



ปีที่ 40 เล่มที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2567

Vol 40 No.1 January-March 2024

วารสาร โรงพยาบาลพุทธโสธร

Buddhasothorn Hospital Journal



สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

- บรรณาธิการแถลง

ผศ.(พิเศษ)นพ.ชัยชนะ จันทระคิด

- กองบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- การศึกษาคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิ่ว
โตนร สันตติพยุกุล A1-11
- ปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease
ชนะชัย จันทระคิด B1-10
- การศึกษาเชิงพรรณนาของโรคนี้วในไตในจังหวัดสระแก้ว
นิติ แซ่มซ้อย C1-11
- ลักษณะผู้ป่วย สาเหตุ การตรวจรักษา และผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วย
ที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างในโรงพยาบาลชลบุรี
พรรณราย กุลเศรษฐ์ D1-7
- การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ
เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร
เจษฎา เจริญทอง E1-11





บรรณาธิการแถลง

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร (Buddhasothorn Hospital Journal; BSHJ) ได้ดำเนินการเผยแพร่บทความวิชาการทางการแพทย์มายาวนานเข้าสู่ปีที่ 40 ในปี พ.ศ. 2567 ซึ่งปีนี้มีพิเศษ เนื่องจากเป็นปีแรกที่วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ได้เข้าสู่ระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย Thai Journals Online (ThaiJO) ดังนั้นบทความวิชาการที่ได้เผยแพร่ในวารสารตั้งแต่ฉบับนี้เป็นต้นไปล้วนได้ผ่านการทบทวนชำระบทความที่ได้มาตรฐานจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้บทความทุกเรื่องมีคุณภาพเหมาะสมในทางวิชาการ มีความน่าเชื่อถือที่จะให้ผู้อ่านได้นำไปศึกษา อ้างอิง รวมถึงนำไปใช้ทางคลินิก

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธรในรูปแบบใหม่นี้ จะเกิดประโยชน์ในวงการวิชาการทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กองบรรณาธิการ

ผศ.(พิเศษ)นพ.ชัยชนะ จันทระคิด



กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการ

พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

รองบรรณาธิการ

ผศ.(พิเศษ) นพ.ชัยชนะ จันทระคิด

โรงพยาบาลพุทธโสธร

กองบรรณาธิการ

นพ.สุนที สงวนไทร

โรงพยาบาลราชวิถี

นพ.กฤษฎา เจริญรุ่งเรืองชัย

โรงพยาบาลบางคล้า

ผศ.ดร.เจริญ ธีระศักดิ์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
(องค์กรักษ์)

ดร.ญาณันธร กราบทิพย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี

รศ.ดร.กุลวดี ไรจน์ไพศาลกิจ

มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
นักวิชาการอิสระ

ดร.สมใจ นกดี

โรงพยาบาลพุทธโสธร

ผศ.(พิเศษ) นพ.สุทธิพงษ์ อธิธิพร

โรงพยาบาลพุทธโสธร

นางจิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์

โรงพยาบาลพุทธโสธร

ดร.วรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา

ผู้จัดการ

นางสาวสุพิชญา จ้อยศิริ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นางสาวณศิริ เตชะเสน

โรงพยาบาลพุทธโสธร

นางสาวพัชรี วอนศิริ

โรงพยาบาลพุทธโสธร

พิสูจน์อักษร

นางสาววีรวัลย์ สุขใจ

โรงพยาบาลพุทธโสธร



การศึกษาคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิว

โตมร สันตติพยุกุล พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : สิว เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ผิวหนังได้บ่อย และก่อกำปัญหาทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคมแก่คนที่เป็นสิวโดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิว

วิธีดำเนินการวิจัย: ศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 โรงเรียนบ้านสวน (จันทนุสรณ์) จำนวน 183 คน โดยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านผิวหนัง (Children's Dermatology Life Quality Index, CDLQI) ฉบับภาษาไทย

ผลการวิจัย: นักเรียนสมัครใจตอบแบบสอบถาม 160 คน จาก 183 คน (ร้อยละ 87.4) เป็นเพศหญิง 80 คน ชาย 80 คน อายุเฉลี่ย 14.4 ปี ระดับความรุนแรงของสิมีส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 61.3) รองลงมาได้แก่ ปานกลาง (ร้อยละ 36.2) และมาก (ร้อยละ 2.5) นักเรียนวัยรุ่นให้คะแนน CDLQI เรื่องอับอายหรือรำคาญ กระจวน กระจวาย หงุดหงิด เศร้าสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ อาการคัน อยากรู้อากา แสบหรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง การรักษาก่อให้เกิดปัญหา และมีผลกระทบต่อการออกไปนอกบ้าน เล่น หรือทำงานอดิเรก ด้านผลกระทบต่อนภาพชีวิต พบว่านักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิวมั้ระดับผลกระทบต่อนภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด รองลงมาได้แก่ มีผลกระทบเล็กน้อย ไม่มีผลกระทบ มีผลกระทบมาก และ

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.3 30.6 20.6 13.1 และ 4.4 ตามลำดับ และพบว่าระดับความรุนแรงของสิวมั้แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนระดับความรุนแรงของสิวมั้มากขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (correlation coefficient 0.366, $p < 0.001$)

สรุป: สิวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นในด้านต่างๆ ทั้งความอับอาย ผลกระทบต่อจิตใจ อาการทางผิวหนัง กิจกรรมถูกจำกัด และพบว่าระดับความรุนแรงของสิวมั้แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Quality of Life among School Adolescents with Acne

Tomorn Santatipayunkul, MD.

Abstract

Background: Acne is a skin disease commonly affecting adolescents and young adults and can have a lasting impact on physical, mental as well as social health. The long-term consequence and severity of acne may also lead to reduce quality of life.

Objective: To study the quality of life among school adolescents affected with acne.

Method: A total of 183 students in grade 9 junior high school who were studying at Bansuan Jananusorn school during the academic year 2023 were included in this study. They were asked to complete a questionnaire on Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI) that was translated to Thai language.

Results: A total of 160 from 183 students were enrolled (87.4 %) in the survey, 80 were female and 80 were male. The average age was 14.4 years. The severity of acne among students that had mild form was 61.3%, while 36.2% had moderate acne and only 2.5% were reported to have severe acne. Despite most students being affected by only a mild form of acne, according to CDLQI, students reported having feelings of

embarrassment and lack of confidence as the leading cause of life dissatisfaction. Other students reported itching or pain of skin as the reasons for dissatisfaction. Furthermore, factors that reduce CDLQI were impact on treatment's problem as well as limitation of going out or doing hobbies. Only 20.6% of students were not adversely affected by acne at all while the majority of them reported that living with acne had a moderate impact on their life (31.3%). The remaining students reported that acne had minor (30.6%), moderately severe (13.1%) and severe (4.4%) impacts on their life. We found that increased levels of acne severity have a statistically significant inverse correlation to students' quality of life ($p < 0.001$) and positive correlation to lower quality of life (correlation coefficient 0.366, $p < 0.001$).

Conclusion: More severe acne has inverse correlation to good quality of life for adolescent students, however, regardless of the level of severity students reported having feelings of embarrassment and lack of confidence from acne.

บทนำ

สิวเป็นโรคทางผิวหนังที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ผิวหนัง โดยมีความชุกประมาณร้อยละ 9.4 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดอันดับ 8 ของโลก จากสถิติของสถาบันโรคผิวหนังในปีพ.ศ.2555 พบว่ามีผู้มารักษาสิวเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด ทั้งสิ้น 13,721 คน สิวพบได้ในทุกช่วงอายุ แต่มีความชุกสูงสุดในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น โดยสิวจะปรากฏอาการในผู้หญิงช่วงอายุ 14-17 ปี และผู้ชายในช่วงอายุ 16-19 ปี ความรุนแรงของสิวจะมากขึ้น 3-5 ปี หลังจากเริ่มเป็นสิว และมักหายไปในช่วงอายุ 20-25 ปี ร้อยละ 85 ของผู้เป็นสิวจะเป็นชนิดไม่รุนแรง มีเพียงร้อยละ 15 ที่เป็นผู้เป็นสิวกักเสบรุนแรง^[1]

จากการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ทำการศึกษาในคนเป็นสิวงroup พบว่า สิวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต วัยรุ่นที่เป็นสิวมักมีความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เป็นสิวถึง 2 เท่า^[2] สิวยังส่งผลทำให้มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โดยวัยรุ่นที่เป็นสิวมักมีความคิดว่าตนเองไม่น่าดึงดูด เศร้า มีสุขภาพที่ไม่ดี และไม่น่าเป็นผู้นำมากกว่าวัยรุ่นที่มีผิวใส นอกจากนี้การมีสิวยังมีแนวโน้มที่จะได้รับความต้องการให้มีส่วนร่วมทางสังคม โอกาสในการได้รับเลือกเข้าทำงานหรือรับเลือกตั้งน้อยกว่าการไม่มีสิว^[3] การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสิวในประเทศไทยนั้น พบว่า สิวกระทบคุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องอาย ปัญหาการเข้าสังคม อาการคัน เจ็บผิวหนัง และปัญหาจากการรักษาตามลำดับ แม้ในบางคนที่เป็นสิวระดับความรุนแรงน้อยก็อาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้มาก^[4] จากปัญหาคุณภาพชีวิตและจิตสังคมที่กล่าวมานั้น มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต หลายการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของสิว รอยดำและรอยแผลเป็นตามหลังการเกิดสิวมั้สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต^[5, 6] ส่วนปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีอาชีพหรือการว่างงาน ภูมิลาเนา ประวัติการเป็นสิวในครอบครัว การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ อาหาร ความเครียด ปัจจัยด้านตัวโรค เช่น ระยะเวลาที่เป็นโรค ตำแหน่งที่เป็นสิวนั้น ผลการศึกษาที่มีความขัดแย้งกันหลาย ๆ งานวิจัยในอดีตส่วนในประเทศไทยนั้น มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่เป็นสิว พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสิวนั้นมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิต แต่ปัจจัยด้านเพศ พันธุกรรม ลักษณะผิว ระดับความรุนแรงของสิว และการใช้เครื่องสำอางไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต^[7]

ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการเข้าถึงการหาข้อมูลตัวโรค และการรักษาจะง่ายและสะดวกมากขึ้น แต่ก็ยังพบว่า คนส่วนใหญ่ยังมีความรู้ความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับสิวและปัจจัยที่กระตุ้นการเกิดสิว วัยรุ่นกว่าร้อยละ 80 ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับสิวจากแพทย์เฉพาะทางด้านผิวหนัง^[8] รวมถึงนักเรียนวัยรุ่นด้วยเช่นกัน และยังมีการปิดกั้นทางการรักษา เนื่องจากมีความอับอายจากการเป็นสิว และมีความเชื่อที่คิดว่าไม่สามารถเข้าถึงแพทย์ได้^[9]

แม้ว่าสิวจะเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ แต่ก็ก่อปัญหาทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคมแก่คนที่เป็นสิว โดยเฉพาะวัยรุ่น ซึ่งปัญหาเหล่านั้นนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย ร่วมกับยังมีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่เป็นสิวไม่มากนัก และผลการศึกษาของแต่ละงานวิจัย ยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ส่วนในประเทศไทยนั้นมีการศึกษาเพียงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่เป็นสิว และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันคุณภาพชีวิต เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำการดูแลรักษาเรื่องสิวแก่วัยรุ่นอย่างเหมาะสม นำมาสู่การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวสิว และเพิ่มคุณภาพชีวิตในวัยรุ่น

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตทางผิวหนังของนักเรียน
วัยรุ่นที่เป็นสิว

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive cross-sectional study) ในนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 โรงเรียนบ้านสวน
(จันทบุรี) ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
โดยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้าน
ผิวหนัง Children's Dermatology Life Quality Index
(CDLQI) ฉบับภาษาไทย

ขั้นตอนการศึกษา

1.ตั้งคำถามงานวิจัยว่า คุณภาพชีวิตของนักเรียน
ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566
โรงเรียนบ้านสวน (จันทบุรี) ตำบลบ้านสวน อำเภอ
เมือง จังหวัดชลบุรี ที่เป็นสิวนับเป็นอย่างไร โดยผู้เข้าร่วม
งานวิจัยวินิจฉัยด้วยตนเองและมีรูปภาพผิวแต่ละชนิด
ประกอบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยดูในแบบสอบถาม

2.เลือกเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้
แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านผิวหนัง (Children's
Dermatology Life Quality Index, CDLQI) ฉบับ
ภาษาไทย ซึ่งได้ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงแล้วโดย
แพทย์หญิง วาณี วิสุทธิเสรีวงศ์ และคณะ^[10]แปลจากฉบับ
ภาษาอังกฤษของ Professor Lewis-Jones MS และ
Finlay AY โดยเป็นแบบสอบถามที่มีคำถามครอบคลุมทุก
ด้านคุณภาพชีวิต เป็นคำถามแบบสอบถามที่ง่าย ผู้ตอบ
แบบสอบถามสามารถทำได้ด้วยตนเองในระยะเวลา
ประมาณ 10-15 นาที

3.ขอความร่วมมือนักเรียนที่กำลังศึกษาชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2566 โรงเรียนบ้านสวน
(จันทบุรี) ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
ตอบแบบสอบถามโดย แพทย์ผู้วิจัยจะติดต่อคุณครูที่ดูแล
ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ
วิจัยและส่งแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google Forms)

ซึ่งจะมีข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย เอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและแสดงความสมัครใจเข้าร่วม
โครงการวิจัย และแบบสอบถามสำหรับ โครงการวิจัยให้
ผู้ปกครองและอาสาสมัครพิจารณา ก่อนตัดสินใจเข้า
ร่วมงานวิจัยโดยผู้ปกครองและอาสาสมัครมีสิทธิ์ที่จะตกล
งเข้าร่วมโครงการหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยก็ได้

4.เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและนำมา
วิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ดัชน
ีมวลกาย อายุ ระดับผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสมล่าสุด)
ประวัติโรคประจำตัว ตำแหน่งที่เกิดสิ่ว ระยะเวลาที่เป็น
สิ่ว ประวัติการรักษาสิ่ว และระดับความรุนแรงของสิ่ว
(ผู้เข้าร่วมงานวิจัยจะนับจำนวนเม็ดสิ่วชนิดต่างๆ ของ
ตนเองและตอบผ่านแบบสอบถาม โดยมีรูปภาพผิวแต่ละ
ชนิดประกอบในแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน
ความรุนแรงของสิ่วเองตามเกณฑ์)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่
แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง
Children's Dermatology Life Quality Index(CDLQI)
ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงแล้ว
โดย แพทย์หญิง วาณี วิสุทธิเสรีวงศ์ และคณะ^[10]

แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ
คะแนนข้อละ 0-3 คะแนน การนับคะแนนแบ่งเป็น 4
ระดับ ดังนี้

- ไม่มีผลเลย, ไม่มีความเกี่ยวข้อง 0 คะแนน
หรือไม่ตอบคำถาม
- เล็กน้อย 1 คะแนน
- ปานกลาง 2 คะแนน
- มาก 3 คะแนน



การแปลผล ระดับคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-30 คะแนน หากคะแนนยิ่งสูง หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ยิ่งน้อยลง

คะแนน 0-1 หมายถึงไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คะแนน 2-6 หมายถึงมีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คะแนน 7-12 หมายถึงมีผลกระทบปานกลางต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คะแนน 13-18 หมายถึงมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

คะแนน 19-30 หมายถึงมีผลกระทบอย่างมากที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผลการวิจัย

แบบสอบถามได้รับการตอบกลับจากนักเรียน 160 คน จากนักเรียน 183 คน (ร้อยละ 87.4)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเพศ ประวัติโรคประจำตัว ตำแหน่งที่เกิดสิว ระยะเวลาที่เป็นสิว ประวัติการรักษาสิว และระดับความรุนแรงของสิว จำแนกเป็นจำนวนและร้อยละ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนนักเรียน (ร้อยละ) (total N = 160)
เพศ	
ชาย	80 (50.0)
หญิง	80 (50.0)
ประวัติโรคประจำตัว	
ไม่มีประวัติโรคประจำตัว	141 (88.1)
มีประวัติโรคประจำตัว	19 (11.9)
● โรคภูมิแพ้	14 (8.8)
● หอบหืด	3 (1.9)
● พยาธิสรีรวิทยา	1 (0.6)
● โรคสมาธิสั้น	1 (0.6)
ตำแหน่งที่เกิดสิว	
ใบหน้า	158 (98.8)
แผ่นหลัง	43 (26.9)
หน้าอก	34 (21.3)
ต้นแขน	8 (5.0)

