



วารสาร

สถาบันราชประชาสมาสัย

Journal of Raj Pracha Samasai Institute

สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2547

Vol. 2 No. 2 MAY - AUGUST 2004

ISSN 1685-8964

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

จัดทำโดย

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ ความก้าวหน้าการดำเนินงานต่างๆ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การเคลื่อนไหวและดำเนินงานของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเป็นสื่อและเวทีกลาง ในการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเพื่อการแสดงรวมทั้งแลกเปลี่ยนทัศนะ และความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ของสถาบันราชประชาสมาสัย และหน่วยงานตลอดจนชุมชน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ที่ปรึกษา

1. ประธานมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์
2. อธิบดีกรมควบคุมโรค
3. รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
4. ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค (นายแพทย์จรัญ ปิยะวราภรณ์)
5. ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย
6. ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

รองบรรณาธิการ

นายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ
นายแพทย์กฤษฎา มโนทาน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาววิจิตรา ธารีสุวรรณ

กองบรรณาธิการ

1. นายแพทย์สมชาย รุ่งตระกูลชัย
2. นายแพทย์วิรัช วงศ์ศรีคงพันธ์
3. นายแพทย์อาจินต์ ชลพันธ์
4. นายแพทย์ทวีฤทธิ์ สิทธิเวคิน
5. นางปิยวดี ทองทั้งสาย
6. นางจินตนา วรสายัณห์
7. นางเสาวนีย์ น้าเพ็ญอยู่

8. นายสมเกียรติ มหาอุดมพร
9. นายสินชัย คเณทร์
10. นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์

ผู้จัดการ

นายเรวัต วัฒนพานิช

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นางสาวอุไรพร ปิติเกื้อกุล

ฝ่ายจัดการ

1. นางนฤมล ใจดี
2. นางวรรณภา ร่มนุ่ม
3. นางอุณเรือน พินแพทย์
4. นางสาวกรรณดี ภูทุกก
5. นายทิวา สมหวัง
6. นางนพพร ดีมาก
7. นางสาวประทุม สอนสพทอง
8. นางนารี สุรชีวะ
9. นางสาววาสนา ฤกษ์พัฒนาพร
10. นางสาวพิมลมาศ คล้ายมาลา
11. นางวัชรภรณ์ ปรีวัตร
12. นางปานจิตต์ เขียวภาษา

ฝ่ายศิลป์

นายยุทธนา พรหมสมบัติ

เจ้าของ

สถาบันราชประชาสมาสัย

สำนักงาน

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร. 0 2588 3720-3 โทรสาร 0 2580 2403
E-mail : rpsi_journal@hotmail.com

ผู้ประสานงาน

นางนฤมล ใจดี โทรศัพท์ 0 2588 3720-3

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ : มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ 314-316 ซอยบ้านบาตร ถนนบำรุงเมือง เขตป้อมปราบ กรุงเทพฯ 10100
โทร. 0 2223 3351, 0 2223 5548 โทรสาร 0 2221 0135

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

"วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย" มีนโยบายเผยแพร่วิชาการทางโรคเรื้อรังและเรื่องที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนให้บทความส่วนใหญ่เป็นภาษาไทย และมีบทความย่อเป็นภาษาอังกฤษ ในกรณีที่เรื่องเป็นภาษาอังกฤษ จะมีบทความย่อเป็นภาษาไทย การใช้ภาษาไทย ให้ยึดหลักของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ศัพท์ภาษาอังกฤษที่พบในเรื่อง ภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ชื่อของเชื้อจุลินทรีย์ให้พิมพ์ตัวเอน ไม่ขึ้นต้นประโยคด้วยศัพท์ภาษาอังกฤษ และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นกริยา

ประเภทของบทความ

บทความที่ส่งมาตีพิมพ์อาจเป็น นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) รายงานผู้ป่วย (case report) บทความฟื้นฟูวิชาการ (review article) บทความจากการประชุม ปกิณกะ ย่อเอกสาร จดหมายถึงบรรณาธิการ และบทความประเภทอื่นที่เหมาะสม บทความที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ใน "วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย" ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น

การเตรียมต้นฉบับ

การพิมพ์ต้นฉบับใช้กระดาษสีขาวขนาด $21\frac{1}{2} \times 28$ ซม. ($8\frac{1}{2} \times 11$ นิ้ว) หรือกระดาษ ISO A4 พิมพ์หน้าเดียว พิมพ์ตามหัวข้อต่อไปนี้ด้วยฟอนต์ Cordia UPC

1. Title pages ให้พิมพ์เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแต่ละภาษา ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง

1.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกท่าน ทั้งชื่อตัวและ ชื่อสกุล พร้อมทั้งคุณวุฒิ (สูงสุด)

1.3 สถานที่ทำงาน

2. บทคัดย่อ (Abstract) และคำสำคัญ (Key words)

2.1 บทคัดย่อ (Abstract) ถ้าบทความที่เป็นภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 150 คำ และบทคัดย่อภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ ถ้าบทความที่เป็นภาษาไทย บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 150 คำ

2.2 ระบุ key words หรือ short phrases 2-5 คำ

3. เนื้อเรื่อง

3.1 นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานผู้ป่วยใช้ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษก็ได้

3.2 บทความฟื้นฟูวิชาการ ใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และภาษาอังกฤษถ้าต้องการ

3.3 บทความนิพนธ์ต้นฉบับ ประกอบด้วย บทนำ (introduction) วัตถุประสงค์ (objectives) วัสดุและวิธีการ (materials and methods) ผล (results) วิจารณ์ (discussion)

3.4 ย่อเอกสาร ควรย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์มาไม่เกิน 3 ปี ความยาวไม่เกินหนึ่งหน้า

3.5 บทความประเภทอื่น การเรียงหัวข้อของเนื้อเรื่อง ให้พิจารณาตามความเหมาะสม

4. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

5. เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงเอกสาร ใช้ระบบ Vancouver ใส่หมายเลขเรียงลำดับที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ไม่เรียงตามตัวอักษรของผู้พิมพ์ การย่อชื่อวารสารให้ใช้ตาม Index Medicus

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร

5.1 บทความธรรมดาใส่ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน ถ้ามีจำนวน 6 คน หรือน้อยกว่า (ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรกตามด้วย et al.) โดยใส่ชื่อสกุลก่อนและใช้เครื่องหมายวรรคตอนดังตัวอย่าง

Sorter NA, Wasserman TL, Austen KF. Cold urticaria : release into the circulation of histamine and eosinophil chemotactic factor of anaphylaxis during cold challenge. N Engl J Med 1976; 274 : 687-90.

ถ้าเอกสารเป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อก่อน นามสกุลดังนี้

สมพงษ์ บุญยุปต์. ไวรัสตับอักเสบนชนิดบี : 3 ระบาดวิทยาและการเกิดพยาธิสภาพ. แพทย์สมาคม 2518; 4 : 165-71.

5.2 ผู้พิมพ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Physiology.

Recommended method for the determination of gamma-glutamyltransferase in blood. Scan J Clin Lab Invest 1976; 36 : 119-25.

หนังสือ

5.3 ผู้นิพนธ์คนเดียว

Osler AG. Complement : mechanisms and functions. Englewood Cliffs : Prentice- Hall, 1976.

5.4 ผู้นิพนธ์เป็นกลุ่มในหน่วยงาน

American Medical Association Department of Drugs. AMA drug evaluations. 3rd ed. Littleton : Publishing Sciences Group, 1977.

5.5 ผู้นิพนธ์หลายคน แต่มีบรรณาธิการ หรือหัวหน้าในการเขียนนั้น

Rhodes AJ, Van Rooyen CE, comps. Textbook of virology : for students and practitioners of medicine and the other health sciences. 5th ed. Baltimore : Williams and Wilkins, 1967.

5.6 อ้างเฉพาะบทใดบทหนึ่ง

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In : Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology : mechanisms of disease. Philadelphia : WB Saunders. 1974 : 457-72.

5.7 รายงานของหน่วยงาน

National Center for Health Statistics. Acute conditions : incidence and associated disability, United States July 1968-June 1969. Rockville, Md : National Center for Health Statistics, 1972. (Vital and health statistics. Series 10 : Data from the National Health Survey, No 69) [DHEW publication No (HSM) 72-1036].

เอกสารอื่น ๆ

5.8 บทความจากหนังสือพิมพ์รายวัน

Shaffer RA. Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the brain : discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental illness. How the messengers work. Wall Street Journal 1977 Aug 12 : 1 (col 1), 10 (col 1).

5.9 บทความจากวารสารรายปักษ์ หรือวารสารรายเดือน

Rouche B. Annals of Medicine : The Santa Claus culture. The New Yorker 1971 Sept. 4 : 66-81.

6. ตาราง (Table) พิมพ์เป็นแผ่นแยกต่างหาก แผ่นละตารางเรียงลำดับก่อนหลังตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง คำบรรยายภาพถ้าเป็นบทความภาษาไทยให้ใช้ภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษอย่างใดอย่างหนึ่ง เรียงลำดับภาพตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง ภาพประกอบ ภาพถ่ายใช้ post card ขาว-ดำ ขนาด 3x5 นิ้ว (ทำเครื่องหมายแสดงขอบบนของภาพ และลำดับที่ของภาพบน sticker พร้อมทั้งชื่อผู้นิพนธ์ แล้วติดที่หลังภาพ) คำบรรยายได้ภาพให้พิมพ์ในกระดาษอีกแผ่นหนึ่งส่งมาพร้อมกับภาพ สำหรับแผ่นภาพและกราฟ ให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ต

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับ 2 ชุด และแผ่นข้อมูล (diskette) พร้อมจดหมายแจ้งด้วยว่าเป็นบทความประเภทใด

สถานที่ส่งต้นฉบับ

บรรณาธิการวารสารสถาบันราชประชาสมาสัย
สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

การรับเรื่องต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งมา กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบ เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการ จะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้นิพนธ์ จำนวน 5 ชุด และกองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ที่จะปรับแก้ไขต้นฉบับ ให้ถูกต้องและเหมาะสมตามคำแนะนำ และวัตถุประสงค์ของวารสารนี้

ความรับผิดชอบ

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสาร ถือเป็นความคิดเห็นของผู้นิพนธ์เท่านั้น กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยหรือรับผิดชอบแต่ประการใด

บทบรรณาธิการ

มิติทางสังคมของโรคเรื้อน : สิ่งท้าทายสำหรับนักสังคมศาสตร์

เป็นที่ทราบกันดีในวงการแพทย์และสาธารณสุขว่า โรคเรื้อน นอกจากเป็นปัญหาการแพทย์และการสาธารณสุขแล้ว ยังก่อให้เกิดผลลัพธ์และผลกระทบตามมา ด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิทยา ทั้งต่อผู้ป่วย บุตรหลาน และญาติพี่น้องในครอบครัวอีกด้วย โดยเฉพาะในอดีตกาล เมื่อยังไม่มีการพัฒนาความรู้ ความก้าวหน้าทางวิชาการโรคเรื้อนและการควบคุมโรคเรื้อน ประชาชน ชุมชน และสังคม มีความรังเกียจกลัว และรังเกียจตีดกัน ไม่ยอมรับ และประท้วงรื้อรื้อของโรคเรื้อน ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว จนไม่สามารถอยู่ร่วมในชุมชนปกติ และเรียนในโรงเรียนปกติของชุมชนได้ ต้องอพยพหลบหนีซ่อนตัว ไปอาศัยอยู่ตามหมู่บ้านโรคเรื้อนของมิชชันนารี และนิคมโรคเรื้อน รวมทั้งสถานพยาบาลโรคเรื้อนต่างๆ และต้องจัดตั้งโรงเรียนขึ้นในหมู่บ้าน นิคม และสถานพยาบาลดังกล่าว บ้างก็ต้องตั้งรกรากช่วยเหลือตนเอง และครอบครัวด้วยการให้อาการผิวหนังนูนแดงหนาแตกเป็นแผลน้ำเหลืองเยิ้ม และความพิการน่าเกลียดอัปลักษณ์ของตนเองออกเร่ร่อนขอทานหารายได้ และบ้างก็ประสบกับแค้นสังคม เพื่อความสะใจและชดเชยปมด้อยและปัญหาทางจิตของตน ทำให้เสียภาพลักษณ์ เพิ่มพูนปัญหา และการสูญเสียสิ้นเปลืองงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวในอดีตอย่างมาก

แต่จนถึงปัจจุบัน ด้วยพระเมตตาบารมีและพระมหากรุณาธิคุณแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ผู้ทรงพระคุณอันประเสริฐ ผู้ทรงห่วงใยในผู้ป่วยโรคเรื้อนและปัญหาการควบคุมโรคเรื้อนในอดีตกาล โดยใน ปี พ.ศ. 2499 ได้ทรงรับโครงการควบคุมโรคเรื้อนแบบใหม่ (ตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมุ่งให้สุศึกษาแก่ประชาชนและชุมชน และค้นหารักษาผู้ป่วยที่บ้านเยี่ยงผู้ป่วยโรคอื่นๆ) ว่าเป็นโครงการในพระราชดำริ และได้พระราชทานพระราชทรัพย์ ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งสถาบันสำหรับฝึกอบรมผลิตพนักงานโรคเรื้อนให้เพียงพอ ต่อการขยายโครงการควบคุมโรคเรื้อนให้ครอบคลุมทั่วประเทศ และเพื่อการฝึกอบรมและศึกษาวิจัยด้านโรคเรื้อน โดยได้เสด็จพระราชดำเนินในพิธีเปิดอาคารและพระราชทานชื่อว่า "สถาบันราชประชาสมาสัย" ในปี 2503 ซึ่งมีความหมายลึกซึ้งสะท้อนปรัชญาและอุดมการณ์ ของการที่กษัตริย์และประชาชนยอมพึ่งพาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และได้พระราชทานพระราชทรัพย์ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งมูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ในปี 2504 เพื่อสนับสนุนกิจการของสถาบันและโครงการควบคุมโรคเรื้อน และพระราชทานพระราชทรัพย์ให้มูลนิธิจัดตั้งโรงเรียนราชประชาสมาสัยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำหรับพัฒนาแม่แบบโรงเรียน เพื่อช่วยให้บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ร่วมเรียนกับเด็กปกติได้ในปี 2505 ด้วย

ด้วยเดชพระบารมีร่มเกล้าราชประชาสมาสัย โครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริได้ก้าวหน้าขยายครอบคลุมและบูรณาการในระบบบริการสุขภาพทุกจังหวัดทั่วประเทศในปี 2519 และสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์องค์การอนามัยโลก (อัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อ 1 หมื่นประชากร) ในปี 2537 ดังที่กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับและบูรณาการเป็นโครงการกำจัดโรคเรื้อน ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2539-2543) และโครงการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2544-2548) เพื่อบรรลุเป้าหมายความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในปี 2549 อันเป็นปีมหามงคลทรงครองราชย์ครบ 60 ปี สมดังพระราชปณิธานด้วย

เพื่อเร่งรัดการกำจัดโรคเรื้อนให้สำเร็จอย่างยั่งยืนสนองพระราชปณิธาน สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิราชประชาสมาสัย ได้จัดโครงการรณรงค์ประชาร่วมใจ กำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนถวายเป็นพระราชกุศล ทรงครองราชย์ครบ 60 ปี (ปรร.60) ขึ้นในปี 2548-2550 เพื่อให้ประชาชน ชุมชน และระบบสุขภาพ รวมทั้งหน่วยงานเกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันรณรงค์เผยแพร่ความรู้ โรคเรื้อนและพระมหากรุณาธิคุณพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ให้ประชาชนและชุมชน รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตระหนักและมีส่วนร่วมการรณรงค์ ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ยังตกค้างหลบซ่อนและประสบปัญหาจากผลกระทบ โรคเรื้อนให้มารับการดูแลรักษาและดูแลสุขภาพที่ฟื้นฟูสภาพ

การรณรงค์ดังกล่าว นอกจากบทบาทของนักการแพทย์และนักการสาธารณสุขแล้ว สิ่งที่ทำหายและต้องการอย่างยิ่ง คือบทบาทของนักสังคมศาสตร์สาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพราะดังกล่าวแล้วปัญหาโรคเรื้อน นอกจากมีทั้งปัญหาในมิติทางการแพทย์และการสาธารณสุขแล้ว ยังเป็นปัญหาในมิติทางสังคม และจิตวิทยาอย่างมาก หรืออาจมากกว่าด้วย

จึงน่าจะถึงเวลาที่นักสังคมศาสตร์สาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ นักมานุษยวิทยา นักสังคมวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักบรรพาคติวิทยาสังคม นักนิเทศศาสตร์ ฯลฯ น่าจะเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง ในการผลักดันสุดท้าย (final push) ในโครงการ ปรร.60 เพื่อเร่งรัดสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนสนองพระราชปณิธาน โดยเฉพาะในการศึกษาวิจัยปัญหาและมิติทางสังคมและจิตวิทยาของโรคเรื้อน ที่ยังคงมีอยู่ในปัจจุบัน ในครอบครัว ชุมชน และสังคมและผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน (leprosy-affected-persons) ซึ่งย่อมมีผลและผลกระทบต่อการดำเนินงานรณรงค์ ปรร.60 และการเร่งรัดโครงการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไปอย่างมาก และศึกษารูปแบบและวิธีการทางสังคมและจิตวิทยา เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการรณรงค์และการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนดังกล่าว รวมทั้งการเผยแพร่และฝึกอบรมด้านสังคมศาสตร์และจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง ต่อการประยุกต์และบูรณาการในการเข้าใจและแก้ปัญหาโรคเรื้อน การจัดตั้งพันธมิตรและพัฒนาเครือข่ายนักสังคมศาสตร์ เพื่อขยายผลจากโรคเรื้อนบูรณาการและประยุกต์สู่การป้องกันควบคุมโรคอื่นๆ ของกรมควบคุมโรคต่อไปอีกด้วย ซึ่งต้องการการสนับสนุนแหล่งเงินทุน (financial support) ทั้งจากในกระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิราชประชาสมาสัย ตลอดจนองค์กรแหล่งทุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ อาทิ ส.ว.ช., ก.ส.ว., ส.ส.ส., ฯลฯ เป็นต้น และแหล่งทุนทางปัญญา (Intellectual support) จากสถาบันทางสังคมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยต่างๆ อีกด้วย

ผู้เขียนเชื่อมั่นว่าด้วยพระเมตตาบารมีแห่งองค์พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ด้วยร่มเกล้าราชประชาสมาสัย นักสังคมศาสตร์ผู้โดดเด่นจากสถาบันต่างๆ คงจะให้ความสนใจมาช่วยศึกษามิติทางสังคมและจิตวิทยาของโรคเรื้อน โดยเฉพาะต่อปัญหาตราบาป (stigmatization) และการรังเกียจเหยียดฉันท์ (discrimination) การถูกขับไล่ออกจากสังคม (social ostracism) อัตตมโนทัศน์ (self-esteem) และมโนทัศน์ต่อตนเอง (self concept) ฯลฯ ของผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน รวมทั้งมิติและปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ชุมชน สังคม

สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค น่าจะเป็นสื่อกลางในการจัดประกายและประสานสนับสนุนในเรื่องนี้ เพื่อสร้างงานศึกษาวิจัยและร่วมมือกับนักสังคมศาสตร์และสถาบันทางสังคมศาสตร์ต่างๆ เพื่อให้โรคเรื้อนเป็นแม่แบบและนำร่องสู่การขยายผลและเครือข่ายพันธมิตร เพื่อพัฒนาและบูรณาการรูปแบบข้อมูลและการจัดการความรู้โรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและสังคมต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต
บรรณาธิการ

วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย

Journal of Raj Pracha Samasai Institute

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2547 Vol. 2 No. 2 May-August 2004

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
นิพนธ์ต้นฉบับ Original article	
การสูญเสียการได้ยินของผู้ป่วยโรคเรื้อนในสถาบันราชประชาสมาสัย วิรัช สันติระสิทธิ์ และคณะ	71
การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ามาจากประเทศใกล้เคียงในปี 2541-2546 ตามแนวพระราชดำริ ฉลวย เสร็จกิจ	80
ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูงระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อน และผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อนที่มารับบริการในสถาบันราชประชาสมาสัย ปี พ.ศ. 2546 เกศรี ชีวชาติภิรมย์ และคณะ	90
พฤติกรรม的开รับสื่อและการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนของประชาชน : กรณีศึกษาจังหวัดหนองบัวลำภู นพพร ดีมาก และคณะ	102
ทำอย่างไรจึงจะพัฒนาคุณภาพงานบริการโรคเรื้อนได้อย่างยั่งยืน? ศิธรธรรม เสริมฤทธิ์วงศ์	111
บทความพินิจวิชาการ Review article	
อาการปวดเส้นประสาทส่วนปลายที่เสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อน กฤษฎา มโนทาน	125
ความก้าวหน้าทางพยาธิวิทยาโรคเรื้อน โกวิท คัมภีรภาพ	136
ปกิณกะ	
30 Years of Support towards Success : Sasakawa Memorial Health Foundation and the Elimination of Leprosy as a Public Health Problem in Thailand and Asian Countries	139
ย่อเอกสาร	142
ท่านถาม - เราตอบ	147
ข่าวในแวดวงโรคเรื้อนจากสถาบันราชประชาสมาสัย	150

การสูญเสียการได้ยินของผู้ป่วยโรคเรื้อน ในสถาบันราชประชาสมาสัย

Hearing Impairment of Leprosy Patients in Raj Pracha Samasai Institute

วิรัช สันติระสีนฤชัย

Wiruch Santeerasiharuaechai

พ.บ.,อ.ว. (โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา)

M.D., Certified Board of Ear-Nose-Throat and Laryngology

จิตต์ลัดดา สุพานันท์

Chittlada Supanant

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

M.Sc. (Public Health)

สถาบันราชประชาสมาสัย

Raj Pracha Samasai Institute

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาเรื่องการสูญเสียการได้ยินในผู้ป่วยโรคเรื้อน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประเภท ระดับ และสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินในผู้ป่วยโรคเรื้อน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มาตรวจที่สถาบันราชประชาสมาสัย เนื่องจากมีอาการสูญเสียการได้ยินหรือมีปัญหาเวียนศีรษะคล้ายบ้านหมุนรวม 88 รายที่มีอายุตั้งแต่ 38 ถึง 85 ปี ด้วยอัตราส่วนชายต่อหญิง 1.37 : 1 วิธีการศึกษาโดยการตรวจร่างกายของผู้ป่วยโดยแพทย์เฉพาะทางด้าน หู คอ จมูก และภูมิแพ้ การตรวจการได้ยิน ตรวจทางห้องปฏิบัติการและการสัมภาษณ์ ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2545 ถึง กันยายน 2547 ผลการวิจัยพบว่ามีการสูญเสียการได้ยินชนิดเส้นประสาทหูเสื่อมจากภาวะหูตึงในผู้สูงอายุมากที่สุด และมีการเสื่อมการได้ยินประเภทปานกลางมากที่สุดร้อยละ 62 รองลงมาคือ การสูญเสียการได้ยินชนิดการนำเสียงเสื่อม โดยพบการคั่งของสารคัดหลั่งของช่องหูชั้นกลาง ร้อยละ 19 และการใช้ยาที่มีพิษต่อหูร้อยละ 8 ผู้สูญเสียการได้ยินจะมาหาแพทย์ด้วยอาการเวียนศีรษะคล้ายบ้านหมุนร่วมด้วยร้อยละ 84 ชนิดของโรคเรื้อนที่มีการสูญเสียการได้ยินมากที่สุดคือชนิดบอร์เดอร์ไลน์เลปโปรมาติส และ เลปโปรมาติส ที่มีมากเท่าๆกันคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 30 และพบเส้นประสาทหูเสื่อม ที่มีภาวะโรคเหนอชนิด ENL ร่วมด้วยร้อยละ 0.56 ผลการตรวจความผิดปกติของหูชั้นกลางพบว่า มีความผิดปกติร้อยละ 19 ในหูซ้ายและร้อยละ 21 ในหูขวา ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมนในกระแสเลือดต่ำร่วมด้วยร้อยละ 1 ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาการสูญเสียการได้ยิน พบมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูงหรือโรคทางหลอดเลือดสูงถึงร้อยละ 32 ผู้รายงานได้เสนอแนะให้แพทย์ตรวจอย่างละเอียดเพื่อแยกชนิดและประเภทของการสูญเสียการได้ยิน การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยใช้เครื่องช่วยฟังและสอนการฝึกฟังจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

Abstract

This research is the descriptive study with the main objective to study on type and cause of sensorineural hearing loss in leprosy patients. The sample of 88 leprosy patients were included in this study whose ages ranged from 38-85 years and male : female sex ratio were 1.37 : 1. The study was conducted by ENT specialists to check the ears by otoscopic exam. Laboratory test and hearing test by audiogram and tympanogram were also performed to evaluate hearing impairment together with interview. The overall result revealed hearing impairment of which 62% were sensorineural hearing loss caused by presbycusis and 19% were conductive hearing loss caused by serous otitis media while 8% caused by ototoxic drug. 84% of patients have vertigo with hearing loss. Borderline-lepromatous and lepromatous leprosy were the most common type of leprosy patients with each hearing impairment of 30%. Hypothyroidism of 1% and sensorineural hearing loss related with ENL of 0.56% were also found among them. Abnormalities of middle ear from tympanogram were 19% in the left ear and 21% in the right ear respectively. In this study, it was found that hearing impairment in leprosy patients were 32% with history of diabetes mellitus, heart disease, hypertension and cerebrovascular diseases.

Authors suggested that physicians should routinely make physical check up in order to detect type and level of hearing loss in leprosy patients who should subsequently receive appropriate rehabilitation such as hearing aid for better quality of life.

คำสำคัญ : การสูญเสียการได้ยิน, ผู้ป่วยโรคเรื้อน

Keywords : Hearing impairment, Leprosy patients.

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นปัญหาที่พบมากปัญหาหนึ่งของประเทศไทย โรคเรื้อนส่วนใหญ่รักษาได้ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและทำการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ยกเว้นในรายที่เป็นความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากทางพันธุกรรม โรคเรื้อนถ้าหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องแล้ว อาจทำให้เกิดผลตามมาคือการสูญเสียสมรรถภาพการได้ยิน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาหูหนวกและหูตึง องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่ามีผู้สูญเสียสมรรถภาพการได้ยินทั่วโลกประมาณ 42 ล้านคน เป็นอย่างต่ำ หรืออาจมีตัวเลขมากถึง 200-300 ล้านคน เนื่องจากการประเมินการสูญเสียการได้ยิน

เป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก เพราะเป็นความพิการที่ซ่อนเร้น⁽¹⁾ ในประเทศไทย จากการศึกษาโดยศูนย์โสตประสาทการได้ยินกรุงเทพฯ พบว่าอุบัติการณ์โรคเรื้อนหูหนวก หูตึง มีถึงร้อยละ 13.6 และพบมากขึ้นตามอายุ⁽²⁾ นอกจากนี้จากการศึกษาของแพทย์สุนทร อันตรเสน และคณะเกี่ยวกับความผิดปกติทางการได้ยินในประเทศไทยโดยการสุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 6,046 ราย พบว่าอุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินเท่ากับร้อยละ 6.76 โดยพบอุบัติการณ์ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 9.43 ภาคกลางร้อยละ 9.31 ภาคตะวันออกร้อยละ 7.1 ภาคใต้ร้อยละ 5.7 ภาคเหนือร้อยละ 4.1 และกรุงเทพมหานครร้อยละ

3.3⁽³⁾ สำหรับสถานสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย โดยกลุ่มการพยาบาลได้ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเรื้อน ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2545 และทำการทดสอบ โดยใช้เสียงกระซิบ 239 คน พบว่ามีผู้สูงอายุโรคเรื้อนที่มีอาการหูตึง คิดเป็นร้อยละ 5⁽⁴⁾ และจากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจหูที่หน่วยงาน หู คอ จมูก และภูมิแพ้ สถาบันราชประชาสมาสัย ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2544 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีการสูญเสียการได้ยินทั้งสองข้าง โดยมีหูตึงเล็กน้อย 8 คน หูตึงปานกลาง 32 คน หูตึงรุนแรง 31 คน หูหนวก 64 คน และมีอาการสูญเสียการได้ยิน 1 ข้าง ในระดับหูตึง 1 คน หูตึงปานกลาง 4 คน ผลกระทบจากการสูญเสียการได้ยินทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ยินคำพูด มีความลำบากในการสื่อความหมายนำไปสู่ปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ปัญหาการสูญเสียการได้ยินเป็นปัญหาที่สำคัญ นอกจากนี้ ยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียการได้ยินผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก่อน ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้ศึกษาถึงประเภทและสาเหตุของการสูญเสียการได้ยินผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียการได้ยิน เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมและเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลจากการใช้แบบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ แบบบันทึกการตรวจการได้ยินด้วยเครื่อง Audiogram model Madsen 602 และการตรวจความผิดปกติของหูชั้นกลางด้วยเครื่อง Tympanogram รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการใช้แบบสัมภาษณ์ การวิจัยได้ดำเนินการในระหว่าง 1 ตุลาคม 2545 ถึง 30 กันยายน 2547 โดยเลือก

ตรวจจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อนภายในของสถาบันราชประชาสมาสัย ที่สูญเสียการได้ยินจำนวน 88 ราย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีการสูญเสียการได้ยิน จากกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย เป็นเพศชาย 51 ราย (57.95%) เพศหญิง 37 ราย (42.05%) อายุเฉลี่ย 65.9 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 38 ปี และมากที่สุด 85 ปี

2. ชนิดของเชื้อโรคเรื้อนที่พบในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยินส่วนใหญ่มีชนิดของเชื้อโรคเรื้อนเป็นชนิด BL และ LL มากที่สุดเท่าๆ กัน พบร้อยละ 30.68 รองลงมา คือ ชนิด TT พบร้อยละ 26.14 และชนิด BT ร้อยละ (10.23 และชนิด BB ร้อยละ 2.27 ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ชนิดของโรคเรื้อนในผู้ป่วย 88 ราย ที่พบมีการสูญเสียการได้ยิน

ชนิดโรคเรื้อน	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
LL	27	30.68
BL	27	30.68
TT	23	26.14
BT	9	10.23
BB	2	2.27
รวม	88	100

3. จำแนกสาเหตุตามการวินิจฉัย พบว่าโรคที่ทำให้เกิดภาวะการสูญเสียการได้ยินที่พบมากที่สุด คือ เส้นประสาทหูเสื่อม จากภาวะหูตึงในผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.04 การคั่งของสารคัดหลั่งในช่องหูชั้นกลาง ร้อยละ 19.41 การใช้ยาที่มีพิษต่อหู ร้อยละ 8.22 หูน้ำหนวกเรื้อรัง ร้อยละ 3.21 และภาวะธัยรอยด์ฮอร์โมนในกระแสเลือดต่ำ ร้อยละ

1.13 และไม่ทราบสาเหตุ 2.71 นอกจากนั้นยังพบมีภาวะประสาทหูเสื่อมที่มี ENL ร่วมด้วย ร้อยละ 0.56

4. อาการนำที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ พบมากที่สุดคือ อาการหูอื้อ ลมออกหู ร้อยละ 88.64 รองลงมาคือ อาการเวียนศีรษะคล้ายบ้านหมุน ร้อยละ 84.09 และมีเสียงดังในหู ร้อยละ 78.41 ซึ่งบางราย ที่มาพบแพทย์มีมากกว่า 1 อาการ

5. ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ พบว่ามีความผิดปกติทาง ESR มากที่สุด รองลงมาคือภาวะซีด (anemia) และภาวะไขมันในเลือดสูงทั้ง cholesterol, triglyceride และ LDL รวมทั้งตรวจพบความผิดปกติของธัยรอยด์ฮอร์โมนในกระแสเลือด 1 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ (เฉพาะคนที่มีค่าผิดปกติ) ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยิน 88 ราย

ค่า lab	Minimum	Maximum	Mean
Hb	8.6	30	11.73
HCT	10	36	30.60
FBS	67	166	128.00
ESR	23	118	47.77
LDL	156	206	175.80
Cholesterol	261	397	285.80
Triglyceride	6.31	422	228.33
HDL	81	81	81
TFT	T3 = 55	TSH > 100	FT4 = 0.2

6. ผลการตรวจ Tympanogram พบว่ามีความผิดปกติเข้าได้กับการค้างของสารคัดหลั่งในช่องหูชั้นกลาง หรือท่อยูสเทเชียนทำงานผิดปกติของ

หูข้างขวาร้อยละ 21.59 และหูข้างซ้ายร้อยละ 19.41 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการตรวจความผิดปกติของหูชั้นกลาง หูข้างซ้ายและหูข้างขวาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสียการได้ยิน 88 ราย

Tympanogram หูซ้าย	ร้อยละ	Tympanogram หูขวา	ร้อยละ
A	72.37	A	10.45
B	19.41	B	21.59
C	7.95	C	7.95

7. การตรวจการได้ยินด้วยเครื่อง Audiogram Model Madsen 602 พบมีประสาทหูเสื่อมชนิดปานกลาง (moderate) มากที่สุด รองลงมาคือชนิดปานกลางค่อนข้างรุนแรง (moderate to severe) โดยพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ คือ

BL พบมีประสาทหูเสื่อมชนิดปานกลาง (Moderate) มากที่สุด ทั้ง 2 ข้าง ข้างซ้ายร้อยละ 36.84 และข้างขวา ร้อยละ 41.67 รองลงไปคือชนิดปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to severe) ข้างซ้ายร้อยละ 31.58 และข้างขวาร้อยละ 25

LL พบมีประสาทหูเสื่อมชนิดปานกลาง (Moderate) มากที่สุดทั้ง 2 ข้าง ข้างซ้ายร้อยละ

42.10 ข้างขวาร้อยละ 46.15

BT พบมีภาวะประสาทหูเสื่อมชนิดปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to severe) มากที่สุดทั้ง 2 ข้าง ข้างซ้ายร้อยละ 50 และข้างขวาร้อยละ 42.86

TT พบว่าภาวะประสาทหูเสื่อมของหูข้างซ้ายเท่ากันตั้งแต่หูตึงเล็กน้อย (mild) จนถึงหูตึงรุนแรง (severe) ร้อยละ 23.53 และมีหูหนวก (Deaf) ร้อยละ 5.88 ส่วนในหูขวาพบมากที่สุดคือหูตึงรุนแรง (severe) ร้อยละ 33.33

BB พบมีประสาทหูเสื่อมของข้างซ้ายชนิดปานกลางถึงรุนแรง (Moderate to severe) 1 ราย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงชนิดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 88 รายที่มีการสูญเสียการได้ยินในประเภทต่างๆ โดยแยกเป็นหูซ้ายและหูขวา (L / R)

ประเภท ชนิด	LL		BL		BB		BT		TT	
	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R
Mild	26.32	15.38	21.05	25.00	0	0	37.50	28.57	23.53	25.00
Moderate	42.10	46.15	36.84	41.67	0	0	12.50	14.28	23.53	25.00
Moderate to severe	15.79	23.08	31.58	25.00	100.00	0	50.00	42.86	23.53	16.67
Severe	10.53	15.39	10.53	0	0	0	0	14.29	23.53	33.33
Deafness	5.26	0	0	0	0	0	0	0	5.88	0

8. โรคประจำตัวที่พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูญเสียการได้ยินที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.12 รองลงมา คือเบาหวาน ร้อยละ 9.03 โรคหัวใจ ร้อยละ 5.81 ส่วน อัมพฤกษ์ / อัมพาต ร้อยละ 2.33

9. จำนวนผู้ป่วยอาชีพต่างๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเสียงดังพบผู้ป่วยที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดัง หรือทำงานโรงงานที่มีเสียงดัง พบร้อยละ 2.72 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดง อาชีพผู้ป่วย 88 ราย ที่สูญเสียการได้ยินที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดัง

อาชีพ	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	45.45
ทำงานโรงงานที่มีเสียงดัง	2.72
ค้าขายอยู่กับบ้าน	7.95

วิจารณ์ผล

เนื่องจากโรคเรื้อน (leprosy) มีผลต่อร่างกายหลายระบบ โดยเฉพาะมีการทำลายระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย⁽⁵⁾ และเนื่องจากเส้นประสาทสมองเส้นที่ 8 เป็นเส้นประสาทรับรู้ความรู้สึก ดังมีรายงานของ Singh et al⁽⁶⁾ ที่พบว่าโรคเรื้อนมีผลต่อเส้นประสาทสมองเส้นที่ 8 ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน (hearing loss) และหรือเวียนศีรษะคล้ายบ้านหมุน (vertigo) ในผู้ป่วยโรคเรื้อน

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาการได้ยินผิดปกติ (hearing impairment) และหรือที่มีปัญหาเวียนศีรษะคล้ายบ้านหมุน (vertigo) จึงควรหาสาเหตุโดยการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไปทาง หู คอ จมูก อย่างละเอียดร่วมกับผลตรวจทางห้องทดลอง และตรวจการได้ยินโดย audiometry และ tympanometry เพื่อแยกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนมีความผิดปกติแบบการนำเสียงเสื่อม (conductive hearing loss) หรือแบบเส้นประสาทหูเสื่อม (sensorineural hearing loss) เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยที่แคบลง การนำเสียงเสื่อม (conductive hearing loss) ส่วนใหญ่มักพบสาเหตุได้ชัดเจนและหลังให้การรักษามักทำให้การได้ยินกลับมาเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ แต่ในรายเส้นประสาทหูเสื่อม (sensorineural hearing loss) ส่วนใหญ่มักไม่สามารถหาสาเหตุได้ชัดเจนและถึงแม้เส้นประสาทหูเสื่อมส่วนใหญ่เป็นการทำลายเส้นประสาทหูที่ไม่สามารถกลับคืนได้ (irreversible damage) ดังนั้นจึงควรแยกสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำลายเส้นประสาทที่สามารถกลับคืนได้ (reversible hearing loss) ตัวอย่างเช่น การเสื่อมจาก ototoxic drug หรือ stage ของ noise induce hearing loss ทั้งนี้เพื่อรักษาการได้ยินของผู้ป่วยให้คงเหลือไว้ได้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยศึกษาจากผู้ป่วยโรคเรื้อนและเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน

และหรือมีปัญหากับเวียนศีรษะบ้านหมุนที่มาตรวจที่แผนกหู คอ จมูก และภูมิแพ้ สถาบันราชประชาสมาสัยมาตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2545 ถึงเดือนกันยายน 2547 โดยพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการได้ยินผิดปกติและหรือมีปัญหาวินเวียนศีรษะคล้ายบ้านหมุนที่สามารถติดตามข้อมูลจนครบระยะเวลาในการวิจัยมีทั้งหมด 88 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.95 หญิงร้อยละ 42.05 เป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 1.37 ต่อ (1.37 : 1) อายุน้อยที่สุดคือ 38 ปี มากที่สุดคือ 85 ปี อายุเฉลี่ย 65.9 ปี ซึ่งจะพบว่าการสูญเสียการได้ยินมีแนวโน้มว่าจะพบมากขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อายุน้อยลงซึ่งไม่สอดคล้องกับอุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินในคนปกติที่พบในช่วง 65-75 ปี สูงถึง ร้อยละ 23 และร้อยละ 40 ในกลุ่มอายุมากกว่า 75 ปี⁽⁷⁾ โดยพบเส้นประสาทหูเสื่อมชนิด presbycusis ในผู้ป่วยโรคเรื้อนร้อยละ 62.04 และพบอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบการทรงตัวคือ เวียนศีรษะและหรือบ้านหมุนร้อยละ 84.09 ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน ของ Sacheri⁽⁸⁾ ที่พบอุบัติการณ์ที่สูงของการสูญเสียการได้ยินและของ Abdul latif⁽⁹⁾ ที่พบเส้นประสาทหูเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อนร้อยละ 25 รวมทั้งจากรายงานของ Singh et al⁽⁶⁾ ที่พบมีการสูญเสียการได้ยิน (hearing impairment) ร้อยละ 52 และจากรายงานของ Mann S.B.S. et al⁽¹⁰⁾ พบการสูญเสียการได้ยินร้อยละ 28 ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน วิจัยฉบับนี้และพบว่าชนิดของโรคเรื้อนที่มีการสูญเสียการได้ยินมากที่สุดคือ BL และ LL พบเท่ากันร้อยละ 30.68 รองลงมาคือ TT, BT, BB ร้อยละ 26.14, 10.23, และ 2.27 ตามลำดับ โดยทั้ง BL และ LL พบการสูญเสียการได้ยิน เนื่องจากเส้นประสาทหูเสื่อมตั้งแต่ระดับปานกลางจนถึงรุนแรงมากที่สุด รวมถึงช่วงอายุที่แตกต่างจากคนปกติคือถ้าอายุมากขึ้นจะพบระดับสูญเสียการได้ยินที่มากขึ้น แต่ในการวิจัยนี้ในผู้ป่วยโรคเรื้อนถึงแม้อายุไม่มากแต่ก็พบระดับการสูญเสียการได้ยินที่รุนแรงถึงขั้นหูหนวกได้มากซึ่งไม่

สอดคล้องกับงานวิจัยของ MANN S.B.S. et al⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าระดับการสูญเสียการได้ยินในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นประเภทเส้นประสาทหูเสื่อมชนิดหูตึงเล็กน้อยมากที่สุดร้อยละ 73.3 และไม่พบเส้นประสาทหูเสื่อมชนิดหูตึงรุนแรงหรือหูหนวก

เนื่องจากการสูญเสียการได้ยินจากเส้นประสาทหูเสื่อมมีหลายสาเหตุ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือ จากการให้ยากกลุ่มที่มีพิษต่อหู (ototoxicity) ในผู้ป่วยโรคเรื้อนในอดีตเช่น kanamycin, streptomycin, gentamycin ซึ่งหากไม่มีการติดตามผลการรักษาหรือให้ยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานานในปริมาณที่สูงและไม่ได้ตรวจวัดสมรรถภาพทางการได้ยินในขณะเวลาที่ได้รับยาแล้วมักจะเกิดการทำลายเส้นประสาทหูและการทรงตัวทำให้สูญเสียการได้ยินและหรือมีเวียนศีรษะบ้านหมุนตามมา ซึ่งในการศึกษานี้พบสูงถึงร้อยละ 8.22 กรณีนี้จึงน่าจะมีการตระหนักถึงการให้ยาในกลุ่มที่มีพิษต่อหู (ototoxicity) นี้ให้มากขึ้นและติดตามวัดสมรรถภาพทางการได้ยินเป็นระยะๆ ขณะก่อนและหลังได้รับยาก็จะช่วยป้องกันการสูญเสียการได้ยินได้อย่างมาก

สำหรับสาเหตุจากโรคต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ metabolism ซึ่งจากผลทดลองทางห้องปฏิบัติการก็จะพบความผิดปกติของเลือดต่างๆ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินในผู้ป่วยโรคเรื้อนนอกเหนือไปจากตัวโรคเรื้อน ได้แก่ โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) ซึ่งถ้าเป็นมานานหรือควบคุมได้ไม่ดีจะทำให้เกิด angiopathy และ neuropathy ของเส้นประสาทสมองเส้นที่ 8 ในการศึกษาครั้งนี้พบผลเลือดบ่งชี้ว่าเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.03 ซึ่งความรุนแรงจะขึ้นอยู่กัระยะเวลาที่เป็นหรือความสม่ำเสมอของการรักษา ส่วนภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) ที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 15.12 มักจะพบร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) อันทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดและเกิดความเสียหายโดยเฉพาะ

หลอดเลือดของหูชั้นใน นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 1.13 ที่มีความผิดปกติเข้าได้กับภาวะฮอร์โมนธัยรอยด์ในกระแสเลือดต่ำ (Hypothyroidism) ซึ่งพบว่าทำให้เกิดความสูญเสียการได้ยินร้อยละ 25-50⁽¹¹⁾ สำหรับการสูญเสียการได้ยินในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีสาเหตุจากภาวะการผิดปกติของ metabolism ถ้าตรวจพบและให้การรักษาโดยเร็วก็จะสามารถป้องกันหรือลดการสูญเสียการได้ยินได้

ส่วนการตรวจ tympanogram พบว่าเข้าได้กับภาวะท่อยูสเตเชียนทำงานผิดปกติ (eustachian tube dysfunction) หรือ tympanogram type B ร้อยละ 19.31 ในผู้ชายและ 21.59 ในผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ soni NK⁽¹²⁾ ที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ตรวจ tympanogram พบ tympanogram type B ร้อยละ 30 เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีพยาธิสภาพภายในโพรงจมูกร่วมกับการติดเชื้อในโพรงไซนัสเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดหนองในโพรงจมูก เกิดการเปลี่ยนแปลงของต่อมน้ำเหลืองหลังโพรงจมูกและมีการอุดตันของท่อยูสเตเชียนกรณีที่มีการอุดตันมากเป็นเวลานานจะเกิดการดูดซึมอากาศภายในหูชั้นกลางทำให้เกิดการคั่งของสารคัดหลั่งภายในช่องหูชั้นกลางเกิดปัญหาการสูญเสียการได้ยินชนิดการนำเสียงเสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อนตามมา ที่พบในรายงานของ Soni NK⁽¹³⁾ และถ้าระยะเวลาที่มีการสูญเสียการได้ยินแล้วมาพบแพทย์เร็ว การวินิจฉัยหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาก็จะทำได้โดยง่ายจนการฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินจะกระทำได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียการได้ยินที่มากขึ้น เพราะฉะนั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาสูญเสียการได้ยิน การตรวจโดยใช้ tympanogram จะช่วยวินิจฉัยพยาธิสภาพในหูชั้นกลางตั้งแต่ต้นก่อนที่จะท่อยูสเตเชียนและหูชั้นกลางจะถูกทำลายจนไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ภายหลัง

สำหรับสาเหตุสำคัญประการต่อมาที่ทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยินในผู้ป่วยโรคเรื้อนคือ

ภาวะการสูญเสียการได้ยินจากเสียงที่ดังหรือการเสื่อมการได้ยินจากเสียง noise induce hearing loss (NIHL) ซึ่งพบ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.72 โดยมักได้ประวัติสัมผัสเสียงดังเป็นเวลานานจนเกิดอันตรายกับหูและรูปแบบ audiogram เข้ากับภาวะ NIHL และพบว่าถ้าหากว่าเกิด NIHL มานานจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ไม่ว่าจะเป็นทางยาหรือการผ่าตัดโดยทำได้เพียงแต่เฉพาะการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นโดยการใช้เครื่องป้องกันหูต่างๆ เช่น earplug และ earmuff⁽¹¹⁾ สำหรับในกรณีที่ต้องสัมผัสเสียงดังเป็นเวลานานโดยระหว่างการศึกษาได้มีการใส่เครื่องช่วยฟังให้แก่ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้จำนวน 20 ราย

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ

สำหรับเจ้าหน้าที่ที่อยู่ตามนิคมโรคเรื้อนทั่วประเทศ 13 แห่ง หากพบผู้ป่วยที่มีอาการหูอื้อ หูตึง มีเสียงดังในหู และหรือมีอาการเวียนศีรษะคล้ายบ้านหมุน ให้ส่งผู้ป่วยดังกล่าวมาตรวจที่แผนกหู คอ จมูก และภูมิแพ้ สถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อทำการตรวจรักษา จะช่วยเป็นการป้องกันภาวะหูหนวก หูตึง ซึ่งเป็นภาวะพิการซ้ำซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรให้การสังเกต และให้ความสนใจในการสัมภาษณ์คัดกรองอาการผู้ป่วยที่มีการสูญเสียการได้ยินเพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทันเวลาที่อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ควรให้คำแนะนำในการดูแลเกี่ยวกับการเก็บรักษาเครื่องช่วยฟัง ให้สามารถใช้งานได้ดีและควรให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยพบปัญหาเกี่ยวกับเครื่องช่วยฟัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยและทีมงานขอขอบพระคุณผู้บริหารของสถาบันราชประชาสมาสัยผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย น.พ.ชัยวุฒิ บัณฑิต, น.พ.รัชต์

วงศ์ตรังคพันธ์, น.พ.โกวิท คัมภีรภาพ, นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์, หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล นางปิยวดี ทองทั้งสาย รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวนาม แต่ให้การช่วยเหลือด้วยดี และขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในงานวิจัยของเจ้าหน้าที่หน่วยงาน หู คอ จมูก และภูมิแพ้ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวรส อัครวิเชียรจินดา, John, บรรณาธิการ. โรคหู (Ear disease). กรุงเทพฯ : โฮลิสติกพับลิชชิง ; 2544.
2. สุจิตรา ประสานสุข. การตรวจวินิจฉัยแก้ไขและป้องกัน หูหนวก หูตึง. ใน : อภิชัย วิธวาศิริ, อวีรรณ บุญนาค, บรรณาธิการ. ตำราโรคหู คอ จมูก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2537. น. 76-93.
3. Antarasena S, Antarasena N, Lekagul S, Lutadui D. The epidemiology of deafness in Thailand. Otolaryngol-Head & Neck Surg. 1988 ; 3 : 9-13.
4. กลุ่มการพยาบาลสถาบันราชประชาสมาสัย. การสำรวจสถานะสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อน ; พฤษภาคม-กรกฎาคม 2545. (เอกสารอัดสำเนา).
5. อีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2535.
6. Singh TR, Agrawal SK, Bajaj AK, Singh RK and Singh MM. Evaluation of audiovestibular status in leprosy. Indian J Lepr 1984 ; 56 : 24-9.
7. สุภาวดี ประคุณหังสิต, สมยศ คุณจักร, บรรณาธิการ. ตำรา โสต ศอ นาสิกวิทยา. กรุงเทพฯ : โฮลิสติกพับลิชชิง ; 2544.
8. Sacheri RF. Auricular leprosy and disturbances of hearing. Leprologia

- (Argentina) 1963; 8: 240-2.
9. Abdel Latif S. The effect of certain skin disease on the ear, nose and throat (dissertation); Egypt : Alexandria Univ. ; 1967.
 10. Mann SBS, Kumar B, Yande R, Kaur S, Kaur I, and Mehra VN. Eight nerve evaluation in leprosy. Indian J Lepr 1987; 59 : 20-5.
 11. วิจิต ชิวเรื่องโรจน์. การสูญเสียการได้ยิน. ใน : สุภาวดี ประคุณหังสิต, สมยศ คุณจักร, บรรณาธิการ. ตำรา โสต ศอ นาสิกวิทยา. กรุงเทพฯ : ไชยสิทธิ์พิมลขิง; 2544. น. 24-53.
 12. Soni NK. Leprosy of the eustachian tube. Lepr Rev 1995 ; 66 : 314-7.
 13. Soni NK. Eustachian tube functions in lepromatous leprosy : a tympanometric study. Indian J Lepr 1994; 66: 45-9.

งานวิจัยเรื่อง "การสูญเสียการได้ยินของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถาบันราชประชาสมาสัย" ของนายแพทย์วิชัย สันติระสิทธิ์ชัย แพทย์ผู้ชำนาญการทางโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา และคุณจิตต์ลัดดา สุภานันท์ พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 8 วช. จากแผนก หู คอ จมูก และภูมิแพ้ สถาบันราชประชาสมาสัย นับเป็นผลการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่มีคุณค่าและหายากยิ่งที่คณะบรรณาธิการและผู้อ่านรอคอยมานาน เพราะงานวิจัยทางคลินิกเป็นงานปรานีที่ต้องใช้ทักษะและเวลา รวมทั้งความมุ่งมั่นอย่างมาก จึงขอแสดงความชื่นชมและขอบคุณเป็นพิเศษ และหวังว่าจะเป็นตัวอย่างที่ดีแก่แพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทางสาขาด้านอื่นๆ ของสถาบันราชประชาสมาสัยและสถาบันคลอดจนหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง จะได้สนใจและวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเพื่อนำผลงานมาเผยแพร่ให้มากขึ้นในวารสารนี้ เพื่อร่วมกันสร้างและรักษาภาพลักษณ์และชื่อเสียง เกียรติคุณของวารสารและสถาบันราชประชาสมาสัย สมดังที่ได้รับพระมหากรุณาธิคุณพระราชทานนามอันมีความหมายและเป็นมิ่งมงคลอย่างยิ่ง

การศึกษาวิจัยทางคลินิกและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของโรคเรื้อรังในอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศไทยยังดำเนินการน้อยมากในอดีตและปัจจุบัน จึงเป็นที่น่าเสียดายเพราะจำนวนผู้ป่วยนับวันจะเพิ่มมากขึ้น และโดยเฉพาะสถาบันราชประชาสมาสัยและโรงพยาบาลในภูมิภาคที่มีแพทย์ผู้ชำนาญการเฉพาะทางสาขาต่างๆ เช่น โรคผิวหนัง จักษุวิทยา โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา ศัลยกรรมกระดูก ศัลยกรรมตกแต่ง ประสาทวิทยา อายุรแพทย์ สูติศาสตร์ ฯลฯ รวมทั้งทันตแพทย์และนักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ฯลฯ ผู้สามารถทำวิจัยทางคลินิกและอื่นๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ถ้าให้ความสนใจและลดความรังเกียจเคียดชังหลง โดยอย่างน้อยการสังเกตและการศึกษาทางอาการทางคลินิก และห้องปฏิบัติการของโรคเรื้อรัง รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนและการเกิดโรคอื่นๆ ที่มีโรคเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอวัยวะและระบบต่างๆ ที่แพทย์เฉพาะทางและทันตแพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากติดต่อกันมาหลายปี ก็สามารถวิเคราะห์ลักษณะเฉพาะทางคลินิกและห้องปฏิบัติการที่พบบ่อยและที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น โรคเหงือกหรือเกิดโรคอย่างอื่น และจากผลของยาที่รักษาและที่ผันแปรผิดปกติ (atypical) ในเชิงสถิติแบบ evaluating information, clinical feature, feature และ profile ทางห้องปฏิบัติการด้านต่างๆ หรือรายงานผู้ป่วยได้ รวมทั้งศึกษาประเมินความรุนแรง และประสิทธิภาพของการรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยด้วยยาและการผ่าตัด ฯลฯ ตลอดจนการศึกษาในแง่ risk และ epidemiological aspects เช่น morbidity, และ impairment survey เพื่อศึกษา magnitude ของปัญหา intervention ในการป้องกันโรคและอาการแทรกซ้อนทางคลินิกและ impairment ของอวัยวะต่างๆ เช่น ตา หู คอ จมูก กระดูก ข้อ เส้นประสาทส่วนปลาย หลอดเลือด ฯลฯ strategies เพื่อ improvement ของการ management complication โรคเรื้อรังในอวัยวะต่างๆ และการสังเกตและรายงานผู้ป่วยเมื่อพบรอยโรคหรืออาการที่ atypical และหายากที่จะเกิดในบางอวัยวะ เช่น ในบริเวณอวัยวะเพศผู้ป่วยโรคเรื้อรังชายและหญิง conjunctiva หนังศีรษะ ลิ้น และเหงือก ฯลฯ เป็นต้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ

การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ามาจากประเทศใกล้เคียง ในปี 2541-2546 ตามแนวพระราชดำริ

Active Surveillance of Migrant Leprosy Patients from Neighboring
Countries in 1998-2003 following H.M. The King's Initiative in 1997

ชลวย เสรีกิจ

วทม.สาธารณสุขศาสตร์ (โรคติดต่อ)

สถาบันราชประชาสมาสัย

กรมควบคุมโรค

Chaluay Setkit

M.Sc. (Infectious Diseases)

Raj Pracha Samasai Institute

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ผู้รายงานได้ศึกษาการดำเนินงานสนองพระราชดำริ และพระราโชบายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในปี 2540 เพื่อติดตามเฝ้าระวังตรวจค้นหาและให้ยารักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้านที่เข้ามาในประเทศไทยในปี 2541-2546 ผลการศึกษาพบผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างด้าว 110 ราย เป็นชาติพม่า มอญ ลาว กัมพูชา และอินเดียร้อยละ 90.90, 3.64, 3.64, 0.91 และ 0.91 ตามลำดับ โดยเป็นประเภทเชื้อมากร้อยละ 70.91 ผู้ป่วยที่พบ 110 รายกระจายอยู่ใน 24 จังหวัดทั่วประเทศในภาคต่างๆ คือ ภาคเหนือ ร้อยละ 63.63 ภาคกลาง และภาคใต้ ภาคละร้อยละ 12.73 ที่เหลือพบใน กทม. ร้อยละ 8.18 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.73 ได้อภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงและพัฒนายุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ ทั้งระดับในประเทศและระหว่างประเทศ เพื่อเร่งรัดป้องกันแก้ปัญหาการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนสู่ประเทศไทยหลังกำจัดได้สำเร็จแล้ว อันอาจเกิดจากผู้อพยพเข้ามาจากประเทศใกล้เคียงที่ยังมีโรคเรื้อนชุกชุมต่อไป

Abstract

The author has conducted the study on active surveillance of migrant leprosy patients from neighboring countries performed in 1998-2003 following H.W. The King's initiative in 1997. The detected results revealed that total 110 migrant leprosy patients were from Myanmar, Laos, Mon, Cambodia and India which were 90.90, 3.64, 3.64, 0.91 and 0.91 percent respectively. Distribution of total 110 migrant cases detected in total 24 provinces were from northern region (63.63 percent), central and southern region (each 12.73 percent), Bangkok metropolitan (8.18 percent) and northeastern region (2.73 percent). The proportions of 70.91 percent of multibacillary leprosy were found among total 110 migrant leprosy cases. From the result of this study, relevant recommendations were made in order to improve and develop more effective strategies both national and international level and to prevent the resurgence of leprosy by transmission from neighboring endemic countries to Thailand where leprosy has been already eliminated.

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง, ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มาจากประเทศใกล้เคียง, แนวพระราชดำริ

Keywords : Active surveillance, Migrant leprosy patients, H.M. The King's initiative

บทนำ

ปัญหาโรคติดต่อจากผู้อพยพจากประเทศใกล้เคียง นอกจากจะเป็นปัญหาสาธารณสุขโดยเฉพาะการควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชายแดนและระหว่างประเทศที่สำคัญแล้ว ยังเป็นปัญหาด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม มนุษยธรรม และความมั่นคงของประเทศด้วย⁽¹⁻³⁾ การจัดระบบบริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อในบุคคลต่างด้าวดังกล่าวนับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง⁽⁴⁻⁶⁾

ในด้านโรคเรื้อน โครงการควบคุมโรคเรื้อนในพระราชดำริได้เริ่มดำเนินการขยายงานในปี 2500 จนสามารถขยายครอบคลุมและบูรณาการสู่ระบบบริการสุขภาพทุกจังหวัดทั่วประเทศในปี 2519⁽⁷⁻¹⁰⁾ และกำจัดการไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์องค์การอนามัยโลกใน ปี 2537 และประกาศความสำเร็จในปีกาญจนาภิเษก ทรงครองราชย์ครบ 50 ปี ในปี 2539 โดยประธานมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้รับพระราชทานพระบรมราชวโรกาสให้นาคณะบุคคลที่เกี่ยวข้องรวม 314 คน เข้าเฝ้าฯ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ณ ศาลาดุสิดาลัย สวนจิตรลดา พระราชวังดุสิต เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน 2540 เพื่อกราบบังคมทูลถวายรายงานความสำเร็จดังกล่าว และรับพระราชทานกระแสพระราชดำริและพระบรมราโชวาท⁽¹¹⁾

ในวโรกาสนี้ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้พระราชทานพระราชดำริมอบการบ้านให้มูลนิธิราชประชานุเคราะห์ฯ และกระทรวงสาธารณสุขติดตามค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เหลืออยู่และเกิดใหม่ต่อไป และเฝ้าระวังมิให้โรคเรื้อนที่ยังชุกชุมในบางประเทศใกล้เคียงแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอให้เฝ้าระวังติดตามบุคคล

ต่างด้าวผู้อพยพเข้ามาประเทศไทยจากประเทศดังกล่าว⁽¹¹⁾

จากความเป็นมาตามแนวพระราชดำริดังกล่าว จึงเป็นที่มาของรายงานการศึกษานี้ ที่สถาบันราชประชานุเคราะห์ได้ร่วมประสานงานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และกองตรวจคนเข้าเมือง ฯลฯ เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังติดตามตรวจค้นหาและให้ยาเคมีบำบัดผสมรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากบุคคลต่างด้าวที่อพยพเข้ามาทำงานเป็นแรงงานต่างๆ ในประเทศไทย ในปี 2541-2546

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการสนองแนวพระราชดำริในการเฝ้าระวังติดตามค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างด้าวที่เข้ามาจากประเทศใกล้เคียง ในปี 2541-2546

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไขพัฒนายุทธศาสตร์และมาตรการการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

วิธีการศึกษา

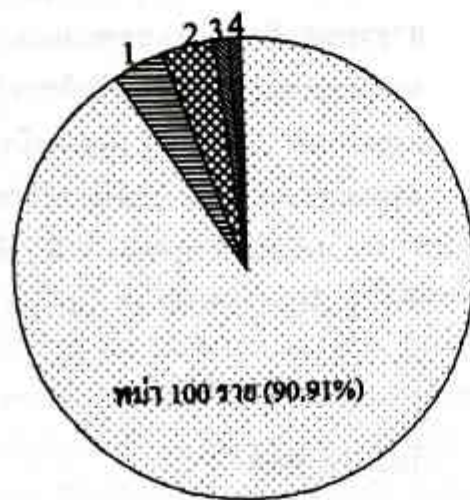
ใช้การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive studies) โดยการจัดแบบฟอร์มสำรวจเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานเฝ้าระวังติดตามค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากบุคคลต่างด้าวที่อพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทย ในปี 2541-2546 ตามระบบและมาตรการที่สถาบันราชประชานุเคราะห์กรมควบคุมโรค ได้ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจาก
กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และกอง

ตรวจคนเข้าเมือง ในการดำเนินการในช่วงเวลา
ดังกล่าว และได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติเสนอใน
รายงานนี้

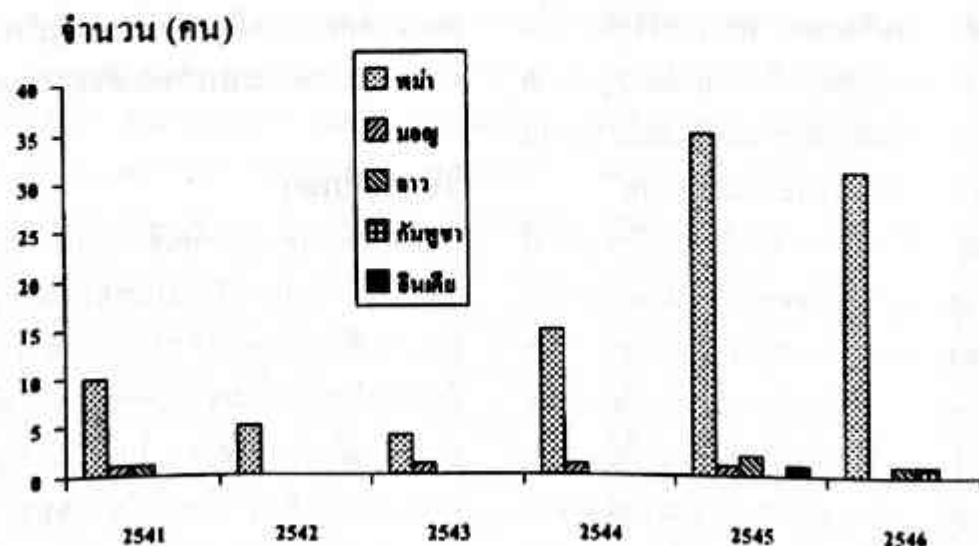
ผลการศึกษา : ได้วิเคราะห์ข้อมูลและนำผลการศึกษาในภาพ 4 ภาพ และตาราง 2 ตารางดังนี้

ภาพที่ 1 : สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างด้าวจากประเทศใกล้เคียง รวม 110 คน ที่ค้นพบและรักษา
ในปี 2541-2546

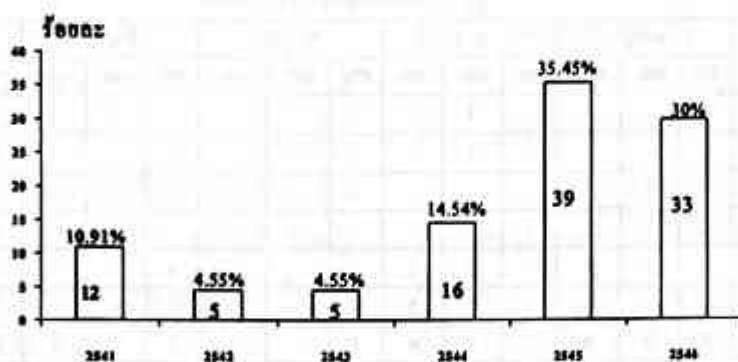


- 1 = มอญ 4 ราย (3.63%)
- 2 = ลาว 4 ราย (3.63%)
- 3 = กัมพูชา 1 ราย (0.91%)
- 4 = อินเดีย 1 ราย (0.91%)

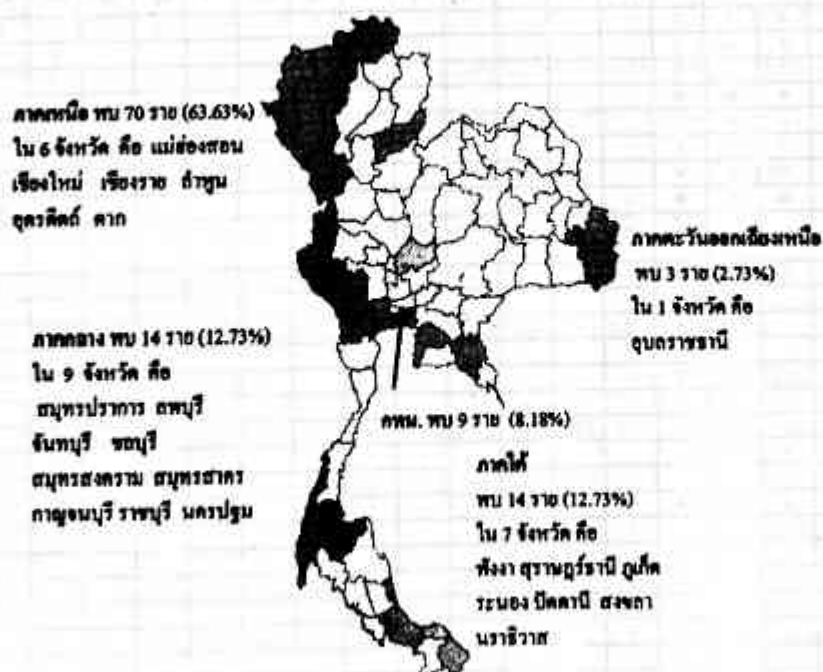
ภาพที่ 2 : จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างด้าวจากประเทศใกล้เคียงที่ค้นพบและรักษา ในปี 2541-2546



ภาพที่ 3 : สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างตัวที่ค้นพบแต่ละปีเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั้งหมด 110 ราย ที่ค้นพบในปี 2541-2546



ภาพที่ 4 : การกระจายของผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างตัว จากประเทศใกล้เคียง จำนวน 110 ราย จำแนกรายภาคและจังหวัด ในปี 2541-2546



ตารางที่ 1 : ประเภทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างจากประเทศใกล้เคียง รวม 110 ราย ที่ค้นพบและรักษา
ในปี 2541-2546

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาจากจากประเทศ																		
	พม่า			มอญ			ลาว			กัมพูชา			อินเดีย			รวมทั้งสิ้น			
	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	ร้อยละ
2541	3	7	10	1	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	4	8	12	10.91
2542	-	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	5	5	4.55
2543	3	1	4	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	5	4.55
2544	4	11	15	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	12	16	14.54
2545	13	22	35	-	1	1	-	2	2	-	-	-	1	-	1	14	25	39	35.45
2546	6	25	31	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-	7	26	33	30.0
รวม	29	71	100	1	3	4	-	4	4	1	-	1	1	-	1	32	78	110	100

ตารางที่ 2 : การกระจายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างจากประเทศใกล้เคียง 110 คน ที่ค้นพบในจังหวัดต่างๆ
รวม 24 จังหวัด ปี 2541-2546

ส่วน	จังหวัด แหล่งกำเนิด	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาจากต่างประเทศ																			
		พม่า			มอญ			ลาว			กัมพูชา			อินเดีย			รวมทั้งสิ้น				
		PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	PB	MB	รวม	ร้อยละ	
ชาย	ชาย	3	4	7	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	4	8	8.18	
ชาย	1.เชียงใหม่	3	14	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	14	17	15.45	
	2.เชียงราย	1	8	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8	9	8.18	
	3.แม่ฮ่องสอน	10	20	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	20	30	27.27	
	4.ลำปาง	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91	
	5.อุตรดิตถ์	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0.91	
	6.ตาก	4	8	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8	12	10.91	
	รวม	18	51	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	51	70	63.63	
ชายภาคใต้	1.สุราษฎร์ธานี	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	3	3	2.73	
ชาย	1.สุราษฎร์ธานี	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1.81	
	2.นครศรีธรรมราช	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91	
	3.พังงา	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91	
	4.ภูเก็ต	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.91	
	5.ตรัง	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91	
	6.นครปฐม	-	2	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	2.73	
	7.สุพรรณบุรี	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91	
	8.อุทัยธานี	1	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	2.73	
	9.นครสวรรค์	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91
	รวม	2	8	10	-	3	3	-	3	1	-	-	-	-	-	-	2	10	12	12.73	
ชาย	1.เชียงใหม่	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0.91	
	2.สุราษฎร์ธานี	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	1.81	
	3.นครศรีธรรมราช	2	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4	3.64	
	4.พังงา	2	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4	3.64	
	5.นครปฐม	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91	
	6.ตรัง	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91	
	7.ภูเก็ต	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0.91	
	รวม	6	8	14	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	8	14	12.73	
รวมทั้งสิ้น	รวม	24	71	95	1	3	4	-	4	4	1	-	1	1	-	1	30	78	108	100	

สรุปผลการศึกษา

1. จากการดำเนินการติดตามเฝ้าระวังตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากบุคคลต่างด้าวที่เข้ามาจากประเทศใกล้เคียงในปี 2541 - 2546 สรุปผลได้ดังนี้ (ดังตารางที่ 1)

1.1 สามารถตรวจค้นหาพบผู้ป่วยโรคเรื้อนจากบุคคลต่างด้าวรวม 110 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่มาจากประเทศและเชื้อชาติต่างๆ คือ พม่า 100 ราย (ร้อยละ 90.90) ลาวและมอญ อย่างละ 4 ราย (ร้อยละ 3.64) กัมพูชา และอินเดีย อย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 0.91)

1.2 ผู้ป่วยต่างด้าว 110 รายนี้จัดเป็นประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy : MB) 78 ราย (ร้อยละ 70.91) และประเภทเชื่อน้อย (Paucibacillary leprosy : PB) 32 ราย (ร้อยละ 29.09) ในจำนวนผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก 78 ราย กระจายอยู่ในประเทศต่างๆ ตามลำดับคือ พม่า 71 ราย (ร้อยละ 91.02) ลาว 4 ราย (ร้อยละ 5.13) และมอญ 3 ราย (ร้อยละ 3.85)

1.3 แนวโน้มของผู้ป่วยต่างด้าวใน 6 ปี (ปี 2541-2546) รวม 110 ราย มีดังนี้

1.3.1 ปี 2541 พบ 12 ราย (ร้อยละ 10.91) เป็นผู้ป่วยพม่า 10 ราย (ร้อยละ 83.33) มอญ และลาวอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 8.33)

1.3.2 ปี 2542 พบ 5 ราย (ร้อยละ 4.55), เป็นผู้ป่วยพม่าทั้งหมด (ร้อยละ 100)

1.3.3 ปี 2543 พบ 5 ราย (ร้อยละ 4.55) เป็นผู้ป่วยพม่า 4 ราย (ร้อยละ 80) และมอญ 1 ราย (ร้อยละ 20)

1.3.4 ปี 2544 พบ 16 ราย (ร้อยละ 14.54) เป็นผู้ป่วยพม่า 15 ราย (ร้อยละ 93.75) และมอญ 1 ราย (ร้อยละ 6.25)

1.3.5 ปี 2545 พบ 39 ราย (ร้อยละ 35.45) เป็นผู้ป่วยพม่า 35 ราย (ร้อยละ 89.74) ผู้ป่วยลาว 2 ราย (ร้อยละ 5.13) และเป็นผู้ป่วยมอญ และอินเดียอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 2.56)

1.3.6 ปี 2546 พบ 33 ราย (ร้อยละ 30.0), เป็นผู้ป่วยพม่า 31 ราย (ร้อยละ 93.94) ลาวและกัมพูชาอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 3.03)

2. การกระจายของผู้ป่วยต่างด้าว 110 คน ในภาค และจังหวัดต่างๆ

2.1 การกระจายผู้ป่วยต่างด้าวในภาคต่างๆ (ดังตารางที่ 2)

2.1.1 ผู้ป่วยต่างด้าว 110 ราย จำแนกรายภาค ตามลำดับ คือ ภาคเหนือ 70 ราย (ร้อยละ 63.63) ภาคกลาง และภาคใต้ ภาคละ 14 ราย (ร้อยละ 12.73), กทม. 9 ราย (ร้อยละ 8.18) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ราย (ร้อยละ 2.73)

2.1.2 ผู้ป่วยต่างด้าว จำแนกรายประเทศในภาคต่างๆ ตามลำดับ คือ

พม่า 100 ราย, กระจายอยู่ในภาคเหนือ 70 ราย (ร้อยละ 70) ภาคใต้ 13 ราย (ร้อยละ 13) ภาคกลาง 10 ราย (ร้อยละ 10) และ กทม. 7 ราย (ร้อยละ 7)

มอญ 4 ราย กระจายอยู่ในภาคกลาง 3 ราย (ร้อยละ 75) และ ภาคใต้ 1 ราย (ร้อยละ 25)

ลาว 4 ราย กระจายอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ราย (ร้อยละ 75) และ ภาคกลาง 1 ราย (ร้อยละ 25)

กัมพูชา 1 ราย พบใน กทม. แห่งเดียว (ร้อยละ 100)

อินเดีย 1 รายพบใน กทม. แห่งเดียว (ร้อยละ 100)

2.1.3 ผู้ป่วยต่างด้าวประเภทเชื้อมาก (MB) รวม 78 ราย กระจายในภาคต่างๆ ตามลำดับ คือ

ภาคเหนือ 51 ราย (ร้อยละ 65.38), เป็นผู้ป่วยพม่าทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ภาคกลาง 12 ราย (ร้อยละ 15.38) เป็นผู้ป่วยพม่า 8 ราย (ร้อยละ 66.67) มอญ 3 ราย (ร้อยละ 25) และลาว 1 ราย (ร้อยละ 8.33)

