

Original Article

นิพนธ์รัตน์ฉบับ

ลักษณะทางคลินิก ผลการรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2536-2550

จินตนา อุทัยศิลป์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลแม่สอด ตาก

บทคัดย่อ

รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิก ชนิดของโรค ความรุนแรง ความพิการ ผลการรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างปีงบประมาณ 2536-2550 โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชาวไทยกับชาวพม่า เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผน เพื่อลดปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่า ดำเนินการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน จากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อน เวชระเบียนผู้ป่วย และบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน จากการศึกษาพบผู้ป่วยรวม 186 ราย เป็นผู้ป่วยชาวไทย 53 ราย (28.5%) และชาวพม่า 133 ราย (71.5%) โดยผู้ป่วยชาวไทยมีแนวโน้มลดลงเหลือปีละ 1-2 ราย ในช่วงปี 2544-2548 และไม่พบผู้ป่วยเพิ่มอีกหลังจากนั้น ส่วนผู้ป่วยชาวพม่าได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาปีละ 5-17 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งใกล้เคียงกันทั้งชาวไทย (83.0%) และชาวพม่า (80.5%) ผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 50.9 มีอายุ 45 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบกับร้อยละ 23.3 ในชาวพม่า ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 5.7 และชาวพม่าร้อยละ 6.8 ให้ประวัติว่าเคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน สำหรับรอยโรคทางผิวหนังที่พบบ่อยในผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 34.0 และชาวพม่าร้อยละ 34.6 มีผื่นนูนแดง ส่วนผื่นวงสีขาวพบได้รองลงไป คือ ร้อยละ 30.2 ในชาวไทย และร้อยละ 33.8 ในชาวพม่า ผู้ป่วยทั้งชาวไทยและพม่าส่วนใหญ่ มีอาการชา สีของผิวหนังจางหรือเข้มกว่าปกติ และลักษณะของผิวหนังแห้งเหี่ยวไม่ออกหรือเป็นแบบอิมจำเป็นมันเลื่อม สำหรับแผลนั้นพบในผู้ป่วยชาวพม่ามากกว่าชาวไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามมีภาวะโรคเท้าดำแห่งของเส้นประสาทที่พบผิดปกติ (โต/เจ็บ) มากที่สุดได้แก่ บริเวณข้อศอก ซึ่งพบร้อยละ 47.2 ในชาวไทย และร้อยละ 48.1 ในชาวพม่า สำหรับความพิการระดับ 2 ซึ่งพบได้บ่อยสุดที่มีือ โดยพบร้อยละ 24.5 ในผู้ป่วยชาวไทย และร้อยละ 26.3 ในชาวพม่า ผู้ป่วยชาวพม่าพบเป็นโรคเรื้อนชนิดติดต่อ (lepromatous) มากกว่าชาวไทยอยู่บ้าง ส่วนผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยชาวไทยส่วนใหญ่รักษาหาย และมีเพียง 1 ราย (1.9%) ที่ขาดยาระหว่างการรักษา เปรียบเทียบกับร้อยละ 41.4 ในผู้ป่วยชาวพม่าที่ขาดการรักษา ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการขาดการรักษาของผู้ป่วยชาวพม่า เนื่องจากในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่ามีประชากรชาวพม่าอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก และยังพบความชุกของโรคเรื้อนรวมทั้งการขาดการรักษาอยู่ในระดับที่สูง ดังนั้นการควบคุมโรคเรื้อนในชาวพม่าอพยพจึงมีความจำเป็นเพื่อลดการแพร่โรคสู่คนไทย