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 23

1.ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์รายข้อด้วยการแจกแจงความถี่หาจำนวนและร้อยละของแต่ละคำตอบ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.แบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์รายข้อด้วยการแจกแจงความถี่ของคำตอบเพื่อหาจำนวนผู้ตอบในแต่ละตัวเลือก ซึ่งแสดงจำนวนข้อคิดเห็นมากน้อยตามลำดับ

3.ระดับความรุนแรงของสิวที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน โดย chi-square test

4.ระดับความรุนแรงของสิวที่มากขึ้นสัมพันธ์กับระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่ง โดย Spearman rank

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนนักเรียน (ร้อยละ) (total N = 160)
ระยะเวลาที่เป็นสิ่ว	
น้อยกว่า 6 เดือน	62 (38.8)
6 เดือน - 1 ปี	38 (23.7)
มากกว่า 1 ปี	60 (37.5)
ประวัติการรักษาสิ่ว	
ได้รับการรักษาสิ่ว	110 (68.8)
ไม่ได้รับการรักษาสิ่ว	50 (31.2)
ระดับความรุนแรงของสิ่ว	
น้อย	98 (61.3)
ปานกลาง	58 (36.2)
มาก	4 (2.5)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ เกรดเฉลี่ยสะสมล่าสุด แจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	55.1	12.5
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	164.8	11.4
อายุ (ปี)	14.4	0.5
เกรดเฉลี่ยสะสมล่าสุด	3.2	0.6

ส่วนที่ 2 คะแนนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิ่ว

จากผลการวิจัยพบว่าปัญหาเรื่องรู้สึกอายหรือรำคาญ กระวนกระวาย หงุดหงิด เศร้า เป็นข้อที่นักเรียนวัยรุ่นให้คะแนน CDLQI สูงที่สุด ปัญหาที่มีคะแนน CDLQI สูงเป็นอันดับที่ 2 ได้แก่ อาการคัน อยากรู้อายุ หรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง และผลกระทบต่อข้ออื่นๆที่มีคะแนนรองลงมา คือ การรักษาก่อให้เกิดปัญหา มีผลกระทบต่อ

การออกไปนอกบ้าน เล่น หรือทำงานอดิเรก และ ต้องเปลี่ยนหรือใส่เสื้อผ้า/รองเท้า ลักษณะพิเศษหรือแตกต่างจากเดิม ตามลำดับ ส่วนคะแนน CDLQI ที่ต่ำที่สุด ได้แก่ มีผลกระทบต่อการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 คะแนนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิว (ร้อยละ) จำแนกตามคำถามแต่ละข้อ

ผลกระทบที่มีต่อนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิว	ระดับของผลกระทบ			
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย
	ร้อยละ			
1. อาการคัน อยากรู้อาหาร แสบ หรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง	1.2	21.9	41.9	35.0
2. รู้สึกอับอายหรือรำคาญ กระวนกระวาย หงุดหงิด เศร้า	11.8	29.4	35.0	23.8
3. มีผลกระทบต่อมิตรภาพกับผู้อื่น	3.1	15.6	21.3	60.0
4. ต้องเปลี่ยนหรือใส่เสื้อผ้า/รองเท้า ลักษณะพิเศษหรือแตกต่างจากเดิม	3.1	30.0	13.1	53.8
5. มีผลกระทบต่อการออกไปนอกบ้าน เล่น หรือทำงานอดิเรก	4.4	28.1	19.4	48.1
6. ต้องหลีกเลี่ยงการว่ายน้ำหรือเล่นกีฬาชนิดอื่นๆ	1.9	13.1	23.1	61.9
7. มีผลกระทบต่อการเรียน	2.5	5.6	25.0	66.9
8. ถูกตั้งฉายา ล้อเลียน รังแก ซักถามหรือหลบเลี่ยง	1.3	13.1	29.3	56.3
9. มีกระทบต่อการนอนหลับ	1.3	11.8	26.9	60.0
10.การรักษาก่อให้เกิดปัญหา	4.4	20.0	28.1	47.5

ตารางที่ 4 คะแนนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิวจำแนกตามคำถามแต่ละข้อ

ผลกระทบที่มีต่อนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิว	คะแนนรวมของผลกระทบ
1.อาการคัน อยากรู้อาหาร แสบ หรือเจ็บปวดที่ผิวหนัง	143
2.รู้สึกอับอายหรือรำคาญ กระวนกระวาย หงุดหงิด เศร้า	207
3.มีผลกระทบต่อมิตรภาพกับผู้อื่น	99
4.ต้องเปลี่ยนหรือใส่เสื้อผ้า/รองเท้า ลักษณะพิเศษหรือแตกต่างจากเดิม	105
5.มีผลกระทบต่อการออกไปนอกบ้าน เล่น หรือทำงานอดิเรก	128
6.ต้องหลีกเลี่ยงการว่ายน้ำหรือเล่นกีฬาชนิดอื่นๆ	88
7.การรักษาก่อให้เกิดปัญหา	130

ผลกระทบที่มีต่อนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิ่ว	คะแนนรวมของผลกระทบ
8.ถูกตั้งฉายา ล้อเลียน รังแก ซักถามหรือหลบเลี้ยง	95
9.มีกระทบต่อการนอนหลับ	87
10.การรักษาก่อให้เกิดปัญหา	130

จากผลการวิจัยพบว่า นักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิ่วมีระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาได้แก่ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตระดับเล็กน้อย ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก และมากที่สุด ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ระดับความรุนแรงของสิ่วที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนระดับความรุนแรงของสิ่วที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (correlation coefficient 0.366, $p < 0.001$)

ตารางที่ 5 จำนวนนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิ่ว (และร้อยละ) จำแนกตามระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

คะแนน DLQI	ระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	จำนวนนักเรียนวัยรุ่น (ร้อยละ)
0-1	ไม่มี	33 (20.6)
2-6	เล็กน้อย	49 (30.6)
7-12	ปานกลาง	50 (31.3)
13-18	มาก	21 (13.1)
19-30	มากที่สุด	7 (4.4)

ตารางที่ 6 จำนวนนักเรียนวัยรุ่นแยกตามระดับความรุนแรงของสิ่วและระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ระดับความรุนแรง ของสิ่ว	จำนวนนักเรียนวัยรุ่น					
	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต					รวม
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	
น้อย	27	36	25	8	2	98
ปานกลาง	6	13	25	12	2	58
มาก	0	0	0	1	3	4
รวม	33	49	50	21	7	160

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าประชากรที่ทำการศึกษามีความรุนแรงของสิ่วระดับรุนแรงน้อย มากที่สุด รองลงมาได้แก่ระดับรุนแรงปานกลาง และพบระดับมากพบน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ของ Kholoud T และคณะ^[11] และการศึกษาของ Eleni T และคณะ^[12] ซึ่งพบระดับความรุนแรงของสิ่วส่วนใหญ่ ได้แก่ สิ่วน้อย (mild acne) ร้อยละ 75.5 และ 71.2 ตามลำดับ

ในด้านคะแนนคุณภาพชีวิตทางผิวหนัง (CDLQI) พบว่าประชากรที่ทำการศึกษานั้นสิ่วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่น้อยเป็นส่วนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ Kholoud T และคณะ ได้ทำการศึกษาความชุก ระดับความรุนแรง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เป็นสิ่วที่ประเทศอียิปต์ ในปีพ.ศ. 2563 ซึ่งจากการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต CADI นั้นพบว่าร้อยละ 11.4 ของนักเรียนที่เป็นสิ่ว มีภาวะจำกัดกิจกรรมขั้นรุนแรง (severe disability) ^[11] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Manal SA และคณะ^[5] และการศึกษาของ Raza A และคณะ^[13] โดยพบว่าประชากรที่เป็นสิ่วส่วนมากส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางและน้อย และส่วนน้อยที่ส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตในระดับมากและมากที่สุด

ระดับความรุนแรงของสิ่วที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวลัย กุลทันทน์ และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสิ่วประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2550 พบว่าผู้ป่วยบางรายแม้มีสิ่วรุนแรงน้อยแต่ก็ให้คะแนน DLQI สูง ช่วยบ่งว่าในบางคนแม้เป็นสิ่วน้อยแต่ก็อาจกระทบคุณภาพชีวิตมากได้^[4] อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้ที่พบว่าระดับความรุนแรงของสิ่วที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า

ระดับความรุนแรงของสิ่วที่มากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ดังเช่นในการศึกษาของ Karishma PD และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา โอกาสในการเข้าถึงการรักษา และผลกระทบทางจิตใจของสิ่วในวัยรุ่นที่ประเทศอังกฤษ ในปีพ.ศ. 2560 โดยทำการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ในวัยรุ่น พบว่าระดับความรุนแรงของสิ่วสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลง^[9] การศึกษาของ Gustavo NV และ Jader FSF ที่ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยทางจิตสังคมในวัยรุ่นที่เป็นสิ่วที่ประเทศบราซิล ในปีพ.ศ. 2558 โดยทำการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ในนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่ายิ่งในนักเรียนที่มีสิ่วระดับรุนแรงมากกว่าจะมีคุณภาพชีวิตทางผิวหนังที่แย่กว่า^[10] รวมถึงการศึกษาของ Kholoud T และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาความชุก ระดับความรุนแรง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เป็นสิ่วที่ประเทศอียิปต์ ในปีพ.ศ. 2563 พบว่าระดับความรุนแรงของสิ่ว (GAGS) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของสิ่วมากกว่าจะมีระดับคะแนน CADI ที่สูงกว่า (มีภาวะจำกัดกิจกรรมที่มากกว่า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01)^[11] และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Arshad H และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาความชุกของการเกิดสิ่ว และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียนที่เป็นสิ่วที่ประเทศมาเลเซีย ในปีพ.ศ. 2552 พบว่าระดับความรุนแรงของสิ่วมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยนักเรียนที่มีสิ่วในระดับรุนแรงจะมีคะแนน CADI ที่สูงกว่า^[14]

ปัญหาเรื่องรูสีกอับอายหรือรำคาญ กระวนกระวาย หงุดหงิด เศร้า เป็นอันดับแรกที่นักเรียนวัยรุ่นให้คะแนน CDLQI สูงที่สุดกล่าวคือ กระทบคุณภาพชีวิตมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวลัย กุลทันทน์ และคณะ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสิ่วในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2550 วัตถุประสงค์เพื่อประเมิน

ผลกระทบของโรคสิว รวมทั้งความรุนแรงของสิว และรอยแผลเป็นจากสิวที่มีต่อคุณภาพชีวิต ปัญหาเรื่องอับอายเป็นปัญหาที่กระทบคุณภาพชีวิตมากที่สุด ตามด้วยปัญหาการเข้าสังคม อาการคัน เจ็บผิวหน้า และปัญหาจากการรักษาตามลำดับ^[4] ดังนั้นการรักษารอยโรคสิวให้ดีขึ้นและการให้ยาระงับอาการคัน ปวด เสียวที่ผิวหนังจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้สิวซึ่งเป็นโรคที่แพทย์คิดว่าไม่อันตราย ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายผู้ที่เป็สิว แต่รอยโรคอยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนเป็นที่สังเกตหรือมักจะถูกทักถามจากบุคคลอื่นมีผลต่อรูปลักษณ์ภายนอกของผู้ที่เป็นสิวก็นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นสิวได้เป็นอย่างมาก

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการวินิจฉัยสิวไม่ได้ทำโดยแพทย์อาจทำให้มีการวินิจฉัยที่ผิดพลาดได้ และประชากรที่ศึกษาเป็นนักเรียนวัยรุ่นในพื้นที่เดียว จึงไม่อาจสะท้อนถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสิวยุวชนในพื้นที่อื่นหรือในช่วงอายุอื่น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสิวลและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผลที่ได้จึงเป็นคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิวเบื้องต้นและจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

- 1.ได้ทราบถึงผลการประเมินคุณภาพชีวิตของนักเรียนวัยรุ่นที่เป็นสิว
- 2.ได้ทราบถึงระดับความรุนแรงของสิวที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน
- 3.นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยสิว รวมถึงโรคผิวหนังอื่นๆ เพื่อลดผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

- 1.Tan JK, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. Br J Dermatol. 2015;172 Suppl 1:3-12.
- 2.Purvis D, Robinson E, Merry S, Watson P. Acne, anxiety, depression and suicide in teenagers: a cross-sectional survey of New Zealand secondary school students. J Paediatr Child Health. 2006;42(12):793-6.
- 3.Loh KC, Chan LC, Phang LF. Perceptions and psychosocial judgement of patients with acne vulgaris. Med J Malaysia. 2020;75(1):18-23.
- 4.Kulthanan K, Jiamton S, Kittisarapong R. Dermatology Life Quality Index in Thai Patients with Acne. Siriraj Med J. 2007;51.
- 5.Alanazi MS, Hammad SM, Mohamed AE. Prevalence and psychological impact of Acne vulgaris among female secondary school students in Arar city, Saudi Arabia, in 2018. Electron Physician. 2018;10(8):7224-9.
- 6.Hazarika N, Rajaprabha RK. Assessment of Life Quality Index Among Patients with Acne Vulgaris in a Suburban Population. Indian J Dermatol. 2016;61(2):163-8.
- 7.สมใจ ฉันทวรลักษณ์ พก, รัตนี อัครพันธุ์, พรพรรณ โรจน์ตระกูล, รัชนา เปรมอนันต์, อรพินท์ พจนานท์ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นที่เป็นสิว สถาบันโรคผิวหนัง. วารสารกรมการแพทย์ 2555;37(3):209-14.
- 8.Ali G, Mehtab K, Sheikh ZA, Ali HG, Abdel Kader S, Mansoor H, et al. Beliefs and perceptions of acne among a sample of students from Sindh Medical College, Karachi. J Pak Med Assoc. 2010;60(1):51-4.

9.Desai KP, Martyn-Simmons C, Viner R, Segal T. Help-seeking behaviours, opportunistic treatment and psychological implications of adolescent acne: cross-sectional studies in schools and hospital outpatient departments in the UK. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016964.

10.Wisuthsarewong W, Nitiyaron R, Ngamcherdtrakul P. The Validity and Reliability of the Thai Version of Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI). *J Med Assoc Thai*. 2015;98(10):968-73.

11.Tayel K, Attia M, Agamia N, Fadl N. Acne vulgaris: prevalence, severity, and impact on quality of life and self-esteem among Egyptian adolescents. *J Egypt Public Health Assoc*. 2020;95(1):30.

12.Ghodsizadeh SZ, Orawa H, Zouboulis CC. Prevalence, severity, and severity risk factors of acne in high school pupils: a community-based study. *J Invest Dermatol*. 2009;129(9):2136-41.

13.Raza A, Yosaf P, Humayun A, et al. Prevalence and Psychological Impact of Acne on Quality of Life among Undergraduate Medical students of Lahore, Pakistan. *JSZMC* 2021; 12(2): 18-22.

14.Hanisah A, Omar K, Shah SA. Prevalence of acne and its impact on the quality of life in school-aged adolescents in Malaysia. *Journal of primary health care*. 2009;1:20-5.

