

รายงานการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

นางกมนทรรัตน์ มุลทอง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

2555

กิตติกรรมประกาศ

ก

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.ทนง วีระแสงพงษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ที่กรุณาอนุมัติให้ทำงานวิจัย งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาเป็นอย่างดี จากคร.สมหมาย คชนาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรษฏร์ธานี ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนงานวิจัยเสร็จได้ทันเวลา ถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ คุณพรศิริ แซ่เตียว หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และคณะทีมงานงานเวชระเบียน โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยที่ให้ความช่วยเหลือในงานวิจัยครั้งนี้

นางกมลวรรณศรี มูลทอง

6 พฤษภาคม 2555

ชื่อเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย
ผู้วิจัย นางกมลวรรณ มุลทอง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดซึ่งตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ระหว่างเดือนตุลาคม 2554-พฤษภาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ chi square test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างเกิดไส้ติ่งแตก จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ผลการวิจัยพบว่าที่อยู่และระยะเวลาที่เริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ส่วนตัวแปรอื่นๆได้แก่เพศ อายุ BMI แพทย์ ระยะเวลาที่วินิจฉัยโรคได้ ระยะเวลาทำการผ่าตัด เวร(เวลาที่ SET ผ่าตัด) การใช้ยาปฏิชีวนะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก

จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ควรมีการส่งเสริมการรับบริการ 1669 รับผู้ป่วยที่บ้านในผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตอำเภออุทุมพรพิสัย การเฝ้าระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการปวดท้อง โดยเฉพาะผู้ชาย และผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้อง มากกว่า 24-48 ชั่วโมง เพื่อลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตก

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไส้ติ่งอักเสบเป็นโรคที่เกิดกับไส้ติ่ง เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทุกรายต้องได้รับการผ่าตัด เอาไส้ติ่งออก หากไม่ได้รับการรักษาแล้วจะมีอัตราการตายสูง การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ และภาวะช็อก พบได้ทุกอายุ แต่พบบ่อยที่สุดอยู่ระหว่าง 10-20 ปี อุบัติการณ์ประมาณ 52 รายต่อประชากร 100,000 คน พบในเพศชายต่อเพศหญิง 1.3:1 อาการและอาการแสดงของโรคมีหลายอย่าง ซึ่งทำให้ผู้วินิจฉัยโรคได้ยาก และบางครั้งทำให้เกิดการผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาอาการปวดท้องจะสัมพันธ์กับอายุและอัตราไส้ติ่งแตก อาการปวดท้องนานกว่า 48 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะพบว่าไส้ติ่งแตกแล้ว การวินิจฉัย และการผ่าตัดที่ล่าช้า ทำให้เกิดอุบัติการณ์ของไส้ติ่งแตกเพิ่มมากขึ้น และมักจะมีภาวะแทรกซ้อนตามมาซึ่งทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น และส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วย

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยเป็น โรงพยาบาลทุติยภูมิ ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมทั้งในเขตความรับผิดชอบและผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง, รพสต. จำนวน 18 แห่ง และรับผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลนอกเขตเครือข่ายในปี 2550 มีผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบมาผ่าตัดจำนวน 277 ราย พบมีไส้ติ่งแตกจำนวน 33 รายคิดเป็น 11.91% ในงานวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบที่มาผ่าตัด ทั้งหมดในปี 2550-2555 เพื่อที่จะนำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล การวินิจฉัย อัตราการเกิดไส้ติ่งแตก ประจำปี 2550-2551

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแตกของไส้ติ่งในผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ เพื่อลดอุบัติการณ์ ไส้ติ่งแตกและลดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยทั้งหมด ในปี 2554-2555(คค2554-พค2555)

นิยามศัพท์

ไส้ติ่งอักเสบ	หมายถึงส่วนขยายของลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมีการอุดตันหรืออักเสบ
ไส้ติ่งแตก	หมายถึงส่วนขยายของลำไส้ใหญ่ส่วนต้น มีการอุดตันหรืออักเสบแล้วเกิดแตก, มีรูรั่วซึมหรือเกิดการบาดเจ็บจากการทำผ่าตัด และวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด
อายุ	หมายถึงอายุเป็นจำนวนปี(เต็ม)ของกลุ่มตัวอย่าง
BMI	หมายถึงดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง
ที่อยู่	หมายถึงสถานที่พักอาศัยเมื่อเริ่มมีอาการปวดท้อง
โรคร่วม	หมายถึงโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง
แพทย์	หมายถึงแพทย์ผู้ทำหัตถการผ่าตัดไส้ติ่ง
เวร	หมายถึงเวลาที่ทำการผ่าตัด ได้แก่ เวรเช้า 08.00 น. – 16.00 น. เวรบ่าย 16.00 น. – 24.00 น. เวรคืน 24.00 น. – 08.00 น.

ระยะเวลาการนอน หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้จนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การใช้ยาปฏิชีวนะ หมายถึง ยาฆ่าเชื้อซึ่งใช้ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด หมายถึง ระยะเวลาเริ่มทำการผ่าตัดจนถึงเย็บแผลผ่าตัด

ระยะเวลาของการวินิจฉัยโรค หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการจนถึงได้รับการผ่าตัด

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยได้ หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดนับตั้งแต่อยู่บ้าน,รพ.ชุมชน,ร.พ.ส.ค. จนแพทย์มาดูแลผู้ป่วยและวินิจฉัยได้

ประโยชน์ที่ได้รับ

- 1.ทราบอุบัติการณ์ของการเกิดไส้ติ่งแตก
- 2.นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตก

บทที่ 2

ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับไส้ติ่งอักเสบ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

ความรู้เกี่ยวกับภาวะไส้ติ่งแตก

การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันก่อนได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน
ไส้ติ่งอักเสบ (APPENDICITIS)

ภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) หมายถึงการที่เนื้อเยื่อไส้ติ่งมีการอักเสบจากสาเหตุใดๆก็ตามแล้วทำให้มีการติดเชื้อและเกิดการบวมเกิดขึ้น การอักเสบติดเชื้อที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทีจะทำให้มีการอักเสบติดเชื้อรุนแรงขึ้น ก็จะทำให้เกิดฝีหนองหรือมีการแตกทะลุของไส้ติ่งที่อักเสบ ทำให้เกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบเฉาะที่หรือเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไปเกิดขึ้นได้ (Flum & Koepsell, 2002; Old et al., 2005 อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:7)

สาเหตุของภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

ภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเกิดจากการอุดตันหรือตีบแคบของช่องภายในไส้ติ่ง จาก การที่เนื้อเยื่อของต่อมน้ำเหลืองในโพรงไส้ติ่งมีการหนาตัวผิดปกติ หรือมีเศษอุจจาระเข้าไปอุดตันในช่องไส้ติ่งซึ่งเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยในผู้ใหญ่ รองลงมาได้แก่พยาธิเส้นด้าย พยาธิตัวกลม กากอาหาร เมล็ดผลไม้ และเนื้องอกของไส้ติ่ง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ไส้ติ่งเกิดการบวมและอักเสบ (Craig, 2005; NDDIC, 2004; Old et al., 2005 อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:7)

Rupture Appendicitis

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ผ่าตัด สามารถเกิดการแตกทะลุของไส้ติ่ง ผู้ป่วยบางรายแม้จะไปพบแพทย์ แต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคอื่น จนกระทั่งไส้ติ่งแตก จึงได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เด็กอายุน้อยกว่า 2 ขวบเกือบทุกรายมักจะวินิจฉัยได้หลังจากการแตกของไส้ติ่งแล้ว เด็กเล็กและผู้สูงอายุพบว่า อาจเกิดปัญหาที่รุนแรงถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคล่าช้า เนื่องจากภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ และการผ่าตัดที่ล่าช้าทำให้อุบัติการณ์ของไส้ติ่งแตกเพิ่มมากขึ้น

ไส้ติ่งอักเสบแตกเกือบทุกรายโดยธรรมชาติจะมีการสร้างผนัง (wall-off) ทำให้เกิดเป็นก้อนขึ้นมาเรียกว่า phlegmon ซึ่งประกอบด้วยไส้ติ่งที่อักเสบ ถ้าไส้ มันทึบและหนองจำนวนมากเล็กน้อย ก้อน phlegmon นี้อาจจะค่อยดีขึ้นเองและหายไปเอง หรือต้องรับการผ่าตัดรักษา แต่ก็มีบางรายซึ่งโรคเป็นมากขึ้น และมีหนองมากเรียกว่าเป็นฝีรอบไส้ติ่ง (periappendiceal abscess) ถ้าแตกออกแล้วหนองกระจายไปทั่วท้องเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ บางรายเป็นรุนแรงขึ้นไปอีกมีเชื้อ

แบคทีเรียไปตามหลอดเลือดดำพอร์ทัลเรียกภาวะนี้ว่า pylephlebitis หรือ pylethrombophlebitis ซึ่งส่วนมากแล้วผู้ป่วยมักเสียชีวิต แต่พบภาวะนี้น้อยมาก อาการคือ ไข้หนาวสั่น เหลืองและปวดท้องได้ชายโครงขวา บางรายมีฝีในตับหลายแห่งด้วย

ในรายที่ไส้ติ่งเน่าหรือแตก ผู้ป่วยมักจะปวดมากบริเวณท้องน้อยด้านขวา บริเวณที่กดเจ็บและ guarding จะกว้างขึ้น บางรายคลำพบก้อนซึ่งอาจเป็น phlegmon หรือหนองก้อนค่อนข้างแข็งโยกไม่ได้และคลำได้ไม่ชัดเจน เพราะกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง บางรายอาจมีอาการปวดมวนท้อง อาเจียนท้องผูก และท้องอืดแบบลำไส้อุดตัน เนื่องจากมีผังพืดหรือก้อนไปกดส่วนปลายของลำไส้เล็ก อาการท้องเสียพบในผู้ป่วยบางรายมักจะเกิดหลังจากไส้ติ่งแตกทะลุ หรือ อธิบายได้จากไส้ติ่งอักเสบที่อยู่ตำแหน่งใกล้กับลำไส้ใหญ่ส่วน Sigmoid หรือ rectum

ในรายไส้ติ่งแตกเป็นเยื่อช่องท้องอักเสบทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการกดเจ็บ และกล้ามเนื้อเกร็งแข็งทั่วท้อง เสียงลำไส้เล็กลดและมีภาวะท้องอืด (paralytic ileus) บางรายที่เป็นมานานอาจซ็อก จุดที่ปวดมากที่สุดไม่จำเป็นต้องอยู่ที่ Mc Burney's point แต่ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของ cecum และทิศทางที่ไส้ติ่งชี้ไป ไส้ติ่งอักเสบมักจะแตกที่ส่วนปลายทางด้านตรงข้ามกับขั้วลำไส้ (anteimesenteric border)(วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ 2536:28 อ้างใน วาสนา เนื้อนุ่ม ,2551:4)

