

รายงานผู้ป่วยและการสอบสวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในพื้นที่ไม่ปรากฏโรคมามาก่อน จังหวัดสงขลา

A Case Report and Investigation of New Leprosy Patient in Non-Transmission Area,
Songkhla Province

คณาวุฒิ นิธิกุล¹, สุรชาติ โกยตุลย์^{2*}
Khanawut Nitikul¹, Surachart Koyadun^{2*}

¹ โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา, ²สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

¹Kuanniang Hospital, Songkhla Province,

²Office of Disease Prevention and Control Region 11 Nakhon Si Thammarat

* Corresponding author email: thvbdosk@yahoo.com

Received: May 31, 2023

Revised: June 28, 2023

Accepted: June 28, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ไม่ปรากฏโรคมามาก่อน 2) เพื่อค้นหาและเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคเรื้อน และ 3) เพื่อหามาตรการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคเรื้อนในพื้นที่ไม่ปรากฏโรคมามาก่อน รูปแบบการศึกษาเป็นรายงานผู้ป่วยและการสอบสวนโรค กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มาตรวจวินิจฉัยและรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 1 คน ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 6 คน และผู้สัมผัสร่วมสังคมจำนวน 20 คน ในพื้นที่อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ระยะเวลาดำเนินการการศึกษาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นชนิด Mid-borderline Leprosy (BB) พบการกระจายของรอยโรคสองข้างของร่างกาย (Bilateral) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก Multibacillary leprosy (MB) มีความพิการระดับ 2 (มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า) ผลการตรวจความพิการที่ ตา มือ และเท้า พบความพิการระดับสูงสุด เท่ากับ 1 และ 2 เฉพาะที่มือ และ เท้า ผลการตรวจเส้นประสาทและทดสอบกำลังกล้ามเนื้อจำนวนทั้งหมด 11 รายการ พบผิดปกติ จำนวน 6 รายการ ได้แก่ 1) Great Auricular 2) Ulnar 3) Median 4) Radial 5) Common Peroneal และ 6) Posterior Tibial ความผิดปกติและพิการเหล่านี้แสดงถึงการดำเนินของโรคที่มีระยะเวลานานหลายปี โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ผลการประเมินการรักษา พบว่า ผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาต่อเนื่องและสม่ำเสมอมานาน 8 เดือน ส่งผลให้รอยโรคทางผิวหนังจางลง อาการชาลดลง แต่ยังมีอ่อนแรงมือทั้ง 2 ข้าง และปวดจากเส้นประสาท ผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองโดยเพิ่มขนาดยา Gabapentin ส่งเสริมให้กินรักษาโรคเรื้อนและทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ควบคู่กับการดูแลมิติทางด้านจิตใจ และสังคม การคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 6 ราย ผู้สัมผัสร่วมสังคม จำนวน 20 ราย ไม่พบผู้มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ข้อค้นพบจากการวิจัยเหล่านี้สามารถใช้ในการพัฒนาแนวทางและคู่มือสำหรับตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมถึง การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเรื้อน สำหรับแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: โรคเรื้อนชนิด Mid-borderline (BB), รายงานผู้ป่วย, การสอบสวนโรค

ABSTRACT

This research aimed to 1) examine the new case of leprosy in non-transmission area 2) to find and monitor people exposed to leprosy and 3) provide preventive, control and surveillance measures of leprosy in non-transmission area. The study design was a case report and case investigation. The study subjects consisted of 1 new leprosy patient diagnosed and treated at Had Yai hospital, 6 household contacts and 20 social contacts in Kuanning District, Songkhla Province. The study period was from 1 July 2022 – 31 May 2023. Research findings revealed that the new leprosy patient was diagnosed Mid-borderline Leprosy (BB), found bilaterally distributed lesions of the body and was classified as Multibacillary leprosy (MB) with a grade 2 disability (visible to the naked eye). The results of the examination for hand and foot deformity showed the highest degree of deformity equal to 1 and 2 on the hand and foot. Nerve examination and muscle strength test results of 11 items disclosed 6 abnormal items including 1) Great Auricular 2) Ulnar 3) Median 4) Radial 5) Common Peroneal 6) Posterior Tibial. These abnormalities and disabilities indicated the progression of the disease over many years without being diagnosed and treated. The results of the treatment evaluation showed that patients received continuous and regular treatment for 8 months resulting in fading of skin lesions, numbness decreased, but still had both hand weakness and neuropathic pain. The patient received supportive treatment by increasing the dose of Gabapentin, promoting continued treatment of leprosy and physical therapy coupled with taking care of the psychological and social dimensions. Leprosy screening among 6 household contacts and 20 social contacts unveiled no suspected cases of leprosy. These research findings can be used to develop guidelines and manuals for the diagnosis and treatment of leprosy patients as well as surveillance, prevention and control of leprosy for doctors, nurses, medical technologists, public health personnel and those involved.

Keyword: Mid-borderline leprosy (BB), Case report, Case investigation

1. บทนำ

โรคเรื้อนเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium leprae* เป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่มีระยะฟักตัว (Incubation period) ยาวนาน และก่อให้เกิดความพิการ⁽¹⁾ โรคเรื้อนมีความสำคัญทางสาธารณสุขมานานในพื้นที่ของประเทศในทวีปเอเชีย แอฟริกา และละตินอเมริกา⁽²⁾ ในปี 2562 มีรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วโลกจำนวนมากกว่า 200,000 ราย จาก 118 ประเทศ⁽³⁾ โรคเรื้อนเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ถูกต้องและต่อเนื่องจนครบชุด ก็จะทำให้เกิดความพิการซึ่งมีผลกระทบทางด้านจิตใจและเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมตามมา ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถใช้มือในการประกอบกิจวัตรได้ตามปกติ ไม่สามารถเดินได้ หรือตาบอด ในขณะที่ด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความทุกข์กังวลอย่างมากกับสภาพร่างกาย หลบซ่อนจากสังคม และในด้านสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้เลี้ยงครอบครัว ถูกครอบครัวหรือชุมชนรังเกียจ⁽⁴⁾

คนเป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญ เชื้อโรคเรื้อนออกจากร่างกายผู้ป่วยได้ 2 ทาง คือทางเยื่อจมูก และ ทางผิวหนังที่แตกเป็นแผล (Lepromatous ulcer) ผู้ที่สามารถแพร่เชื้อได้คือผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดติดต่อ ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (Multibacillary Leprosy) ยาหลักที่ใช้รักษาโรคเรื้อนในปัจจุบัน คือ Rifampicin มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ผลการวิจัยพบว่า การให้ยา Rifampicin ขนาด 600 – 1,500 มิลลิกรัมเพียงครั้งเดียว สามารถฆ่าเชื้อโรคเรื้อนได้ถึง 99.9% ภายในเวลา 3 – 7 วัน ดังนั้นผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษา จะไม่สามารถแพร่เชื้อโรคต่อไปได้อีก ลักษณะอาการและอาการแสดงที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อน จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) อาการทางผิวหนัง รอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1.1 วงต่างขาว ผื่นวงแดงราบ ผื่นวงแหวน และผื่นนูนแดง และ 1.2 ตุ่ม และผื่นนูนแดง และ 2) อาการเนื่องจากเส้นประสาทถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่ 2.1 เส้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory nerve) ถูกทำลาย

ทำให้เกิดอาการชา 2.2 เส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (Motor nerve) ถูกทำลาย ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต และ 2.3 เส้นประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nerve) ทำให้ผิวหนังแห้ง เหงื่อไม่ออก⁽⁵⁾