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease

ชนะชัย จันทระคิด พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา : โรคไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease เป็น autoimmune disease เกิดจากมีการสร้าง TSH receptor antibodies (TRAb) ไปจับและกระตุ้น TSH receptor ที่ต่อมไทรอยด์ ส่งผลให้ต่อมไทรอยด์สร้างฮอร์โมนไทรอยด์มากผิดปกติ ซึ่งการรักษามีหลายวิธีประกอบด้วยการใช้ยาต้านไทรอยด์ รังสีไอโอดีน และการผ่าตัด การรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์นิยมให้เป็นอันดับแรกเป็นวิธีที่สะดวกแต่ผลลัพธ์ของการรักษาในการควบคุมโรคในระยะยาวมีประสิทธิภาพต่ำประมาณร้อยละ 30 ถึง 50

วัตถุประสงค์ : การศึกษานี้ต้องการศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์ของการรักษาในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease โดยวิเคราะห์จากปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ ระดับไทรอยด์ฮอร์โมน FreeT3 FreeT4 และอัตราส่วน FreeT3/FreeT4

วิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ที่ได้รับการรักษาหายในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2565

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยจำนวน 201 คนที่ได้รับการรักษาหาย พบว่าอายุผู้ป่วยที่น้อยกว่า 40 ปีจะประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์มากกว่าผู้ป่วยที่อายุ 40 ปีขึ้นไป $p = 0.028$ และขนาดของไอโอดีน 131 ในการรักษาผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปีจะใช้ขนาดไอโอดีน 131 อยู่ที่ 17.24 ± 1.06 mci และผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปจะใช้ขนาดไอโอดีน 131 อยู่ที่ 14.90 ± 0.85 mci ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ $p = 0.036$ สำหรับเมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่มี Free T3/Free T4 ratio ≤ 4.4 จะประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยไอโอดีน 131 มากกว่าผู้ป่วยที่มี Free T3/Free T4 ratio > 4.4 ซึ่งจะต้องได้รับขนาดของ I131 มากกว่า 1 ครั้งในการรักษา $p = 0.062$, ผู้ป่วยที่จะประสบความสำเร็จในการรักษานั้นจะได้รับขนาดรังสีไอโอดีนในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยขนาดรังสีไอโอดีนมากกว่า $p = 0.006$ ในขณะที่ปัจจัยเรื่องเพศ อายุ ระดับ Free T4 เมื่อแรกวินิจฉัยและค่า Free T3/Free T4 ratio ≤ 4.4 ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease

สรุป : จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่จะประสบความสำเร็จในการรักษานั้นคือผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี เมื่อเทียบกับผู้ที่อายุมากกว่า แต่ไม่สามารถนำมาทำนายผลลัพธ์ของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ได้ อาจจะต้องใช้การตรวจเพิ่มเติมเช่น ระดับของ TSH receptor antibody หรือการวัดระดับ radioactive iodine uptake เป็นต้น

คำสำคัญ : โรคไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease, อายุ, เพศ, การรักษาด้วยรังสีไอโอดีน, อัตราส่วนของ Free T3 ต่อ Free T4

Factor predicting the outcome of treatment for Graves' disease

Chanachai Chanthrakhit M.D. , Dip. Thai Board of Internal Medicine

Medical Doctor (Senior Professional Level), Medicine Department, Buddhasothorn

Abstract

Background : Graves' disease is an autoimmune disorder that leads to an overactive thyroid gland. The treatments available are antithyroid drugs, radioiodine, and surgery. Opinions vary as to the optimal form of therapy, as no single treatment regularly results in permanent euthyroidism. Antithyroid drugs are effective in controlling hyperthyroidism, but long term remission rates are low, varying between 30–50%.

Methods : A retrospective study of 201 patients with Graves' hyperthyroidism to examined the hypothesis that simple clinical features, such as gender, age, thyroid hormone level free T3, free T4 and freeT3 freeT4 ratio at diagnosis to predict response to treatment.

Results: The study showed that among 201 patients, patients younger than 40 years success to treatment with antithyroid drug than older patients $p = 0.028$ The dose of iodine 131 for the treatment of patients younger than 40 years will use the iodine 131 dose at 17.24 ± 1.06 mci, patients older than 40 years used the iodine 131 dose at 14.90 ± 0.85 mci, $p = 0.036$ when considering patients with a Free T3/Free T4 ratio ≤ 4.4 , indicating that they will be more successful in the treatment with iodine 131 compared to patients with a Free T3/Free T4 ratio > 4.4 . more than one dose of I131 was required for treatment $p = 0.062$ and patients who achieved treatment

received fewer doses of radioiodine than patients treated with higher doses ($p < 0.006$). However, factors such as gender, age, Free T4 level at first diagnosis, and Free T3/Free T4 ratio ≤ 4.4 were not found to be significant factors affecting the success of treatment for Graves' hyperthyroidism.

Conclusion: The study's findings indicated that patients younger than 40 years were more successful in treatment with antithyroid drug compared to older patients. However, it cannot be used to predict the outcome of treatment for Graves' disease. Additional tests, such as TSH receptor antibody levels or radioactive iodine uptake, might be necessary.

Keywords : Graves' disease, Age, Gender, Radioactive iodine therapy, Free T3/Free T4 ratio

บทนำ

โรคไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease เป็นโรคไทรอยด์เป็นพิษที่พบได้บ่อยมากที่สุด คือมากกว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษทั้งหมด โดยพบบ่อยในช่วงอายุ 30 ถึง 60 ปี ในเพศหญิงมากกว่าชายถึง 5 ถึง 10 เท่า¹ Graves' disease เป็น autoimmune disease เกิดจากการสร้าง TSH receptor antibodies (TRAb) ไปจับและกระตุ้น TSH receptor ที่ต่อมไทรอยด์ ส่งผลให้ต่อมไทรอยด์สร้างฮอร์โมนไทรอยด์มากผิดปกติ^{2,3} นอกจากนี้ TRAb ยังสามารถจับกับ TSH receptor บน orbital fibroblast และ pretibial tissue เป็นสาเหตุของ Graves' ophthalmopathy และ pretibial myxedema การวินิจฉัยโรคนี้สามารถทำได้จากการอาการและอาการแสดงที่พบแพทย์ได้แก่ อาการของภาวะไทรอยด์เป็นพิษที่มักเป็นมานานกว่า 2 เดือน ตรวจร่างกายมีต่อมไทรอยด์โตทั่วไปทั้งสองข้าง (diffusely enlarged goiter) ฟังได้เสียงฟูที่ไทรอยด์ (bruit) ร่วมกับมีอาการทางตาและหรืออาการ localized myxedema ที่ผิวหนัง^{4,5} พบมีรายงานในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ได้ถึงร้อยละ 10-30 ที่ไม่มีต่อมไทรอยด์โต⁶ กรณีที่ไม่มีอาการทางตาหรืออาการผื่นที่ผิวหนังแนะนำยืนยันการวินิจฉัยโรคนี้ได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ⁴ ได้แก่การตรวจ Thyroid function test โดยตรวจ total T3, total T4, free T3, free T4 และ TSH ควรตรวจระดับ free form มากกว่า total form โดยเฉพาะในกรณีที่มีการรบกวนระดับ thyroid binding globulin (TBG) เช่น ถ้า TBG สูง จะทำให้ระดับ total form สูง แต่ free form ปกติ แต่ถ้า TBG ต่ำ จะทำให้ total form ต่ำแต่ free form ปกติ ซึ่งจะพบระดับ TSH ต่ำ และ free T3 หรือ free T4 สูง มีการศึกษาการวิเคราะห์ผลตรวจไทรอยด์โดยใช้อัตราส่วน total T3 ต่อ total T4 อาจช่วยแยกสาเหตุของไทรอยด์เป็นพิษได้ เนื่องจากภาวะ hyperthyroidism จะสร้าง total T3 มากกว่า total T4 ดังนั้นถ้าพบ total T3 ต่อ total T4 มีค่ามากกว่า 20 ขึ้นไปหรือค่า free T3 ต่อ free T4 มีค่ามากกว่า 4.4 (102 pg/ng)⁸ บ่งชี้ว่าสาเหตุไทรอยด์เป็นพิษเกิดจาก hyperthyroidism เช่น

Graves' disease นอกจากนี้ หากทำการตรวจ radioactive iodine uptake จะพบค่า radioactive iodine uptake สูงกว่าปกติ และมี homogenous uptake จาก thyroid scan หรือพบ thyroid blood flow เพิ่มขึ้นจากการตรวจด้วย color-flow doppler ultrasound

การรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease มีแนวทางในการรักษาอยู่ 3 แนวทางหลัก⁹ ได้แก่ ยาต้านไทรอยด์ (antithyroid drugs) การกลืนแร่ไอโอดีน 131 (radioactive iodine) และการผ่าตัด (near-total/total thyroidectomy) ในผู้ป่วยบางรายอาจจะได้รับการรักษาหลายวิธีจึงจะสามารถทำให้เกิดภาวะไทรอยด์ทำงานปกติได้^{10,11} ซึ่งการเลือกแนวทางในการรักษาขึ้นกับปัจจัยของผู้ป่วยและความนิยมของแพทย์ในแต่ละภูมิภาค การรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์นิยมให้เป็นการรักษาอันดับแรกเนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวก มักให้ยานาน 12-18 เดือนแต่ผลของการรักษาในการควบคุมโรคในระยะยาวมีประสิทธิภาพต่ำประมาณร้อยละ 30 ถึง 50^{12,13}

โรคอาจหายขาดได้ถึงร้อยละ 80 ในรายที่เป็นเล็กน้อยแต่ในกรณีที่ป็นรุนแรงจะหายขาดได้เพียงร้อยละ 15^{14,15} เท่านั้น ผลข้างเคียงของยาพบได้น้อยมากแต่รุนแรงได้แก่ agranulocytosis และ hepatotoxicity ส่วนการรักษาด้วยไอโอดีน 131 และการผ่าตัดเป็นการรักษาที่ทำให้หายขาด (definitive therapy) แต่มักทำให้เกิดภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ตามมาและต้องให้ฮอร์โมนไทรอยด์ทดแทนตลอดชีวิต การผ่าตัดไทรอยด์มักเลือกในผู้ป่วยที่มีคอพอกขนาดใหญ่ มีก้อนที่สงสัยมะเร็งร่วมด้วย ผลภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้แก่ hypoparathyroidism และ recurrent laryngeal nerve injury ซึ่งปัจจุบันทำกันค่อนข้างน้อยสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease เนื่องจากการรักษาด้วยไอโอดีน 131 มีประสิทธิภาพค่อนข้างดี

การรักษาด้วยไอโอดีน 131 เป็นวิธีที่สะดวก ได้ผลดี ราคาถูก และปลอดภัย จุดประสงค์ของการใช้ Radioactive iodine therapy คือ เพื่อทำลายต่อมไทรอยด์ให้หายจากภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ผู้ป่วยอาจจะมีการทำงานของต่อมไทรอยด์ปกติ (euthyroid) หรือภาวะ

พร่องการทำงานของไทรอยด์ (hypothyroidism) ตามมา ได้ขึ้นกับขนาดของ radioactive iodine ที่ใช้ ปริมาณของ radioactive iodine ที่เหมาะสม ควรเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่กลับมาเป็นไทรอยด์ปกติ (euthyroid) ใน 2-3 เดือน โดยมีอัตราการเกิดภาวะพร่องการทำงานของไทรอยด์ (hypothyroidism) ไม่มาก

ผู้ป่วยหายจากการรักษาไทรอยด์เป็นพิษ (remission) หมายถึง ผู้ที่มีระดับ T3, FT4 และ TSH อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้นานถึง 1 ปีหลังหยุดยา ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 50-60 จากรายงานของยุโรปและญี่ปุ่น¹⁶ และประมาณร้อยละ 20-30 จากรายงานของสหรัฐอเมริกา¹⁷ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีโอกาสหายจากภาวะไทรอยด์เป็นพิษระยะยาว หลังหยุดยาด้านไทรอยด์ ได้แก่ อาการไม่รุนแรง ต่อมไทรอยด์ไม่โตหรือโตเพียงเล็กน้อย ผลตรวจ TRAb เป็นลบ เป็นต้น ส่วนลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีโอกาสกลับเป็นใหม่หลังหยุดยาด้านไทรอยด์ ได้แก่ เพศชาย สูบบุหรี่ ต่อมไทรอยด์โตมากกว่า 80 กรัม มีระดับ TRAb สูงอยู่ตลอด ผลการตรวจ Doppler ultrasound พบมี high thyroid blood flow เป็นต้น^{18,19,20,21,22} จากการศึกษาของ Carella และคณะพบว่า ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่ค่า TRAb ปกติจะมีการกลับเป็นซ้ำ ในระยะเวลาเฉลี่ย 52 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผู้ที่ยังมีค่า TRAb สูง จะมีการกลับเป็นซ้ำในระยะ 8 สัปดาห์²³ ล่าสุดมีการศึกษาของ Liu X และคณะในปี 2015²⁴ พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถคง euthyroid ได้ด้วยยา antithyroid agents ในขนาดต่ำ เช่น ยา methimazole 2.5 มิลลิกรัมวันเว้นวัน จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการหยุดยาได้มากกว่า

ที่ผ่านมา มีหลายการศึกษาได้พยายามศึกษาหาปัจจัยที่จะทำนายผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยด้วยยาด้านไทรอยด์และการรักษาด้วยไอโอดีน 131 เช่น ระดับของ TSH receptor antibody ขนาดของต่อมไทรอยด์ การวัดระดับ radioactive iodine uptake²⁵ แต่เป็นการตรวจที่ไม่สามารถทำได้ในหลายสถานพยาบาลทางการแพทย์

และในทางปฏิบัติไม่ได้เป็นการตรวจในผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย

การศึกษานี้ได้ศึกษาลักษณะทางคลินิกเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease เช่น เพศ อายุ ขนาดต่อมไทรอยด์ ขนาดของไอโอดีน 131 ที่ใช้รักษา ที่จะมีผลต่อความสัมพันธ์ผลในการรักษาโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease โดยอาศัยแบบบันทึกข้อมูลที่จัดทำขึ้นและบันทึกคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยมารับการตรวจในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2565

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective comparison cohort Study) แบบเก็บข้อมูลจากประวัติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ที่รักษาหายที่คลินิกโรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึมที่โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยศึกษาปัจจัยเบื้องต้นที่มีผลต่อการรักษาโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดของต่อมไทรอยด์ ระดับของไทรอยด์ฮอร์โมนเมื่อเริ่มต้นรักษา ขนาดของไอโอดีนรังสี-131 ที่ใช้ในการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease และระยะเวลาในการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรของแต่ละกลุ่มและหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ Free T4 ที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ด้วยไอโอดีน 131 1 ครั้งของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease โดยใช้ Logistic regression analysis โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ที่ได้รับการรักษาหายในช่วงระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 201 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 157 คน (78.10%) และชาย 44 คน (21.90%) อายุเฉลี่ย ($\pm$ -SD) 43.82 ($\pm$ -0.92) ปี มีผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี 86 คน (42.78%) และผู้ป่วยที่อายุ 40 ปีขึ้นไป 115 คน (57.22%) ส่วนใหญ่มีขนาดของต่อมไทรอยด์ 30 กรัม (42.29%) และ 45 กรัม (29.85%) จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบฮอร์โมนไทรอยด์ Free T4 ที่แรกเริ่มวินิจฉัยอยู่ที่ 4.45 $\pm$ 0.16 ng/dl และ Free T3/Free T4 ratio 3.00 $\pm$ 0.07 pg/ng

เมื่อศึกษาปัจจัยเพศ อายุ และระดับ Free T3/Free T4 ratio กับผลสำเร็จของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease (ตารางที่ 2) พบว่าเพศไม่

มีความแตกต่างในเรื่องขนาดของไอโอดีน 131 dose แรกที่ได้รับ และเพศไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดผลสำเร็จของการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์และการรักษาหายด้วยไอโอดีน 131 เพียงครั้งเดียว จากการศึกษาพบว่าอายุผู้ป่วยที่น้อยกว่า 40 ปีจะประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์มากกว่าผู้ป่วยที่อายุ 40 ปี p 0.029 และขนาดของไอโอดีน 131 ในการรักษาผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปี จะใช้ขนาดไอโอดีน 131 อยู่ที่ 17.24 $\pm$ 1.06 mci และอายุมากกว่า 40 ปีจะใช้ขนาดไอโอดีน 131 อยู่ที่ 14.90 $\pm$ 0.85 mci ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p 0.036 สำหรับเมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่มี Free T3/Free T4 ratio $\leq$ 4.4 จะประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยไอโอดีน 131 มากกว่าผู้ป่วยที่มี Free T3/Free T4 ratio $>$ 4.4 ซึ่งจะต้องได้รับขนาดของ I131 มากกว่า 1 ครั้งในการรักษาแต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ p 0.062

