

การวินิจฉัยอาการปวดท้องฉับพลันในผู้ป่วยสูงอายุ ที่แผนกฉุกเฉิน

Emergency department diagnosis of acute abdominal pain in elderly patients

ฤทธิรักษ์ โอทอง
ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวิ
ประเสริฐ วศินานุकर

Rittirak Othong

Prasit Wuthisuthimethawee

Prasert Vasinanukorn

ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

Department of Emergency Medicine, Faculty of
Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai,
Songkhla, 90110, Thailand
E-mail: toppoter@yahoo.com
Songkla Med J 2010;28(1):31-42

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อหาอุบัติการณ์ตลอดจนความถูกต้อง
ในการวินิจฉัยโรค และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง
ความพิการและอัตราการตายของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย
เบื้องต้น (initial diagnosis) และสุดท้าย (final diag-
nosis) ตรงกันและไม่ตรงกัน ในผู้ป่วยสูงอายุที่มาตรวจ
ด้วยอาการปวดท้องฉับพลัน

วัสดุและวิธีการ: เป็นการศึกษาย้อนหลัง ตั้งแต่ 1
มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2548 ในผู้ป่วยอายุ
ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ณ แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลา-
นครินทร์ ที่มาด้วยอาการปวดท้องฉับพลันโดยเก็บข้อมูล
อายุ เพศ โรคประจำตัว การวินิจฉัยเบื้องต้นและสุดท้าย
ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายที่ใช้รักษาตัวในโรงพยาบาล

ความพิการและอัตราการตาย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยทั้งหมด 378 ราย อายุเฉลี่ย 71 ปี (60-
94 ปี) เป็นผู้ชายร้อยละ 46 และร้อยละ 71.2 มีโรคประจำตัว
โดยรวมแล้วการวินิจฉัย ณ แผนกฉุกเฉินทำได้ถูกต้องร้อยละ
83.1 โรคที่พบบ่อยได้แก่ อาการปวดท้องที่ยังระบุสาเหตุ
ไม่ได้ กระเพาะอาหารหรือลำไส้อักเสบ โรคของถุงน้ำดีและ
ทางเดินน้ำดี ร้อยละ 35.2, 10.6, และ 8.2 ตามลำดับ

ผู้ป่วย 100 ราย ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและ
วินิจฉัยถูกต้องร้อยละ 66 โรคที่พบบ่อยได้แก่ โรคของ
ถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี ลำไส้อุดตัน อาการปวดท้อง
ไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 30.0, 17.0 และ 10.0 ตามลำดับ

หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นไม่ตรงกับสุดท้าย
จะมีผลทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้นจาก 5.5 เป็น
8.0 วัน และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก 12,107 เป็น 22,674 บาท

สรุป: ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการตรวจ ที่แผนกฉุกเฉินของ
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ด้วยอาการปวดท้องฉับพลัน
หากได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นต่างจากการวินิจฉัยสุดท้าย
จะมีผลให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและมี
ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ฉุกเฉิน, ผู้สูงอายุ, อาการปวดท้อง

รับต้นฉบับวันที่ 21 กรกฎาคม 2551 รับลงตีพิมพ์วันที่ 5 มกราคม 2552

Abstract:

Objectives: To study the incidence and cor-
rectness of diagnoses in elderly patients ex-
amined in the Emergency Department (ED)
for acute abdominal pain and compare the
morbidity and mortality of patients whom
are diagnosed in agreement and disagree-
ment between the final and initial diagnoses.

Methods: This was a retrospective study of 378

elderly patients examined in the ED for acute non-traumatic abdominal pain from January 1 through December 31, 2005. The patients' medical records were reviewed for demographics, initial diagnosis, final diagnosis, length and cost of hospitalization, mortality and morbidity.

Results: Of 378 patients; median age 71 (60-94) years; 46.3% were men and 71.2% had underlying diseases. 83.1% were diagnosed correctly and the common causes were non-specify 35.2%; acute gastritis, gastroenteritis and diarrhea 10.6%; cholecystitis, cholelithiasis and biliary tract disease 8.2%.

26.5% of all patients were admitted, and in this subgroup, the diagnoses were correct only 66% of the time and the common diagnoses were cholecystitis, cholelithiasis and biliary tract disease 30.0%; intestinal obstruction 17.0%; non-specify 10.0%.

The patients who had discordance between initial and final diagnoses increased morbidity significantly since they had more hospitalization time (5.5 VS 8.0 days) and costs (12,107 VS 22,674 Baht), ($p = 0.016$ and 0.022 , respectively). Fortunately, no one died in our study.

Conclusion: This study examined the rate of incorrect diagnoses in elderly patients admitted to our ED due to acute abdominal pain. The impacts of incorrect diagnoses are mainly prolonged hospitalization and increased hospital costs.