ภาคใต้ 8 ราย (ร้อยละ 10.26) เป็นผู้ป่วยพม่าทั้งหมด (ร้อยละ 100)

กทม. 4 ราย (ร้อยละ 5.13) เป็นผู้ป่วยพม่าทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 ราย (ร้อยละ 3.85) เป็นผู้ป่วยลาวทั้งหมด (ร้อยละ 100)

2.2 การกระจายของผู้ป่วยต่างด้าว 110 ราย ในจังหวัดต่างๆ 24 จังหวัดทั่วประเทศ (ดังตารางที่ 2)

2.2.1 ผู้ป่วยต่างด้าวที่พบมากที่สุดตามลำดับใน 12 จังหวัด คือ

1) แม่ฮ่องสอน (30 ราย ร้อยละ 27.27) 2) เชียงใหม่ (17 ราย ร้อยละ 15.45) 3) ตาก (12 ราย ร้อยละ 10.91) 4)-5) เชียงรายและกทม. (จังหวัดละ 9 ราย ร้อยละ 8.18) 6)-7) ภูเก็ตและระนอง (จังหวัดละ 4 ราย ร้อยละ 3.64) 8)-10) กาญจนบุรี สมุทรสาคร และอุบลราชธานี (จังหวัดละ 3 ราย ร้อยละ 2.73) 11)-12) สมุทรปราการและสุราษฎร์ธานี (จังหวัดละ 2 ราย ร้อยละ 1.81)

2.2.2 จังหวัดที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างด้าวเพียงจังหวัดละ 1 ราย, พบใน 12 จังหวัดที่เหลือ คือ ลพบุรี ชลบุรี จันทบุรี ราชบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม อุตรดิตถ์ ลำพูน พังงา สงขลา ปัตตานี และนราธิวาส

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานติดตามเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างด้าวจากประเทศใกล้เคียงที่อพยพหรือเข้ามาทำงานในประเทศไทยในปี 2541-2546 เพื่อสนองแนวพระราชดำริพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่พระราชทานแก่คณะกรรมการมูลนิธิราชประชาสมาสัยฯ และคณะบุคคลผู้เกี่ยวข้องต่อความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อรังในประเทศไทยเมื่อวันจันทร์ที่ 2 มิถุนายน 2540 นับว่าประสบผลสำเร็จด้วยดี และเมื่อเดือนเมษายน 2547

ประธานมูลนิธิฯ ได้นำความสำเร็จของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างด้าวดังกล่าวกราบบังคมทูลเพื่อทรงทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทฯ และเพื่อทรงพระกรุณาวินิจฉัยต่อไปด้วยแล้ว และในวันศุกร์ที่ 16 กรกฎาคม 2547 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เข้าเฝ้าฯ ถวายรายงาน

2. ในจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างด้าว 110 คนที่ค้นพบใน 24 จังหวัดครบทุกภาคและให้ยาเคมีบำบัดผสมรักษาเพื่อมิให้เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อรังสู่ประเทศไทยได้นั้น พบว่ามาจากประเทศพม่าถึง 100 ราย (ร้อยละ 90.90) ที่เหลือเป็นมอญ และลาวอย่างละ 4 ราย (ร้อยละ 3.64) กัมพูชาและอินเดียอย่างละ 1 ราย (ร้อยละ 0.91) สะท้อนพระอัจฉริยภาพ และพระวิสัยทัศน์อันกว้างไกลของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวผู้ทรงห่วงใยและพระราชทานการบ้านให้เฝ้าระวังอย่าให้โรคเรื้อรังจากประเทศเพื่อนบ้านแพร่ติดต่อเข้ามาในประเทศไทยหลังจากจัดได้แล้ว ปัญหาของการเคลื่อนย้ายของแรงงานและผู้อพยพต่างด้าวดังกล่าว ที่ส่วนใหญ่ไม่มีที่อยู่แน่นอน และเป็นแรงงานเถื่อนยากต่อการติดตามให้ยาเคมีบำบัดผสมให้ครบกำหนด 6 เดือนในผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย (PB) และ 2 ปีในผู้ป่วยประเภทเชื่อนมาก (MB) มาตรการการลงทะเบียนการให้ความรู้แนะนำและการส่งต่อ รวมทั้งการติดตามการรักษา จึงสมควรที่ทางสถาบันราชประชาสมาสัยจะได้ร่วมมือประสานงานกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งด้านควบคุมโรคติดต่อ กองตรวจคนเข้าเมือง กรมแรงงาน, สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครและสำนักงานประกันสังคม ฯลฯ เพื่อพัฒนาปรับระบบและมาตรการดังกล่าวจากเดิมให้ชัดเจน ตลอดจนการประสานกับหน่วยงานสาธารณสุข และตรวจคนเข้าเมืองของจังหวัดชายแดนของประเทศใกล้เคียงที่พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างด้าวดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศพม่า ซึ่งยังมีปัญหาของโรคเรื้อรัง

สูงที่สุดในภูมิภาคนี้ ในการส่งต่อและติดตามการรักษาต่ออย่างเป็นระบบต่อไปด้วย ทั้งนี้ถ้าเป็นไปได้ควรจัดประชุมประสานงานป้องกันควบคุมโรคชายแดน (border disease control meeting) โดยบูรณาการโรคเรื้อนกับปัญหาโรคอื่นๆ น่าจะเป็นเวทีและทางออกและมาตรการระยะยาวที่ดีและยั่งยืน ซึ่งจะมีผลต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ด้านโรคเรื้อนและโรคอื่นๆ ระหว่างประเทศรวมทั้งการร่วมมือพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อนให้แก่ประเทศใกล้เคียงต่อไปได้อีกด้วย

3. เวทีและทางออกอีกช่องทางหนึ่งคือการใช้ประโยชน์ทางการสาธารณสุขระหว่างประเทศโดยผ่านสถานทูตของแต่ละประเทศในประเทศไทยและผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยเพื่อเป็นสื่อกลางในการนำข้อมูลและปัญหาโรคเรื้อนในผู้อพยพและแรงงานที่เข้ามาในประเทศไทย ให้กระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศได้รับทราบและวางระบบและมาตรการในการเฝ้าระวังและติดตามการค้นหา รักษาและส่งต่อ ฯลฯ อย่างเป็นระบบและตามมาตรฐานองค์การอนามัยโลก รวมทั้งนำไปสู่การร่วมมือ แลกเปลี่ยนในทางวิชาการและเทคโนโลยีตามมาอีกด้วย

4. จากแนวโน้มของการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างด้าวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีระหว่างปี 2541-2546 ตามสัดส่วน ร้อยละ 10.91, 4.55 และ 4.55 ตามลำดับ ในปี 2541, 2542 และ 2543 เป็นร้อยละ 14.54, 35.45 และ 30.0 ตามลำดับในปี 2544, 2545 และ 2546 สะท้อนความสำคัญและความรุนแรงของปัญหา เพราะมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้นใน 6 ปี และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างด้าวที่เข้ามาและค้นพบแต่ละปีระหว่างปี 2541-2546 รวม 110 รายที่ค้นพบแต่ละปีจำนวน 12, 5, 5, 16, 39 และ 33 รายตามลำดับกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนคนไทยที่เฝ้าระวังและถูกค้นพบ ในปี 2541-2546 รวม 5,514 ราย จำแนกรายปี คือ 1,111, 864, 1,037, 797, 1,000 และ 705

ตามลำดับ เปรียบเทียบสัดส่วนพบว่าปัญหาผู้ป่วยต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้านคือ พม่า มอญ ลาว กัมพูชา และอินเดีย ที่ค้นพบใน 6 ปี 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 2 และคิดเป็นสัดส่วนแต่ละปีระหว่างปี 2541-2546 คือร้อยละ 1.08, 0.58, 0.48, 2.01, 3.9 และ 4.68 ตามลำดับ สะท้อนความสำคัญและความรุนแรงของปัญหาที่จะต้องเร่งรัดป้องกันแก้ไขตามแนวพระราชดำริและพระบรมราโชบายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในระยะสั้นและระยะยาวดังกล่าวแล้ว

5. สัดส่วนของผู้ป่วยประเภทเชื้อมากในผู้ป่วยต่างด้าวทั้งหมด 110 รายใน 6 ปี พบถึง 78 ราย (ร้อยละ 70.91) และสัดส่วนดังกล่าวพบในผู้ป่วยจากพม่าร้อยละ 91.02 ลาวร้อยละ 5.13 และมอญร้อยละ 6.41 เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ของไทยที่พบทั้งหมดใน 6 ปี (ปี 2541-2546) รวม 5,514 ราย พบสัดส่วนในผู้ป่วยประเภทเชื้อมากร้อยละ 62.64 (3,454 ราย) โดยมีสัดส่วนในผู้ป่วยใหม่รายปีร้อยละ 60, 57, 64, 66, 61 และ 69 ตามลำดับ

6. การกระจายของผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างด้าว 110 ราย ในภาคต่างๆ ตามลำดับคือภาคเหนือ (ร้อยละ 63.63) ภาคกลางและภาคใต้ (ภาคละร้อยละ 12.73) กทม. (ร้อยละ 8.18) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 2.73) อาจสะท้อนการกระจุกตัวของแรงงานต่างด้าวในแต่ละภาค ทำให้พบผู้ป่วยในสัดส่วนมากน้อยตามไปด้วย ซึ่งเมื่อทราบสถานการณ์ด้านระบาดวิทยาที่ชัดเจนอย่างแท้จริงน่าจะได้มีการศึกษาอัตราการพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ (detection rate) และอัตราความชุกโรค (prevalence rate) ในจังหวัดต่างๆ โดยการประเมินจากจำนวนผู้อพยพและแรงงานต่างด้าวจาก 5 ประเทศและเชื้อชาติดังกล่าวของแต่ละจังหวัดทั้งในระบบที่ติดตามได้จากการขึ้นทะเบียนและแรงงานเถื่อนที่ยังมิได้ขึ้นทะเบียน โดยวางมาตรการตรวจคนเข้าเมืองและจดทะเบียนให้เข้มงวดเพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเรื้อนและโรคติดต่ออื่นๆ จากแรงงานต่างด้าวของแต่ละจังหวัดให้เป็น

มาตรฐานเดียวกันก่อนที่จะแรงงานต่างด้าวจะเป็นการะและสร้างปัญหาการแพร่ติดต่อของโรคที่ประเทศไทยควบคุมกำจัดได้แล้ว เช่น โรคเรื้อน ฯลฯ ให้เป็นปัญหากลับมาใหม่ได้อีก เพื่อสนองตามแนวพระราชดำริและพระราชโองการดังกล่าวแล้วต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย นายแพทย์กฤษฎา มโนทาน หัวหน้ากลุ่มกำจัดโรคเรื้อนที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่ให้คำแนะนำที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. Wadie WK. Health dilemmas at the borders. A global challenge. World Health Organization, 1997; 18: 9-16.
2. Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons. War, hunger and public health. J Am Med Assoc, 1993; 270 Suppl : 600-5.
3. Prothero RM. Force movements of populations and health hazards in tropical Africa. Inter J Epi, 1994; 23: 657-64.
4. ธีระ รามสูต. การศึกษารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดชายแดนไทย/

กัมพูชา. เอกสารวิจัยส่วนบุคคลทางสังคมจิตวิทยา. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร. 2528.

5. ประชา ภูมิพาณิชย์. การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในแรงงานต่างชาติ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2540; 5: 141-51.
6. ธีระ รามสูต. บทบรรณาธิการ. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2540; 5: 79.
7. ประชุมพร โอชานนท์. งานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย. ราชประชาสมาสัยสาร. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช ; 2528.
8. จรูญ ปิยะวรารกณ์. วัฒนาการงานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : รายงานครบรอบ 15 ปี กรมควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก 2532.
9. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นิเวศการพิมพ์ ; 2535.
10. ธีระ รามสูต. 40 ปี ของการบุกเบิกพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ ; 2541.
11. พระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระราชทานแก่คณะกรรมการมูลนิธิราชประชาสมาสัย ณ ศาลาดุสิตาลัย สวนจิตรลดา พระราชวังดุสิต, วันจันทร์ที่ 2 มิถุนายน 2540. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์บริษัทอมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2540.

บทความรายงานผลการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ามาจากประเทศใกล้เคียงในปี 2541-2546 ตามแนวพระราชดำริ นับว่ามีคุณค่าและมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากเป็นการสนองพระราชดำริและพระราโชบาย รวมทั้งได้ทราบถึงเหตุผลถวายรายงานความสำเร็จเรื่องนี้เพื่อทรงทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทแล้ว ยังสะท้อนความจำเป็นต้องจัดระบบเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนจากบุคคลต่างด้าวที่เข้ามาจากประเทศใกล้เคียง ให้มีประสิทธิภาพด้วยบูรณาการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไปอีกด้วย นอกจากนี้สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรคควรจะใช้ปัญหาและวิกฤติเรื่องนี้ให้เป็นโอกาสด้วยการสร้างกระแสและผลักดันทางการเมืองและการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ให้รัฐบาลร่วมสนองพระราชดำริและพระราโชบาย ด้วยการสนับสนุนการบูรณาการปัญหาโรคเรื้อนในการจัดประชุมปัญหาโรคติดต่อชายแดน การประสานสนับสนุนองค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก, ภาซาสากล, องค์การสหประชาชาติด้านผู้อพยพลี้ภัยชายแดน, มูลนิธิโรคเรื้อนเนเธอร์แลนด์ และมูลนิธิชาควาแห่งประเทศญี่ปุ่น ฯลฯ

ในการสนับสนุนให้สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรคแห่งประเทศไทยเป็นศูนย์กลางในการฝึกอบรมด้านโรคเรื้อนและการกำจัดโรคเรื้อนแก่บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งการร่วมกันจัดระบบเฝ้าระวังการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนจากผู้อพยพชายแดนและการแลกเปลี่ยนระบบสารสนเทศด้านโรคเรื้อน ฯลฯ เพื่อพัฒนาบทบาทและศักยภาพตลอดจนสถาบันราชประชาสมาสัยฯ ให้โดดเด่นสมนามที่ได้รับพระราชทานและเพื่อบรรลุมิติทัศน์ที่กำหนดไว้ต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ

ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อนที่มารับบริการ ในสถาบันราชประชาสมาสัย ปี พ.ศ. 2546

Prevalence of Diabetes mellitus, Hypercholesterolemia
and Hyperlipemia between Leprosy and Non-leprosy patients
in Raj-Pracha Samasai Institute, 2003

เกศรี ชิวชาติเกษม วท.ม.

Kesaree Chewachatrekasem M.Sc.

อภิษฎา รัศมี วท.ม.

Apissada Rasami M.Sc.

อภินันท์ ทองน้ำ วท.บ.

Apinan Thongnum B.Sc.

สุริพร มโนประทีปธรรม ป.พนังงานวิทยาศาสตร์การแพทย์

Sureporn Manoprateeptham Cert.Med.Sci.Tech.

สถาบันราชประชาสมาสัย

Raj Pracha Samasai Institute

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เพื่อวัดความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง จากทะเบียนประวัติผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อนและผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มารับบริการที่สถาบันราชประชาสมาสัยใน ปี 2546 จำนวน 1,685 ราย ซึ่งผ่านการตรวจหาโรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.2) กลุ่มอายุ 60-69 ปี มาใช้บริการสูงสุด (ร้อยละ 32.4) ความชุกของระดับ cholesterol ที่ผิดปกติ พบในเพศหญิงร้อยละ 62.8 (255/787) : ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ > 45 ปี พบความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 28.3 (324/1,144) ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) เช่นกัน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำแนกเป็นผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อนร้อยละ 49.3 (818/1,658) และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ร้อยละ 50.7 (840/1,658) ร้อยละ 67.4 ของกลุ่มผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อนเป็นเพศหญิง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อน (ร้อยละ 55.4) นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มอายุ 50-59 ปี ของผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อน มาใช้บริการสูงสุด ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มอายุของผู้ป่วยโรคเรื้อน (60-69 ปี) ความชุกของระดับ cholesterol ที่ผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อน ร้อยละ 63.3 (606/641) มากกว่าความชุกของระดับ cholesterol ที่ผิดปกติในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนซึ่งพบร้อยละ 54.1 (611/826) และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) จากการศึกษาี้ สรุปได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานมาก ซึ่งมักเกิดอาการแทรกซ้อนของเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมทำให้เส้นประสาทตามปลายเท้า ชา และมีอุ้งเท้าลาย โดยสัมพันธ์กับการตรวจพบสาร nerve growth factor (NGF) ในระดับสูงตามผิวหนัง แม้ว่าความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองไม่แตกต่างกันมาก

และไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ยังมีความชุกสูงกว่าในประชากรทั่วไป ดังนั้นการให้ความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับของ nerve growth factor (NGF) อาจนำมาประยุกต์ใช้ในคลินิกทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดความพิการหรือลดการสูญเสียอวัยวะส่วนปลายโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อน

Abstract

The present study was to determine prevalence of diabetes mellitus, hypercholesterolemia and hyperlipemia between non-leprosy and leprosy patients in Raj-Pracha Samasai Institute in 2003. Plasma fasting blood sugar, serum cholesterol, HDL-C and LDL-C of 1,658 patients were analyzed. Of these, 62.2% (1,016/1,658) were females. Patients with age group of 50-59 years was the highest numbers (32.4%) of the patients. Prevalence of high cholesterol level in males were 62.8 (255/787) which showed statistically significant ($p<0.05$). Twenty eight point three percents (324/1,144) of >45 years of the patients had Diabetes mellitus and also reached statistically significant ($p<0.05$). From all of the subjects, 49.3 percents (818/1,658) were non-leprosy patients, while 50.7 percents (840/1,658) were leprosy patients. Sixty seven point four percents of non-leprosy patients were female which was higher than that found in leprosy patients (55.4%) Age group of 50-59 years was the highest percentages of non-leprosy patients while age group of 60-69 was the highest percentages of leprosy patients. Prevalence of high cholesterol level of non-leprosy patients was 63.3% (606/641) which was higher than those in leprosy patients (54.1%)(611/826) and showed statistically significant ($p<0.05$). This findings indicated that higher age is the risk factor of Diabete mellitus. One of the most complications for diabetic patients is the progressive neurophathy involving nerve damage and dying back of the nerve in the feet, legs and arms. Similar problems of neuropathy are also encountered leprosy patients with Diabetes mellitus, These relate to alter level of nerve growth factor (NGF) in skin of diabetic sufferers and leprosy patients. Since prevention of neuropathy before and after having Diabetes mellitus patients are pivotal. Future study on changes of NGF may be applied as one of clinical tool to prevent deformities and loss of peripheral part of hands and feet in diabetic leprosy patients.

คำสำคัญ : โรคเรื้อน, โรคเบาหวาน, ภาวะไขมันในเลือดสูง

Keywords : leprosy, diabetes mellitus, hypercholesterol

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่มีสาเหตุต่างกัน กล่าวคือโรคเบาหวานเป็นโรคไร้เชื้อ เกิดจากภาวะผิดปกติของร่างกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สาเหตุเกิดจากตับอ่อนสร้างอินซูลินได้น้อยหรือไม่ได้เลย โรคนี้พบทั่วโลกประมาณ 13 ล้านคน ในปี 2538 และคาดว่าในปี 2568 จะเพิ่มขึ้นเป็น 300 ล้านคนทั่วโลก และยังพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยพบมีความชุกเบาหวานร้อยละ 2.5-6.0⁽¹⁻²⁾ ปัจจุบันวิทยาการในการรักษาโรคเบาหวานก้าวหน้าอย่างมาก แต่ความชุกและอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยเฉพาะในประชากรที่มีอายุสูงขึ้น⁽³⁻⁴⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือการทำลายและสูญเสียความรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลาย ผลกระทบที่ตามมาคือการสูญเสียความไวและความรู้สึกต่อความร้อนตามผิวหนัง ทำให้เกิดแผลเรื้อรัง ถ้าแผลที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงสูงผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วน เช่น แขน ขา⁽⁵⁾ ทำให้เกิดความพิการ บั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิต ก่อให้เกิดการป่วย การตาย และสูญเสียเศรษฐกิจอย่างมาก นอกจากนั้นโรคเบาหวานยังเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผนังหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) และเกิดอาการแทรกซ้อนทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต ถ้าหลอดเลือดที่เท้าตีบแข็ง เลือดไปเลี้ยงที่เท้าไม่พอทำให้เกิดแผลที่เท้าซึ่งรักษาหายยาก

สำหรับโรคเรื้อรังจัดเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อว่า *Mycobacterium leprae* การแพร่เชื้อส่วนใหญ่แพร่จากฝอยละออง (droplet) จากทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยระยะติดต่อเชื้อโรคเรื้อรังมักชอบแอบแฝงตัว และทำลายเส้นประสาทส่วนปลาย (peripheral nerves)⁽⁶⁻⁸⁾

โรคแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังและโรคเบาหวานจึงคล้ายกันที่มักเกิดการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลาย ถึงแม้ว่าการควบคุมโรคเรื้อรังในประเทศไทยจะประสบความสำเร็จจนไม่ปัญหาทางสาธารณสุข โดยพบอัตราความชุก 0.8 รายต่อประชากรหมื่นคน ในปี 2537 และลดลงเหลือเพียง 0.36 รายต่อประชากรหมื่นคน ในปี 2544 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์องค์การอนามัยโลกรับรอง (ต่ำกว่า 1 ต่อประชากรหมื่นคน) แต่จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตรวจพบใหม่ยังพบปีละ 1,000-1,400 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วย ที่มีภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการร้อยละ 10-15 แม้ว่าผู้ป่วยที่รักษาหายแล้วแต่ยังมีความพิการสูงถึงประมาณร้อยละ 25⁽⁹⁾ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ประกอบกับความเชื่อและทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดปัญหาความรังเกียจ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านสังคม และเศรษฐกิจ

สถาบันราชประชาสมาสัยในสถานภาพปัจจุบันเกิดจากการควบรวมของโรงพยาบาลพระประแดงและกองโรคเรื้อรัง โดยสถาบันได้ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503 ภายในบริเวณสถาบันประกอบด้วยส่วนที่เป็นชุมชนและโรงพยาบาล พันธกิจหลักของสถาบันมุ่งในการควบคุมโรคเรื้อรังและการให้บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม⁽¹⁰⁾ จากข้อมูลของคลินิกเบาหวานและคลินิกวิทยทองของสถาบันราชประชาสมาสัย พบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 ปี พ.ศ. 2546 และความชุกของภาวะไขมันในเลือดสูงถึงร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2547 จากข้อมูลดังกล่าวเป็นภาพสะท้อนให้เห็นว่าโรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานสงเคราะห์สถาบันราชประชาสมาสัย นอกจากนั้นการศึกษาของ Facer และคณะ และการศึกษาของ Anand แห่ง Royal London Hospital พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการลดลงของระดับ Nerve Growth

Factor (NGF) ซึ่งปกติผลิตเซลล์จากผิวหนังกำพร้า (keratinocyte) และถูกจับโดยเส้นใยประสาทผ่านตัวรับ (receptor) ไปยังปลายประสาทซึ่งอาจมีส่วนทำให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคทั้งสองทำให้อาการเลวลง⁽¹⁰⁻¹²⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความชุกของโรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูงในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อน และผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อนที่มาใช้บริการรักษาที่สถาบันราชประชาสมาสัย ปี 2546 เพื่อเป็นประโยชน์ในการให้การศึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิต เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหา ควบคุมภาวะแทรกซ้อนก่อนที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อน และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับ NGF สำหรับแพทย์ที่อาจจะนำ NGF มาใช้รักษาอาการทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อนต่อไปในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) โดยการศึกษาแบบย้อนหลังจากข้อมูลประวัติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในสถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2546 จำนวน 1,658 ราย ผ่านการตรวจทางชีวเคมี โดยตรวจหาระดับ plasma fasting blood sugar, serum cholesterol, triglycerides, HDL-C และ LDL-C โดยวิธี enzymatic colorimetric

นิยามตัวแปร

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เป็นผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อน และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มาใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์องค์การอนามัยโลก โดยแพทย์

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคของสถาบันราชประชาสมาสัย โรคเบาหวาน ใช้ค่า fasting plasma glucose โดยใช้โซเดียมฟลูออไรด์เป็นสารกันเลือดแข็ง เท่ากับ 126 มก./ดล.⁽¹³⁾

ชนิดของไขมันในเลือดสูง แบ่งเป็น ระดับ serum total cholesterol แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือภาวะในเลือดปกติ เริ่มสูง

และ สูง ซึ่งมีค่าเท่ากับ < 200, 200-239 และ > 240 มก./ดล.⁽¹⁴⁾

ระดับ serum triglycerides ปกติ และสูง เท่ากับ < 200 มก./ดล. และ > 200 มก./ดล.

ระดับ serum HDL-C ปกติ และสูง เท่ากับ <35 หรือ >35 มก./ดล.

ระดับ LDL-C ปกติ และสูง เท่ากับ < 160 และ > 160 มก./ดล.⁽¹⁵⁾

ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์โรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง กับ เพศ อายุ ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด และระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยใช้ chi-square test

ผลการศึกษา

ปัจจัยประชากร

จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 1,658 ราย ที่มาใช้บริการในสถาบันราชประชาสมาสัย ปี 2546 พบว่า ร้อยละ 62.2 เป็นเพศหญิงซึ่งสูงกว่าเพศชายเกือบสองเท่า (ร้อยละ 37.8) และพบว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี มาใช้บริการสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 50-59 ปี และกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี ร้อยละ 25.6 และ 20.7 (ตาราง 1) โดยมีค่าเฉลี่ยอายุมัธยฐานเท่ากับ 56 ปี เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่าง พบว่าร้อยละ 49.3 (818/1,658) เป็นผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อน และร้อยละ 51.7 (840/1,658) เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อน ในจำนวนนี้ร้อยละ

67.4 ของผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อรังเป็นเพศหญิง ซึ่งสูงกว่าเพศหญิงในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 55.4) (ตาราง 4) พบด้วยว่ากลุ่มอายุ 50-59 ปี ในผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังมารับบริการสูงสุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี, 40-49 ปี, และ > 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.7, 22.2, 21.9 และ 17.5 ตามลำดับด้วยค่าเฉลี่ยอายุมาตรฐานเท่ากับ 56 ปี ในขณะที่พบว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปี ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมารับบริการสูงสุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ > 70 ปี, 50-59 ปี และ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.2, 23.8, 22.6 และ 7.7 ตามลำดับ (ตาราง 4) ด้วยค่าเฉลี่ยอายุมาตรฐานเท่ากับ 62 ปี

ความชุกของโรคเบาหวานและภาวะโรคไขมันในเลือดสูง

ผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจเลือดพบว่าโรคเบาหวาน และความผิดปกติของระดับ serum cholesterol (>240 มก./ดล.), triglycerides, HDL-C และ LDL-C ร้อยละ 26.5 (350/1,320), 28.2 (312/1,109), 27.9 (279/1,000), 12.7 (90/709) และ 23.8 (131/505) ตามลำดับ (ตาราง 1) เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อรัง และเป็นโรคเรื้อรังพบว่า จำนวนผู้มีความผิดปกติของระดับ serum cholesterol ระดับสูง (>240 มก./ดล.) และ LDL-C ร้อยละ 31.5 และ 27.3 ซึ่งพบจำนวนสูงกว่าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 23.5 และ 27.3) ในทางกลับกันพบจำนวนผู้มีความผิดปกติของระดับ HDL-C ร้อยละ 17.5 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสูงกว่า

ผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 10.6 ส่วนจำนวนความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด และ triglycerides ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มต่างกันเล็กน้อย (ตาราง 4)

ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีความผิดปกติของระดับ serum cholesterol (>240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) และ LDL-C ร้อยละ 31.8 และ 26.2 ซึ่งสูงกว่าในเพศชาย (ร้อยละ 22.1 และ 20.2) ส่วนการเกิดโรคเบาหวานพบว่าความผิดปกติของระดับ triglycerides, และ HDL-C ทั้งสองเพศต่างกันเล็กน้อย นอกจากนั้นถ้าจำแนกตามกลุ่มอายุเสี่ยงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ > 45 ปี มีความชุกของโรคเบาหวาน และ serum LDL-C ร้อยละ 28.3 และ 23.5 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ < 45 ปี (ร้อยละ 13.3 และ 16.7) (ตาราง 2)

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุกับโรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติ ของ serum cholesterol อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) เช่นกัน (ตาราง 3) เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคเรื้อรังกับภาวะโรคพบว่าความผิดปกติของ serum cholesterol มีความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) (ตาราง 5)

ตารางที่ 1 : จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถาบันราชประชาสมาสัยใน ปี 2546
จำแนกตามปัจจัยประชากร ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง

ตัวแปร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	642	37.8
	หญิง	1,016	62.2
	รวม	1,658	100
อายุ (ปี)	<40	110	6.6
	40-49	244	14.7
	50-59	425	25.6
	60-69	536	32.4
	>70	343	20.7
	รวม	1,658	100
ผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อน		818	49.3
ผู้ป่วยโรคเรื้อน		840	50.7
ผลการตรวจทางชีวเคมี (มก./ดล.)			
ระดับน้ำตาลในเลือด			
ปกติ		970	73.5
ผิดปกติ		350	26.5
รวม		1,320	100
ระดับ serum cholesterol (มิลลิกรัม/เดซิลิตร) (n=1,109)			
<200		450	40.5
200-239		347	31.3
>240		312	28.2
รวม		1,109	100
ระดับ serum triglycerides			
ปกติ		721	72.1
ผิดปกติ		279	27.9
รวม		1,000	100
ระดับ serum HDL-C			
ปกติ		619	76.2
ผิดปกติ		90	23.8
รวม		709	100
ระดับ serum LDL-C			
ปกติ		419	76.2
ผิดปกติ		131	23.8
รวม		650	100

ตาราง 2 ความชุกของการเป็นโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง จำแนกตามปัจจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่สถาบันราชประชาสมาสัยในปี 2546

ตัวแปร	เพศ		อายุ (ปี)	
	ชาย	หญิง	<45	>45
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับน้ำตาลในเลือด				
ปกติ	388 (72.7)	581 (74.1)	143 (86.7)	820 (71.7)
ผิดปกติ	146 (27.3)	203 (25.9)	22 (13.3)	324 (28.3)
รวม	534 (100)	784 (100)	165 (100)	1,144 (100)
ระดับ serum cholesterol				
ปกติ	194 (46.1)	255 (37.2)	75 (56.0)	575 (59.9)
ผิดปกติ	227 (53.9)	532 (62.8)	59 (44.0)	385 (40.1)
รวม	421 (100)	787 (100)	129 (100)	960 (100)
ระดับ serum triglycerides				
ปกติ	282 (74.1)	438 (71.8)	83 (72.8)	635 (72.2)
ผิดปกติ	99 (25.9)	181 (29.2)	31 (27.2)	245 (27.8)
รวม	381 (100)	619 (100)	114 (100)	880 (100)
ระดับ serum HDL-C				
ปกติ	225 (86.2)	392 (87.9)	71 (89.9)	845 (86.2)
ผิดปกติ	36 (13.8)	54 (12.1)	8 (10.1)	82 (13.8)
รวม	261 (100)	446 (100)	78 (100)	927 (100)
ระดับ serum LDL-C				
ปกติ	170 (79.8)	248 (73.8)	44 (83.3)	374 (76.5)
ผิดปกติ	43 (20.2)	88 (26.2)	16 (16.7)	115 (23.5)
รวม	213 (100)	336 (100)	60 (100)	489 (100)

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ กับภาวะโรคในผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2546

ตัวแปร	เพศ			อายุ		
	chi-square	df	p-value	chi-square	df	p-value
ระดับน้ำตาลในเลือด	1.19	2	0.551	15.99	2	0.000*
ระดับ serum cholesterol	14.12	2	0.001*	2.40	3	0.493
ระดับ serum triglycerides	1.24	1	0.265	0.21	1	0.884
ระดับ serum HDL-C	0.44	2	0.803	0.93	2	0.626
ระดับ serum LDL-C	2.59	1	0.108	1.31	1	0.398

* = มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการในสถาบันราชประชาสมาสัยใน ปี 2546 และ ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูงจำแนกตามเพศ อายุ และประวัติการเป็น โรคเรื้อน

ตัวแปร	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อน (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	267 (32.6)	375 (44.6)
หญิง	551 (67.4)	465 (55.4)
อายุ (ปี)		
< 40	79 (9.7)	31 (3.7)
40 - 49	179 (21.9)	65 (7.7)
50 - 59	235 (28.7)	190 (22.6)
60 - 69	182 (22.2)	354 (42.2)
> 70	143 (17.5)	200 (23.8)
ผลการตรวจทางชีวเคมี		
ระดับน้ำตาลในเลือด		
ปกติ	506 (73.4)	464 (73.7)
ผิดปกติ	184 (26.6)	166 (26.3)
รวม	690 (100)	630 (100)
ระดับ serum cholesterol		
< 200	235 (36.7)	215 (45.9)
200 - 239	204 (31.8)	143 (30.6)
> 240	202 (31.5)	468 (23.5)
รวม	641 (100)	826 (100)
ระดับ serum triglycerides		
ปกติ	413 (75.8)	308 (72.8)
ผิดปกติ	164 (24.2)	115 (27.2)
รวม	577 (100)	423 (100)
ระดับ serum HDL-C		
ปกติ	328 (89.4)	291 (82.5)
ผิดปกติ	39 (10.6)	51 (17.5)
รวม	367 (100)	342 (100)
ระดับ serum LDL-C		
ปกติ	189 (72.7)	230 (79.3)
ผิดปกติ	71 (27.3)	60 (20.7)
รวม	260 (100)	290 (100)

ตาราง 5 เปรียบเทียบภาวะโรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง และไม่เป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่สถาบันราชประชาสมาสัย ในปี 2546

ภาวะโรค	chi-square	df	p-value
เบาหวาน	2.76	2	0.258
serum cholesterol	9.84	1	0.002*
serum triglycerides	3.39	1	0.711
serum HDL-C	0.137	2	0.183
serum LDL-C	3.31	1	0.072

* = มีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีความชุกของโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตาราง 2,3) โดยทั่วไปโรคเบาหวาน (ชนิดที่ 2) จะเริ่มเป็นเมื่ออายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ดังนั้นจึงควรตรวจโรคเบาหวานครั้งแรกเมื่ออายุ 45 ปี⁽⁷⁾ เนื่องจากร่างกายมีการต้านทานอินซูลิน (insulin-resistance) และมีการเปลี่ยนแปลงปริมาณการหลั่งสารอินซูลิน ส่วนความชุกของโรคเบาหวานระหว่างผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่แตกต่างกันและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dimentopoulos และคณะที่พบว่าโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเรื้อรัง⁽¹⁵⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nigaun P และคณะที่พบว่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบร้อยละ 14.2 ($N=120$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เป็นคนปกติ (ร้อยละ 2.0) และอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดเชื้อรามาก (lepromatous leprosy) มากกว่าอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดเชืวน้อย (paucibacillary) นอกจากนั้นโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความรุนแรงมากกว่า

ในเพศชายสูงอายุ เชื้อโรคเรื้อรังไม่เพียงแต่ทำให้เกิดผื่นเฉพาะผิวหนังเท่านั้น แต่ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรตด้วย⁽¹⁷⁾ นอกจากนั้นการศึกษาของ Facer และคณะ และการศึกษาของ Anand แห่ง Royal London Hospital พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการลดลงของระดับ Nerve Growth Factor (NGF) ซึ่งปกติผลิตจากเซลล์ผิวหนังกำพร้า (keratinocyte) และถูกจับโดยเส้นใยประสาทผ่านตัวรับ (receptor) ไปยังปลายประสาทซึ่งอาจมีส่วนทำให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลายซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคทั้งสองทำให้อาการเลวลง⁽¹¹⁻¹²⁾ การศึกษานี้แม้ว่าจะพบความชุกของเบาหวานต่างกันเล็กน้อยระหว่างตัวอย่างทั้งสองกลุ่มและไม่พบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม แต่มีความชุกของกลุ่มตัวอย่างยังสูงกว่า (ตาราง 4) ในประชากรปกติ (ร้อยละ 2.5-6.0)⁽¹⁻²⁾ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มซึ่งอาจมีแนวโน้มของการเกิดโรคเบาหวานอยู่ก่อน

ความชุกของระดับ cholesterol สูง ในเพศหญิงสูงกว่าในเพศชายและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตาราง 2,3) ส่วนความชุก และความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และ serum cholesterol, triglycerides, HDL-C และ

LDL-C ไม่แตกต่างและไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาของ อูฟาร์ วงศ์แก้ว และคณะพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับ LDL-C ในเลือดสูง เนื่องจากอายุมากขึ้น ทำให้การเผาผลาญของไขมันลดลง และการถดถอยของการทำงานต่างๆ ของร่างกาย⁽¹⁸⁾ ส่วนความชุกของ serum cholesterol ในผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อนและผู้ป่วยโรคเรื้อนพบว่าความชุกของกลุ่มไม่เป็นโรคเรื้อนสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนและมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตาราง 4,5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chekherdemian พบว่าระดับ serum cholesterol มีระดับต่ำแต่มีไขมันชนิดอื่นสูง (hyperlipemia) ในผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Gokhale และคณะพบว่าในผู้ป่วยโรคเรื้อนพบ serum cholesterol, lipid, และ phospholipids มีระดับสูงกว่าในคนปกติ⁽¹⁹⁻²⁰⁾ ภาวะ hyperlipemia เนื่องมาจากคนไข้โรคเรื้อนมีภาวะเห่อ (lepra reaction) นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Diamantopoulos และคณะพบว่าความชุกของระดับ serum cholesterol, triglycerides, pre-beta และ beta-lipoprotein ไม่แตกต่างกันและไม่มี⁽¹⁶⁾ ความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นการป้องกัน เฝาระวัง และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญ การศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับ NGF ในผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคเรื้อนเพื่อนำ NGF มาประยุกต์ใช้รักษาอาการทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อนในอนาคตเพื่อลดความพิการและการสูญเสียอวัยวะ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ ครรชิต ลิ้มปกาญจน์รัตน์ ผู้อำนวยการฝ่ายไทย โครงการ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ที่ให้คำปรึกษาการทำวิจัย คุณเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ ที่ให้คำแนะนำวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คุณสุภาพรณ์ สุขสวัสดิ์ ที่ช่วยพิมพ์งานวิจัย คุณมาลัย สุขสวัสดิ์ และ คุณมาลาริน เลิศเจริญสวัสดิ์ ที่ช่วยในการรวบรวมข้อมูลและเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน สถาบันราชประชาสมาสัย ที่ช่วยสืบค้นข้อมูล

References

1. วิโรจน์ ไวกานิชกิจ. การตรวจห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับโรคเบาหวาน. พุทธชินราชสาร 2544; 2 : 99-103.
2. Nyhlin K. A contribution of qualitative research to a better understanding of diabetic patient. J Adv Nurs 1990; 15: 795-803.
3. จิตร สิริอมร. ระบาดวิทยาของโรคเบาหวาน. แพทยสภาสาร 2529; 15: 481-8.
4. สาธิต วรรณแสง. โรคเบาหวาน และการรักษา. ใน : วรรณ นิธิยานันท์ และคณะ. บรรณาธิการ. คู่มือประกอบการให้ความรู้โรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์. 2533.
5. Partanen J, Niskanen L, Lehtinen J, et al. Natural history of peripheral neuropathy in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. N Eng J Med 1995; 333: 89-94.
6. Jopling WH, McDougall AC. Handbook of leprosy. 5th ed. New Delhi : Asia printograph; 2000.
7. Mayfield J. Diagnosis and classification of diabetes mellitus : new criteria. Available from : <http://www.aafp.org>
8. ธีระ งามสุต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2535.