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่หายจากโรคไทรอยด์เป็นพิษ Graves'

Parameters	No (%)
Total no. of patients	201
Age of onset (yrs)	
• Mean $\pm$ SEM	43.82 $\pm$ 0.92
• Patient < 40 yr	86 (42.78)
• Patient $\geq$ 40 yr	115 (57.22)
Gender	
• Female	157 (78.10)
• Male	44 (21.90)
Goiter size	
• 30 gm	85 (42.29)
• 45 gm	60 (29.85)
• 60 gm	37 (18.40)
• 75 gm	1 (0.50)
• 90 gm	16 (7.96)
• > 100 gm	2 (1.00)
	0 (0)

Parameters	No (%)
Free T4 at diagnosis (ng/dl)	
● Mean $\pm$ SEM	4.45 $\pm$ 0.16
FT3/FT4 ratio mean $\pm$ SEM (pg/ng)	3.00 $\pm$ 0.07

SEM: standard error of the mean

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของเพศ อายุและอัตราส่วนของ FreeT3/FreeT4 กับผลสัมฤทธิ์ของการรักษา ไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease โดยใช้การวิเคราะห์แบบ univariable regression analysis

	Gender				Age				FT3FT4 ratio			
	Male (n=44)	Female (n=157)	OR and 95% CI	P- value	Age < 40 (n=86)	Age $\geq$ 40 (n=115)	OR and 95% CI	P	FT3FT4 ratio $\leq$ 4.4 (n=150)	FT3FT4 ratio >4.4 (n=51)	OR and 95% CI	P- value
Successful medical treatment	14	62	1.40(0.69- 2.85)	0.355	40	36	0.52(0.29- 0.93)	0.029	59	17	0.77 (0.19- 3.20)	0.721
Failed med treatment	30	95	0.72(0.35- 1.46)		46	79	1.91(1.07- 3.40)		91	34	1.30 (0.31- 5.39)	
Cure with 1 dose of l131	25	87	2.32(0.61- 8.87)	0.219	41	71	1.15(0.31- 4.33)	0.831	83	4	0.12 (0.02- 0.82)	0.062
Cure with > 1 dose of l131	4	6	0.43(0.11- 1.65)		4	6	0.87(0.23- 3.52)		5	2	8.3 (1.21- 56.75)	
Mean first dose l131 (mci) $\pm$ SEM	15.7 $\pm$ 1.21	15.77 $\pm$ 0.88		0.688	17.24 $\pm$ 1.06	14.90 $\pm$ 0.85		0.036	15.37 $\pm$ 0.69	24.17 $\pm$ 6.88		0.352

เมื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานได้แก่ อายุ เพศ ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ Free T4 ที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease โดยวิธี logistic regression analysis (ตารางที่ 3) พบว่าผู้ป่วยที่จะประสบความสำเร็จในการรักษานั้นได้รับขนาด

รังสีไอโอดีนในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยขนาดรังสีไอโอดีนมากกว่า p 0.006 ในขณะที่ปัจจัยเรื่องเพศ อายุ ระดับ Free T4 เมื่อแรกวินิจฉัยและค่า Free T3/Free T4 ratio $\leq$ 4.4 ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease

ตารางที่ 3 แสดงการศึกษาปัจจัยพื้นฐานได้แก่ อายุ เพศ ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ Free T4 ที่มีผลต่อความสำเร็จของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ด้วยไอโอดีน 131 โดยใช้ logistic regression analysis

N=201	Adjusted odds ratio of successful response	95% confidence interval	p-value
Male sex	0.14	0.01-1.31	0.085
Female sex	7.11	0.74-68.83	0.090
Free T4 at presentation	0.82	0.54-1.23	0.334
FT3/FT4 ratio ≤ 4.4	1.34	0.02-73.46	0.886
Radioiodine dose	0.80	0.69-0.94	0.006
Age ≥ 40	0.67	0.09-5.15	0.704

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ทั้งจากยาต้านไทรอยด์และการรักษาด้วยไอโอดีน 131 โดยพิจารณาจากลักษณะทางคลินิกเบื้องต้น ได้แก่ เพศ อายุ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น ระดับ Free T4 เมื่อแรกวินิจฉัย Free T3/Free T4 ratio และขนาดของไอโอดีน 131 ที่ใช้ในการรักษาครั้งแรก เนื่องจากผลลัพธ์ของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ไม่สามารถพยากรณ์ได้ การค้นหาปัจจัยที่คาดการณ์การรักษาได้จึงเป็นประโยชน์ในการเลือกการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีหลายการศึกษาพยายามค้นหาปัจจัยที่บ่งบอกพยากรณ์โรคไม่ดีเช่นการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยหลังจากรักษาแล้ว ส่วนใหญ่ใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเช่น TSH receptor antibody หรือการทำ radioactive iodine uptake แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่สามารถตรวจได้ทุกสถานพยาบาล มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าอายุมีผลต่อการแสดงของโรคโดยอายุที่มากขึ้นจะมีอาการของไทรอยด์เป็นพิษที่ลดลง²⁶ ความรุนแรงของ

โรคและระดับ TSH receptor antibody จะลดลงตามอายุ^{27,28} ขณะที่อาการทางตาจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น²⁹ จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ univariable regression analysis ในการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มรักษาหายด้วยยาต้านไทรอยด์มากกว่าเพศชาย แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p 0.355 สอดคล้องจากการศึกษาของ Vitti P และคณะ³⁰ ที่พบว่าเพศชายมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปีมีโอกาสที่จะรักษาหายด้วยวิธีรับประทานยาต้านไทรอยด์ (successful medical treatment) มากกว่าผู้ที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปล้มเหลวต่อการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ odds ratio 1.91 p 0.028 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอายุน้อยจะกลับเป็นซ้ำมากกว่าแต่ยังไม่มีการศึกษาในเรื่องของอายุกับการตอบสนองต่อการรักษาด้วยรังสีไอโอดีน^{30,31} ซึ่งการศึกษานี้ได้ศึกษาปัจจัย อายุ กับความสำเร็จในการ

รักษาผู้ป่วยด้วยรังสีไอโอดีนพบว่า อายุมากมีแนวโน้มสำเร็จในการรักษาด้วยรังสีไอโอดีนมากกว่าแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ odds ratio 0.87 p 0.831 และจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่จะมีผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษาพบว่าผู้ป่วยที่จะประสบความสำเร็จในการรักษานั้นคือผู้ป่วยที่ได้รับขนาดรังสีไอโอดีนในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยขนาดรังสีไอโอดีนมากกว่า p 0.006 เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับขนาดของรังสีไอโอดีนมากเป็นผู้ป่วยที่สำเร็จในรักษา มากกว่าต้องได้รับขนาดรังสีไอโอดีนที่มากกว่าหรือหลายครั้ง ในขณะที่ปัจจัยพื้นฐานเบื้องต้นเช่น เพศ อายุ ระดับฮอร์โมนไทรอยด์ Free T4 เมื่อแรกวินิจฉัยและระดับ FreeT3/FreeT4 ratio ไม่ได้ช่วยแสดงถึงการทำนายผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ A Allahabadia และคณะ³²

บทสรุป

ไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease เป็นไทรอยด์เป็นพิษที่พบบ่อย ถึงแม้ว่าจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายแต่จากการศึกษานี้พบว่าผลลัพธ์ของการรักษาไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศ จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีโอกาสล้มเหลวจากการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์คือผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป แนวทางในการรักษาเพิ่มเติมนอกจากการใช้ยาต้านไทรอยด์ (antithyroid drugs) คือการกลืนแร่ไอโอดีน 131 (radioactive iodine) และการผ่าตัด (near-total/total thyroidectomy) ในผู้ป่วยบางรายอาจจะได้รับการรักษาหลายวิธีจึงจะสามารถทำให้เกิดภาวะไทรอยด์ทำงานปกติได้ ซึ่งปัจจุบันนิยมใช้การรักษาด้วยไอโอดีน 131 เนื่องจากเป็นวิธีที่สะดวกและได้ผลดีแต่ในเวชปฏิบัติ การรักษาด้วยไอโอดีน 131 ได้ไม่ได้มีอยู่ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลการรักษาด้วยไอโอดีน 131 ผู้ป่วยจะต้องเดินทางไปสถานพยาบาลที่สามารถให้การรักษาได้ซึ่งอาจจะอยู่ห่างไกลและไปหลายครั้งจึงจะรักษาให้หายขาด

ได้ ผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอาจจะต้องเสียเวลาในสถานหลายครั้ง ความสำเร็จของการรักษาด้วยไอโอดีน 131 เพียง 1 ครั้ง เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาในการรักษา ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านไทรอยด์นั้นคือผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 40 ปีและผู้ป่วยที่ได้รับขนาดรังสีไอโอดีนในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยขนาดรังสีไอโอดีนมากกว่า แต่ผลที่ได้จากการศึกษานี้พบว่าข้อมูลที่เป็นพื้นฐานของผู้ป่วยเมื่อแรกวินิจฉัยไม่สามารถนำมาทำนายผลลัพธ์ของการรักษาไทรอยด์เป็นพิษชนิด Graves' disease ได้ อาจจะต้องใช้การตรวจเพิ่มเติมเช่น ระดับของ TSH receptor antibody หรือการวัดระดับ radioactive iodine uptake เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Tunbridge W, Evered DC, Hall R. The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickam survey. Clin Endocrinol (Oxf). 1977;7:481-93.
2. Terry F, Davies PL, Bahn RS. Hyperthyroid disorders. In: Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR, Kronenberg HM, editors. William Textbook of Endocrinology. Philadelphia, PA: Elsevier; p. 369-415.
3. Smith TJ, Hegedüs L. Graves' disease. N Engl J Med [Internet]. 2016;375(16):1552-65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1510030>
4. Lewis E, Braverman D. Werner & Ingbar's The Thyroid a Fundamental and Clinical Text. Wolters Kluwer; 2013.
5. Sridama V. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ Clinical Practice Guideline 2010 1 : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2010. :216-9.

6. Nordyke RA, Fl G. Harada AS. Graves' disease. Influence of age on clinical findings. Arch Intern Med. 1988;148(3):626–31.
7. Shigemasa C, Abe K, Taniguchi S, Mitani Y, Ueda Y, Adachi T. Lower serum free thyroxine(T4) levels in painless thyroiditis compared with Graves' disease despite similar serum total T4 levels. J Clin Endocrinol Metab. 1987;65(2):359–63.
8. Sriphrapadang C, Bhasipol A. Differentiating Graves' disease from subacute thyroiditis using ratio of serum free triiodothyronine to free thyroxine. Ann Med Surg(Lond). 2016;10:69–72.
9. Franklyn JA. The management of hyperthyroidism. N Engl J Med. 1994;330:1731–8.
10. Wartofsky L, Glinioer D, Solomon B. Differences and similarities in the diagnosis and treatment of Graves' disease in Europe, Japan and the United States. Thyroid. 1991;2:129–35.
11. Glinioer D, Hesch D, Lagasse R, Laurberg P. The management of hyperthyroidism due to Graves' disease in Europe in 1986. Results of an international survey. Acta Endocrinol (Copenh). 1987;115:1–23.
12. Vitti P, Rago T, Chiovato L. Clinical features of patients with Graves' disease undergoing remission after antithyroid drug treatment. Thyroid. 1997;7:369–75.
13. Schleusener H, Schwander J, Fischer C. Prospective multicentre study on the prediction of relapse after antithyroid drug treatment in patients with Graves' disease. Acta Endocrinol (Copenh). 1989;120:689–701.
14. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL. American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. Thyroid. 2016;26:1343–421.
15. Kahaly GJ, Bartalena L, Hegedus L, Leenhardt L, Poppe K, Pearce SH. European Thyroid Association guideline for the management of Graves' hyperthyroidism. Eur Thyroid J. 2018;7:167–86.
16. Massa E, Carlini M, Flecchia D, Blatto A, Zuccarrini O, Gamba S. long-term follow-up of patients with hyperthyroidism due to Graves' disease treated with methimazole Comparison of usual treatment schedule with drug discontinuation vs continuous treatment with low methimazole doses : a retrospective study. J Endocrinol Invest. 2008;31(10):866–72.
17. Klein I, Becker DV, Levey GS. Treatment of hyperthyroid disease. Ann Intern Med. 1994;121(4):281–8.
18. Laurberg P, Graves' disease. Acta Endocrinol (Copenh). 1986;111(1):39–43.
19. Kimball LE, Kulinskaya E, Brown B, Johnston C, Farid NR. Dose smoking increase relapse rates in Graves' disease? J Endocrinol Invest. 2002;25(2):152–7.
20. Allahabadia A, Daykin J, Holder RL, Sheppard MC, Gough SC, Franklyn JA. Age and gender predict the outcome of treatment for Graves' hyperthyroidism. J Clin Endocrinol Metab. 2000;85(3):1038–42.

21. Orgiazzi J, Madec AM. Reduction of risk of relapse after withdrawal of medical therapy for Graves' disease. *Thyroid*. 2002;12(10):849–53.
22. Glinoe D, De Nayer P, Bex M. Effects of l-thyroxine administration, TSH-receptor antibodies and smoking on the risk of recurrence in Graves' Hansen B, Iversen PE, Jensen E, Weeke S. Goiter size and outcome of medical treatment of hyperthyroidism treated with antithyroid drugs: a double-blind prospective randomized study. *Eur J Endocrinol*. 2001;144(5):475–83.
23. Carella C, Mazziotti G, Sorvillo F, Piscopo M, Pilla P. Serum thyrotropin receptor antibodies concentrations in patients with Graves' disease before at the end of methimazole treatment and after drug withdrawal : evidence that the Activity of thyrotropin receptor antibody and/or thyroid response modify during the observation period. *Thyroid*. 2006;16(3):295–302.
24. Liu X, Qiang W, Liu L, Liu S, Gao A. A second course of antithyroid drug therapy for recurrent Graves' disease : an experience in endocrine practice. *Eur J Endocrinol*. 2015;172(3):321–6.
25. Xing YZ, Zhang K. Predictive factors for the outcomes of Graves' disease patients with radioactive iodine (¹³¹I) treatment. *Biosci Rep*. 2020;40.
26. Nordyke RA, Gilbert FI Jr, Harada AS. Graves' disease. Influence of age on clinical findings. *Arch Intern Med*. 1988;148(3):626–31.
27. Aizawa T, Ishihara M, Hashizume K, Takasu N, Yamada T. Age-related changes of thyroid function and immunologic abnormalities in patients with hyperthyroidism due to Graves' disease. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(10):944–8.
28. Kawabe T, Komiya I, Endo T, Koizumi Y, Yamada T. Hyperthyroidism in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1979;27(4):152–5.
29. Perros P, Crombie AL, Matthews JN, Kendall-Taylor P. Age and gender influence the severity of thyroid-associated ophthalmopathy: a study of 101 patients attending a combined thyroid-eye clinic. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1993;38(4):367–72.
30. Vitti P, Rago T, Chiovato L, Pallini S, Santini F, Fiore E, et al. Clinical features of patients with Graves' disease undergoing remission after antithyroid drug treatment. *Thyroid*. 1997;7(3):369–75.
31. Yamada T, Aizawa T, Koizumi Y, Komiya I, Ichikawa K, Hashizume K. Age-related therapeutic response to antithyroid drug in patients with hyperthyroid Graves' disease. *J Am Geriatr Soc*. 1994;42(5):513–6.
32. Allahabadia A, Daykin J, Holder RL, Sheppard MC, Gough SCL, Franklyn JA. Age and Gender Predict the Outcome of Treatment for Graves' Hyperthyroidism*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2000 Mar 1;85(3):1038–42.

