือหากพวกเขาไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้ไม่มีปัญหาได้เราจะภูมิใจได้อย่างไรหากไม่สามารถเปลี่ยนทัศนคติ

เดิมๆของประชาชนในชุมชนชนบทเหล่านั้น ให้หันมาใส่ใจสุขภาพช่องปากของตนเองและบุตรหลานได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น เราจึงเริ่มสร้างสัมพันธ์ไมตรี ด้วยการพูดคุยกับผู้ป่วยโดยถามว่า วันนี้มาตรวจรักษาโรคอะไรกันบ้าง คุณตาคนนึง ทราบชื่อในภายหลัง ชื่อคุณตาจรรยาบอกว่า ตนเองเป็นทั้งเบาหวาน ความดัน และโรคหัวใจครบครันเลย เราจึงถามว่า เป็ไหม ที่ต้องกินยามากมายขนาดนี้ ผู้ชราตอบว่า “เป็อกก็ทำยังไงได้ละลูกหมอ มันเป็นแล้วมันก็หายยาก ต้องกินยาอย่างเดียวแหละ ถ้าไม่กินยาอาการก็กำเริบขึ้นมาอีก” เราจึงถามว่า แล้วทราบไหมว่าโรคเรื้อรังเหล่านี้ที่ทุกคนเป็น จะมีอาการรุนแรงขึ้นหากเรามีฟันผุเป็นหนองที่ปลายรากฟัน หรือเป็นโรคปริมาตรที่มีฟันโยกอยู่ในช่องปาก คราวนี้ทุกคนต่างส่ายหน้า เราหันไปมองทุกคนที่ต่างก็หันมาตั้งใจฟัง เราถามว่าใครเคยปวดฟันบ้าง คุณตาจรรยาตอบว่า “ตาเคยปวดตอนที่ยังมีฟันอยู่ ไม่ได้หลับได้นอนเลย แต่ตอนนี้ไม่มีฟันเหลือแล้ว” เราจึงบอกว่า การปวดฟันนั้นแหละทำให้เกิดความเครียด เมื่อเครียดมาก ความดันก็ขึ้น เมื่อความดันสูงมาก อาจเกิดเส้นเลือดในสมองแตกเป็นอันตรายได้ คราวนี้ทุกคนต่างเงิบเสียง และหันมาฟังอย่างสนใจ เราจึงอธิบายต่อว่า คนที่เป็นโรคเบาหวาน หากไม่ดูแลสุขภาพฟันและเหงือกให้ดีจนเกิดเป็นโรคปริมาตร จะทำให้เหงือกบวมอักเสบรุนแรง แผลหายยากมาก คุณป้าคนหนึ่งจึงถามว่า แล้วจะทำอย่างไรไม่ให้เป็นโรคปริมาตร คราวนี้เราจึงได้โอกาสอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคปริมาตร โรคฟันผุ เหงือกอักเสบ การป้องกันและการรักษา รวมถึงผลเสียของการเกิดโรคในช่องปาก การไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหารที่เป็นต้นเหตุทำให้ร่างกายไม่สามารถดูดซึมสารอาหารไปเลี้ยงอวัยวะ

