

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบใหม่ ในเขตเมืองใน 5 ปี

Clinical Epidemiological Study of New Cases of Leprosy Detected in Urban Areas in Five Years

มานิดา อุ่นจัตตวรพร ประกาศนียบัตรพยาบาล
ศูนย์โรคเรื้อนเขต 3 ชลบุรี

Manida Ounjaturaporn, Dip.in Nursing
Leprosy Center, Region 3, Choburi

บทคัดย่อ

การศึกษาทางระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบใหม่รวม 102 ราย ระหว่างปี 2532 - 2536 โดยสถานบำบัดโรคผิวหนังชลบุรี ศูนย์โรคเรื้อนเขต 3 พบว่า ลักษณะกระสวนของเพศ กลุ่มอายุ ชนิดโรค สัดส่วนการเกิดโรคเห่อ สอดคล้องกับของผู้ป่วยทั่วประเทศ อัตราความพิการและระยะเวลานับแต่เริ่มมีอาการถึงวันค้นพบยังสูง สะท้อนการมาตรวจที่ยังล่าช้า การตรวจพบการเปลี่ยนแปลงแต่ละปีใน 5 ปีของสัดส่วนผู้ป่วยเด็ก และเพศชายสูงมากขึ้น ซึ่งให้เห็นภาวะโรคเรื้อนที่เริ่มลดลงจากผลของการใช้ยาผสม แต่ยังไม่สมบูรณ์เพราะสัดส่วนผู้ป่วยชนิดพบเชื้อยังไม่ลดลงเหมือนที่พบทั่วประเทศ จึงต้องเร่งการค้นหาและให้ยาผสมให้ทั่วถึงมากขึ้น การพบผู้ป่วยมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเรื้อนสูงถึงร้อยละ 35 สะท้อนภาวะชุกชุมโรคต่ำและพบกระจายเป็นหย่อมๆ และชี้ความจำเป็นในการติดตามตรวจผู้สัมผัสให้มาก กระสวนของรอยโรคระยะเริ่มเป็นและเมื่อตรวจพบช่วยให้ประโยชน์ในการอบรมนักศึกษาและเจ้าหน้าที่ รวมทั้งอาสาสมัคร ให้พึงเล็งรอยโรคที่พบบ่อย การลดต่ำลงของอัตราความพิการสะท้อนผลของการสุศึกษาที่ดี และกระสวนด้านระยะทางช่วยกำหนดการเข้าถึงผู้ป่วย จากข้อมูลที่ได้รับช่วยให้ผู้วิจัยได้เสนอแนะมาตรการเสริมต่างๆ ในการค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุกต่างๆ มากขึ้นด้วย

ABSTRACT

The author has conducted a clinical epidemiological study of total 102 newcases of leprosy detected by Choburi skin clinic from 1989 - 1993. The results revealed general patterns in terms of sex, age-groups, types of disease and leprae reaction which conformed with the national patterns. However other different patterns of higher deformity-rate and longer duration since onset reflected delayed case detection. Findings of lower proportion of children and higher male indicated partial natural decline of disease since proportion of multibacillary form was still not increasing. Low endemicity was shown by cluster formation due to higher family history. Patterns of clinical pictures at onset and first detection helped more relevant focus during training and health education. The author has also made recommendations of more active interventions accordingly.

บทนำ

ในภาวะการเจริญทางเศรษฐกิจและสังคมเขตเมืองและเขตอุตสาหกรรมได้รับการพัฒนามากขึ้น ทำให้ประชาชนในเขตชนบทอพยพเคลื่อนย้ายเข้าสู่เขตเมืองมากขึ้น ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย การควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองซึ่งมีโครงสร้างสังคม เศรษฐกิจซับซ้อนย่อมดำเนินการได้ยุ่งยากมากกว่าในเขตชนบท โดยเฉพาะงานสุขศึกษาและค้นหาผู้ป่วยตลอดจนการให้การบำบัด⁽¹⁻⁴⁾ เพราะการค้นหาผู้ป่วยคงทำได้โดยวิธีให้สุขศึกษาและให้ผู้ป่วยมาตรวจรักษาเองมากกว่าการสำรวจค้นหาโดยตรงแบบในชนบท⁽⁵⁻⁶⁾