9. กองโรคเรื้อรัง, รายงานระบาดวิทยา, พ.ศ. 2544. (เอกสารอัดสำเนา)
10. โกวิท คัมภีรภาพ. กว่าจะเป็นสถาบันราชประชาสมาสัย (ยุคใหม่). วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย 2546; 1: 35-8.
11. Facer P, Mann D, Mathur R, et al. Do nerve growth factor-related mechanisms contribute to loss of cutaneous nociception in leprosy?. Pain 2000; 85: 231-8.
12. Anand AP, Terenghi G, et al. The role of endogenous NGF in human diabetic neuropathy. Nat Med 1996; 2: 703-7.
13. Expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-97.
14. Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. Summary of the second report of the national cholesterol education programme (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. JAMA 1993; 269: 3015-23.
15. นุศน ประยูรวงษ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไขมันในเลือดสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. พุทธชินราชเวชสาร 2543; 17: 81-6.
16. Diamantoulos ET, Anthopoulos LP, Mouloupoulos SD. Coronary heart disease risk factors in Hansen's disease sufferers. Clin. Cardiol 1992; 15: 436-40.
17. Nigaun P, Dayal SG, Srivatava P, et al. Diabetes in leprosy. Hansonal Int. 1979; 4: 7-14.
18. อุฬาร วงศ์แก้ว, สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. ภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2542; 12: 151-3.
19. Chekgerdemian M. Determination of cholesterol, phospholipids, total lipids and total protein. Leprologia 1960; 5: 69-79.
20. Gokhale SK and Godbole SH. Serum lipolytic enzyme activity and serum lipid partition in leprosy and tuberculosis. Indian J Med. Res 1957; 45: 327-36.

การศึกษาเปรียบเทียบความชุกของโรคเบาหวานและภาวะไขมันในเลือดระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการในสถาบันราชประชาสมาสัยในปี 2546 ของคณะผู้วิจัย ผู้เป็นนักวิทยาศาสตร์การแพทย์และทำงานด้านคลินิกและห้องปฏิบัติการของสถาบันฯ นับว่าเป็นงานวิจัยทางคลินิกและห้องปฏิบัติการที่มีคุณค่าเป็นตัวอย่างที่ดีที่นักวิชาการเกี่ยวข้องด้านคลินิกควรเสนอมผลงานวิจัยจากงานบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อนำมาเผยแพร่ให้มากขึ้น

ดังที่บรรณาธิการได้ให้ข้อคิดเห็นส่วนใหญ่ไว้ในท้ายนิพนธ์ต้นฉบับเรื่อง "การสูญเสียการได้ยินของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถาบันราชประชาสมาสัย" ไปแล้ว โดยคณะผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลและวิจารณ์ผลเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อยืนยันข้อเท็จจริงที่ชัดเจนดีมาก

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานอกจากจะเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์และบุคลากรการแพทย์ การสาธารณสุข ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกัน เฝ้าระวัง และลดภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะความพิการของปลาย มือ เท้า ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงสูงมากยิ่งขึ้นแล้ว ยังบ่งชี้ทิศทางและแนวทางที่สามารถขยายผลวิจัยต่อไป เช่น การเปรียบเทียบการศึกษาทำนองเดียวกันนี้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากภาคต่างๆ ที่อาจมีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมแวดล้อมแตกต่างกัน การศึกษาภาวะต่างๆ ดังกล่าวในผู้ป่วยที่เกิดโรคเหตุนิดต่างๆ การศึกษาหาข้อมูลพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ เช่น profile ทางด้านโลหิต ไขมัน ชีวะเคมีระบบต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไทยเปรียบเทียบกับคนปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยชนิดเรื้อรังและระหว่างเกิดโรคเหต้อาจพบการเปลี่ยนแปลง markers ต่างๆ ดังกล่าวที่บ่งชี้มีพยาธิสภาพของระบบต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย ฯลฯ เป็นต้น การศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐาน (base line data) จัดเป็น profile ทางผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านต่างๆ ในการดำเนินโรคทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะก่อนรักษา ระหว่างรักษา เมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น โรคเหต้อ และเส้นประสาทอักเสบ หรือการทำลายกระดูกและติดเชื้อ การติดเชื้อ และเกิดโรคอื่นๆ การเกิดอาการกำเริบใหม่ (reactivation) และการกลับเป็นซ้ำใหม่ (relapse) ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ผู้ทำงานเป็นพันธมิตรร่วมทีมคลินิกกับแพทย์ผู้รักษาก็สามารถร่วมกันคิดวางแผนวิจัยทางคลินิกและนำผลและข้อมูลทางคลินิก และห้องปฏิบัติการด้านต่างๆ เชื่อมโยงสัมพันธ์กันว่ามีนัยสำคัญบ่งชี้ด้านใด เพื่อรายงานผลวิจัยออกมาและนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาการรักษาและป้องกันอาการแทรกซ้อนเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต

บรรณาธิการ

พฤติกรรมในการเปิดรับสื่อและการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อน ของประชาชน : กรณีศึกษาจังหวัดหนองบัวลำภู Media Exposure and Leprosy Information Seeking Behavior of People : A Study in Nongbualamphu Province.

นวพร ดีมาก วท.ม (สุขศึกษา)

Nawaporn Deemark, M.Sc. (Health Education)

นฤมล ใจดี กศ.ม (สุขศึกษา)

Naruemol Chaidee, M.Ed. (Health Education)

ประทุม สอนสพทอง ศษ.บ (สุขศึกษา)

Pratoom Sonsopthong, B.Ed. (Health Education)

สถาบันราชประชาสมาสัย

Raj Pracha Samasai Institute

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อและการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู โดยการสุ่มตัวอย่างประชาชนจำนวน 406 คน และใช้แบบสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบว่าประชาชนมีพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อเรื่องโรคเรื้อน ร้อยละ 78.1 โดยเป็นสื่อที่เปิดรับจากโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 16.5 รองลงมาคือจากบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 12.6

ความต้องการเปิดรับสื่อข่าวสารทางด้านโรคเรื้อนพบว่า ต้องการจากสื่อเฉพาะกิจ ร้อยละ 71.1 สื่อสารมวลชนร้อยละ 49.0 และสื่อบุคคลร้อยละ 36.7 โดยเฉพาะต้องการใช้สื่อเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวในหมู่บ้านร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ อาสาสมัครหมู่บ้าน ร้อยละ 51.5

โดยสรุปผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนมีความต้องการเปิดรับสื่อข่าวสารผ่านทางเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ผู้ศึกษาขอเสนอแนะให้มีการวางแผนการใช้สื่อดังกล่าวในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านโรคเรื้อน ซึ่งเป็นสื่อที่ตรงกับความต้องการของประชาชนและใช้งบประมาณที่ไม่สูงนัก เพื่อส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนต่อไป.

Abstract

The objective of this research is to study the media exposure and leprosy information seeking behavior of people in Nongbualamphu province. A simple random sampling of 406 people were selected and interviewed. Results of the research showed that people have the

media exposure rate of leprosy information of 78.1%. Television is the most common media 16.5% and then health education by health officers (12.6%)

The media of leprosy information which people required were 71.1% from specific and print medias like village information tower, posters, leaflets ect, 49% from mass media, 36.70% from personal media and mostly required information from the information tower (60.8%) and from health volunteer (51.5%)

In conclusion, the results of this study revealed that local people wanted to receive the information mainly from the information tower. The author suggest to use this media to broadcast for better exposure of the leprosy information because It is relevant to the need of people and not so expensive. It also has good impact on leprosy control with their sustainable success of elimination.

คำสำคัญ : พฤติกรรมการเปิดรับสื่อ, การแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อน

Keywords : Media exposure behavior, Leprosy information seeking

บทนำ

ปัจจุบันแม้ว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคเรื้อนจะลดน้อยลงจนถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขแล้วก็ตาม⁽¹⁾ แต่หากพิจารณาถึงปัญหาความรุนแรงของโรคแล้ว พบว่าผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ในแต่ละปี ซึ่งมีประมาณ 1,000 รายต่อปีนั้นเป็นผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 (ความพิการที่มองเห็นได้) อยู่ระหว่างร้อยละ 10-14⁽²⁻³⁾ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้มาได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้น ทำให้การดำเนินอาการของโรครุนแรงจนเกิดความพิการแก่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งสาเหตุของความล่าช้าในการมาตรวจรักษาอาจเป็นเพราะประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของโรคเรื้อน จึงปล่อยให้อาการของโรคมีความรุนแรง ก่อนจะมาได้รับการรักษา

มาตรการที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนคือ ทำอย่างไรจะให้ประชาชนได้รับรู้เรื่องโรคเรื้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค อาการเริ่มต้นของโรค ความพิการที่อาจ

เกิดขึ้นได้หากไม่รักษาอย่างทันท่วงที วิธีการหรือแนวทางที่เป็นไปได้ก็คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนโดยใช้ช่องทางถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อต่างๆ สื่อในการให้ความรู้แก่ประชาชนมีหลายประเภทและแต่ละประเภทนั้นมีประสิทธิภาพและเหมาะสมแก่กลุ่มเป้าหมายแตกต่างกันไป การให้ความรู้แก่ประชาชนโดยผ่านสื่อต่างๆ นั้น จำเป็นจะต้องทำให้เป็นระบบ เพื่อให้การถ่ายทอดความรู้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁻⁹⁾ ปัญหาสำคัญที่พบอีกอย่างหนึ่งคือปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยเฉพาะระหว่างชาวบ้านกับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งวัจนภาษาและอวัจนภาษาและยังมีความลำบากในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากช่องทางการให้ข้อมูลข่าวสารด้านโรคเรื้อนยังมีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร⁽¹⁰⁾ พฤติกรรมการเปิดรับสื่อและการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนของประชาชนในชนบทจึงเป็นประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เพื่อสามารถตอบปัญหาสำหรับการเลือกใช้สื่อต่างๆ และ

ใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ประชาชน ให้มีความตระหนัก คือถ้าสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อรังจะได้ ตรวจดูผิวหนังของตนเองและครอบครัวเพื่อค้นหา อาการเริ่มต้นของโรคเรื้อรัง และรีบไปรับการรักษา ในระยะแรกก่อนเกิดความพิการ และยังป้องกันการ แพร่ระบาดของเชื้อโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสื่อเรื่องโรคเรื้อรังของประชาชน
2. เพื่อทราบความต้องการเปิดรับสื่อข่าวสารเรื่องโรคเรื้อรังของประชาชน
3. นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการเลือกรูปแบบสื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ และข่าวสารของประชาชน

นิยามตัวแปร

1. พฤติกรรมการเปิดรับสื่อ หมายถึง การเปิดรับสื่อประเภทต่างๆ ของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู

สื่อ หมายถึง

- สื่อสารมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ กระจายเสียง หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวารสาร
- สื่อเฉพาะกิจ หมายถึง สื่อที่ใช้ในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังแก่ประชาชน ได้แก่ โปสเตอร์ แผ่นพับ ใบปลิว หอกระจายข่าว นิทรรศการ
- สื่อบุคคล ได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยาญาติพี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำ ชุมชน อสม. ครู ฯลฯ

2. การแสวงหาข่าวสาร หมายถึง ความต้องการข่าวสารด้านต่างๆ ของเรื่องโรคเรื้อรัง เช่น สาเหตุการเกิดโรค ลักษณะอาการเริ่มแรกของโรค การติดต่อของโรค ความรุนแรงของโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการเปิดรับสื่อและการแสวงหาข่าวสาร เรื่องโรคเรื้อรังของประชาชนในจังหวัดหนองบัวลำภู ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (interview) ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอสวรรคต จำนวน 406 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ (interview) แบ่งข้อมูลการ สัมภาษณ์ออกเป็น 3 ตอน

- | | |
|----------|---|
| ตอนที่ 1 | ข้อมูลทั่วไป |
| ตอนที่ 2 | ข้อมูลพฤติกรรมการเปิดรับสื่อเรื่องโรคเรื้อรัง |
| ตอนที่ 3 | ข้อมูลพฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อรัง |

การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows โดยการหาค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

ได้วิเคราะห์ข้อมูล สรุปสาระสำคัญดังนี้:-

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 406 คน ส่วนใหญ่พบว่ามีอายุระหว่าง 25-34 ปี ร้อยละ 24.9 เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.1 เพศชาย ร้อยละ 42.9 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 75.4 มีระดับ การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.7 ประกอบ อาชีพเกษตรกร 57.1 และมีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 34.0 รายละเอียดตามตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ข้อมูล	จำนวน (n=406)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15 - 24	59	14.5
25 - 34	101	24.9
35 - 44	96	23.6
45 - 54	92	22.7
55 - 64	38	9.4
≥ 65	20	4.9
เพศ		
ชาย	174	42.9
หญิง	232	57.1
สถานภาพสมรส		
โสด	66	16.3
คู่	306	75.4
หม้าย หย่า แยกกันอยู่	34	8.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	9	2.2
ประถมศึกษา	287	70.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	10.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	39	9.6
อนุปริญญา	11	2.7
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	15	3.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.2
อื่นๆ	1	0.2
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	56	13.8
เกษตรกร	232	57.1
ค้าขาย	44	10.8
รับจ้าง	60	14.8
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	3.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (n=406)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	45	11.1
ต่ำกว่า 2,000 บาท	138	34.0
2,000 - 3,999 บาท	106	26.1
4,000 - 5,999 บาท	63	15.5
6,000 - 7,999 บาท	16	3.9
ตั้งแต่ 8,000 บาทขึ้นไป	38	9.4

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อเรื่องโรคเอดส์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเคยได้เปิดรับสื่อเรื่องโรคเอดส์ ร้อยละ 78.10 และเคยได้รับทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 16.5 รายละเอียดตามตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์

การเปิดรับสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
เคยได้รับ	317	78.1
ไม่เคยได้รับ	89	21.9
รวม	406	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสื่อที่เคยได้รับเรื่องโรคเอดส์

สื่อประชาสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
1. ครอบครัว	32	7.9
2. เพื่อนบ้าน	50	12.3
3. อสม.	13	3.2
4. บุคลากรทางสุขภาพได้แก่แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	51	12.6
5. ผู้นำชุมชน/พระ/ครู	11	2.7
6. โทรทัศน์	67	16.5
7. วิทยุ	13	3.2
8. แผ่นพับหรือโปสเตอร์	36	8.9
9. เสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน	7	1.7
10. อื่น ๆ	30	7.4
รวม	406	100

ตอนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อน

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนโดยการผ่านสื่อเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน ร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 51.5 รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสื่อที่ต้องการเปิดรับ

สื่อประชาสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
1. อสม.	209	51.5
2. บุคลากรทางสุขภาพได้แก่แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	149	36.7
3. ผู้นำชุมชน/พระ/ครู	137	33.7
4. โทรทัศน์	119	29.3
5. วิทยุ	67	16.5
6. หนังสือพิมพ์	13	3.2
7. แผ่นพับหรือโปสเตอร์	41	10.1
8. เสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน	247	60.8
9. อินเทอร์เน็ต	1	0.2

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

วิจารณ์ผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี พบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีสภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีรายได้เล็กน้อยและส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมหรือทำนา

2. ข้อมูลพฤติกรรมการเปิดรับสื่อเรื่องโรคเรื้อน

2.1 ร้อยละ 78.1 ของประชาชน ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อน และร้อยละ 21.9 ไม่เคยได้รับ สะท้อนความจำเป็นต้องเร่งรัดปรับปรุงงานสุขศึกษา รวมทั้งการรณรงค์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 ประชาชนต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนผ่านสื่อเฉพาะกิจสูงมากถึง 71.1 สื่อสารมวลชนร้อยละ 49.0 และสื่อบุคคลร้อยละ 36.7 สะท้อนประสิทธิภาพของการใช้สื่อดังกล่าวที่สามารถปรับเปลี่ยนประสิทธิภาพให้สูงขึ้นได้ทุก

ประเภทของสื่อให้สอดคล้อง โดยเฉพาะสื่อเฉพาะกิจจากโปสเตอร์ แผ่นพับ ใบปลิว หอกระจายข่าว และนิทรรศการ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ระหว่างการรณรงค์ น่าจะเป็นสื่อที่ดีที่สุดในการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเรื้อนแก่ประชาชนในท้องถิ่นที่ไม่มีเครื่องรับโทรทัศน์ เพราะความใหม่ ความสด ตามสถานการณ์ของข้อมูลและการเข้าถึงของประชาชนได้ดีมาก

2.3 การเปิดรับสื่อเรื่องโรคเรื้อน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเปิดรับสื่อและข่าวสารตามแบบเฉพาะของแต่ละคนแตกต่างกันตามที่ได้รับต้องการที่จะเลือกเปิดรับสื่อ ตามลักษณะดังนี้

- 1) เลือกสื่อที่สามารถจัดหามาได้ (availability)
- 2) เลือกสื่อที่สอดคล้อง (consistency)
- 3) เลือกสื่อที่สะดวก (convenience)
- 4) เลือกสื่อตามความเคยชิน (accustommedness)

ลักษณะที่ 1 เลือกสื่อที่สามารถจัดหามาได้ (availability) โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์จะใช้ความพยายามเพื่อให้ได้สิ่งที่ตนต้องการเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น สิ่งใดหายากมักจะได้รับเลือกน้อย

กลุ่มตัวอย่างเคยมีพฤติกรรมการเปิดรับสื่อเรื่องโรคเอดส์ร้อยละ 78.10 และเคยได้รับทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 16.5 รองลงมาคือทางบุคลากรทางสุขภาพร้อยละ 12.6 เพราะในปัจจุบันโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีในทุกครอบครัว และกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตประจำวันเพื่อรับเปิดรับสื่อนี้ ส่วนบุคลากรทางสุขภาพ ในพื้นที่พบมีบุคลากรทางสุขภาพ เข้าไปให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นสื่อที่สามารถจัดหาได้ง่าย สำหรับสื่อทางอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อที่ยังไม่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่จึงมีเพียงร้อยละ .02

ลักษณะที่ 2 เลือกสื่อที่สอดคล้อง (consistency) กับความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติของคน สื่ออะไรที่ไม่สอดคล้องมักถูกมองข้าม ไม่ให้ความสำคัญหรือถูกปฏิเสธ การที่กลุ่มตัวอย่างรับสื่อข่าวสารจากทางโทรทัศน์สอดคล้องกับระดับการศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น สื่อโทรทัศน์จึงเป็นสื่อที่เข้าใจง่ายและไม่มีขั้นตอนซับซ้อนในการรับข่าวสาร นอกจากนี้การมีค่านิยมต่อข่าวสารคือการรับรู้ว่างานโรคเอดส์เป็นงานที่อยู่ในพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทำให้มีผู้รับสารสนใจและสามารถจดจำรายละเอียดของข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ได้

ลักษณะที่ 3 เลือกสื่อที่ตนสะดวก (convenience) ผู้รับข่าวสารจะไม่เปิดรับข่าวสารจากทุกสื่อ แต่จะเลือกเฉพาะที่ตนสะดวกในการจัดหามาเป็นหลัก เช่น บางคนนิยมฟังข่าวสารทางวิทยุขณะขับรถ บางคนชอบอ่านหนังสือพิมพ์ในห้องสมุด กลุ่มตัวอย่างมีความสะดวกที่จะเปิดรับสื่อโทรทัศน์ เป็นประจำทุกวัน เพราะเป็นสื่อที่สะดวกมีอยู่ในบ้านเรือน

ของตนเองและส่วนใหญ่จะได้รับข่าวสารในเวลาว่างหรือเวลาพักผ่อนหลังจากเลิกงาน

ลักษณะที่ 4 เลือกสื่อตามความเคยชิน (accustomedness) โดยปกติจะมีบุคคลกลุ่มหนึ่งในสังคมที่ไม่ค่อยจะเปลี่ยนแปลงการรับสื่อที่ตนเคยรับอยู่ การได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเจ้าหน้าที่มาตรวจเยี่ยมบ้าน หรือเมื่อไปรับการรักษาอาการเจ็บป่วยที่โรงพยาบาล สถานือนามัย มักจะได้รับความรู้ในเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากบุคลากรทางสุขภาพไปพร้อมกันด้วย

3. ข้อมูลพฤติกรรมแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเอดส์

มีทฤษฎีที่น่าสนใจคือ ทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการในการเลือกรับข่าวสาร (selective process) ซึ่งประกอบด้วย

กระบวนการที่ 1 กระบวนการเลือกรับ (selective exposure) กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งสารต่างๆ ตามความสนใจและความต้องการเพื่อนำมาใช้เพื่อแก้ปัญหาหรือสนองความต้องการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเอดส์โดยผ่านสื่อเสียงตามสายหรือกระจายข่าวในหมู่บ้าน ร้อยละ 60.8 เนื่องจากเป็นข่าวสารที่มีความสด และทันสมัย โดยผู้ที่กระจายข่าวสารนี้มักจะเป็นผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน หรือ อบต. ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้รับสารให้ความสนใจและยอมรับหากพิจารณาการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ผ่านทางสื่อชนิดนี้ ผู้รับสารจะสนใจและเปิดรับสื่อดังกล่าวได้อย่างดี

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเลือกให้ความสนใจ (selective attention) นอกจากจะเลือกเปิดรับข่าวสารแล้วบุคคลยังเลือกให้ความสนใจเฉพาะข่าวสารที่สอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อดั้งเดิมของตน ผู้รับสารส่วนใหญ่มักจะไม่ให้ความสนใจในข่าวสารที่ไม่เกิดผลกระทบต่อนตนเองหรือครอบครัวหากเนื้อหาของข่าวสารได้สื่อถึงประเด็น

ของความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้หากไม่มารับการรักษาในระยะแรกที่ปรากฏอาการ ผู้รับสารจะให้ความสนใจมากขึ้น

กระบวนการที่ 3 กระบวนการเลือกรับรู้ (selective perception) บุคคลจะเลือกรับรู้หรือเลือกตีความข่าวสารที่ได้รับไปในทางที่สอดคล้องกับทัศนคติและประสบการณ์ที่มีอยู่ก่อน ในกรณีที่ข่าวสารได้รับมาใหม่มีความขัดแย้งกับทัศนคติและความเชื่อดั้งเดิม บุคคลมักจะบิดเบือนข่าวสารนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อของตน ความเชื่อของประชาชนมักจะเชื่อว่าโรคเรื้อนเป็นโรคที่เป็นกรรมพันธุ์ ดังนั้นการให้ความรู้ที่ว่าโรคเรื้อนไม่ได้เป็นกรรมพันธุ์แต่เป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งนั้นจึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการในการสื่อสารที่ถูกต้องจึงจะสามารถเปลี่ยนทัศนคติและประสบการณ์เดิมของประชาชนได้

กระบวนการที่ 4 กระบวนการเลือกจดจำ (selective retention) หลังจากที่บุคคลเข้าเลือกรับเลือกให้ความสนใจและเลือกตีความข่าวสารไปในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อของตนแล้วบุคคลยังจะเลือกจดจำเนื้อหาสาระของสารในส่วนที่ต้องการจำ เข้าไปเก็บไว้ในประสบการณ์เพื่อที่จะนำไปใช้ในโอกาสต่อไปและจะพยายามลืมในส่วนที่ต้องการจะลืม ประชาชนมักจะคิดว่าโรคเรื้อนเป็นโรคที่รักษาไม่หายและรังเกียจผู้ป่วยโรคเรื้อน แต่หากสามารถสื่อสารให้ประชาชนมีความเชื่อที่ถูกต้องว่าโรคเรื้อนสามารถรักษาให้หายได้ และหากได้รับการรักษาแล้วจะไม่สามารถแพร่โรคได้อีก จะทำให้เกิดความเชื่อที่ถูกต้องในเรื่องโรคเรื้อน และลดความรังเกียจผู้ป่วยโรคเรื้อนในสังคมและจะเกิดการจดจำ กลายเป็นประสบการณ์เจตคติที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการศึกษาพฤติกรรมการเปิดรับสื่อดังกล่าวนี้ ในพื้นที่จังหวัดภาคอื่นๆ เพื่อ

เปรียบเทียบ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร จะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการใช้สื่อสุขภาพเพื่อการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนให้เหมาะสมกับพื้นที่

2. ควรมีการจัดทำเนื้อหาสาระของข่าวสารที่จะเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเน้นอาการระยะแรกที่พบบ่อย เช่น อาจใช้คำว่า "โรคผิวหนังเนื้อขาว" แทน "โรคเรื้อน" เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยรีบมารับการ

3. ควรมีการประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน ในการใช้สื่อที่มีอยู่ในชุมชน อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

4. ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้มาปรับปรุงการรณรงค์เผยแพร่ความรู้ประชาสัมพันธ์โรคเรื้อนผ่านสื่อประเภทต่างๆ ในอนาคตให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น โดยพิจารณาทั้งจากผลการวิจัยและทฤษฎีต่างๆ ที่สนับสนุนอย่างสอดคล้องด้วย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ชัยวุฒิ บันทิต ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ได้อนุมัติให้ผู้วิจัยออกไปเก็บข้อมูลและทำการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสุวรรณคูหา ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และนายแพทย์โกวิท คัมภีรภาพ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาและถ่ายทอดวิชาการ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ. สถานการณ์โรคเรื้อน ปีงบประมาณ 2546. นนทบุรี;

2545. (เอกสารอัดสำเนา)
2. Noordeen SK. And Perumal JV. Epidemiology and control. Indian J Lepr 2002 ; 74 (Suppl 1) : 68.
3. Wehib B, Shibru G, Asrat M, Paul Rs, and Sahilu Z. Deley in prestntation and stat of treatment in leprosy patients : a case control study of disabled and non disabled patients in three different settings in Ethiopia. Int J Lepr 1979 ; 66 : 446.
4. ปรีชา ดีสวัสดิ์. งานสาธารณสุขมูลฐานกับงานสุขศึกษา. วารสารสุขศึกษา 2525; 5: 5-10.
5. พัฒน์ สุขจำนงค์. สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์; 2522.
6. ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพ. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์; 2536.
7. ชีระ งามสุด. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศการพิมพ์; 2535.
8. เกียรตินิยม ทิปประสาน. พฤติกรรมการเปิดรับสื่อและการแสวงหาข่าวสารเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในโครงการ หมู่บ้านจุฬาภรณ์พัฒนา. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2541.
9. พรทิพย์ พิมพ์ศิลป์. เอกสารการสอนชุดวิชาการหลักและทฤษฎีการสื่อสาร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2529.
10. Klpper T. The effects of mass Communi-cation. New York : The Free; 1960.

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการเปิดรับสื่อและการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนของประชาชนเรื่องนี้นับว่ามีประโยชน์และคุณค่าดีมากต่อการที่สถาบันราชประชาสมาสัย, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตต่างๆ ตลอดจนสถานบริการสาธารณสุขและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องจะได้นำผลของการวิจัยไปปรับปรุงประสิทธิภาพของการเผยแพร่ข้อมูลโรคเรื้อนผ่านสื่อประเภทต่างๆ ทั้งสื่อเฉพาะกิจ, สื่อบุคคล และสื่อสารมวลชน ทั้งในการเผยแพร่ในช่วงปกติและช่วงของการรณรงค์พิเศษให้สอดคล้องตามประสบการณ์การเคยได้รับข้อมูลและความต้องการรับข้อมูลผ่านสื่อประเภทใดมากน้อยของประชาชน และสอดคล้องตามทฤษฎีเกี่ยวกับสื่อและการรับสื่อที่เกี่ยวข้อง แต่น่าเสียดายที่ผู้วิจัยมิได้วิเคราะห์เชิงสถิติความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านประชากรและสังคมของเจ้าหน้าที่และประชาชน รวมทั้งระดับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนและงานรณรงค์ ต่อระดับความพึงพอใจ เพื่อทราบกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่พึงพอใจที่ชัดเจน เพื่อนำไปพิจารณาในการปรับแก้ยุทธศาสตร์การรณรงค์ป้องกัน นอกจากนั้นการวิจัยพฤติกรรมการเปิดรับสื่อและการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อนเรื่องนี้ยังเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับการวิจัยต่อยอดและเพิ่มเติมต่อไปอีกด้วยสำหรับนักวิชาการและนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาทิในแง่การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากโครงการรณรงค์และสื่อประเภทต่างๆ รวมทั้งการได้ประโยชน์และความพึงพอใจต่อโครงการและสื่อ ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ ภาพพจน์และการยอมรับของประชาชนต่อหน่วยงานในการทำชุมชนสัมพันธ์ ปัจจัยทางสังคมและประชากรและทัศนคติของชุมชนโดยรอบในพื้นที่ บทบาทสื่อบุคคลโดยเฉพาะผู้นำทางสังคม ผู้นำทางความคิดหรือปราชญ์ชาวบ้าน รวมทั้งการวิจัยและการรับฟังความคิดเห็น (research-listening) กลยุทธ์การดำเนินการสื่อสาร และการประเมินผลกิจกรรมสุขศึกษา และประชาสัมพันธ์ประจำกิจกรรมพิเศษ การรณรงค์จัดงานพิเศษ การจัดพนักงานสัมพันธ์และชุมชนสัมพันธ์ ฯลฯ

ทำอย่างไรจึงจะพัฒนาคุณภาพงาน บริการโรคเรื้อนได้อย่างยั่งยืน?

How to Improve the Quality of Leprosy Services on Sustainable Basis?

ศิลาธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, กศ.ม., สม.

Silatham Sermrittirong, M.Ed., MPH

สถาบันราชประชาสมาสัย

Raj Pracha Samasai Institute

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพของงานบริการโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนระยะหลังจากการบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนทางด้านระบาดวิทยา พบว่า ถึงแม้ความชุกโรคจะลดลงเร็วอย่างเห็นได้ชัด แต่อัตราค้นพบผู้ป่วยใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ โดยยังมีการค้นพบผู้ป่วยใหม่ทุกปีในระดับจังหวัดและอำเภอ ณ สิ้นปีงบประมาณ 2547 พบว่ายังมีอีก 1 จังหวัดและ 35 อำเภอที่ความชุกโรคยังสูงและถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ทางด้านนโยบายและทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนพบว่า ผู้บริหารสาธารณสุขส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับโรคน้อยลงเนื่องจากเห็นว่าบรรลุเป้าหมายกำจัดโรคแล้ว ประกอบกับมีปัญหาสาธารณสุขอื่นที่มีอัตราป่วย อัตราตาย และลำดับความสำคัญเร่งด่วนสูงกว่า ส่งผลกระทบให้มีบุคลากรทำงานโรคเรื้อนน้อยลง แต่สำหรับงบประมาณพบว่าไม่มีปัญหามากนัก ทางด้านการบริการโรคเรื้อนพบว่า การบริการโรคเรื้อนได้ผสมผสานเข้ากับงานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ เป็นการกระจายบริการโรคเรื้อนให้ใกล้บ้านผู้ป่วยมากที่สุด แต่เนื่องจากแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบางพื้นที่โดยเฉพาะที่มีความชุกโรคต่ำ มีโอกาสพบผู้ป่วยโรคเรื้อนน้อยมาก ทำให้ขาดทักษะการวินิจฉัยซึ่งส่งผลต่อความเชื่อถือของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาใกล้บ้าน ด้านความตระหนักและมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ชุมชนยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรคเรื้อน ไม่รู้จักอาการเริ่มแรก ทำให้ไปรับการรักษาล่าช้าจนเกิดความพิการ

เมื่อนำผลการศึกษากการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนมาวิเคราะห์ด้วยวิธี SWOT Analysis แล้ว พบว่าสามารถนำจุดแข็งและโอกาส มาแก้ไขจุดอ่อนและบรรเทาภาวะคุกคามเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน โดยได้เสนอกิจกรรมที่ควรคงไว้เพื่อดำเนินการพัฒนาต่อไปให้มีคุณภาพจำนวน 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลหรือบริการผู้ป่วย และกิจกรรมสนับสนุน กิจกรรมการดูแลหรือบริการผู้ป่วยได้แก่ การค้นหาผู้ป่วยใหม่และการรักษา

การป้องกันความพิการ การฟื้นฟูสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ กิจกรรมสนับสนุนได้แก่ การอบรม การนิเทศงาน ระบบระเบียบรายงาน การสนับสนุนยาเคมีบำบัด นอกจากนั้นกิจกรรมที่ผู้วิจัยเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ควรดำเนินการอย่างจริงจังให้เห็นเป็นรูปธรรม คือกิจกรรมการสร้างความตระหนักในชุมชนที่เป็นพื้นที่เสี่ยงและกิจกรรมการวิจัย

Abstract

This analysis research was conducted in order to identify appropriate options to sustain the quality of leprosy services. Methodology used in this research were literature review and SWOT analysis.

After reviewing literature regarding leprosy work in the period of low endemic situation, it has been found that on the epidemiological aspect, the trend of prevalence and case detection rate have not declined consistency with sharply down in prevalence but slowly down in case detection. Meanwhile, the elimination goal has not been achieved yet in 1 province and 35 districts.

Regarding the aspect of policy and resource support, it has been found that little attention was given to leprosy by most of the policy makers since there were other health problems with higher morbidity, mortality and urgency. This resulted in less leprosy worker, however; the budget was sufficient.

On service aspect, it has been found that leprosy services have already been integrated into general health services resulted in better distribution of the services into the community in which the patients resided. In low endemic area, as physician and health worker have little chance to experience leprosy cases resulted in lack of the confidence of community in health facility. This forced leprosy cases to seek care from specialized service far from their houses. On the aspect of community participation and awareness about leprosy, it has been found that there was lack of awareness resulted in delay in presentation and developing of disability.

After analyzing the leprosy services by SWOT methods, it has been found that weakness and threat could be overcome by strength and opportunity in order to improve the quality of leprosy services. Two types of strategic activities have been proposed, they were patient care and support activities. Apart from that, activities proposed to be strengthened were raising awareness in community at risk and research.