ส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และมีผลกระทบไปถึงระบบต่างๆในร่างกายอีกด้วย เช่น การไม่มีฟันเคี้ยวข้าวทำให้กระเพาะอาหารทำงานหนัก ท้องผูกถ่ายไม่ออกร่วมด้วย คราวนี้ทุกคนส่งเสียงเห็นด้วย โดยบอกว่า “ใช่ ท้องผูกมาก ถ่ายไม่ออก ต้องพึ่งยาถ่ายทุกวัน” เราจึงบอกถึงผลเสียของการกินยาถ่ายทุกวัน ทำให้ลำไส้ไม่มีแรงบีบตัวในการขับถ่าย ต้องพึ่งยาตลอดไป ซึ่งการกินยามากเกินไปก็ไม่ดี เพราะฉะนั้นเราต้องรักษาฟันที่เหลืออยู่เอาไว้เคี้ยวอาหารให้ละเอียดดีกว่า ส่วนคนที่ไม่มีฟันเหลือแล้ว ก็ควรไปใส่ฟันเทียม คุณป้าคนหนึ่งจึงถามว่า ฟันมันผุไปแล้วจะทำยังไงได้บ้าง เราจึงบอกว่า ั้งมาตรวจดูก่อน ถ้าอุดได้ก็จะนัดมาอุด ถ้าอุดไม่ได้ก็ต้องถอนแล้วไปใส่ฟันเทียม ส่วนคนที่มีหินปูนก็จะนัดมาขูดหินปูน เพื่อป้องกันไม่ให้เหงือกอักเสบ ลุกลามจนกลายเป็นปริทันต์อักเสบ หรือโรคปริมาตร คราวนี้ผู้ป่วยทุกคน ต่างก็ลุกขึ้นมารับบริการตรวจฟันทันทีด้วยความเต็มใจ คราวนี้...เราคงได้ยอดผู้ป่วยเพื่อไปตอบโจทย์ตัวชีวิต การให้บริการทันตกรรมที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม อย่างน้อย 200 คน ต่อ 1,000 ประชากร แล้วอย่างเน่นอน เมื่อเราตรวจมาจนถึงคิวสุดท้าย คือคุณตาจรรยา เราพบว่าคุณตาไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหาร เราจึงแจ้งคุณตาให้ไปใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาล คุณตาบอกว่า “ตาเองก็อยากใส่ฟันเทียม จะได้กินอะไรเรื่อยๆกับเขาบ้าง แล้วก็ไม่ต้องให้ท้องผูกมันไม่สบายตัวแต่ตาเดินไม่ค่อยไหวแล้ว” เราจึงถามว่า วันนี้ตามากับใคร แกจึงชี้ไปที่ชายหนุ่มคนหนึ่ง พลาบบอกว่า “โน่นไง...ตามากับหลานชาย ตาเป็นตาของเขา แต่เขาไม่ว่างไปส่งตาที่โรงพยาบาลหรอก” เราหันไปดูจึงเห็นชายหนุ่มคนหนึ่ง ยืนคอยอยู่ใต้ต้นไม้หน้า

รพ.สต. เราจึงเดินไปหา แล้วบอกว่า คุณตาต้องได้รับการใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาล แต่เขากลับบอกว่า “ผมไม่ว่างพาไปหรอก พຽงนี้ผมต้องทำงาน วันนี้ก็กลางมาแล้ว” เราจึงต้องร่ายยาวอีกครั้งกับการให้ความรู้ชายหนุ่มคนนี้ให้ทราบถึงผลเสียของการไม่มีฟันบดเคี้ยวอาหาร และผลเสียของการกินยาถ่ายทุกวัน พร้อมกับถามเขาว่า “รู้แบบนี้แล้วสงสารตาหรือไม่” คราวนี้เราได้เห็นแววตาที่สลดลงวูบหนึ่ง ในดวงตาของเขา แล้วเขาก็พยักหน้า บอกเราว่า “ครับ แล้วผมจะพาไป” เราหันไปมองคุณตาจรรยา แก้มให้พร้อมกับยกมือไหว้ และพูดว่า “ขอบใจมากนะลูกหมอ” (ชาวบ้านที่นั่นจะเรียกทันตภิบาล หรือแม้กระทั่งคนงานที่รพ.สต. ว่าหมอทุกคน) เรารีบยกมือไหว้ตอบ และทันได้เห็นแววตาที่มีความหวัง ของผู้ชายที่มีผมสีดอกเลาผู้นั้น ก่อนที่แกจะหันหลังขึ้นรถมอเตอร์ไซด์ของหลานชายกลับไป

ผู้ป่วยต่างทยอยแยกย้ายกันกลับบ้าน อีกสักประเดี๋ยวก็คงเหลือเพียงรพ.สต.ที่เงียบเหงา เรามองตามหลังผู้สูงวัยเหล่านั้นไป ด้วยหัวใจที่แอบคาดหวังเอาไว้ ด้วยความมั่นใจว่า ความรู้ และคำแนะนำที่เราได้ถ่ายทอดไปสู่ผู้สูงวัยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหล่านั้น จะสามารถลบล้างความเชื่อเดิมๆ ของผู้ชายที่ผ่านวัน ผ่านคืน ผ่านร้อน ผ่านหนาว มาอย่างยาวนานให้มีการเปลี่ยนแปลงความคิด เปลี่ยนทัศนคติหันมาดูแลรักษาฟันของตนเอง