การวินิจฉัย Rupture Appendicitis

การวินิจฉัยไม่ยากเมื่อไส้ติ่งแตกแล้วผู้ป่วยจะมีอาการชัดเจน มีไข้ ท้องอืด มีภาวะขาดน้ำ อาการปวดท้องน้อยด้านขวาจะมากและลุกลามไปที่อื่น ๆ ท้องผู้ป่วยส่วนน้อยอาการจะดีขึ้นชัดเจนหลังจากไส้ติ่งแตกประมาณ 2-3 ชั่วโมง ทั้งนี้เพราะว่าไส้ติ่งดันไปโป่งอยู่ยุบลง แต่ส่วนใหญ่แล้วอาการจะมากขึ้นเพราะมีเยื่อช่องท้องอักเสบแล้ว หลังจากเริ่มมีอาการปวดท้อง ตั้งแต่ 12-24 ชั่วโมงขึ้นไป ไส้ติ่งที่อักเสบมีโอกาสแตกทะลุหรือเน่าตายได้ (rupture or gangrene) แต่อาจใช้เวลานานกว่านั้นก็ได้ อาการปวดท้องและการอักเสบของช่องท้อง (peritonitis) ส่วนใหญ่มักจะอยู่เฉพาะช่องท้องส่วนล่าง (lower abdomen) เนื่องจากที่ปริมาณหนองที่เกิดขึ้นไม่มากนัก และ greater omentum จะช่วยห่อหุ้มหนองที่เกิดขึ้นไว้ได้

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวิธีที่สามารถบอกได้อย่างแน่ชัดว่าไส้ติ่งอักเสบอย่างเฉียบพลันจะดำเนินต่อไปจนแตกทะลุหรือทุเลาจนหายจากการอักเสบ การรักษาไส้ติ่งอักเสบโดยการสังเกตอาการ ร่วมกับการให้ยาปฏิชีวนะสามารถทำได้ แต่อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนและการตายจะเพิ่มมากขึ้นในกรณีที่ไส้ติ่งแตกทะลุ

การตรวจร่างกายจะชัดเจนขึ้นเมื่อไส้ติ่งแตกแล้ว ในราย phlegmon หรือ ฝี จะตรวจพบมีก้อนกดเจ็บ ขอบเขตก้อนไม่ชัดเจน จากการกดเจ็บจุดเดียวในกรณีไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันก็จะมากขึ้น กล่าวคือจะกดเจ็บเป็นบริเวณกว้างทั่วท้องน้อยด้านล่าง ตรวจพบกดเจ็บสะท้อน ในกรณีเป็นฝีในอุ้งเชิงกรานการตรวจทวารหนักจะพบก้อนแข็งได้เช่นกัน ถ้าการอักเสบกระจายทั่วท้องก็จะพบว่ากด

เจ็บทั่วท้อง ถ้าไส้ไม่ทำงาน ท้องอืดขึ้นกับระยะเวลาและความรุนแรงของการอักเสบของไส้ติ่ง ไช้ และชีพจรจะสัมพันธ์กับระยะของโรค อุณหภูมิร่างกายมักสูงกว่า 39 °C และผลการตรวจเม็ดเลือดขาวมากกว่า 18,000/ลบ.มม. การตรวจร่างกายจะพบ rebound tenderness เฉพาะที่ การอักเสบในช่องท้องแบบกระจายไปทั่ว (generalized peritonitis) อาจพบได้เช่นกัน กรณีที่ omentum ไม่สามารถห่อหุ้มหนองเอาไว้ได้ (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์ 2536:28 อ้างใน วาสนา เนื่อนุ่ม ,2551:4)

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันทั้งชนิดที่ไม่มีการแตกทะลุหรือมีการแตกทะลุของไส้ติ่ง แพทย์จะทำการผ่าตัดฉุกเฉินเพื่อตัดไส้ติ่งที่อักเสบออก (Craig, 2005; Lewis et al., 2004; Old et al., 2005 อ้างใน นาฎนภา กุศล,2551:8) ยกเว้นกรณีที่เหมาะสมแล้วพบว่าเป็นฝีที่ไส้ติ่ง แพทย์จะยังไม่ทำการผ่าตัดทันทีแต่จะทำการรักษาโดยให้นอนพัก งดอาหารและน้ำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ และตรวจวัดสัญญาณชีพ หากมีการตอบสนองดีขึ้น อาการปวดท้องลดลง ตรวจหน้าท้องพบฝีมีขนาดเล็กลง ไช้ลดลง ชีพจรปกติ จำนวนเม็ดเลือดขาวปกติ แพทย์จะนัดผู้ป่วยมาทำการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออกภายหลังจาก 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก แต่หากว่าอาการไม่ดีขึ้น กล่าวคือ ปวดท้องมากขึ้น ตรวจทางหน้าท้องพบฝีมีขนาดโตขึ้น ไช้สูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็วขึ้นจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มสูงขึ้น แพทย์ก็จะทำการผ่าตัดฉุกเฉินเช่นเดียวกัน (Intracorp, 2005; NDDIC, 2004 อ้างใน นาฎนภา กุศล,2551:8)

ผลกระทบของภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน

ภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะจากสาเหตุใดๆก็ตาม จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและไม่สบายจากมีอาการปวดท้องมากขึ้น ไช้สูงขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของร่างกายโดยทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงคือ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น แรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจากการหดตัวของหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนัก ความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นเสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ระบบทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยไม่อยากเคลื่อนไหวไม่สามารถหายใจลึกๆอย่างเต็มที่ได้ ทำให้ปอดขยายตัวไม่เต็มที่การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ อวัยวะของระบบทางเดินอาหาร เช่น ถ้าไส้มีการเคลื่อนไหวลดลงมีผลทำให้ท้องอืด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจอารมณ์จากการที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและไม่สบายจากอาการปวดท้อง ไช้ คลื่นไส้ อาเจียนซึ่งอาการดังกล่าวจะทำให้เกิดการเร้าอารมณ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกไม่สบาย มีความตึงเครียด ไม่พอใจ หงุดหงิด แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการพยาบาล (Breivik, 2002; Fagan, 2002; Smeltze & Bare, 2000; Wilkie, 2000 อ้างใน นาฎนภา กุศล

,2551:8) ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วถูกต้องและมีประสิทธิภาพในเรื่องของการประเมินสภาพและการปฏิบัติการพยาบาลก็จะช่วยลดผลกระทบต่างๆได้