คำสำคัญ : โรคเรื้อรัง, โรคเห่อชนิดแรก

Keywords : Leprosy, Reversal Reaction

1. บทนำ

เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางทั้งในระดับประเทศ และระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ว่า งานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยประสบผลสำเร็จอย่างงดงาม เนื่องด้วยประเทศไทยเป็นประเทศแรกในภูมิภาคนี้ที่บรรลุการกำจัดโรคเรื้อนในระดับประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2537⁽¹⁾

การบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อนที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดไว้ว่า จากการที่อัตราความชุกของพื้นที่นั้นๆ ต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 10,000 คนนั้น มีผู้สงสัยว่าทำไมองค์การอนามัยโลกต้องใช้อัตรา 1 ต่อประชากร 10,000 คนในเกณฑ์ อัตรานี้ องค์การอนามัยโลกตั้งขึ้นโดยให้เหตุผลว่า หากอัตราความชุกต่ำกว่าระดับนี้แล้วการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนก็จะลดน้อยลงจนหายไปในที่สุด⁽²⁾ ซึ่งยังไม่พบหลักฐานทางวิชาการใดพิสูจน์ได้ว่าสมมติฐานนี้เป็นจริง

การตั้งเกณฑ์การกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy elimination) โดยองค์การอนามัยโลกนี้ ก่อให้เกิดการคัดค้านจากนักวิชาการโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักวิชาการทางภาคพื้นยุโรปซึ่งทำงานประสานกับองค์กรเอกชนที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วโลก เช่นองค์การเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมต่อต้านโรคเรื้อนนานาชาติ (The International Federation of Anti-leprosy Association : ILEP) ได้มีข้อท้วงติงว่า การที่อัตราความชุกของโรคลดลงอย่างรวดเร็ว ในภาพรวมของโลกและในระดับประเทศ จนหลายประเทศบรรลุการกำจัดโรคเรื้อนไปแล้วนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการลดระยะเวลาการรักษาของโรค จากการที่ผู้ป่วยกินยาแด็บโซนซึ่งต้องรักษาตลอดชีวิต มาเป็นการให้ยาผสมเคมีบำบัด (multi-drug therapy) ซึ่งมีระยะเวลารักษาที่แน่นอน โดยผู้ป่วยเชื้อมาก (multi-bacillary leprosy : MB) กินยาเพียง 1 หรือ 2 ปี ขณะที่ผู้ป่วยเชื่อน้อย (pauci-bacillary leprosy : PB) กินยาเพียง 6 เดือน นอกจากนั้นยังเกิดจากการจำหน่ายผู้ป่วยค้างทะเบียน

ออก (Cleaning of registers) ในขณะที่อัตราความชุกในภาพรวมของโลกลดลงอย่างรวดเร็วด้วยเหตุผลดังกล่าวแล้ว แต่เมื่อมองอัตราการค้นพบผู้ป่วยกลับพบว่าอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ แสดงให้เห็นว่าการแพร่เชื้อยังคงมีอยู่ และงานบริการโรคเรื้อนยังคงต้องดำเนินการต่อไป ถึงแม้ความชุกโรคจะลดลงมากแล้วก็ตาม⁽³⁾

คำว่า กำจัดโรคเรื้อน (leprosy elimination) เป็นคำนิยามที่ก่อให้เกิดทั้งผลดีและผลเสียต่อโครงการควบคุมโรคเรื้อน ผลดีในแง่ที่เป็นการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน องค์การอนามัยโลกใช้เป็นจุดกระตุ้นและเป็นจุดมุ่งมั่น (commitment) ร่วมกันระหว่างประเทศต่างๆ ระหว่างผู้บริหารประเทศ ผู้บริหารโครงการ และผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อน เพื่อร่วมมือร่วมใจระดมทรัพยากรดำเนินงานโรคเรื้อนให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว แต่ข้อเสียที่ตามมา นั่นคือ เมื่อมีการบรรลุเป้าหมายกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จแล้ว ความมุ่งมั่น ความสำคัญของงานโรคเรื้อนลดลง จนถึงขั้นถูกละเลย ทั้งๆ ที่ความจริงแล้ว ผู้ป่วยใหม่และผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อน ยังต้องการการรักษา การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ ทั้งกาย ใจ และสังคมเศรษฐกิจ⁽²⁾

งานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยก็เช่นกัน เมื่อมีการบรรลุเป้าหมายกำจัดโรคเรื้อนในระดับประเทศแล้ว งานโรคเรื้อนเริ่มถูกลดความสำคัญลง ทั้งนี้เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพอื่นที่มีอัตราป่วย อัตราตายสูง และเป็นโรคเรื้อนที่ต้อควบคุมมากกว่า ทำให้งานโรคเรื้อนถูกละเลยในบางพื้นที่ อันมีผลต่อเนื่องมาถึงคุณภาพการบริการที่ให้ผู้ป่วย ดังจะเห็นได้จากอัตราความพิการในผู้ป่วยใหม่หลังระยะกำจัดโรคเรื้อนยังขึ้นลงอยู่ในระดับที่ร้อยละ 9 ถึงร้อยละ 14⁽⁴⁾ สะท้อนให้เห็นถึงความย่อหย่อนของกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยใหม่ การรับยาผสมครบถ้วนมีเพียงร้อยละ 77.29 ในผู้ป่วยเชื้อมาก และร้อยละ 85.11 ในผู้ป่วยเชื่อน้อย

ซึ่งอัตราการรับยาครบถ้วนในผู้ป่วยเชื้อมากนั้น เป็นอัตราที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 85 สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพที่ไม่พอเพียงของกิจกรรม การดูแลรักษาผู้ป่วย⁽⁵⁾

ด้วยความมุ่งมั่นที่จะค้นหาองค์ความรู้เพื่อ ตอบคำถามที่ว่า ภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำนี้ ทำอย่างไรจึงจะพัฒนาคุณภาพงานบริการ โรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัย โดยการค้นคว้าสังเคราะห์ ความรู้จากเอกสาร วิชาการ รายงานประจำปี ผลการประชุมสัมมนา รายงานผลการนิเทศงาน แล้ววิเคราะห์ผลจาก การค้นคว้าและประสบการณ์เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบ ที่ต้องการ

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมในการพัฒนา คุณภาพของงานบริการโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน

3. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผลการศึกษาวิจัย เป็นจุดริเริ่มและ กระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพงานบริการโรคเรื้อน
2. เพื่อให้ผลการศึกษาวิจัยเป็นข้อมูล พื้นฐานและอ้างอิงในการวางแผนปรับปรุง การ ดำเนินกิจกรรมโรคเรื้อนให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

4. วิธีการศึกษาวิจัย

การทบทวนวรรณกรรม (literature review)

5. ผลการศึกษา และอภิปรายผล

5.1 การดำเนินงานและบริการโรคเรื้อน หลังบรรลุเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อน

5.1.1 ด้านระบาดวิทยา (epidemiological aspect) อัตราความชุกจะลดลงได้นั้นเนื่องมา จากปัจจัยหลายประการเช่นการลดระยะเวลา การรักษาผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ใน ทะเบียนรักษาลดลง และการสะสมสะสมทะเบียนผู้ป่วย

(cleaning of registers) จึงเห็นได้ว่าการลดลง ของอัตราความชุกไม่ได้เนื่องมาจากการลดลงของ การแพร่เชื้อหรือการลดลงของผู้ป่วยใหม่เพียงเท่านั้น การที่นำอัตราความชุก (prevalence rate) เพียง อย่างเดียวมาวัดความสำเร็จของงานโรคเรื้อนโดย ไม่ได้นำอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (new case detection rate) มาร่วมพิจารณาด้วยนั้น หากการ ลดลงของอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่สอดคล้องกับ การลดลงของอัตราความชุกที่ลดลงอย่างรวดเร็ว ก็ไม่น่าจะเป็นปัญหา แต่เมื่อนำพิจารณาการลดลง ของทั้งสองตัวชี้วัดมาเปรียบเทียบกันดูในภาพรวม ของโลกจะเห็นว่าขณะที่อัตราความชุกลดอย่างรวดเร็วกลับพบว่าอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ยังอยู่ ในระดับที่ต่ำวิกฤต

สำหรับประเทศไทย จากแนวโน้มของการลด ของตัวชี้วัดทั้งสองจะเห็นได้ว่า อัตราความชุก มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วกว่าอัตราการค้นพบ ผู้ป่วยใหม่ และอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ ที่ว่า มีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงนั้น ยังเป็นที่สงสัยว่าลดลง เพราะไม่มีผู้ป่วยใหม่จริง หรือเป็นเพราะความ ย่อหย่อนของกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยใหม่ เหตุที่ กล่าวเช่นนั้นเพราะว่าหลังจากการรณรงค์กำจัดโรคเรื้อน เพื่อมุ่งเร่งรัดกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยใหม่แต่ละครั้ง จำนวนผู้ป่วยใหม่จะเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ไม่มีกิจกรรมรณรงค์ ถึงร้อยละ 20-27⁽⁶⁾ แสดงให้เห็นว่าถ้ามีการเร่งรัด การค้นหาจริงแล้วยังมีผู้ป่วยใหม่อยู่อีกจำนวนหนึ่ง รอการค้นพบอยู่

แม้ในภาพรวมของประเทศ โรคเรื้อนถือว่า กำจัดได้สำเร็จไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข หรือแม้แต่ ในระดับจังหวัดก็มีเพียงจังหวัดนราธิวาสเพียง จังหวัดเดียวเท่านั้นที่ความชุกโรคยังสูงกว่าเป้าหมาย 1 ต่อ 10,000 ประชากร⁽⁵⁾ แต่ด้วยธรรมชาติของ โรคเรื้อน เป็นโรคที่เกิดในลักษณะเป็นกระจุก (cluster) ดังจะเห็นได้ว่าพื้นที่ใดที่มีความชุกสูง เป็นกะเปาะ (pocket) ของโรคจะมีการพบผู้ป่วยใหม่ อยู่เรื่อยๆ เหตุที่ยังพบผู้ป่วยใหม่อยู่เรื่อยๆ ในพื้นที่

ความชุกสูงเหล่านี้เนื่องจากยังมีการแพร่ติดต่อโรคเรื้อน Beers และคณะ⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาและพบว่า นอกจากผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยที่มีโอกาสติดโรคจากผู้ป่วยแล้ว ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ป่วยเองก็มีความเสี่ยงในการติดโรคด้วย ผลการศึกษานี้สนับสนุนด้วยผลการศึกษาของ G.Ramu⁽⁸⁾ ที่ว่าแม้จะมีการรักษาผู้ป่วยเชื้อมากด้วยยาผสมเคมีบำบัดแล้ว เด็กในครอบครัวนั้นก็ยังเป็นโรคเรื้อน ทั้งนี้เพราะติดโรคจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว จากผลการศึกษาจะเห็นว่าหากการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนถูกละเลย มีความเป็นไปได้สูงที่โรคเรื้อนจะยังเป็นปัญหาในพื้นที่นั้นๆ ตลอดไป ซึ่งตามข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2547 พื้นที่ที่ยังมีความชุกโรคสูงซึ่งมีอยู่ 35 อำเภอใน 16 จังหวัดทั่วประเทศ⁽⁵⁾

นอกจากนั้นโรคเรื้อนเป็นโรคที่มีระยะพักตัวนาน โรคเรื้อนประเภทเชื้อมากมีระยะพักตัว 2-5 ปี ขณะที่โรคเรื้อนประเภทเชื้อมากมีระยะพักตัวถึง 8-12 ปี⁽⁹⁾ ดังนั้นถึงแม้ประเทศไทยจะบรรลุการกำจัดโรคเรื้อนแล้ว ผู้ที่ติดเชื้อโรคเรื้อนในระยะก่อนกำจัด อาจจะปรากฏอาการอีกหลายปีหลังระยะกำจัดโรคเรื้อน หากบริการโรคเรื้อนไม่คงอยู่อย่างมีคุณภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยเหล่านี้แล้ว จำนวนผู้ป่วยใหม่อาจเพิ่ม และความพิการในผู้ป่วยใหม่อาจสูงขึ้น เนื่องด้วยความสำเร็จในการรักษาและขาดการบริการป้องกันความพิการ

โรคเรื้อน ไม่ใช่โรคผิวหนังธรรมดาหรือเป็นเช่นโรคอื่นทั่วไป ตรงที่โรคเรื้อนก่อให้เกิดความพิการหากได้รับการรักษาล่าช้าและไม่ได้รับการป้องกันความพิการ ผลที่ตามมาจากการเป็นโรคเรื้อนนั้นไม่ได้กระทบเฉพาะตัวผู้ป่วยแต่กระทบไปถึงครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ทั้งเรื่องความรังเกียจ กลัว และปัญหาในเรื่องการประกอบอาชีพด้วย ดังที่ Feenstra⁽¹⁰⁾ กล่าวว่า ปัญหาของโรคเรื้อน ไม่สามารถสะท้อนได้จากเพียงการคำนวณจำนวนผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาเท่านั้นแต่ควรจะต้องรวมไปถึง

ปัญหาทางกาย ทางสังคมเศรษฐกิจ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องประสบด้วย ซึ่งนอกจากอัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ที่ใช้เป็นตัวชี้วัดได้ในงานโรคเรื้อน ตัวชี้วัดอีกตัวหนึ่งที่ควรใช้คือจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนและอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งด้านการฟื้นฟูสภาพทั้งทางกายและสังคมเศรษฐกิจ หลังบรรลุการกำจัดโรคเรื้อนผู้ป่วยพิการสะสมเนื่องจากโรคเรื้อนมีอยู่โดยประมาณ 45,000 คน ทั่วประเทศ⁽¹¹⁾ ผู้ได้รับผลกระทบเหล่านี้กำลังต้องการการบริการโรคเรื้อนที่มีคุณภาพเพื่อตอบสนองของความจำเป็นของพวกเขา

5.1.2 ด้านนโยบาย และ ทรัพยากร
สนับสนุนการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อน เมื่อประเทศไทยบรรลุการกำจัดโรคเรื้อน ซึ่งหมายความว่าโรคเรื้อนไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไปแล้ว ประกอบกับมีโรคอื่นที่เป็นปัญหาเร่งด่วน หรือมีอัตราป่วย อัตราตาย สูงกว่าเช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออก และโรคเอดส์ ซึ่งทั้ง 6 โรคนี้ถูกกำหนดให้อยู่ในเป้าหมายการรณรงค์ในการสร้างสุขภาพของรัฐบาล⁽¹²⁾ ทำให้ผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับโรคเรื้อนน้อยลง ซึ่งหมายถึงรวมถึงจำนวนบุคลากรที่จะดำเนินงานโรคเรื้อนที่มีจำนวนน้อยลงและมักจะมีการโยกย้ายบ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนระดับจังหวัด

คำว่ากำจัดโรคเรื้อน (elimination) บางครั้งมักจะถูกเข้าใจสับสนกับคำว่า กวาดล้าง (eradication) ซึ่งคำว่ากวาดล้างนั้น หมายถึงโรคและเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคนั้น หดไปอย่างสิ้นเชิง โรคเรื้อนเป็นโรคที่มีระยะพักตัวนาน และปัจจุบันนี้ยังไม่มีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการวินิจฉัยและรักษาโรคในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ (sub-clinical level)⁽¹³⁾ ดังนั้น จึงไม่สามารถใช้คำว่ากวาดล้างโรคเรื้อนได้ เมื่อบางครั้งคำว่ากำจัดถูกเข้าใจไปในความหมายของคำว่ากวาดล้าง

ผลที่ตามมาก็คือความสนใจในงานโรคเรื้อนจะลดลงหรือหายไปบางส่วนที่ ดังคำถามที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนมักถูกถามอยู่เสมอว่า โรคเรื้อนยังมีอยู่อีกหรือ หรือเห็นว่าโรคเรื้อนกำจัดได้แล้วทำไมยังต้องมีกิจกรรมโรคเรื้อนอีก

องค์กรต่างประเทศที่ให้การสนับสนุนงานโรคเรื้อนในประเทศไทยในระยะก่อนการกำจัดโรคเรื้อนบางองค์กรได้ถอนตัวจากการช่วยเหลือไปช่วยประเทศอื่นที่ยังมีความชุกสูงเช่น มูลนิธิซาซากาวา (Sasakawa Memorial Health Foundation) ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยและสนับสนุนการอบรมของเจ้าหน้าที่ ณ ต่างประเทศ บางองค์กรก็ลดจำนวนงบประมาณในการช่วยเหลือ เช่น องค์กรช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนประเทศเยอรมัน (German Leprosy Relief Association) และองค์กรช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนประเทศเนเธอร์แลนด์ (Netherlands Leprosy Relief) แต่ถึงอย่างไรก็ตามความช่วยเหลือของสององค์กรต่างประเทศนี้ยังคงอยู่ทั้งในแง่สนับสนุนการอบรมทั้งในและต่างประเทศ การวิจัยและการส่งผู้เชี่ยวชาญร่วมนิเทศงานในพื้นที่ นอกจากนั้นองค์กรในประเทศคือมูลนิธิราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์ซึ่งสนับสนุนการดำเนินงานโรคเรื้อนตั้งแต่ต้น ก็ยังคงให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนมาโดยตลอด

ในด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน ถึงแม้ความชุกของโรคต่ำ บุคลากรจะน้อยแต่งบประมาณการดำเนินงานก็ไม่ได้ถูกจำกัดมากนัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในพื้นที่นั้นๆ ในการเสนอปัญหาให้ผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญของกิจกรรม

5.1.3 ด้านการบริการโรคเรื้อน งานโรคเรื้อนได้เริ่มผสมผสานเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขทั่วไปตั้งแต่ พ.ศ. 2527 และผสมผสานครบทุกจังหวัดในปี พ.ศ. 2541⁽⁵⁾ ดังนั้นงานบริการโรคเรื้อนจึงดำเนินการโดยสถานีนามัย โรงพยาบาล

ชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ หน่วยงานที่ทำหน้าที่สนับสนุนด้านยาสมเคมีบำบัด ด้านวิชาการ การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสถาบันราชประชาสมาสัยซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การผ่าตัดแก้ไขความพิการและการฟื้นฟูสภาพอีกด้วย

กิจกรรมหลักของงานโรคเรื้อนคือ การค้นหาผู้ป่วยใหม่ การรักษา การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพจากผลการประเมินงานควบคุมโรคเรื้อนหลังจากการบรรลุการกำจัดโรคเรื้อน⁽¹⁴⁾ พบว่า แพทย์ในบางพื้นที่ยังขาดทักษะในการวินิจฉัย กิจกรรมการป้องกันความพิการ มีให้บริการเพียงบางสถานบริการสาธารณสุขเท่านั้น การฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจสำหรับผู้ป่วยในชุมชน มีให้บริการเพียงบางพื้นที่ในรูปแบบของการสงเคราะห์ อุปกรณ์จำเป็นในการดำรงชีพเป็นครั้งคราว และทุนการศึกษาแก่นุตรผู้ป่วย

ในสถานการณ์ความชุกโรคต่ำโอกาสที่แพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีประสบการณ์ในการวินิจฉัย รักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อน ย่อมมีน้อย ส่งผลให้บุคลากรขาดความรู้ทักษะ จากการศึกษารื่องความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน⁽¹⁵⁾ พบว่าก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยต้องตระเวนไปยังสถานบริการสาธารณสุขหลายแห่งใช้เวลาหลายปี จนกระทั่งพิการ

การที่ผู้ป่วยต้องรอนแรมแสวงหาการรักษา รับการรักษาไกลบ้าน หรือได้รับการรักษาล่าช้า จนก่อให้เกิดความพิการนี้ เป็นการสะท้อนถึงคุณภาพที่ไม่พอเพียงของการให้บริการโรคเรื้อนทั้งด้านของความรู้ทักษะของบุคคลากร และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (accessibility to leprosy service) ซึ่งมีผลต่อความสูญเสียในแง่เศรษฐกิจของผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่าเดินทางเป็นจำนวน

มาก และหากผู้ป่วยเกิดความพิการระหว่างแสงหาการรักษาย่อมเกิดผลต่อสถานะของผู้ป่วยทั้งในแง่สังคมและเศรษฐกิจ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ถึงอย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ที่ความชุกโรคยังสูง ความตระหนักของเจ้าหน้าที่ต่อโรคเรื้อนยังคงมีอยู่ การผสมผสานงานโรคเรื้อนเข้ากับระบบสาธารณสุขช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้าน ซึ่งการสนับสนุนยาผสมเคมีบำบัด จากส่วนกลางมีเพียงพอสำหรับผู้ป่วยทุกราย

5.1.4 ด้านความตระหนักและความมีส่วนร่วมของชุมชน ความตระหนักของชุมชนที่มีต่อโรคเรื้อน ในแง่อาการแรกเริ่ม การรักษาหาย การรักษาฟรี ย่อมส่งผลดีต่อการ ค้นพบผู้ป่วยและให้การรักษาโรคเรื้อนและอาการแทรกซ้อนได้ทันการณ์⁽¹⁶⁾

เมื่อประเทศไทยบรรลุการกำจัดโรคเรื้อน โรคเรื้อนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขต่อไปแล้ว การให้ศึกษาและความรู้แก่ชุมชน จะหันไปให้ความสนใจโรคอื่นที่เป็นปัญหารุนแรง เร่งด่วน มีอัตราป่วย อัตราตายสูง หรือปัญหาอื่นๆ ที่มีความเร่งด่วนกว่า ความรู้ ความตระหนักของชุมชนที่มีต่อโรคย่อมลดน้อยลง ซึ่งจากการศึกษาความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยพบว่า เหตุที่ทำให้ผู้ป่วยล่าช้าในการรักษาอีกสาเหตุหนึ่ง คือการที่ผู้ป่วยขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคเรื้อน⁽¹⁷⁾

อาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนนั้นเป็นเพียงวงต่างขาว ขา ซึ่งเป็นอาการคล้ายโรคผิวหนังธรรมดา การที่ชุมชนไม่รู้จักรักอาการเริ่มแรกของโรคเรื้อนและไม่รู้ผลของการละเลยไม่ไปรับการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะนอกจากผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดความพิการจนเป็นที่รังเกียจแล้ว ยังแพร่เชื้อในชุมชนอีกด้วย

การที่ชุมชนขาดความตระหนัก มีความรังเกียจ ขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน ย่อมส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกระตุ้นผู้ป่วยใหม่ให้เข้ารับการรักษา

การช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพผู้พิการจากโรคเรื้อน

5.2 การวิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็ง ภาวะคุกคามและโอกาส ของการดำเนินงานและให้บริการโรคเรื้อน

เมื่อทำการวิเคราะห์โดยใช้ SWOT analysis จะเห็นว่า จุดอ่อนของการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนคือ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบางพื้นที่ยังขาดความตระหนัก ความรู้ และทักษะเกี่ยวกับโรคเรื้อน 2) กิจกรรมการป้องกันความพิการไม่ครอบคลุมผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อความพิการ ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพที่พอเพียง 3) ในระดับจังหวัดมีการเปลี่ยนแปลงของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโรคเรื้อนสูง 4) ภาวะคุกคามของการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อน คือความสำคัญของโรคเรื้อนถูกจัดอยู่ในลำดับท้าย 5) ชุมชนขาดความตระหนักต่อโรคเรื้อน แต่ถึงจะมีจุดอ่อนและภาวะคุกคามดังกล่าว ก็ยังมีจุดแข็งและโอกาส ที่สามารถมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนได้ จุดแข็ง คือ 1) งานโรคเรื้อนผสมผสานเข้ากับระบบสาธารณสุขทั่วไปทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้าน 2) การสนับสนุนยาผสมเคมีบำบัดเพียงพอ ผู้ป่วยในทะเบียนได้รับยาผสมเคมีบำบัดทุกราย 3) มีหน่วยงานเชี่ยวชาญเฉพาะโรคในส่วนกลางและส่วนภูมิภาครับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนและให้คำปรึกษา 4) ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนระดับเขตมีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานโรคเรื้อนและการเปลี่ยนงานมีน้อยมาก โอกาส คือ 1) ในชุมชนมีเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข 2) รัฐบาลมีงบประมาณเพียงพอสนับสนุนงานโรคเรื้อน 3) มีองค์กรเอกชนทั้งในและต่างประเทศสนับสนุนการดำเนินงาน 4) หน่วยงานฟื้นฟูสภาพผู้พิการในระดับจังหวัด

5.3 กิจกรรมที่ควรดำเนินการในงานโรคเรื้อน

5.3.1 กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลหรือ

บริการผู้ป่วย

5.3.1.1 การค้นหาผู้ป่วยใหม่และการรักษา

การตรวจผู้มีอาการนำสงสัย : เป็นบทบาทของสถานีนามัยในการค้นหาอาการโรคเรื้อรัง โดยตรวจร่างกายประชาชนผู้มารับบริการโรคผิวหนังหรือตรวจร่างกายประชาชนผู้มารับบริการด้วยโรคอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยโรคผิวหนังรายใหม่ หรือผู้มีอาการโรคผิวหนังเรื้อรังเกิน 3 เดือน หรือผู้มีอาการชา กล้ามเนื้อ มือ เท้า ตา อ่อนแรง ผื่นคัน⁽¹⁸⁾ หากพบผู้มีอาการดังกล่าวควรส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้การวินิจฉัย และเริ่มให้การรักษา

การวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษา : คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ มีบทบาทในการ ให้การวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยยาผสมเคมีบำบัด หลังจากให้การวินิจฉัยและเริ่มให้ยาเดือนแรกแล้ว ควรส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลหรือสถานีนามัยใกล้บ้าน เมื่อเริ่มรักษา และทุกครั้งผู้ป่วยมารับยาผสมเคมีบำบัด เจ้าหน้าที่ควรบอกผู้ป่วย ถึงระยะเวลาในการให้การรักษา อาการแทรกซ้อนที่อาจจะมี อาการข้างเคียงของยา เพื่อผู้ป่วยจะได้ทราบล่วงหน้าและไม่คิดว่าเป็น เพราะการรักษาไม่ได้ผลถึงเกิดอาการต่างๆ ตามมา ซึ่งอาจจะทำให้ผู้ป่วยขาดยาได้⁽¹⁹⁾

การตรวจผู้สัมผัส : ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชื้อมากมีโอกาasเป็นโรคเรื้อรังถึง 5-10 เท่า ของบุคคลทั่วไป และเป็น 2 เท่าของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยเชื่อน้อย⁽²⁰⁾ จะเห็นได้ว่าการตรวจผู้สัมผัสมีความจำเป็นอย่างยิ่งและควรตรวจให้ครบทุกคนเพื่อประโยชน์ของผู้สัมผัสเอง หากพบอาการของโรคเรื้อรังจะได้ให้การรักษาแต่เนิ่นๆ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทในการตรวจผู้สัมผัสนี้ควรเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยนั้นรักษาอยู่ หากผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไม่สะดวกในการมาตรวจ เจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยควรเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจผู้สัมผัส

การให้การรักษาและติดตามผู้ป่วย : เมื่อ

ได้รับการวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยควรรับยาผสมเคมีบำบัดที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น สถานีนามัย หรือ โรงพยาบาลชุมชน บางครั้งผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถมารับยาทุกๆ เดือนได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรพิจารณายืดหยุ่นให้ยามากกว่า 1 เดือนได้⁽²¹⁾ แต่ควรจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกินยาสม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา และอาการแทรกซ้อนที่อาจจะมี และควรรับมาพบแพทย์หากเกิดอาการอย่างไรบ้าง หากผู้ป่วยขาดยาเจ้าหน้าที่สถานีนามัยควรติดตามผู้ป่วย หรืออาจจะให้อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยติดตามให้ ควรระมัดระวังกรณีเปิดเผยตัวผู้ป่วย ซึ่งเจ้าหน้าที่ไม่ประสงค์จะบอกให้ใครรู้ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

5.3.1.2 การป้องกันความพิการ

การตรวจหาผู้มีอาการนำสงสัยที่จะเป็นโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ : เจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยหรือของโรงพยาบาล ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรจะได้การอบรมเพื่อให้รู้จักอาการของโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ ทั้งนี้เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการนำสงสัยให้แพทย์ทำการรักษา ก่อนที่จะเกิดความพิการต่อไป

การให้การวินิจฉัยและรักษาโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ : โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัด ควรเป็นหน่วยที่ให้การวินิจฉัยและการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีอาการโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง ควรสามารถตรวจประเมินความพิการได้ตามแบบประเมินความพิการหรือแบบ ปพ.3 และควรมีการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยในการให้รู้จักอาการของโรคเห่อหรือเส้นประสาทอักเสบ การดูแลมือหรือเท้าที่ชาหรือที่พิการแล้ว หากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลจังหวัดให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการโรคเห่อหรือเส้นประสาทอักเสบแล้วยังไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาผู้ประสานงานโรคเรื้อรังเขต

หรือปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคเรื้อน หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถาบันราชประชาสมาสัย

การให้การดูแลพื้นฐานแก่ผู้พิการ : คลินิกป้องกันความพิการ ควรจัดให้มีในสถานีนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อเฝ้าระวังความพิการ และให้สุขศึกษาโดยสอนแนะผู้ป่วยแต่ละรายให้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องวิธี เพื่อป้องกันการเกิดความพิการของตนเองได้ หรือมิให้ความพิการรุนแรงมากขึ้น⁽¹⁸⁾

การให้การดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยพิการที่มีปัญหาแทรกซ้อนรุนแรง : หน่วยงานเชี่ยวชาญเฉพาะเช่น สถาบันราชประชาสมาสัย ซึ่งมีขีดความสามารถในการผ่าตัดแก้ไขความพิการ การดูแลแผลติดเชื้อ การจัดทำรองเท้าและกายอุปกรณ์ แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน ควรยังคงมีไว้ทั้งวัสดุ-อุปกรณ์ที่จำเป็น และควรจัดระบบการประสานจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งส่วนภูมิภาคและส่วนกลางให้เป็นไปด้วยความคล่องตัว และมีขั้นตอนที่ชัดเจน

5.3.1.3 การฟื้นฟูสภาพทางสังคมเศรษฐกิจ

การให้การฟื้นฟูสภาพผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเรื้อนเช่นผู้ที่มีความพิการสะสม 45,000 คนทั่วประเทศ ควรได้ดำเนินการอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมมากขึ้น นักสังคมสงเคราะห์ ทั้งในหน่วยงานกลางคือสถาบันราชประชาสมาสัย ส่วนภูมิภาคคือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรริเริ่มประสานงานเพื่อดำเนินการทั้งในรูปแบบการวิจัย หรือโครงการนำร่อง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อน หรือผู้ที่หายป่วยแล้วแต่ยังได้รับผลกระทบ ได้รับการเหลียวแลและฟื้นฟูสภาพจากหน่วยงานราชการหรือเอกชนที่มีอยู่ในท้องถิ่น

5.3.2 กิจกรรมสนับสนุน

5.3.2.1 การอบรม

ในสภาวะความทุกข์โรคต่ำ ประกอบกับโรคเรื้อนเป็นโรคที่มีลักษณะการเกิดเป็นการกระจุกตัวเป็นหย่อมๆ (cluster) ดังนั้นให้การอบรมเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสามารถและทักษะของบุคคล

การสาธารณสุขนั้น จึงไม่ควรทำในทุกพื้นที่⁽²²⁾ เจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยหรือโรงพยาบาลที่รับผิดชอบพื้นที่ที่มีผู้ป่วยใหม่ย้อนหลังไป 5 ปี ซึ่งถือว่าเป็นพื้นที่ที่ยังเสี่ยงที่จะมีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เกิดขึ้นอีก⁽¹⁸⁾ เท่านั้น ที่ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อน และหลักสูตรก็ควรสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ผู้นั้น การอบรมควรเน้นเพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

การอบรมเพื่อให้สามารถคัดกรองผู้มีอาการนำสงสัยโรคเรื้อน โรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ และเพื่อให้จ่ายยาผสมเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยได้ : เจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยควรได้รับการอบรมเพื่อสามารถคัดกรองผู้มีอาการนำสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน หรือมีอาการของโรคเห่อหรือเส้นประสาทอักเสบในผู้ป่วยที่กำลังรับยา แล้วส่งต่อไปรับการวินิจฉัยที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจังหวัด และอบรมเพื่อสามารถจ่ายยาให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ โดยจ่ายยาให้ผู้ป่วยเชื่อน้อยและเชื่อมากที่จะมีแผนการรักษาต่างกัน รวมทั้งรู้จักให้สุขศึกษาผู้ป่วย ให้รู้จักอาการโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ให้รู้จักอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในพื้นที่ที่ไม่มีผู้ป่วยใหม่ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ควรให้เจ้าหน้าที่รู้จักเพียงอาการของโรคเรื้อน ทั้งนี้หากพบผู้มีอาการนำสงสัยจะได้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัดได้

อบรมเพื่อให้สามารถวินิจฉัย สังการักษา โรคเรื้อน โรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ และอาการแทรกซ้อนได้ : แพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนที่มีพื้นที่เสี่ยงอยู่ในความรับผิดชอบควรได้รับการอบรมเพื่อให้สามารถเป็นแหล่งวินิจฉัย สังการักษาโรคเรื้อน โรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ และอาการแทรกซ้อน สำหรับผู้มีอาการสงสัยที่ถูกส่งต่อมาจากสถานีนามัย

สำหรับแพทย์ในพื้นที่ที่ไม่มีผู้ป่วยย้อนหลัง

5 ปีที่ผ่านมา ควรให้แพทย์รู้จักเพียงอาการของโรคเรื้อรย ทั้งนั้เพือส่งต่อป๋องโรงพยาบาลจังหวด ซึ่งน่าจะเป็นหน่วยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลในพื้นทึ่ทึ่ไม่มีผู้ปวยใหม่ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา เพือให้การวินิจฉัยและเริ่มให้การรักษาผู้ปวย

5.3.2.2 การนัเทศงาน

เมือมีการผสมผลงานโรคเรื้อรยเข้ากับระบบสาธารณสุขทัวป๋อ ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรยคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมึหน้าทึ่รับผิดชอบโรคอื่รยด้วย ดังนั้นการนัเทศงานจึงจำเป็นอย่งยงทั้งนั้เพือรักษาคุณภาพของงานบรการโรคเรื้อรยการนัเทศงานในปัจจุบัรณดำเนินการโดยหน่วยงานส่วนกลาง คือสถาบันราชประชาสมาสัย มึหน้าทึ่นัเทศสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคนัเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวदनัเทศโรงพยาบาลจังหวด โรงพยาบาลชุมชน และสถานอีนามัยในการนัเทศนั้ นอกจากผู้นัเทศควรมึความรู้ความสามารถในงานนั้เนเทศเพือช่วยให้แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการแก่ผู้ปวยโรคเรื้อรยอย่งมึคุณภาพแล้ว ผู้นัเทศควรมึคึลปะในการนัเทศอย่งสร้างสรรค์ ทั้งด้านการถ่ายทอดงาน การช่วยแนะน้าในการแก้ปัญหา ทั้งนั้เพือช่วยให้เจ้าหน้าที่มึความเข้าใจ มึแรงจูงใจในการทำงานอย่งมึประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽²³⁾

5.3.2.3 ระบบระเบียบ รายงาน

ในปัจจุบัรณแบบระเบียบ คือบัตรบัรณทึ่กผู้ปวยโรคเรื้อรยหรือ บัรณ นอ.3 จะถูกเก็บไว้ ณ จุดบ้าบัตโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรยของจุดบ้าบัตนั้ เป็นผู้กรอกหรือลงบัรณ นอ. 3 ข้อมูลทึ่บรรจุใน นอ. 3 จะเก็ยกับข้อมูลส่วนตัวประวัติกการรักษาของผู้ปวย รายชื่อผู้ปวยจะถูกเก็บไว้ในสมุดทะเบียนผู้ปวยเชือมมาก และทะเบียนผู้ปวยเชือน้อยในแต่ละเดือรณจุดบ้าบัตจะต้องทำรายงานเข้าสู่ส่วนกลางคือ รายงานผู้ปวยพบใหม่ รายงานผู้ปวยจำหน้าอยอกจากทะเบียนรักษา และ

แบบรายงานความพึการ⁽²⁴⁾

จากการนัเทศงานโรคเรื้อรย⁽²⁵⁾ จะพบว่าระบบระเบียบรายงานยงไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ในหลายจังหวด บางจุดบ้าบัตไม่มี บัรณ นอ.3 หรือมีแต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ และไม่มึการรายงานผู้ปวยใหม่ รายงานผู้ปวยจำหน้า หรือรายงานอื่รย

ระบบระเบียบรายงานทึ่กล่าวมานั้เป็นระบบทึ่กำหนดโดยหน่วยงานส่วนกลางคือสถาบันราชประชาสมาสัย นอกจากนั้ยังมีระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคด้วยบัรณ รง. 506 ซึ่งมีสำนักกระบาตวิทยาเป็นหน่วยงานกลางรวบรวมข้อมูล ซึ่งโรคเรื้อรยก็เป็รโรคหนึ่งซึ่งถูกกำหนดให้รายงานในระบบ 506 นั้

ระบบรายงานโรคเรื้อรยควรเป็นระบบทึ่ง่ายเพือความสะดวกในการกรอกและรายงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งไม่ได้รับมึคึลปะเฉพาะงานโรคเรื้อรยเพียงอย่งเดียว ข้อมูลทึ่ให้เก็บหรือรายงานควรเป็นข้อมูลทึ่ใช้เป็นตัวชี้วัดทึ่สำคัญในงานควบคุมโรคเรื้อรยเท่านั้น ส่วนข้อมูลทึ่เป็นรายละเอียดอย่งอื่รยควรเก็บโดยโครงการสำรวจ หรือนการนัเทศงาน⁽²⁶⁾

จากการทึ่มีระบบรายงานโรคเรื้อรย 2 ระบบทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการรายงาน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลด้วยนั้รย หน่วยงานกลางทั้งสองหน่วยงาน คือสำนักกระบาตวิทยา และสถาบันราชประชาสมาสัย ควรมึการหารือร่วมกัน เพือให้ได้มาซึ่งระบบทึ่ง่ายต่อการเก็บ มึคุณภาพ และสะท้อนปัญหาทึ่แท้จริงของโรคเรื้อรยได้ นอกจากนั้รย ควรมึการกระตุ้นและชี้แนะให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อรย เห็นความสำคัญของการจัดทำระบบระเบียบ รายงานให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วย

