

ความบกพร่องทางปัญญาในผู้ป่วยหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง

สงวนสิน รัตน์เลิศ, พ.บ.*

สาวิตรี อัสณางค์กรชัย, พ.บ.**

ศักดิ์ชัย แซ่เฮ้ง, พ.บ.*

ฐาตุร เอี้ยวสกุล, พ.บ.*

*หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ Abstract

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บไปข้างหน้าของความบกพร่องทางปัญญาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่เดือนมกราคม 2553 - ธันวาคม 2556 พบว่าเมื่อออกจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางปัญญาจากการตรวจด้วย MMSE มีคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนนจำนวน 187 รายในผู้ป่วยที่ทดสอบได้ 521 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.89 และมีผู้ป่วยจำนวน 30 รายที่มีความบกพร่องทางปัญญาในขณะที่ออกจากโรงพยาบาล แต่ไม่มีนัดติดตามด้านประสาทศัลยกรรม ทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดโอกาสที่จะได้รับข้อมูลการดูแลตนเองและเฝ้าระวังอาการหรือความบกพร่องของการทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากความบกพร่องทางปัญญา การตรวจผู้ป่วยด้วย MMSE จึงควรกระทำทุกรายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองก่อนให้กลับบ้าน

Cognitive impairment in patients after traumatic brain injury

Sanguansin Ratanaalert, M.D.*, Sawitri Assanangkornchai, M.D.***, Sakchai Seahang, M.D.*,
Thakul Oewakul, M.D.*

*Division of Neurosurgery, Department of Surgery, **Division of Epidemiology, Faculty of Medicine, Songklanagarind University

Cognitive deficit after traumatic brain injury (TBI) was prospectively studied in patients admitted in Songklanagarind Hospital during January 2010 to December 2013. At discharge, 187 out of 521 cases had cognitive deficit, as defined by an MMSE score <23. Thirty cases of this group were not scheduled for follow up due to routine post-treatment neurological examinations were unremarkable. This finding emphasizes the importance of cognitive measurements such as the MMSE in TBI patients, and can assist health care teams to add appropriate information and suggest appropriate interventions to patients and their families.

Keywords: TBI, MMSE, Cognitive

บทนำ

จากข้อมูลการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555¹ พบว่ามีผู้พิการในประเทศไทยที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจรทางบกเป็นจำนวนสูงถึง 84,199 ราย ซึ่งสร้างภาระให้กับผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม นอกจากความพิการทางกายแล้วความบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive impairment) ยังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ^{2,3} Rimel และคณะได้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (mild head injury) ณ 3 เดือนหลังบาดเจ็บ⁴ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 59 มีความจำบกพร่อง และหากเป็นกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง⁵ (moderate head injury) อัตราการมีความจำบกพร่องจะสูงถึงร้อยละ 90 Levin และคณะศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับสติปัญญาปกติ ($IQ \geq 85$) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางร้อยละ 16 มีความจำบกพร่อง และ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรง (severe head injury) ร้อยละ 25 มีความจำบกพร่อง⁷ นอกจากนี้ Oddy และคณะยังพบว่า ถึงแม้เวลาจะผ่านไป 7 ปีแล้ว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดรุนแรงถึงร้อยละ 79 ยังมีภาวะบกพร่องทางความจำคงอยู่⁷ ดังนั้น Goold และคณะ⁸ จึงได้แนะนำว่าควรจะต้องทดสอบความบกพร่องทางสติปัญญาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทุกรายก่อนออกจากโรงพยาบาล

Mini-Mental State Examination (MMSE)⁹ เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้มากในการคัดกรองความบกพร่องทางสติปัญญา ได้รับการแปลและนำไปใช้ได้หลายประเทศ

ในประเทศไทย Thai-MMSE - Mini Mental State Examination เป็นเครื่องมือประเมินระดับสติปัญญาเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ได้ผ่านการทดสอบและใช้อย่างแพร่หลายทั้งในโครงการวิจัยและในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางคลินิกเฉพาะราย แต่ในเวชปฏิบัติทั่วไปทางด้านประสาทศัลยกรรม ยังไม่มีการนำมาใช้ คณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับการนำเครื่องมือ MMSE มาใช้ในเวชปฏิบัติกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ เพื่อศึกษาความชุกของความบกพร่องทางสติปัญญาของผู้ป่วยในระยะเวลาต่างๆ หลังการบาดเจ็บเพื่อนำมาประกอบการวางแผนรักษา ติดตามและการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเหมาะสมวิธีการวิจัย

โครงการนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บไปข้างหน้า (prospective descriptive study) ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าในการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 1 และแบบแผนการวิจัย (แผนภูมิที่ 1)

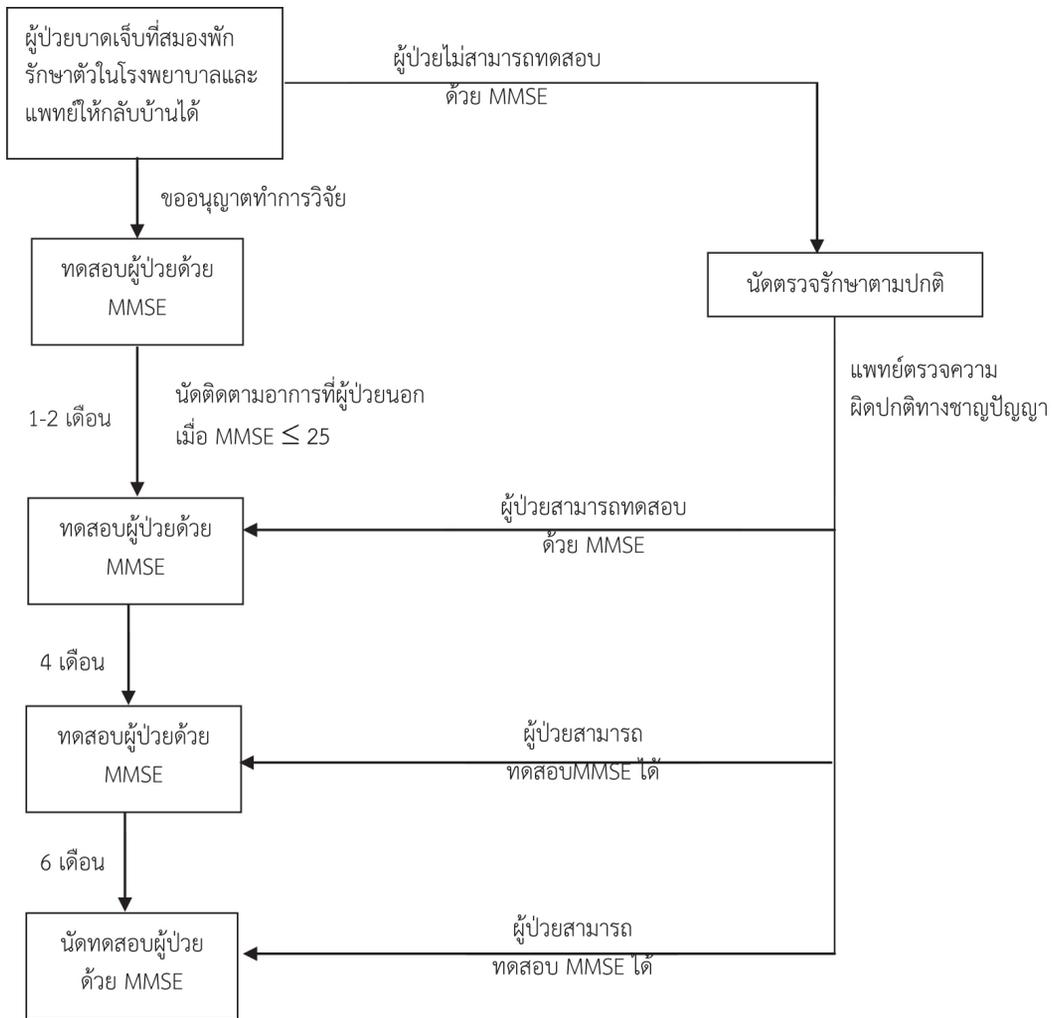
แต่ไม่รวมถึงผู้ป่วยบาดเจ็บที่ใบหน้า เช่น บาดแผลฉีกขาดที่ใบหน้า (facial laceration) กระดูกหน้าแตก มีวัตถุแปลกปลอมเข้าไปในตา หู จมูก หรือมีเลือดกำเดาไหล เป็นต้น แต่การบาดเจ็บเหล่านี้อาจพบร่วมกับบาดเจ็บที่ศีรษะได้

เครื่องมือวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล

ในโครงการนี้ใช้แบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE) เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลระดับสติปัญญา

ตารางที่ 1 เกณฑ์การเลือกประชากรเข้าหรือออกจากการศึกษา

เกณฑ์การเลือกประชากรเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)	เกณฑ์การคัดประชากรออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยชายหรือหญิงอายุ 15 ปี ขึ้นไป 2. ผู้ป่วยที่มีลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ คือ <ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติที่แน่นอนว่าศีรษะถูกกระทบ - ตรวจพบมีบาดแผลที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก <p>มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว แม้เพียงชั่วขณะ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดจาสื่อสารในระดับที่จะทำการทดสอบทางจิตประสาทวิทยาได้



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนการวิจัย

ปัญหาเบื้องต้น TMSE ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยพัฒนาสมองไทยและทดสอบในผู้สูงอายุปกติอายุ 60-70 ปีจำนวน 180 คนทั่วประเทศ แบบประเมิน TMSE แบ่งออกเป็นหกหมวด ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล (orientations 6 คะแนน) การบันทึกความจำ (registration 3 คะแนน) การใส่ใจ (attention 5 คะแนน) การคำนวณ (calculation 3 คะแนน) การใช้ภาษา (calculation 3 คะแนน) และความจำ (recall 3 คะแนน) รวมเป็นคะแนนเต็มทั้งหมด 30 คะแนน ในการศึกษาที่ใช้จุดตัดที่คะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน ในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางปัญญา ซึ่งเป็นจุดตัดที่แนะนำให้ใช้ในคนไทยที่จบการศึกษาอย่างน้อยระดับประถมศึกษา

(Ref: Train The Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). Siriraj Hospital Gazette, 1993; 45: 359-374) ผู้ช่วยวิจัยผู้พัฒนาวิธีที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในโครงการวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมาก่อน และได้รับการฝึกหัดการใช้ TMSE เป็นอย่างดีเป็นผู้เก็บข้อมูลในโครงการนี้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกตามแบบประเมิน TMSE การสัมภาษณ์ครั้งแรกทำก่อนที่ผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนแพทย์ให้กลับบ้านได้ หลังจากนั้นสัมภาษณ์ผู้ป่วยอีกเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก ณ เวลา 1-2 เดือน 4 เดือน และ 6 เดือน

แบบเสนอโครงการนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้ป่วยทุกคนรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย สิทธิประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมการศึกษา และลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการก่อนการสัมภาษณ์ครั้งแรก ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงนามยินยอมได้ด้วยตนเอง ญาติหรือผู้ดูแลจะเป็นผู้ลงนามแทน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงปริมาณด้วยจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

เกณฑ์การเลือกประชากร ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงเดือนมกราคม 2553 ถึงธันวาคม 2556 มีจำนวน 1,588 คน สามารถทดสอบผู้ป่วยได้ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 521 คน ผู้ป่วยจำนวน 303 คน ไม่สามารถทดสอบได้ก่อนออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากยังไม่สามารถสื่อสารได้ ยังไม่รู้สีกตัวเต็มที่ไม่สามารถอ่านและเขียน, มีปัญหาด้านการมองเห็น, ไม่ให้ความร่วมมือในการประเมิน, ยังมีอาการสับสน และเป็นชาวต่างชาติ (แรงงานต่างด้าว) หรือเป็นผู้ป่วยชาวไทยที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ กลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางด้านอาการ/ความรู้สึกตัวสามารถทดสอบได้ในช่วงติดตามอาการอีกจำนวน 69 คน

ในผู้ป่วยจำนวน 1,588 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,194 คน เพศหญิง 387 คน สาเหตุของการบาดเจ็บเกิดจากอุบัติเหตุจราจร 1,194 คน การล้ม/ตก/หล่น 247 คน การถูกทำร้าย 125 คน และไม่ทราบสาเหตุ 22 คน ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น mild head injury (MHI) 1,227 คน moderate head injury (MoHI) 124 คน และ severe head injury (SHI) 237 คน โดยมีการบาดเจ็บในตำแหน่งอื่นๆ ร่วมด้วย ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 โดยกลุ่มที่ได้รับการทดสอบ 753 คน พบปัจจัยเสริมจากการตีมแอลกอฮอล์ก่อนได้รับบาดเจ็บ 228 คน และ ใช้ทั้งเครื่องตีมแอลกอฮอล์ร่วมกับสารเสพติด 1 คน ไม่พบปัจจัยเสริม 414 คน ไม่ได้บันทึก 102 คน และสาเหตุอื่นๆ (หลับใน) 8 คน

จากการติดตามภายหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านประมาณ 1 เดือน สามารถติดตามทดสอบผู้ป่วยได้จำนวน 248 ราย โดย 142 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบก่อนออกจากโรงพยาบาล และ 106 ราย เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการทดสอบก่อนออกจากโรงพยาบาล และมีผู้ป่วยบางส่วนหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลไปแล้วมีนัดของคลินิกอื่นๆ เช่น คลินิกเฟือก คลินิกจิตเวช คลินิกตา คลินิกศัลยกรรมอุบัติเหตุ ศัลยกรรมตกแต่ง แต่ไม่มีนัดของคลินิกประสาทศัลยกรรม จำนวน 283 ราย ไม่มีข้อมูลการนัดของผู้ป่วย 50 ราย ผู้ป่วยปฏิเสธการทดสอบ 25 ราย ผู้ป่วยผัดนัด/มาไม่ตรงนัด 30 ราย (12 รายมาก่อนนัด และ 18 รายมาหลังนัด โดยมาพร้อมกับมาตามนัดในคลินิกอื่น/ลืมวันนัด) ในวันนัดผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล 7 ราย ไม่มาตามนัด 335 ราย

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยโรคตามผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ (1,588 คน)

การวินิจฉัยโรค	CT Brain		ไม่ได้ทำ
	Positive	Negative	
Mild head injury	235 (14.80)	35 (2.20)	45 (2.83)
Moderate head injury	134 (8.44)	47 (2.96)	5 (0.31)
Severe head injury	476 (29.97)	564 (35.52)	47 (2.96)

ตารางที่ 3 แสดงการติดตามผู้ป่วย

การติดตามผู้ป่วย	จำนวน
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	1,588
ผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบก่อนออกจากโรงพยาบาล	521
ผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบครั้งแรกที่คลินิกผู้ป่วยนอก	232
ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการทดสอบก่อนออกจากโรงพยาบาล	1,021
ผู้ป่วยถูกจำหน่ายก่อนได้รับการทดสอบ	547
ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการทดสอบได้	303
ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา	139
ผู้ป่วยที่ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล	16
ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น	16
ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการทดสอบหลังออกจากโรงพยาบาล	
ผู้ป่วยไม่มีนัด Neuro	283
ไม่มีข้อมูลการนัด	50
ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดครั้งแรก	742
ผู้ป่วยที่ยังไม่ถึงกำหนดนัดครั้งแรก	35

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบผู้ป่วยด้วย MMSE

ระยะของการทดสอบ	น้อยกว่า/เท่ากับ 22 คะแนน	มากกว่า 22 คะแนนขึ้นไป
การทดสอบก่อนออกจากโรงพยาบาล	187	334
การทดสอบหลังจำหน่าย ~ 2 สัปดาห์	13	70
การทดสอบหลังจำหน่าย 1 เดือน	53	195
การทดสอบหลังจำหน่าย 2 เดือน	29	82
การทดสอบหลังจำหน่าย 3 เดือน	18	47
การทดสอบหลังจำหน่าย 4 เดือน	11	40
การทดสอบหลังจำหน่าย 5 เดือน	10	29
การทดสอบหลังจำหน่าย 6 เดือน	3	19
การทดสอบหลังจำหน่าย 7 เดือน	5	10
การทดสอบหลังจำหน่าย 8 เดือน	4	9
การทดสอบหลังจำหน่าย 9 เดือน	6	5
การทดสอบหลังจำหน่าย 10 เดือน	2	6
การทดสอบหลังจำหน่าย 11 เดือน	-	6
การทดสอบหลังจำหน่าย 12 เดือน	2	2
การทดสอบหลังจำหน่ายมากกว่า 12 เดือน	4	11

หมายเหตุ ระยะเวลาในการนัดของผู้ป่วยแต่ละรายต่างกัน

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของ TMSE แยกรายหมวดในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความบกพร่องของชาวญ
ปัญญา (คะแนนรวมของ TMSE น้อยกว่า 23 คะแนน)

	การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล	การบันทึก ความจำ	การใส่ใจ/ การคำนวณ	ความจำ	การใช้ภาษา
ผลตรวจก่อนออกจากโรงพยาบาล	8.18 (1.901)	2.93 (0.313)	3.71 (1.460)	1.66 (1.161)	6.81 (1.396)
ผลตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล	8.92 (1.471)	2.98 (0.170)	4.05 (1.336)	2.14 (1.092)	7.11 (1.413)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับแอลกอฮอล์ในเลือดแรกจับที่ห้องฉุกเฉินกับคะแนน MMSE ก่อนออกจากโรงพยาบาล

ระดับแอลกอฮอล์	ระดับคะแนน MMSE		Total
	<=22	>22	
ไม่พบแอลกอฮอล์	81 (10.8)	167 (22.2)	248 (32.9)
น้อยกว่า 25 mg	1 (0.1)	3 (0.4)	4 (0.5)
25.1-50 mg	1 (0.1)	7 (0.9)	8 (1.1)
50.1-100 mg	12 (1.6)	20 (2.7)	32 (4.2)
100.1-150 mg	18 (2.4)	22 (2.9)	40 (5.3)
150.1-200 mg	30 (4.0)	36 (4.8)	66 (8.8)
200.1-250 mg	17 (2.3)	41 (5.4)	58 (7.7)
250.1-300 mg	14 (1.9)	21 (2.8)	35 (4.6)
300.1-350 mg	9 (1.2)	10 (1.3)	19 (2.5)
มากกว่า 350 mg	5 (0.7)	7 (0.9)	12 (1.6)
ไม่มีการตรวจ	73 (9.7)	158 (21.0)	231 (30.7)
Total	261 (34.7)	492 (65.3)	753 (100.0)

(มีการติดตามโดยการโทรศัพท์สอบถามอาการ พบว่า, 221 รายไม่มีอาการผิดปกติ สามารถทำงานหรือไปเรียนได้ตามปกติ โดย 45 รายกลับไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน, 69 ราย ไม่สามารถติดต่อได้ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้) ยังไม่ครบกำหนดนัด 35 ราย นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยจำนวน 139 ราย เสียชีวิตระหว่างการรักษา และผู้ป่วยจำนวน 16 รายยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

ในผู้ป่วยที่มีการทดสอบครั้งแรกพบว่า จากจำนวน 753 ราย (ทดสอบก่อนจำหน่าย 521 ราย ทดสอบครั้งแรกหลังจำหน่ายประมาณ 2 สัปดาห์ 43 ราย หลังจำหน่าย 1 เดือน 106 ราย และหลังจำหน่าย 2 เดือนขึ้นไป 82

ราย) มีคะแนนน้อยกว่า/เท่ากับ 22 คะแนน จำนวน 261 ราย และมีคะแนนสูงกว่า 22 คะแนน จำนวน 488 ราย โดยจากการติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนจำนวน 248 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีคะแนนมากกว่า 22 คะแนนขึ้นไป มีเพียง 53 ราย ที่ยังมีคะแนนน้อยกว่า/เท่ากับ 22 คะแนน

วิจารณ์

ความบกพร่องทางชาวญปัญญาหลังการได้รับบาดเจ็บที่สมอง ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวม¹⁰⁻¹² ในประเทศไทยการศึกษายังมีอยู่น้อยและไม่สามารถให้อุปติการณที่ชัดเจนได้ รายงานฉบับนี้จึงเป็น