จากความยุ่งยากดังกล่าว ศูนย์โรคเรื้อนเขต 3 ชลบุรี จึงได้จัดตั้งสถานบำบัดโรคผิวหนังชลบุรีขึ้น เพื่อเป็นศูนย์กลางของการควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองและคลินิกสำหรับการตรวจค้นหาและบำบัดผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยคัดกรองจากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาตรวจ

การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาถึงระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่ค้นพบโดยสถานบำบัดโรคผิวหนังชลบุรีของศูนย์โรคเรื้อนเขต 3 ชลบุรีในช่วง 5 ปี ระหว่างปี 2532 - 2536 ที่มีการใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ (Multidrug therapy) ที่มีประสิทธิภาพ⁽⁷⁻⁹⁾ เพื่อศึกษากระบวน (pattern) ทางระบาดวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงงานด้านคลินิกบำบัดและควบคุมโรคเรื้อนในเขตเมืองต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

1. ใช้วิธีศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณาด้านคลินิกย้อนหลัง (Retrospective descriptive clinical epidemiological study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากระเบียนประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่ได้มาตรวจรักษาที่สถานบำบัดโรคผิวหนังชลบุรี ระหว่างปี พ.ศ.2532-

2536 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแปรผลทางสถิติต่อไป

2. กระบวนทางระบาดวิทยาคลินิก วัดจากตัวแปรต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ ภูมิลำเนา ประวัติครอบครัว ระยะทางจากบ้านผู้ป่วยถึงคลินิก ระยะเวลาจากเริ่มมีอาการครั้งแรกถึงวันที่ตรวจพบ อาการรอยโรคที่เริ่มเป็นโรคเรื้อนครั้งแรก อาการรอยโรคที่ตรวจพบ ชนิดโรคเรื้อน อาการแทรกซ้อนและความพิการ

3. ปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การนำผู้สัมผัสร่วมบ้านมาตรวจด้วย สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่จากผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาตรวจ การเปลี่ยนแปลงแนวโน้มการมาตรวจเอง เป็นต้น

4. การแบ่งชนิดโรคเรื้อนใช้ตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์การจำแนกชนิดโรคเรื้อนแบบริดเลย์และโจปลิง (Ridley & Jopling)⁽¹⁰⁾ และการแบ่งชนิดอาการแทรกซ้อนของโรคเหื่อแบ่งตามมาตรฐานการจำแนกชนิดโรคเหื่อ⁽⁷⁾

ผลการศึกษา

1. พบมีผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่มาตรวจที่สถานบำบัดโรคผิวหนังชลบุรี รวม 102 คน ในปี 2532-2536 จากยอดผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่ค้นพบใน 7 จังหวัดของศูนย์โรคเรื้อน ชลบุรี รวม 232 ราย (ร้อยละ 43.96) และจากยอดผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มาตรวจทั้งหมด 21,594 ราย (ร้อยละ 0.47)

2. กระบวนทางระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ทั้ง 102 ราย สรุปการวิเคราะห์ได้ดังนี้

2.1 เพศ

พบเป็นผู้ป่วยชายรวม 67 คน (67.65%) และหญิง 33 คน (32.35%) ในอัตราส่วนชายต่อหญิง 2.09 ต่อ 1 และอัตราส่วนดังกล่าวได้มีแนวโน้มเปลี่ยนจาก

1.30:1, 2.43:1, 4:1, 1.87:1 และ 2.4:1 ตามลำดับในปี 2532 - 2536

2.2 กลุ่มอายุ

พบการกระจายของผู้ป่วยใหม่ 102 คนในกลุ่มอายุต่างๆ คือ 5 - 14 ปี (ร้อยละ 4.90) 15 - 34 ปี (ร้อยละ 41.18) 35 - 54 ปี (ร้อยละ 27.45) 55 - 74 ปี (ร้อยละ 22.55) และ 75 ขึ้นไป (ร้อยละ 3.92) โดยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงแต่ละปีใน 5 ปีของสัดส่วนกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น ได้แก่กลุ่มอายุ 5 - 14 ปี 15 - 34 ปี และ 55 - 74 ปี