5.3.2.4 การสนับสนุนยาเคมีบ้าบัต

ปัจจุบัรณหน่วยงานส่วนกลางคือสถาบันราชประชาสมาสัยมึหน้าทึ่ในการสนับสนุนยาเคมีบ้าบัตแก่หน่วยงานต่างๆ ทัวประเทศเพือสนับสนุนการให้ยารักษาฟรีแก่ผู้ปวยโรคเรื้อรย เหตุทึ่หน่วยงานส่วนกลางต้องทำหน้าทึ่จัดหาการรักษาโรคเรื้อรยนั้นเนื่องจากการยาทึ่ใช้รักษาโรคเรื้อรย คือ โรแฟมพิซิน

คลอฟาซิมีน และแด็ปโซน นั้นมียาบางตัวคือ คลอฟาซิมีน ไม่สามารถหาซื้อได้ในท้องตลาดทั่วไป ต้องให้บริษัทยาผลิตให้เป็นการเฉพาะเท่านั้น จุดบำบัดที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรักษาอยู่ควรเก็บรักษา ยาผสมเคมีบำบัดให้พอเพียงกับการรักษาผู้ป่วยโดยไม่ให้ผู้ป่วยขาดยา ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะว่าจุดบำบัด ควรมีการเก็บยาให้เพียงพอเพื่อรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ประมาณ 3 เดือน⁽²⁷⁾

นอกจากกิจกรรมบริการผู้ป่วยที่ดำเนินงาน โดยสถานบริการสาธารณสุข และกิจกรรมสนับสนุน ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานผู้เชี่ยวชาญแล้ว มีกิจกรรมอื่นที่ขอเสนอแนะให้คงมีอยู่และดำเนินการ ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้นได้แก่

การสร้างความตระหนักในชุมชน

ในสภาวะความชุกโรคต่ำการให้สุขศึกษา แก่ชุมชนควรเน้นดำเนินการพื้นที่ที่มีผู้ป่วยใหม่ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาหรือที่เรียกว่าพื้นที่เสี่ยง⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้ เพื่อความคุ้มค่าในการดำเนินการ ควรมีการให้ สุขศึกษาแก่สมาชิกชุมชนในโอกาสต่างๆ เช่น นักจัดรายการวิทยุ ครู ผู้นำชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้บุคคล เหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อนรู้ว่า โรคเรื้อนรักษาหายได้ ไม่จำเป็นต้องพิการทุพการาย ซึ่งจะช่วยลดความรังเกียจกลัวโรคเรื้อน และง่าย ต่อการกระตุ้นชุมชนให้มีส่วนร่วมในการค้นหา ผู้ป่วยใหม่ ป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วย

การวิจัย

การวิจัยเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ กระบวนการหนึ่งในการหาคำตอบ แก่ปัญหาและ พัฒนาการดำเนินงาน ควรได้มีการกระตุ้น สนับสนุน ทั้งทางด้านงบประมาณ เวลา และคำตอบแทน ในการทำวิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานวิจัย โรคเรื้อนที่น่าสนใจ เช่น งานวิจัยเพื่อหาองค์ความรู้ พื้นฐาน (new basic knowledge) ซึ่งความรู้นี้ สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือ ในการป้องกันควบคุมโรค งานวิจัยเพื่อสร้างหรือ

พัฒนาเครื่องมือ (new and improved tools) เพื่อใช้ ในการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อน งานวิจัยเพื่อสร้าง หรือพัฒนารูปแบบกลวิธีในการดำเนินงาน (new and improved intervention method) เป็นงานวิจัยที่ สร้างหรือพัฒนารูปแบบกลวิธีในการนำเครื่องมือ ที่มีอยู่หรือที่สร้างขึ้นใหม่ไปปรับใช้ในสถานการณ์ หรือชุมชน และงานวิจัยเพื่อสร้างหรือพัฒนา ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน (new and improved strategies)⁽²⁸⁾

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 การกระตุ้นระดับนโยบาย

หน่วยงานส่วนกลาง คือสถาบันราชประชา สมาลัย ควรได้มีการเสนอผู้บริหารของกระทรวง สาธารณสุข ทุกระดับให้ทราบถึงความจำเป็น ที่จะต้องดำเนินงานโรคเรื้อนต่อไปอย่างมีคุณภาพ เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดตามมาอันเนื่องจาก ความพิการของผู้ป่วย

สถาบันราชประชาสมาลัยควรได้มีการ ประสาน สนับสนุน ให้มีการจัดทำแนวทางในการ ดำเนินงานและบริการโรคเรื้อนในสภาวะความชุก โรคต่ำ เพื่อเป็นข้อเสนอและชี้แนะให้หน่วยงานต่างๆ นำไปปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินงานในพื้นที่ รับผิดชอบของตน

6.2 การดำเนินกิจกรรมที่ดำเนินการ อยู่แล้ว

- หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการ กำกับ ดูแล วางแผน ติดตาม ประเมินผล สนับสนุน ด้านวิชาการ และประสานงาน การดำเนินงาน และบริการโรคเรื้อน ควรติดตามและสนับสนุนให้มี กิจกรรมโรคเรื้อนที่มีอยู่แล้วดังเสนอให้คงไว้ใน ข้อ 5.3 ให้จริงจังและมีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อ ประโยชน์ของผู้ป่วยและผู้ที่ได้รับผลกระทบจาก โรคเรื้อน

6.3 การเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ของเจ้าหน้าที่

ควรมีการจูงใจให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนในระดับต่างๆ ทั้งในระดับส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ได้ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ ด้วยการสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้งบรรยากาศการทำงาน เครื่องมือการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนด้านวิชาการ การให้โอกาสในการพัฒนาตนเอง การเพิ่มพูนความรู้ด้วยการศึกษาอบรมทั้งในและต่างประเทศ

6.4 การร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำ ส่งผลให้ทรัพยากรในการดำเนินงานโรคเรื้อนน้อย การดำเนินงานโรคเรื้อนควรได้มีการประสานการทำงาน ร่วมกับการดำเนินงานโรคอื่น หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

6.5 การแสวงหาความร่วมมือและคงไว้ซึ่งเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศ

สถาบันราชประชาสมาสัย ในฐานะเป็นหน่วยงานกลางซึ่งขณะนี้มีความร่วมมือประสาน และได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านวิชาการ และด้านงบประมาณจำนวนหนึ่ง จากองค์กรต่างประเทศ คือ องค์การอนามัยโลก องค์การสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนแห่งประเทศไทย องค์การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อนแห่งประเทศไทย เยอรมันนี้ ควรยังคงรักษาเครือข่ายเหล่านี้ไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายด้านวิชาการ การสนับสนุนเจ้าหน้าที่ที่รับการอบรมดูงาน องค์กรต่างประเทศที่น่าสนใจในการริเริ่มประสานความร่วมมืออีกองค์กรหนึ่ง ได้แก่ National Leprosarium Oshima Seisho-En แห่งประเทศญี่ปุ่น ซึ่งประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อนและกำลังอยู่ในระยะปลายของการกำจัดโรคเรื้อน ทั้งนี้เพื่อจะได้ศึกษา ดูงาน หรือเรียนรู้ว่าประเทศญี่ปุ่นจัดบริการหรือเฝ้าระวังโรคเรื้อนให้มีคุณภาพได้อย่างไร ในสถานการณ์ความชุกต่ำมากเช่นที่เป็นอยู่ นอกจากนั้นควรแสวงหาเครือข่ายใหม่ซึ่งเป็นประเทศที่มี

สถานการณ์โรคเรื้อนคล้ายประเทศไทย เช่น ประเทศศรีลังกา ประเทศมัลดีฟ ประเทศเวียดนาม ทั้งนี้เพื่อความร่วมมือ แลกเปลี่ยนความรู้วิชาการ และประสบการณ์ในการดำเนินงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานโรคเรื้อนของประเทศไทยทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคกับประเทศต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ชัยวุฒิ บัณฑิต ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่ส่งเสริมให้สถาบันฯ เป็นองค์กรแห่ง Information Technology : I.T. จึงทำให้ผู้วิจัยสะดวกในการศึกษา ค้นคว้าหาข้อมูลผ่านระบบเครือข่ายสากล (internet) ขอขอบพระคุณ นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน หัวหน้ากลุ่มกำจัดโรคเรื้อน ที่กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ ในวิชาการความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องโรคเรื้อน ขอขอบพระคุณ ครูบาอาจารย์ พี่ เพื่อน ผู้ร่วมงานทุกท่านที่ถ่ายทอดความรู้ ความชำนาญ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นทั้งหมดที่กล่าวมานี้ เป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้งานศึกษาวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลงได้

บรรณานุกรม

1. ระดมกำลังขจัดปัญหาโรคเรื้อน 73 อำเภอ 27 จังหวัด. 2005 ; สืบค้นจาก <http://www.msnth.com/msn/news/generaldaily/article1.asp>. 20 มกราคม 2548.
2. Braber KL. An evaluation of GAEL, the global alliance for the elimination of leprosy. *Lepr Rev* 2002; 75: 208.
3. Visschedijk J, Broek J, Eggens H, Lever P, Beers S. and Klayser P. *Mycobacterium leprae*-millenium resistant! Leprosy control on the threshold of new era. *Trop Med Int Health* 2002; 5: 388-99.

4. Raj Pracha Samasai Institute. Country report: leprosy in Thailand, Proceedings of the Inter-country meeting for leprosy programme manager; 2005 Jan 6-8, Kathmandu, Nepal.
5. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเรื้อน, 2547. นนทบุรี. (อัคราณา)
6. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการตรวจรับรองคุณภาพ การกำจัดโรคเรื้อนของจังหวัด. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและครุภัณฑ์; 2547.
7. Beers SM van, Mohammed, Klatser PR The epidemiology of *Mycobacterium Leprae*. Amsterdam: Netherlands Leprosy Relief; 1988.
8. G.Ramu, Clinical leprosy through the last seventy-five years. Indian J Lepr 2000; 72: 199-214.
9. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.
10. Feenstra P and Visschedijk J. Leprosy control through general health services-revising the concept of integration. Amsterdam: Royal Tropical Institute; 2002.
11. กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ. รายงานประจำปี 2540. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2541.
12. กระทรวงสาธารณสุข. ปฏิทินสาธารณสุข 2548. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ สหประชาพานิชย์; 2548.
13. World Health Organization. Question & Answer. 2nd ed. Geneva : WHO 2003.
14. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2542. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2542.
15. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงานผลการเก็บข้อมูล การศึกษาหาสาเหตุความล่าช้าในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ณ จังหวัดอุดรธานี. 2546. (อัคราณา)
16. Mishara RS, Ramesh V and Nigam PK. Leprosy in low endemic areas of India: a appraisal and suggested measures for control. Indian J Lepr 1989 ; 61 : 345-50.
17. Robertson LM, Nicholls PG and Butlin R. Delay in treatment and start treatment in leprosy: experience in and out-patient clinic in Nepal. Lepr Rev 2000; 71: 511-6
18. คู่มือวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา ; 2544
19. Dennis J. Culture and compliance among leprosy patients in Pakistan. Soc Sci J; 29: 802-9.
20. World Health Organization. Report on third meeting of the WHO technical advisory group on elimination of leprosy. Paris: WHO; 2002.
21. World Health Organization. WHO Expert committee on leprosy : sixth report. Geneva: WHO ; 1988
22. Smith CM and Smith WSC. Chemo-prophylaxis is effective in the prevention of leprosy in endemic countries: systematic review and meta-analysis. J Infect 2000 ; 41: 137-42
23. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือนิเทศงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2532
24. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. การจัดทำแบบประเมิน ทะเบียน และรายงาน. เอกสารประกอบการอบรมวิชาการโรคเรื้อนสำหรับผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด; 2546. (อัคราณา)

25. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. รายงานผลการนิเทศงานโรคเรื้อรัง; 2547. (อัตลํานา)
26. Organization of leprosy services. Lepr Rev 2002; 73: suppl 1 : 53-62.
27. World Health Organization. Guideline for leprosy elimination monitoring. Geneva, WHO; 2000.
28. The UNICEF-UNDP-WORLD Bank. Strategic emphases for research: priorities and strategic emphases for TDR supported research on leprosy. Available from <http://www.who.int/tdr/about/products/def1.htm>. accessed May, 2004.

งานวิจัยเชิงวิเคราะห์จากการใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมเรื่องนี้ของคุณศิริธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ นับว่าเป็นผลงานที่มีคุณค่าอย่างยิ่งในเชิงการวิเคราะห์ระบบงานบริการโรคเรื้อรังทั้งระบบ (system analysis) ได้อย่างลึกซึ้งและนำผลการวิเคราะห์เชิง SWOT-analysis มานำเสนอทางเลือกที่เหมาะสมต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพของงานบริการโรคเรื้อรังต่อไปอย่างยั่งยืน ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้กำหนดนโยบายผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องทุกระดับในระบบสุขภาพที่บูรณาการงานบริการโรคเรื้อรังจะได้ นำผลการวิเคราะห์และทางเลือก ตลอดจนข้อเสนอนี้ไปพิจารณาประยุกต์เพื่อปรับและพัฒนาคุณภาพงานบริการโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนในสภาวะความชุกโรคต่ำหลังการกำจัดโรคเรื้อรังได้ไม่พบปัญหาสาธารณสุขต่อไป

คุณภาพของงานวิจัยเรื่องนี้ สะท้อนคุณภาพและศักยภาพอันสูงส่งของคุณศิริธรรมผู้วิจัยได้เป็นอย่างดี สมกับที่ศึกษาสำเร็จได้ปริญญา M.P.H. ด้าน Health Development จากประเทศเนเธอร์แลนด์ และสมเด็จพระราชินีนาถของสมเด็จพระราชบิดาที่ว่า "การศึกษาเรียนรู้อย่างเดียวยังไม่พอ แต่ต้องอยู่ที่การนำความรู้ที่ศึกษามาประยุกต์ใช้ประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ จึงจะถือว่าเป็นความสำเร็จที่แท้จริง" คุณศิริธรรมจึงเป็นตัวอย่างของนักวิชาการที่ดีที่พัฒนาตนเองและใช้ประโยชน์ความรู้ที่ได้ศึกษามาประยุกต์พัฒนาต่อ เพื่อเป็นบุคลากรแห่งการเรียนรู้และความรู้ และพัฒนาองค์กรให้เป็น "องค์กรแห่งการเรียนรู้และความรู้" เพื่อการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

น่าเสียดายที่คุณศิริธรรมตั้งชื่องานวิจัยนี้เป็นเชิงคำถาม หรือสมมติฐานที่แม้จะเข้าใจง่ายชัดเจนถึงวัตถุประสงค์และสะท้อนการท้าทาย (challenges) ที่ดีก็ตาม แต่ในแง่วิจัยอาจทำให้คุณค่าของงานวิจัยดูจะด้อยลงไปในตัวส่วนตัวของผู้วิจารณ์ เพราะแม้ที่จริงแล้วเป็นการวิเคราะห์เชิงระบบและ SWOT-analysis ที่มีคุณค่ามากและให้ทางเลือกที่เหมาะสมและครบถ้วนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนหลังกำจัดโรคเรื้อรัง รูปแบบของงานวิจัยจึงเป็นลักษณะของ "การวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการโรคเรื้อรังหลังกำจัดโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืน" ซึ่งน่าจะใช้เป็นชื่อของงานวิจัยเรื่องนี้ เพราะเป็นการทำ SWOT-analysis เพื่อทำ SWOT-matrix และกำหนด strategies ต่างๆ ต่อไป ดังนั้นถ้าคุณศิริธรรมจะปรับปรุงกรรมทางเลือกต่างๆ ของบริการโรคเรื้อรังให้เป็นในรูปแบบของ strategies ที่ชัดเจนและครบถ้วนเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมหรือแผนปฏิบัติการต่างๆ อย่างละเอียด ก็จะเป็นการเสนอแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพบริการโรคเรื้อรังหลังกำจัดโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนที่สามารถนำไปขยายผลและประยุกต์ใช้ได้จริง และถ้าสามารถกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจนได้ด้วยก็จะสามารถติดตามประเมินผลเชิงคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันราชประชาสมาสัยจึงสมควรใช้ประโยชน์ของงานวิจัยที่มีคุณค่าชิ้นนี้ไปขยายผลให้เป็นการวางแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพบริการโรคเรื้อรังหลังกำจัดโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนดังกล่าวแล้วโดยการจัดเวทีการระดมพลังสมองผู้เกี่ยวข้อง เช่น การจัดประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น เพื่อผลักดันให้ได้ยุทธศาสตร์ที่เป็นรูปแบบและครบถ้วนต่อไป

ศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต
บรรณาธิการ

อาการปวดเส้นประสาทส่วนปลายที่เสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อน

Neuropathic Pain in Leprosy Patients

กฤษฎา มโหทาน

พ.บ., ว.ว. (ตจวิทยา), วท.ม. (ระบาดวิทยาคลินิก)

สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Krisada Mahotarn

M.D., M.Sc. (Clinical Epidemiology)

Certified Board of Dermatology

Raj Pracha Samasai Institute

Department of Disease Control

คำสำคัญ : อาการปวดเส้นประสาทที่เสื่อม, ผู้ป่วยโรคเรื้อน

Keywords : Neuropathic pain, Leprosy patients

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อ *Mycobacterium leprae* ซึ่งก่อให้เกิดอาการโรคเรื้อนระยะแรกจากการทำลายผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย⁽¹⁾ แม้ว่าประเทศไทยจะสามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขนับแต่ปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา (อัตราความชุกต่ำกว่า 1 ต่อ 1 หมื่นประชากร ตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก)⁽²⁾ โดยลดอัตราความชุกจาก 50 ต่อประชากร 1 หมื่นคนในปี 2500 ลงเหลือเพียง 0.3 ต่อประชากร 1 หมื่นคนในปี 2546 แต่ปัญหาความพิการชัดเจน (เกรด 2) ทั้งในผู้ป่วยเก่าที่ยังลงทะเบียนรักษาและผู้ป่วยที่พบใหม่ซึ่งพบในอัตราร้อยละ 17.75 และ 12.50 ตามลำดับในปี 2546⁽³⁾ สะท้อนถึงปัญหาความพิการอันเกิดจากการทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเนื่องจากการเกิดอาการปวดเส้นประสาทส่วนปลายที่เสื่อมและอักเสบ (neuropathic pain)

บทความนี้จึงมุ่งทบทวน ความรู้ ความก้าวหน้าของการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับกลไกและ

ลักษณะทางคลินิกของการเกิดอาการปวดเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งการวินิจฉัยและรักษา เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับแพทย์และนักวิชาการ ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัย และรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน รวมทั้งนักวิจัยที่สนใจศึกษา ได้นำไปศึกษาวิจัยเพิ่มเติมและประยุกต์ใช้ประโยชน์เท่าที่ควรต่อไป เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อน สมดังพระราชปณิธาน

การเกิดและการทำลายเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วยโรคเรื้อน

รูปแบบของการเกิดและทำลายเส้นประสาทส่วนปลายจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยโรคเรื้อนแต่ละชนิด ทั้งในทางพยาธิวิทยาและทางคลินิก โดยในชนิดทิวเบอร์คิวโลซด์ ซึ่งภูมิคุ้มกันระบบ cell mediated immunity ค่อนข้างสูงจะพบลักษณะทางพยาธิวิทยา พบมีแกรนูโลมาซึ่งประกอบด้วย epithelioid cells และมี lymphocytic infiltrate ที่หนาแน่นมากอยู่รอบๆ เส้นประสาทในและได้

ผิวหนัง ทำให้เส้นประสาทถูกทำลาย⁽⁴⁾ เนื่องจากการลุกลามของแกรนนิวโลมาเข้าไปแทรกซึมทำลาย endoneurium และเกิด fibrosed epineurium ทั้งนี้ มักเกิดและทำลายเส้นประสาทส่วนปลายเพียงเส้นเดียว (Mononeuropathy) และอาการปวดเส้นประสาทส่วนปลายเกิดจากการเกิดฝีในเส้นประสาท intraneural abscess ที่ถูกทำลาย⁽⁵⁾

ส่วนการเสื่อมและถูกทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายในผู้ป่วยชนิดเลปโรมาตัส (lepromatous neuropathy) ซึ่งภูมิต้านทานระบบ cell mediated immunity จะต่ำมากหรือไม่มีเลย แต่มีระบบ humoral immunity สูง ลักษณะทางพยาธิวิทยาจะพบแกรนนิวโลมาซึ่งประกอบด้วย foamy histiocytic infiltrate ซึ่งไม่มี lymphocytes เลย แทรกซึม บริเวณผิวหนังทั่วไปและรอบๆ เส้นประสาท ทำให้บีบรัดและเกิดการทำลายเส้นประสาทอย่างช้าๆ โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยปวดเส้นประสาทในระยะแรก เส้นประสาทจะถูกทำลายทีละน้อยจาก bacillation ของ Schwann cells และตามด้วย foamy degeneration และ demyelation และการถูกทำลายของ axis cylinder ตามด้วย wallerian degeneration⁽⁶⁾ โดยไม่ค่อยมีการอักเสบอย่างในชนิดทิวเบอร์คิวโลอยด์ ต่อมาเส้นประสาทจะเกิด fibrosis และ hyalinization ตามมา^(7,8) เส้นประสาท ที่ถูกทำลายมักพบปอยในเส้นที่อยู่ตื้นๆ ในบริเวณที่ อุณหภูมิร่างกายเย็นมากๆ เช่น ใบหน้า สะบัก และปลายแขนขาหรือมือเท้า ซึ่งเป็นบริเวณร่างกายที่เชื้อโรคเรื้อนชอบเจริญและแบ่งตัวได้ง่าย⁽⁵⁾

สำหรับการเสื่อมและทำลายเส้นประสาทส่วนปลายในชนิดบอร์เดอร์ไลน์ (borderline neuropathy) จะพบลักษณะเฉพาะชัดเจน โดยบริเวณแกรนนิวโลมาที่เป็นเส้นๆ รอบเส้นประสาท ซึ่งทำให้เกิด bacillated Schwann cells ที่หนาแน่นมาก โดยการทำลายเส้นประสาทมีลักษณะผสมผสานระหว่างเลปโรมาตัสและทิวเบอร์คิวโลอยด์ ทำให้เส้นประสาทส่วนใหญ่ถูกทำลายอย่างกว้างขวาง

โดยเฉพาะมักเกิดเส้นประสาทส่วนปลายอักเสบอย่างเฉียบพลัน (acute neuritis) เมื่อผู้ป่วยเกิดโรคเหือชนิดแรก (reversal reaction) เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพมี oedema ของ epithelioid cell granuloma ที่บวมและกดรอบเส้นประสาท ทำให้ Schwann cells ที่เหลืออยู่ถูกบีบรัดมากจึงทำให้เสื่อมเสียหายที่อย่างรวดเร็ว ส่วนมากมักเกิดการอักเสบและทำลายของเส้นประสาทส่วนปลายหลายๆ เส้นพร้อมกัน ทำให้เสียหายที่ของทั้ง motor และ sensory involvement และของเส้นประสาทย่อยในบริเวณผิวหนังด้วยทำให้เกิดอาการทางคลินิกตามมา เช่น เกิดอาการมือ เท้า ชา เป็นต้น⁽⁹⁻¹⁰⁾

กลไกทั่วไปของการเกิดอาการปวดที่เส้นประสาทที่เสื่อมและถูกทำลาย (neuropathic pain)

สมาคมนานาชาติเพื่อการศึกษาการปวด (International Association For The Study of Pain : IASP) ได้นิยาม neuropathic pain หมายถึงสภาพการเจ็บปวดที่เริ่มเกิดขึ้นจากรอยโรคแรกหรือการเสียหายที่ของระบบประสาทส่วนปลาย (peripheral nervous system) หรือส่วนกลาง (central nervous system)⁽¹¹⁾ และบางครั้งยังหมายถึงการเสียหายที่ดังกล่าวที่ไม่สามารถกลับคืนปกติได้ ดังนั้น Neuropathic pain จึงบ่งชี้ถึงความผิดปกติที่ถาวร ภาวะ neuropathic pain จะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของรอยโรค โดยถ้าเกิดจากพยาธิสภาพหรือสาเหตุจากระบบประสาทส่วนกลาง เช่น การปวดหลัง เส้นเลือดในสมองแตก หรือการบาดเจ็บของไขสันหลัง หรือสาเหตุจากระบบประสาทส่วนปลาย เช่น จาก polyneuropathies หรือการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย รวมทั้งอาจเกิดจากสาเหตุทั้งระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลาย เช่น post-herpetic neuralgia เป็นต้น จึงสรุปได้ว่าแต่ปรากฏการณ์ทางกายวิภาค หรือทางสรีรวิทยาของระบบประสาท

ความชุกของ neuropathic pain ปกติจะผันแปรไปตามตำแหน่งของรอยโรคและกลุ่มของผู้ป่วย เช่น จะพบการปวดเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยจาก traumatic nerve injury⁽¹²⁾ ขณะที่พบอาการปวดเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยด้วย syringomyelia⁽¹³⁾ จึงยังอธิบายไม่ได้ แม้ในผู้ป่วยด้วย nerve injuries คล้ายคลึงกันก็อาจมีอาการปวดหรือไม่ปวดแตกต่างกันได้ การศึกษาในสัตว์พบว่า ความเสี่ยงของการเกิด neuropathic pain หลังจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายอาจเกิดจากพันธุกรรม โดยจากการศึกษากลไกทางพยาธิสรีรวิทยา ก็ยังอธิบายบทบาทของปัจจัยทางพันธุกรรมต่อความแตกต่างของภาวะการปวดไม่ได้ชัดเจน⁽¹⁴⁾

กลไกของ neuropathic pain ซึ่งยังไม่ได้รับการค้นพบอย่างสมบูรณ์ โดยสาระสำคัญอยู่ที่การเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและหน้าที่ของเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการของโรคต่างๆ กลไกแบบต่างๆ สามารถจำแนกชนิดได้จากการศึกษารูปแบบการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลายในสัตว์ทดลอง⁽¹⁵⁾ โดยพบว่ามี abnormal neuronal activity ใน primary afferents และใน dorsal root ganglion ซึ่งสัมพันธ์กับการมี sodium channels จำนวนที่เพิ่มขึ้นใน nerve cell membrane กลไกด้านเส้นประสาทส่วนปลายเกิดจาก pathological fibre interaction โดยมีการสร้าง abnormal connection ระหว่างแต่ละ afferents และ nociceptor sensitization ซึ่งทำให้มี ongoing discharge ใน nociceptor endings แม้จะไม่มี noxious stimulation ก็ตาม⁽¹⁵⁾ การที่ sensitivity ของ nociceptor endings เพิ่มขึ้นแสดงถึงว่าแม้ non-noxious stimuli ที่ผ่านมาก็ไม่รุนแรงก็สามารถ activate nociceptor จนทำให้เกิดการปวดได้⁽¹⁶⁾ สำหรับการศึกษา หน้าที่เส้นประสาทส่วนปลายในคนยังคงค่อนข้างจำกัด แต่จากการศึกษาล่าสุดใน single nerve fibre studies ก็ยืนยันว่ามี การเพิ่ม activity และ sensitization ของผู้ป่วยผู้มี

อาการปวดเรื้อรัง⁽¹⁷⁾

ลักษณะเฉพาะอื่นๆ ของ neuropathic pain ได้แก่ การเกิด weakness ของ central inhibitory mechanism โดย descending inhibitory pathways จาก brain stem และ midbrain nuclei เป็นตัว modulate signal transmission ใน dorsal horn นอกจากนั้นยังพบว่า sensitization ยังสามารถเกิดขึ้นได้ในระดับของระบบประสาทส่วนกลาง โดยบทบาทสำคัญจากมี activation ของ N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptors, central sensitization จึงหมายความว่า การทำให้เกิดการปวดประสาทเนื่องจากการเพิ่มใน central processing circuits เช่นจาก spontaneous impulse initiation⁽¹⁶⁾ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ anatomic reorganization และ hyperexcitability ของ central nociceptive neurous ด้วย⁽¹⁵⁾ ดังนั้นเมื่อเกิด central sensitization โดย input ที่ผ่าน non-nociceptive afferent fibres จึงสามารถ trigger pain ได้ ขณะเดียวกันพบว่า Apoptosis สามารถกระตุ้นให้เกิด neuronal sensitization และเกิด loss ของ inhibitory systems ได้ด้วย การไม่กลับคืนปกติของอาการปวดจึงสอดคล้องกับลักษณะการปวดเรื้อรังของภาวะ neuropathic pain ส่วนใหญ่⁽¹⁶⁾

ลักษณะเฉพาะอื่นๆ ของ neuropathic pain ได้แก่ relative weakness ของ central inhibitory mechanism โดยที่ descending inhibitory pathways จาก brain stem และ midbrain nuclei เป็นตัว modulate signal transmission ใน dorsal horn ดังนั้นทั้ง monoaminergic และ adrenergic system จึงเกี่ยวข้องใน modulation ดังกล่าว⁽¹⁹⁾ การ sensitization ยังเกิดได้ด้วยที่ระดับระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมี activation ของ N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptors เป็นตัวทำหน้าที่ ส่วนกลาง โดย central sensitization ทำให้เกิดการปวดประสาทเนื่องจากการมี increased gain ใน central processing circuits จาก spontaneous

impulse initiation⁽¹⁶⁾ และนำไปสู่ anatomic reorganization และ hyperexcitability ของ central nociceptive neurons⁽¹⁵⁾

ผลของการทำลายระบบประสาท หรือ การเกิด dysfunction ทำให้เกิดผลของปรากฏการณ์ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับว่า functional system ถูกกระทบกระเทือนเพียงไร ดังนั้นในผู้ป่วยที่เกิด neuropathic pain จึงมักแสดงอาการได้หลายแบบทั้งที่มีและไม่มีอาการทาง sensory และ motor และ autonomic symptoms ตัวอย่างเช่น hypoaesthesia จัดเป็น negative sensory phenomenon ขณะที่ paraesthesia และ dysaesthesia จัดเป็น positive sensory phenomena อาการปวดอาจประกอบด้วยหลาย องค์ประกอบ เช่น อาจปวดติดต่อกัน และปวดแบบปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือปวดแบบปวดธรรมดา หรือปวดเป็นพักๆ หรือปวดตลอด อาการปวดอาจค่อยเป็นค่อยไป โดยไม่เกี่ยวกับสิ่งเร้า (stimulus-independents) หรือกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า ต่างๆ (stimuli-dependents)⁽²⁰⁾

การเกิด neuropathic pain ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากโรคเรื้อรังทำให้เกิดอาการเสียความรู้สึก จึงอนุมานได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่น่าจะมีอาการปวด แต่การปวดเส้นประสาทส่วนปลาย dysaesthesia และ paraesthesia อาจเป็นอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั้งระหว่างรับการรักษาและหยุดการรักษา ทำให้มีการใช้ยาแก้ปวดกันมาก ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้วัดถึงปัญหาของ neuropathic pain ได้ดี⁽²¹⁾

ก. อาการปวดที่ตัวเส้นประสาทส่วนปลาย

อาการปวดอย่างเฉียบพลันของเส้นประสาทส่วนปลายเส้นเดียวหรือหลายเส้นมักพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่เกิดระหว่างมีอาการแทรกซ้อน เช่น โรคเหน็บ และเส้นประสาทอักเสบ (neuritis) อันเป็นผลจาก entrapment ของ oedematous

inflamed nerve ใน fibro-osseous tunnels ของ ร่องกระดูก^(5, 22-23) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง neuritis ของ cutaneous nerves มักจะปวดมาก⁽²⁴⁾ ผิวของเส้นประสาทส่วนปลายอาจเกิดได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกชนิด โดยเกิดทั้งที่เส้นประสาทส่วนปลาย และ cutaneous nerves⁽²⁵⁾ ซึ่งจะปวดอย่างรุนแรงมาก และมักหายได้เอง หรือใช้ยาลดอาการปวด เช่น steroids หรือการบำบัดวิธีอื่น เช่น ยาแก้ชัก และ immobilization หรือ surgical intervention เช่น nerve decompression

เนื่องจากอาการปวดเปลี่ยนจาก neuro-genic สู่ neuropathic จึงทำให้ปวดเรื้อรังและไม่หายเองได้ แต่แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักไม่ค่อยสนใจ และเห็นความสำคัญของการปวดเรื้อรังดังกล่าว ทั้งที่ราวร้อยละ 50 เป็นอาการปวดที่ต่อเนื่อง⁽²⁶⁾

การศึกษาล่าสุดจากการประเมินผู้ป่วยที่บราซิล 303 ราย ที่ส่งต่อมายังศูนย์ส่งต่อพบว่า 174 ราย (ร้อยละ 57) มีอาการ neuropathic pain และ 84 ราย (ร้อยละ 48) ปวดรุนแรงมาก โดยพบว่าปวดเส้นประสาทส่วนปลายหนึ่งเส้นหรือหลายเส้น ร้อยละ 58 ปวดที่เส้นประสาท ulnar และร้อยละ 28 ที่ tibial nerve ในผู้ป่วย 47 ราย (ร้อยละ 27) พบมี polyneuropathic distribution แบบ glove-like ตามปลายมือ ในผู้ป่วย 47 ราย (ร้อยละ 27) และแบบ sock-like ตามปลายเท้าในผู้ป่วยอีก 47 ราย⁽²⁷⁻²⁸⁾

ข. sensory disturbances

มีอาการ เช่น dysaesthesias, paraesthesias หรือ allodynia ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางรายมีอาการ tingling sensation ทำให้ไม่สบาย และปวด ในแบบของ dysaesthesia และตามด้วย glove และ stocking-distribution, allodynia ซึ่งเป็นการปวดจากสิ่งเร้า (stimulus) ซึ่งปกติมักไม่กระตุ้นให้เกิดการปวดได้ ก็พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางราย ในผู้ป่วยดังกล่าวตรวจพบเส้นประสาทต่างๆ โตและ

กดเจ็บ เช่น cutaneous femoral nerve, common peroneal และ posterior tibial nerve โดยไม่พบมีผีในเส้นประสาท⁽²⁹⁾

ค. pathogenesis ของ neuropathic pain ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ส่วนมากความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึกสัมผัส ทำให้ไม่สามารถรับรู้การกระตุ้นด้วย tactile stimuli mechanical และ thermal pain จึงแสดงว่ามีการทำลายของ Ab, Ad, C fibres ที่ตำแหน่งที่เกิดอาการปวด ในรายที่เกิดการเสียความรู้สึกสัมผัสร่วมกับเกิดอาการปวด แสดงว่าเกิด peripheral deafferentation เช่น อาการปวดเนื่องจากการเสีย sensory input ในระบบประสาทส่วนกลางซึ่งเกิดได้ในรอยโรคแบบต่างๆ ของเส้นประสาทส่วนปลาย แต่ถ้าพิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยที่มีอาการปวดขณะที่ sensory function ยังปกติอยู่ แสดงว่าน่าจะมีกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย⁽²⁶⁾ โดยอาจมีกลไกดังกล่าวได้หลายรูปแบบ เช่น ประการแรกผู้ป่วย เหล่านี้อาจมี small-fibre sensory neuropathy (SFSN) ดังนั้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะแรกจึงมักเสียความรู้สึกเจ็บ และร้อนเย็น (pain and temperature sensation) ตามด้วยการเสียความรู้สึกสัมผัสและ หนักเบา (tactile and pressure sensation)⁽⁵⁾ การเชื่อมโยงแบบลูกโซ่ของการเสื่อมของประสาทสัมผัส จึงช่วยอธิบายถึง early involvement ของ small fibres เนื่องจากเกิด invasion ของเชื้อโรคเรื้อรัง โดยมีอาการ pain และ dysaesthesia พบได้บ่อย ทั้งใน acquired และ idiopathic SFSN ในผู้ป่วยดังกล่าว การวิเคราะห์ทาง morphometric ของ cutaneous nerves โดยวิธีทาง immuno-histochemistry พบว่าอาจมีหรือไม่มีการลดต่ำลงของ intraepidermal nerve fibres ได้ ซึ่งการลดต่ำ ดังกล่าวพบได้ในโรคอื่นๆ ด้วย เช่น diabetic neuropathy⁽³⁰⁾, Fabry disease⁽³¹⁾, systemic lupus erythematosus⁽³²⁾ และ HIV infection⁽³³⁾ เนื่องจาก มี neuropathies เฉพาะใน fibre

ขนาดเล็ก

การเกิด neuropathic pain ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังสามารถอธิบายได้จากผลกระทบของการเคยเกิดโรคเห่อ, เส้นประสาทอักเสบ และการอักเสบมาก่อนเป็นผลให้เกิด fibrosis ของเส้นประสาทและเสี่ยงต่อการที่จะบีบรัดเส้นประสาทต่อไป⁽³⁴⁾ ผู้ป่วยบางคนอาจยังคงเกิดอาการเส้นประสาทอักเสบเรื้อรังอยู่ ทำให้ปวดเส้นประสาท การตรวจทางจุลพยาธิวิทยาของเส้นประสาทส่วนปลาย ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการอักเสบและปวดประสาทดังกล่าว แต่ตรวจพบโปรตีนของเชื้อโรคเรื้อรังและ lipid antigen ในผิวหนังและเส้นประสาทเมื่อผู้ป่วยเกิดโรคเห่อชนิดแรกอย่างเฉียบพลัน⁽³⁵⁾ โดยแอนติเจนดังกล่าวที่คงพบอยู่นานน่าจะเป็นสาเหตุของการเกิด late chronic neuritis การอักเสบตามตัวเส้นประสาทส่วนปลายเองทำให้เกิด ectopic activity ในประสาทดังกล่าว สภาพการอักเสบในอดีตและปัจจุบัน จึงเป็นแหล่งสาเหตุของ central sensitization ซึ่งทำให้เกิด chronic neuropathic pain⁽³⁶⁾ นอกจากนั้น delayed vasculitis neuropathy อาจถูกกระตุ้นโดย persisting mycobacterial antigen ได้แต่พบได้น้อยมาก⁽³⁷⁾ ในผู้ป่วย HIV และ rheumatoid arthritis พบว่าการเกิด vasculitic neuropathies มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบอาการปวดที่เส้นประสาทดังกล่าว