รายงานแรกที่แสดงถึงอุบัติการณ์ความบกพร่องทางชา
 ญญาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในคนไทย โดยในระยะ 1
 เดือนแรกหลังการรักษาพบว่าระดับชาญญาบกพร่อง
 ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองถึง 3.65% ในผู้ป่วยที่เข้ารับการ
 รักษา (19/521) ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หาก
 รวมกับผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวต่ำและไม่สามารถ
 ทดสอบได้ จะเป็นจำนวนถึง 3.34% (53/1,588) ของ
 จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้งหมด

ผู้ป่วยที่มีระดับชาญญาบกพร่องบางราย อาจไม่
 สามารถตรวจพบจากการตรวจร่างกายหรือเวชปฏิบัติ
 ทั่วไปได้ ดั่งข้อมูลผู้ป่วยที่มีระดับชาญญาบกพร่อง 30
 ราย ไม่มีการนัดตรวจติดตามด้านประสาทศัลยกรรม
 ทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดโอกาสที่จะได้รับข้อมูลการดูแล
 ตนเองและเฝ้าระวังอาการหรือความบกพร่องของการ
 ทำงานหรือใช้ชีวิตประจำวัน อันเนื่องจากความบกพร่อง
 ทางชาญญา การตรวจผู้ป่วยด้วย MMSE จึงควร
 กระทำทุกรายในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองก่อนให้กลับบ้าน

การรักษาผู้ป่วยบกพร่องทางชาญญาประกอบด้วย
 10 1.การรักษาทางจิตเวช เช่น กิจกรรมกลุ่มบำบัด
 2.การฟื้นฟูทางชาญญา (cognitive rehabilitation) และ
 3.การใช้ยา เช่น rivastigmine, Donapesil เป็นต้น
 อย่างไรก็ตาม ยังไม่มียาชนิดใดที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ
 ต่อการฟื้นฟูความบกพร่องทางชาญญาหลังได้รับ
 บาดเจ็บที่สมอง10 การทำงานเป็นที่สหวิชาชีพพร้อมกับ
 ผู้ดูแลผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดูแลฟื้นฟูชาญญา
 ของผู้ป่วย

ข้อจำกัดจากการศึกษาซึ่งส่งผลให้สามารถตรวจผู้
 ป่วยได้เพียง 753 ราย ประกอบด้วย

ปัจจัยด้านผู้ป่วย

- ผู้ป่วยบางรายมีอาการบาดเจ็บที่มือ/แขน
 ทำให้การทดสอบด้านการเขียน/วาดรูปทำได้ไม่เต็มที่
 ในส่วนของการเขียนตัวเลข/ข้อความ ผู้ทดสอบเขียน
 ตัวเลขแทนแล้วให้ผู้ป่วยอ่าน/เขียนข้อความตามคำบอก
 ของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยบางรายไม่ทราบ/ไม่ได้สนใจเรื่องวันที่

เป็นพื้นฐานอยู่แล้ว จึงทำให้ตอบเรื่องวันไม่ได้

- ผู้ป่วยบางรายแยกชั้นของตัวอาคารไม่ได้ แต่
 บอกได้ว่าชั้นนั้นๆ มีอะไรบ้าง

- ในผู้ป่วยบางรายยังมีอาการสั่น/เบลอ อยู่ใน
 ระหว่างการทดสอบทำให้คะแนนออกมาต่ำกว่าที่ควร
 จะเป็น

- ระหว่างการทดสอบผู้ป่วย บางรายญาติจะ
 พยายามช่วยผู้ป่วยในการตอบมาก พยายามช่วยบอกใบ้/
 พูดเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยฟัง หากผู้ป่วยตอบเรื่องวันไม่ได้
 ญาติจะบอกว่ามีกิจกรรมอะไรที่เกี่ยวข้องกับวันนี้บ้าง เช่น
 เป็นวันเกิด วันงาน/เทศกาลต่างๆ และหากตอบเรื่อง
 สถานที่ไม่ได้ญาติจะบอกไปถึงความเกี่ยวข้องของคนที่รู้จัก
 เช่น มีใครทำงานอยู่ที่นี้บ้าง หรือใครเคยมารักษาที่ตัวที่
 นี้บ้าง

- ในบางรายผู้ป่วยยินยอมและพร้อมรับการ
 ทดสอบ แต่ญาติเห็นว่าการทดสอบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วย
 ต้องใช้ความคิดมาก/ปวดหัว และมองว่าไม่มีความ
 จำเป็นจึงไม่ให้ความร่วมมือในการทดสอบ

- หลังจากที่ผู้ป่วยกลับบ้านและเห็นว่าตนเอง
 ไม่มีความผิดปกติ จึงไม่มารับการตรวจรักษาต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยบางรายที่มาตรวจตามนัดในครั้งแรก
 และไม่มาตามนัดในครั้งต่อไป มองว่าการมาตามนัด
 โดยที่ไม่ได้รับการตรวจ/การรักษา/บำบัดเพิ่มเติมไม่
 เป็นประโยชน์ในการมาตรวจซ้ำ

- ผู้ป่วยบางรายหากทำการทดสอบในขณะที่
 ญาติอยู่ด้วย ผู้ป่วยจะไม่ค่อยมีสมาธิในการทดสอบ

ปัจจัยด้านการจัดการ

- ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด ส่วนหนึ่งกลับไปรักษา
 ต่อที่ โรงพยาบาลใกล้บ้าน จึงติดตามต่อไม่ได้

- หมายเลขโทรศัพท์ที่ผู้ป่วยให้ไว้ บางครั้ง
 ติดต่оไม่ได้/เป็นหมายเลขของผู้อื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้อง
 กับผู้ป่วย

- ผู้ป่วยบางรายที่ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วน
 หน้าของสถานพยาบาลอื่นๆ ไม่ได้รับการส่งตัวมาตรวจ
 ตามนัดแต่จะได้รับการตรวจโดยสถานพยาบาลแทน

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ทั้งผลการตรวจพบและข้อจำกัดทางการวิจัยจึงเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัยต่อไป เพื่อหาวิธีการหรือยาที่สามารถช่วยฟื้นฟูความพร่องทางปัญญาปัญญาในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์อิทธิชัย ศักดิ์อรุณชัย นายแพทย์ธาราณี ตันธนาธิป แพทย์ประจำหน่วยประสาทศัลยศาสตร์ และเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่ให้ความร่วมมือในการติดตามประเมินผู้ป่วยในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. “อุบัติเหตุความสูญเสียที่มากกว่าชีวิต” เมษายน 2557. <http://www.nic.go.th/gsic/e-book/accident/accident.pdf> (เข้าถึงเมื่อ 8 มีนาคม 2558).
2. Cooper PR, Golfinos JG. Head injury. McGraw-Hill: New York, 2000.
3. Levin HS, Eisenberg HM, Aldrich EF. Sequelae of Traumatic brain injury and their management. In: Youmans JR. editor. Neurological Surgery. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996:1825-33.
4. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, Boll TJ, Jane JA. Disability caused by minor head injury. Neurosurgery. 1981;9(3):221-8.
5. Rimel RW, Giordani B, Barth JT, Jane JA. Moderate head injury: completing the clinical spectrum of brain trauma. Neurosurgery. 1982;11(3):344-51.
6. Levin HS, Goldstein FC, High WM Jr, Eisenberg HM. Disproportionately severe memory deficit in relation to normal intellectual functioning after closed head injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1988;51(10):1294-301.
7. Oddy M, Coughlan T, Tyerman A, Jenkins D. Social adjustment after closed head injury: a further follow-up seven years after injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1985;48(6):564-8.
8. Goold D, Vane DW. Evaluation of functionality after head injury in adolescents. J Trauma. 2009;67(1):71-4.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.
10. Arciniegas B, Held K, Wagner P. Cognitive impairment following traumatic brain injury. Curr Treat Option Neurol. 2002;4:43-57.
11. Upadhyay D. Cognitive functioning in TBI patients: A review of literature. Middle-East J Sci Res. 2008;3(3):120-5.
12. Shukla D, Devi BI, Agrawal A. Outcome measures for traumatic brain injury. Clin Neurol Neurosurg. 2011;113:435-41.