การพยากรณ์โรค

อัตราตาย

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราตาย คือ

1. ใ้ตั้งแตกก่อนการผ่าตัดหรือไม่
2. อายุของผู้ป่วย

อัตราตายจากใ้ตั้งอักเสบลดลงอย่างมาก ในช่วง 50 ปี ที่ผ่านมาเนื่องจากการวินิจฉัยและรักษาที่ดีขึ้น ยาปฏิชีวนะใหม่ๆ และสารน้ำต่างๆ ที่พัฒนาขึ้น รวมถึงการผ่าตัดที่รวดเร็วก่อนมีใ้ตั้งแตก อัตราตายของใ้ตั้งอักเสบที่ยังไม่แตกประมาณ 0.06% ถ้าแตกแล้วประมาณ 3% หากมีการแตกในผู้สูงอายุจะประมาณ 15%

สาเหตุของการตายส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อรุนแรง เช่น การอักเสบในช่องท้อง มีหนองในช่องท้องติดเชื้อในกระแสเลือด ในผู้สูงอายุโรคหัวใจและโรคปอดเป็นปัจจัยที่สำคัญรวมทั้งการสำลักซึ่งทำให้เกิดปอดอักเสบได้ง่าย (aspiration pneumonia)

การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะใ้ตั้งอักเสบเฉียบพลันก่อนได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะใ้ตั้งอักเสบเฉียบพลันก่อนได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะคือ ระยะแรกเริ่มเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซึ่งได้แก่ หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยเด็ก

1. การดูแลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะใ้ตั้งอักเสบเฉียบพลันและต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินภายในระยะเวลา 4-6 ชั่วโมง และแพทย์มีแผนการรักษาให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการดูแลที่สำคัญดังนี้

1.1 ประเมินสัญญาณชีพซึ่งได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจ อุณหภูมิ โดยประเมินทุก 1-4 ชั่วโมง (Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2006; Lewis et al., 2004; NDDIC, 2004) อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:11)

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำทันทีก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงเพื่อให้กระเพาะอาหารว่างป้องกันการอาเจียนและการสำลักขณะได้รับยาระงับความรู้สึก (Craig, 2005; Lewis et al., 2004) อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:12)

1.3 ดูแลการได้รับสารน้ำประเภทคริสตอลลอยด์ เช่น Lactate Ringer's solution, Acetate Ringer solution, normal saline, 5% D/NSS/2 ในปริมาณ 1.5-2 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำหรือพิจารณาปรับลดปริมาณและ

อัตราการให้ตามสภาพผู้ป่วยหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ (สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, 2547; Craig, 2005; FNAIH, 2000 อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:12)

1.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับเรื่องโรคและแผนการรักษาพยาบาลการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด สิทธิบัตร เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมรับการรักษาไว้เป็นหลักฐานและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ (นันทา เล็กสวัสดิ์, 2540; Warner, Guillerman, Reeves, Reckman, & Stiker, 2002 อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:12)

1.5 ติดตามผลการตรวจจำนวนและชนิดของเม็ดเลือดขาวในเลือด ผลการตรวจปัสสาวะ ผลภาพถ่ายรังสีทรวงอก สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไปควรมีการติดตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ เช่น BUN, Cr, LFT, Electrolyte (CUSEC, 004; NDDIC, 2004 อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:12)

1.6 ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยใน เพื่อส่งต่ออาการและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะที่อยู่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พร้อมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาล

2. การดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตตั้งอีกเสบเฉียบพลันเมื่อแรกรับเข้ามาอนในหอผู้ป่วยนั้น การดูแลที่ต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมในเรื่องของ

2.1 ประเมินสัญญาณชีพซึ่งได้แก่ ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจ อุณหภูมิ โดยประเมินทุก 1-4 ชั่วโมง (Institute for Clinical Systems Improvement [ICSI], 2006; Lewis et al., 2004; NDDIC, 2004 อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:12)

2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะอาหารว่างป้องกันการอาเจียนและการสำลักขณะได้รับยาระงับความรู้สึก (Craig, 2005; Lewis et al., 2004 อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:12)

2.3 ดูแลการได้รับสารน้ำประเภทคริสตอลลอยด์ เช่น Lactate Ringer's solution, Acetate Ringer solution, normal saline, 5% D/NSS/2 ในปริมาณ 1.5-2 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัมต่อชั่วโมงทางหลอดเลือดดำ หรือพิจารณาปรับลดปริมาณและอัตราการให้ตามสภาพผู้ป่วยหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ (สิริรัตน์ ตรีพุทธรัตน์, 2547; Craig, 2005; FNAIH, 2000 อ้างใน นาฎนภา กุศล, 2551:12)

2.4 สังเกตพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยในเรื่องของความเจ็บปวด โดยสังเกตจากพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (motor behavior) ผู้ป่วยจะหยุดการเคลื่อนไหวร่างกายบริเวณที่มีอาการปวด (immobilization) เอามือปิดบริเวณที่มีอาการปวด หรือมีการแสดงออกทางใบหน้า (Facial expression) เช่น หน้ามึน ขมวดคิ้ว หลับตาแน่น กัดฟันแน่น นอกจากนี้ยังสามารถสังเกตพฤติกรรม

แสดงออกของผู้ป่วยในเรื่องของความเจ็บปวดได้จาก พฤติกรรมด้านน้ำเสียง(vocal behavior) และพฤติกรรมด้านอารมณ์ (effective behavior) โดยพฤติกรรมด้านน้ำเสียงนั้นผู้ป่วยอาจแสดงออกเป็นคำพูด (verbal expression) บอกถึงความรุนแรงลักษณะและตำแหน่งของความปวด หรือแสดงออกโดยเปล่งเสียงที่ไม่ใช่คำพูด (vocal expression) เช่น ร้องครวญครางร้องไห้ สะอื้น สูดปาก กรีดร้อง สำหรับพฤติกรรมทางด้านอารมณ์นั้น (effective behavior) ผู้ป่วยอาจแสดงออกโดยมีอารมณ์ หงุดหงิด ฉุนเฉียว เอะอะโวยวาย ซึมเศร้า (ICSI, 2006; LeMone & Burke, 2000 อ้างใน นานุภา กุศล, 2551:13)