ในรายที่อาการอยู่ระยะ acute ภาวะการปวดดังกล่าวจะเกิดทั้งจากอาการปวดชนิด neurogenic และ nociceptive สำหรับผู้ป่วยที่ปวดไม่หายจากเป็น chronic neuropathic pain และมีความผิดปกติของประสาทระบบสัมผัสอย่างถาวร จนถึงปัจจุบันยังไม่ทราบว่ามีโอกาสที่อาการปวดของเส้นประสาทส่วนปลายแบบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะหายดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งการปวดเรื้อรังตามมามีได้บ่อยเพียงไร ข้อมูลในภาพรวมของความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เกิด neuropathic pain ก็ยังไม่ทราบชัดเจนเช่นกัน⁽²⁰⁾

การวินิจฉัย neuropathic pain

การวินิจฉัยการเกิด neurogenic หรือ neuropathic pain⁽²⁰⁾ อาศัยกระบวนการเชิงตรรกะที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากประวัติการรักษาผู้ป่วย การตรวจพบทางคลินิก รวมทั้งถ้าจำเป็นจากการใช้วิธีการเพิ่มเติมเพื่อค้นหาตำแหน่งของกระบวนการอาการปวดหรือรอยโรค เพื่อหาเหตุผลหรือสาเหตุของการปวดในกรณีที่ปัญหาสามารถแก้ไขให้หายปวดได้ เช่น nerve entrapment, nerve compression หรือจากกระบวนการอักเสบเฉพาะบริเวณ การวินิจฉัยให้ถูกต้องแต่ต้นจะนำไปสู่การรักษาให้หายได้

หลักสำคัญของการวินิจฉัย ได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอาการเริ่มเป็น (onset) และความก้าวหน้าของอาการ ควรซักประวัติให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน รวมถึงความเกี่ยวข้องกับสภาวะโรคในปัจจุบัน และการถามประวัติเกี่ยวกับ trauma และ exposure ต่อ toxic agents ด้วย

ตำแหน่งของอาการปวดสามารถถามและบันทึกได้ง่ายๆ โดยการเขียนภาพแสดงตำแหน่งที่ปวดให้ผู้ป่วยบอกบริเวณการกระจายของอาการปวดชนิดต่างๆ บนแผนที่แสดงตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย โดยสามารถวัด pain intensity ได้โดยใช้ visual analog scale (VAS) และ numerical rating scale ตัวอย่างเช่น ใช้ Likert scale 0-10 หรือใช้ verbal rating scale เช่น 0-mild-moderate-severe-intolerable เป็นต้น วิธี VAS นิยมใช้ลากเส้นตรงยาว 10 ซม. บนแผ่นกระดาษและเขียนที่มุมข้างซ้ายว่า "ไม่ปวด" และปลายข้างขวาว่า "ปวดมากที่สุด"⁽³⁸⁾ การใช้ VAS โดยถามผู้ป่วยว่าปวดมากน้อยและให้ผู้ป่วยเขียนเครื่องหมายลงบนเส้นตรงดังกล่าวเพื่อแสดงปริมาณการปวดของผู้ป่วยที่รู้สึกมากน้อยจากซ้ายไปขวา VAS จึงเป็นวิธีเก่าแก่ที่ง่าย สะดวก และวัดประเมินอาการอย่างถูกต้องที่สุด แต่ก็อาจยุ่งยากสำหรับผู้ป่วยบางรายที่จะเข้าใจและสะท้อนการปวดมากน้อยลงไปได้ชัดเจน สำหรับการวัด

intensity เช่น อาการปวดจากองค์ประกอบด้านประสาทรับความรู้สึก อาจถามและบันทึก verbal scale เป็น 3 ระดับ คือ annoying-unpleasant-distressing

ในรายที่เกิดอาการ severe neuropathic pain อาจปวดมากจนทำให้นอนไม่หลับและกระทบอารมณ์มากจนทำให้กระทบชีวิตและการทำงานประจำวันของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิต จึงควรได้รับการตรวจประเมินซักประวัติให้ชัดเจน รวมถึงได้รับการรักษาและติดตามผลการรักษาที่ผ่านมา เพราะการรักษา neuropathic pain ด้วยยา แก่ปวดธรรมดา เช่น paracetamol หรือ NSAIDS มักไม่ค่อย ได้ผล

การตรวจร่างกายทางคลินิกอย่างละเอียดเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรค หรือเพื่อ rule out neuropathic pain เริ่มจากการตรวจอาการแสดงทาง sensory, motor และ autonomic โดยสำหรับกรณีของชนิด neuropathic pain ผลการตรวจหาตำแหน่งบริเวณที่ปวดและความผิดปกติของประสาทรับความรู้สึกด้วยการบันทึกอย่างละเอียด สอดคล้องการกระจายของเส้นประสาทที่เสียหายที่และตำแหน่งบริเวณผิวหนังของร่างกาย จะช่วยเป็นข้อมูลที่ช่วยการวินิจฉัยได้อย่างมาก ทั้งนี้ควรเริ่มตรวจทาง neurological examination เป็นหลักก่อน และสิ้นสุดที่การตรวจทาง sensory examination การตรวจทาง tactile sense ทำได้โดยใช้ปลายสำลีและส่วน pinprick sense ใช้ตรวจด้วยไม้จิ้มฟันหรือไม้เหลาปลายแหลม (อาจใช้พู่กันเหลาปลายให้แหลม) ส่วนการตรวจ thermal sense โดยใช้วัตถุที่มีอุณหภูมิอุ่นและเย็น และบริเวณสงสัย (เช่น หลอดแก้วใส่น้ำอุ่น และน้ำเย็น) สำหรับ vibration sense ใช้ tuning fork (128 Hz) ในการตรวจ sensory examination ต้องวัดและบันทึกการ responses ทั้งด้าน intensity, quality, spatial และ temporal response ดัง ตัวอย่างในตารางที่ 1⁽³⁹⁾

ตารางที่ 1 แสดงการบันทึกผลการตรวจ sensory examination ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดประสาท

Quantitative	Qualitative	Spatial	Temporal
Hypoaesthesia	Allodynia	Delocalization	Abnormal latency
Hyperaesthesia	Paraesthesia	Radiation	Abnormal after sensation
Hypoalgesia	Dysaesthesia		Abnormal summation
Hyperalgesia			Habituation
			Abnormal adaptation

การรักษา neuropathic pain

ในรายที่วินิจฉัยพบว่า neuropathic pain มีอาการน้อยมาก (mild) การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุ และการปฏิบัติงานก็อาจช่วยให้อาการ

ดีขึ้นโดยไม่ต้องให้ยารักษา แต่ถ้าปวดจนทำให้กระทบชีวิตประจำวัน ก็ควรให้ยารักษาด้วยยาแก้ปวดต่างๆ ดังตารางที่ 2^(20, 40)

ตารางที่ 2 แสดงกลไกของยาแก้ปวดที่ได้ผลดีในการรักษาอาการปวดประสาทชนิด neuropathic pain จากผลการวิจัย

ชนิด / ชื่อยาแก้ปวด	กลไกการออกฤทธิ์ของยา
Tricyclic antidepressants	Blocking การ reuptake ของ norepinephrine และ serotonin
Carbamazepine	Blocking ที่ sodium channels
Tramadol	Blocking การ reuptake ของ norepinephrine และ serotonin μ -opioid agonism
Gabapentin	Blocking ที่ calcium channels
Lamotrigine	Blocking ที่ sodium channels inhibition ของการ release ของ glutamate
Oxycodone	μ -opioid agonism
Topical lidocaine	Blocking ที่ sodium channels ใน free nerve endings

การเลือกการให้ยาขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการใช้ยาที่มีในพื้นที่ โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การมุ่งใจให้ทดลองใช้ยาที่แนะนำและราคาของยาที่พิสูจน์แล้วว่ามียฤทธิ์แก้ neuropathic pain ส่วนมีกลไกทางเภสัชวิทยาของการออกฤทธิ์แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2 ซึ่งพบว่ายาพวก tricyclic antide-

pressants และ anti convulsant นับว่าเหมาะสมที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา⁽²⁰⁾

n. tricyclic antidepressants

จัดเป็นยาหลักและมีฤทธิ์ดีที่สุดในการรักษา neuropathic pain ซึ่งได้ผ่านการพิสูจน์จากการวิจัยมาแล้ว⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾ โดยยาพวกนี้ไม่ค่อยแตกต่างกันมากนัก

นอกจากใน nortriptyline ที่ผู้ป่วยมักทนยาได้ดีกว่า amitriptyline และออกฤทธิ์เร็วและนานแม้ให้ยาขนาดต่ำ

การให้ยาเริ่มจากขนาดต่ำ 10-25 มก. ตอนเย็น และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 10-25 มก. ภายหลัง 3-7 วัน จนสู่ระดับเพียงพอระงับปวดได้ ด้วยขนาดยาสูงสุด 150 มก.ต่อวัน ควรกินยาตอนใกล้ค่ำจากผลของการทำให้่วงนอน การเพิ่มขนาดยาควรแบ่งวันละ 2 ครั้ง โดยตอนเย็นให้ขนาดสูงมากกว่า สำหรับอาการข้างเคียงที่พบบ่อยมาก ได้แก่ อ่อนเพลีย ปากแห้ง ท้องผูก และความดันโลหิตต่ำ บางรายอาจกระทบความรู้สึกเสื่อมทางเพศและใจสั้น ข้อควรระวังได้แก่ เมื่อใช้ยาในผู้ป่วยที่มี narrow-angle glaucoma, prostatic hyperplasia และโรคหัวใจ

ข. carbamazepine

เป็นยาที่นิยมใช้ในพวก neuralgia และได้ผลในการรักษา neuropathic pain จากโรคอื่นๆ ได้ด้วยขนาดยาใช้เท่ากับที่ใช้รักษาโรคลมชัก เช่น เริ่มจาก 100 มก. ก่อนนอนและเพิ่มเป็น 100 มก. หลัง 3-5 วัน และคงขนาดยาในการรักษา neuropathic pain ระหว่าง 400-600 มก.ต่อวัน โดยแบ่งวันละ 2-3 ครั้ง และควรตรวจ blood count และหาระดับ transaminase เมื่อเริ่มให้ยา อาการข้างเคียงที่พบบ่อยได้แก่ การอ่อนเพลีย, วิงเวียน และ hyponatraemia

ค. gabapentin

ได้ผลดีในการรักษา neuropathy จากเบาหวาน⁽⁴²⁾ และ post-herpetic neuralgia⁽⁴³⁾ การให้ยาแก้ปวดวันละ 3 ครั้ง ในขนาด 900-3600 มก.ต่อวัน อาการข้างเคียงได้แก่ การวิงเวียน อ่อนเพลีย และมือเท้าบวม

ง. lamotrigine

ได้ผลดีทั้งในการรักษา central และ peripheral neuropathic pain⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾ การเพิ่มยาต้องค่อยๆ เพิ่มช้าๆ เพื่อป้องกันการเป็นผื่นของผิวหนัง ไม่จำเป็นต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กำกับ

การใช้ยาเพราะพิษยามีต่ำมาก มักนิยมใช้ยาเฉพาะในรายที่ ใช้ยาอื่นไม่บรรเทาอาการปวดเพียงพอ

จ. opioids

ยา tramadol มีฤทธิ์ดีผ่านทั้ง opioid receptors และระบบ serotonin และ noradrenaline โดยจัดเป็น opioids ที่มีฤทธิ์อ่อนไม่ทำให้เกิดติดยา และทนยาได้ดีกว่าพวก strong opioids การออกฤทธิ์ดีใน polyneuropathic pain และ post-herpetic neuralgia⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾ อาการข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ วิงเวียน อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชัยวุฒิ บันทิต ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่สนับสนุนให้ศึกษาบทวนเรื่องนี้ และขอพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ให้คำแนะนำที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อรัง, กรุงเทพฯ : นิเวศรรดาการพิมพ์; 2535.
2. ธีระ รามสูต. 40 ปี ของการบุกเบิกพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2541.
3. สถาบันราชประชาสมาสัย. สรุปรายงานสถานการณ์โรคเรื้อรังประจำปี 2546. (เอกสารอัดสำเนา).
4. Teera Ramasoota, Johnson WC., Graham JH. Cutaneous sarcoidosis and tuberculoïd leprosy. A comparative histopathologic and histochemical study. Arch-Derm 1967 ; 96 : 259-62.
5. Nation SP, Katz JS, Lyde CB, Barohn RJ. Leprous neuropathy ; An American perspective. Semin Neurol 1998 ; 18 :

- 113-24.
6. Pearson JMH, Weddell AGM. Perineurial changes in untreated leprosy. *Lepr Rev* 1975 ; 46 : 51-67.
7. Joo CK, Desikan KV. Pathologic changes and their distribution in peripheral nerve in lepromatous leprosy. *Int J Lepr* 1968 ; 36 : 257-70.
8. Joo CK. Pathology of peripheral nerve lesion in lepromatous leprosy-a light and electron microscopic study. *Int J Lepr* 1993 ; 20 : 25-38.
9. Sabin TD, Swift TR, Jacopson RR. Leprosy. In : Dyck PJ, Thomas PK, Griffin JW, Lowe PA, Podusko JF. editors. *Peripheral neuropathy*. Philadelphia : Saunders ; 1993. p. 1354-79.
10. Serra J. Overview of neuropathic pain syndromes. *Acta Neurol Scand* 1999 ; 173 Suppl 1 : 7-11.
11. Merskey H, ja Bogouk N, editors. Task force on taxonomy of the international association for the study of pain : classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle : IASP press; 1994.
12. Sunderland S. Nerves and nerve injuries. London. Churchill Livingstone. 1993.
13. Boivie J. Central pain. In : Wall PD, Melzack R. editors. *Textbook of pain*. Edinburgh. Churchill Livingstone; 1999: 879-914.
14. Lin CN, Raber P, Ziv-Sefer S, Devor M. Hyperexcitability in sensory neurons of rats selected for high versus low neuropathic pain phenotype. *Neuroscience* 2001; 105: 265-75.
15. Attal N, Bouhassira D. Mechanisms of pain in peripheral neuropathy. *Acta Neural Scand* 1999 ; 173 Suppl 1 : 12-24.
16. Devor M. The pathophysiology of damaged peripheral nerves. In : Wall PD, Melzack R, editors. *Textbook of pain*. Edinburgh : Churchill Livingstone ; 1994 : p. 79-100.
17. Ortsavik K, Weidner C, Schmidt R et al. Pathological C fibres in patients with a chronic painful condition. *Brain* 2003 ; 126 : 567-78.
18. Zimmermann M. Pathobiology of neuropathic pain. *Eur J Pharmacol* 2001 ; 429 : 23-37.
19. Scott LJ, Griffin JW, Luciano C et al. Quantitative analysis of epidermal nerves in diabetic neuropathy. *Neurology* 1996 ; 47 : 1042-8.
20. Maija H, Diana N, Lockwood J and AKI Hietaharju. Neuropathic pain in leprosy. *Lepr Rev* 2004 ; 75 : 7-18.
21. Segasothy M, Muhaya HM, Musa A, et al. Analgesic use by leprosy patients. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1986 ; 54 : 399-402.
22. Kumar K. Surgical management of leprosy ulnar neuritis. *Clin Orthop* 1982 ; 163 : 235-242.
23. Job CK. Pathology and pathogenesis of leprosy neuritis : a preventable and treatable complication, *Int J Lepr Other Mycobact dis* 2001 ; 69 : 519-29.
24. Theuvsener WJ, Finlay K, Roche P, et al. Neuritis of the lateral femoral cutaneous nerve in leprosy. *Int J Lepr* 1993 ; 61 : 592-96.

25. Kumar P, Saxena R, Mohan L, et al. Peripheral nerve abscess in leprosy : report of twenty cases. *Int J Lepr*, 1997; 69 : 143-7.
26. Hietaharju A, Croft R, Alam R, et al. The existence of chronic neuropathic pain in treated leprosy. *Lancet* 2000 ; 356 : 1080-1.
27. Stump P, Baccarelli R, Marciano LHSC, et al. Prevalence and characteristics of neuropathic pain and consequences of the sensory in 303 patients with leprosy. Abstracts of the 10th World congress on pain, August 17-22, 2002; Sandiego, California, USA. Seattle : IASP Press; 2000. P 93.
28. Stump PRNAG, Baccarelli R, Marciano LHSC, et al. Prevalence and characteristics of neuropathic pain in 303 patients with leprosy. 16th International Leprosy Congress, Salvador, Bahia, Brasil, 2002.
29. Hietaharju A, Croft R, Alam R, Haanpaa M. Chronic neuropathic pain in leprosy. In : Devor M, Rowbotham MC, Wiesenfeld-Hallin Z editors. *Proceedings of the 9th World congress on pain, progress in pain research and management*, vol 16, IASP Press, Seattle, 2000, pp 717-723.
30. Kennedy WR, Wendelschafer Crabb G, Johnson T. Quantitation of epidermal nerves in diabetic neuropathy. *Neurology* 1999; 52 : 1249-54.
31. Scott LJ, Griffin JW, Luciano C, et al. Quantitative analysis of epidermal innervation in Fabry disease. *Neurology* 1999 ; 52 : 1268-75.
32. Omdal R, Mellgren SI, Goransson L, et al. Small nerve-fiber involvement in systemic lupus erythematosus. A controlled study. *Arthr Rheum* 2002 ; 46 : 1228-32.
33. Mc Carthy BG, Hsieh ST, Stocks A, et al. Cutaneous innervation in sensory neuropathic evaluation by skin biopsy. *Neurology* 1995 ; 45 : 1848-55.
34. Negesse Y. Comment : 'Silently arising clinical neuropathy and extended indication of steroid therapy in leprosy neuropathy. *Lepr Rev*, 1996 ; 67 : 230-1.
35. Lockwood DNJ, Colston MJ, Khanolkar-Young SR, The detection of *M. leprae* protein and carbohydrate antigens in skin and nerve from leprosy patients with type 1 (reversal reactions.) *AM J Trop Med* 2002 ; 66 : 409-15.
36. Jensen TS, Gottrup H. Assessment of neuropathic pain. In : Jensen S, Wilson PR, Rice ASC editors. *Clinical pain management. Chronic pain*. London : Arnold ; 2003, p. 113-124.
37. Bowen JRC, Mc Dougall AC, Morris JH, et al. Vasculitic neuropathy in a patient with inactive treated lepromatous leprosy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000 ; 68 : 496-500.
38. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974 ; 2 : 1127-1131.
39. Hansson P. Possibilities and potential pitfalls of combined bedside and quantitative somatosensory analysis in pain patients. In : Boivie J, Hansson P, Lindblom U, editors. *Touch, temperature and pain in health and disease, progress in pain*

- research and management. Seattle : IASP Press; 1994 : p. 13-132.
40. Mc Quay H, Moore A. An evidence-based resource for pain relief. Oxford : Oxford University Press ; 1998.
 41. Mc Quay H, Tramer M, Nye BA et al. A systematic review of antidepressants in neuropathic pain. Pain 1996 ; 68 : 217-27.
 42. Backonja M, Beydoun K, Edwards KR et al. Gabapentin for the treatment of painful neuropathy in patients with diabetic mellitus. JAMA 1998 ; 51 : 1166-71.
 43. Rowbotham M, Harden N, Stacey B et al. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia. JAMA 1998 ; 280 : 1837-42.
 44. Eisenberg E, Larie Y, Braker C, et al. Lamotrigine reduces painful diabetic neuropathy : a randomized controlled trial. Neurology 2001 ; 57 : 505-9.
 45. Vestergaard K, Anderson G, Gottrup H, et al. Lamotrigine for central poststroke pain : a randomized controlled trial. Neurology 2001 ; 56 : 184-90.
 46. Harati Y, Gooch C, Swenson M, et al. Double-blind randomized trial of the pain of diabetic neuropathy. Neurology 1998 ; 50 : 1842-6.
 47. Bourcau F, Legallicier P, Kabir-Ahmadi M. Tramadol in post-herpetic neuralgia : a randomized double-blind, placebocontrolled trial. Pain 2003 ; 104 : 323-31.

การศึกษาการปวดเส้นประสาทส่วนปลายที่เสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อน ยังได้รับความสนใจค่อนข้างน้อย จากวงการแพทย์โรคเรื้อน และแพทย์ที่เกี่ยวข้องในเรื่องของ pain ของประเทศไทย เช่น อายุรแพทย์ทางประสาท, ศัลยแพทย์ประสาท, วิสัญญีแพทย์, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์ผิวหนัง ฯลฯ ทั้งที่โรคเรื้อนเป็นโรคของเส้นประสาทส่วนปลายโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากการปวดเส้นประสาทที่เสื่อม โดยเฉพาะเมื่อเกิดเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลาย เส้นประสาทอักเสบเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหรือเกิดมีที่ เส้นประสาท ฯลฯ จุดที่ไม่สนใจศึกษาอาจจากความรังเกียจกลัวโรคเรื้อน และเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนมักมีอาการชา ไม่รู้สึกจึงไม่น่าจะเกิดอาการปวดประสาทได้ การทบทวนความรู้ในบทความนี้จึงนับว่ามีประโยชน์อย่างยิ่งที่จะกระตุ้นให้แพทย์และนักวิจัยเกี่ยวข้องได้ให้ความสนใจ และนำมาประยุกต์ใช้ในการวินิจฉัยและรักษา รวมทั้งการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยอาศัยฐานข้อมูลและรูปแบบการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาทั้งในผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่มี neuropathy และ neuropathic pain เช่น เบาหวาน, postherpetic, systemic lupus erythematosus และ neuropathic pain syndromes ฯลฯ

ความร่วมมือการวิจัยเรื่องนี้ ในรูปแบบของ multicentre epidemiological studies ในสถาบันเกี่ยวข้อง และสนใจทั้งในประเทศไทย และประเทศใกล้เคียงที่ยังมีปัญหาระบาดเรื้อนน่าจะได้รับ การส่งเสริมสนับสนุน โดยมีสถาบันราชประชาสมาสัยเป็นแกนประสาน เพื่อทราบขนาดและความรุนแรงและลักษณะเฉพาะของปัญหา neuropathic pain ในผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดต่างๆ และการวินิจฉัยด้านต่างๆ ทั้งเชิงคุณภาพ, ปริมาณ ตลอดจนการใช้ยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษา รวมทั้งผลและผลกระทบต่องูสุขภาพและคุณภาพชีวิตและการควบคุมโรคเรื้อน ฯลฯ ตามแนวทางหลักการและมาตรฐานต่างๆ ที่เคยศึกษาไว้ เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาใช้ประโยชน์ในการเข้าใจ องค์ความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การอักเสบและทำลาย ของเส้นประสาทส่วนปลาย และการจัดการในการตรวจวินิจฉัยรักษา และฟื้นฟูสภาพที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งยังมีปัญหาความพิการและผลกระทบจากการเสื่อม และการอักเสบของเส้นประสาทส่วนปลายอย่างมาก แม้ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาหายและกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จแล้วก็ตาม

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ รามสูต
บรรณาธิการ

ความก้าวหน้าทางพยาธิวิทยาโรคเรื้อน

Recent Advance of Pathology of Leprosy

โกวิท คัมภีรภาพ พ.บ., อ.ว. (ตจวิทยา)

สถาบันราชประชาสมาสัย

กรมควบคุมโรค

Kowit Kampirapap M.D., Dip. Board of Dermatology
Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

คำสำคัญ : ความก้าวหน้า, พยาธิวิทยา, โรคเรื้อน

Keywords : Recent Advance, Pathology, Leprosy

1. สรุปความก้าวหน้าองค์ความรู้

1.1 การวินิจฉัยและจำแนกชนิดโรคเรื้อน⁽¹⁻²⁾

การตรวจทางพยาธิวิทยาจากรอยโรคเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคเรื้อน โดยเฉพาะถ้ามีชิ้นนำส่งสไลด์แต่ตรวจไม่พบเชื้อโดย การกีดผิวหนัง

เชื้อโรคเรื้อนทำให้เกิดการอักเสบชนิดแกรนูโลมา (granulomatous inflammation) การเกิดแกรนูโลมาของโรคเรื้อน มีลักษณะที่เป็น characteristic ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยดังนี้

1. nerve involvement เป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคเรื้อน เริ่มแรกอาจเป็นเพียง mononuclear cell infiltration ต่อมาจะเป็นแกรนูโลมา ที่มีรูปร่างยาวตามลักษณะของเส้นประสาท (elongated tubercle)

2. ชนิดของเซลล์ที่ประกอบเป็นแกรนูโลมาได้แก่ epithelioid cell, macrophage และ Langhans giant cell ซึ่งเป็นส่วนประกอบของเซลล์เหล่านี้ ในแกรนูโลมาจะแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคเรื้อน

3. จำนวนและการกระจายของ lymphocyte ในแกรนูโลมา จะแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคเรื้อน

4. epidermal involvement กลุ่ม tuberculoid จะมีแกรนูโลมาติดกับหนังกำพร้าได้ แต่กลุ่ม borderline tuberculoid ขึ้นไปจะมี clear subepidermal zone หนังกำพร้าในกลุ่ม lepromatous จะบางลง

5. ตรวจพบ AFB ในแกรนูโลมา

6. การตายของเนื้อเยื่อ (necrosis) ในแกรนูโลมา พบได้เฉพาะในกลุ่ม tuberculoid เท่านั้น เป็นแบบ fibrinoid necrosis ในส่วนที่เป็นเส้นประสาทที่มีการอักเสบแบบแกรนูโลมา⁽³⁻⁵⁾

การวินิจฉัย early leprosy ทางพยาธิประกอบด้วยอย่างน้อย 1 ใน 2 ข้อคือ

1. พบเชื้อ AFB จากการย้อม modified Ziehl-Neelsen (Wade-Fite, Fite-Faraco) บริเวณที่มีโอกาสพบเชื้อเรียงตามลำดับ คือ nerve bundles, subepidermal zone, arrector pili muscle, area of inflammation

2. endoneurial inflammatory cells และมีการทำลาย nerve⁽⁵⁻⁶⁾

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิของเส้นประสาทส่วนปลาย

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิของเส้นประสาทส่วนปลาย จะสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังของผู้ป่วยรายเดียวกัน แต่จำนวนเชื้อในเส้น

ประสาทมีมากกว่าในผิวหนัง⁽⁷⁾

ใน Neuritic leprosy การตรวจพยาธิของ cutaneous nerve ช่วยยืนยันการวินิจฉัยทุกราย⁽⁸⁾

1.3 Leprosy reaction

ลักษณะพยาธิของ RR ไม่ค่อยเฉพาะเป็นลักษณะของ delayed hypersensitivity reaction คือ มี edema ภายในและรอบๆ granuloma และ proliferation ของ fibrocytes ใน dermis

ลักษณะพยาธิของ ENL เป็น acute inflammation ซึ่งตรวจพบ neutrophils ในระยะแรกของบริเวณที่มี foamy macrophages⁽⁹⁾

1.4 Relapse

การวินิจฉัย relapse ทางพยาธิต้องพบ AFB รูปร่างเป็นแท่งยาวติดสั้จัด และมี young macrophages⁽¹⁰⁾

1.5 Monitoring treatment

การตรวจทางพยาธิสามารถใช้ติดตามผลการรักษาได้ ควรใช้ใน clinical trial ทุกรายโดยดู granuloma fraction, bacterial index of granuloma, histological index⁽⁵⁾

2. point for discussion

2.1 การวินิจฉัยและจำแนกชนิดโรคเรื้อน

การตรวจทางพยาธิมี specificity สูงแต่ sensitivity ต่ำ ผู้ป่วยที่อาการทางผิวหนังชัดเจนอาจมีผลทางพยาธิเป็นลบ หรือ doubtful ไม่ค่อยมี correlation ระหว่าง clinical diagnosis กับ histopathology

โรค sarcoidosis ก็อาจพบ epithelioid granuloma ในเส้นประสาทได้แต่รูปร่างของ granuloma การอยู่ในตำแหน่งรอบเส้นประสาทและเซลล์ที่ประกอบอยู่ใน granuloma สามารถแยกโรคเรื้อนชนิดทิวเบอร์คิวโลซีสจาก sarcoidosis ได้⁽³⁾

Early leprosy มีลักษณะรอยโรคไม่ชัดเจน การตรวจทางพยาธิเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัย แต่พยาธิแพทย์ก็มีความเห็นแตกต่างกัน ควรมี standardization

ขั้นตอนต่อไปที่อาจช่วยได้ คือ

1. ตัดชิ้นเนื้อในลึกขึ้นเพื่อหา nerve
2. special stain เช่น S100, neuron-specific enolase, mycobacterial antigen⁽⁵⁾

Immunopathology ช่วยให้ sensitivity และ specificity ในการวินิจฉัยโรคดีขึ้น เช่น การย้อม PGL-I antigen⁽¹⁰⁾

2.2 Leprosy reaction

ENL บางราย biopsy ไม่พบ neutrophil อาจเพราะตัดชิ้นเนื้อจากรอยโรคเก่าเกินไป

การวินิจฉัยทางพยาธิของ RR มีปัญหาต้องใช้ immunohistology

2.3 Relapse

relapse แยกจาก late RR ได้ถ้าพบ AFB ถ้าไม่พบ AFB คือใน PB มีปัญหามาก^(5,11)

2.4 Monitoring treatment⁽⁵⁾

หลังหยุด MDT รอยโรค inactive แต่ยังคงพบ epithelioid granuloma ใน PB หรือ foam cells แต่ไม่พบ AFB ใน MB ยังไม่ทราบความหมายและยังไม่มีข้อตกลงกันว่าต้องรักษากว่า granuloma หมดไปหรือไม่

ยังขาดแคลนพยาธิแพทย์ที่ชำนาญ ต้องมีการฝึกอบรมการเตรียมและอ่านชิ้นเนื้อแล้วติดตามประเมินรับรองคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Ridley DS. Pathogenesis of leprosy and related diseases. Boston: Wright; 1988.
2. ชีระ รามสูต. เวชปฏิบัติทางโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นิวธรรมดา; 2525.
3. Teera Ramasoota, Wayne Johnson, James Graham. Cutaneous sarcoidosis and tuberculoid leprosy, a comparative histopathologic and histochemical study. Arch Derm 1967; 96: 259-63.
4. ชีระ รามสูต, นิวัฒน์ มนต์วิสุต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, เสาวณีย์ น้าเพ็ญอยู่. โรคเรื้อน

- ระยะแรกศึกษาจากการตัดชิ้นเนื้อผิวหนังของผู้ป่วยที่มีวงต่างสีขาวสงสัยจะเป็นโรคเรื้อน รวม 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10 : 101-102.
5. Transactions of the 14th International Leprosy Congress. Int J Lepr 1993, 61: 737-9.
 6. อีระ รามสูต, ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ นิธิธรรมดา; 2535 : 121-79.
 7. Ridley DS, Ridley MJ. The classification of nerves is modified by delayed recognition of *M.leprae*. Int J Lepr 1986 ; 54 : 596.
 8. Suneetha S, Arunthathi S, Chandi S, Kurian N and Chacko CJ. Histological studies in primary neuritic leprosy : changes in the apparently normal skin. Lepr Rev 1998; 69 : 351-57.
 9. Ridley DS, Radia KB. The histological course of reactions in borderline leprosy and their outcome. Int J Lepr 1981; 49: 383.
 10. Weng XM, Chen SY, Ran SP, Zhang CH and Li HY. Immuno-histopathology in the diagnosis of early leprosy. Int J Lepr 2001; 68: 426-33.
 11. Becx-Bleumink. *M leprae* among leprosy patients treated with multidrug therapy. Int J Lepr 1992; 60: 421-35.

บทความนี้ศึกษาเรื่องพยาธิวิทยาโรคเรื้อนพร้อมการวิเคราะห์ข้อจำกัด และประเด็นที่ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมของผู้เรียบเรียงเรื่องนั้นว่ามีคุณค่า ประโยชน์ เพราะปัจจุบันไม่ค่อยมีพยาธิแพทย์และจุลพยาธิแพทย์ผู้สนใจศึกษาพยาธิวิทยาของโรคเรื้อนมากนัก แต่การตัดชิ้นเนื้อตรวจทางจุลพยาธิวิทยายังมีความจำเป็นในโรคเรื้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีอาการทางคลินิกสงสัยจะเป็นโรคเรื้อน แต่ไม่พบอาการขา เส้นประสาทไม่โต และตรวจไม่พบเชื้อโรคเรื้อน รวมทั้งในรายที่ต้องแยกโรคระหว่าง relapse และ reaction ซึ่งการตรวจพบ solid-staining acid fast bacilli (AFB) จะช่วยแยก relapse ได้ ตลอดจนในรายผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการทดลองยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยระยะแรก ผู้ป่วยโรคเหือดชนิด lucio phenomenon และในการศึกษาความสัมพันธ์ทางคลินิกและพยาธิวิทยาระหว่างโรคเรื้อนกับโรคเรื้อน เป็นต้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะแรก เช่น ชนิด Indeterminate การตรวจทางจุลพยาธิวิทยาต้องพยายามตรวจย้อมหาเชื้อ AFB ในบริเวณที่พบได้บ่อยตามลำดับ คือ บริเวณ nerve bundle, sub-epidermal zone, arrector pili muscle และ areas of inflammation ร่วมกับการพบลักษณะพยาธิวิทยาที่ compatible กับโรคเรื้อนคือการพบมี chronic mononuclear cell inflammatory infiltrate ในรูปแบบของ superficial และ deep dermal pattern รอบๆ nerve vessels และ adnexal structure โดยไม่พบมี neural disruption หรือ AFB ซึ่งรายเช่นนี้ควรตรวจซ้ำหา AFB และอาจต้องตัดชิ้นเนื้อซ้ำใหม่ การย้อมสีพิเศษเพื่อตรวจดูเส้นประสาทได้ผิวหนังโดยใช้ S₁₀₀ และ neuron-specific enolase และการตรวจพบ mycobacterial antigen อาจช่วยการวินิจฉัยได้

การศึกษาใหม่ๆ พบว่า โดยการตัดชิ้นเนื้อซ้ำเพื่อใช้วัดได้หลาย parameters อันได้แก่ granuloma fraction, bacterial index, antigen load และ cell surface expression สามารถใช้เป็น surrogate markers ในการ monitor treatment ว่ามี response ต่อ chemotherapeutic และ immunochemotherapeutic regimens หรือไม่เพียงไร ปัญหาในการศึกษาทางพยาธิวิทยาของอวัยวะต่างๆ (systemic involvement) โดยเฉพาะในผู้ป่วยชนิดเลโปรมาตัสยังทำได้จำกัด โดยเฉพาะหลังการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาจพบ regression บริเวณผิวหนัง แต่ไม่พบมี complete clearance ของ visceral, ocular และ neural bacilli ทำให้เกิด relapse ต่อมาได้

ศาสตราจารย์ นายแพทย์อีระ รามสูต
บรรณาธิการ

30 Years of Support towards Success : Sasakawa Memorial Health Foundation and the Elimination of Leprosy as a Public Health Problem in Thailand and Asian Countries

Prof. Dr. Teera Ramasoota

Senior Consultant and former Director-General DCDC

Ministry of Health of Thailand

I am deeply honored to have been invited by Dr. Yo Yuasa to write in this memoir to commemorate the 30th anniversary of Sasakawa Memorial Health Foundation. The following account is at once a historical anecdote on the SMHF and a personal reminiscence of the good old days that are truly worth remembering.

In my memory, the first gesture of support of Sasakawa Memorial Health Foundation to Thailand began when Prof. Mirizo Ishidate, the Chairman of the Board of Directors of the Foundation, paid a visit to Bangkok in 1974. Prof. Ishidate happened to be a close friend of Prof. Komol Pengsithong, the permanent-secretary of the Thai Ministry of Public Health. So he contacted his friend and asked about the leprosy situation in Thailand and whether the agency in charge of leprosy control was in need of assistance. As director of the Rajprachasamasai Foundation, I was assigned by Prof. Komol to be the informant on this issue. Subsequently, the Foundation sent a team comprising an administrator and a couple of leprologists one of whom was Prof. Tonetaro

Ito on a fact-finding mission to Thailand. The team met with Dr. Chaisiri Kettanurak, the director of national leprosy control program and myself, before spending a week to survey leprosy-prevalent areas. Ever since then, Sasakawa Memorial Health Foundation (SMHF) has rendered support to leprosy control program and leprosy research in Thailand continuously until the present time.

Later in 1974 and in 1975, the Foundation has organized an International Conference on Leprosy Control in Tokyo twice. The two conferences brought together leading administrators of leprosy control program in Asia, creating a fruitful arena of information exchange and cooperation. Thereafter, leprosy staff and personnel at different levels were dispatched to different countries to study about different approaches in leprosy control, under the generous support of SMHF. After Dr. Yo Yuasa had joined the Foundation in 1975, SMHF's assistance project to leprosy control program and research in Thailand and other Asian countries became more systematized and had a very clear direction of development. There

were beginning to be inter-linkages, cooperation, learning and other types of interaction between leprosy workers and researchers in different countries in the Asian region. SMHF was particularly active in organizing international workshops and conferences on a wide range of leprosy-related issues-leprosy control, leprosy training, leprosy chemotherapy, and leprosy rehabilitation-in different international venues. This has not only contributed directly to human resource development in leprosy but also helped improve the management and operation of national leprosy control programs in many Asian countries. On top of everything, such international cooperations have also led to loving friendship and united solidarity among leprosy workers from different countries.