การศึกษาเชิงพรรณนาของโรคนิ่วในไตในจังหวัดสระแก้ว (Descriptive study of kidney stone in Sakaeo Province, Thailand)

นิติ แชมช้อย พ.บ.,ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

บทคัดย่อ

ที่มาและความสำคัญ: โรคนิ่วในไตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบมากทั่วโลก เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต มีหลายปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดนิ่วในไต และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคนิ่วไตส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนทำให้การรวบรวมข้อมูลความชุกของผู้ป่วยโรคนิ่วในไตของประเทศไทยทำได้ต่ำกว่าความเป็นจริง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาหาความชุกของโรคนิ่วในไตในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและเพื่อศึกษาลักษณะประชากรที่เป็นโรคนิ่วในไต

วิธีการศึกษา : ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนิ่วในไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2565- 30 มิถุนายน 2566 จำนวน 341 ราย โดยเก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิกและการรักษาที่ได้รับ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยโรคนิ่วในไตจำนวน 341 ราย อัตราส่วนชายต่อหญิง 1.3:1 อายุเฉลี่ย 57.6 ปี มีผู้ป่วยประกอบอาชีพเกษตรกร 92ราย(ร้อยละ 27.0)มีโรคประจำตัว 174 ราย(ร้อยละ 51.0) โรคที่พบบ่อยคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเสื่อมเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยมีประวัติครอบครัวเป็นโรคนิ่วในไต 32 ราย(ร้อยละ 9.4) พฤติกรรมลดความเสี่ยงการเกิดโรคพบการดื่มน้ำมากกว่า 2.5ลิตร 45 ราย(ร้อยละ 13.2) และออกกำลังกาย 41 ราย(ร้อยละ 12.0) อาการที่พบมากที่สุดคืออาการปวดเอวหรือปวดหลัง 128 ราย(ร้อยละ 37.6) มี

การทำงานของไตผิดปกติ 84 ราย(ร้อยละ 24.6) มีผลปัสสาวะผิดปกติ 160 ราย(ร้อยละ 46.9) ได้รับการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมเสี่ยง 341 ราย(ร้อยละ 100) ร่วมกับการกินยา 215 ราย(ร้อยละ 63.0) และการผ่าตัด 67 ราย(ร้อยละ 19.6)

สรุป : ความชุกของโรคนิ่วในไต 1.2 ต่อประชากร 1,000 คน ผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ชาย อายุเฉลี่ย 57.6ปี ส่วนมากเป็นเกษตรกร มีโรคประจำตัวร่วม มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดเอวปวดหลัง ผลปัสสาวะเกือบกึ่งหนึ่งผิดปกติ และได้รับการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ร่วมกับการกินยาหรือผ่าตัด

คำสำคัญ :โรคนิ่วในไต , นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ , อาการโรคนิ่วในไต , รักษาโรคนิ่วในไต ,ความชุก

Descriptive study of kidney stone in Sakaeo Province, Thailand

Introduction:

Kidney stones are a prevalent public health issue worldwide that significantly impacts quality of life. There are multiple factors contributing to the formation of kidney stones, and the prevalence of this condition is currently increasing. However, most individuals with kidney stones do not manifest clear symptoms, leading to underreporting and challenges in gathering accurate data on the incidence and prevalence of kidney stones in Thailand.

Objectives:

To study the prevalence of kidney stones based on the database of Sakaeo Crown Prince Hospital and to investigate the characteristics of the kidney stone population.

Methods:

Studying data of kidney stone patients at Sakaeo Crown Prince Hospital from July 1, 2022, to June 30, 2023, totaling 341 cases. This involves gathering general information, clinical data, and treatment methods.

Results:

A total of 341 kidney stone patients, with a male-to-female ratio of 1.3:1, and an average age of 57.6 years. Among them, 92 (27.0%) are agricultural workers. Common comorbidities include hypertension, chronic kidney disease, and diabetes. 32 patients (9.4%) have a family history of kidney stones. Behavior that reduces

the risk of developing kidney stones includes consuming more than 2.5 liters of water (45 patients, 13.2%) and exercising (41 patients, 12.0%). The most prevalent symptom is lower back pain reported by 128 patients (37.6%). Abnormal kidney function was observed in 84 patients (24.6%), and 160 patients (46.9%) exhibited abnormal urine test results. Treatment involved lifestyle modification for all 341 patients (100%), medical chemolysis for 215 patients (63.0%) and surgery for 67 patients (19.6%).

Conclusion:

The prevalence of kidney stones is 1.2 per 1,000 population. Most patients are male with an average age of 57.6 years, predominantly agricultural workers. They commonly have pre-existing medical conditions and experience lower back pain. Nearly half exhibit abnormal urine test results, and the treatment primarily involves lifestyle modification along with medication or surgery.

Keyword : kidney stone , renal calculi , prevalence , urolithiasis , Sakaeo Crown Prince Hospital

บทนำ

โรคนิวไินไตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบมากทั่วโลก โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 10⁽¹⁾ ส่วนในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบอุบัติการณ์ร้อยละ 16.9⁽²⁾ โรคนี้จึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะประชากรวัยแรงงานและผู้สูงอายุ ทั้งยังเป็นโรคที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงภายหลังจากการรักษา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่ยังไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ทำให้การรวบรวมข้อมูลความชุกของผู้ป่วยโรคนี้ไตของประเทศไทยทำได้ต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มยิ่งขึ้น⁽³⁾

จังหวัดสระแก้วตั้งอยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย แต่มีประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นประชากรที่พบโรคนี้ไตมากที่สุดในประเทศ ย้ายมาอยู่อาศัยและมาประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก ทำให้พบผู้ป่วยโรคนี้ไตในจังหวัดสระแก้วเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ในเรื่องความชุก หรือลักษณะกลุ่มประชากรที่เป็นโรคนี้ไต

การที่ผู้วิจัยเป็นคัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้ตรวจผู้ป่วยโรคนี้ไตซึ่งมีอาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดเอวหรือปวดหลัง ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ หรือการทำงานของไตเสื่อมลง เป็นต้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของโรคนี้ไตในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและเพื่อศึกษาลักษณะประชากรที่เป็นโรคนี้ไตในจังหวัดสระแก้ว

วิธีการศึกษา

ศึกษาโดยการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคนี้ไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ตั้งแต่

วันที่ 1 กรกฎาคม 2565- 30 มิถุนายน 2566 จำนวน 341 ราย

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติครอบครัว พฤติกรรมการดื่มน้ำ การออกกำลังกาย อาการแสดง ค่าไต ผลปัสสาวะ และวิธีการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคนี้ไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว พบผู้ป่วยโรคนี้ไตจำนวน 341 ราย โดยแบ่งเป็นเพศชาย 193 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.6 เพศหญิง 148 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.4 และคิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 1.3:1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.9 รองลงมาคือช่วงอายุ 50 - 59 ปี จำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.6 และช่วงอายุ 40 - 49 ปี จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.2 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 57.6 ปี (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเพศและอายุของผู้ป่วยโรคนี้ไต

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	193	56.6
- หญิง	148	43.4
ช่วงอายุ		
- <20	2	0.6
- 20-29	11	3.2
- 30-39	23	6.7
- 40-49	52	15.2
- 50-59	94	27.6
- 60-69	95	27.9
- 70-79	45	13.2
- > 80	19	5.6

เนื่องจากจังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดที่ติดชายแดนกัมพูชา จึงมีชาวกัมพูชามารักษาโรคนี้ในโตด้วย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าจากผู้ป่วยทั้งหมด 341 ราย เป็นคนไทยจำนวน 335 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.2 และคนกัมพูชาจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8 คนไทยที่มาได้รับการรักษามีภูมิลำเนาจากหลายจังหวัด ส่วนมากอาศัยอยู่จังหวัดสระแก้วมีจำนวน 313 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.4 จังหวัด

ปราจีนบุรีจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.1 จังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 และจังหวัดอื่น ๆ จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.6 ผู้ป่วยในจังหวัดสระแก้วมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเมืองสระแก้วมากที่สุดจำนวน 104 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.2 รองลงมาคืออำเภอวังน้ำเย็นและอำเภอวัฒนานครจำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.3 เท่ากัน (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลภูมิลำเนาของผู้ป่วยโรคนี้ในโต

ภูมิลำเนา	จำนวน	ร้อยละ
(n=341)		
1.ไทย	335	98.2
2.กัมพูชา	6	1.8

ภูมิลำเนา (ไทย)	จำนวน	ร้อยละ
(n=335)		
1.จังหวัดสระแก้ว	313	93.4
2.จังหวัดปราจีนบุรี	7	2.1
3.จังหวัดฉะเชิงเทรา	3	0.9
4.จังหวัดอื่นๆ	12	3.6

ภูมิลำเนา (สระแก้ว)	จำนวน	ร้อยละ
(n=313)		
1.อำเภอสระแก้ว	104	33.2
2.อำเภอวังน้ำเย็น	54	17.3
3.อำเภอวัฒนานคร	54	17.3
4.อำเภอเขาฉกรรจ์	44	14.0
5.อำเภอวังสมบูรณ์	23	7.3
6.อำเภอคลองหาด	18	5.8
7.อำเภอรัญประเทศ	6	1.9
8.อำเภอโคกสูง	5	1.6
9.อำเภอตาพระยา	5	1.6

ผู้ป่วยประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.0 อาชีพค้าขายจำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.3 อาชีพรับจ้างจำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.5 อาชีพรับราชการจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.0 อาชีพแม่บ้านจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.6 อาชีพอื่นๆ เช่น พระ พนักงานบริษัท ธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น มีทั้งสิ้น 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.5 และไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.1

ค่าดัชนีมวลการ (BMI) ของผู้ป่วยอยู่ในระดับผอม (<18.5) จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 ระดับปกติ (18.6-24.9) จำนวน 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.2 ระดับอ้วน (25-29.9) จำนวน 113 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.1 และระดับอ้วนมาก(>30) จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.9

จากผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในไตทั้งหมด 341 ราย พบผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว 167 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.0 ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวจำนวน 174 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.0 และเมื่อจำแนกผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวตามโรคแต่ละชนิด

พบโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.7 โรคไตเสื่อมเรื้อรังจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.9 โรคเบาหวานจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.6 และโรคอื่นๆ เช่น โรคต่อมลูกหมากโต โรคเกาต์ โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมองตีบ โรคมะเร็งทางเดินน้ำดี มะเร็งตับ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งไทรอยด์ จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.8 (ตามตารางที่ 3)

ประวัติโรคนี้ในไตในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้ในไตจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 และไม่มีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้ในไตจำนวน 309 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.6 พฤติกรรมที่ลดโอกาสการเกิดนิ่วในไต เช่น การดื่มน้ำมากกว่าวันละ 2.5 ลิตรต่อวัน การออกกำลังกายเป็นประจำและดื่มน้ำทดแทนอย่างเพียงพอพบว่า มีผู้ป่วยที่ดื่มน้ำมากกว่า 2.5 ลิตรต่อวันจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 และผู้ป่วยที่ออกกำลังกายเป็นประจำจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.0 (ตามตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลโรคประจำตัว ประวัติครอบครัว และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดนิ่ว

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	167	49.0
- มีโรคประจำตัว	174	51.0
ประวัติโรคนี้ในไตในครอบครัว		
- มี	32	9.4
- ไม่มี	309	90.6
การดื่มน้ำต่อวัน		
- มากกว่า 2.5 ลิตร	45	13.2
- น้อยกว่า 2.5 ลิตร	296	86.8
การออกกำลังกาย		
- ใช่	41	12.0
- ไม่ใช่	300	88.0

ข้อมูล (มีโรคประจำตัว) (n=174)	จำนวน	ร้อยละ
- โรคความดันโลหิตสูง	50	28.7
- โรคไตเสื่อมเรื้อรัง	45	25.9
- โรคเบาหวาน	41	23.6
- โรคอื่นๆ	38	21.8

ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมาพบแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนมากไม่มีอาการแสดง ตรวจพบโดยบังเอิญ จำนวน 131 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.4 ส่วนอาการที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดเอวหรือปวดหลังจำนวน 128ราย คิดเป็นร้อยละ 37.6ตามมด้วยอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 52ราย คิดเป็นร้อยละ 15.2อาการปัสสาวะเป็นเลือดจำนวน 17ราย คิดเป็นร้อยละ 5.0และอาการปัสสาวะมีเศษนิ่วปนออกมาจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8 (ตามตารางที่ 4)

ค่าการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคนี้ในไต พบว่าผู้ป่วยส่วนมากมีการทำงานของไตปกติหรือค่าการกรองของไต (GFRมากกว่า 60มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) จำนวน 257 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.4

ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 (GFR 30-60 มล./นาที่/1.73)ตร.ม.จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.3 ภาวะไตเสื่อมระยะที่ 4 (GFR 15-30มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) จำนวน10 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 และผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 5 หรือระยะสุดท้าย (GFR <15มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.4 นอกจากนั้นยังพบว่าผลตรวจปัสสาวะของผู้ป่วยโรคนี้ในไต มีผลตรวจปัสสาวะผิดปกติจำนวน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.9ตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดแดงจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.0พบเม็ดเลือดขาวจำนวน 39ราย คิดเป็นร้อยละ 24.4และพบทั้งเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.6 (ตามตารางที่ 4)

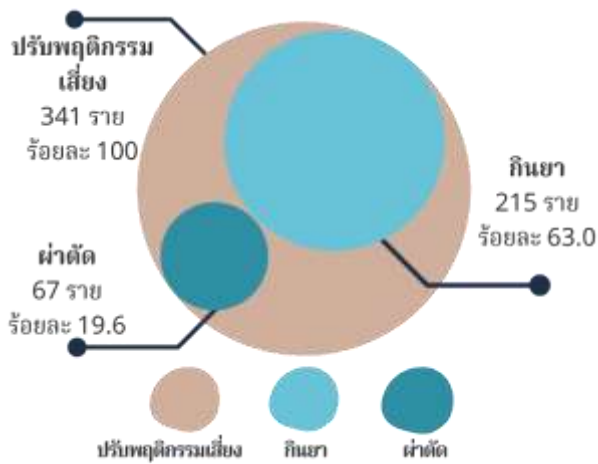
ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลอาการ ค่าไตและผลปัสสาวะ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาการ		
1.ไม่มีอาการ	131	38.4
2.ปวดเอวหรือปวดหลัง	128	37.6
3.ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	52	15.2
4.ปัสสาวะเป็นเลือด	17	5.0
5.ปัสสาวะมีเศษนิ่ว	13	3.8
ค่าการทำงานของไต		
- ปกติ – CKD stage2(GFR>60)	257	75.4
- CKD stage3 (GFR 30-60)	59	17.3
- CKD stage 4 (GFR 15-30)	10	2.9
- CKD stage5/ESRD (GFR<15)	15	4.4
ผลตรวจปัสสาวะ		
- ผลปัสสาวะปกติ	181	53.1
- ผลปัสสาวะผิดปกติ	160	46.9

ข้อมูล (ผลปัสสาวะผิดปกติ)	จำนวน (n=160)	ร้อยละ
- พบเม็ดเลือดแดง	56	35.0
- พบเม็ดเลือดขาว	39	24.4
- พบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว	65	40.6

การรักษาโรคนิ้วในโต ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดนิ้ว เช่น ควรดื่มน้ำให้มากกว่า 2.5 ลิตรต่อวัน ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและดื่มน้ำทดแทนน้ำที่เสียไป การควบคุมและรักษาโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดัน เป็นต้น นอกจากนี้มีผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยวิธีการรับประทานยาสลายนิ้วจำนวน 215 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.0 และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.6(รูปภาพที่ 1)

รูปภาพที่ 1แสดงข้อมูลการรักษาโรคนิ้วในโต



จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ความชุกของโรคนิ้วในโตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565– 30 มิถุนายน 2566 คือ 1.2*ต่อประชากร 1,000 คน

อภิปรายผล

จากการศึกษาเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคนิ้วในโตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566พบผู้ป่วยโรคนิ้วในโตจำนวน 341 ราย มีผู้ชายมากกว่าผู้หญิงอัตราส่วน 1.3:1ซึ่งจะต่ำกว่าผลของการศึกษาอื่น^(2,4)ที่ผ่านมาเล็กน้อยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 60 - 69 ปี จำนวน95 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.9รองลงมาคือ