2.3 อาชีพ

ในผู้ป่วยทั้งหมด 102 ราย พบการกระจายในอาชีพต่างๆ มากตามลำดับคือ รับจ้าง (ร้อยละ 43.14) กสิกร (ร้อยละ 19.61) นักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 8.82) ค้าขาย (ร้อยละ 6.86) แม่บ้าน (ร้อยละ 5.88) รับราชการ (ร้อยละ 1.96) และอื่นๆ (ร้อยละ 13.75) โดยแต่ละปีมีแนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พบมากขึ้นใน 5 ปี ในกลุ่มอาชีพรับราชการ นักเรียนและนักศึกษา ค้าขาย ส่วนกลุ่มอาชีพที่พบน้อยลง ได้แก่กลุ่มอาชีพรับจ้าง กสิกร แม่บ้านและอื่นๆ

2.4 ภูมิลำเนา

พบผู้ป่วยทั้งหมดมีการกระจายของภูมิลำเนา มากน้อยตามลำดับคือ อำเภออื่นๆนอกอำเภอเมืองในชลบุรี (59.80%) ในอำเภอเมืองชลบุรี (22.55%) จังหวัดระยอง (7.86%) จังหวัดฉะเชิงเทรา (6.86%) จังหวัดปราจีนบุรี (1.96%) และตราด (0.98%) โดยมีผู้ป่วยใหม่ที่มาจากภูมิลำเนาที่มารวมมากขึ้นระหว่างปี 2532 - 2536 ได้แก่อำเภอเมืองชลบุรี ระยองและฉะเชิงเทรา

2.5 ประวัติครอบครัว

ในผู้ป่วยทั้งหมดมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเรื้อรัง 36 ราย (ร้อยละ 35.29) และระหว่างปี 2532-2536

มีสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่มีประวัติครอบครัวมาตรวจน้อยลงร้อยละ 50.0 เทียบกับผู้ป่วยใหม่ที่ไม่ประวัติครอบครัวมาตรวจเท่าเดิม

2.6 ระยะทางจากบ้านผู้ป่วยถึงสถานบำบัดโรคผิวหนัง

ในผู้ป่วยทั้งหมด พบมีความแตกต่างของระยะทางจากบ้านถึงคลินิกมากน้อยตามลำดับ คือระยะ 5 - 25 กม. (37.25%) 26 - 50 กม. (28.43%) 75 - 100 กม. (13.72%) 51 - 75 กม. (12.74%) เกิน 100 กม. (6.86%) และต่ำกว่า 5 กม. (0.98%) โดยแต่ละปีในรอบ 5 ปี มีผู้ป่วยที่บ้านอยู่ไกลมากกว่า 100 กม. และ 51 - 75 กม. มาตรวจมากขึ้น นอกนั้นลดลง

2.7 ระยะเวลาจากเริ่มมีอาการครั้งแรกถึงวันที่มารวมครั้งแรก (Duration since onset)

ในผู้ป่วยทั้งหมดมีการกระจายของระยะเวลาดังกล่าวมากน้อย คือ 1 - 3 ปี (46.08%) 4 - 6 ปี (17.65%) 10 ปีขึ้นไป (15.69%) 1 - 3 เดือน (8.82%) 7 - 9 ปี (6.86%) และ 4 - 11 เดือน (4.90%) โดยพบว่าช่วงระยะเวลาที่มีผู้ป่วยมารวมมากขึ้นระหว่างปี 2532-2536 ได้แก่ระยะเวลามากกว่า 10 ปี และ 4 - 6 ปี

2.8 อาการรอยโรคที่เริ่มเป็นโรคเรื้อรังครั้งแรก (Clinical Onset)

ในผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด 102 ราย พบมีอาการที่เริ่มเป็นโรคเรื้อรังครั้งแรกมากน้อยตามลำดับ คือ วงด่างสีขา (41.18%) ผื่นแดง (30.39%) ชา (19.61%) ตุ่ม (3.92%) กล้ามเนื้อลีบ (1.96%) และแผ่นนูนแดงหนา นิ้วงอและแผลที่เท้าอย่างละ 0.98% โดยในระหว่าง 5 ปีมีแนวโน้มผู้ป่วยที่มีอาการเริ่มเป็นที่มาตรวจมากขึ้นได้แก่ผู้ที่มีอาการชาและตุ่ม

2.9 อาการรอยโรคที่ตรวจพบ

ในผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดพบมีอาการที่ตรวจพบ

เล็กน้อยคือ ผื่นแดง (Erythematopus diffuse infiltration) 41.18% วงด่างสีขาว (Hypopigmented Macule) 26.47% ชา (Anaesthesia) 7.84% ตุ่ม (Nodule) แผ่นนูนหนา (Plaque) วงด่างสีขาวผสมผื่นแดงและผื่นแดงผสมตุ่มอย่างละ 4.90% กล้ามเนื้อลีบ (1.96%) วงด่างสีเข้ม (Hypopigmented macule) และตุ่มผสมแผ่นนูนหนาย่างละ 0.98%

โดยในระหว่าง 5 ปี ตรวจพบผู้ป่วยมีรอยโรคประเภทผื่นแดงพบมากขึ้น นอกนั้นคงเดิมหรือลดลง

2.10 ชนิดโรคเรื้อน

พบชนิดโรคเรื้อนตามการจำแนกแบบบริดเลย์และโจปปลิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ทั้งหมดใน 5 ปี คือ ชนิด Indeterminate (0.98%), Tuberculoid (32.35%), Borderline-Tuberculoid (25.49%), Mid-Borderline และ Lepromatous (23.53%) โดยจัดเป็นชนิดพบเชื่อน้อย 60 ราย (58.82%) และพบเชื่อนมาก 42 ราย (40.18%) และในช่วง 5 ปีไม่มีแนวโน้มนพบผู้ป่วยใหม่ชนิดใดเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ชนิด Indeterminate และ Midborderlineพบน้อยลง

2.11 อาการแทรกซ้อนโรคเหื่อ (Leprae reaction)

ใน 5 ปีพบมีผู้ป่วยโรคเหื่อในผู้ป่วยใหม่มาตรวจรวม 11 ราย (ร้อยละ 10.78) โดยจัดเป็นโรคเหื่อชนิดแรกผื่นเหื่อหรือ Reversal reaction ร้อยละ 8.82 และเป็นโรคเหื่อชนิดที่สองตุ่มเหื่อ (E.N.L.) ร้อยละ 1.96 โดยมีแนวโน้มนชนิดแรกพบมากขึ้น ขณะที่ชนิดที่สองพบน้อยลง

2.12 ความพิการในผู้ป่วย

พบผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดเกิดความพิการเกรด 2 ชัดเจน ในปี 2532-2536 คือ 26.09, 20.83, 26.67, 17.59 และ 23.53% ตามลำดับ โดยลดลง 9.81% ใน 5 ปี โดยอัตราความพิการเกรด 2 ในผู้ป่วยชนิดพบ

เชื่อน้อย พบลดลง ร้อยละ 50.02 จาก 30.77% ใน 5 ปี ส่วนชนิดพบเชื่อนมากเปลี่ยนแปลงมากขึ้นร้อยละ 150 จากเดิม 20%

3. ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.1 การนำผู้สัมผัสร่วมบ้านมาตรวจด้วย

พบว่าใน 5 ปี ผู้สัมผัสร่วมบ้านมาตรวจรวม 31 ราย เป็นผู้ป่วยที่มาตรวจเอง 71 ราย และมีแนวโน้มนการพาผู้สัมผัสมาตรวจน้อยลงเรื่อยๆ แต่ละปี

3.2 การมาตรวจเอง (Self reporting) มีแนวโน้มนเพิ่มมากขึ้น 45% ใน 5 ปี

3.3 สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่จากผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมด

ใน 5 ปีที่มีผู้ป่วยโรคผิวหนัง รวม 21,594 ราย ตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ 102 ราย (ร้อยละ 0.47) หรืออัตราตรวจพบ 47.23 ต่อผู้ป่วยโรคผิวหนัง 10,000 คน โดยมีแนวโน้มนจำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังและโรคเรื้อนมาตรวจน้อยลง แต่สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนเทียบจากผู้ป่วยโรคผิวหนัง มีแนวโน้มนสูงขึ้นร้อยละ 16.22 ใน 5 ปีและอัตราการตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ต่อผู้ป่วยโรคผิวหนัง 1 หมื่นคนมีแนวโน้มนสูงขึ้นร้อยละ 13.29 ใน 5 ปี จาก 37.62 ต่อหมื่นเป็น 42.62 ต่อหมื่น

วิจารณ์

1. กระสวนทางระบาดวิทยาคลินิกของผู้ป่วยใหม่อยู่ในรูปแบบของผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ทั่วไปที่พบทั่วประเทศเป็นส่วนใหญ่ ทั้งด้านเพศ กลุ่มอายุ ชนิดโรคเรื้อนและสัดส่วนการพบโรคเหื่อ แต่อัตราความพิการของผู้ป่วยใหม่ชลบุรีสูงกว่า ซึ่งสะท้อนถึงการมาตรวจล่าช้าจึงจำเป็นต้องเพิ่มมาตรการด้านการให้สุขศึกษาให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผ่านสื่อมวลชนทางวิทยุ โทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ รวมทั้งสื่อสุขศึกษาที่จะให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนและโรคผิวหนังเพื่อนำไป

เผยแพร่ต่อแบบ Interpersonal action ให้มากขึ้นด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนผู้ป่วยเพศชายมากขึ้น กลุ่มอายุวัยเด็กลดลง เป็นวัยผู้ใหญ่มากขึ้น ช่วยยืนยันบางส่วนว่าภาวะโรคเรื้อนในเขตเมืองชลบุรี ได้เริ่มลดลง ซึ่งสอดคล้องกับอัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่ลดลงทุกปี อันเป็นผลกระทบจากการค้นหาพบผู้ป่วยอย่างทั่วถึง และให้ยาเคมีบำบัดผสมที่มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อที่มีชีวิตและลดศักยภาพการแพร่ติดต่อโรคเรื้อนให้น้อยลงและในเวลาสั้นลง⁽⁷⁻⁹⁾ แต่การที่ไม่พบแนวโน้มกระสวนของการเพิ่มมากขึ้นของสัดส่วนผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมาก เพิ่มมากขึ้น และชนิดพบเชื่อน้อยไม่ลดลง ก็ยังแสดงถึงภาวะการลดต่ำของโรคเรื้อนตามธรรมชาติ ยังไม่เกิดสมบูรณ⁽⁷⁾จึงจำเป็นต้องเพิ่มมาตรการการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีและเกิดใหม่ในเขตเมืองชลบุรี ให้พบและให้ยาผสมให้ทั่วถึง โดยใช้มาตรการทางสุขศึกษาอย่างเข้มข้น และการร่วมมือกับคลินิกประกันสังคมต่าง ๆ ในการเพิ่มการตรวจคัดกรองหาโรคเรื้อนในหมู่กรรมกรร่วมกับการให้สุขศึกษาตลอดจนการตรวจค้นหาโรคเรื้อนในนักเรียนให้ทั่วถึงและสม่ำเสมอมากขึ้น

3. การตรวจพบผู้ป่วยมีประวัติครอบครัวเคยเป็นโรคเรื้อนถึงร้อยละ 35 สะท้อนภาวะชุกชุมต่ำและการกระจายในกลุ่มครอบครัวแบบเป็นกระจุก หรือ Cluster และชี้ความจำเป็นในการเพิ่มการตรวจผู้สัมผัสร่วมบ้านให้ทั่วถึงและสม่ำเสมอมากขึ้น ส่วนการตรวจพบผู้ป่วยใหม่สูงในกลุ่มอาชีพกรรมกรรับจ้าง กสิกร นักเรียนนักศึกษา ค้าขาย และแม่บ้าน และตรวจพบแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มอาชีพรับราชการ นักเรียน นักศึกษาและค้าขาย ชี้ให้เห็นเป้าหมายของสุขศึกษาและการเพิ่มมาตรการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองค้นหาโรคเรื้อนให้ทั่วถึงและสม่ำเสมอดังกล่าวแล้ว

4. กระสวนของระยะทางจากบ้านถึงสถานบำบัดต่ำกว่า 50 กม. พบมากที่สุดขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ไกลกว่า 50 กม. มาตรวจมากขึ้นในแต่ละปี ชี้ให้เห็นศักยภาพในการครอบคลุม (Coverage) และเข้าถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ (Accessibility) ดังกล่าวที่ควรเพิ่มมาตรการเสริมทั้งสุขศึกษาและการพิจารณาเปิดสถานบำบัดย่อย (Subcenter) ในรพ.ชุมชน หรือ ออกเป็นหน่วยเคลื่อนที่สัปดาห์ละครั้งไปที่ยังพื้นที่ที่มีผู้ป่วยมาก เป็นต้น

5. ระยะเวลาจากเริ่มมีอาการครั้งแรกจนถึงวันที่ตรวจพบครั้งแรก ซึ่งร้อยละ 64 พบต่ำกว่า 6 ปีลงมาสะท้อนให้เห็นว่ามาตรการสุขศึกษาและการค้นหาผู้ป่วยใหม่แบบตั้งรับ (Passive case detection)⁽¹¹⁾ อาจไม่เพียงพอ ควรเสริมด้วยเชิงรุก อาทิ การใช้ทีมเคลื่อนที่ไปตรวจผู้สัมผัสร่วมบ้าน นักเรียน/นักศึกษา กรรมกรโรงงาน ฯลฯ ให้มากขึ้นรวมทั้งการอบรมสอนแนะให้แพทย์ พยาบาล คลินิกประกันสังคม ตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้ละเอียดมากขึ้น

6. กระสวนของอาการรอยโรคที่เริ่มเป็นครั้งแรก นับว่าช่วยให้นำมาใช้ในการทบทวนเนื้อหาของสุขศึกษาและการอบรม โดยเน้นอาการที่เริ่มเป็นที่พบบ่อยที่สุด เช่น วงด่างสีขาว ผื่นแดง ชา เป็นต้น ส่วนอาการรอยโรคที่ตรวจพบมากน้อยนับเป็นการศึกษาทางระบาดวิทยาคลินิกที่มีผู้ทาวิจัยน้อยมาก จึงสามารถนำกระสวนของรอยโรคที่พบบ่อยนี้ไปใช้ในการอบรมสอนแนะนักศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัคร ให้เน้นและเรียนรู้ให้คุ้นเคยรอยโรคที่พบบ่อยๆ เพื่อช่วยสนับสนุนทักษะทางคลินิกและช่วยเสริมการวินิจฉัยโรคเรื้อนและการค้นหาให้แม่นยำยิ่งขึ้นด้วย

7. อาการแทรกซ้อนโรคเห่อจัดเป็นชนิดแรก (Reversal reaction) สูง 8.82% ชี้ให้เห็นความ

จำเป็นจะต้องอบรมฟื้นฟูสอนแนะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการให้สุขศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อนให้รู้จักมาตรวจ และได้รับการวินิจฉัยให้พบแต่ต้น เพื่อจะได้ให้ยา Prednizolone ให้ทันก่อนที่จะเกิดความพิการ ซึ่งมักเกิดจากเส้นประสาทอักเสบในผู้เกิดโรคเห่อชนิดนี้ เป็นส่วนใหญ่

8. การพบมีการลดการเกิดความพิการเกรด 2 ในผู้ป่วยใหม่ในรอบ 5 ปี ลงได้บ้าง (ลด 9%) ขณะที่ผู้ป่วยทั่วประเทศยังพบเพิ่มมากขึ้นใน 5 ปี ร้อยละ 8.59 จากอัตราร้อยละ 13 เป็น 19%⁽¹²⁾ สะท้อนถึงผลของความพยายามให้สุขศึกษาและการตรวจผู้ป่วยแต่เนิ่นๆ และรักษาผู้ป่วยโรคเห่อชนิดแรก ตลอดจนการจัดตั้ง Self-Care Clinic สำหรับสอนแนะการป้องกันความพิการและนำส่งต่อผู้ป่วยที่ได้ประสิทธิผลพอสมควร แต่จำเป็นต้องเพิ่มมาตรการเสริมต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว

สรุป

จากผลการวิจัยระบาดวิทยาทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ รวม 102 รายที่ค้นพบโดยสถาบันบำบัดโรคผิวหนังชลบุรี ระหว่างปี 2532-2536 นี้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Ganapati R, Girija D. Leprosy from the urban angle. Bombay Hospital Journal 1979;21:13-16.
2. Ganapati R. Urban leprosy control. Trop Doctor 1983;15:76-78.
3. World Health Organization. A guide to leprosy control. Geneva: World Health Organization, 1988:70-71.
4. Myint T, Win D, Yin C. Risk factors among defaulters in the urban leprosy control center of Thaketa Township in the City of Yangon, Myanma in 1986. Lep Rev 1992;63:345-349.
5. ธานี ขยนทร์. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อประสิทธิผลของการดำเนินการให้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขตเมือง วารสารโรคติดต่อ 2536;19:235-242.
6. Kumar A, Sivaprasad N, Ambalagan M, Thangavel N, Durgambal K. Utilization of medical agencies and treatment compliance by urban (Madras) leprosy patients. Leprosy In India 1983;55:322-323.
7. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์, 2535:64-65,320-334.

พบรูปแบบหรือกระสวนต่างๆที่เป็นประโยชน์ นอกจากทั้งในด้านการศึกษาทางระบาดวิทยาคลินิกของโรคเรื้อนโดยตรงแล้ว ยังมีประโยชน์ในการนำไปปรับปรุงวิธีการให้สุขศึกษา การอบรมนักศึกษาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การปรับปรุงวิธีค้นหาผู้ป่วยในเชิงรุก (Active case detection) เช่น ใช้ทีมเคลื่อนที่ตรวจผู้สัมผัส นักเรียน นักศึกษา และกรรมกรโรงงานต่างๆ รวมทั้งการอบรมสอนแนะแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในคลินิกประกันสังคมต่างๆ รวมทั้งการเร่งตรวจค้นหาและรักษาผู้ป่วยที่เกิดโรคเห่อชนิดที่สองที่มีโอกาสเกิดความพิการตามมาได้มากอีกด้วย ดังข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ได้เสนอจากผลการวิจัยครั้งนี้.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 3 และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ศูนย์โรคเรื้อนเขต 3 ชลบุรี ที่อนุญาติและให้การสนับสนุนการวิจัยเรื่องนี้เป็นอย่างดี.

8. World Health Organization. Chemotherapy of leprosy for control programme. Report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization, 1982.
9. จรุงญ ปิระวารากรณ์. ผลกระทบทางระบาดวิทยาจากวิธีการรักษาโรคเรื้อนด้วยยาผสมระยะสั้น (MDT). วารสารโรคติดต่อ 2534;17:140-151.
10. Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity: a five group system. Int J Lepr 1966;34:255-273.
11. ชีระ รามสูต. แนวคิดและประสบการณ์การดำเนินงานสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ในงานโรคติดต่อเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า. วารสารโรคติดต่อ 2536;19:217-226.
12. ทศนีย์ อินทราทิพย์. ผลกระทบของการใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ในรอบ 10 ปีแรกต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะการเกิดผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ในประเทศไทย. เอกสารอัดสำเนา.