In parallel with the organization of workshops and conferences, SMHF has also been very generous in other areas of supports including; for instance, medicine, transportation, health media, laboratory materials, training and study fellowships as well as epidemiological evaluation surveys.

With such unwavering supports from SMHF and the will power of leprosy workers in the Asian region, leprosy control programs in all the countries assisted by SMHF have gradually and constantly improved to the standard recommended by the World Health Organization (WHO). By 2000 which was the target year that WHO had set for elimination of leprosy as a public health problem, majority of these countries have accomplished that goal. On the part of Thailand, it had broken the record since 1994, six years before the target year, owing

largely to the tremendous support of SMHF.

It is important to note that SMHF's assistance to the Thai leprosy control work began at a very opportune time. Prior to the arrival of SMHF, leprosy control programs in Thailand were aided by the WHO and UNICEF. Starting in 1955, the programs were introduced to Thailand in the form of specialized leprosy control (vertical) programs which were being integrated into local health services country-wide. In 1974, while this integration was still ongoing, the assistance from WHO and UNICEF ended. Had it not been for SMHF and its general support, it would not have been feasible to reduce the prevalence rate of leprosy from 9.2 per 10,000 as was the case in 1974 to 0.8 per 10,000 in 1994, indicating successful elimination of the disease as a public health problem. On this occasion, HM the king has granted a special permission to local leprosy staff to pay him a visit and report about this success. As part of the team that made that royal visit, SMHF sent Prof. Kenzo Kiikuni, chairman of the Board of Directors of the Foundation.

As far as leprosy research in Thailand is concerned, SMHF had assisted initially mainly in the forms of equipment and laboratory materials to the Rajprachasamasai Research Building of the Rajprachasamasai Foundation. On the occasion of HM King Bhumiphol Adulyadej's 60th anniversary which coincided with the 88th anniversary of the founder and former president of SMHF Mr. Ryochi Sasakawa in 1989, SMHF donated Bt83 million to the Rajprachasamasai Institute for the construction of a new and full-fledged leprosy research

building. Apart from being equipped with new and modern research equipment, the new research building also houses a state-of-the-art animal laboratory using a specific pathogen free system, as well as molecular biology and immunology laboratories that meet the P-3 standard. HM the king has given the new building an auspicious name of "Sasakawa Research Building," which has come to be known as the SRB for short later on. Alongside the construction of the new research building, SMHF has also set aside a budget to support scientific advisory experts to assist with research projects at the SRB. As a result, several internationally famous experts have come in and helped with research projects there namely Prof. Tonetaro Ito, Prof. Patrick J. Brennan, Prof. Louis Levy, Prof. Sang-Nae (Ray) Cho, and Dr. Yo Yuasa, among other. More recently, SMHF has supported a research cooperation project between Japanese researchers and Thai researchers from the Department of Medical Science to develop an HIV/AIDS vaccine at the SRB. Furthermore, the Foundation has also been supportive of many international trainings that were organized at the SRB for scientists from a number of Asian countries. Among the trainings that were organized there were histopathology of leprosy, Ridley-Jopling's classification of

leprosy, and polymerase chain reaction (PCR) technique. Notably in the year 1996, SMHF joined with WHO to organize an international meeting of WHO advisory experts in leprosy research in Bangkok, the first of its kind outside WHO headquarters, Geneva.

It is an understatement, perhaps to say that the success in the elimination of leprosy as a public health problem and the advancement of leprosy research in Thailand would have been unlikely without SMHF in the background. On behalf of local leprosy staff, leprosy agency, and leprosy patients in Thailand and the Asian region, I would like to express my appreciation and gratitude to SMHF, particularly to the former and present president of the Foundation, all past and current chairmen of the board, Dr. Yo Yuasa, executive and medical director, and the late Mr. Suminori Tsurusaki, the general secretary, of whom I still have very fond memories. All of you have made a great contribution not only in the support of leprosy-related work but also in forging valuable partnerships, friendship and solidarity among leprosy workers in this part of the world. May all of you at SMHF be blessed with the best of health and progress further to a higher degree of advancement for the benefit of humankind into the future.

ย่อเอกสาร

In-vitro Activity of Sitafloracin (DU-6859 a) either Singly or in Combination with Rifampicin Analogs Against *Mycobacterium leprae*.

Dhople A.M. and Namba K, J Infect Chemother, 2003; 9: 12-15.

ผู้วิจัยได้ศึกษา in-vitro antibacterial activity ของยา sitafloracin (DU-6859a) ต่อ *Mycobacterium leprae* เพื่อประเมินและเปรียบเทียบกับการใช้ยา ofloxacin levofloxacin และ ciprofloxacin โดยใช้ biochemical indicators 2 ตัวที่วัดคือ intracellular ATP และ uptake ของ [(3) H] - thymidine ในการวัด invitro growth ของ *M.leprae* ใน Dhople - Hanks (DH) medium ผลการวิจัยพบว่ายา sitafloracin มีความขจัดแรงกว่ายาตัวอื่นๆ ที่ใช้กันบ่อยเช่นกลุ่ม fluoroquinolones โดยมี minimal - inhibitory concentration (MIC) ต่อ *M.leprae* อยู่ระหว่าง 0.1875 microg/ml และมีฤทธิ์เป็นยาฆ่าเชื้อ (bactericidal) สำหรับค่า MIC ของยา ofloxacin, levofloxacin และ ciprofloxacin มีค่า 1.5, 0.75 และ 3.0 microg/ml ตามลำดับ โดยออกฤทธิ์แบบ exhibited synergistic-activity คล้ายกับในยา ofloxacin levofloxacin, และ sitafloracin เมื่อให้ยาผสมกับ rifabutin หรือ KRM-1648 แต่ไม่ออกฤทธิ์ดังกล่าวเมื่อให้ยาร่วมกับ rifampin ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพื่อรวมเอายาพวก sitafloracin เข้าไปใน multidrug-therapy regimens ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

ย่อโดย ผศ.ดร.พงศ์ราม รามสูตร คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

Thalidomide for Erythema Nodosum Leprosum and other Applications.

Dkafor MC Pharmacotherapy, 2003; 23: 481-493.

ยา thalidomide ได้เคยถูกนำมาใช้เป็นยา sedative และ antiemetics มาหลายสิบปีที่ผ่านมา โดยพบว่า มีผลทำให้เกิด devastating cases ใน birth defects จนถูกสั่งห้ามใช้ยานี้ในตลาดยาทั่วโลก แต่ถึงอย่างไรก็ตามพบว่ายานี้ได้รับการทบทวนนำมาวิจัยใหม่ พบว่ามีประโยชน์ในวงการแพทย์ จากออกฤทธิ์เป็น immunomodulatory ในผู้ป่วยรายที่มี immunologic disorders ซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้ยาต่างๆ ที่มีอยู่ จนต่อมา ยานี้ได้ผ่านการรับรองโดย Food and Drug Administration (FDA) ให้ใช้รักษาโรคเนื้อชนิดที่สองในโรคเรื้อน หรือ Erythema Nodosum Leprosum (ENL) ได้ นอกจากนั้นยานี้ยังได้รับการวิจัยและนำไปใช้ใหม่อย่างกว้างขวาง จากเป็นยาที่ออกฤทธิ์เป็น inhibitor ต่อ tumor necrosis factor α ซึ่งนับเป็นยาที่ทราบกันดีมากกว่า สามารถใช้รักษาแบบระยะสั้นแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เกิดโรคเนื้อ E.N.L. ทางผิวหนัง และใช้เป็นยารักษาแบบ postremission treatment maintenance-therapy เพื่อป้องกัน recurrence ได้ด้วย โดยอาจให้ยาน้อยอย่างเดียว หรือผสมร่วมกับยา corticosteroids

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาการใช้ยา thalidomide ใน chronic graft-versus host disease ได้ผลดีในทั้งเด็กและผู้ใหญ่ทั้งในด้านการรักษาและป้องกัน รวมทั้งการใช้ยานี้ได้ผลดีมากในการรักษา cachexia ที่เกิดจาก cancer, tuberculosis และโรคติดเชื้อเอดส์ แม้ว่าผลการทดลองยังมีได้สรุปออกมา ส่วนการทดลองใช้ยาในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะแรกวินิจฉัย และระยะ advanced หรือระยะ refractory multiple myeloma โดยใช้ยา thalidomide ร่วมกับ corticosteroid ซึ่งยังพบว่าได้ผลดีในการรักษาผู้ป่วย aphthous และ

genital ulcers ด้วย ส่วนในการรักษา Kaposi's sarcoma พบว่าได้ผลน้อย สำหรับโรคอื่นๆ ที่ทดลองใช้นี้ ได้แก่ Crohn's disease, rheumatoid arthritis และ multiple sclerosis

สำหรับอาการข้างเคียงของการใช้ยา thalidomide อาจพบได้บ่อยที่มี somnolence constipation และ rash เป็น adverse effects ที่พบจากการวิจัย แต่ในรายรุนแรงมากถึงต้องหยุดยาได้แก่อาการข้างเคียงของการเกิด neuropathy และ idiopathic thromboembolism นอกจากนั้นยานี้ยังถูกห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์ และสตรีในวัยเจริญพันธุ์ รวมทั้ง sexually-active men ที่ไม่ใช้ contraception

ย่อโดย พญ.วินัส วอนันต์เดโช สถาบันบำบัดโรคผิวหนัง สถาบันราชประชาสมาสัย

Surgical Reconstruction of Leprosy Foot Drop

Bari MM. Mymensingh Med J, 2003 ; 12: 11-12.

ผู้รายงานได้ผ่าตัดผู้ป่วยโรคเรื้อนรวม 152 ราย ระหว่าง มีนาคม 1992 ถึง กรกฎาคม 1999 เพื่อแก้ไขความพิการจาก foot-drop วิธีการผ่าตัดใช้ circumtibial transfer ของ tibial tendon ด้าน posterior เข้ากับ tendons ของ extensor hellicus longus และ extensor digitorum-longus ของเท้า ร่วมกับการทำ lengthening ของ Achilles tendon ผลการผ่าตัดในผู้ป่วย 135 ราย ได้ผลน่าพึงพอใจจากการประเมินโดยการพิจารณาว่ามี adequate restoration ของ heel ได้ดี รวมทั้ง toe gait และของ active dorsiflexion ผู้รายงานได้ติดตามผลนาน 6 เดือน ถึง 8 ปี สรุปได้ผลว่ามีเพียงผู้ป่วย 17 ราย ที่ได้ผลไม่น่าพึงพอใจ เนื่องจาก inadequate post-operative physiotherapy

ย่อโดย น.พ.รัชต์ วงศ์ตรังคพันธ์ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Surgical Reconstruction of Irreversible Ulnar Nerve Paralysis in Leprosy

Oskan T, Ozer K, Yudse A. Lepr Rev, 2003; 74: 53-62.

ผู้วิจัยได้ประเมินผลการผ่าตัดแก้ไขความพิการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อน 25 ราย ที่มีอาการ irreversible leprotic ulnar nerve palsy ด้วยการใส่ lumbrical replacement ด้วยเทคนิคใส่สอง tendons transfer โดยได้ติดตามหลังผ่าตัดนาน 6-120 เดือน ผลพบว่าในผู้ป่วย 19 ราย ผ่าตัดแก้ไขโดยใช้วิธี flexor digitorum four-tail procedure (FDS-4T) และผู้ป่วย 6 รายใช้วิธี Zancoll's lasso procedure (ZLP) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 36 ปี (21-57) ผลประเมินพบว่าโดยวิธี grip strength measurement พบมี improvement ใน active range ของการเคลื่อนไหวของข้อต่อ PIP และผู้ป่วยสามารถกางและกำมือได้เต็มที่ รวมทั้งมี sequence ของ phalangeal flexion และยังพบว่า Mean grip-strength measurements ระหว่างการติดตามพบสูงถึงร้อยละ 76 ของ contralateral-extremity ในกลุ่มใช้วิธี FDS-4T และพบร้อยละ 20 ในกลุ่มที่ใช้วิธี ZLP นอกจากนั้นยังพบว่าสามารถแก้ไข claw hand deformity ได้อย่างสมบูรณ์ในผู้ป่วย 12 รายที่ใช้วิธี FDS-4T และผู้ป่วย 5 รายหลังผ่าตัด และพบมี Swan-neck deformity ในนิ้วมือ 7 นิ้ว ผลการวิจัยยังพบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ และวิธีการติดตามผลรวมทั้งเทคนิคทางศัลยกรรมไม่มีความสัมพันธ์เชิงสถิติกับ functional outcome แต่พบว่ามีปัจจัยด้าน preoperative extensor lag ของข้อต่อ PIP และ mean-paralysis time มีผลต่อ functional outcome อย่างมีนัยสำคัญเชิงสถิติ ผู้วิจัยสรุปว่าวิธีผ่าตัดแบบ ZLP จัดเป็นเทคนิคที่มีประสิทธิผลสูง

กว่าวิธีอื่น ในการ restor grip strength ขณะท้าวัดแบบ FDS-4T ได้ผลดีกว่าวิธีอื่น ในการแก้ไข claw hand deformity

ย่อโดย สมเกียรติ มหาอุดมพร สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Profile of the Leprosy Patients of Hyperendemic Area. (Amazonian-Maranh O, Brasil)

de Aquino DM, Caldas Ad Ade, J Silva AA and Costa JM. Rev Soc Braz Med Trop 2003; 36: 57-64.

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาเชิงตัดขวางทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยโรคเรื้อน 207 ราย ระหว่างเดือนกันยายน 2541 ถึง พฤศจิกายน 2503 โดยมุ่งประเมิน profile ในสังคม เศรษฐกิจ ประชากรศาสตร์ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้ง physical incapacity ของผู้ป่วยอันเป็นผลจากปวยพิการด้วยโรคเรื้อน โดยได้ศึกษาผู้ป่วยในพื้นที่ที่มีความชุกสูงย่าน Amaxonian Maranh O ของเขตเทศบาลของ Buriticupu-Maranh O state การตรวจประเมินระดับของ incapacity ใช้ parameters ที่จัดทำขึ้นโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของบราซิล ผลของการตรวจประเมินทางคลินิกและของ physical test ได้รับการบันทึกลงทะเบียนไว้ในแบบฟอร์มมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 45.9 เป็นผู้แต่งงานแล้วและร้อยละ 56 มีระดับการศึกษาต่ำ โดยร้อยละ 40.1 มีอาชีพให้เงินกู้ ร้อยละ 76.3 มีรายได้ค่อนข้างต่ำ และร้อยละ 63.3 อยู่ในกลุ่มอายุ 14-44 ปี ร้อยละ 60.9 จัดอยู่ในเพศชาย และร้อยละ 44 อาศัยอยู่ในกระท่อมโคลน ร้อยละ 82.6 ไม่มีส่วนในบ้าน และร้อยละ 63.8 ไม่มีน้ำดื่มที่สะอาดพอ การตรวจร่างกายพบความพิการที่เท้าร้อยละ 62.3 ที่ตาร้อยละ 51.2 และที่มือ ร้อยละ 72 ส่วนมาร้อยละ 93 ของผู้ป่วยที่พิการพบในชนิด borderline ผู้พิการที่มือและเท้าเป็นหลักและที่ตาบ้าง ผู้วิจัยสรุปว่าภาวะความชุกของโรคเรื้อนที่สูงมีความสัมพันธ์กับสภาวะเสี่ยงด้านสังคมเศรษฐกิจและ physical incapacity ในระดับสูง อาจมีผลต่อคุณภาพของการดำรงชีพของผู้ป่วยได้มาก

ย่อโดย วิจิตรา ธารสุวรรณ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Incidence of Leprosy in School Children and their Family Members in Berhampur

Sahoo A, Singh PC, Pattnaik S and Singh N. Indian J Lepr 2002; 74: 137-143.

คณะผู้วิจัยได้สำรวจโรงเรียนตามด้วยการตรวจผู้สัมผัส ในพื้นที่เมือง Berhampur ของรัฐ Orissa ตอนใต้ โดยศึกษาครอบครัวนักเรียน 8,870 ราย สามารถตรวจพบเป็นโรคเรื้อน 15 ราย ด้วยอัตราความชุก 16.91 ต่อ 10,000 ด้วยอัตราส่วนชายต่อหญิง 8 : 7 ในจำนวนนี้พบว่า 14 ราย (ร้อยละ 93.99) เป็นชนิดโรคเรื้อนพบเชื้อน้อย (PB) และพบว่า 11 ราย ร้อยละ 73.33 อยู่ในกลุ่มอายุ 10-15 ปี บริเวณที่พบรอยโรคได้บ่อยกว่าร้อยละ 85.7 ของรอยโรคทั้งหมด ได้แก่ ขา แขน ศีรษะ และคอ ตามลำดับ อาการทางเส้นประสาทส่วนปลายพบในเด็กนักเรียนสตรี 2 ราย (ร้อยละ 13.33) โดยพบ 1 ราย ที่มีความพิการจาก ulnar claw ในเด็กที่พบเป็นโรคเรื้อนพบว่า 11 ราย (ร้อยละ 73.33) ตรวจพบมีรอยแผลเป็น ปิซิจ ซึ่งส่วนมากจะเป็นโรคเรื้อนชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ pure neuritic และ borderline ตามลำดับ ในการตรวจผู้สัมผัสพบเป็นโรคเรื้อนชนิดพบเชื้อมาก (MB) 2 ราย ใน 2 ครอบครัว (ร้อยละ 13.33) โดยแต่ละรายมีบิดาเป็น index source สรุปผลการศึกษาพบว่าจำนวนเด็กนักเรียนสูงสุด 8 ราย (ร้อยละ 53.3) อยู่ในครอบครัวระดับสังคมเศรษฐกิจปานกลาง ใน 15 ราย (ร้อยละ 60) อยู่ในสภาพขาดอาหาร และตรวจไม่พบมี systemic disease อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อนเลย

ย่อโดย นฤมล ใจดี สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

Life Satisfaction in Patients with Leprosy

Rodchan S, Nimnuan C. Thai J Dermatol 2003; 19: 117-30.

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความพึงพอใจในชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเรื้อนสถาบันราชประชาสมาสัย

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการสงเคราะห์อยู่ในสถาบันราชประชาสมาสัยที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามเพศ (stratified random sampling) และวิธี simple random sampling จำนวน 300 คน จาก 947 คน เป็นชาย 177 คน และหญิง 123 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามทั้งหมด 3 ชุดคือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา 7 ข้อ

ชุดที่ 2 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 12 ข้อ 6 ด้าน โดยดัดแปลงมาจากการศึกษาของบราเคลและคณะ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 2 ข้อ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในครอบครัวปัจจุบัน และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม

ชุดที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนจำนวน 20 ข้อ โดยปรับมาจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของนิวการ์เทินและคณะ (LSIA)

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ กับความพึงพอใจในชีวิต (bivariate analysis) ด้วย chi - square test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความพึงพอใจ ในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย logistic regression analysis

ผลการศึกษา ข้อมูลส่วนบุคคลจากกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อยู่กับคู่สมรสและเป็นครอบครัวที่สมาชิกเป็นโรคเรื้อนเช่นเดียวกันนับถือศาสนาพุทธ สามารถอ่านหนังสือได้ มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 ไม่มีรายได้และไม่ได้ประกอบอาชีพ และเนื่องจากตัวแปรด้านรายได้ที่คิดว่าเพียงพอสำหรับตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะประเมินได้หรือมักไม่ให้ความร่วมมือในการตอบ ผู้วิจัยจึงไม่นำตัวแปรนี้ไปวิเคราะห์ในขั้นต่อไป เนื่องจากไม่มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จะมีความน่าเชื่อถือ ส่วนด้านโรคและการรักษาพบว่าเกือบทั้งหมดอยู่ในสถานะจำหน่ายจากการรักษาโรคและผู้ป่วยที่พบมากที่สุดได้แก่ผู้ป่วยชนิด lepromatous โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพิการอยู่ในระดับ 2 ที่สามารถมองเห็นความพิการได้อย่างชัดเจน โดยระยะเวลาที่เป็นโรคและระยะเวลาที่ได้รับการสงเคราะห์ ที่พบมากที่สุดอยู่ในระหว่าง 26 - 40 ปี ในด้านความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่นในครอบครัว ปัจจุบันและที่ไม่ได้อยู่ในครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา โดยผู้วิจัยไม่นำตัวแปรความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในครอบครัวไปทำการวิเคราะห์ในขั้น bivariate analysis เนื่องจากมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบว่ามีปัญหาเพียงร้อยละ 1

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้โดยไม่รู้สึกยากลำบาก

ความพึงพอใจในชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิต

ผลการวิเคราะห์เชิงคู่ (bivariate analysis) ตามความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ กับความพึงพอใจในชีวิต พบว่าตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคลซึ่ง ได้แก่ ความสามารถในการอ่านหนังสือ อาชีพ รายได้เทียบกับรายจ่าย และตัวแปรด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ได้อยู่ในครอบครัว และด้านกิจวัตรประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิต มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ได้จากการวิเคราะห์ในระดับ bivariate analysis ในแต่ละด้านมาเข้าสมการ logistic regression ที่ละ model โดยควบคุมปัจจัยของตัวแปรอื่นๆ แล้วพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีด้วยกัน 3 ตัวแปรได้แก่ ความสามารถในการอ่านหนังสือ รายได้เทียบกับรายจ่าย และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคม โดยผู้ป่วยโรคเรื้อนที่อ่านหนังสือได้จะมีความพึงพอใจในชีวิตเป็น 2.2 เท่าของผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีรายได้ที่พอดีหรือมากกว่ารายจ่ายมีโอกาสที่จะพึงพอใจในชีวิตตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ ถึง 4.7 เท่า และผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่อยู่ในสังคมมีโอกาสที่จะพึงพอใจในชีวิตเพียง 0.3 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์

วิจารณ์ การมีรายได้ที่เพียงพอกับการดำรงชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับชีวิตของบุคคลซึ่งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยนี้ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการในการมีชีวิตอยู่ โดยการอ่านหนังสือได้และการไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งที่เป็นเครื่องสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้มีทางเลือกและมีโอกาสต่อการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม มีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางขึ้น สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองและมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเอง ในทางบวกซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารี คาทาโอเก ที่ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ประเทศญี่ปุ่นพบว่าชีวิตทางด้านสังคมมีผลต่อ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยชายซึ่งการมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี เช่นการมีคู่สมรส มีการติดต่อสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ภายนอกได้เข้าสมาคมต่างๆ ร่วมกับบุคคลอื่นหรือมีลักษณะการดำเนินชีวิตแบบ active จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่า

ย่อโดย ศิรามาศ รอดจันทร์ สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค

ท่านถาม - เราตอบ

คำถาม

ยังไม่เข้าใจชัดเจนบทบาทของ schwann cell ในเส้นประสาทส่วนปลายและใยประสาทในผิวหนังว่า เกี่ยวข้องการทำลายของเส้นประสาทดังกล่าวในผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างไร

มนัส ผดุงคุณารธรรม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

กรมควบคุมโรค

คำตอบ

จากการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้เกี่ยวข้องกัคำถามดังกล่าวพอจะสรุปสาระสำคัญของคำตอบ ได้ดังนี้

1. เชื้อโรคเรื้อนชอบอาศัยหลบซ่อนตัวในเส้นประสาทในผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย โดยพยายามไซรอนเข้าไปอยู่ใน Schwann cell ในเส้นประสาทดังกล่าวซึ่งปลอดจากการถูกค้นหาและทำลาย โดยเม็ดเลือดขาว T-cell เพื่อเจริญเติบโตแบ่งตัวใน Schwann cell ต่างๆ ต่อไปจน Schwann cell แตกและถูกทำลายไป

2. จาก Schwann cell สามารถ express major Histocompatibility complex (MHC) class II antigens in vitro เมื่อ induced ด้วย interferon-gamma แสดงว่า Schwann cells อาจจะมีบทบาทเป็นตัว presentation ของ antigen ของเชื้อโรคเรื้อนได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อน ทำให้กระตุ้นให้เกิด cell-mediated immune response และเกิด granuloma ซึ่งเป็นตัวทำลายเส้นประสาท

3. แต่จากการศึกษาตัดชิ้นเนื้อของเส้นประสาทส่วนปลายจากผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดพบเชือน้อยและ มาก โดยใช้ immuno-electron microscopy technique พบว่า infiltrating leucocytes จัดเป็น class II positive ขณะที่พบว่า Schwann cells ไม่ได้เป็น class II positive ด้วย จึงพิสูจน์ว่า Schwann cells ไม่น่าจะ เกี่ยวข้องในการนำเสนอ antigens ให้แก่ T-cells ในผู้ป่วยโรคเรื้อนอย่างทีคาดไม่ถึงในข้อ 2.

4. การศึกษาการทำลายเส้นประสาทเทียมในสัตว์ทดลอง เพื่อเปรียบเทียบกับการทำลายโดยเชื้อ โรคเรื้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อน ด้วยการฉีด cobalt ที่ irradiated ด้วยเชื้อโรคเรื้อนเข้าไปในเส้นประสาท tibial ของหนูตะเภา และติดตามศึกษาการทำลายเส้นประสาททั้งด้านวิธีการทางคลินิก morphometrie และ electro-physiological analysis เพื่อวัดหา neuropeptide ที่อยู่ใน nerve fibres ในผิวหนังบริเวณเท้าของหนู ผลพบว่าเส้นประสาทเริ่มถูกทำลายภายใน 3 สัปดาห์ และถูกทำลายสูงสุดใน 5 สัปดาห์ โดยพบว่า myelinated nerve fibres ลดจำนวนลงอย่างมากบริเวณที่ฉีด cobalt และอาจไม่พบสารพวก neuropeptides substance P (SP) และ protein gene product (PGP), calcitonin gene related protein (CGRP) และ vasoactive intestinal peptide (VIP) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่พบ neuropeptides ในผิวหนังของผู้ป่วยโรคเรื้อน ชนิดต่างๆ เช่นกัน เพราะปกติสารพวก neuropeptides และ CGPR มักพบใน nonmyelated C fibre

ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเจ็บและร้อนเย็น การไม่พบ neuropeptides ซึ่งบ่งชี้ว่ามีการทำลายประสาทส่วน autonomic nerves ทำให้ไม่มีทั้ง sensory และ autonomic-neuropeptide immuno-reactivity ใน nerve fibres ทั้งใน granuloma ในสัตว์ทดลองและในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดต่างๆ แสดงชัดเจนว่าเส้นประสาทถูกทำลาย เพราะไม่พบทั้ง myelinated และ unmyelinated axonic activity จาก axon ถูกทำลาย

5. การเสียหายที่ของเส้นประสาทส่วนปลายจึงเกิดการทำลายของ axon เนื่องจากการเกิด granuloma รอบๆ และในเส้นประสาท ซึ่งประกอบขึ้นด้วยเซลล์สำคัญๆ อยู่ใน macrophage-monocyte series ที่สามารถหลั่งสาร cytokine ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อประสาทเนื่องจากมีคุณสมบัติเป็น Tumour Necrosis Factors (TNF α) โดยพบว่ามี TNF α protein และ TNF α mRNA ในเส้นประสาทของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการตรวจด้วย in-situ hybridization technique โดยเฉพาะเมื่อเกิดโรคเห่อในผู้ป่วยชนิด BT พบว่า TNF α จะรุนแรงกว่าในเส้นประสาทมากกว่าในผิวหนัง แสดงว่าการทำลายของ axon ในเส้นประสาทส่วนปลาย เมื่อผู้ป่วยเกิดโรคเห่อเห็นผลโดยตรวจจากปฏิกิริยา TNF α นอกจากนั้นยังพบ cytokine ตัวอื่นๆ เช่น TNF β (lymphotoxin) ที่ทำให้เกิดการทำลายเส้นประสาทในโรคเรื้อรัง รวมทั้ง factors อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น Perforin / cytolytic ซึ่งทำให้เกิด cytotoxicity เนื่องจากการหลั่งสารดังกล่าวโดยตรงจาก CD₄ และ CD₈ T lymphocytes และยังพบด้วยว่ามีการเพิ่มจำนวนของ mycobacterial heat shock protein (hsp-70) ใน macrophages ในเส้นประสาทส่วนปลายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดโรคเห่อ ซึ่งอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิด cell-mediated immune response ทำให้เกิด granuloma ทำลายเส้นประสาทดังกล่าวแล้วได้

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ รามสูต
ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

✍ คำถาม

ในกรณีที่แพทย์อยากศึกษาภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สัมผัสร่วมบ้านในหมู่บ้านที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังค่อนข้างมาก (ความชุกสูง) โดยวิธีการทางวิทยาภูมิคุ้มกัน เช่น ทดสอบ skin test ด้วย lepromin ซึ่งใช้ monoclonal antibody ต่อเชื้อโรคเรื้อรังร่วมกับตรวจเลือดหาระดับของ specific anti-PGL-1 antibody โดย ELISA ด้วย ขอทราบว่ามีเกณฑ์การอ่านผล Mitsuda reaction ของ histopathology จากการตัด biopsy บริเวณที่ฉีด lepromin test ไปตรวจทางจุลพยาธิวิทยาอย่างไรบ้าง ขอขอบคุณครับ

นายแพทย์เรืองศิลป์ เกื่อนนาคี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

✉ คำตอบ

Mitsuda reaction อ่านผล 4 สัปดาห์หลังฉีด lepromin ในผิวหนัง โดยหลังการอ่านผลจากการวัดขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางทั้งแนวขวางและแนวตั้งเป็นมิลลิเมตรเสร็จแล้ว ก็ตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่อ่านผลขนาด 6 มม. ขึ้นไปส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ซึ่งการอ่านผล histological classification ของ Mitsuda-reaction แบ่งออกเป็น 6 criteria คือ

Score 0 : ตรวจไม่พบ inflammatory infiltrate

Score 1 : ตรวจพบ non-granulomatous mononuclear infiltrate

- Score 2 : ตรวจพบ infiltrate ซึ่งประกอบด้วย epithelioid cells น้อยมาก และยังไม่พบมี granulomatous formation
- Score 3 : เริ่มตรวจพบมี incomplete tuberculoid granuloma และมี aggregates ของ epithelioid cells
- Score 4 : เริ่มตรวจพบมี loose tuberculoid granuloma
- Score 5 : พบมี tuberculoid granuloma ชัดเจนแต่ยังไม่สมบูรณ์ถึงกับมี nodular pattern
- Score 6 : พบมี tuberculoid granuloma พร้อมมี nodular pattern สมบูรณ์ชัดเจน

ปฏิกิริยา mitsuda ของ lepromin test ไม่ค่อยมีคุณค่าประโยชน์ด้านการวินิจฉัยโรคเรื้อน โดยการตัดชิ้นเนื้อบริเวณอ่านผล lepromin หลังฉีด 4 สัปดาห์ ซึ่งมีปฏิกิริยาสนองตอบของภูมิคุ้มกันสูงสุดในระบบ cell-mediated immunity จะพบลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาตามเกณฑ์ต่างๆ ดังกล่าวข้างบนที่บ่งชี้ถึง state ของ tissue reactivity ต่อแอนติเจนของเชื้อโรคเรื้อน ซึ่งเป็นดัชนีบ่งบอกถึงภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อนหรือผู้สัมผัสที่ทดสอบ lepromin

สำหรับการตรวจ anti-PGL-1 antibody เป็นการวัด humoral immunity ซึ่งมีประโยชน์ช่วยการจำแนกชนิดโรคเรื้อน และการค้นหาผู้ป่วยใหม่

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ รามสูต
ที่ปรึกษากรมควบคุมโรคและกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ข่าวในแวดวงโรคเรื้อนจากสถาบันราชประชาสมาสัย

กิจกรรมทางวิชาการของ ศ.นพ.ธีระ รามสูต

- วิทยากรบรรยายเรื่อง "พระราชปณิธานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวต่อการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน" ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในสภาวะความทุกข์โรคต่ำ จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย ณ โรงแรมอิมพีเรียลแม่งปิ้ง เชียงใหม่ วันที่ 23-25 มิถุนายน 2547
- ได้รับแต่งตั้งเป็นที่ปรึกษา คณะกรรมการอำนวยการจัดประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บระดับชาติ ครั้งที่ 1 จัดโดยสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ วันที่ 16-18 มิถุนายน 2547
- เป็นประธานการประชุมภาคเข้าในการอภิปรายเรื่อง "ปัญหาและการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบก" ในการประชุมวิชาการโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บระดับชาติ ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ วันที่ 16 มิถุนายน 2547
- วิทยากรบรรยายเรื่อง "แนวคิดและแนวทางการประยุกต์เวชศาสตร์การท่องเที่ยวและการเดินทางในพื้นที่จังหวัดท่องเที่ยว" ในการประชุมสัมมนาเรื่อง "การควบคุมโรคติดต่อในจังหวัดท่องเที่ยวเขต 1" จัดโดยสำนักงานควบคุมโรคเขต 1 ณ โรงแรมการ์เดนซีวีร์ พัทยา ชลบุรี ในวันที่ 8-10 มิถุนายน 2547 และเป็นวิทยากรวิพากษ์การประชุมกลุ่มในวันที่ 10 มิถุนายน 2547
- บรรยายการจัดการสมัยใหม่ นักศึกษานานาชาติหลักสูตรปริญญาโท Master of Primary Health Care Management สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา วันที่ 19 กรกฎาคม และวันที่ 23 สิงหาคม 2547
- เป็นประธานนำคณะกรรมการมูลนิธิราชประชาสมาสัยฯ และคณะ นำคณะบุคคล 250 คน เข้าเฝ้าฯ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี แทนพระองค์ ณ ศาลาดุสิดาลัย สวนจิตรลดา พระราชวังดุสิต ในวันที่ 16 กรกฎาคม 2547
- สถาบันราชประชาสมาสัย ส่งบุคลากรไปเข้ารับการอบรมหลักสูตรระดับวิทยาประยุกต์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค จัดโดยกรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 10-14 พฤษภาคม 2547 ดังนี้
 - น.ส.วิจิตรา ธารีสุวรรณ
 - นางสิทธรรณ เสริมฤทธิ์รงค์
 - น.ส.ประทุม สอนสพทอง
- สถาบันราชประชาสมาสัย จัดให้มีการประชุมคณะทำงานจัดทำคู่มือการตรวจเชื้อโรคเรื้อน ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2547 ณ ห้องประชุมสถาบันราชประชาสมาสัย

- สถาบันราชประชาสมาสัย จัดทำ VCD สารคดีเรื่องน้อมเกล้าฯ ตามรอยพระยุคลบาท สำหรับเผยแพร่พระราชกรณียกิจในงานโรคเรื้อนแก่ประชาชน
- สถาบันราชประชาสมาสัย จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในสถานะความชุกโรคต่ำ ระหว่างวันที่ 23-25 มิถุนายน 2547 ณ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมี นายแพทย์จรัญ ปิยะวรารักษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม
- ชมรมราชประชาสมาสัย จัดให้มีการประชุมพบปะสมาชิก เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2547 ณ ราชตฤณามัยสมาคม กรุงเทพฯ
- สถาบันราชประชาสมาสัย จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดทำแผนรณรงค์เผยแพร่ความรู้โรคเรื้อน ระหว่างวันที่ 21-23 กรกฎาคม 2547 ณ จังหวัดอุดรธานี
- สถาบันราชประชาสมาสัย ส่งเจ้าหน้าที่ไปประเมินผลการรณรงค์เผยแพร่ความรู้โรคเรื้อนแก่ประชาชน ณ จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างวันที่ 4-6 สิงหาคม 2547
- สถาบันราชประชาสมาสัย จัดให้มีการอบรมเรื่อง แนวทางการเยี่ยมสำรวจเพื่อการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของจังหวัด ระหว่างวันที่ 11-12 สิงหาคม 2547 ณ จังหวัดนครราชสีมา โดยมี นายแพทย์ชัยวุฒิ บัณฑิต ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย เป็นประธานในพิธีเปิดการอบรม

- การสูญเสียการได้ยินของผู้ป่วยโรคเรื้อน
ในสถาบันราชประชาสมาสัย
- การเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ามาจากประเทศใกล้เคียง
ในปี 2541-2546 ตามแนวพระราชดำริ
- ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูงระหว่าง
ผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ป่วยไม่เป็นโรคเรื้อนที่มารับบริการ
ในสถาบันราชประชาสมาสัย ปี พ.ศ. 2546
- พฤติกรรมการเปิดรับสื่อและการแสวงหาข่าวสารเรื่องโรคเรื้อน
ของประชาชน : กรณีศึกษาจังหวัดหนองบัวลำภู
- ทำอย่างไรจึงจะพัฒนาคุณภาพงานบริการโรคเรื้อนได้
อย่างยั่งยืน?
- อาการปวดเส้นประสาทส่วนปลายที่เสื่อมในผู้ป่วยโรคเรื้อน
- ความก้าวหน้าทางพยาธิวิทยาโรคเรื้อน
- 30 Years of Support towards Success : Sasakawa Memorial
Health Foundation and the Elimination of Leprosy as a
Public Health Problem in Thailand and Asian Countries