ช่วงอายุ 50-59 ปี จำนวน 94 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.6ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาในประเทศไทย เช่น การศึกษานิ้วทางเดินปัสสาวะโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ และการศึกษานิ้วในทางเดินปัสสาวะโรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย พบว่าผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 50 - 70 ปี เช่นเดียวกัน^(4,5)

เนื่องจากจังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดที่ติดชายแดนกัมพูชา จึงมีผู้ป่วยชาวกัมพูชาบางส่วนมารักษา นิ้วในโตจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.8ผู้ป่วยที่เหลือเป็นคนไทยจำนวน 335 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.2 พบว่าผู้ป่วยคนไทยมีภูมิลำเนาจังหวัดสระแก้วจำนวน 313 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.4จังหวัดปราจีนบุรีจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.1จังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 ที่เหลืออีกจำนวน 12 ราย เป็นผู้ป่วยจากจังหวัดอื่นๆ เช่น กรุงเทพมหานคร ปทุมธานีสมุทรสาคร พิษณุโลกชัยภูมิ อุทัยธานี เป็นต้นคิดเป็นร้อยละ 3.6 ส่วนผู้ป่วยในจังหวัดสระแก้ว จะพบว่าส่วนมากอาศัยอยู่อำเภอเมืองสระแก้ว รองลงมาคืออำเภอดอนนาคและอำเภอน้ำเย็น อำเภอน้ำเย็นมีผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ อำเภอรัญประเทศจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.9อำเภอกองสูงจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6และอำเภอดอนนาจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6เนื่องจากที่โรงพยาบาลรัฐประเทศมีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะ 1 คน ให้บริการรักษาผู้ป่วยทางเดินปัสสาวะทั้ง 3 อำเภอ จึงมีเฉพาะเคสนิ้วในโตที่ต้องผ่าตัดเท่านั้นที่จะถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ผู้ป่วยส่วนมากประกอบอาชีพ เกษตรกรจำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.0รองลงมาคืออาชีพค้าขายจำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.3 และอาชีพรับจ้างจำนวน 46 รายคิดเป็นร้อยละ 13.5ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับผลการศึกษาอื่น⁽⁵⁾

*ค่าความชุกคำนวณจากฐานข้อมูลประชากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

เนื่องจากอาชีพเหล่านี้ ผู้ป่วยมักจะมีภาวะขาดน้ำ เช่น ดื่มน้ำน้อย เสียเหงื่อไปกับการทำงาน โดยเฉพาะอาชีพเกษตรกร ผลที่ตามมาจะทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้น สารก่อนิ่วที่อยู่ในน้ำปัสสาวะมีความเข้มข้นสูง จนทำให้เกิดการจับตัวกันเกิดเป็นนิ่วในไตตามมาในที่สุด

โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.7 จากการศึกษาของ Sergio และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดนิ่วในไต จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะแคลเซียมรั่วออกไปในปัสสาวะ (Urine calcium) มากกว่าคนปกติ มีภาวะปัสสาวะเป็นกรด (Low urine pH) และสัมพันธ์กับโรคเมตาบอลิก (Metabolic syndrome)^(6,7)

รองลงมาคือโรคไตเสื่อมเรื้อรังและโรคเบาหวาน โดยที่โรคไตเสื่อมเรื้อรัง พบจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.9 ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ในไตจะมีภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้คือ ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy) และถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้เกิด โรคไตเสื่อมเรื้อรังหรือไตวายตามมาในที่สุด และโรคเบาหวาน พบจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.6 Stamatelou และคณะ⁽⁸⁾ ได้

ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคนี้ในทางเดินปัสสาวะและโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน มีภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ทำให้เกิดการขับออกซาเลต (Urine oxalate) ซึ่งเป็นสารก่อนิ่วออกมาในปัสสาวะมากขึ้นร่วมกับเกิดภาวะปัสสาวะเป็นกรด จึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงการเกิดนิ่วในไตมากขึ้นตามมา

ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 30 หรือ อ้วนมากนั้น มีหลักฐานจากการศึกษาก่อนหน้านี้ชัดเจนว่าเพิ่มโอกาสเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ⁽⁹⁾ และในการศึกษารังนี้พบผู้ป่วยโรคนี้ในไต ที่มี BMI >30 มีจำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.9

ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ในไต จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4 ผู้ป่วยที่ดื่มน้ำวันละมากกว่า 2.5 ลิตรจำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 และผู้ป่วยที่ออกกำลังกายและดื่มน้ำทดแทนอย่างเพียงพอจำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.0 จากหลายการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ในไต มีภาวะขาดน้ำหรือดื่มน้ำน้อยกว่า 2.5 ลิตรต่อวัน ภาวะน้ำหนักเกิน โรคเมตาบอลิกและไม่ออกกำลังกาย มีผลทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในไต^(9,10,11,12)

ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมาพบแพทย์ ส่วนมากไม่มีอาการแสดง ตรวจพบโดยบังเอิญจำนวน 131 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.4 เช่น ตรวจสุขภาพประจำปีแล้วพบนิ่วในไต หรือตรวจภาพถ่ายรังสีจากโรคอื่นแล้วมาพบนิ่วในไต โดยบังเอิญ เป็นต้น ส่วนอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวดเอวหรือปวดหลัง จำนวน 128 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.6 ตามมาด้วยอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.2 อาการอื่นที่พบได้เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด หรือปัสสาวะแล้วมีเศษนิ่วหลุดออกมา เป็นต้น และเมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.6 ที่มีการทำงานของไตเสื่อม โดยมีค่าการกรองน้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. (GFR <60, CKD stage 3) ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดจากบางรายเป็นโรคนี้ในไตมานาน⁽¹³⁾ แต่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยอายุมาก มีโรคประจำตัวหลายโรค และยังมีโรคไตเสื่อมเรื้อรังเดิมอยู่แล้ว เป็นต้น เมื่อเก็บข้อมูลผลตรวจปัสสาวะพบว่า ผู้ป่วยโรคนี้ในไตมีผลปัสสาวะผิดปกติจำนวน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.9 โดยตรวจพบเม็ดเลือดแดงจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.0 พบเม็ดเลือดขาวจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.4 และพบทั้งเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวจำนวน 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.6

การรักษาเนื้องอกไตสามารถแบ่งได้ 2 แบบ คือ การรักษาแบบไม่ผ่าตัด (Non-surgical treatment) และการรักษาแบบผ่าตัด (Surgical treatment)

1.การรักษาแบบไม่ผ่าตัด (non-surgical treatment)

1.1 การปรับพฤติกรรม ได้แก่ การดื่มน้ำให้มากกว่า 2.5 ลิตรต่อวัน การรักษาและควบคุมโรคประจำตัว ลดน้ำหนัก ออกกำลังกายและดื่มน้ำให้เพียงพอ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยโรคเนื้องอกไตทุกรายจะได้รับคำแนะนำในการปรับพฤติกรรม^(14,15,16)

1.2 ยาสลายนิ่ว (Chemolysis of renal stone) ได้แก่ ยาที่ปรับลดความเป็นกรดของปัสสาวะ ยาที่ช่วยเพิ่มสารยับยั้งการเกิดนิ่ว เช่น ซิเตรท (Citrate) เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพิจารณาให้ยาสลายนิ่ว ตามความเหมาะสมของแต่ละคน โดยในการศึกษานี้มีผู้ป่วยได้รับยาจำนวน 215 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.0

2. การรักษาแบบผ่าตัด (Surgical treatment) ปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่

2.1 การสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก (Extracorporeal shock wave lithotripsy: ESWL) ข้อดีคือผู้ป่วยเจ็บตัวน้อยที่สุด แต่มีข้อเสียคือโอกาสนิ่วหลุดไม่แน่นอน โอกาสนิ่วหลุดจะน้อยลงเมื่อใช้รักษานิ่วที่มีขนาดใหญ่ และอาจจะต้องทำซ้ำหลายครั้ง ปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วยังไม่มีเครื่องมือสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก จึงไม่มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้

2.2 การผ่าตัดแบบส่องกล้องผ่านทางท่อไต (Retrograde intrarenal surgery: RIRS) ข้อดีคือเจ็บตัวน้อย ไม่มีแผลผ่าตัด ส่วนข้อเสียคือไม่สามารถทำในผู้ป่วยที่มีนิ่วขนาดใหญ่ได้ ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากเป็นนิ่วมานานและมีขนาดใหญ่ จึงจำเป็นต้องเลือกวิธีการรักษานี้ในผู้ป่วยบางราย โดยมีผู้ป่วยได้รับการรักษาจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.92.3

การผ่าตัดส่องกล้องผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy: PCNL) เป็นมาตรฐานการผ่าตัดนิ่วในไตในปัจจุบัน ข้อดีคือ สามารถผ่าตัดนิ่วได้ทุกขนาด โดยเฉพาะนิ่วที่มีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยจะมีแผลขนาดเล็กประมาณ 2 ซม. บริเวณหลัง ใช้เวลานอนโรงพยาบาลสั้น 3 - 5 วันหลังผ่าตัด โดยมีผู้ป่วยได้รับการรักษาจำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.3

2.4 การผ่าตัดแบบเปิด (Open surgery) เป็นการผ่าตัดที่ปัจจุบันไม่นิยมทำแล้ว เพราะผู้ป่วยจะมีแผลขนาดใหญ่บริเวณหน้าท้องหรือเอวข้างที่เป็นนิ่ว ใช้เวลานอนโรงพยาบาลนาน แต่อาจจะยังจำเป็นในบางกรณี เช่น นิ่วเขากวางที่มีการอุดตันไตจนไตเสียการทำงานไปแล้ว เป็นต้น โดยมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยวิธีนี้มีจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.4

ความชุก (prevalence) ของโรคเนื้องอกไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 – 30 มิถุนายน 2566 คือ 1.2 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งคาดว่าน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พึ่งมีแพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะมาปฏิบัติงาน หลังจากไม่มีแพทย์สาขานี้มานานกว่า 10 ปี มีผู้ป่วยโรคเนื้องอกไตหลายรายถูกส่งไปรักษาต่อต่างจังหวัด เช่น จันทบุรี กรุงเทพมหานคร เป็นต้น แต่เนื่องจากปัญหาการเดินทางที่ไกลและลำบาก ผู้ป่วยบางรายจึงไม่สามารถเดินทางไปรับการรักษาได้ แม้กระทั่งปัจจุบันที่มีแพทย์เฉพาะทางมาปฏิบัติงานแล้ว ก็ยังพบผู้ป่วยและญาติที่ยังไม่ทราบและไม่มารับการรักษาอีกเป็นจำนวนมาก

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาโรคนี้ในไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบความชุก 1.2 ต่อประชากร 1,000 คน ส่วนมากเป็นผู้ชาย ช่วงอายุ 50 – 70 ปี อาชีพที่เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ เช่น เกษตรกร พบมากที่สุด มีโรคประจำตัวที่พบได้บ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเสื่อมเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ผู้ป่วยส่วนมากยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดนิ่ว เช่น ดื่มน้ำน้อย ไม่ออกกำลังกายหรือไม่ควบคุมน้ำหนัก ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการให้ความรู้เรื่องนิ่วในไตและเรื่องการปรับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดนิ่ว ผู้ป่วยส่วนมากได้รับการรักษาด้วยยา และผู้ป่วยร้อยละ 19.6 ได้รับการผ่าตัด จากแนวโน้มโรคนี้ในไตที่เพิ่มขึ้น ในอนาคตต้องเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และศึกษาหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่ก่อให้เกิดนิ่วในกลุ่มประชากรของจังหวัดสระแก้ว และในเบื้องต้นจะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา กระจายสู่ชุมชน เพื่อให้ประชาชนชนได้มีความรู้และเข้าใจโรคนี้ในไตเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.Tosukhowong, P.; Yachantha, C.; Sasivongsbhakdi, T.; Boonla, C.; and Tungsanga, K. (2006) "Nephrolithiasis: Pathophysiology, therapeutic approach and health promotion, " *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 50: Iss. 2, Article 5.Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol50/iss2/5>
- 2.Yanagawa M, Kawamura J, Onishi T, et al. Incidence of urolithiasis in northeast Thailand. *Int J Urol.* 1997;4(6):537-540. doi:10.1111/j.1442-2042.1997.tb00304.x
- 3.Liangchawengwong S. The Comparative Study of Kidney Stone Formation-Risk Factors and Warning Signs and Predictive Risk Factors Relating Kidney Stones between Patients with Kidney Stones and the Comparison Group. *JPNC* [Internet]. 2020 Dec. 29 [cited 2023 Dec. 27];31(2):138–157. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/246231>
- 4.Pinsuwan C, Tangjaroen S, Thatarporn R. Urinary stone disease in Kalasin hospital. *Srinagarind Med J* 2001.[Internet].2001 [cited 2023 Dec 27]; Available from: <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/SRMJ/10463393.pdf>
- 5.Santanapipatkul K, Jantakun W, Tanthanuch M. Urinary tract stone analysis in Loei province. *Insight Urol* [Internet]. 2019 Nov. 7 [cited 2023 Dec. 27];40(2):09-18. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJU/article/view/217869>
- 6.Obligado SH, Goldfarb DS. The association of nephrolithiasis with hypertension and obesity: a review. *Am J Hypertens.* 2008;21(3):257-264. doi:10.1038/ajh.2007.62
- 7.Losito A, Nunzi EG, Covarelli C, Nunzi E, Ferrara G. Increased acid excretion in kidney stone formers with essential hypertension. *Nephrol Dial Transplant.* 2009;24(1):137-141. doi:10.1093/ndt/gfn468
- 8.Stamatelou K, Goldfarb DS. Epidemiology of Kidney Stones. *Healthcare (Basel).* 2023;11(3):424. Published 2023 Feb 2. doi:10.3390/healthcare11030424
9. Suarez Arbelaez MC, Nackeeran S, Shah K, et al. Association between body mass index, metabolic syndrome and common urologic conditions: a cross-sectional study using a large multi-institutional database from the United States. *Ann Med.* 2023;55(1):2197293. doi:10.1080/07853890.2023.2197293

10.Geraghty RM, Davis NF, Tzelvels L, et al. Best Practice in Interventional Management of Urolithiasis: An Update from the European Association of Urology Guidelines Panel for urolithiasis 2022. *EurUrol Focus*. 2023;9(1):199-208. doi:10.1016/j.euf.2022.06.014

11.Bhojani N, Bjazevic J, Wallace B, et al. UPDATE - Canadian Urological Association guideline: Evaluation and medical management of kidney stones. *Can UrolAssoc J*. 2022;16(6): 175-188. doi:10.5489/cuaj.7872

12.Taguchi K, Cho SY, Ng AC, et al. The Urological Association of Asia clinical guideline for urinary stone disease. *Int J Urol*. 2019;26(7):688-709. doi:10.1111/iju.13957

13.Cupisti A. Update on nephrolithiasis: beyond symptomatic urinary tract obstruction. *J Nephrol*. 2011;24 Suppl 18:S25-S29. doi:10.5301/JN.2011.7766

14.Chang CW, Ke HL, Lee JI, et al. Metabolic Syndrome Increases the Risk of Kidney Stone Disease: A Cross-Sectional and Longitudinal Cohort Study. *J Pers Med*. 2021;11(11):1154. Published 2021 Nov 6. doi:10.3390/jpm11111154

15.Lee MR, Ke HL, Huang JC, Huang SP, Geng JH. Obesity-related indices and its association with kidney stone disease: a cross-sectional and longitudinal cohort study. *Urolithiasis*.2022;50(1):55-63. doi:10.1007/s00240-021-01288-w

16.Sasaki Y, Kohjimoto Y, Iba A, Matsumura N, Hara I. Weight loss intervention reduces the risk of kidney stone formation in a rat model of metabolic syndrome. *Int J Urol*. 2015;22(4):404-409. doi:10.1111/iju.12691

ลักษณะผู้ป่วย สาเหตุ การตรวจรักษา และผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างในโรงพยาบาลชลบุรี

พญ.พรรณราย กุลเศรษฐ, วว. อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร¹