คำสำคัญ: โรคเรื้อน, ความพิการ, การขาดการรักษา, พื้นที่ชายแดน

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความพิการได้ จึงยังเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ และเป็นปัญหาทางสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมากในประเทศที่ยังมีความชุกของโรคนี้สูง สาเหตุของโรคเรื้อนเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium leprae* ซึ่งเกิดและติดต่อเฉพาะในคน เชื้อโรคเรื้อนเป็นเชื้อที่มีความสามารถในการติดเชื้อมาก แต่มีฤทธิ์ในการก่อโรคต่ำ โดยสามารถติดต่อกันได้ทางระบบทางเดินหายใจ และผิวหนังที่มีรอยถลอกหรือมีบาดแผล โรคเรื้อนมีระยะฟักตัวประมาณ 3-5 ปี หรืออาจนานถึง 8-12 ปี ในผู้ป่วยชนิดติดต่อ (lepromatous)^(1,2) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด lepromatous ที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อนสามารถปล่อยเชื้อออกนอกร่างกายทางจุก รอยแผลแตกของผิวหนัง ขน เหงื่อ และน้ำนมแม่ โดยผ่านทางเยื่อจมูกได้มากถึงวันละ 10 ล้านตัว และเชื้อที่ออกนอกร่างกายจะมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมได้นาน 9 วัน และอยู่ในดินที่ชื้นนานถึง 46 วัน⁽¹⁻⁴⁾ ประชาชนมีโอกาสรับเชื้อและติดเชื้อมาก แต่จะเกิดอาการของโรคเรื้อนหรือไม่ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของแต่ละคน การรักษาด้วยยาผสมหลายขนานจะช่วยทำลายเชื้อได้เร็วขึ้น และป้องกันเชื้อซ้ำ

ถึงแม้ว่าสถานการณ์ของโรคเรื้อนในประเทศไทยในภาพรวมจะมีแนวโน้มลดลง⁽⁵⁾ แต่ในบางพื้นที่ เช่น อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ยังพบผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า ทั้งนี้เนื่องจากอำเภอแม่สอดเป็นอำเภอชายแดนไทย-พม่า มีชาวพม่าเข้ามาอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งในเขตชุมชนและศูนย์อพยพ โรงพยาบาลแม่สอดจึงมีผู้ป่วยชาวพม่ามารับการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยโรคเรื้อนเป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่พบผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวพม่า รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกชนิดของโรค ความรุนแรง ความพิการ ผลการรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการรักษาของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชาวไทยกับชาวพม่า เพื่อนำผลการ

ศึกษามาใช้ในการวางแผน เพื่อลดปัญหาโรคเรื้อนในพื้นที่ชายแดนไทย-พม่าต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน จากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อน เวชระเบียนผู้ป่วย และบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างปีงบประมาณ 2536-2550 รวม 186 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษา ติดตามการรักษา และเสริมสร้างความรู้ โดยผู้รายงานและทีมงานซึ่งผ่านการฝึกอบรมมาแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและประเมินซ้ำจากคณะผู้เชี่ยวชาญของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างการติดตามนิเทศงานโรคเรื้อน ข้อมูลที่นำมาศึกษาประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ที่อยู่ ประวัติการเคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน และประเภทของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา

2. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย อาการเริ่มแรก ตำแหน่งที่มีอาการเริ่มแรก ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเริ่มรักษา รอยโรคทางผิวหนังที่ตรวจพบ จำนวนรอยโรค การกระจายและตำแหน่งที่พบรอยโรค ตำแหน่งของเส้นประสาทที่ตรวจพบความผิดปกติ ความพิการที่ตรวจพบ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับความพิการที่ตรวจพบ ได้ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความพิการตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอิงตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก^(1,6) โดยแบ่งระดับความพิการที่มองเห็นได้ตามความรุนแรงเป็นระดับที่ 1 และ 2

3. ชนิดของโรคเรื้อนที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา สำหรับการรักษาผู้ป่วยนั้นได้ใช้การรักษาด้วยยาผสมระยะสั้น (multidrug therapy) ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾ โดยจำแนกผู้ป่วยเป็นประเภทเชื้อมาก และประเภทเชื้อน้อย ซึ่งยาหลักที่ใช้รักษา คือ rifampicin, clofazimine และ

dapsone ภายหลังจากการรักษาหายแล้วผู้ป่วยจะได้รับการเฝ้าระวังโรคต่อตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁾

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการขาดการรักษาของผู้ป่วย

ผู้รายงานได้รวบรวมข้อมูลลงในแบบบันทึกที่ได้สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ EPI INFO 2002 โดยนำเสนอผลการศึกษาดังพรรณนาเป็นจำนวน และค่าร้อยละ สำหรับการศึกษ

เปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยชาวไทยกับชาวพม่า รวมทั้งศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการขาดการรักษาของผู้ป่วย นั้นใช้ chi-square test หรือ Fisher's exact test ในการเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลผู้ป่วย โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ในช่วงเวลาที่ศึกษา มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อนชาวไทยและชาวพม่า ที่เข้ารับการรักษาจนครบกำหนดในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2536-2550