และนำความรู้ไปแนะนำลูกหลาน ให้ใส่ใจรักษาสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ฟันดี ไม่มีผุ อย่างยั่งยืนต่อไป

วันนี้ เดือนมีนาคม 2561 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้กลับมาหาเราที่รพ.สต.บ้านย่านซื่ออีกครั้ง พร้อมลูกหลานอีกหลายคน หลังจากที่เรารู้ได้ยินเสียงเคาะประตูห้อง ทันทีที่เราเปิดประตูออกไป เราเห็นผู้สูงวัยและเด็กๆอีกหลายคนยืนรอ พร้อมถือแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อทำฟัน เมื่อเราถามว่ามาทำอะไรกัน คุณยายคุณป้าจึงยิ้มมองเห็นฟันแดงๆ ดำๆ ที่กินหมากอยู่เมื่อวันวาน ต่างก็ตอบว่า “ที่ลูกหมอตตรวจฟันให้เมื่อวันก่อน แล้วบอกให้มาซูดหินปูน ตอนนี้ป้าเลิกกินหมากแล้ว วันนี้จึงมาขอซูดหินปูนและพาหลานๆ มาให้หมอตตรวจฟันด้วย ช่วยดูให้หน่อยว่าต้องรักษาอย่างไรบ้าง”

เรา...รู้สึกดีใจมาก ไม่เคยวิตกกังวลกับการที่มีคนใช้ทันตกรรมมารับบริการมากมาย เพราะเรามีความรู้ดีกว่า ความคาดหวังของเราเริ่มเป็นรูปธรรมขึ้นมาแล้ว กับความพยายามครั้งแล้วครั้งเล่า ปีแล้วปีเล่า ในที่สุด เราก็สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้สูงวัยเหล่านี้ ให้หันมาดูแลใส่ใจสุขภาพช่องปากของตนเอง ได้นำพาลูกหลานให้หันมาดูแลรักษาฟัน และนำความรู้ไปแนะนำลูกหลานต่อ จากรุ่นสู่รุ่นให้เบ่งบานอยู่ในชุมชนแห่งนี้แล้ว ตลอดไป...

กระดุกหักที่คนไข้แต่ใส่เหล็กตามจิตใจหมอม

ปรานปวีณ์ โจรณ์เจริญงาม

พ.บ.,น.บ.,สส.ม.,ว.ว.ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์.,อว.เวชศาสตร์ป้องกัน

เช้าวันหนึ่งของเดือนกุมภาพันธ์ที่แล้ว หมอขึ้นราวเวอร์ตคนไข้ตามปกติของการใช้ชีวิต หมอประจำโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งมาตลอดระยะเวลาสิบแปดปี แต่เช้านี้แตกต่างจากวันอื่น ตรงที่หมอกำลังจะได้รับบทเรียนอันมีค่าจากคนไข้และครอบครัวซึ่งจะเปลี่ยนมุมมอง เปลี่ยนแนวคิดของหมอคนนี้ไปตลอดกาล