¹แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: Lower gastrointestinal bleeding (LGIB) เป็นเหตุผลที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล อุบัติการณ์การเกิด LGIB ประมาณ 20 ราย/100,000 ต่อปี โดยอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในประชากรสูงอายุ เป็นที่น่าสนใจว่าข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วย สาเหตุ การตรวจรักษา และผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างในประเทศไทยยังมีน้อย ซึ่งการทราบข้อมูลเหล่านี้ทำให้มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วย LGIB

วัตถุประสงค์: งานวิจัยนี้เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วย สาเหตุ การตรวจรักษา และผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวในรพ.ชลบุรีด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาโดยทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยอายุ ≥ 16 ปีที่มานอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างหรือวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับ LGIB โดยค้นหาจาก ICD 9 และ ICD 10, Endoscopic unit record และทะเบียนของห้องฉุกเฉิน ในช่วง 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2564

โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนจะถูกคัดออกไป

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างจำนวน 221 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (53.4%) มีอายุเฉลี่ย 65.4 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มิโรคร่วม โรคร่วมที่พบบ่อยได้แก่ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไตวาย ประมาณ 40% ได้รับยา antiplatelet โดย aspirin

เป็นยาที่ใช้บ่อย 1/4 มีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วย LGIB มีภาวะ shock 6% การวินิจฉัยที่พบบ่อย 3 ลำดับแรกได้แก่ hemorrhoid (32.6%), diverticular disease (31.7%) และ unexplained bleeding (23.1%) การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมที่พบบ่อยได้แก่ colonoscopy (70.1%) โดยมี median time to colonoscopy 48 ชั่วโมง การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับคือ RBC transfusion (73.3%), endoscopic hemostasis (5.9%), การผ่าตัด (2.7%) และ embolization (1.4%) พบว่าระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน, re-bleeding พบ 10.4%, continuous bleeding 8.6% และ readmitted ด้วย LGIB ภายใน 28 วัน 10.9%. พบอัตราตายจากทุกสาเหตุ 5.4%

สรุป: ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ได้รับยา antiplatelet มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการส่งกล้องทางเดินอาหารส่วนล่างและได้รับเลือด แต่ผลลัพธ์การรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

คำสำคัญ: ระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง, อาการตกเลือดในทางเดินอาหาร, การห้ามเลือดด้วยการส่งกล้อง, การให้เลือด

Patient characteristics, causes, interventions and outcomes in Lower gastrointestinal bleeding patient at Chonburi Hospital

Panarai Kulseth, Dip., Thai Subspecialty Board of Gastroenterology¹

Introduction:

BACKGROUND: Lower gastrointestinal bleeding (LGIB) is common reason for admission. The annual incidence rate of LGIB is around 20 cases/100,000 population, with an increased risk especially in the elderly. Interestingly, there is paucity about patient characteristics, causes, interventions and outcomes in Thailand. Knowing about these data is useful in care patient.

OBJECTIVES: This study aimed to identify patient characteristics, causes, interventions, and outcomes in adult patients who were admitted to Chonburi hospital with LGIB.

METHODS: This is descriptive study. We retrospectively reviewed medical records based on ICD 9 and ICD 10, Endoscopic unit record and at ER registration for patients age ≥ 16 years admitted with diagnose LGIB or diagnose associated with LGIB at Chonburi hospital (tertiary care hospital) during 1 October 2017- 30 September 2021. Patients diagnosed with UGIB with or without endoscopic hemostasis during EGD were excluded.

RESULTS: A total 221 patients were recruited. Most were female (53.4%), mean age 65.4 years. Most patients had comorbidity. Most common comorbidity were hypertension, diabetes and chronic kidney disease. 40% of them got

antiplatelet, aspirin was the most common. Around $\frac{1}{4}$ had previous LGIB admission.

Shock was found 6%. Most 3 common diagnoses were hemorrhoid (32.6%), diverticular disease (31.7%) and unexplained bleeding (23.1%). Most common investigation was colonoscopy (70.1%) and median time to colonoscopy 48 hours. Most common intervention were RBC transfusion (73.3%), endoscopic hemostasis (5.9%), surgery (2.7%) and embolization (1.4%). Median length of stay was 5 days, 10.4% were re-bleeding, 8.6% were continuous bleeding and 10.9% were readmitted with LGIB within 28 days. All causes mortality was 5.4%.

CONCLUSIONS: Most LGIB patient were elderly, multiple comorbidity, on antiplatelet drug and severe. Most patients were colonoscopy and RBC transfusion. Outcomes were not very good.

KEYWORDS: Lower Gastrointestinal Tract, Gastrointestinal Hemorrhage, Endoscopic Hemostasis, Blood Transfusion

บทนำ

(INTRODUCTION)

Lower gastrointestinal bleeding (LGIB) คือ การที่มีเลือดออกจาก colon หรือ anorectum^(1,2) โดยอุบัติการณ์การเกิด LGIB ประมาณ 20 ราย/100,000 ต่อปี พบมากขึ้นในประชากรสูงอายุ (อุบัติการณ์เพิ่มขึ้น > 200 เท่า จากกลุ่มคนอายุ 30 ปี เป็นอายุ 90 ปี)⁽³⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 70 ปี มาด้วยอาการ painless hematochezia และมีการลดลงของค่า hematocrit โดยไม่มีภาวะ orthostasis สาเหตุส่วนใหญ่ของ LGIB ได้แก่ diverticulosis (30%), colonic polyps หรือ cancer, colitis, และ anorectal disorders อย่างละ 20% LGIB เป็นเหตุผลที่พบบ่อยในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ของ LGIB สามารถหยุดได้เอง เป็นที่น่าสนใจว่าข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วย สาเหตุ การตรวจรักษา และผลลัพธ์การรักษาในผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างในประเทศไทย ยังมีไม่มาก

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะต่างๆ ของผู้ป่วย LGIB ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งสาเหตุ การวินิจฉัย การรักษา และผลลัพธ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นแก่ทีมรักษาในการพัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา (METHODS)

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective, observation, cohort) ในผู้ป่วยอายุ ≥ 16 ปีที่มานอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างหรือวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับ LGIB โดยค้นหาจาก ICD 9 และ ICD 10, Endoscopic unit record และทะเบียนของห้องฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนจะถูกคัดออกไป

โดยการการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรีตามเอกสารเลขที่ 017/2566

คำจำกัดความ:

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง (Lower Gastrointestinal bleeding)

ได้แก่ อุจจาระสีน้ำตาลแดง, เลือดปนในอุจจาระและเลือดหรือลิ่มเลือดในทวารหนัก

Continuous bleeding คือ continued bleeding ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล (ได้รับเลือด ≥ 2 ยูนิต และ/หรือฮีมาโตคริตลดลง $\geq 20\%$)

Re-bleeding คือ ได้รับเลือดเพิ่มเติมหรือฮีมาโตคริตลดลง $\geq 20\%$ หลังจากอาการคงที่ 24 ชั่วโมง

การดำเนินการวิจัย มีดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่อายุ ≥ 16 ปีที่มานอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างหรือวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างโดยค้นหาจาก ICD 9 และ ICD 10, Endoscopic unit record และทะเบียนของห้องฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนจะถูกคัดออกไปและทำการบันทึกลักษณะต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ยาที่รับประทานเป็นประจำ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคร่วมอื่นๆ previous LGIB admission, ผลการตรวจร่างกาย ผลเลือดและการตรวจอื่นๆ สาเหตุ การรักษาที่ได้รับและผลลัพธ์การรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลที่เป็นตัวเลข (Numerical Data) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean and Standard Deviation) หรือค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) และข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical Data) นำเสนอด้วยจำนวน (N) และร้อยละ (percent)

ผลการศึกษา (RESULTS)

ตารางที่ 1. ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย

ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย	จำนวน	(%)
เพศ		
ชาย	103	(46.6)
หญิง	118	(53.4)
อายุ (ปี), mean±SD	65.4	±16.5
โรคร่วม		
ไม่มีโรคประจำตัว	42	(19.0)
Ischemic heart disease	29	(13.1)
Congestive heart failure	2	(0.9)
เบาหวาน	65	(29.4)
ความดันโลหิตสูง	126	(57.0)
Chronic liver disease	9	(4.1)
Chronic kidney disease	45	(20.4)
Cerebrovascular disease	40	(18.1)
มะเร็ง	32	(14.5)
ประวัติการใช้ยา		
Aspirin	65	(29.4)
Clopidogrel	31	(14.0)
Dual antiplatelet	17	(7.7)
Antiplatelet	79	(35.8)
Warfarin	6	(2.7)
DOACs	1	(0.5)
Anticoagulant	7	(3.2)
NSAIDs	14	(6.3)
ไม่มียาข้างต้น	126	(57.0)
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	16	(7.2)
อาการ		
Previous LGIB admission	53	(24.0)

Dual Antiplatelet, Aspirin and Clopidogrel; Antiplatelet, Aspirin or Clopidogrel; DOACs, Direct oral anticoagulants; Anticoagulant, Warfarin or DOACs; NSAIDs, Non-steroidal anti-inflammatory drugs; LGIB, Lower gastrointestinal bleeding.

ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างจำนวนทั้งหมด 221 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (53.4%) อายุเฉลี่ย 65.4±16.5 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วมและโรคร่วมที่พบบ่อยได้แก่ ความดันโลหิตสูง (57%) เบาหวาน(29.4%) และ chronic kidney disease (20.4%) ประมาณ 40% ทานยา antiplatelet ส่วนใหญ่ทาน aspirin (29.4%) ทาน clopidogrel 14%, dual antiplatelet 7.7% anticoagulant 3.2% และ NSAIDs 6.3% และ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมีประวัติเคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2. อาการทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วย	Mean ±SD
อาการทางคลินิก	
Shock, n (%)	13 (5.9)
Systolic blood pressure (mmHg)	125.2 ±24.7
Diastolic blood pressure (mmHg)	72.7 ±14.5
อัตราการเต้นของหัวใจ (bpm)	91.8 ±19.4
Abdominal tenderness, n (%)	24 (10.9)
ถ่ายเป็นเลือดในท้องตรวจ, n (%)	119 (53.9)
การตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้ว (DRE), n (%)	
ได้เลือด	168 (76.0)
ไม่ได้เลือด	32 (14.5)
ไม่ได้ทำ	21 (9.5)
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	
Hemoglobin (g/dL)	9.1 ±2.8
Hematocrit (%)	27.3 ±8.1
Platelet count (10 ³ /uL)	254.7 ±116.9
INR	1.2 ±0.4
BUN (mg/dL)	24.4 ±20.0
Creatinine (mg/dL)	1.7 ±2.0
Albumin (g/dL)	3.2 ±0.7
CO ₂ (mmol/L)	21.9 ±4.4

Shock, อัตราการเต้นของหัวใจ ≥100 bpm และ systolic blood pressure < 100 mmHg; INR, International normalized ratio; BUN, Blood urea nitrogen; CO₂, Carbon dioxide.

ผลการตรวจร่างกายและผู้ป่วยมีภาวะ shock 6% มี systolic blood pressure และอัตราการเต้นของหัวใจปกติ แต่ diastolic blood pressure ต่ำกว่าปกติ (72.7 ± 14.5 mmHg) และ 3 ใน 4 พบเลือดจากการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้ว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่า hemoglobin, hematocrit และ albumin ต่ำ ในขณะที่ค่า creatinine สูง (1.7 ± 2.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ส่วนค่า platelet count, INR และ CO2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3. สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง

สาเหตุ	จำนวน	(%)
Hemorrhoid	72	(32.6)
Diverticular disease	70	(31.7)
Colorectal cancer	12	(5.4)
Colonic polyp	43	(19.5)
Colitis		
Undetermined	19	(8.6)
Ischemic	2	(0.9)
IBD	1	(0.5)
Radiation proctitis	12	(5.4)
Vascular lesion	14	(6.3)
Benign anorectal disorders**	12	(5.4)
Iatrogenic	2	(0.9)
Unexplained bleeding	51	(23.1)

IBD, Inflammatory bowel disease; ** Benign anorectal disorders, anal fissure, solitary rectal ulcer, rectal prolapse.

สาเหตุของ LGIB ที่พบได้แก่ hemorrhoid (32.6%), diverticular disease (31.7%) และ unexplained bleeding (23.1%) และพบสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ colonic polyp (19.5%), undetermined colitis (8.6%), vascular lesion (6.3%) และ colorectal cancer, benign anorectal disorders และ radiation proctitis (อย่างละ 5.4%) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4. Interventions

Interventions	จำนวน (%)
การได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด	
Red blood cell (RBC)	162 (73.3)
Number of RBC transfusion (unit), median (IQR)	2 (0,4)
Platelet	33 (14.9)
Fresh frozen plasma	45 (20.4)
การส่องกล้อง	
Colonoscopy	155 (70.1)
Time to colonoscopy (hour), median (IQR)	48 (24,96)
Sigmoidoscopy	13 (5.9)
Esophagogastroduodenoscopy	46 (20.8)
Proctoscopy	122 (55.2)
Endoscopic hemostasis	13 (5.9)
การตรวจทางรังสี	
CT abdomen	21 (9.5)
Computed tomographic angiography	13 (5.9)
Interventional radiology	3 (1.4)
การผ่าตัด	6 (2.7)

IQR, Interquartile range; CT, Computed tomography; LGIB, Lower gastrointestinal bleeding.

Intervention ส่วนใหญ่ที่ได้รับคือ red blood cell transfusion (73.3%) โดยได้รับเฉลี่ย 2 unit (0,4) มี 1/5 ได้รับ fresh frozen plasma และการตรวจเพิ่มเติมที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการทำ colonoscopy (70.1%) โดยมี time to colonoscopy 48 ชั่วโมง (24,96) และผู้ป่วยประมาณ 60% ได้รับการทำ proctoscopy และได้รับการทำ EGD 20.8% ได้รับการตรวจทางรังสีด้วยการทำ CT abdomen ประมาณ 10% และ CT angiography 5.9% วิธีการรักษาเพื่อหยุดเลือดใช้วิธี endoscopic hemostasis มากที่สุด (5.9%) surgery 2.7% และ interventional radiology 1.4% (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 5. ผลลัพธ์การรักษา

ผลลัพธ์การรักษา	จำนวน (%)
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (median, IQR)	5 (3, 8)
Continuous bleeding	19 (8.6)
Re-bleeding	23 (10.4)
อัตราการตายจากทุกสาเหตุ	12 (5.4)
Readmission ด้วย LGIB ภายใน 28 วัน	24 (10.9)

IQR, Interquartile range; LGIB, Lowergastrointestinal bleeding

ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลประมาณ 5 วัน (3,8) มี continuous bleeding 8.6% เกิด re-bleeding 10.4% อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ 5.4% และ readmission ด้วย LGIB ภายใน 28 วัน 10.9% (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล (DISCUSSION)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างจำนวนทั้งหมด 221 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 65.4 ± 16.5 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม โรคร่วมที่พบบ่อยได้แก่ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไตวาย ประมาณ 40% ได้รับยา antiplatelet โดย aspirin เป็นยาที่ใช้บ่อย ¼ มีประวัติข

เคยนอนโรงพยาบาลด้วย LGIB ซึ่งผลที่ได้คล้ายกับการศึกษาของประเทศอังกฤษที่ศึกษาผู้ป่วย LGIB จำนวนมากถึง 2528 ราย⁴ แต่มีลักษณะที่ต่างกันคือที่เราผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า (65.4 ปี vs 74 ปี) และพบ ผู้ป่วยไตวายมากกว่า แต่ที่อังกฤษโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ myocardial infarction และมะเร็ง