ตำแหน่ง	ไทย		พม่า		รวม		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รวมทั้งหมด	53	100.0	133	100.0	186	100.0	
เพศ							
ชาย	44	83.0	107	80.5	151	81.2	0.69
หญิง	9	17.0	26	19.5	35	18.8	
อายุ (ปี)							
< 15	2	3.8	6	4.5	8	4.3	
15-29	9	17.0	59	44.4	68	36.5	
30-44	15	28.3	37	27.8	52	28.0	< 0.01
45-59	16	30.2	24	18.0	40	21.5	
> 60	11	20.8	7	5.3	18	9.7	
ที่อยู่							
อำเภอแม่สอด	37	69.8	35	26.3	72	38.7	
อำเภออื่น/จังหวัดอื่น	16	30.2	16	12.0	32	17.2	<0.01
ศูนย์อพยพ/ประเทศพม่า	0	0.0	82	61.7	82	44.1	
การเคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน							
มี	3	5.7	9	6.8	12	6.5	0.78
ไม่มี	50	94.3	124	93.2	174	93.5	
การขึ้นทะเบียนผู้ป่วย							
รายใหม่	52	98.1	122	91.7	174	93.5	
กลับเป็นโรคใหม่	0	0.0	6	4.5	6	3.2	0.18
ขาดยากลับมารักษาใหม่	0	0.0	4	3.0	4	2.2	
รับย้าย	1	1.9	1	0.8	2	1.1	

*เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชาวไทยและชาวพม่า

เป็นโรคเรื้อน และได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก รวม 186 ราย เป็นผู้ป่วยชาวไทย 53 ราย (28.5%) และชาวพม่า 133 ราย (71.5%) โดยผู้ป่วยชาวไทยมีแนวโน้มลดลงเหลือปีละ 1-2 ราย ในช่วงปี 2544-2548 และไม่พบผู้ป่วยเพิ่มอีกหลังจากนั้น ส่วนผู้ป่วยชาวพม่าได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาปีละ 5-17 ราย

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งใกล้เคียงกันทั้งชาวไทย (83.0%) และชาวพม่า (80.5%) สำหรับอายุพบว่า ผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 50.9 มีอายุ 45 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบกับร้อยละ 23.3 ในชาวพม่า ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ป่วยเด็ก

อายุ < 15 ปี พบในชาวไทยร้อยละ 3.8 และชาวพม่าร้อยละ 4.5 ผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 69.8 มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ส่วนชาวพม่าร้อยละ 61.7 มาจากศูนย์อพยพหรือจากประเทศพม่า ผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 5.7 และชาวพม่าร้อยละ 6.8 ให้ประวัติว่าเคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดทั้งชาวไทยและชาวพม่าขึ้นทะเบียนรักษาแบบผู้ป่วยรายใหม่ (ตารางที่ 1)

อาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่พบบ่อย ได้แก่ การมีผื่นแดง ซึ่งพบร้อยละ 34.0 ในชาวไทย และร้อยละ 30.1 ในชาวพม่า รองลงไปได้แก่ อาการชา ซึ่งพบร้อยละ 32.1 ในชาวไทย และร้อยละ 24.1 ในชาวพม่า โดยตำแหน่ง

ตารางที่ 2 อาการเริ่มแรก ตำแหน่งที่มีอาการ และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเริ่มรักษา ในผู้ป่วยโรคเรื้อนชาวไทยเปรียบเทียบกับชาวพม่า

อาการเริ่มแรก	ไทย (n = 53)		พม่า (n = 133)		รวม (n = 186)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาการเริ่มแรก							
ผื่นขาว	9	17.0	28	21.0	37	19.9	0.10
ผื่นแดง	18	34.0	40	30.1	58	31.2	
ตุ่ม	4	7.5	9	6.7	13	7.0	
ชา	17	32.1	32	24.1	49	26.3	
แผล	0	0.0	17	12.8	17	9.1	
พิการ	5	9.4	7	5.3	12	6.5	
ตำแหน่งที่มีอาการเริ่มแรก							
ใบหน้า/หู	7	13.2	24	18.0	31	16.7	0.66
แขน/มือ	23	43.4	48	36.1	71	38.2	
ลำตัว/หลัง	7	13.2	14	10.5	21	11.3	
ขา/เท้า	16	30.2	47	35.3	63	33.9	
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเริ่มรักษา							
< 6 เดือน	16	30.2	29	21.8	45	24.2	0.02
> 6 เดือน - 1 ปี	8	15.1	37	27.8	45	24.2	
> 1 ปี - 3 ปี	22	41.5	33	24.8	55	29.6	
> 3 ปี	7	13.2	34	25.6	41	22.0	

*เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชาวไทยและชาวพม่า

ที่มีอาการเริ่มแรกและพบมากที่สุด คือ แขน/มือ และขา/เท้า โดยคล้ายกันทั้งชาวไทยและชาวพม่า สำหรับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงเริ่มรักษาพบว่า ผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 30.2 มารับการรักษาภายใน 6 เดือน ภายหลังเริ่มมีอาการ เปรียบเทียบกับร้อยละ 21.8 ใน

ชาวพม่า (ตารางที่ 2)

สำหรับรอยโรคทางผิวหนังที่พบบ่อยในผู้ป่วยจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยชาวไทยร้อยละ 34.0 และชาวพม่าร้อยละ 34.6 มีผื่นนูนแดง ส่วนผื่นวงสีขาพบได้รองลงไป คือ ร้อยละ 30.2 ในชาวไทย และร้อยละ 33.8

ตารางที่ 3 รอยโรคทางผิวหนังที่พบในผู้ป่วยชาวไทยเปรียบเทียบกับชาวพม่า

รอยโรคทางผิวหนัง	ไทย (n = 53)		พม่า (n = 133)		รวม (n = 186)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รอยโรคที่พบ**							
ผื่นนูนแดง	18	34.0	46	34.6	64	34.4	0.93
ผื่นวงสีขา	16	30.2	45	33.8	61	32.8	0.63
ผื่นแดง	14	26.4	39	29.3	53	28.5	0.69
ผื่นวงแหวน	6	11.3	17	12.8	23	12.4	0.78
ผื่นสีเข้ม	3	5.7	11	8.3	14	7.5	0.54
ตุ่ม	11	20.8	23	17.3	34	18.3	0.58
แผล	3	5.7	38	28.6	41	22.0	< 0.01
มีอาการชา	47	88.7	110	82.7	157	84.4	0.31
สีผิวดำ (จาง/เข้ม)	45	84.9	115	86.5	160	86.0	0.78
ลักษณะผิวดำ (แห้ง/เป็นมัน)	39	73.6	94	70.7	133	71.5	0.69
จำนวนรอยโรค (แห่ง)							
< 5	29	54.7	64	48.1	93	50.0	
6-10	9	17.0	27	20.3	46	24.7	0.71
> 10	15	28.3	42	31.6	47	25.3	
การกระจายรอยโรคบนร่างกาย							
ข้างเดียว	19	35.8	24	18.0	43	23.1	< 0.01
สองข้าง	34	64.2	109	82.0	143	76.9	
ภาวะโรคเห่อ							
ไม่มี	36	67.9	93	69.9	129	69.4	
มี ชนิดผื่นแดง	9	17.0	13	9.8	22	11.8	0.33
มี ชนิดตุ่มอักเสบ	8	15.1	27	20.3	35	18.8	
ตำแหน่งที่พบรอยโรค**							
ใบหน้า/หู	27	50.9	69	51.9	96	51.6	0.91
แขน/มือ	40	75.5	109	82.0	149	80.1	0.32
ลำตัว/หลัง	22	41.5	53	39.8	75	40.3	0.83
ขา/หน้า	28	52.8	107	80.5	135	72.6	< 0.01

*เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชาวไทยและชาวพม่า

**บางรายมีมากกว่า 1 อย่าง

ในชาวพม่า ผู้ป่วยทั้งชาวไทยและพม่าส่วนใหญ่ มีอาการชา สีของผิวหนังจางหรือเข้มกว่าปรกติ และลักษณะของผิวหนังแห้งเหี่ยวไม่ออกหรือเป็นแบบอิมมูน่า เป็นมันเลื่อม สำหรับแผลนั้นพบในผู้ป่วยชาวพม่ามากกว่าชาวไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวพม่าประมาณครึ่งหนึ่งมีรอยโรคมากกว่า 5 แห่ง ผู้ป่วยชาวพม่ามีรอยโรคกระจายทั้งสองข้างของร่างกายมากกว่าผู้ป่วยชาวไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามมีภาวะเท้า และตำแหน่งที่พบรอยโรคที่ผิวหนังได้บ่อย คือ แขน/มือ และขา/เท้า ซึ่งตำแหน่งที่พบรอยโรคของผู้ป่วยชาวไทยและชาวพม่าไม่แตกต่างกันมากนัก ยกเว้นขา/เท้า ซึ่งพบในชาวพม่ามากกว่าชาวไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตำแหน่งของเส้นประสาทที่พบผิดปกติ (โต/เจ็บ)

มากที่สุดได้แก่ บริเวณข้อศอก ซึ่งพบร้อยละ 47.2 ในชาวไทย และร้อยละ 48.1 ในชาวพม่า รองลงไปคือ บริเวณขาพับด้านนอก ซึ่งพบร้อยละ 18.9 ในชาวไทย และร้อยละ 33.8 ในชาวพม่า ส่วนความพิการนั้นพบได้ทั้งที่ตา (6.5%) มือ (32.3%) และเท้า (27.4%) โดยไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างผู้ป่วยชาวไทยและพม่า สำหรับความพิการระดับ 2 ซึ่งพบได้บ่อยสุดที่มือ โดยพบร้อยละ 24.5 ในผู้ป่วยชาวไทย และร้อยละ 26.3 ในชาวพม่า (ตารางที่ 4)

ผลการตรวจทางจุลชีววิทยาโดยวิธีกรีตผิวหนัง (slit skin smear) พบเชื้อหรือผลบวกในผู้ป่วยร้อยละ 42.5 โดยพบ 1+ ถึง 2+ ร้อยละ 10.1 ของผู้ป่วยที่มีผลบวกทั้งหมด พบ 3+ ถึง 4+ ร้อยละ 34.2 และพบ 5+ ถึง 6+ ร้อยละ 55.7 ส่วนการตรวจทางพยาธิวิทยาโดยการตัด

ตารางที่ 4 ตำแหน่งของเส้นประสาทที่ผิดปกติ และความพิการที่ตรวจพบในผู้ป่วยไทยเปรียบเทียบกับชาวพม่า

ตำแหน่ง	ไทย (n = 53)		พม่า (n = 133)		รวม (n = 186)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ตำแหน่งของเส้นประสาทที่ผิดปกติ (โต/เจ็บ)**							
ข้างคอ	5	9.4	8	6.0	13	7.0	0.52
ข้อศอก	25	47.2	64	48.1	89	47.8	0.91
ข้างข้อมือ	2	3.8	0	0.0	2	1.1	0.08
กลางข้อมือ	1	1.9	0	0.0	1	0.5	0.28
ขาพับด้านนอก	10	18.9	45	33.8	55	29.6	0.04
ใต้ตาตุ่ม	1	1.9	1	0.8	2	1.1	0.49
ตำแหน่งของความพิการ**							
ตา - ระดับ 1	1	1.9	1	0.8	2	1.1	0.56
- ระดับ 2	4	7.5	6	4.5	10	5.4	
มือ - ระดับ 1	7	13.2	5	3.8	12	6.5	0.06
- ระดับ 2	13	24.5	35	26.3	48	25.8	
เท้า - ระดับ 1	6	11.3	10	7.5	16	8.6	0.10
- ระดับ 2	5	9.4	30	22.6	35	18.8	

*เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชาวไทยและชาวพม่า

**บางรายมีมากกว่า 1 อย่าง

ตารางที่ 5 ชนิดของโรคเรื้อน และผลการรักษาในผู้ป่วยชาวไทยเปรียบเทียบกับชาวพม่า

ชนิดของโรคเรื้อน	ไทย (n = 53)		พม่า (n = 133)		รวม (n = 186)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ชนิดของโรคเรื้อน							
Indeterminate	1	1.9	1	0.8	2	1.1	
Tuberculoid	14	26.4	17	12.8	31	16.7	
Borderline tuberculoid	15	28.3	49	36.8	64	34.4	0.07
Borderline	11	20.8	17	12.8	28	15.1	
Borderline lepromatous	5	9.4	14	10.5	19	10.2	
Lepromatous	7	13.2	35	26.3	42	22.6	
ผลการรักษา							
หาย	45	84.9	63	47.4	108	58.1	
เสียชีวิต	2	3.8	5	3.8	7	3.8	< 0.01
ขาดยาเกิน 2 ปี	1	1.9	55	41.4	56	30.1	
ส่งไปรักษาต่อที่อื่น	5	9.4	10	7.5	15	8.1	

*เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยชาวไทยและชาวพม่า

ชิ้นเนื้อจากรอยโรค (skin biopsy) ได้ดำเนินการเฉพาะในรายที่มีลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนรวม 13 ราย