“หมอโป๊ะคะ มีคนไข้สะโพกหักย้ายสายมาให้เป็นคนไข้หมอคะ” หมอหันไปมองต้นเสียง พบที่พยาบาลยืนยิ้มพร้อมส่งชาร์ตคนไข้ให้ หมอรับมา และก้มลงมองชาร์ตในมือ ผู้ป่วยหญิง อายุเจ็ดสิบเจ็ดปี ชื่อ “ตาเงิน” หมอคิดในใจว่าชื่อแปลกดีนะ ป้าตาเงิน อืม! แล้วทำไมต้องย้ายสายป้ามี่ปัญหาอะไร เมื่อทบทวนประวัติก็พบว่า ป้าตาเงินหกล้มได้สองวันญาติก็รีบพามาโรงพยาบาล โรคประจำตัวก็มีเพียงสองโรค คือความดันโลหิตสูง และโรคซึมเศร้า ผลเลือดก็มีปัญหาแค่โลหิตจาง เล็กน้อย และโซเดียมต่ำ ดูดีนี่นา หมออายุรกรรมกับหมอดมยาที่ส่งปรึกษาไว้ก่อนหน้านี้ก็ถึงความเห็นว่าผ่าตัดได้ ทำไมต้องย้ายสาย ทำไมหมอเจ้าของไข้เดิมไม่ผ่าตัดให้? คำถามนี้ก็ลอยอยู่ในสมองของหมอตลอดเวลาที่เปิดดูข้อมูลของคนไข้ หมอตัดสินใจตอบรับการย้ายสายของคนไข้และเดินทางไปหาป้าตาเงินที่เตียง ภาพที่อยู่เบื้องหน้าของหมอคือหญิงชราคนหนึ่งที่ผอมแห้ง นอนอยู่บนเตียง ได้รับการถ่วงขาด้านซ้ายที่กระดุกสะโพกหักด้วยลูกตุ้ม น้ำหนักขนาดสองกิโลกรัม มีญาติเป็นผู้หญิงวัยกลางคนอยู่ด้วยหนึ่งคน “สวัสดีจ๊ะ ป้าตาเงิน หมอปรานปวีณ์นะ เดี่ยวดูแลป้าตาเงินให้ต่อจากหมอ

.....นะ เป็นยังไงบ้าง ป้ารู้แล้วใช้มัยว่ากระดุกสะโพกหักถึงมันต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม” เจียบ.....!! ไม่มีคำพูดใดออกจากปากของป้าตาเงิน หมอตัดสินใจเดินเข้าไปใกล้ผู้ป่วยมากขึ้นและลองคุยอีกครั้ง “ได้ยินหมอมัยป้า สะโพกป้ามั่นหักนะ ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม ป้าตกลงผ่ามัย ได้กลับไปเดินได้นะป้าคะ” ป้าตาเงินยังคงไม่ตอบญาติผู้หญิงที่เฝ้าอยู่ จึงถามขึ้นมาว่า “หมอจะผ่าให้หรือ ผ่าที่นี่ได้ใช้มัย ไม่ต้องไปหมอ.ใช้มัย หมอเค้าว่าเป็นมะเร็งตรงที่หัก ต้องไปหมอ.” หมอจึงตอบไปว่า “ก็ผ่าที่นี่แหละ หมอผ่าให้ มะเร็งไม่มะเร็งเดี่ยวส่งชิ้นเนื้อตรวจอีกที แต่ผลเลือดไม่มีอะไรบอกว่าน่าเป็นมะเร็งนะตอนนี้ ทันใดนั้นป้าตาเงินหันมามองหน้าและสบตาหมอ แม้จะไม่มีคำพูดใดๆออกจากปากป้าตาเงินแต่หมอถือเป็นสัญญาณของมิตรภาพและความเชื่อใจที่คนไข้คนหนึ่งส่งมาว่า **เขาฝากชีวิตไว้กับหมอ** ญาติที่เฝ้าบอกหมอมว่า ลูกสาวป้าตาเงินต้องทำงาน ไม่ว่างมาดูแลแม่ จ้างญาติที่เฝ้าอยู่ให้มาเฝ้า ถ้าต้องไปรักษาที่หมอ.จะลำบากมาก ส่วนพยาบาลประจำออร์โธให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ป้าตาเงินเป็นโรคซึมเศร้า ตั้งแต่เข้านอนโรงพยาบาล ไม่พูดคุย ไม่ทานอาหาร หมอจึงตัดสินใจปรึกษาศัลยแพทย์ให้ร่วมดูแลด้วยและบอกป้าตาเงินว่า “หมอจะผ่าตัดให้ แต่ร่างกายป้าตาเงินต้องแข็งแรงพอ ป้าต้องกินเยอะๆ ได้ผ่าตัด ได้เดินได้กลับบ้าน” รอบนี้ป้าตาเงินไม่เพียงมองหน้าหมอแต่พยักหน้ารับด้วย และหมอก็ได้เห็นป้าตาเงินมีการขยับเคลื่อนไหวร่างกายและกินอาหารมากขึ้น