2.5 สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการปวดท้อง หากผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการปวดท้องเพิ่มมากขึ้น ควรมีการตรวจหน้าท้องร่วมด้วย เพื่อที่จะได้ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะของการกดเจ็บเฉพาะที่ หรือการแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อเมื่อถูกกดเพิ่มมากขึ้นหรือไม่ (CUSEC, 2004) ทั้งนี้เพื่อที่จะได้ให้การดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สำหรับการกดเจ็บสะอื้นนั้น ควรตรวจด้วยความระมัดระวังไม่ควรตรวจบ่อย เนื่องจากอาจทำให้ไส้ติ่งเกิดการแตกทะลุได้

2.6 ดูแลบรรเทาอาการปวดท้องโดยการจัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อช่วยลดการยืดขยายของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป และขจัดแรงกดและความตึงของบริเวณที่ปวดร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ด้วยวิธีหายใจเข้าออกลึกๆยาวๆ โดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าช้าๆให้ลึกเท่าที่ผู้ป่วยจะทำได้ และค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที (Wilkie, 2000; Smeltzer & Bare, 2000 อ้างใน นานุภา กุศล, 2551:13)

2.7 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อถึงแม้จะไม่ซับซ้อนที่อิสระของพยาบาล แต่พยาบาลมีบทบาทในการบริหารยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาผลของยาและอาการข้างเคียงที่ควรระวัง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น metronidazole 500 มิลลิกรัม gentamycin 240 มิลลิกรัม และ cef 3 1 กรัมทางหลอดเลือดดำ หรือปรับขนาดของยาที่ให้ตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับยา (Bongala et al., 2002 อ้างใน นานุภา กุศล, 2551:13)

2.8 ทำความสะอาดร่างกายและเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัดโดยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการเช็ดตัว อาบน้ำ สระผม และเปลี่ยนเสื้อผ้าที่จัดเตรียมไว้ให้ สำหรับการเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำการผ่าตัดไม่ควร โกนขนถ้าไม่จำเป็น แต่หากบางรายที่มีขนมากซึ่งอาจรบกวนการผ่าตัดก็สามารถกำจัดขนได้โดยใช้ Electric clipper ดูแลให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอม ถอดเครื่องประดับ ถอดชุดชั้นใน และปัสสาวะก่อนเข้ารับการผ่าตัด (สมหวัง ด้านชัยจิตร, 2544; Lewis et al., 2004; Mangram, Horam, Pearson, & Jarvis, 1999 อ้างใน นานุภา กุศล, 2551:14)

2.9 ติดตามดูแลให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมรับการรักษาผ่าตัดไว้เป็นหลักฐานและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ตลอดจนประสานงานกับพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อส่งต่ออาการและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยพร้อมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาลให้เรียบร้อยและครอบคลุม การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันในระยะก่อนผ่าตัด เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดการเกิดภาวะไส้ติ่งแตกทะลุ ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและไม่สุขสบายหรือบางครั้งความเจ็บป่วยอาจรุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การที่จะปฏิบัติให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพนั้น ทีมผู้ดูแลควรมีแนวปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อลดความหลากหลายของการปฏิบัติ ลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดพลาดจากการปฏิบัติ เพิ่มคุณภาพการดูแล จึงควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันก่อนได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินที่ชัดเจนและเหมาะสมต่อไป

งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

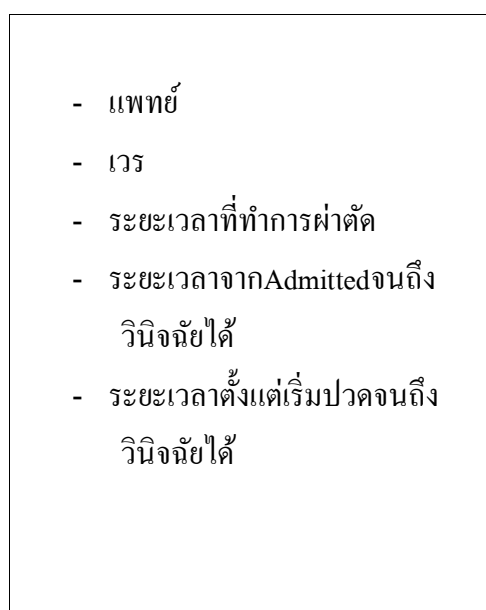
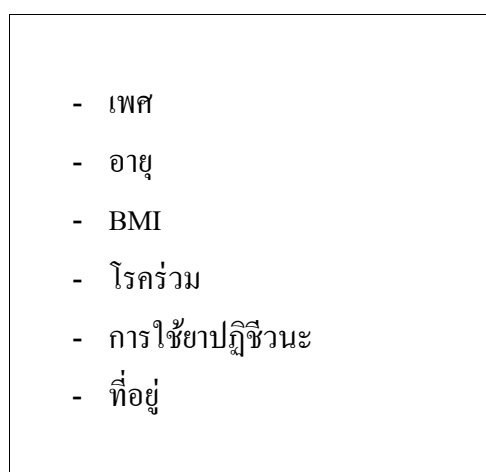
ไส้ติ่งอักเสบแตกทะลุมีความสัมพันธ์กับอายุ อุณหภูมิกาย ปริมาณเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล ระยะเวลาป่วยและระยะเวลานอนโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สัมพันธ์กับเพศและระยะเวลารอผ่าตัด เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยพบว่าไส้ติ่งอักเสบแตกทะลุในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อุณหภูมิกายที่มากกว่า 38 องศาเซลเซียส และปริมาณเม็ดเลือดขาวที่มากกว่า 15,000 เซลต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรมี แต่ไม่สัมพันธ์กับเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลที่เพิ่มมากขึ้น(นริทธิ์สังข์สม,2549 อ้างใน วาสนา เนื่อนุ่ม ,2551:9)