Key words: abdominal pain, elderly, emergency

บทนำ

ในปัจจุบันนี้ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลทะเบียนราษฎรเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2547 มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 6.2 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 62 ล้านคน (ร้อยละ 10)

จากสภาวะการณดังกล่าว จึงมีผู้ป่วยสูงอายุมาใช้บริการ ณ แผนกฉุกเฉินมากขึ้นตามไปด้วยและพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มาตรวจที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องฉับพลันนั้นเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลามากที่สุดในการวินิจฉัย² และยังพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยปัญหา

ดังกล่าวมีมากเป็นอันดับที่ 2 ของผู้ป่วยสูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน³ และได้รับการวินิจฉัยถูกต้องร้อยละ 40-65 เท่านั้น⁴ อันเนื่องจากหลายๆ ปัจจัย เช่น ความจำเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง ความซึมเศร้า หูตึง อุปสรรคด้านภาษาหรือความรู้สึกตัวที่ผิดปกติไป อันเป็นผลมาจากการใช้ยา การดื่มสุราหรือเป็นไข⁵ นอกจากนี้ประวัติที่ได้จากผู้ป่วยเองก็มักไม่พบว่ามีอาการร่วมที่ชัดเจน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือเป็นไข แม้ว่าจะมีภาวะการติดเชื้อในช่องท้องก็ตาม⁶

การตรวจร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวก็มีความผิดพลาดได้บ่อย แม้จะมีภาวะอันตราย เช่น การติดเชื้อที่รุนแรงเกิดขึ้น แต่อาการแสดงจะไม่ชัดเจน เช่น สีหน้ายังดูปกติดี วัดอุณหภูมิกายปกติหรือต่ำกว่าปกติ (ไม่มีไข้) ชีพจรยังเต้นด้วยอัตราปกติแม้จะกำลังช็อคเพราะอาจจะได้ยาที่คุมอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ บอกตำแหน่งการปวดได้ไม่ชัดเจน ไม่มีอาการแสดงทางหน้าท้องที่บ่งชี้ภาวะอันตราย (ไม่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ เสียงลำไส้ปกติ)⁶⁻¹³

การตรวจทางห้องปฏิบัติการก็อาจจะช่วยในการวินิจฉัยอาการปวดท้องของผู้ป่วยได้ แต่ต้องแปลผลอย่างระมัดระวัง เนื่องจากหลายการศึกษาพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อที่รุนแรงในช่องท้องแต่ผลของการตรวจนับเม็ดเลือดขาว พบว่ามีเม็ดเลือดขาวเพียง 12,400 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เท่านั้น¹⁴ นอกจากนี้ผลการตรวจปัสสาวะก็เช่นกันเนื่องจากในผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีเม็ดเลือดขาวจำนวนน้อยๆ ปรากฏในปัสสาวะ โดยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ทำให้อาการวินิจฉัยผิดได้ว่าเป็นการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนบน^{15,16} ส่วนการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเอนไซม์ของหัวใจก็มีประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยปวดท้องส่วนบนร่วมกับมีคลื่นไส้ อาเจียน เนื่องจากการมีภาวะหัวใจขาดเลือดจะมาด้วยอาการเหล่านี้ได้และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ การส่งตรวจเอกซเรย์ของช่องท้อง มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะลำไส้อุดตันและสุดท้ายการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของช่องท้องช่วยเพิ่มความสามารถในการวินิจฉัยผู้ป่วยสูงอายุที่มาตรวจด้วยอาการปวดท้องฉับพลันได้¹⁷

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับตรวจ ณ แผนกฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องฉับพลันและพบว่าแม้จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ แล้วก็ยังพบว่ากลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุดคืออาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ (non specific) ส่วนกลุ่มที่ระบุสาเหตุได้อันดับต้นๆ ได้แก่ ลำไส้อุดตัน กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี แผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่วนบน และ diverticulitis¹⁸⁻²⁰

การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ถูกต้องตั้งแต่ที่แผนกฉุกเฉิน สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงได้จากร้อยละ 19 เหลือเพียงร้อยละ 8¹⁷ ดังนั้นการศึกษาแง่มุมต่างๆ ของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับตรวจ ณ แผนกฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องฉับพลันเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญมาก ในประเทศไทยยังขาดข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับตรวจ ณ แผนกฉุกเฉิน และยังไม่มียางานการศึกษาข้อมูลดังกล่าวในประเทศไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของโรคในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับตรวจ ณ แผนกฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องฉับพลัน ความถูกต้องในการให้การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวและความแตกต่างของความสูญเสียและอัตราการเสียชีวิต

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาวิจัยแบบย้อนหลัง จากเวชระเบียนของผู้ป่วย อายุ ≥ 60 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2548 มีอาการสำคัญที่มารับการตรวจคืออาการปวดท้องภายใน 1 สัปดาห์ เวชระเบียนที่คัดออกจากการศึกษาคือ ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องเป็นอย่างเรื้อรังติดต่อกันเกินกว่า 1 สัปดาห์ อาการปวดท้องที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ

เก็บข้อมูลเรื่อง อายุ เพศ ศาสนา ประวัติโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตับแข็ง โรคไตเรื้อรัง โรคปอด โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และอื่นๆ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งมารับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน การวินิจฉัยเบื้องต้น การวินิจฉัยสุดท้าย จำนวนครั้งที่มารับตรวจที่โรงพยาบาลเนื่องจากอาการปวดท้องครั้งแรก ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายที่ใช้รักษาตัวในโรงพยาบาล ความสูญเสียและอัตราการเสียชีวิต

ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยที่ลงทะเบียนตรวจ ณ แผนกฉุกเฉินด้วยเรื่องปวดท้อง จำนวน 601 ราย เข้าสู่อการศึกษาดำเนินการคัดเข้าและคัดออก จำนวน 378 ราย ผู้ป่วยที่ศึกษาเป็นเพศหญิงร้อยละ 53.7 อายุเฉลี่ย 71 ปี อายุมากที่สุด 94 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 93.1 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 71 มีโรคประจำตัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน

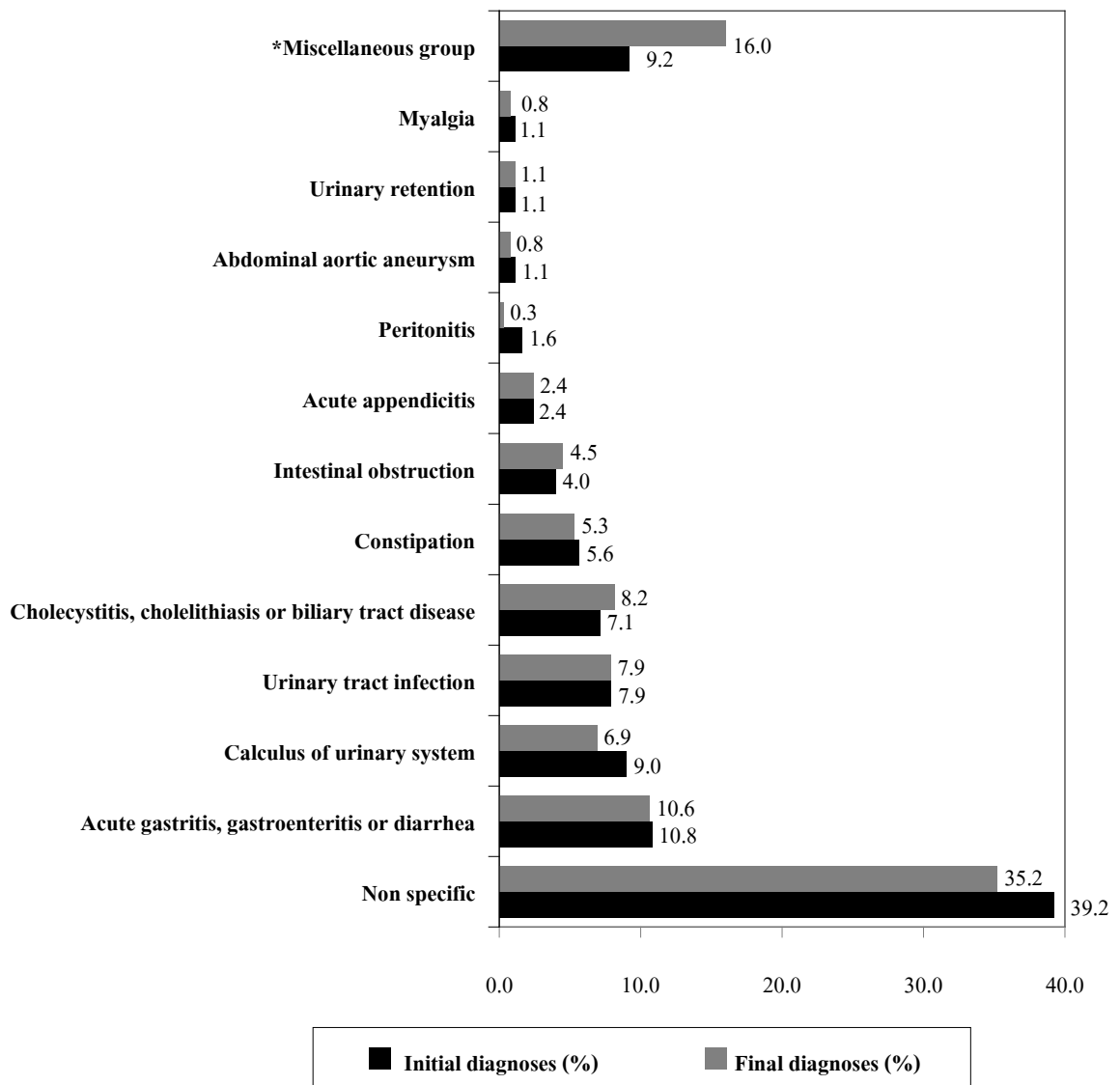
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาตรวจ ณ แผนกฉุกเฉินหลังจากเริ่มมีอาการปวดมาประมาณ 24 ชั่วโมง (พิสัย 1-168 ชั่วโมง) ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล และให้กลับบ้าน มีอาการเริ่มปวดท้องจนกระทั่งมาตรวจพอกันคือ 24 ชั่วโมง

ความถูกต้องของการวินิจฉัย

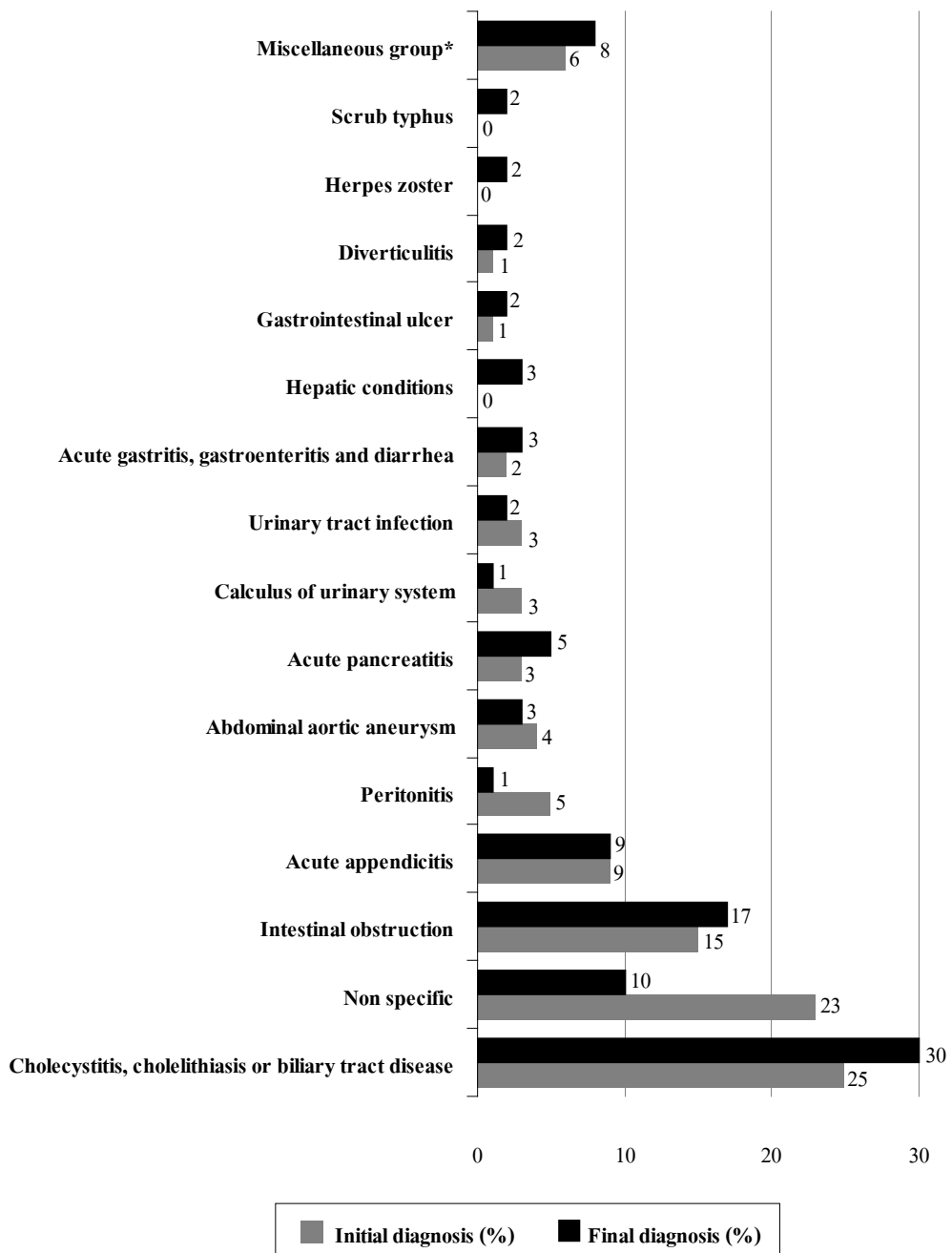
จากผู้ป่วยทั้งหมด 378 ราย โดยรวมแล้วได้รับการวินิจฉัยถูกต้องร้อยละ 83.1 (แผนภูมิที่ 1)

ในขณะที่เดียวกันมีผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลทั้งหมด 100 ราย จากทั้งหมด 378 ราย ร้อยละ 26.5 ซึ่งในส่วนนี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้องเพียง 66 ราย (ร้อยละ 66) และการวินิจฉัย 3 อันดับแรก คือ กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี ลำไส้อุดตัน และอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 1 แสดงการวินิจฉัยเบื้องต้นและสุดท้ายเป็นร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุทั้งหมด 378 ราย ที่มาตรวจ ณ แผนกฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องฉับพลัน



แผนภูมิที่ 2 แสดงการวินิจฉัยเบื้องต้นและสุดท้ายเป็นร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับไว้นอนรักษาต่อในโรงพยาบาล 100 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 378 ราย ที่มาตรวจ ณ แผนกฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องฉับพลัน



สาเหตุของอาการปวดท้อง

สาเหตุของโรคที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง (แผนภูมิที่ 1 และ 2) อย่างไรก็ดีตามมีผู้ป่วย 53 ราย (ร้อยละ 14) มาโรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว

ผู้ป่วยที่ได้ทำการผ่าตัดรักษา 38 ราย ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง 22 ราย (ร้อยละ 57.9) โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอันดับแรกๆ ในกลุ่มนี้ ได้แก่ กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี ใส่ติ่งอีกเสบ และลำไส้อุดตัน (ตารางที่ 1)

การวินิจฉัยเบื้องต้น ณ แผนกฉุกเฉินว่าเป็นอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ 148 ราย ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 23 ราย ร้อยละ 15.5 การวินิจฉัยสุดท้ายยังคงเป็นอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ 9 ราย และผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดรักษา 8 ราย ร้อยละ 5.4 ของผู้ป่วยที่เบื้องต้นได้รับการวินิจฉัยว่าปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ ได้แก่ กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี 4 ราย ลำไส้อุดตัน

3 ราย และติ่งอ่อนอีกเสบ 1 ราย

การกลับมาตรวจซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน (return ED visit)

จากผู้ป่วยทั้งหมด 378 ราย ได้กลับมาตรวจซ้ำ ณ แผนกฉุกเฉิน 37 ราย (ร้อยละ 9.8) และในจำนวนนี้ได้ถูกรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล 15 ราย และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดรักษา 10 ราย (ตารางที่ 3 และ 4)

ผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำที่แผนกฉุกเฉินมักจะกลับมาตรวจซ้ำภายในเวลา 41 ชั่วโมง โดยเหตุผลที่กลับมาตรวจซ้ำมักจะมาจากการที่อาการปวดท้องมีลักษณะเหมือนเดิม ร้อยละ 43.2 หรืออาการแย่ลง ร้อยละ 40.5 ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่กลับมาตรวจซ้ำด้วยเรื่องระบบหัวใจและการหายใจล้มเหลว

ในการศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดที่กลับมาตรวจซ้ำที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการเดิมเกินกว่า 1 ครั้ง

ตารางที่ 1 แสดงการวินิจฉัยโรคสุดท้ายในกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลและได้รับการผ่าตัด(surgery) หรือสอดใส่เครื่องมือ (intervention) เพื่อทำการรักษา (operative procedure)

การวินิจฉัยสุดท้าย (Final diagnosis)	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
Cholecystitis, cholelithiasis and biliary tract disease	14	36.8
Acute appendicitis	8	21.1
Intestinal obstruction	7	18.4
Gastrointestinal ulcer	2	5.3
Hepatic conditions	2	5.3
Miscellaneous group*	5	13.1
Total	38	100

*Miscellaneous group (อย่างละ 1 ราย) : acute pancreatitis, abdominal aortic aneurysm, urinary tract infection, hernia, tubo-ovarian abscess

หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่เป็น urinary tract infection แล้วได้รับการผ่าตัดคือได้ทำ nephrotomy and stone removal

ตารางที่ 2 แสดง 5 อันดับแรกของโรคที่มักจะได้รับ การวินิจฉัยและร้อยละของความถูกต้อง

การวินิจฉัยสุดท้าย (Final diagnosis)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วย ที่วินิจฉัยถูก	ร้อยละ ของการวินิจฉัยถูก
Cholecystitis, cholelithiasis and biliary tract disease	30	24	80.0
Intestinal obstruction	17	13	76.5
Non specific	10	9	90.0
Acute appendicitis	9	7	77.8
Acute pancreatitis	5	2	40.0

ตารางที่ 3 แสดงการวินิจฉัยสุดท้ายของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่แผนกฉุกเฉินแล้วถูกรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

การวินิจฉัยสุดท้าย (Final diagnosis)	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
Intestinal obstruction	3	20.0
Cholecystitis, cholelithiasis and biliary tract disease	2	13.3
Acute pancreatitis	2	13.3
Hepatic conditions	2	13.3
Non specific	1	6.7
Acute appendicitis	1	6.7
Acute on top chronic renal failure	1	6.7
Febrile neutropenia	1	6.7
Urinary tract infection	1	6.7
Hernia	1	6.7
Total	15	100

ตารางที่ 4 แสดงการวินิจฉัยสุดท้ายของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่แผนกฉุกเฉินแล้วต้องทำ operative procedure

การวินิจฉัยสุดท้าย (Final diagnosis)	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
Intestinal obstruction	3	30.0
Cholecystitis, cholelithiasis and biliary tract disease	2	20.0
Hepatic conditions	2	20.0
Acute appendicitis	1	10.0
Urinary tract infection	1	10.0
Hernia	1	10.0
Total	10	100

การดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล

หลังจากที่ได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลแล้ว ได้ให้การดูแลเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ด้วยกันคือ กลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษารวมถึงการสอดใส่เครื่องมือแทนการผ่าตัด (intervention) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยวิธีอื่น เช่น การให้ยาเพียงอย่างเดียว การสังเกตอาการ การรักษาตามอาการ หรือเพียงเพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เป็นต้น

โดยกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดรักษา มี 38 ราย จาก 100 ราย ร้อยละ 38.0 และโรคที่มักจะได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ คือ กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี ใส่ติ่งอักเสบ และลำไส้อุดตัน

ผู้ป่วยที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและได้รับการทำการผ่าตัดรักษา นอนโรงพยาบาลนานกว่าและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่า โดยนอนนาน 9.0 (1.0-136.0) วัน มีค่าใช้จ่าย 34,357 (3,996-408,839) บาท ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ผ่าตัดนอนโรงพยาบาล 5.5 (1-42) วัน และมีค่าใช้จ่าย 8,414.5 (1,800-141,444) บาท โดยค่า

ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$ และ < 0.001 ตามลำดับ)

ผลกระทบจากการวินิจฉัยที่ตรงกันและแตกต่างกันเฉพาะผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ในการศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ในส่วนของความสูญเสียนั้นได้เปรียบเทียบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วย คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องตรงกันและกลุ่มที่วินิจฉัยไม่ตรงกัน โดยใช้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาขณะนอนโรงพยาบาลในการบอกถึงความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับแต่ละกลุ่ม ผลคือ กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง (diagnosis in agreement) จะมีช่วงเวลาที่นอนโรงพยาบาลสั้นกว่า คือ 5.5 (1-42) วัน เทียบกับ 8 (2-136) วัน และมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ถูกวินิจฉัยผิด คือ 12,107 (1,800-233,358) บาท เทียบกับ 22,674 (2,114-408,839) บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.016$ และ 0.022 ตามลำดับ)

วิจารณ์

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นแบบย้อนหลัง (retrospective study) จึงทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่สมบูรณ์ เช่น มีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยไม่ได้รับไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลจำนวน 54 ราย ที่ไม่กลับมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน หรือมาติดตามอาการที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์อีกเลย ทำให้ไม่สามารถทราบข้อมูลส่วนนี้ แต่เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลจึงถือว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึงไม่ได้มาโรงพยาบาลอีก ซึ่งอาจทำให้ผลของการศึกษาเกิดความลำเอียงได้ (misclassification bias) ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้แยกวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์ผู้ป่วยรวมทั้งหมด และวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มที่รับไว้ในโรงพยาบาลจะมีความถูกต้องมากกว่า และได้ลงรายละเอียดของการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มหลังมากกว่า อย่างไรก็ตามข้อมูลส่วนแรกก็มีความสำคัญเพราะเมื่อผู้ป่วยมาตรวจ ณ แผนกฉุกเฉิน เราไม่สามารถทราบได้ว่ารายใดจะถูกรับตัวไว้ในโรงพยาบาล ดังนั้นการดูอุบัติการณ์ของโรคโดยรวมจึงยังมีความสำคัญอยู่

ผู้ป่วยสูงอายุที่มาตรวจ ณ แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลันได้รับการวินิจฉัยที่ตรงกันร้อยละ 83 ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Lewis และคณะ¹⁸ ซึ่งรวบรวมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการไว้รักษาต่อในโรงพยาบาลและให้กลับบ้าน แต่หากแยกศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลพบว่ามีการวินิจฉัยที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 66 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้¹⁹

มีผู้ป่วยที่ต้องกลับมาตรวจซ้ำ ณ แผนกฉุกเฉินด้วยอาการปวดท้องดังกล่าว ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด ซึ่ง Marco และคณะ⁴ ก็พบลักษณะเดียวกัน การศึกษานี้มีข้อได้เปรียบในแง่ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเหตุผลของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำ ณ แผนกฉุกเฉินด้วย ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 กลับมาตรวจซ้ำเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้นและในการศึกษานี้ไม่พบว่ามีผู้ป่วยรายใดที่กลับมาแผนกฉุกเฉินในสภาพที่

ต้องการช่วยฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation)

กลุ่มผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำที่แผนกฉุกเฉินมักจะกลับมาตรวจซ้ำ ในเวลา 41 ชั่วโมง หลังจากมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินครั้งแรก ไม่มีรายใดที่มาตรวจซ้ำเกิน 1 ครั้ง และในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 37 รายที่กลับมาตรวจซ้ำร้อยละ 40.5 (15/37) ถูกรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในกลุ่มนี้มีเพียงรายเดียวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดจากอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ นอกนั้นต้องได้รับการรักษาเฉพาะทั้งหมด และต้องทำการผ่าตัดรักษา (operative procedure) 10 ราย ร้อยละ 27 (10/37) ของผู้ป่วยที่กลับมาตรวจซ้ำ นั่นคือทุกๆ ผู้ป่วย 3 รายที่กลับมาตรวจซ้ำจะต้องทำการผ่าตัดรักษา (operative procedure) 1 ราย ดังนั้นผู้ป่วยสูงอายุที่มาตรวจด้วยอาการปวดท้องเฉียบพลันแล้วให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้น แล้วผู้ป่วยต้องกลับมาตรวจซ้ำ ณ แผนกฉุกเฉิน อีกภายใน 2 วัน ควรต้องทำการสืบค้นหาสาเหตุเพิ่มเติมจนกว่าจะทราบสาเหตุที่แน่นอนแล้วจึงให้กลับบ้าน หากไม่สามารถทำได้ควรรับไว้ในโรงพยาบาลต่อไป

โรคที่มีจะเป็นสาเหตุหามองในภาพรวม อันดับแรกคือ อาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ ส่วนกลุ่มที่วินิจฉัยได้ชัดเจนอันดับต้นๆ ได้แก่ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเหมือนกับรายงานของ Lewis และคณะ¹⁸ แต่จะพบลำไส้อุดตัน และโดยเฉพาะ diverticulitis น้อยกว่ามาก

หากแยกศึกษากลุ่มย่อยเฉพาะผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล โรคที่เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ได้แก่กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี และลำไส้อุดตัน ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Kizer¹⁹ Bugliosi²⁰ และ Irvin²¹ ในกลุ่มที่ระบุโรคได้ แต่ก็มีแตกต่างที่การศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ (non-specify) เพียงร้อยละ 10 เทียบกับรายงานดังกล่าวข้างต้น ร้อยละ 26, 30 และ 22.5 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่ามาก อาจจะเนื่องมาจากความกำกวมในการ