องค์การอนามัยโลกจัดโรคเรื้อนเป็น 1 ใน 20 โรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย (Neglected Tropical Diseases: NTDs) เช่นเดียวกับโรคที่ถูกกละเลยอื่น ๆ การอุบัติของโรคเรื้อนมักเกี่ยวข้องกับสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี การตีตรา (Stigma) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) มีบทบาทสำคัญต่อโรคเรื้อนมานานนับพันปี การพิชิตปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำให้โรคเรื้อนไม่มีการแพร่ติดต่อ (Zero leprosy)⁽⁶⁾ กลยุทธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งในการควบคุมโรคเรื้อนให้สำเร็จไม่มีการแพร่ติดต่อ คือ การจัดการเชิงรุกที่เข้มแข็งสำหรับผู้สัมผัสโรคโดยการค้นหา ติดตาม ตรวจร่างกายผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกราย ร่วมกับการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และให้ยาเคมีบำบัดผสม (Multidrug therapy: MDT) ทันที กลุ่มผู้สัมผัสโรคเรื้อนจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสรอบบ้านผู้ป่วย และผู้สัมผัสที่มีกิจกรรมหรือปฏิสัมพันธ์สังคมกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่⁽⁷⁾

ประเทศไทยได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกว่าสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ในปี 2537 คือมีอัตราชุกต่ำกว่า 1/10,000 ประชากร และมีอัตราความครอบคลุมการได้รับยารักษาด้วยสูตรผสม ร้อยละ 99.80⁽⁸⁾ แต่ข้อมูลทางระบาดวิทยาชี้ให้เห็นว่า ในภาคใต้ตอนล่างโดยเฉพาะจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา ยังพบผู้ป่วยรายใหม่อย่างต่อเนื่องและติดอันดับสูงสุด 5 ลำดับแรกของประเทศ มีอัตราการติดเชื้อรายใหม่สูงกว่าภาพรวมของประเทศไทย⁽⁹⁾

ผลการประเมินความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนของโครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำรินปี พ.ศ. 2500–2563 สรุปได้ว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับดี สามารถกำจัดโรคเรื้อนได้และไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 ก่อนถึงกำหนดเป้าหมายองค์การอนามัยโลก 6 ปี (ปี 2543) จำนวนผู้ป่วยใหม่ลดลงอย่างต่อเนื่อง เหลือเพียง 119 ราย ในปี พ.ศ. 2562 และ เหลือเพียง 89 ราย ในปี พ.ศ. 2563 อัตราผู้ป่วยใหม่ที่พิการระดับ 2 ต่ำกว่า 1 ต่อล้านประชากร เท่ากับ 0.13 ต่อล้านประชากร และไม่พบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กและผู้ที่มีความพิการระดับ 2 แต่อย่างไรก็ตาม จากสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ในภาพรวมประเทศยังไม่ลดลง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสะท้อนถึงการค้นพบผู้ป่วยล่าช้า อีกทั้งผลการวิเคราะห์เฉพาะอำเภอที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาและมีการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 มีแนวโน้มที่ลดลง ในขณะที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในพื้นที่อำเภอที่ไม่มีข้อบ่งชี้

ทางระบาดวิทยา จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาวิธีการค้นหาผู้ป่วยใหม่ที่เหมาะสมกับสถานะความชุกโรคต่ำในพื้นที่อำเภอที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา ในส่วนของการประเมินด้านบริบทปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต สรุปได้ว่ามีความเหมาะสมยกเว้นด้านปัจจัยนำเข้ายังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโรคเรื้อน จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดการพัฒนาบุคลากรในระบบบริการสุขภาพทุกระดับอย่างต่อเนื่องต่อไป⁽¹⁰⁾

วันที่ 17 สิงหาคม 2565 งานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลควนเนียง ได้รับข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลควนเนียงว่า พบผู้ป่วยโรคเรื้อนรักษาตัวที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 1 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 27 ปี พักอาศัยอยู่ที่หมู่ A ตำบลลรัตนภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ผู้ป่วย (Index case) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อน ชนิดเชื้อมากโดยแพทย์โรงพยาบาลหาดใหญ่เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 เนื่องจากพื้นที่อำเภอควนเนียง เป็นพื้นที่ไม่เคยปรากฏโรคเรื้อนมาก่อน⁽¹¹⁾ ดังนั้น จึงเป็นความท้าทายในการดูแลจัดการผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรคของทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งขาดประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ

ด้วยที่มาและจำเป็นดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัย จึงดำเนินการวิจัยผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ไม่ปรากฏโรคมาก่อน และสอบสวนทางระบาดวิทยา เพื่อเกิดองค์ความรู้ และข้อค้นพบ (Research findings) การเกิดโรค (Natural history of disease) การวินิจฉัยและรักษาพยาบาล (Case management) การป้องกันควบคุม และเฝ้าระวังโรค (Disease prevention, control and surveillance) อันจะเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ไม่ปรากฏโรคมาก่อน
2. เพื่อค้นหาและเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคเรื้อน
3. เพื่อหามาตรการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคเรื้อนในพื้นที่ไม่ปรากฏโรคมาก่อน

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคเรื้อน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน

2. ตรวจพบอาการขา

2.1 อาการขาในรอยโรค หรือ

2.2 อาการขาบริเวณผิวหนังที่รับความรู้สึกจาก

เส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลาย

3. ตรวจพบเส้นประสาทโต

4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่ง ดิดสีทนครด (acid fast bacilli)

จากการกรีดผิวหนัง (slit skin smear)

ในการวินิจฉัยว่าเป็น ผู้ป่วยโรคเรื้อน ต้องตรวจพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก หรือข้อ 4 เพียงข้อเดียว หรือกรณีใช้ ข้อ 3 เป็นข้อวินิจฉัย ให้ใช้ร่วมกับ ข้อ 2.2 เท่านั้น

โรคเรื้อนชนิด Mid-borderline Leprosy (BB)

หมายถึง โรคเรื้อนที่มีลักษณะรอยโรคเป็นผื่นแดงนูนหนา หรือวงแหวนขอบแดงนูนหนา มีรอยปุ่มตรงกลาง (Punched-out lesion) ขอบในเห็นชัดเจน ขอบนอกลาดลง กลิ่นไปกับผิวหนัง ปกติอาการขาที่รอยโรคไม่ชัดเจน จำนวนรอยโรคไม่แน่นอน การกระจายของรอยโรคอาจเป็นข้างเดียวหรือทั้งสองข้างของร่างกาย อาจคล้ายพบเส้นประสาทโตหลายเส้น การตรวจเชื้อโรคเรื้อน ให้ผลบวก (+1 ถึง +3)

ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก Multibacillary leprosy (MB) หมายถึง โรคเรื้อนที่มีจำนวนรอยโรคมมากกว่า 5 ผื่น กระจายอยู่สองข้างของร่างกาย (Bilateral) ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา

2. วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นรายงานผู้ป่วย (Case report) และการสอบสวนโรค (Case investigation) โดยการศึกษาาระบบาตวิทยาเชิงพรรณนา

ขอบเขตการศึกษา เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ในพื้นที่อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา โดยมีขอบเขตเนื้อหา 2 ด้าน คือ 1) ด้านรายงานผู้ป่วย ครอบคลุมเนื้อหา ธรรมชาติของการเกิดโรค ลักษณะอาการทางคลินิก การวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วย 2) ด้านการสอบสวนโรค ครอบคลุมเนื้อหา ขั้นตอนของการสอบสวนโรค ผลของการสอบสวนโรค และแนวทางการป้องกันควบคุมโรค

ระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2565 – 31 พฤษภาคม 2566

วิธีการสอบสวนโรค

การศึกษาทางระบบาตวิทยาเชิงพรรณนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสอบสวนโรค ดังต่อไปนี้

1. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกระดับตั้งแต่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12

จังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควนเนียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพปากบางภูมิ

2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนจาก OPD card และบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (รบ.1 ต.10 หรือ น.ธ.3) จากคลินิกโรคเรื้อน โรงพยาบาลหาดใหญ่ พร้อมแจ้งให้สมาชิกทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) อำเภอควนเนียงทุกคน ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อน (Index case)

3. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อในชุมชน (Primary case) และการตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในผู้สัมผัสโรคใกล้ชิด โดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคและผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อนพร้อมการจดบันทึกรายละเอียดที่เกี่ยวข้องเพื่อเชื่อมโยง เรียบเรียง และวิเคราะห์เหตุการณ์การระบาดของโรคเรื้อนในพื้นที่ระหว่างวันที่ 22 – 25 สิงหาคม 2565 โดยมีคำนิยามที่ใช้ในการค้นหาผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) คือผู้ที่มีอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้

1. โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานมากกว่า 3 เดือน ไม่คัน รักษาด้วยยารับประทานหรือยาทาไม่ดีขึ้น
2. วงต่างขา บริเวณผิวหนังดังกล่าวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง ไม่คัน
3. ผื่นหรือตุ่มนูนแดง ผิวอิมม่านมันเลื่อม ไม่คัน หูหนา
4. ตุ่มแดง กดเจ็บตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
5. มีอาการบวมที่ หน้า มือ เท้า
6. ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
7. เจ็บ หรือกดเจ็บบริเวณเส้นประสาทที่ข้อศอก ข้อพับขา
8. กล้ามเนื้อตา มือ เท้า อ่อนแรง ลีบ นิ้วงอ กุด ข้อมือ/ข้อเท้าตกร หลังตาไม่สนิท

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือ ผู้ป่วยที่พบอาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ทางคลินิกอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก (ข้อ 1 – 3) หรือพบข้อ 4 เพียงข้อเดียว ดังนี้

1. ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะของโรคเรื้อน
2. ตรวจพบอาการขาข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ขาที่รอยโรคผิวหนัง หรือ ขาที่ผิวหนังบริเวณที่รับความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน
3. ตรวจพบเส้นประสาทโต
4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งดิดสีทนครด (acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (slit skin smear)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้านระบาดวิทยา ธรรมชาติของการเกิดโรค ลักษณะอาการทางคลินิก การวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วย การสอบสวนโรค และกิจกรรมการป้องกัน ควบคุม ฝ้าระวังโรค จากทั้งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) และข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ 1) OPD card 2) ทบทวนการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน (Review Chart) 3) บัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน รบ.1 ต.10 (น.ส.3) และ 4) รายงานการสอบสวนโรค ส่วนข้อมูลปฐมภูมิ ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการจดบันทึกข้อมูลที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินการรักษา การกินยา และการติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้ที่อยู่ในรัศมี 20 เมตร และการสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) ในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วย

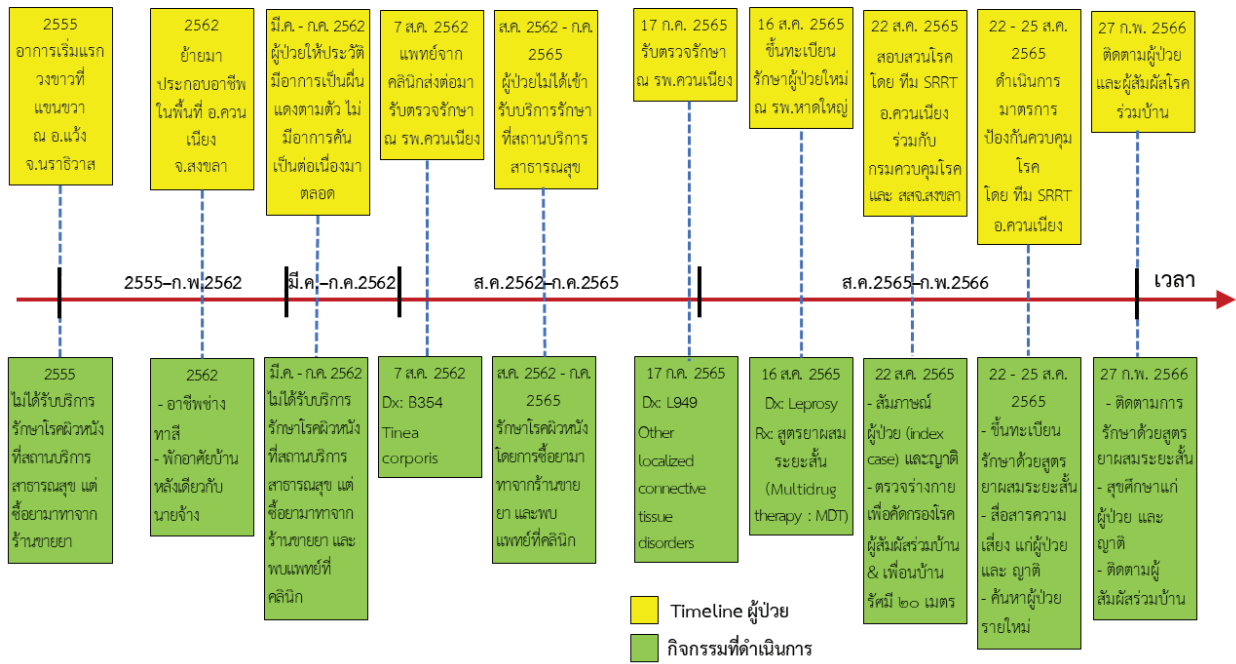
3. ผลการวิจัย

รายงานผู้ป่วย (Case report)

ระบาดวิทยาของผู้ป่วย และ Timeline ของการดำเนินของโรค (Natural history of disease)

ผู้ป่วยโรคเรื้อน (Index case) เพศชาย อายุ 27 ปี สถานภาพโสด อาชีพช่างทาสี พักอาศัยอยู่ที่หมู่ A ตำบลรัตนภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก โดยแพทย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 และรักษาตัวที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผู้ป่วยให้ประวัติว่า เริ่มมีอาการครั้งแรก เป็นนวงขาวที่บริเวณแขนขวา เมื่อปี 2555 (เป็นมาระยะ 10 ปี) ซึ่งขณะนั้น ผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 3 ตำบลโละจูด อำเภอแวง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยพักอาศัยในพื้นที่นี้ตั้งแต่กำเนิด ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษาโรคผิวหนังที่สถานบริการสาธารณสุข แต่ซื้อยามาทาจากร้านขายยา ต่อมา