ประสบการณ์ที่ศิริราชพบผู้ป่วยไส้ติ่งแตกประมาณ 25เปอร์เซ็นต์รายงานพบอัตราการแตกทะลุหรือผนังตายเน่าสูง36-57เปอร์เซ็นต์ปัจจัยต่างๆมีส่วนเกี่ยวข้องกับไส้ติ่งแตกทะลุมีอายุ พบมีอัตราการแตกถึง 72 เปอร์เซ็นต์ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 7 ปี ระยะเวลาอาการปวดท้อง ซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุและอัตราการแตก อาการปวดท้องนานกว่า 48 ชั่วโมงเกือบร้อยทั้งร้อยไส้ติ่งอักเสบจะแตกทะลุแล้ว ผู้ป่วยที่เมื่อเริ่มวินิจฉัยสงสัยว่ามีผนังตายเน่าหรือมีการแตกทะลุควรได้รับยาปฏิชีวนะตั้งแต่ระยะปริหัตถการและให้ต่อไปถึงระยะหลังผ่าตัด(ไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ,2538:75อ้างใน วาสนา เนื่อนุ่ม ,2551:9)

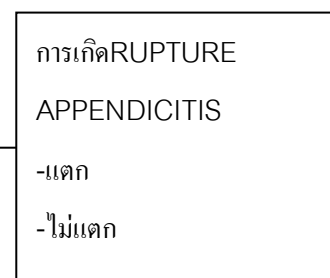
คนไข้ไส้ติ่งแตกก่อนที่จะมาพบแพทย์นั้นขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยด้วยและขึ้นอยู่กับรายงานของโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลรัฐจะพบผู้ป่วยไส้ติ่งแตกประมาณร้อยละ25-30 ในโรงพยาบาลเอกชนจะพบประมาณร้อยละ15และในผู้ป่วยเด็กและผู้ชราผู้ป่วยไส้ติ่งแตกมากกว่า(ไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ ,2538:478 อ้างใน วาสนา เนื่อนุ่ม ,2551:9)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) เพื่อเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบและเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มารับ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบปี 2554-2555 (ตค.2554-พค.2555)

2. กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดไส้ติ่งแตกและผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดไส้ติ่งไม่แตก ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณ Cohen (1983:84)

$$\begin{aligned} \text{จำนวนตัวอย่าง} &= 10 * K \quad (K \text{ คือ จำนวนตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น}) \\ &= 10 * 11 \\ &= 110 \text{ ราย} \end{aligned}$$

3. โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ จำนวน 120 ราย ช่วงปี2554-2555(ตค.2554-พค.2555)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง ซึ่งได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างแบบบันทึกด้วยตนเอง และตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลที่ได้เก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. **สถิติพรรณนา (Descriptive statistic)** ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. **สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic)** การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระคือ เพศ อายุ BMI ที่อยู่ แพทย์ เหว (ที่ SETผ่าตัด) การใช้ยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาทำการผ่าตัด ระยะเวลาของการวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยได้ ใช้ chi square test

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยทั้งหมด ในปี 2554-2555(ตค.2554-พค.2555)ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.ข้อมูลทั่วไป

2.อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

3.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก

1.ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบจำนวน 120 คนเกิดไส้ติ่งแตกจำนวน 16 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ58.3 ,มีอายุน้อยกว่า 30 ปีมากถึงร้อยละ 54.2 , มีที่อยู่ในเขตอำเภออุทุมพรพิสัยมากถึง ร้อยละ75,มี BMI ปกติ ร้อยละ78.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	41.7
หญิง	70	58.3
อายุ (ปี)		
< 30 ปี	65	54.2
≥30 ปี	55	45.8
$\bar{X}=29.4$ S.D.=1.6		
ที่อยู่		
อำเภออุทุมพรพิสัย	90	75.0
นอกเขตอำเภออุทุมพรพิสัย	30	25.0
BMI		
< 24.9	94	78.3
≥24.9	26	21.7
$\bar{X}=21.76$ S.D.4.07		

2.อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบจำนวน 120 คนเกิดไส้ติ่งแตกจำนวน 16 ราย คิดเป็น ร้อยละ 13.3 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ

อุบัติการณ์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไส้ติ่งแตก	16	13.3
ไส้ติ่งไม่แตก	104	86.7

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก

เพศ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า เพศหญิงเล็กน้อย คือร้อยละ 20.0 และ 8.6 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการแตกของไส้ติ่ง

เพศ	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
หญิง	6(8.6)	64(91.4)	70(100)
ชาย	10.0(20.0)	40(80.0)	50(100)
รวม	16(13.3)	104(86.7)	120(100)

$$\chi^2 = 2.382, df = 1, p = .123$$

อายุ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี คือร้อยละ 14.5 และ 12.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการแตกของไส้ติ่ง

อายุ	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
< 30 ปี	8(12.3)	57 (87.7)	65(100)
≥ 30 ปี	8(14.5)	47(85.5)	55 (100)
รวม	16 (13.3)	104 (86.7)	120 (100)

$$\chi^2 = .008, df=1, p=.928$$

BMI

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง BMI กับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 24.9 เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี BMI น้อยกว่า 24.9 คือร้อยละ 15.4 และ 12.8 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า BMI ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่าง BMI กับการแตกของไส้ติ่ง

BMI	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
< 24.9	12 (12.8)	82 (87.2)	94(100)
≥ 24.9	4 (15.4)	22 (84.6)	26 (100)
รวม	16(13.3)	104(86.7)	120 (100)

$$\chi^2 = .000, df = 1, p = .748$$

การใช้ยาปฏิชีวนะ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาปฏิชีวนะ กับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้ยาปฏิชีวนะ คือร้อยละ 13.7 และ 0.00 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาปฏิชีวนะกับการแตกของไส้ติ่ง