ใช้เวลาเตรียมพร้อมด้านร่างกายของป้าตาเงินอยู่หนึ่งสัปดาห์ หมอก็ได้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้ป้าตาเงิน การผ่าตัดผ่านไปเรียบร้อยดี แต่ทุกครั้งที่หมอขึ้นไปราวอร์ดจะเห็นป้าตาเงินนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ และพยาบาลบอกว่า ป้าตาเงินเอาแต่นอน ไม่ค่อยยอมขยับลูกนั่ง เคลื่อนไหว เริ่มมีแผลกดทับที่ก้นด้วยความหวังที่จะฝึกให้ป้าตาเงินเดินด้วยไม้เท้าสี่ขาข้างคู่มือออกไปในความคิดหมอต่อนั้น หมอตัดสินใจปรึกษาจิตแพทย์อีกครั้งเพราะคิดว่า อาการซึมเศร้าของคนไข้ น่าจะหนักขึ้น และประสานทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อขอให้มีการดูแลต่อเนื่องไป ภายภาพบำบัดกันต่อที่บ้าน

ช่วงเวลาเดียวกันนั้น ศูนย์แพทยศาสตร์ได้ มีการปรับหลักสูตรให้ทุกกลุ่มงานบูรณาการการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางเชื่อมโยงกับชุมชนและหลักการหมอครอบครัว หมอจึงพานักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ห้า ลงไปเยี่ยมบ้านป้าตาเงินด้วยกัน **การลงเยี่ยมบ้านคนไข้ครั้งแรกที่อาจารย์และลูกศิษย์มีความรู้ ความเข้าใจหลักการหมอครอบครัว เท่ากันสภาพบ้านที่ป้าตาเงินอยู่อาศัย เป็นบ้านชั้นเดียวในหมู่บ้านจัดสรรแห่งหนึ่งกลางใจเมือง สภาพแวดล้อมเป็นสังคมเมือง ที่กลางวันลูกจะออกไปทำงาน หลานจะไปเรียนหนังสือ บ้านส่วนใหญ่ในหมู่บ้านจึงปิดทึบไว้ หรือไม่ก็มีเพียงผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังในช่วงเวลากลางวัน **ป้าตาเงินก็เช่นกัน**ลูกสาวป้าตาเงินเป็นข้าราชการ และทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวที่ต้องดูแลแม่วัยชรา และดูแลลูกสองคนที่อยู่ในวัยเรียนระดับประถมศึกษา ทุกเช้าลูกสาวป้าตาเงินต้องจัดเตรียมอาหารสำหรับป้าตาเงิน ตนเองและลูก ต้องไปส่งลูกที่โรงเรียน ก่อนที่ตนเองจะไปทำงาน ระหว่างวันจึงต้องจ้างผู้หญิงวัยกลางคนที่ดูแลป้าตาเงินตอนนอน**

โรงพยาบาลมาช่วยดูแลต่อเช่นเคย ตกเย็นเมื่อเลิกงาน รับลูกกลับบ้าน ลูกสาวป้าตาเงินต้องจัดเตรียมอาหารสำหรับป้าตาเงิน ตนเองและลูก สอนการบ้านลูก และทำงานบ้าน จากนั้นจะเป็นคนเฝ้าดูแลป้าตาเงินในช่วงกลางคืน สภาพของป้าตาเงินในวันที่หมอและทีมลงเยี่ยมบ้าน ป้าตาเงินนอนอยู่บนแคร่ในห้องรับแขก ไม่ค่อยยอมลุกนั่ง เริ่มมีข้อสะโพก ข้อเข่ายึดติดแข็ง และมีแผลกดทับ ญาติที่เฝ้าบอกว่า ป้าตาเงินไม่ค่อยยอมฝึกลุกนั่ง ไม่ยอมฝึกเดิน จะนอนเป็นส่วนใหญ่ทั้งวัน ทั้งคืน หมอและทีมจึงสอนวิธีทำแผลกดทับ สอนการพาคนไข้ลุกนั่ง ลุกยืน ฝึกเดินให้กับลูกสาวป้าตาเงินและญาติ รวมทั้งตรวจสอบยาที่ป้าตาเงินรับประทานเป็นประจำอยู่ สั่งงดยากลุ่มรักษาอาการซึมเศร้า และยาคลายกังวล ทุกตัวที่ทำให้ป้าตาเงินนอนหลับมากจนไม่ได้ฝึกกายภาพบำบัด

หมอ ยังได้สอนหลานของป้าตาเงิน ให้จัดเก็บของให้เป็นระเบียบ ไม่ให้ทำน้ำหก เพื่อไม่ให้แม่เฒ่าหกล้มกระดูกหักอีก บรรยากาศการเยี่ยมบ้านเป็นไปด้วยดี หน้าตาของป้าตาเงินและลูกสาวดูสดชื่นระหว่างที่ทีมลงเยี่ยม ในวันนั้นหมอกลับบ้านด้วยความสุขใจ และเพิ่มมุมมองว่า **เราจะไม่รักษาคนไข้ที่ตัวโรคแต่ต้องรักษาที่ความเจ็บป่วย การนำทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติต้องดูบริบทหลายด้านแล้วปรับให้เข้ากับคนไข้แต่ละคน**

ผ่านไปกว่าห้าเดือน หมอได้ออกตรวจผู้ป่วยนอกและมีโอกาสได้พบป้าตาเงินกับลูกสาวอีกครั้ง ป้าตาเงินดูมีน้ำมีนวลสมบูรณ์ขึ้น แต่ยังคงนั่งรถเข็น เดินไม่ได้ ข้อสะโพกและข้อเข่ายึดติดแข็ง ภาพถ่ายทางรังสีพบว่า มีกระดูกเจริญผิดที่เข้าแทรกในกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก หมอถอนหายใจด้วยความเครียดปนผิดหวัง **“ทำไมคุณไม่ขยันพาป้าตาเงินฝึกเดิน ไม่ขยับข้อให้ ผ่าตัดแล้วต้อง**

กลับไปเดิน ไม่นั่งผ่าให้เจ็บตัวทำไม.....” สารพันคำพูดที่หมอต้อว่าลูกสาวป่าตาเงิน ซึ่งนั่งหน้าเสียอยู่ “หมอย่าว่าเลย แเค้ทำงานเหนื่อย ต้องดูแลลูกๆอีก ป่าก็ตัวหนัก สงสารลูก ได้พักผ่อนบ้าง มาพาเดินอยู่ ป่าไม่ยอมเดินเองแหละ” ป่าตาเงินรีบพูดขึ้นมา ลูกสาวป่าตาเงินหันไปมองหน้าแม่ แล้วหันมาบอกหมอว่า “พี่ไม่กล้าจับขยับข้อ ไม่กล้าพาเดินมาก แม่เจ็บ พี่สงสาร” สติกลับคืนมาที่หมอทันที หมอสัมผัสได้ถึงความรักความผูกพันของแม่ลูกสองท่านนี้ว่ามีมากมายนัก แม่พยายามทุกทางที่จะไม่ทำตัวเป็นภาระของลูก จึงไม่ยอมฝึกเดินและนอนหลับเป็นส่วนใหญ่ เพื่อจะไม่รบกวนลูก ให้ลูกได้พักผ่อน ลูกไม่กล้าทำกายภาพบำบัด ขยับข้อให้แม่ เพราะกลัวแม่เจ็บ ไม่กล้าพาแม่ฝึกเดิน เพราะกลัวพาเดินแล้วแม่หกล้มซ้ำ ความรู้สึกผิดตาโถมเข้ามาในจิตใจหมอชั่วขณะ ทำไมเราจึงดูแลคนไข้โดยมุ่งเป้าหมายที่เรื่องกระดูกหัก กระดูกต้องติดดี คนไข้ต้องเดินได้ เพียงเท่านั้นหรือ การหกล้มของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในบ้านหนึ่งคน ไม่ได้ทำให้เจ็บเฉพาะคนไข้ คนในบ้านทุกคนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตกันทั้งบ้าน โดยเฉพาะคนที่มิบทบาทหลักของครอบครัว พ่อแม่วัยชราหกล้มสะโพกหัก ช่างเป็นภาวะที่ส่งผลให้เจ็บกันทั้งบ้าน

หมอรวบรวบสติ ค่อยๆหันจอคอมพิวเตอร์ที่มีภาพถ่ายทางรังสีข้อสะโพกหลังการผ่าตัดให้ป่าตาเงินและลูกสาวดู “ป่าคุณนะ ข้อสะโพกป่าตอนนี้นั้นมันยึดติดและมีกระดูกไปพอกที่กล้ามเนื้อนะ เหล็กก็เอียงตัวออกจากเบ้าตึงหนึ่ง หมอคิดว่าควรผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมใหม่ รอบนี้ต้องเปลี่ยนเข้าด้วย ป่าสู้มัย ผ่าตัดรอบนี้แล้วป่าต้องขยับกายภาพบำบัด ยิ่งป่าสงสารลูก ยิ่งป่าไม่ยอมเป็นภาระลูก ป่ายิ่งต้องเดินให้ได้” หมอจับเข้าป่าตาเงิน มองหน้า

สบตาป่าตาเงินแล้วหันไปมองลูกสาวที่นั่งข้าง “เริ่มต้นใหม่ เราสู้กันอีกซักทีนะ พี่ก็ต้องใจแข็ง ขยันทำกายภาพบำบัดให้แม่อย่างเคร่งครัด ยิ่งไม่ทำข้อยิ่งติด แม่จะยิ่งเจ็บ แล้วแม่ก็จะเดินไม่ได้ เท่ากับแม่ผ่าตัดแล้วเจ็บตัวเปล่า พี่อยากให้แม่หาย ต้องจัดแบ่งตารางเวลาดีๆ ขอเวลาส่วนหนึ่งให้แม่เลย เตี่ยจะให้ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลช่วยพอไหวมัย แม่เคยเดินได้ หมอคิดว่าพี่ก็อยากให้แม่เดินได้เหมือนเดิม ลุ้นกันอีกตั้งนะ” หมอพูดกับลูกสาวป่าตาเงินด้วยความจริงใจ ป่าตาเงินและลูกสาวมองหน้ากันและหันมาตอบตกลงที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมอีกครั้ง พร้อมรับปากว่าจะเริ่มต้นตั้งใจกายภาพบำบัดฝึกเดินใหม่ **นาที่นั้นไม่ใช่เพียงความรู้สึกของหมอกับญาติคนไข้ และคนไข้ แต่เป็นความรู้สึกของเพื่อน ของญาติมิตรที่ไว้ใจ เชื่อใจ เต็มใจช่วยเหลือกัน** หมอจึงนัดให้ป่าตาเงินเข้านอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งหมด และเอากระดูกที่ออกแทรกในกล้ามเนื้อออก ก่อนออกจากโรงพยาบาลรอบนี้ หมอให้ทีมเยี่ยมบ้านช่วยประเมินคนไข้ ญาติพร้อมติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ตลอดระยะเวลาหกเดือนหลังการผ่าตัดรอบสอง ด้วยความร่วมมือของลูกสาวป่าตาเงิน และทีมเยี่ยมบ้านที่มีพี่มิ่งขวัญเป็นผู้ประสานงานหลัก ข้าราชการของป่าตาเงินได้รับการบอกเล่าถึงหมอเป็นระยะ ในทิศทางที่ดี ป่าตาเงินกลับมาเดินได้ด้วยไม้เท้าสี่ขา ไม่ต้องอยู่แต่ในบ้าน สามารถออกไปเดินเล่นในหมู่บ้านพบปะผู้คนได้ หลานๆ ช่วยดูแลเดินเล่นไปกับแม่เฒ่า และเก็บข้าวของในบ้านเป็นระเบียบกลัวแม่เฒ่าหกล้ม ลูกสาวป่าตาเงินจัดสภาพบ้านให้เหมาะสมปรับพื้น ปรับห้องน้ำเพิ่มแสงสว่าง เท่าที่จะพอทำได้เพื่อไม่ให้แม่หกล้มอีก ลูกสาวป่าตาเงินได้พี่มิ่งขวัญเป็นพี่สาวที่คอยให้

คำปรึกษาแนะนำการดูแลแม่ผ่านช่องทางไลน์ ไม่ต้องเครียด ไม่ต้องเหนื่อยสู้เพียงลำพัง รูปภาพที่ส่งผ่านทางไลน์แต่ละรูป หมอได้เห็นรอยยิ้มของป้าตาเงินและลูกสาวกลับคืนมา เห็นความสดใสรุ่งเรืองของหลานๆที่ช่วยกันดูแลปณหยอกแม่เฒ่า ป้าตาเงินไม่ต้องรับประทานยาโรคมะเร็งอีก เพราะหายด้วยความรักจากคนในครอบครัว ความสุขของครอบครัวนี้กลับคืนมาแล้ว

เรื่องของป้าตาเงินทำให้หมอตัดสินใจสมัครเรียนหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น เพื่อนำความรู้มาใช้ทำงานควบคู่กับงานทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และตั้งปณิธานกับตัวเองว่า **จะรักษาคนไข้โดยแก้ไขที่ภาวะความเจ็บป่วย ไม่ใช่เพียงตัวโรค ตลอดจนถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนไข้ทุกรายอย่างเสมอภาค** วันนี้หมอเข้าใจถ่องแท้ว่าทำไมประกอบวิชาชีพ

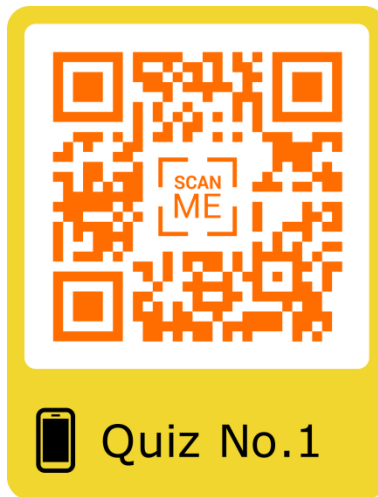
แพทย์จึงเรียกประกอบโรคศิลป์ เพราะการทำหน้าที่แพทย์ที่ดีในการดูแลรักษาคนไข้ ต้องทำด้วยใจรัก เอาใจใส่ทุกรายละเอียด เข้าใจคนไข้ในทุกองค์ประกอบและทุกมิติ เจกเช่นเดียวกับศิลปินที่จะสร้างสรรค์ผลงานด้วยความรัก เอาใจใส่ทุกรายละเอียด เข้าใจองค์ประกอบงานทุกมิติ **ชิ้นงานที่สร้างขึ้นจึงทรงคุณค่า**ขอบคุณป้าตาเงิน ที่การหกล้มสะโพกหักของคุณป้าช่วยพัฒนาระดับจิตใจของหมอกระตือรือร้นให้แข็งแกร่งขึ้น เหมือนตามเหล็กไว้ และเกิดมุมมองของการดูแลรักษาคนไข้ในรูปแบบของทีม เครือข่าย ที่หมอตั้งใจจะพัฒนาต่อไปให้ดีที่สุด และเรื่องเล่านี้จะปลุกให้มีบุคลากรทางสาธารณสุขเข้าใจการดูแลรักษาคนไข้ทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ แบบครบวงจรโดยสหวิชาชีพ เชื่อมโยงเครือข่ายตติยภูมิผู้ชุมชน ร่วมทีมไปด้วยกันกับหมอ

กิจกรรมท้ายเล่ม

RAD (Radiology) น่ารู้

ซัชชัย หอมเกตุ พ.บ.,ว.ว.รังสีวิทยาวิจิตร
กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ข้อที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 38 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการเหนื่อย



ข้อที่ 2 ผู้ป่วยชายอายุ 45 ปี มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดหลัง



กติกาการร่วมสนุก

- ใช้โทรศัพท์มือถือ scan QR code
- จากนั้นจะปรากฏคำถามขึ้น ให้ทำการตอบคำถามให้ครบทุกคำถาม กรอกชื่อและเบอร์ติดต่อกลับ จากนั้นกดส่งคำตอบ