ในปี 2562 ผู้ป่วยได้ย้ายมาประกอบอาชีพ และพักอาศัยประจำอยู่ที่ที่อยู่ปัจจุบันคือ หมู่ A ตำบลรัตนภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ประมาณเดือนมีนาคม – กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยให้ประวัติมีอาการเป็นผื่นแดงตามตัว ไม่มีอาการคัน เป็นต่อเนื่องมาตลอด แต่ไม่ได้เข้ารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข ยังคงซื้อยามาทาจากร้านขายยาและพบแพทย์ที่คลินิกเอกชน ต่อมาเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2562 แพทย์จากคลินิกเอกชนส่งต่อมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลควนเนียง แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคกลาก (Tinea corporis) และได้รับยารักษา หลังจากนั้นเป็นเวลาประมาณ 3 ปี (สิงหาคม 2562 – กรกฎาคม 2565) ผู้ป่วยยังมีอาการของโรคผิวหนัง ไม่กลับไปตรวจรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขได้เลย แต่ใช้วิธีซื้อยามาทาจากร้านขายยาเพื่อรักษาตัวเอง และพบแพทย์ที่คลินิกเอกชน จนกระทั่งเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษา ที่โรงพยาบาลควนเนียงอีกครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยมีผื่นนูนแดงขนาดใหญ่ ขึ้นบริเวณร่างกาย ซากายในวง ไม่มีอาการคัน มีอาการชาปลายมือปลายเท้า ทั้ง 2 ข้าง เจ็บปลายมือเวลาจับของ กำมือได้ มีอาการบวมเล็กน้อยตามนิ้วมือ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค Other localized connective tissue disorders และส่งต่อไปโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้ตรวจชิ้นตะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ [โรคเรื้อนชนิด Mid-borderline leprosy (BB) ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก Multibacillary leprosy (MB)] และได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น ซึ่งกำหนดระยะเวลารับประทานยา 2 ปี เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อสู่คนในชุมชน และต่อมาภายในสัปดาห์เดียวกัน ระหว่างวันที่ 22–25 สิงหาคม 2565 ทีม SRRT อำเภอควนเนียง ร่วมกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 ร่วมกันดำเนินการสอบสวนโรคเรื้อน และ ดำเนินกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ หมู่ A ตำบลรัตนภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา โดยทีม SRRT อำเภอควนเนียง มีกิจกรรมติดตามผู้ป่วย และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน การสื่อสารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และกำหนดกิจกรรมฝ้าระวังโรค ในพื้นที่ดังกล่าว จนครบ 10 ปี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Timeline ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และกิจกรรมการวินิจฉัย รักษา ป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรค ในพื้นที่ไม่ปรากฏโรครมาก่อน จังหวัดสงขลา

ลักษณะอาการทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้ประวัติเริ่มมีอาการครั้งแรก เป็นวงขาวที่บริเวณแขนขวา เมื่อ 10 ปีที่แล้ว (ปี 2555) วงขาวมีการเปลี่ยนแปลงจนกลายเป็นรอยโรค ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน จนกระทั่งเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้ตรวจขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน

รายใหม่ ชนิด Mid-borderline leprosy (BB) และจัดเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อมมาก Multibacillary leprosy (MB)] และได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น (Multidrug therapy : MDT) ซึ่งกำหนดระยะเวลารับประทานยา 2 ปี อาการแสดงทางผิวหนัง (Sign) รอยโรคบริเวณลำตัวทั้ง 2 ข้าง ของผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยมีการตรวจพบรอยโรคทั่วร่างกาย (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 (ซ้าย) แสดงรอยโรคที่ผิวหนังบริเวณลำตัวทั้งสองข้าง ของผู้ป่วยโรคเรื้อนครั้งแรกที่ตรวจพบ ก่อนกินยา ขนาดเล็กที่สุด 7 x 10 เซนติเมตร ขนาดใหญ่ที่สุด 10 x 15 เซนติเมตร (ขวา) แสดงรอยโรคที่ผิวหนังบริเวณลำตัวทั้งสองข้าง ของผู้ป่วยโรคเรื้อนหลังกินยาได้ประมาณ 1 ปี ลักษณะผื่นนูนแดงหายไป ผิวหนังตกละเอียด รอยโรคจางลง และผิวหนังบางส่วนมีการซ่อมแซมกลับสู่ปกติ

การวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการตรวจวินิจฉัยพบว่าเป็นโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ การตรวจร่างกายโดยการคลำเส้นประสาท พบเส้นประสาทโตและเจ็บบริเวณข้อศอก (Ulna) ข้างข้อมือ (Radial) กลางข้อมือ (Median) ส่วนเส้นประสาทบริเวณข้างคอ (Great auricular) โตแต่ไม่เจ็บ ไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจความพิการที่ตา มือ และเท้า ในช่วงเวลาที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ พร้อมลงทะเบียนรักษา พบว่า ตาทั้งด้านขวาและซ้าย มีหนังตาและตาปกติ สายตาไม่มัว (ระดับความพิการสูงสุด เท่ากับ 0) มือขวารูปปร่างปกติ ฝ่ามือชา แต่ไม่มีแผล (ระดับความพิการสูงสุด เท่ากับ 1) มือซ้ายรูปปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อมือตก (ระดับความพิการสูงสุด เท่ากับ 2) เท้าทั้งด้านขวาและซ้าย รูปปร่างปกติ และฝ่าเท้าชา แต่ไม่มีแผล (ระดับความพิการ

สูงสุด เท่ากับ 1) (ตารางที่ 1) ผลการตรวจเส้นประสาท และทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ จำนวน 11 รายการ พบว่า 1) ตาทั้งสองข้างมีการกะพริบตาได้ปกติ 2) ไม่มีตาแดงหรือปวดตาทั้งสองข้าง 3) สามารถนับนิ้วมือได้ถูกในระยะ 6 เมตร (Visual Acuity) 4) ตาหลับไม่สนิท (Logophthalmos) 0 มิลลิเมตร ทั้งสองข้าง 5) Facial Nerve หลับตา ดีทั้งสองข้าง 6) Great Auricular Nerve ข้างคอ ด้านขวาโตและเจ็บ ส่วนด้านซ้ายโดยอย่างเดียว 7) Ulnar Nerve นิ้วก้อย ด้านขวา โต เจ็บ และอ่อน ส่วนด้านซ้าย เสียอย่างเดียว 8) Median นิ้วโป้ง ด้านขวา โต เจ็บ และอ่อน ในขณะที่ด้านซ้าย โต เจ็บ และเสีย 9) Radial ข้อมือด้านขวาดี แต่ด้านซ้ายเสีย 10) Common Peroneal กระดูกเท้าดีทั้งสองข้าง แต่โตข้างซ้าย และ 11) Posterior Tibial ใต้ตาตุ่มด้านใน โต และเจ็บเฉพาะข้างซ้าย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจความพิการ เมื่อลงทะเบียนรักษา จำแนกตามระดับความพิการ และ อวัยวะต่าง ๆ

ระดับความพิการ	ตา			มือ			เท้า		
	อาการ	ขวา	ซ้าย		ขวา	ซ้าย		ขวา	ซ้าย
0	หนังตาและตาปกติ สายตาไม่มัว	✓	✓	รูปปร่างปกติ และฝ่ามือไม่ชา			รูปปร่างปกติ และฝ่ามือไม่ชา		
1	ตาดำชาแต่สายตามัวไม่มาก			รูปปร่างปกติ และฝ่ามือชา แต่ไม่มีแผล	✓		รูปปร่างปกติ และฝ่ามือชา แต่ไม่มีแผล	✓	✓
2	ตาหลับไม่สนิท หรือม่านตาอักเสบหรือ กระจกตาเป็นฝ้าขุ่น สายตา มัวมาก (นับนิ้วมือไม่ถูกที่ ระยะ 6 เมตร หรือวัดสายตา ได้ไม่น้อยกว่า 6/60)			รูปปร่างผิดปกติ หรือมีแผล หรือนิ้วงอ ข้อติดแข็ง หรือมีมือตก		✓	รูปปร่างผิดปกติ หรือมีแผล หรือนิ้วงอ ข้อติดแข็ง หรือเดินเท้าตก		
ระดับความ พิการสูงสุด	ตา	0	0	มือ	1	2	เท้า	1	1

ตารางที่ 2 ผลการตรวจเส้นประสาท และทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ

รายการ	ขวา					ซ้าย				
1. การกะพริบตา	<input checked="" type="checkbox"/>	มี	<input type="checkbox"/>	ไม่มี		<input checked="" type="checkbox"/>	มี	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	
2. ตาแดง และ/หรือ ปวดตา	<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี		<input checked="" type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี	
3. นับนิ้วมือในระยะ 6 เมตร (Visual Acuity)	<input checked="" type="checkbox"/>	ถูก	<input type="checkbox"/>	ไม่ถูก		<input checked="" type="checkbox"/>	ถูก	<input type="checkbox"/>	ไม่ถูก	
4. ตาหลับไม่สนิท (logophthalmos)	0 มิลลิเมตร					0 มิลลิเมตร				
รายการ	โต	เจ็บ	ดี	อ่อน	เสีย	โต	เจ็บ	ดี	อ่อน	เสีย
5. Facial Nerve			✓					✓		
6. Great Auricular Nerve	✓	✓				✓	-			
7. Ulnar Nerve	✓	✓		✓		-	-			✓
8. Median นิ้วโป้ง	✓	✓		✓		✓	✓			✓
9. Radial ข้อมือ	-	-	✓			-	-			✓
10. Common Peroneal กระดกเท้า	-	-	✓			✓	-	✓		
11. Posterior Tibial ใต้ตาตุ่มด้านใน	-	-				✓	✓			

ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเรื้อรังชนิด BB ซึ่งเป็นชนิดเชื้อมาก เป็นโรคที่พบน้อย (Rare disease) ส่งผลให้ได้รับการวินิจฉัย และรักษาที่ล่าช้า (Delayed diagnosis and treatment) ก่อให้เกิดความพิการหลงเหลือ คือมือทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง นิ้วมืองอ กล้ามเนื้อลีบ และขาทั้ง 2 ข้าง ส่งผลต่อภาพลักษณ์ภายนอก และจิตใจ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพที่หลากหลาย ได้แก่ การรักษาเชื้อก่อโรค *Mycobacterium Leprae* ให้หมดไปโดยแพทย์ผิวหนัง ยาที่ใช้รักษาเป็นสูตรยาสำหรับผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (Multibacillary: MB) ประกอบด้วย ยาที่กินเดือนละ 1 ครั้ง ได้แก่ Rifampicin 600 มิลลิกรัม (มก.) และ Clofazimine 300 มก. ยาที่กินทุกวัน ได้แก่ Dapsone 100 มก./วัน และ Clofazimine 50 มก./วัน เป็นเวลานาน 2 ปี และ ให้ยา Prednisolone เพื่อลดการอักเสบของเส้นประสาท (Neuritis) และ Gabapentin เพื่อลดอาการชาและอาการปวด จากเส้นประสาท (Neuropathic pain) การดูแลเรื่องภาวะ พิการที่หลงเหลือโดยทีมกายภาพบำบัด รพ.หาดใหญ่ ด้วยการ ใส่ฝีกอชั่วคราวเพื่อแก้ไขมือที่อ่อนแรง แข็งเกร็ง (left and right anti-claw hand splint) และทำกายภาพต่อเนื่อง สัปดาห์ละ

2-3 ครั้ง ที่ รพ.ควนเนียง ทีมเวชศาสตร์ครอบครัวของ รพ.ควนเนียง ให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบองค์รวมครอบคลุม ในทุกมิติ

ผลการประเมินการดูแลรักษาและติดตาม ในภาพรวมสรุปได้ว่า ผู้ป่วยได้รับและกินยาอย่างต่อเนื่อง ภาวะทางจิตใจ พบว่ามี การปรับตัวหลังเป็นโรคที่ส่งผลต่อการอยู่ร่วมในสังคม และสภาพจิตใจที่ถดถอยจากการที่มีภาวะพิการหลงเหลือ รวมถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว และเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยได้รับ บัตรผู้พิการเพื่อช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ ในขณะเดียวกัน ทีมสอบสวนควบคุมโรคประจำอำเภอควนเนียง ได้ติดตามประเมินและเฝ้าระวังผู้สัมผัสเชื้อ ผลการประเมินผู้ป่วย ซึ่งได้รับการรักษาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 8 เดือน พบว่า รอยโรคทางผิวหนังจางลง อาการชาลดลง แต่ยังมีมืออ่อนแรง ทั้ง 2 ข้าง และปวดจากเส้นประสาท (Neuropathic pain) ผู้ป่วยได้รับการดูแลระดับประคองโดยเพิ่มขนาดยา Gabapentin ส่งเสริมให้กินรักษาโรคเรื้อรัง และทำกายภาพบำบัด ต่อเนื่อง ควบคู่กับการดูแลมิติทางด้านจิตใจ และสังคม โดยไม่พบการตีตราผู้ป่วย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การรักษา และติดตามการรักษา

วัน เดือน ปี	แผนก	อาการ/อาการแสดง/ Investigate	Case management
2 สิงหาคม 2565	Skin	ผื่นแข็งที่แขน 2 ข้างมานาน 1 ปี	
16 สิงหาคม 2565	Skin	Pathology: Borderline Leprosy	<ul style="list-style-type: none"> - Dapsone (100 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า - Clofazimine (50 mg) รับประทาน 6 เม็ด เดือนละ 1 ครั้ง หลังจากนั้น รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า - Rifampicin (300 mg) รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด ครั้งเดียว
31 สิงหาคม 2565	Electromyography: EMG	<ul style="list-style-type: none"> - Bilateral hand atrophy มา 10 ปี, 2 ปี มีขามือ อ่อนแรงและแขนมือซ้ายลีบมากขึ้น - ตรวจร่างกาย : motor power ECR 5-0, FCR 5-3+, EDC 5-2; EIP 5-0, ADM FDI 5-1+ Sensation: decrease PPS Lt. forearm and hand - EMG: asymmetrical axonal sensorimotor PPN 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำกายภาพบำบัด (Physical Therapy) ที่ รพ.ควนเนียง - กิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) for Left anti-claw hand splint และ Right anti-claw hand splint 5 fingers - ออกใบรับรองพิการ
11 ตุลาคม 2565	Skin	- ปวดขามือ 2 ข้างมากและเท้าข้างซ้าย, ผื่นแข็งที่แขน 2 ข้าง	<ul style="list-style-type: none"> - Dapsone (100 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า - Clofazimine (50 mg) รับประทาน 6 เม็ด เดือนละ 1 ครั้ง หลังจากนั้น รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า - Rifampicin (300 mg) รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด ครั้งเดียว
8 พฤศจิกายน 2565	Skin	ปวดขามือ 2 ข้างมากและ เท้าข้างซ้าย, ผื่นแข็งที่แขน 2 ข้าง	<ul style="list-style-type: none"> - Prednisolone (5 mg) รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้าทันที นาน 15 วัน - Gabapentin (100 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน
6 ธันวาคม 2565	Skin	<ul style="list-style-type: none"> - ยังมีปวดขามือ 2 ข้างมากและเท้าข้างซ้าย ผื่นแข็งที่แขน 2 ข้าง - นัดติดตาม BL (Borderline lepromatous leprosy) เดือนที่ 5 	