การใช้ยาปฏิชีวนะ	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
ไม่ใช้	0 (0)	3 (100)	3 (100)
ใช้	16 (13.7)	101 (86.3)	117 (100)
รวม	16(13.7)	104(86.7)	120 (100)

$$\chi^2 = .000, df = 1, p = 1.000$$

ที่อยู่

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่กับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่นอกเขตอำเภออุทุมพรพิสัย เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตอำเภออุทุมพรพิสัย คือร้อยละ 26.7 และ 8.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าที่อยู่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่กับการแตกของไส้ติ่ง

ที่อยู่	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
ในเขตอ.อุทุมพรพิสัย	8 (8.9)	82 (91.1)	90(100)
นอกเขตอ.อุทุมพรพิสัย	8 (26.7)	22 (73.3)	30 (100)
รวม	16(13.3)	104(86.7)	120 (100)

$$\chi^2 = 4.712, df = 1, p = .026$$

แพทย์

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ใช้ทุนจะทำให้เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์หมุนเวียน และแพทย์ประจำ คือร้อยละ 17.0, 13.3 และ 12.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าแพทย์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับการแตกของไส้ติ่ง

แพทย์	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
แพทย์ประจำ	4 (12.9)	27 (87.1)	90(100)
แพทย์ใช้ทุน	9 (17.0)	44 (83.0)	30 (100)
แพทย์หมุนเวียน	3(8.3)	33(91.7)	120 (100)
รวม	16(13.3)	104 (86.7)	120 (100)

$$\chi^2 = 1.320, p = .549$$

เวร (ที่ SET ผ่าตัด)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเวรกับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดในเวรคึกจะทำให้เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ถูกผ่าตัดในเวรเช้าและเวรบ่าย คือร้อยละ 20.6, 17.4 และ 7.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าเวร(ที่SETผ่าตัด)ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่าง เวร (ที่SET ผ่าตัด) กับการแตกของไส้ติ่ง

เวร(ที่ SET ผ่าตัด)	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
เวรเช้า	4 (17.4)	19 (82.6)	23(100)
เวรบ่าย	5 (7.9)	58 (92.1)	63 (100)
เวรคึก	7(20.6)	27(79.4)	34 (100)
รวม	16(13.3)	104 (86.7)	120 (100)

$$\chi^2 = 3.682, p = .170$$

เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด กับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการผ่าตัด 31-90 นาที จะทำให้เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการผ่าตัด มากกว่า 90 นาทีและใช้เวลาในการผ่าตัด 1-30 นาที คือร้อยละ 17.8,16.7 และ 4.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่10 ความสัมพันธ์ระหว่างเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด กับการแตกของไส้ติ่ง

เวลาที่ใช้ในการผ่าตัด	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
1-30นาที	13 (17.8)	39 (95.1)	41(100)
31-90นาที	5 (7.9)	60 (82.2)	73 (100)
>91 นาที	1(16.7)	5(83.3)	6 (100)
รวม	16(13.3)	104 (86.7)	120 (100)

$$\chi^2 = 4.217, p = .103$$

ระยะเวลาของการวินิจฉัยโรค

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเวลาของการวินิจฉัยโรค กับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาของการวินิจฉัยโรค มากกว่า 24 ชั่วโมง จะทำให้ เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาของการวินิจฉัยโรค ภายใน 24 ชั่วโมงคือร้อยละ 20.0, 13.0 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าเวลาของการวินิจฉัยโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการวินิจฉัยโรค กับการแตกของไส้ติ่ง

ระยะเวลาของการ วินิจฉัยโรค	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
ภายใน 24 ชั่วโมง	15 (13.0)	100 (87.0)	115(100)
> 24 ชั่วโมง	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (100)
รวม	16 (13.3)	104(86.7)	120 (100)

p=.517 (Fisher Exact test)

ระยะเวลาที่เริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรคได้

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรคได้ กับการแตกของไส้ติ่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเวลาเริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรค 48 ชั่วโมง 72 ชั่วโมง เกิดการแตกของไส้ติ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาเริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรค ภายใน 24 ชั่วโมงคือร้อยละ 50.0, 50.0 และ 6.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าเวลาของเริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่เริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรคได้ กับการแตกของไส้ติ่ง

ระยะเวลาของการ วินิจฉัยโรค	การเกิดไส้ติ่งแตก		รวม
	แตก	ไม่แตก	
ภายใน 24 ชั่วโมง	7 (6.9)	95 (93.1)	102(100)
ภายใน 48 ชั่วโมง	6 (50.0)	6 (50.0)	12 (100)
ภายใน 72 ชั่วโมง	3 (50.0)	3(50.0)	6 (100)
รวม	16(13.3)	104(86.7)	120(100)

$$\chi^2 = 19.363, p = .000$$

บทที่ 5

สรุปผลอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผล

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดไส้ติ่งแตกและเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดซึ่งตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ระหว่างเดือนตุลาคม 2554-พฤษภาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ chi square test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างเกิดไส้ติ่งแตก จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ผลการวิจัยพบว่าที่อยู่และระยะเวลาที่เริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก ส่วนตัวแปรอื่นๆได้แก่เพศ อายุ BMI แพทย์ ระยะเวลาที่วินิจฉัยโรคได้ ระยะเวลาทำการผ่าตัด เวร(เวลาที่ SET ผ่าตัด) การใส่ยาปฏิชีวนะ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ติ่งแตก

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1.กลุ่มตัวอย่างเกิดไส้ติ่งแตก จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.3 ซึ่งต่ำกว่าและไม่สอดคล้องกับไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ (2538:478)ในโรงพยาบาลรัฐจะพบผู้ป่วยไส้ติ่งแตกประมาณร้อยละ25-30 ในผู้ป่วยเด็ก ผู้ชรา ผู้ป่วยไส้ติ่งแตกมากกว่า พบมีอัตราการแตกถึง 72 เปอร์เซ็นต์ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 7 ปี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยรวมไม่ได้แยกเฉพาะผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยวัยชรา

2.อุบัติการณ์การเกิดไส้ตั้งแตกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ตั้งอักเสบ ผลการศึกษาพบว่าเพศชายเกิดไส้ตั้งแตกเป็นร้อยละ 20.0 มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 8.6 ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของโรคไส้ตั้งอักเสบที่พบในกลุ่มประชากรทั่วโลก โดยโรคนี้สามารถพบได้ในทุกช่วงอายุทุกวัย แต่จะพบมากในช่วงอายุ 20-30 ปี พบได้น้อยในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ ชายกับหญิงมีโอกาสเป็นเท่าๆ กัน แต่ในช่วงอายุ 20-30 ปี จะพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (สุรเกียรติ์ อาชานุกภาพ,2551)

3.กลุ่มตัวอย่างที่มีเวลาเริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรค 48 ชั่วโมง ,72 ชั่วโมง เกิดการแตกของไส้ตั้งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เวลาเริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรค ภายใน 24 ชั่วโมงคือร้อยละ 50.0,50.0 และ 6.9 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าเวลาของเริ่มปวดท้องจนถึงเวลาที่วินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์กับการเกิดไส้ตั้งแตกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีความสอดคล้องกับไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ (2538:75)ระยะเวลาอาการปวดท้องซึ่งจะสัมพันธ์กับอายุและอัตราการแตกอาการปวดท้องนานกว่า 48 ชั่วโมงเกือบร้อยทั้งและร้อยไส้ตั้งอักเสบจะแตกทะลุแล้ว

4. ผู้ป่วยที่มีที่อยู่นอกเขตอำเภออุทุมพรพิสัยเมื่อมีอาการปวดท้องต้องการมารับบริการอาจมีความล่าช้าจากระยะทางที่ไกล การเดินทางไม่สะดวก จึงส่งผลให้ระยะเวลาในการปวดท้องนานขึ้นและมีผลต่อการแตกของไส้ตั้ง

4.ระยะเวลาวินิจฉัยโรคจนกระทั่งผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ตั้งสอดคล้องกับนริทธิ์ สังข์สม (2549) ได้ศึกษาไส้ตั้งอักเสบแตกทะลุ ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาวินิจฉัยโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การเกิดไส้ติ่งอักเสบแตกส่วนมากเป็นผู้ชายและตัวแปรที่อยู่และระยะเวลาการปวดท้องจนถึงการวินิจฉัยได้มีผลต่อการแตกของไส้ติ่ง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าเพศชายมีอัตราการเกิดของไส้ติ่งแตกมากกว่าเพศหญิง ดังนั้น พยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลหน้าห้องตรวจควรให้การเฝ้าระวังกับผู้ป่วยเพศชายที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเพื่อลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตก

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระยะเวลาที่ปวดท้องที่มากกว่า 24-48 ชั่วโมง มีผลต่อการแตกของไส้ติ่งดังนั้น พยาบาลห้องฉุกเฉิน พยาบาลหน้าห้องตรวจ ควรมีการซักประวัติให้ได้เวลาที่เริ่มปวดที่แท้จริงเพื่อลดอัตราการเกิดไส้ติ่งแตก

3. ครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยในเรื่องวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่เกิดไส้ติ่งแตก เพราะมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล

4. จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีบ้านไกลโรงพยาบาล มีผลต่อการแตกของไส้ติ่ง จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ 1669 ไปรับผู้ป่วยได้ที่บ้าน ให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

นริทธิ์ สังข์สม. ใ้ตั้งอักษะเบียบพลันและอักษะเบยทะเลลูในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์.

เอกสารอักษะสำเนา.2549

นาฎนภา กุศล.เอกสารอักษะสำเนา. 2551

ไพบูลย์ สุทธิสุวรรณ. ศัลยศาสตร์ลูกฉิน. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์; 2538

วัชรพงษ์ พุทธิสวัสดิ์. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์.กรุงเทพฯ:กรุงเทพฯเวชสาร;2536

วาสนา เนื่อนุ่ม. เอกสารอักษะสำเนา. 2551

สิริรัตน์ ตรีพุทธิรัตน์. 2547

สมหวัง ด่านชัยวิจิต. 2544

สุรเกียรติ อษานุภาพ.หมอชาวบ้าน.2551

ภาคผนวก

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแตกของไส้ติ่งของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

ร.พ.อุทุมพรพิสัยปี พ.ศ. 2554-2555

- | ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | สำหรับผู้วิจัย |
|--|----------------|
| 1.เพศ ()ชาย ()หญิง | () |
| 2.อายุ.....ปี | ()() |
| 3.ที่อยู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... | ()() |
| 4.น้ำหนัก.....กิโลกรัม | ()() |
| 5.ส่วนสูง.....เซนติเมตร | ()() |
| ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด | |
| 6.โรคร่วม.....()ไม่มี ()มี ระบุ..... | ()() |
| 7.แพทย์..... | ()() |
| 8.เวร..... ()() | ()() |
| 9.ระยะเวลาการนอน..... | ()() |
| 10.การให้ยาปฏิชีวนะ..... | ()() |
| 11.ระยะเวลาที่ทำการผ่าตัด..... | ()() |
| 12.ระยะเวลาของการวินิจฉัยโรค..... | ()() |
| 13.ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปวดจนถึงวินิจฉัยได้ | ()() |
| 14.Rupture Appendicitis ()ใช่ ()ไม่ใช่ | ()() |

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางกมลวรรณ มุลทอง

การศึกษา พยาบาลศาสตร์(ต่อเนื่อง)วิทยาลัยบรมราชชนนี นครราชสีมา

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน งานผ่าตัดและวิสัญญี กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย