

การศึกษาผลกระทบทางระบาดวิทยาของ การใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ในโครงการควบคุมโรคเรื้อน จังหวัดลำปาง

Epidemiological Impact of Multidrug Therapy in Leprosy Control, Lampang

ศรีบุษย์ เทพสี วท.บ.(สุขศึกษา)
ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10 ลำปาง
สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่

Sriboot Thepsri B.Sc (Health Education)
Leprosy Center Region 10 Lampang
Office of communicable Disease Control Region 10,
Chiangmai

บทคัดย่อ

โครงการควบคุมโรคเรื้อนจังหวัดลำปางได้ปรับเปลี่ยนมาตรฐานการควบคุมโรคเรื้อนในปี พ.ศ. 2526 จากการใช้ยาเคมีบำบัดเดี่ยว เป็นการใช้อยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ ซึ่งในการดำเนินการมีผลต่อภาวะและกระสวน (pattern) ทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน โดยเฉพาะต่อการเปลี่ยนแปลงของดัชนีชี้วัดทางระบาดวิทยา ที่สำคัญพบว่าการใช้ยาเคมีบำบัดผสมมีผลกระทบต่อการเพิ่มสูงขึ้นของอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการครั้งแรกของผู้ป่วยใหม่ คือจาก 28.6 ปี เป็น 36.7 ปี รวมทั้งการเพิ่มสูงขึ้นของอัตราส่วนผู้ป่วยใหม่ชนิดเลโปรมาตัส ตลอดจนการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของกลุ่มอายุสูงขึ้นในผู้ป่วยใหม่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลกระทบของโครงการควบคุมโรคเรื้อนที่ใช้ยาเคมีบำบัดแบบผสมต่อการลดและหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนในชุมชน รวมทั้งลดความรุนแรงของผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อทั้งเก่าและใหม่ลงด้วยการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในจังหวัดลำปาง จึงอยู่ในระยะที่ไม่กำเริบรุนแรงและมีแนวโน้มจะสงบ อันเป็นผลกระทบจากการใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่

ABSTRACT

The Lampang Leprosy Project treatment standard has been changed since 1983. The multidrug therapy regimen has being used instead of Dapsone regimen. The regimen has affected the magnitude and pattern of leprosy epidemiology in Lampang. The average age of newly detected cases increased from 28.6 years to 36.7 years. The lepromatous case detection has been increased, and the proportion of older-age cases detection has also increased. These indicated the effects of multidrug therapy in reducing the infectivity and severity of leprosy in Lampang.

3) สัดส่วนการจำหน่ายใน 3 ปีในขณะที่ใช้ยา แด็บโซนในผู้ป่วย PBL พบได้รวมร้อยละ 12.85 ขณะที่ใน MDT ใน 3 ปีแรก (ปี 2526 - 2528) พบรวมร้อยละ 28.14 (สูงกว่าถึงร้อยละ 118.9) และใน 3 ปีที่สอง (ปี 2529 - 2531) จำหน่ายได้ในสัดส่วนถึงร้อยละ 223.11 ซึ่งสูงกว่าถึง ร้อยละ 1636.3

4) สัดส่วนการจำหน่ายใน 3 ปี ระหว่างใช้ยา แด็บโซนอย่างเดียวในผู้ป่วย MBL พบจำหน่ายได้ร้อยละ 16.8 ขณะที่ใน 3 ปีแรก (ปี 2526 - 2528) ของการใช้ MDT จำหน่ายได้ในสัดส่วนร้อยละ 14.9 (ต่ำกว่า ร้อยละ 11.3) และใน 3 ปีหลัง (ปี 2529 - 2531) ของการใช้ยา MDT จำหน่ายได้ในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 75.79 ซึ่งสูงกว่าใช้ยาแด็บโซนถึงร้อยละ 351.13

5) การใช้ MDT ยิ่งระยะเวลาขึ้น จึงจะยิ่ง จำหน่ายผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น โดยเมื่อเทียบกับการใช้ ยาแด็บโซนอย่างเดียว โดย 3 ปีแรกจำหน่ายได้สูง

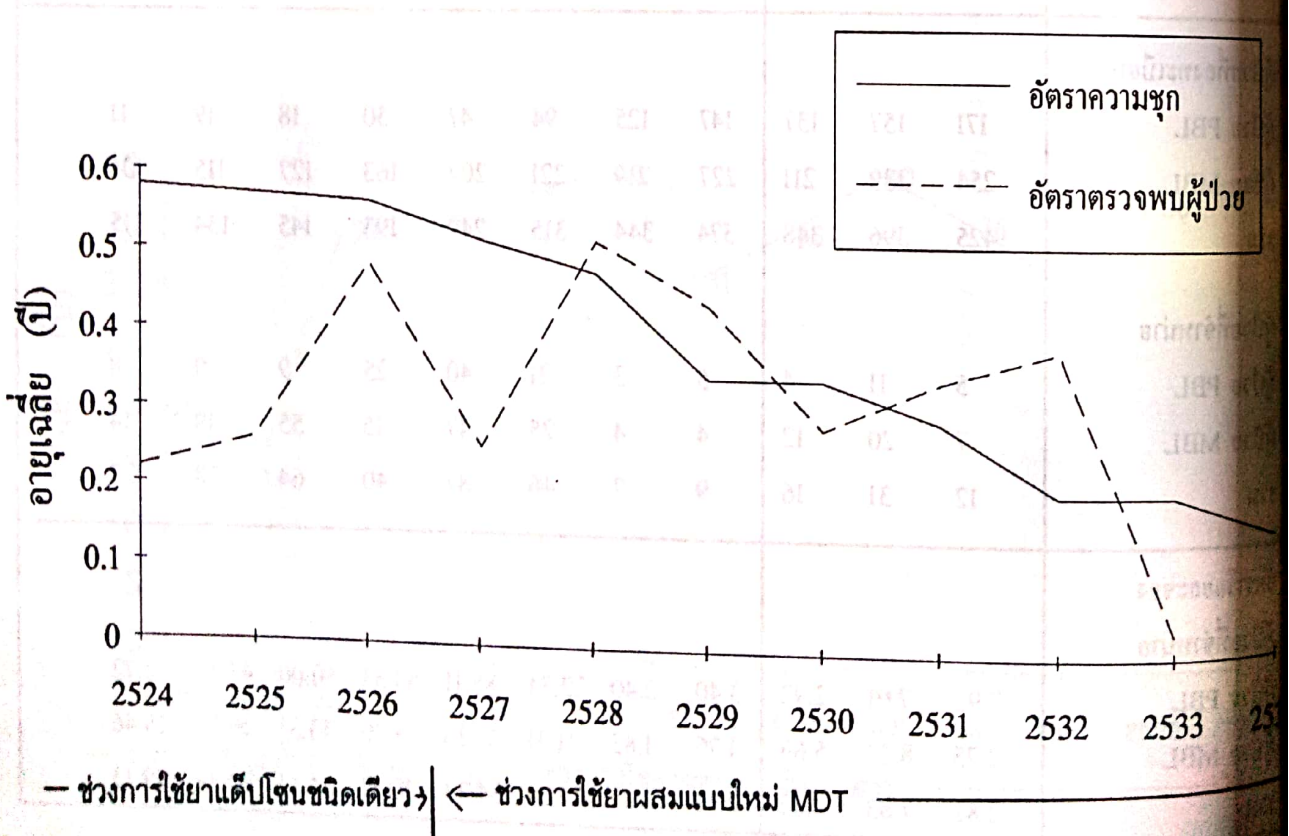
กว่ารวมร้อยละ 118.9 (สูงกว่าในผู้ป่วย PBL ร้อยละ 118.9 และใน MBL ต่ำกว่าร้อยละ 11.3) ในขณะที่ 3 ปีที่สองของการใช้ MDT จำหน่ายได้สัดส่วนสูง ซึ่งมากกว่ารวมร้อยละ 54.8 (สูงกว่าในผู้ป่วย PBL สัดส่วนรวมร้อยละ 1638.8 และในผู้ป่วย MBL กว่าร้อยละ 351.13

1.4 การเปรียบเทียบอัตราความชุกของผู้ป่วย โรคเรื้อนที่ได้รับการลงทะเบียนระหว่างใช้ ยาแด็บโซนอย่างเดียวกับการใช้ยา MDT (ดูภาพที่ 2)

จากภาพที่ 2 ซึ่งแสดงข้อมูลเปรียบเทียบของ อัตราความชุกของโรคเรื้อน ระหว่างใช้ยาแด็บโซน อย่างเดียวในปี พ.ศ.2524 - 2526 และการใช้ยา MDT ระหว่างปี 2526 - 2534 สรุปสาระสำคัญได้คือ

1) อัตราความชุกเปรียบเทียบในช่วง 3 ปีระหว่าง 2524 - 2526 ที่ยังใช้ยาแด็บโซนอย่างเดียวลดลง เพียงร้อยละ 3.45 จากอัตรา 0.58 ต่อพันประชากรใน

ภาพที่ 2 อัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ ในระยะก่อนและระหว่างใช้ยา MDT ในจังหวัด ลำปาง ระหว่างปี พ.ศ. 2524- 2533



2524 เป็นอัตรา 0.56 ในปี 2526 ในขณะที่เปรียบเทียบใน 3 ปีแรกของการใช้ยาผสม MDT อัตราความชุกลดมากขึ้นถึงร้อยละ 16.07 จากอัตราความชุก 0.56 ต่อพันในปี 2526 เป็นอัตรา 0.47 ในปี 2528 (อัตราการลดของอัตราความชุกใน 3 ปีแรกจึงแตกต่างกันถึงร้อยละ 365.8)

2) อัตราลดของอัตราความชุกในช่วง 3 ปีที่สองระหว่างปี 2528 - 2530 ลดลงร้อยละ 40.42 และระหว่าง 3 ปีที่สามคือปี 2530 - 2532 ลดลงร้อยละ 28.57 ขณะที่ใน 3 ปีที่สี่คือระหว่างปี 2532 - 2534 ลดลงร้อยละ 25 ซึ่งลดมากกว่าการใช้ยาเดี่ยว

3) เมื่อเทียบอัตราลดของอัตราความชุกใน 3 ปีที่ใช้ยาเดี่ยวแล้ว พบว่ามีอัตราแตกต่างของการลดความชุกจากการใช้ยาผสม MDT ในช่วง 3 ปีแรก, 3 ปีที่สองและสามและที่สี่เป็นร้อยละ 365.8, 1071.1 และ 624.6 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นได้ชัดเจนว่าความถี่ของอัตราการลดความชุก (Frequency or speed of falling rate of prevalence rate) จากการใช้ยาผสม MDT เมื่อเทียบอัตราการลดจากการใช้ยาเดี่ยวเป็นเครื่องวัดอัตราเปรียบเทียบแล้วจะลดต่ำน้อยลงตามลำดับทุก ๆ 3 ปี

4) ถ้าพิจารณาในกระสวนของอัตราความถี่ของการลดต่ำของอัตราความชุกทุก 3 ปี เปรียบเทียบจากการใช้ยาผสม MDT เองจะลดลงในอัตราความถี่ร้อยละ 16.07, 40.42, 28.57 และ 25 ในช่วง 3 ปีแรก, 3 ปีที่สอง สาม และสี่ ตามลำดับ โดยสะท้อนให้เห็นว่า 3 ปีแรก จะลดต่ำน้อยและลดมากขึ้นในสามปีที่สองและลดน้อยลงตามลำดับในสามปีที่สามและที่สี่

5) ถ้าพิจารณากระสวนของอัตราความถี่ของการลดต่ำของอัตราความชุกเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาเดี่ยว ก็จะลดต่ำในกระสวนของ

อัตราความถี่แบบเดียวกันตามข้อ 4

2. ผลกระทบต่อภาวะทางระบาดวิทยาในผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบและลงทะเบียนรักษา

2.1 ผลกระทบของการใช้ยา MDT เปรียบเทียบกับการใช้ยาเดี่ยวอย่างเดียว ต่อการเปลี่ยนแปลงของ อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (Detection rate) สัดส่วนผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมาก (Lepromatous rate) และอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการครั้งแรกของผู้ป่วยใหม่

จากภาพที่ 2, 3 และตารางที่ 3 สรุปสาระสำคัญของผลกระทบของเคมีบำบัดต่อการเปลี่ยนแปลงของการค้นพบผู้ป่วยใหม่ และกระสวนทางระบาดวิทยาได้ดังนี้

1) ในช่วงการใช้ยาเดี่ยวอย่างเดียว ยังไม่มีผลกระทบให้อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดลง โดยยังคงเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 118 ในช่วง 3 ปี ระหว่างปี 2524-2526 ซึ่งเป็นการเพิ่มมาก่อนตลอดมาทุกปี สะท้อนถึงการที่เคมีบำบัดที่ใช้เดี่ยวอย่างเดียว ยังไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนจากผู้ป่วยระยะติดต่ออันเป็นแหล่งแพร่โรคในชุมชนได้

2) เมื่อเริ่มใช้ยา MDT ในปี 2526 จะเห็นได้ชัดเจนว่ามีผลกระทบ ทำให้อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดต่ำลงเรื่อยๆ โดยมีการขึ้นลงบ้างเนื่องจากความพยายามในการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยและการดึงดูดผู้ป่วยใหม่เข้ามาตรวจรักษาจากความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาผสมแบบใหม่ แต่ผลกระทบรวมทั้งส่งผลชัดเจนทำให้อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลดลงถึงร้อยละ 94 ภายใน 8 ปี จากอัตรา 0.48 ต่อพันในปี 2526 เป็น 0.03 ในปี 2533 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของเคมีบำบัดแบบผสมต่อการหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนในชุมชนได้⁽¹⁾ และสะท้อนถึงศักยภาพการค้นหาผู้ป่วยใหม่มารักษาในปริมาณที่สูงพอด้วย⁽⁶⁾ โดย

เฉพาะผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมาก ผู้เป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญดังแสดงในตารางที่ 3

3) จากตารางที่ 3 ชี้ชัดเจนถึงการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนของผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมากหรือ Lepromatous Ratio ในผู้ป่วยใหม่ซึ่งหลังจากใช้ยาผสมแบบใหม่ ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณา ร่วมกับการลดต่ำของอัตราการพบผู้ป่วยใหม่ รวมทั้ง การเพิ่มสูงขึ้นของอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการของผู้ป่วยใหม่ ดังภาพที่ 3 จะชี้ชัดเจนถึงกระบวนการรวมที่เกิดจากผลกระทบของยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ต่อการหยุดยั้งการแพร่ติดต่อของโรคและการลดต่ำของการเกิดโรคใหม่⁽¹⁻²⁾

4) จากภาพที่ 3 แสดงให้เห็นแนวโน้มของการเพิ่มสูงขึ้นของอายุเฉลี่ยนับแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกของผู้ป่วยใหม่ในช่วงที่ได้ใช้ยาเคมีบำบัดผสม ระหว่างปี 2526 - 2533 โดยมีอายุเฉลี่ย 36 ปี ในขณะที่ในช่วงการใช้ยาแต่ปไซนอย่างเดียวระหว่างปี 2521 - 2526 แม้มีแนวโน้มสูงขึ้นบ้าง แต่ไม่ชัดเจนเท่า โดยอายุเฉลี่ย 29 ปี การเพิ่มสูงของอายุเฉลี่ยดังกล่าวจึงเป็นเครื่อง

ชี้ถึงแนวโน้มกระบวนการระบาดของวิทยาของการลดลงของโรคเรื้อน เมื่อพิจารณาร่วมกับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ชนิดเลโปรมาตัส และ การลดต่ำลงของอัตราการพบผู้ป่วยใหม่ดังกล่าวแล้ว สะท้อนผลกระทบของยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ในการลดการแพร่โรคและการลดต่ำของอัตราการเกิดผู้ป่วยใหม่ได้ในชุมชนอย่างชัดเจน⁽¹⁻²⁾

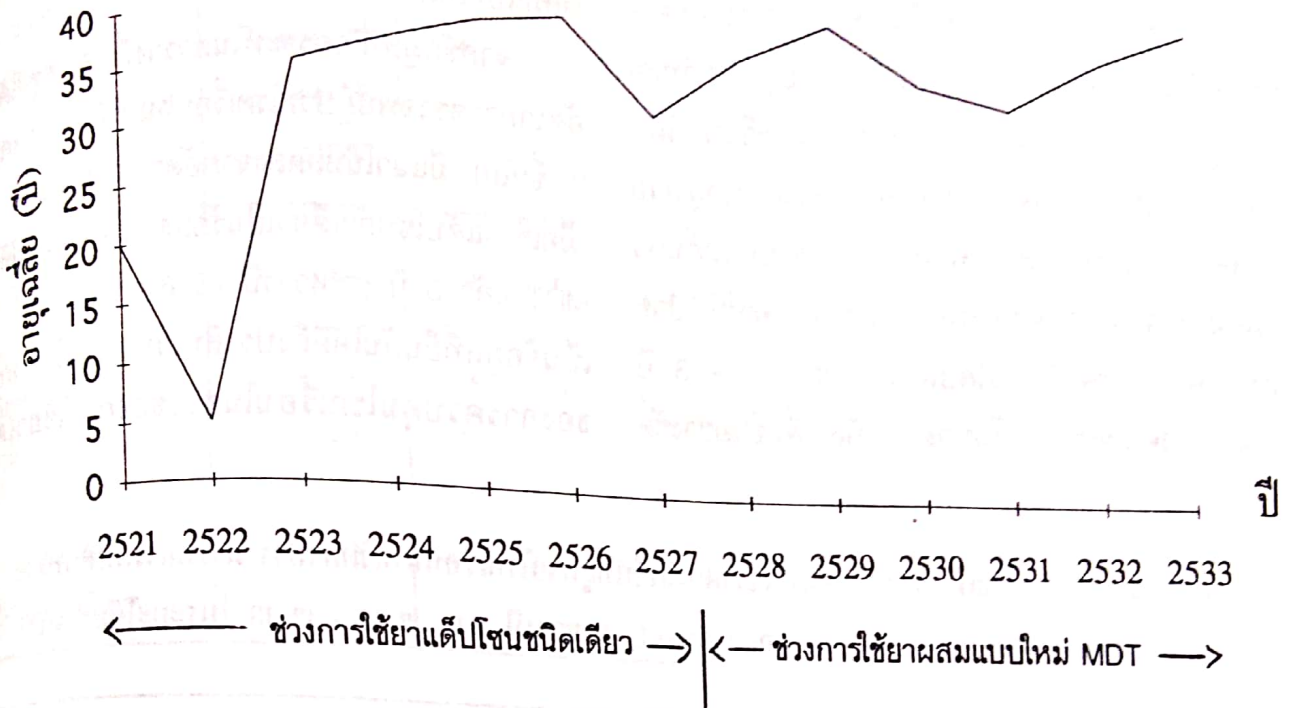
2.2 ผลกระทบต่อการลดต่ำของอัตราการพบเชื้อในผู้ป่วยใหม่ชนิดติดต่อ (MBL)

จากภาพที่ 4 จะเห็นได้ว่าเมื่อเริ่มใช้ยาเคมีบำบัดแบบใหม่ นับแต่ปี 2526 อัตราการพบเชื้อในผู้ป่วยใหม่ชนิดพบเชื้อมาก (MBL) ได้มีแนวโน้มลดต่ำลง แม้จะมี Fluctuation บ้าง สะท้อนถึงประสิทธิภาพของยาเคมีบำบัดผสมต่อการลดภาวะการแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในชุมชน และลดความรุนแรงและกระบวนการของผู้ป่วยใหม่ในระยะแพร่เชื้อลงด้วย สัดส่วนของ Lepromatous ratio ในผู้ป่วยใหม่ปกติ จะสูงขึ้นหลังใช้ยาเคมีบำบัดผสมดังกล่าวแล้วก็ตาม

ตารางที่ 3 สัดส่วนระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดแบบเชือน้อย (PBL) และพบเชื้อมาก (MBL) ในผู้ป่วยใหม่จังหวัดลำปาง ระหว่างปี พ.ศ. 2524-2533

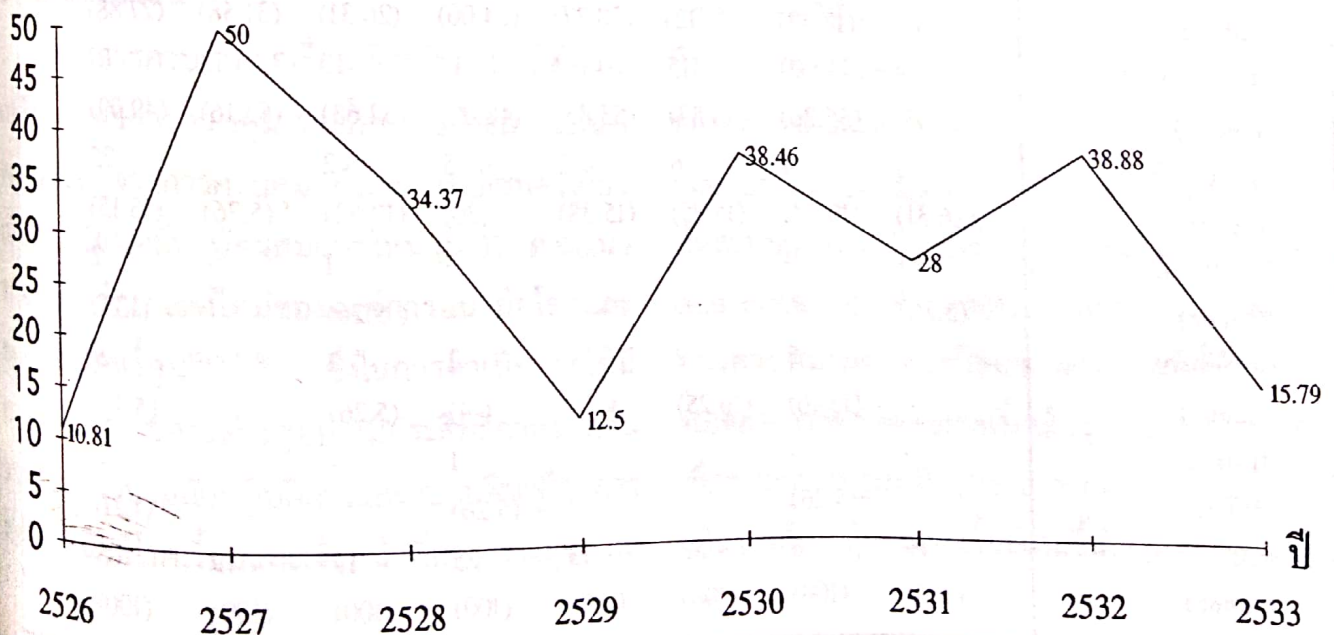
ชนิดผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบ											
	ระยะใช้ยาแต่ปไซน			ระยะใช้ยาผสมแบบใหม่ (MDT)								
	2524	2525	รวม	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2533	2534	รวม
PBL	9	9	18	22	9	8	11	3	6	4	4	67
ร้อยละ	52.94	45.00	48.65	59.46	47.37	21.05	34.37	23.07	24.00	21.05	21.05	33.17
PBL	8	11	19	15	10	30	21	10	19	15	15	135
ร้อยละ	47.06	55.00	51.35	40.54	52.63	78.95	65.63	76.92	76.00	78.95	78.95	66.83
รวม	17	20	37	37	19	38	32	13	25	19	19	202

ภาพที่ 3 แสดงอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการครั้งแรกของผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่จังหวัดลำปาง (Mean age at onset) แยกรายปีระหว่างปี 2527-2533 ที่ใช้ยา MDT และปี พ.ศ. 2521 - 2528 ที่ใช้ยาטיפโชนอย่างเดียว



ภาพที่ 4 แสดงร้อยละของผู้ป่วยใหม่ชนิด MBL จังหวัดลำปางที่ตรวจพบเชื้อระหว่างปี พ.ศ. 2528 - 2533 ระหว่างการใช้ยา MDT

อัตราการตรวจพบเชื้อในผู้ป่วย NBL ที่พบใหม่ (ร้อยละ)



2.3 การเปลี่ยนแปลงระยะเวลานับแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงวันที่ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ (Duration since onset)

จากตารางที่ 5 จะเห็นได้ว่า หลังจากใช้ยา MDT นับแต่ปี 2526 เป็นต้นมา ซึ่งมีการปรับปรุงประสิทธิภาพสูงขึ้นทุกด้านในมาตรการควบคุมโรคเรื้อน โดยเฉพาะประสิทธิภาพด้านสุขศึกษา การค้นหาผู้ป่วย และเคมีบำบัดเอง ฯลฯ ทำให้ผู้ป่วยและชุมชนตื่นตัวสนใจมารับบริการแต่เนิ่น ๆ มากขึ้น เป็นผลทำให้ผู้ป่วยใหม่มาตรวจรักษาเร็วขึ้นโดยเฉพาะภายใน 1 - 3 ปี มีอัตราการค้นพบในแนวโน้มสัดส่วนที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนนับแต่ปี 2527 ถึง 2533

2.4 การเปลี่ยนแปลงอัตราการตรวจพบความพิการในผู้ป่วยใหม่มีแนวโน้มลดลงหลังใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่

จากข้อมูลที่วิเคราะห์ในตารางที่ 6 สรุปได้ว่า อัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่พิการ (เกณฑ์ 2 ขึ้นไป) มีแนวโน้มลดลงจากอัตราเฉลี่ยร้อยละ 15 เมื่อใช้ยาเดี่ยวชนิดเดียวเป็นร้อยละ 13 เมื่อหลังใช้ยา MDT แล้ว 8 ปี (ระหว่างปี 2526 - 2533) จึงนับเป็นข้อมูลที่ยืนยันได้ดีถึงประสิทธิภาพของมาตรการของการควบคุมโรคเรื้อนในช่วงของการใช้ยาเคมี

ตารางที่ 5 ระยะเวลานับแต่เริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงวันที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดลำปาง มารับการค้นพบตรวจวินิจฉัยครั้งแรก (Duration since onset) ระหว่างปี พ.ศ. 2527 - 2533 ในระยะใช้ยา MDT

ระยะเวลานับแต่เริ่มมีอาการจนถึงวันที่วินิจฉัยตรวจพบครั้งแรก (ปี)	จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบ							
	ปี พ.ศ.							
	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	รวม
ต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ)	9 (47.37)	7 (18.42)	9 (28.12)	4 (30.77)	6 (24.00)	5 (26.31)	6 (31.58)	46 (27.88)
1 - 3 ปี (ร้อยละ)	4 (21.05)	21 (55.26)	15 (46.87)	7 (53.85)	12 (48.00)	10 (52.63)	12 (63.16)	81 (49.09)
4 - 6 ปี (ร้อยละ)	5 (26.31)	4 (10.53)	6 (18.75)	2 (15.38)	5 (20)	2 (10.53)	1 (5.26)	25 (15.15)
7 - 9 ปี (ร้อยละ)	1 (5.26)	-	-	-	-	1 (5.26)	-	2 (1.21)
10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)	-	5 (13.16)	2 (6.25)	-	1 (4)	1 (5.26)	-	9 (5.45)
ไม่ทราบ (ร้อยละ)	-	1 (5.26)	-	-	1 (5.26)	-	-	2 (1.21)
รวม (ร้อยละ)	19 (100)	38 (100)	32 (100)	13 (100)	25 (100)	19 (100)	19 (100)	165 (100)

ตารางที่ ๒ อัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่พิการในจังหวัดลำปาง ระหว่างปี พ.ศ. 2525-2533

ความพิการ ตรวจพบ	จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบ									
	พ.ศ.2525 (ก่อนใช้ MDT)	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	รวมปี 2526- 2533
ไม่พิการ	17	32	16	27	30	13	24	15	16	175
พิการเกรด 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
พิการเกรด 2	3	5	1	11	2	-	1	4	3	27
รวม	20	37	19	38	32	13	25	19	19	202
อัตราร้อยละของ ผู้ป่วยใหม่ที่พิการ	15	13.51	5.26	28.93	6.25	0	4	21.05	15.79	13.37

บำบัดผสม โดยเฉพาะการค้นหาผู้ป่วยใหม่ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น รวมทั้งประสิทธิภาพของเคมีบำบัดผสมเองต่อการลดความรุนแรงของผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่โรคและการแพร่ติดต่อของโรคเองด้วย

สรุปและวิจารณ์

โครงการควบคุมโรคเรื้อนจังหวัดลำปางได้ปรับเปลี่ยนมาตรการควบคุมโรคเรื้อน อย่างสำคัญในปี พ.ศ.2526 จากการควบคุม ซึ่งใช้ยาแด็ปโซนตัวเดียว เป็นการให้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ (MDT) ตามแนวทางและหลักเกณฑ์ใหม่ขององค์การอนามัยโลกและของกองโรคเรื้อน^(5-6,8-9) ซึ่งในการดำเนินการได้มีการพัฒนาระบบงานต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งการอบรมเชิงปฏิบัติการและอบรมพื้นพิชชาการแก่เจ้าหน้าที่โรคเรื้อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผล

และผลกระทบของโครงการควบคุมโรคเรื้อนจังหวัดลำปาง เมื่อใช้ยาเคมีบำบัดผสมเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อใช้ยาแด็ปโซนตัวเดียว ต่อภาวะและกระสวนทางระบาดวิทยาโรคเรื้อน โดยเฉพาะต่อการเปลี่ยนแปลงของดัชนีชี้วัดทางระบาดวิทยาที่สำคัญพบว่าการใช้ยา MDT มีผลกระทบชัดเจนต่อการเพิ่มสูงขึ้นของอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มมีอาการครั้งแรกของผู้ป่วยใหม่ รวมทั้งการเพิ่มสูงขึ้นของอัตราส่วนผู้ป่วยใหม่ชนิดเลโปรมาตัส (Lepromatous ratio) ตลอดจนการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของกลุ่มอายุสูงขึ้นในผู้ป่วยใหม่ (shift of peak age incidence) ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลกระทบของโครงการควบคุมโรคเรื้อนที่ใช้ยา MDT ต่อการลดและหยุดยั้งการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนในชุมชน ทำให้การติดเชื้อระยะหลังปฐมภูมิ (Post primary infection) ที่เป็นผลให้เกิดผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ขึ้นในชุมชนลดน้อยลง

รวมทั้งลดความรุนแรงของผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อทั้งเก่าและเกิดใหม่ลงด้วย การแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในจังหวัดลำปางจึงอยู่ในระยะที่ไม่กำเริบรุนแรง (Inactive) และมีแนวโน้มจะสงบ อันเป็นผลกระทบบจากการที่ใช้ยาเคมีผสม MDT ซึ่งยังทำให้อัตราความชุกลดลงอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้นด้วย เพราะสามารถจำหน่ายผู้ป่วยที่ลง ทะเบียนได้มากและเร็วยิ่งขึ้น

ผลกระทบของยา MDT ของการศึกษาของโครงการควบคุมโรคเรื้อน จังหวัดลำปางตามดัชนีชี้วัดทางระบาดวิทยาดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาในจังหวัดอื่นๆ ของกองโรคเรื้อน⁽¹³⁾ ซึ่งใช้หลักเกณฑ์เดียวกับขององค์การอนามัยโลก แต่ในกรณีของข้อมูลจังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นจังหวัดที่โอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไปแล้ว โดยเฉพาะในด้านการลดลงของอัตราการพบผู้ป่วยใหม่ (Incidence - rate) ยังจำเป็นต้องใช้ Detection rate ไว้ก่อน เพราะอาจมีปัญหาในด้านการครอบคลุมการตรวจประชากรในการค้นหาผู้ป่วยยังไม่สูงพอรวมทั้งความถูกต้อง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability) ของการวินิจฉัยทั้งโดยเจ้าหน้าที่โรคเรื้อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำเป็นต้องประเมินประสิทธิภาพให้ดีแน่ชัดก่อนที่จะใช้ Incidence rate อย่างถูกต้องได้ต่อเมื่อสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรม

อาศัยอยู่คงที่ และต่อเมื่อสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่มีการลดลงจน เกือบไม่พบเลย ซึ่งอาจจะทำได้ยากมาก เพราะอัตราความชุกของโรคเรื้อนจังหวัดลำปางค่อนข้างต่ำมาก

เมื่อสภาวะโรคเรื้อนในจังหวัดลำปางลดต่ำลงเช่นนี้ก็ควรจะสนับสนุนให้มีการกำจัดหรือกวาดล้างให้หมดจากพื้นที่ (Eradication) ทั้งนี้ ควรมีการประเมินอย่างละเอียดและถูกต้องโดยใช้วิธีการสำรวจรวมทั้งใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น การทดสอบทางวิทยาภูมิคุ้มกัน (Immunological tests) ตามมาตรฐานตรวจสอบอัตราการเกิดการติดเชื้อก่อนปรากฏอาการ (Sub-clinical infection)^(2,14-15) รวมทั้งการอื่นทาง immuno-epidemiology ว่าลดต่ำลงจริงหรือไม่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายวันชัย เทพวรรณ อธิบดีอำนาจการศูนย์โรคเรื้อนเขต 10 ลำปาง ผู้มีส่วนริเริ่มและพัฒนาโครงการทดลองใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่และขยายงานอย่างเป็นระบบที่ติดต่อมาตามแนวทางของ กองโรคเรื้อนและขอขอบคุณ นายแพทย์ชวรัตน์ นานประทาน ผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคเรื้อนต่อเขต 10 เชียงใหม่ ที่อนุญาตให้เผยแพร่เอกสารนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. A Guide to Leprosy Control, 2nd Edition. Geneva: World Health Organization, 1988.
2. World Health Organization. WHO Expert Committee on Leprosy. Sixth Report, Technical Report Series 768. Geneva: World Health Organization, 1988.
3. World Health Organization. Expert Committee on Leprosy, Fifth Report, Technical Report Series 607. Geneva. World Health Organization, 1977.

4. ชีระ รามสูต. เวชปฏิบัติทางโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดา, 2525:53-54.
5. World Health Organization Study Group. Chemotherapy of Leprosy for Control Programme. World Health Organization Technical Report Series No. 675. Geneva: World Health Organization, 1982.
6. ชีระ รามสูต. ความก้าวหน้าและข้อควรปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัดโรคเรื้อนผสมแบบใหม่ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก. แพทยสภาสาร, 2530;16:5-13.
7. ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10 ลำปาง. รายงานสรุปโครงการทดลองใช้ยาเคมีบำบัดโรคเรื้อนผสมแบบใหม่. ลำปาง: ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10, 2526. (เอกสารอัดสำเนา).
8. กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ. โครงการทดลองใช้ยาเคมีบำบัดผสมรักษาโรคเรื้อนแบบใหม่ตามหลักเกณฑ์องค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2527 - 2530. กรุงเทพฯ: กองโรคเรื้อน, 2531:4-5. (เอกสารอัดสำเนา).
9. กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการปฏิบัติงานโรคเรื้อนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2530.
10. ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10 ลำปาง. รายงานสรุปการอบรมเชิงปฏิบัติการก่อนเริ่มใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่. ลำปาง: ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10, 2526. (เอกสารอัดสำเนา).
1. ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10 ลำปาง. รายงานสรุปการอบรมฟื้นฟูวิชาการ เจ้าหน้าที่โรคเรื้อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. ลำปาง: ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10, 2529. (เอกสารอัดสำเนา).
2. ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10 ลำปาง. รายงานประจำปีงบประมาณ 2533. ลำปาง: ศูนย์โรคเรื้อนเขต 10, 2530. (เอกสารอัดสำเนา).
3. Charoon Pirayavaraporn, Somchai Peerapakorn. Measurement of epidemiological impact of MDT. Presented at the International Meeting on Epidemiology of Leprosy in Relation to Control, Jakarta, Indonesia, 17-21 June 1991. (เอกสารอัดสำเนา).
4. Kotoch VM. Recent advance in the development of techniques for diagnosis and epidemiology of leprosy. Indian Journal of Leprosy 1991;63:362-70.
5. Montreewasuwat N, Ngamyang M, Klangsin P. Polymerase chain reaction for a sensitive and rapid detection of Mycobacterium leprae infection. Thai Journal of Communicable Disease 1990;16:339-41.