วัน เดือน ปี	แผนก	อาการ/อาการแสดง/ Investigate	Case management
3 มกราคม 2566	Skin	- ยังมีปวดขามือ 2 ข้างมาก และ เท้าข้างซ้าย, ผื่นแข็งที่แขน 2 ข้าง - นัดติดตาม BL (Borderline lepomatous leprosy) เดือนที่ 6	- Naproxen รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารทันที สั่งจ่าย 30 เม็ด
31 มกราคม 2566	Skin	- ยังปวดเส้น	
7 มีนาคม 2566	Skin	- มาตามนัด เรื่อง BL (Borderline lepomatous leprosy)	- Gabapentin (300 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร - Vitamin B complex รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร
9 มีนาคม 2566	Rehabilitation	- ประวัติทำกายภาพบำบัด ที่ รพ.ควนเนียง 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ยังอ่อนแรงเท่าเดิม, 2 เดือน มืออ่อนแรงมากขึ้นโดยข้างซ้าย อ่อนแรงมากกว่าข้างขวา แต่อาการ ชาลดลง ผื่นดีขึ้น	
29 มีนาคม 2566	EMG	- EMG : chronic PPN	- Cream base ทาผิว
4 เมษายน 2566	Skin	- มาตามนัด เรื่อง BL (Borderline lepomatous leprosy)	
2 พฤษภาคม 2566	Skin	- มาตามนัด เรื่อง BL (Borderline lepomatous leprosy)	- Pregabalin (75 mg) รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

ผลการสอบสวนผู้ป่วย

ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคเรื้อนจาก OPD card และบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน รบ.1ต.10 (น.ส.3) ของผู้ป่วย (Index case) คือ เพศชาย อายุ 27 ปี อาชีพช่างทาสี สถานภาพโสด อาศัยอยู่หมู่ A ตำบลรัตนภูมิ อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา ที่โรงพยาบาลควนเนียง ด้วยอาการ มีผื่นนูนแดงขนาดใหญ่ ขึ้นบริเวณร่างกาย ขาภายในวง ไม่มีอาการคัน มีอาการชาปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง เจ็บปลายมือเวลาจับของ กำมือได้ มีอาการบวมเล็กน้อยตามนิ้วมือ แพทย์ตรวจและวินิจฉัยเป็น Other localized connective tissue disorders ส่งต่อไปโรงพยาบาลหาดใหญ่

วันที่ 17 สิงหาคม 2565 ผู้ป่วยเดินทางมาขอใบส่งตัวเพื่อรักษาโรคเรื้อนต่อเนื่อง ทางแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลควนเนียงจึงประสานมายังผู้รับผิดชอบควบคุมโรคเพื่อดำเนินการต่อ งานควบคุมโรคได้ประสานไปยัง โรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อยืนยันการวินิจฉัยของแพทย์ทราบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565

วันที่ 22 สิงหาคม 2565 ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และสถาบันราชประชาสมาสัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 ร่วมกับทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team, SRRT) อำเภอควนเนียง ได้ลงพื้นที่ดำเนินการสอบสวนโรค โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (Index case) และญาติ พร้อมการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 6 ราย ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้ป่วยหรือเพื่อนบ้านรัศมี 20 เมตร จำนวน 20 ราย ไม่พบผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ในส่วนของกลุ่มผู้ที่มีกิจกรรมร่วมกันกับผู้ป่วย (Index case) ได้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ก่อนปี 2562 ผู้ป่วยอาศัยเดิม อยู่ในพื้นที่ ม.3 ตำบลโละจูด อำเภอแวง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ป่วยให้ประวัติว่าตนเองมีผื่นวงต่างขนาดเล็ก ๆ ตั้งแต่ขณะอยู่ในพื้นที่อาศัยเดิม แต่ขณะนั้นไม่ได้เข้ารับการรักษา ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 จึงย้ายมาประกอบอาชีพในพื้นที่อำเภอควนเนียง และในปีเดียวกันนี้ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลควนเนียง แพทย์วินิจฉัยด้วยโรค Dermatophytosis จึงไม่ได้เข้ารับการรักษาต่อ

ตารางที่ 4 ผลการตรวจติดตามผู้สัมผัสโรคเรื้อน ร่วมบ้าน และร่วมสังคม

ประเภทผู้สัมผัส	จำนวน (ราย)	เพศ (ราย)	อายุ (ปี)ค่าเฉลี่ย \pm SD (ต่ำสุด - สูงสุด)	ระยะเวลาที่สัมผัส (ปี)	ผลการติดตามครั้งที่ 124 สิงหาคม 2565	ผลการติดตามครั้งที่ 227 กุมภาพันธ์ 2566
ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	6	ชาย = 3 หญิง = 3	34.83 \pm 30.88 (6 - 89)	4	ไม่พบผู้ป่วย	ไม่พบผู้ป่วย
ผู้สัมผัสร่วมสังคม	20	ชาย = 11 หญิง = 9	40.35 \pm 26.93 (1 - 81)	-	ไม่พบผู้ป่วย	-

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

1. ผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อในชุมชน (Primary case) ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนโดยผู้เชี่ยวชาญและขึ้นทะเบียนรักษาด้วยสูตรยาผสมระยะสั้น (Multidrug therapy: MDT) ซึ่งกำหนดระยะเวลารับประทานยา 2 ปี เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อสู่คนในชุมชน

2. การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย Primary case และ Index case พร้อมญาติในเรื่องการรับประทานยาให้ครบกำหนดและการดูแลตนเอง

3. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการชักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อตรวจคัดกรองโรคเรื้อน

3.1 ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact) ปีละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 10 ปี

3.2 ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้ป่วยหรือเพื่อนบ้าน (Neighboring contact)

3.3 ผู้ที่มีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย (Social contact)

4. การรณรงค์ให้ความรู้โรคเรื้อนแก่ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ตำบลรัตนภูมิ อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา

4. อภิปราย/วิจารณ์ผล

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นชนิด Mid-borderline Leprosy (BB) พบการกระจายของรอยโรคสองข้างของร่างกาย (Bilateral) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก Multibacillary leprosy (MB) ผลการตรวจความพิการที่ ตา มือ และเท้า พบความพิการได้แก่ มือขวาฝ่ามือขวา (ระดับความพิการสูงสุด เท่ากับ 1) มือซ้ายรูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อมือตก (ระดับความพิการสูงสุด เท่ากับ 2) เท้าทั้งด้านขวาและซ้ายฝ่าเท้าขวา (ระดับความพิการสูงสุด เท่ากับ 1) ผลการตรวจเส้นประสาทและทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ จำนวน 11 รายการ พบผิดปกติ 6 รายการ ได้แก่ 1) Great Auricular ข้างคอ ด้านขวาโตและเจ็บ ส่วนด้านซ้ายโต 2) Ulnar นิ้วก้อย

ด้านขวา โต เจ็บ และอ่อน ส่วนด้านซ้ายเสีย 3) Median นิ้วโป้ง ด้านขวา โต เจ็บ และอ่อน ด้านซ้าย โต เจ็บ และเสีย 4) Radial ข้อมือ ด้านซ้ายเสีย 5) Common Peroneal กระดูกเท้าดี โตข้างซ้าย และ 6) Posterior Tibial ใต้ตาตุ่มด้านใน โตและเจ็บข้างซ้าย ซึ่งแสดงถึงการดำเนินของโรคที่มีระยะเวลานานหลายปี โดยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา สอดคล้องกับ Timeline ของผู้ป่วยซึ่งให้ประวัติว่า เริ่มมีอาการครั้งแรกเป็นวงขาวที่บริเวณแขนขวามานานกว่า 10 ปีที่แล้ว ซึ่งในขณะนั้นผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่ที่ 3 ตำบลโลงจูด อำเภอกวนเนียง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อน (Leprosy endemic area) อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับบริการรักษาโรคผิวหนังที่สถานบริการสาธารณสุข แต่ซื้อยามาทาจากร้านขายยา รักษาตัวเองตลอดมา จนกระทั่งปี 2562 ผู้ป่วยได้ย้ายมาประกอบอาชีพ และพักอาศัยประจำอยู่ที่หมู่ A ตำบลรัตนภูมิ อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นพื้นที่ไม่เคยปรากฏโรคเรื้อนมาก่อน ผู้ป่วยให้ประวัติมีอาการเป็นผื่นแดงตามตัว ไม่มีอาการคัน เป็นต่อเนื่องมาตลอด แต่ไม่ได้เข้ารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข ยังคงซื้อยามาทาจากร้านขายยา และพบแพทย์ที่คลินิกเอกชน วันที่ 7 สิงหาคม 2562 แพทย์จากคลินิกเอกชนส่งต่อมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกวนเนียง แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคกลากและได้รับยารักษา หลังจากนั้นเป็นเวลาประมาณ 3 ปี ผู้ป่วยยังมีอาการของโรคผิวหนังไม่กลับไปตรวจรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขใดเลย แต่ใช้วิธีซื้อยาจากร้านขายยา เพื่อรักษาตัวเอง และพบแพทย์ที่คลินิกเอกชน เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคผิวหนังทั่วไป เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยกลับมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกวนเนียงอีกครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยมีผื่นนูนแดงขนาดใหญ่ขึ้นบริเวณร่างกาย ซากายในวง ไม่มีอาการคัน มีอาการชาปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง เจ็บปลายมือเวลาจับของ กำมือได้ มีอาการบวมเล็กน้อยตามนิ้วมือ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค Other localized connective tissue disorders และส่งต่อไปโรงพยาบาลหาดใหญ่ วันที่ 16 สิงหาคม 2565

โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้ตรวจชิ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่พบน้อย (Rare disease) โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา ซึ่งไม่เคยปรากฏโรครมาก่อน ส่งผลให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า (Delayed diagnosis and treatment) สอดคล้องกับผลการวิจัยประเมินความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนของโครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำรินปี พ.ศ. 2500–2563 โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP model สรุปได้ว่า ด้านปัจจัยนำเข้ายังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโรคเรื้อนซึ่งมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดการพัฒนาบุคลากรในระบบบริการสุขภาพทุกระดับอย่างต่อเนื่องต่อไป⁽¹⁰⁾ โรคเรื้อนปัจจุบันพบได้น้อยลง การวินิจฉัยโรคเรื้อนจำเป็นต้องอาศัยการซักประวัติ การตรวจร่างกายทางผิวหนังและระบบประสาทอย่างละเอียด หากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือวินิจฉัยล่าช้า อาจก่อให้เกิดความพิการอย่างถาวร หรือส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁽¹²⁾

ผลการประเมินติดตามการดูแลรักษา สรุปได้ว่า ผู้ป่วยได้รับและกินยาอย่างต่อเนื่อง ภาวะทางจิตใจมีการปรับตัวหลังเป็นโรค แต่สภาพจิตใจถดถอยจากการที่มีภาวะพิการหลงเหลือ รวมถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว และเพื่อนบ้าน ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจการเงินจากรัฐบาล ทิมสอบสวนควบคุมโรคประจำอำเภอควนเนียง ได้ติดตามประเมินและเฝ้าระวังผู้สัมผัสเชื้อ ผลการประเมินผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ 8 เดือน พบว่า รอยโรคทางผิวหนังจางลง อาการชาลดลง แต่ยังมีอ่อนแรงมือทั้ง 2 ข้าง และปวดจากเส้นประสาท (Neuropathic pain) ผู้ป่วยได้รับการดูแลระดับประคองโดยเพิ่มขนาดยา Gabapentin ส่งเสริมให้กินรักษาโรคเรื้อนต่อเนื่อง และทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ควบคู่กับการดูแลมิติทางด้านจิตใจ และสังคม โดยผู้ป่วยรายนี้ต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต เนื่องจากเกิดความพิการระดับ 2 แล้ว

ในส่วนของ การสอบสวนโรค โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย (Index case) และญาติ พร้อมการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 6 ราย ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้ป่วยหรือเพื่อนบ้านรัศมี 20 เมตร จำนวน 20 ราย ไม่พบผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน มาตรการควบคุมและป้องกัน

โรคที่ดำเนินการ ครอบคลุมทั้งด้านผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อในชุมชน (Primary case) ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนโดยผู้เชี่ยวชาญและชิ้นทะเบียนรักษาด้วยสูตรยาสมระยะสั้นซึ่งกำหนดระยะเวลารับประทานยา 2 ปี เพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อสู่คนในชุมชน การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย Primary case และ Index case พร้อมญาติในเรื่องการรับประทานยาให้ครบกำหนด และการดูแลตนเอง การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อตรวจคัดกรองโรคเรื้อน และการสื่อสารความเสี่ยงให้กับผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดำเนินการติดตามคัดกรองจนครบ 5 ปี กระบวนการสื่อสารความเสี่ยงใช้กระบวนการสุกศึกษารายกลุ่มโดยให้ผู้สัมผัสเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อน การสังเกตพื้นบริเวณลำตัวและการเข้าสู่กระบวนการรักษา ส่วนการสื่อสารความเสี่ยงให้กับผู้สัมผัสร่วมชุมชน โดยสื่อสารผ่าน อสม. เสียงตามสาย website รวมไปถึงเวทีประชาคม เพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้รับรู้ เข้าใจ และรู้จักการสังเกตอาการของโรคได้ด้วยตนเอง

5. สรุป

จากข้อค้นพบจากการวิจัย (Research findings) ดังกล่าวข้างต้น และผลการศึกษาเกี่ยวกับการค้นหา การส่งต่อผู้ป่วย การประเมินและพัฒนา รูปแบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อน⁽¹³⁻¹⁷⁾ คณะวิจัยสามารถสังเคราะห์ สรุปเป็นกรอบแนวทางหรือรูปแบบในการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ที่ไม่ปรากฏโรครมาก่อน ซึ่งครอบคลุม 2 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดการ (Case management) 2) ด้านผู้ที่เกี่ยวข้อง (Involvement) ในด้านการจัดการ ได้ออกแบบกิจกรรมบนพื้นฐานแนวคิดการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ ทั้งการป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary prevention) การป้องกันในระยะมิโรคเกิด (Secondary prevention) และ การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary prevention) (ภาพที่ 3) ในที่นี้คือ การวินิจฉัยและรักษา การป้องกันควบคุมโรค และการเฝ้าระวังโรค ส่วนด้านผู้ที่เกี่ยวข้องต้องคำนึงถึงผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชน (ภาพที่ 4)

ระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention)		ระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention)	ระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention)
ระยะมีภูมิไวรับ (Stage of Susceptibility)	ระยะก่อนมีอาการของโรค (Stage of Pre-clinical Disease)	ระยะมีอาการของโรค (Stage of Clinical Disease)	ระยะมีความพิการของโรค (Stage of Disability)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ การเสริมสร้างและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ✓ การสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเรื้อน ✓ การส่งเสริมสุขภาพ ✓ การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ✓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การวินิจฉัยโรคแต่ระยะแรกเริ่ม ✓ การรักษาให้เร็วที่สุดเพื่อหยุดการดำเนินของโรค/ป้องกันความพิการ ✓ การกินยาครบชุด และ ต่อเนื่อง ✓ การติดตามและประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง ✓ การแยกผู้ป่วย (Isolation) ก่อนกินยารักษาโรคเรื้อน 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การรักษาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ✓ การป้องกัน/เฝ้าระวังการทำลายเส้นประสาท ✓ การทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ✓ การดูแลมิติทางด้านจิตใจ และสังคม 	