จากการศึกษาถึงชนิดของโรคเรื้อน พบว่าไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างผู้ป่วยชาวไทยและชาวพม่า โดยชาวพม่าพบผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด lepromatous มากกว่าชาวไทยอยู่บ้าง สำหรับการรักษาผู้ป่วยนั้นใช้ยาผสมระยะสั้นตามแนวทางการรักษาของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ไม่พบผู้ป่วยแพทย์ที่ชัดเจน ส่วนผลการรักษาพบว่า ผู้ป่วยชาวไทยส่วนใหญ่รักษาหาย และมีเพียง 1 ราย (1.9%) ที่ขาดยาระหว่างการรักษา เปรียบเทียบกับร้อยละ 41.4 ในผู้ป่วยชาวพม่าที่ขาดการรักษา ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

เนื่องจากผู้ป่วยชาวไทยขาดการรักษาเพียง 1 ราย การศึกษาถึงปัจจัยที่อาจสัมพันธ์กับการขาดการรักษา จึงวิเคราะห์เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยชาวพม่า จากการศึกษาไม่พบปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการขาดการรักษาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งชาวไทยและพม่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีในสัดส่วนที่น้อยกว่าร้อยละ 10 ซึ่งข้อมูลนี้คล้ายคลึงกับที่พบในพื้นที่อื่นของประเทศไทย^(1,5,7) ซึ่งสาเหตุของความแตกต่างระหว่างเพศนั้นยังไม่ทราบแน่ชัด และจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป ส่วนการพบผู้ป่วยเด็กไม่มากนักอาจเนื่องจากโรคเรื้อนมีระยะฟักตัวนาน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาช้า ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยทั้งชาวไทยและพม่าประมาณครึ่งหนึ่งมารับการรักษาภายหลังมีอาการแล้วนานกว่า 1 ปี หลายรายมารับการรักษาภายหลังมีอาการแล้วนานกว่า 3 ปี และพบผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่มีความพิการโดยเฉพาะในระดับ 2 ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าความพิการของผู้ป่วยโรคเรื้อนจะลดลงหรือป้องกันได้ถ้าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้อง^(1,8) ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษา ของผู้ป่วยชาวพม่าที่ศึกษา

ข้อมูล	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่ขาดการรักษา	ร้อยละที่ขาดการรักษา	p-value
รวมทั้งหมด	133	55	41.4	
เพศ				
ชาย	107	42	39.3	0.32
หญิง	26	13	50.0	
อายุ (ปี)				
< 15	6	1	16.7	0.51
15-29	59	23	39.0	
30-44	37	16	43.2	
> 45	31	15	48.4	
ที่อยู่				
อำเภอแม่สอด	35	14	40.0	0.96
อำเภออื่น/จังหวัดอื่น	16	7	43.8	
ศูนย์อพยพ/ประเทศพม่า	82	34	41.5	
ประเภทของโรคเรื้อน				
เชื้อน้อย	28	10	35.7	0.50
เชื้อมาก	105	45	42.9	
ภาวะโรคเห่อ				
ไม่มี	93	43	46.2	0.08
มี	40	12	30.0	
ความพิการที่ตา				
ไม่มี	126	51	40.5	0.45
มี	7	4	57.1	
ความพิการที่มือ				
ไม่มี	93	38	40.9	0.86
มี	40	17	42.5	
ความพิการที่เท้า				
ไม่มี	93	37	39.8	0.50
มี	40	18	45.0	

เกี่ยวกับโรค ทั้งอาการ อาการแสดง โดยเฉพาะลักษณะของรอยโรคที่มักพบบ่อย ประโยชน์ของการรักษาอย่างต่อเนื่องจนครบกำหนด และการป้องกันความพิการ จึงมีความจำเป็นในกลุ่มประชากรที่ยังมีความชุกของโรคนี้ ซึ่งจากการศึกษานี้ คือ ชาวพม่า

เนื่องจากพบผู้ป่วยมากกว่าชาวไทยอยู่มาก กลุ่มผู้สัมผัสในครัวเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อนควรเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ได้รับการเสริมสร้างความรู้ รวมทั้งการตรวจและเฝ้าระวังการป่วยด้วยโรคนี้ เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ให้ประวัติการเคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน

และอัตราการป่วยเป็นโรคจะสูงขึ้นในกลุ่มผู้สัมผัสครัวเรือนของผู้ป่วย โดยเฉพาะสัมผัสผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด lepromatous^(1,9)

สำหรับรอยโรคของผู้ป่วยที่พบบ่อยได้แก่ผื่นนูนแดงและผื่นวงสีขาว ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการชา สีและลักษณะของผิวหนังผิดปกติ ผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสามมีภาวะโรคเท้า ซึ่งพบว่าลักษณะทางคลินิกดังกล่าวไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างผู้ป่วยชาวไทยกับชาวพม่า แต่จะพบแผลและความผิดปกติของเส้นประสาทในผู้ป่วยชาวพม่ามากกว่าชาวไทย ทั้งนี้อาจเนื่องจากชาวพม่าปล่อยให้มีอาการของโรคเป็นระยะเวลานานกว่าจะเข้ารับการตรวจรักษา ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอันเป็นผลจากเส้นประสาทถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน จากการศึกษาที่พบว่าเส้นประสาทบริเวณข้อศอก ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีขนาดใหญ่และตรวจง่าย จะตรวจพบว่ามีขนาดใหญ่และบางครั้งเจ็บ โดยทั่วไปการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนมักใช้อาการทางคลินิก คือ รอยโรค อาการชา และการตรวจเชื้อโดยวิธีรีดผิวหนัง ซึ่งผลการอ่านจำนวนการพบเชื้ออาจมีความแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยในแต่ละครั้ง โดยถ้ามีรอยโรคจำนวนมาก การเลือกตำแหน่งที่จะตรวจเชื้อควรเลือกบริเวณที่โรคกำเริบมากที่สุด แต่ถ้าอาการทางคลินิกไม่ชัดเจน การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา (skin biopsy) อาจช่วยในการวินิจฉัยโรคได้

การรักษาโรคเรื้อนด้วยยาผสม ซึ่งได้รับการแนะนำโดยองค์การอนามัยโลก และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นอกจากจะให้ผลดีต่อการรักษาหายของผู้ป่วย และลดความพิการแล้ว ยังช่วยลดการแพร่เชื้อในชุมชนลงด้วย^(1,10-12) ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยชาวไทยเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาหาย พบการกลับเป็นโรคใหม่น้อยมาก ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยาที่รุนแรงชัดเจน อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยชาวพม่า ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า รวมทั้งมีผู้ป่วยขาดการรักษาค่อนข้างมาก อาจมีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการแพ้ยาหรือมีอาการไม่พึงประสงค์จากยาจึงทำให้ขาดการรักษาไปได้

เนื่องจากการขาดการรักษาอาจส่งผลกระทบต่อการแพร่กระจายเชื้อ หรือเกิดปัญหาเชื้อดื้อยา ดังนั้นผู้ป่วยชาวพม่าจึงควรได้รับการเสริมสร้างความรู้ที่ถูกต้อง ด้วยบุคลากรที่สามารถสื่อสารและใช้สื่อสุขศึกษาที่เหมาะสมกับชาวพม่าเหล่านี้ ซึ่งโรงพยาบาลแม่สอดได้ประสานงานกับองค์กรต่างประเทศที่ช่วยเหลือชาวพม่าอพยพ ในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การติดตามผู้ป่วยให้มารับการรักษาจนครบกำหนด การจัดส่งผู้ป่วยที่มีความพิการไปยังสถานฟื้นฟูความพิการ และการเสริมสร้างความรู้ อาจทำให้การขาดการรักษาของผู้ป่วยลดลงได้

สถานการณ์โรคเรื้อนในประชากรชาวไทยในพื้นที่ที่ศึกษา มีแนวโน้มลดลงมากเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นของประเทศไทย⁽⁵⁾ แต่เนื่องจากมีประชากรชาวพม่าอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมาก และยังพบความชุกของโรคเรื้อนอยู่ในระดับที่สูง ดังนั้นการควบคุมโรคเรื้อนในชาวพม่าอพยพจึงมีความจำเป็น ทั้งการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้ได้เร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยในพื้นที่ที่ยังมีความชุกของโรคสูง และในศูนย์อพยพ การให้การรักษาที่เหมาะสมและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพ โดยการดำเนินงานดังกล่าวอาจอาศัยความช่วยเหลือของอาสาสมัครสาธารณสุขชาวต่างชาติในชุมชน ซึ่งพบว่าสามารถช่วยเหลือในการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออื่น ๆ ได้ดี⁽¹³⁾ การแพร่โรคสู่คนไทยก็จะลดลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์วุฒิมงคล กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแม่สอด ที่ได้ช่วยเหลือในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: การศาสนา; 2548.