สืบค้นสาเหตุของโรคเพราะทั้งสามรายงานได้ศึกษามาก่อนการศึกษานี้ไม่น้อยกว่า 10 ปี

ในผู้ป่วยกลุ่มที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลและสามารถระบุสาเหตุของโรคได้แน่ชัดที่พบบ่อยอันดับแรกๆ พบว่าโรคที่วินิจฉัยได้ถูกต้องมากที่สุดตามลำดับคือกลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี ลำไส้อุดตัน และสุดท้ายคือตับอ่อนอักเสบ ซึ่งวินิจฉัยได้ยากที่สุด ดังนั้นจะต้องเพิ่มความระมัดระวังและความสงสัย (index of suspicion) ในการวินิจฉัยโรคดังกล่าว ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของ Kizer และคณะ¹⁹ สำหรับโรคที่สามารถระบุสาเหตุได้ ส่วนอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ การศึกษานี้มีการวินิจฉัยที่ถูกต้องมากกว่า

ให้การรักษาแบบการผ่าตัดรักษา ในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยทั้งหมด (38/378) เหมือนกับรายงานของ Lewis และคณะ¹⁸ หรือร้อยละ 38 ของผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ารายงานก่อนหน้านี้^{18,19} อันอาจจะมีส่วนเหตุมาจากการตัดสินใจให้นอนโรงพยาบาลของแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ปวดท้องร่วมกับอาเจียนอาจจะถูกรับไว้รักษาเพราะสงสัยว่าจะเป็นลำไส้อุดตัน ทั้งๆ ที่เป็นแค่โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ ซึ่งในการศึกษานี้มีกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวน้อยเพียงร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล แต่รายงานของ Lewis และคณะ¹⁸ มีกลุ่มดังกล่าวมากกว่า ส่วนสาเหตุที่พบบ่อยเป็นอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลแล้วต้องทำการผ่าตัดรักษา operative procedure คือ กลุ่มโรคของถุงน้ำดี และทางเดินน้ำดี (ร้อยละ 36.8) ลำไส้อักเสบ (ร้อยละ 21.1) และลำไส้อุดตัน (ร้อยละ 18.4) ซึ่งสัดส่วนของผู้ป่วยในกลุ่มโรคอันดับแรก และที่สามเหมือนกับรายงานของ Kizer และคณะ¹⁹ แต่การศึกษานี้พบว่าอุบัติการณ์ของลำไส้อักเสบสูงกว่ามาก และการวินิจฉัยที่ถูกต้องตรงกันก็น้อยกว่ารายงานดังกล่าว (ร้อยละ 79 กับ 58)

นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยที่ต้องทำการผ่าตัดรักษาจะต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่านั้นคือกลุ่มไม่ได้ทำการผ่าตัดรักษา ส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลเพียง 5-6 วัน แต่กลุ่มที่ต้องทำการผ่าตัดรักษาต้อง

นอนถึง 9 วัน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าดังนี้คือ 8,415 บาท กับ 34,357 บาท ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$ และ < 0.001 ตามลำดับ)

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ มีร้อยละ 15.5 ที่รับไว้ในโรงพยาบาลโดยภายหลังยังคงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ 9 ราย จาก 23 ราย ส่วนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมอันดับหนึ่ง ได้แก่ กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี ซึ่งสอดคล้องกับของ Lukens และคณะ²² ส่วนโรคอื่นๆ ได้แก่ ตับอ่อนอักเสบ ลำไส้อุดตันและโรคตับ เป็นต้น นั่นคือมีโรคที่ระบุสาเหตุได้ 14 รายใน 148 ราย (ร้อยละ 9.5) ของกลุ่มที่ถูกวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น อาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ จากแผนกฉุกเฉิน ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่วินิจฉัยว่าเป็นอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้นั้น มากกว่าร้อยละ 90 เป็นภาวะที่ไม่อันตราย และอาการมักจะหายไปเอง^{22,23} อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวได้รับการทำการผ่าตัดรักษา 8 ราย ร้อยละ 5.4 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ และโรคเหล่านั้นได้แก่กลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี ลำไส้อุดตัน และตับอ่อนอักเสบ ดังนั้นก่อนที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดมีอาการปวดท้องที่ระบุสาเหตุไม่ได้ ควรจะต้องพิจารณาถึงโรคเหล่านี้เสมอ และต้องทำการสืบค้นเพิ่มเติมเพื่อคัดแยกภาวะดังกล่าวออกไปให้ได้ก่อน เช่น การทำเอกซเรย์ช่องท้องเพื่อแยกภาวะลำไส้อุดตัน ร่วมกับการตรวจช่องท้องด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonography) เพื่อตรวจกลุ่มโรคของถุงน้ำดีและทางเดินน้ำดี รวมถึงตับอ่อนอักเสบด้วย ซึ่งขณะนั้นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมักจะเป็นการตรวจข้างเดียว ในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อแยกภาวะดังกล่าวข้างต้น

ส่วนผลกระทบที่เกิดจากการวินิจฉัยที่ตรงกันหรือไม่ตรงกัน การศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยรายใดเสียชีวิต ในกลุ่มที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จึงไม่สามารถนำมาคำนวณความสัมพันธ์ทางสถิติได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านๆ

จะมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่านี้ อาจจะเนื่องมาจากการศึกษานี้เก็บข้อมูลการเสียชีวิตเฉพาะช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนการศึกษาอื่นเก็บข้อมูลการเสียชีวิตจากการติดตามผู้ป่วยในระยะหนึ่ง เช่น 2 สัปดาห์หรือหนึ่งเดือนเป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามไม่พบว่าอัตราการเสียชีวิตมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยตรงกันหรือไม่ก็ตาม^{7,19,20} สำหรับความสูญเสียของการศึกษาที่ผ่านมาจะหาถึงความสูญเสียต่อตัวโรคหรือจากการให้การรักษาระหว่างกลุ่มที่การวินิจฉัยตรงกันและไม่ตรงกัน¹⁹ แต่การศึกษานี้ได้หาเป็นปัจจัยชี้วัดการเกิดความสูญเสียคือจำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาล (duration of hospital stay) และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นขณะได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งน่าจะมีประโยชน์มากกว่าเพราะทำให้มองเห็นปัญหามากกว่า และสามารถนำไปใช้ได้จริงในแง่ของการบริหารจัดการของโรงพยาบาล และในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่วินิจฉัยได้ถูกต้องตรงกันส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลเพียง 5.5 วัน เปรียบกับ 8.0 วัน ในกลุ่มที่วินิจฉัยไม่ตรงกัน และค่าใช้จ่ายในการรักษาก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จาก 12,107 บาท เป็น 22,674 บาท โดยที่ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังจะเห็นได้ชัดเจนว่าหากเราวินิจฉัยผู้ป่วยผิดพลาด อาจทำให้อัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น 2.5 วัน และผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 10,567 บาท

ดังนั้นหากเราวินิจฉัยผิดพลาดจะทำให้เกิดอัตราการครองเตียงและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังที่ได้มีรายงานไว้^{7,19,20} แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ตอบคำถามว่าจะแก้ไขเหตุการณ์ดังกล่าวได้อย่างไรและมีข้อผิดพลาดที่กระบวนการใดของการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การส่งตรวจเพื่อสืบค้นสาเหตุเพิ่มเติม หรือแม้กระทั่งแพทย์สาขาใดชั้นปีใดเป็นผู้ตรวจ อันจะเป็นที่มาของงานวิจัยขั้นถัดไปของแพทย์ที่กำลังศึกษาด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และเป็นความสำคัญที่ทางโรงพยาบาลจะต้องให้ความสนใจกับการดูแล

ผู้ป่วยและการบริหารจัดการต่อการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ณ แผนกฉุกเฉินต่อไป

สรุป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่มารับตรวจที่แผนกฉุกเฉิน ด้วยอาการปวดท้องฉับพลันในผู้ป่วยสูงอายุ มีทั้งส่วนเหมือนและแตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นคุณภาพการให้บริการต่อผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. สภาวการณ์ผู้สูงอายุไทย. สำนักส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ. 2547. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึงได้จาก: http://www.m-society.go.th/edoc_detail.php?edocid=229.
2. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room: age related differences in the emergency department use and care. J Am Geriatr Soc 1987;35:398-404.
3. Taechasoponmanee S. A study of non traumatic emergency problems in the elderly at Nopparat Rajathanee General Hospital. Nop Raj Hosp Med J 1992;3:163-7.
4. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, et al. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. Acad Emerg Med 1998; 5:1163-8.
5. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. Emerg Med Clin North Am 2003;21:937-69.
6. Cooper GS, Shlaes DM, Salata RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. Clin Infect Dis 1994;19:146-8.
7. Fenyo G. Diagnostic problems of acute abdominal diseases in the aged. Acta Chir Scand 1974;140: 396-405.
8. Castle SC, Norman DC, Yeh M, et al. Fever response in elderly nursing home residents: are the older truly colder? J Am Geriatr Soc 1991;39: 853-7.

9. Bennett DH, Tambour L, Campbell WB. Use of coughing test to diagnose peritonitis. *BMJ* 1994; 308:1336.
10. Liddington MI, Thompson WHF. Rebound tenderness test. *Br J Surg* 1991;78:795-6.
11. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996;276: 1589-94.
12. Bender JS. Approach to the acute abdomen. *Med Clin North Am* 1989;73:1413-22.
13. Fenyo G. Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982;143:751-4.
14. Parker JS, Vukov LF, Wollan PC. Abdominal pain in the elderly: use of temperature and laboratory testing to screen for surgical disease. *Fam Med* 1996;28:193-7.
15. Reid G, Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria in spinal cord patients and the elderly. *Urol Clin North Am* 1999;26:789-95.
16. Evans GJ. Oxford textbook of geriatric medicine. 2nded . Oxford: Oxford University Press; 2000.
17. Comin RA, Nowicki TA, Courtney DS, et al. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:61-72.
18. Lewis LM, Banet GA, Blanda M, et al. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: a prospective, multicenter study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60:1071-76.
19. Kizer KW, Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am J Emerg Med* 1998;16:357-62.
20. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med* 1990;19:1383-6.
21. Irvin TT. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg* 1989;76:1121-5.
22. Lukens TW, Emerman C, Effron D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain. *Ann Emerg Med* 1993;22:690-6.
23. Deodhar SD, Shirahatti RG, Mohite JD, et al. Non-specific abdominal pain: a clinical entity. *J Postgrad Med* 1989;35:86-9.