ภาพที่ 3 การป้องกันโรคเรื้อน 3 ระดับ และ กิจกรรมป้องกันควบคุมโรคในแต่ละระดับ

Case Management ผู้เกี่ยวข้อง	การวินิจฉัยและรักษา Diagnosis & Treatment	การป้องกันควบคุมโรค Disease Prevention & Control	การเฝ้าระวังโรค Disease Surveillance
ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การวินิจฉัยให้เร็วที่สุด ✓ การให้ยารักษาเพื่อหยุดการดำเนินของโรค ✓ การป้องกัน/เฝ้าระวังการทำลายเส้นประสาท ✓ การติดตามและประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การแยกผู้ป่วยก่อนกินยารักษาโรคเรื้อน (Isolation) ✓ การกินยาครบชุด สม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ✓ การติดตามและประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรค ✓ การสื่อสารความเสี่ยงเชิงบวกแก่ชุมชน
บุคลากรสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ✓ การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ✓ การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ✓ การพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การฟื้นฟูความรู้พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ✓ การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ✓ การให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การฟื้นฟูความรู้พัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ✓ การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ✓ การพัฒนาระบบข้อมูลทางระบาดวิทยา ✓ การสร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน
ครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ✓ การสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเรื้อน ✓ การดูแลปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและเฝ้าระวังอาการ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การเยี่ยมบ้านผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกราย ✓ ดำเนินการติดตามคัดกรองจนครบ 5 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรค ✓ การสื่อสารความเสี่ยงเชิงบวกแก่ชุมชน
ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การตรวจคัดกรองผู้สัมผัสร่วมชุมชน ✓ การสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคเรื้อน ✓ การดูแลปฏิบัติตนในการป้องกันโรคและเฝ้าระวังอาการ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การติดตามคัดกรองผู้สัมผัสโรคจนครบ 5 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การอบรมฟื้นฟูความรู้โรคเรื้อนแก่ อสม. ✓ การพัฒนาศักยภาพ อสม./เครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค ✓ การสื่อสารความเสี่ยงเชิงบวกแก่ชุมชน

ภาพที่ 4 สรุปผลกิจกรรมการวินิจฉัย รักษา ป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคเรื้อนรายใหม่ในพื้นที่ไม่ปรากฏโรคมามาก่อน

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างเสริมและพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) เกี่ยวกับโรคเรื้อน แก่ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาของโรคเรื้อน เพื่อให้มีความรู้ในการป้องกันโรค การเฝ้าระวังอาการตนเอง และการรับบริการในสถานบริการที่มีแพทย์และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโรคเรื้อน
2. การอบรมฟื้นฟูโรคเรื้อน พัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ แก่บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขในพื้นที่ที่ไม่ปรากฏโรคเรื้อน รวมถึงแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบรรจุใหม่ในพื้นที่ที่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา
3. พัฒนากลวิธีในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เหมาะสมกับสถานะความชุกโรคต่ำในพื้นที่อำเภอที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา

6. กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ

นายแพทย์พิสิฐ ینگยุทธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช (สคร.11) ที่ให้โอกาสและให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยจนเสร็จสมบูรณ์ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้จัดการแผนงานโรคเรื้อน (Program manager) อาจารย์สุภาภรณ์ หมื่นราษฎร์ สคร.11 นครศรีธรรมราช และ อาจารย์ญาดา โตอุตชนม์ สคร. 9 นครราชสีมา สำหรับการสนับสนุนวิชาการด้านการป้องกันควบคุมและเฝ้าระวังโรคเรื้อน ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง สำหรับคุณตินดา ชัยภัทรธนกุล หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และ คุณอนัน หมดอารี นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลควนเนียง ที่ร่วมกับข้อมูลวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยนี้จะสำเร็จไม่ได้เลย ถ้าปราศจากความร่วมมือของผู้ป่วย ผู้สัมผัส และชุมชน ประโยชน์ที่เกิดจากองค์ความรู้ในการศึกษาวิจัยโรคเรื้อนครั้งนี้ ขออุทิศส่วนกุศลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่จากไปแล้ว และขอให้ประชาชนไทยประสบความสุข สวัสดิ์ มีสุขภาพทุกคน

7. เอกสารอ้างอิง

1. Han XY, Seo YH, Sizer KC, Schoberle T, May GS, Spencer JS, et al. A New Mycobacterium Species Causing Diffuse Lepromatous Leprosy. Am J Clin Pathol. 2008;130:856–64.
2. World Health Organization. Towards Zero Leprosy. Global Leprosy (Hansen’s Disease) Strategy 2021–2030 [Internet]. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017 [Cited 2023 May 25]. 27p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290228509>
3. Ramme HFJ. et al. Tropical Diseases Targeted for Elimination: Chagas Diseases, Lymphatic Filariasis, Onchocerciasis, and Leprosy. In: Jamison DT et al, editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006 p.433–50.
4. กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2543.
5. กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรค. คู่มือการป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2550.
6. World Health Organization. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [Cited 2023 May 25]. 177p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>
7. ชีระ งามสุด. การควบคุมอุบัติการณ์โรคเรื้อนให้อยู่ในขอบเขตจำกัด. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2557;4(2):99–108.
8. Noordeen SK. Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. Bull. World Health Organ. 1995;73(1):1–6.
9. ธนิษฐา ดิษสุวรรณ, วัลลภ ดิษสุวรรณ, พิมพ์ลักษณ์ ขุนหมวก, ดัสซีมา มูวรรณสินธุ์, ทิพย์สุดา นวลนันทน์. การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคเรื้อนภาคใต้ตอนล่าง ประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค 2564;47(3):170–8.

10. บุชบัน เชื้ออินทร์, วิสุทธิ์ แซ่ลิ้ม, ดวงพร เอื้ออิฐผล, ศิรามาศ รอดจันทร์. 60 ปี ราชประชาสมาสัยกับความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำริ ปี พ.ศ. 2500 – 2563. วารสารควบคุมโรค 2564;47(3):490-505.
11. สถาบันราชประชาสมาสัย. รายงานประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1282920220606095246.pdf>.
12. ศุภิสรา วงศ์ตามา, วลัยรัตน์ สิทธิกรสวัสดิ์. กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อน้อย. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563;39(1):139-44.
13. สุชัยญา มานิตย์ศิริกุล, ญาดา โตอุตชนม์. การพัฒนารูปแบบระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนและการเพิ่มคุณภาพงานควบคุมโรคเรื้อน ภายใต้สภาวะการณความชุกต่ำ จังหวัดสุรินทร์. วารสารควบคุมโรค 2558;41(3):170-8.
14. สุพัตรา สิมมาทัน, นิชนันท์ โยธา, นิภาพร ฮามพิทักษ์, สมัย ทองพูล, อิทธิเดช ไชยชนะ. รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาคูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2564;28(3):55-69.
15. นิมนวล ปุณยหทัยพงศ์, ญาดา โตอุตชนม์. การพัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: กรณีศึกษาบ้านโสก อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการ สคร. 9 2562;25(2):35-44.
16. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, นัชชา พรหมพันใจ, บุชบัน เชื้ออินทร์. การประเมินประสิทธิผลการพัฒนาสถานบริการเชี่ยวชาญโรคเรื้อนในพื้นที่ 4 ภูมิภาค ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2562;13(1):44-55.
17. สุชัยญา มานิตย์ศิริกุล, ญาดา โตอุตชนม์. เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็วและการค้นหาโดยก้านัน-ผู้ใหญ่บ้าน. วารสารควบคุมโรค 2557;40(2):111-7.