2. Fine PE. Leprosy: the epidemiology of a slow bacterium. *Epidemiol Rev* 1982; 4:161-88.
3. Davey TF, Rees RJ. The nasal discharge in leprosy: clinical and bacteriological aspects. *Lepr Rev* 1974; 45:121-34.
4. Desikan KV, Sreevasta. Extended studies on the viability of *Mycobacterium leprae* outside the human body. *Lepr Rev* 1995; 66:287-95.
5. World Health Organization. Leprosy control in Thailand: trends in case detection, 1965-2005. *Wkly Epidemiol Rec* 2007; 82:261-71.
6. World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy. WHO Technical Report Series 874. Geneva: World Health Organization; 1998.
7. Schreuder PA. The occurrence of reactions and impairments in leprosy: experience in the leprosy control program of three provinces in northeastern Thailand, 1987-1995. I. Overview of the study. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1998; 66:149-58.
8. Schreuder PA. The occurrence of reactions and impairments in leprosy: experience in the leprosy control program of three provinces in northeastern Thailand, 1987-1995. III. Neural and other impairments. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 1998; 66:170-81.
9. Richardus JH, Meima A, van Marrewijk CJ, Croft RP, Smith TC. Close contacts with leprosy in newly diagnosed leprosy patients in a high and low endemic area: comparison between Bangladesh and Thailand. *Int J Lepr Other Mycobact Dis* 2005; 73:249-57.
10. ไสว สำเร็จ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้ยาต้านไชนอย่างเดียวกับยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ในผู้ป่วยโรคเรื้อน จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2535; 1:195-212.
11. Ramasoota P, Intaratitaya T. Progress and impact of multidrug therapy (MDT) implementation to leprosy control in Thailand. *Nippon Rai Gakkai Zasshi* 1995; 64:214-9.
12. World Health Organization. Guide to eliminate leprosy as a public health problem. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2000.
13. วิทยา สวัสดิวุฒิพงษ์, กนกนาค พิศุทธกุล, ประพันธ์ ดาทิพย์, ตวิษา อ่า่อง, ยูวดี ดาทิพย์, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์. ประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชาวพม่า อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2547. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2549; 15:243-50.

Abstract **Clinical Features, Treatment Outcome, and Factors Associated with Defaulters among Leprosy Patients in Mae Sot General Hospital, Tak Province, 1993-2007**
Chintana Uthaisilp

Mae Sot General Hospital, Tak Province

Journal of Health Science **2008; 17:376-86.**

This report presents clinical features, treatment outcome, and factors associated with defaulters among 186 leprosy patients treated in Mae Sot General Hospital, Tak Province, during the fiscal year 1993-2007. Medical records of these patients were reviewed. Of the 186 cases, 53 (28.5%) were Thai and 133 (71.5%) were Myanmar. The number of registered Thai patients reduced to 1-2 cases per year during 2001-2005 and no cases from 2006 to 2007 whereas 5-17 Myanmar cases per year were registered for treatment. About 83.0 percent of Thai cases and 80.5 percent of Myanmars were male. Of the Thai cases, 50.9 percent were 45 years old or older compared to 23.3 percent among Myanmars. About 5.7 percent of Thai cases and 6.8 percent of Myanmars had family history of leprosy. The most common skin lesions in both Thais (34.0%) and Myanmars (34.6%) were red patches or plaques, followed by hypopigmented macules or patches. Most of the cases in both groups had anesthetic or anhidrotic skin and abnormal skin color. However, ulcers were significantly more common in Myanmars than Thais. About one-third of the cases had leprosy reactions. The ulnar nerve just above the elbow was the most common site of nerve involvement detected in both Thais (47.2%) and Myanmars (48.1%). The proportions of grade 2 hand disability were 24.5 percent in Thai cases and 26.3% in Myanmars. Myanmar cases had a slightly higher proportion of lepromatous leprosy than Thais. Only one of the Thai cases (1.9%) was defaulters compared to 41.4 percent of Myanmars. The study could not identify any significant factors associated with Myanmar defaulters. The high prevalence of leprosy and high rate of defaulters among Myanmar migrants underscore the need for more efforts to fight against the disease in this border area.

Key words: **leprosy, disability, default, border area**