ผู้ป่วยในการศึกษามีความรุนแรงมากกว่าโดยพบว่ามีภาวะ shock มากถึง 6% ซึ่งต่างจากอังกฤษที่พบภาวะ shock เพียง 2.3% มีระดับ hemoglobin ที่ต่ำกว่า (9.1 g/dL vs 12.2 g/dL) จึงเป็นที่มาว่าผู้ป่วยมีการได้ red blood cell transfusion สูงถึง 73.3% ขณะที่การศึกษาก่อนหน้าได้รับเพียง 26.3%⁴ สาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ hemorrhoid (32.6%), diverticular disease (31.7%), unexplained bleeding (23.1%), colonic polyp (19.5) ซึ่งต่างจากการศึกษาจากจีน⁵ ที่พบว่าสาเหตุที่พบบ่อยได้แก่ inflammatory bowel disease (30.2%), unexplained bleeding (30.2%), polyp (23.4%) cancer (10.7%) และอังกฤษที่พบ diverticular disease (26.4%), benign anorectal condition (16.7%) โดยเป็น hemorrhoid (12.1%), colitis (13.6%) และ unknown (22.8%)

ผู้ป่วยในการศึกษาได้รับตรวจเพิ่มเติมด้วยการทำ colonoscopy และ proctoscopy เป็นส่วนใหญ่และทำมากกว่าจากการศึกษาของอังกฤษ (70.1% vs 3.9%, 55.2% vs 3.3%), EGD (20.8% vs 11.3%) โดยมี median time to colonoscopy ที่เราเร็วกว่า (2 วัน vs 4 วัน) มีการทำ CT angiography เท่ากันแต่ทำ CT abdomen น้อยกว่า (9.5% vs 20.1%) คาดว่าเป็นเพราะที่เราเข้าถึงการทำ colonoscopy ได้ง่ายกว่าการทำ CT abdomen ส่วนวิธีการรักษาเพื่อหยุดเลือดที่เราใช้วิธี endoscopic hemostasis มากกว่า (5.9% vs 2.1%) และ surgery และ interventional radiology ที่มากกว่า (2.7% vs 0.2%, 1.4% vs 0.8%)⁴

ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยประมาณ (median length of stay) 5 วัน (IQR 3,8) ซึ่งต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่นอนเพียง 3 วัน (IQR 1,6)⁴ มี continuous bleeding และ เกิด re-bleeding ใกล้เคียงกัน (8.6% vs 11% และ 10.4% vs 12.6%) แต่ในการศึกษานี้มีอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุและ readmission with LGIB in 28 days มากกว่า (5.4% vs 2.2% และ 10.9% vs 4.6%)

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือการศึกษาลักษณะต่างๆ และผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วย LGIB ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งยังมีข้อมูลไม่มากในประเทศไทย ทำให้พบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงมากและผลลัพธ์การรักษายังไม่ดีนำไปสู่การพัฒนาการดูแลต่อไปในอนาคต แต่งานวิจัยชิ้นนี้ก็มีข้อจำกัดคือเป็นการศึกษาย้อนหลังมีข้อมูลขาดหายไปเช่นผลการตรวจทางทวารหนักด้วยนิ้วและศึกษาเฉพาะผู้ป่วย LGIB ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ไม่ได้มีผู้ป่วย LGIB ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกมาเปรียบเทียบถึงผลลัพธ์ของการรักษาซึ่งก็เป็นแนวทางในการทำการศึกษาวิจัยในอนาคต

ประโยชน์และการนำไปใช้ มีดังนี้: พบว่าผู้ป่วย LGIB ในประเทศไทยมีลักษณะ โรคร่วมและสาเหตุที่แตกต่างจากที่เคยรายงาน และผู้ป่วยที่มารับการรักษามีความรุนแรงที่มากกว่า แม้ว่าจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเพื่อหยุดเลือดที่มากกว่า แต่ผลลัพธ์ของการรักษาก็ยังไม่ดีเท่าที่ควร นำไปสู่การทำการศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย LGIB ให้มีผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีขึ้น

สรุปผลการดำเนินการวิจัย: ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ได้รับยา antiplatelet มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการส่งกลองทางเดินอาหารส่วนล่างและได้รับเลือด แต่ผลลัพธ์การรักษายังไม่ดีเท่าที่ควร

ผลประโยชน์ทับซ้อน (ต้องระบุ) : ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน (ต้องระบุ) : ไม่มี

กิตติกรรมประกาศ (หากมี) : ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร.นพ. ชัยนัทรธร ปทุมานนท์ ในการให้คำปรึกษาในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง (REFERENCE)

- 1.Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease. 10th ed. United States of America: ELSEVIER SAUNDERS; 2016.
- 2.Podolsky DK, Camilleri M, Fitz JG, Kalloo AN, Shanahan F, Wang TC. YAMADA'S Textbook of gastroenterology. 6th ed. Malaysia: John Wiley & Sons Ltd; 2016.
- 3.Longstreth G. Epidemiology and Outcome of Patients Hospitalized with Acute Lower Gastrointestinal Hemorrhage: A Population-Based Study. Am J Gastroenterol. 1997; 92:419-24.
- 4.Oakland K, Guy R, Uberoi R, Hogg R, Mortensen N, Murphy MF, et al. Acute lower GI bleeding in the UK: patient characteristics, interventions and outcomes in the first nationwide audit. Gut. 2018; 67:654-62.
- 5.Bai Y, Peng J, Gao J, Zou DW, Li ZS. Epidemiology of lower gastrointestinal bleeding in China: single-center series and systematic analysis of Chinese literature with 53,951 patients. J Gastroenterol Hepatol. 2011; 26: 678-82.

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการ เพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร

นายเจษฎา เกรียงทอง

บทนำ

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทเป็นผู้จัดการบริการสังคมด้านสุขภาพ (Social Care) ที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาสังคม จิตใจ สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว จัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติงานร่วมกับทีมบริการสุขภาพซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคม สงเคราะห์ในการปฏิบัติงานกับผู้ให้บริการโดยตรง ทั้งด้านการบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาทักษะทางสังคม การจัดการ ฝ่าละออง โป่งกันและแก้ไข ปัญหาทางสังคม ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ Digital Platform Social Telecare ในการดูแลทางสังคมกับผู้พิการ
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้พิการระดับพื้นที่

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้พิการคนพิการ จำนวน 106 ราย ที่เข้ารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์การเยี่ยมบ้าน และการประเมินผ่านเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment: S.D.M.A.) และเครื่องมือประเมินความพร้อมของครอบครัว (Family Assessment : F.A.)

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูปัญหาหรือความต้องการ พบว่า ร้อยละ 69.81 มีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยหรือญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสม ปัญหารองลงมาคือ ปัญหาภาระในการดูแลผู้ป่วยหรือคนพิการ เช่น มีสมาชิกในครอบครัวสูงอายุที่ต้องดูแล จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาอันดับที่ 3 คือ ปัญหาทางการเงิน

สรุป

เครือข่ายอาสาสมัครในระดับชุมชน หรือเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคนพิการในระยะยาว และยังเป็นเครือข่ายการเฝ้าระวังคัดกรองปัญหาในระดับปฐมภูมิ แต่ในปัจจุบันเครือข่ายอาสาสมัครยังมีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับจำนวนคนพิการในพื้นที่ ดังนั้น การขยายจำนวนและการเพิ่มพูนทักษะการดูแลคนพิการแก่กลุ่มอาสาสมัครจึงเป็นความต้องการของชุมชนในพื้นที่

คำสำคัญ

การดูแลผู้ป่วยคนพิการ/ การพัฒนา Platform Social Telecare/ สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์

The Development of a Social Care Network for People with Disabilities to Advocate Primary Health Care in Buddhasothorn Hospital

Mr.Jedsada Rienthong

Introduction

A social worker plays a role as a social care provider related to social, psychological, and environmental problem among patients and families to provide healthservices, covering all aspects including physical, mental, social, and spiritual through cooperative work with the public health service team. This requires social work knowledge and skills to work directly with service users, including social therapy, rehabilitation, the development of social skills, management, monitoring, prevention, and social problem-solving at the individual, group, family, and community levels. Therefore, patients can access health services and achieve a better quality of life.

Objectives

- 1 . To examine the digital platform telecare in social care for people with disabilities.
2. To develop a social care network for people with disabilities in the area.

Methodology

The sample group consisted of 106 patients with disabilities who were sent to receive social work group services. Data collection was conducted through interviews, home visits, and instrument assessment, including the Social Diagnosis and Management Assessment (S.D.M.A.) and the Family Readiness Assessment (Family Assessment : F.A.).

Results

Based on the data analysis on problems or needs, it was found that 69.81% had problems in providing care to patients, such as patients or relatives lacking knowledge and understanding about the disease and proper care, followed by the burden of taking care of patients or patients with disabilities, such as having elderly family members who need care, causing mental health problems and the third problem was finance.

Conclusion

The volunteer network in the community is a key factor in long-term care for people with disabilities and a network for surveillance and screening of problems at the primary level. However, there is still a limited number compared to the number of people with disabilities in the area at present. Therefore, finding more volunteers and enhancing their care skills for people with disabilities are required by the local community.

Keywords

Care for people with disabilities /
development of platform social telecare /
medical social work

บทนำ

นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง โดยล่าสุดได้มีการจัดระดมความคิดด้านบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิตามระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และมีการต่อยอดโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จึงเกิดเป็นนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” โดยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งนี้ หลักสำคัญของนโยบาย “คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ประกอบด้วย

1. หมอครอบครัวคือ ทุกครอบครัวจะมีหมอเวชศาสตร์ครอบครัวประจำในการดูแล ซึ่งจะเป็นแพทย์ที่มีองค์ความรู้หรือจบการศึกษาทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งนี้ หมอครอบครัว 1 คน จะรับผิดชอบประชากรจำนวน 10,000 คน หรือประชากรประมาณ 1-3 ตำบล
2. หมอสาธารณสุขคือ ทุกครอบครัวจะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำในการดูแล ทั้งนี้ ในระดับตำบลจะมีบุคลากรสาธารณสุขระบบปฐมภูมิ 1 คน รับผิดชอบประชากรจำนวน 1,250 คน
3. หมอประจำบ้านคือ ทุกครอบครัวจะมีหมอประจำบ้านในการดูแล โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งกำหนดให้อาสาสมัครฯ 1 คน จะรับผิดชอบประชากรจำนวน 8 -15 ครัวเรือน

ในปีงบประมาณ 2564 หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 2,500 ทีม ซึ่งดูแลประชาชนประมาณ 25 ล้านคน โดยประชาชนในพื้นที่จะได้รับการปรึกษากับทีมหมอครอบครัวที่สะดวก มีคุณภาพ รวมทั้งมีการดูแลกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ซึ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำเป็นต้องใช้นักสังคมสงเคราะห์ (หมอสังคม) มาเป็นหนึ่งในทีมงานระบบหลักประกันสุขภาพปฐมภูมิ

ดังนั้น การสนับสนุนให้นักสังคมสงเคราะห์ได้เข้าใจและมีบทบาทสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับทีมสหวิชาชีพจะทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสังคมได้รับการดูแลทางสังคมจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันจะส่งผลดีและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครบถ้วน และต่อเนื่อง

งานสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพและวิชาการที่ใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการปฏิบัติกับบุคคลรอบครัว กลุ่มชุมชน องค์กร และสังคม ที่จะนำไปสู่การสร้างหลักประกันความมั่นคงของมนุษย์ ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมทางสังคมและการพัฒนาสังคม การยอมรับความหลากหลายในมิติต่าง ๆ การเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชนและสิทธิการเข้าถึงบริการของทุกภาคส่วน

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์มีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้จัดบริการสังคมด้านสุขภาพ (Social Care) ที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาสังคม จิตใจ สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว หน้าที่จัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติงานร่วมกับทีมบริการสุขภาพ ซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะทางสังคมสงเคราะห์ในการปฏิบัติงานกับผู้ใช้บริการโดยตรง ทั้งด้านการบำบัดทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาทักษะทางสังคม การจัดการ ฝ่าระวัง ป้องกันและแก้ไขปัญหาทางสังคม ทั้งในระดับบุคคล กลุ่มชน ครอบครัว และชุมชน ตามจรรยาบรรณและมาตรฐานทางวิชาชีพสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปัญหากลุ่มผู้ป่วยเปราะบางทางสังคม กลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ประสบปัญหาทางสังคม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ประกอบกับการกำหนดนโยบายการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนักสังคมสงเคราะห์ ในเรื่องของให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค Non-acute และ Sub-acute ผู้สูงอายุ คนพิการผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายก่อนเสียชีวิต รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่น ๆ

ปัจจุบันจังหวัดฉะเชิงเทรา มุ่งเน้นการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในมิติด้านการพัฒนาศักยภาพผู้นำคนพิการ เพื่อให้เกิดผู้นำคนพิการมีศักยภาพและนำพาองค์กรไปสู่มาตรฐานและร่วมเป็นแกนนำสำคัญในกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในระดับจังหวัดร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการจัดบริการให้คนพิการได้อย่างทั่วถึง¹

จากสถิติการให้บริการกลุ่มเปราะบางของกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2564 พบว่า มีผู้ใช้บริการกลุ่ม**ผู้ไม่มีหลักประกัน/มีปัญหาการใช้สิทธิ์**มากที่สุด ร้อยละ 20.5 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ถูก**กระทำรุนแรง (One Stop Crisis Center: OSCC)** ร้อยละ 11.5 และ**คนพิการ** ร้อยละ 10.6 ตามลำดับ โดยจากการประเมินวินิจฉัยทางสังคมในกลุ่มคนพิการยัง พบว่า คนพิการที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยมากพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลหลักมักเป็นผู้สูงอายุในครอบครัว หรืออาจเป็นสมาชิกครอบครัวที่เป็นคนพิการ โดยสมาชิกที่อยู่ในวัยทำงานของครอบครัวจะเป็นผู้หารายได้ครอบครัวมากกว่าดูแลคนพิการโดยตรง นอกจากนี้ ในด้านความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลที่มีแต่คนพิการยังมีผลกระทบต่อการรักษาฟื้นฟูต่อเนื่องและการใช้ชีวิตประจำวันของคนพิการ เช่น ผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจในเรื่องของอาหารหรือหลักโภชนาศาสตร์ที่เหมาะสม คนพิการทานอาหารที่ไม่เพียงพอต่อร่างกายอันเนื่องจากการทานอาหารเดิมซ้ำ ๆ บางครอบครัวประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากเกิดค่าใช้จ่ายสูงในครัวเรือน ทั้งวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายที่สูงจากการเดินทาง จนส่งผลกระทบต่อความท้อแท้และการหมดกำลังใจในตัวคนพิการและครอบครัว คนพิการฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้เข้าโรงพยาบาลมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นและคุณภาพชีวิตของคนพิการไม่ดีขึ้นเท่าที่ควร

ทั้งนี้ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นถึงความจำเป็นที่นักสังคมสงเคราะห์จะต้องทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อลดการเกิดปัญหาทางสังคมที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพและทำให้ผู้ป่วยที่เป็นคนพิการและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รวมทั้งจัดบริการที่สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในการลดความแออัด ลดระยะเวลาครองเตียงนาน (Length of Stay)

การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดบริการคุณภาพในระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว การช่วยเหลือคนพิการและครอบครัวคนพิการต้องเป็นการช่วยเหลือให้คนพิการและครอบครัวช่วยตนเองได้ในระยะยาว²

ทั้งนี้ นักสังคมสงเคราะห์เป็นวิชาชีพที่มีแนวทางการปฏิบัติที่ใช้วิธีการหลากหลาย ทั้งวิธีการปฏิบัติงานทางตรง การปฏิบัติงานทางอ้อม ในลักษณะการประสานวิธีการสามารถสร้างทางเลือกใหม่ ๆ ในการทำงานกับมนุษย์ซึ่งการเชื่อมโยงนักสังคมสงเคราะห์ โดยพัฒนาสมรรถนะ ความรู้ เทคนิค ทักษะการทำงานกับทีมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นวิธีการหนึ่งที่ยังต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการลง รวมทั้งส่งเสริมให้คนพิการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระบบสุขภาพชีวิตวิถีใหม่ โดยผสมผสานนวัตกรรมและเทคโนโลยีในการสื่อสารแก้ไข และเป็นการพัฒนาระบบจัดการข้อมูลเพื่อการวางแผนการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ และประยุกต์การปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ในยุคดิจิทัล โดยใช้ระบบปฏิบัติการทางไกล (Digital Platform Social Telecare) ในการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงบริการสุขภาพระดับสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่ปฐมภูมิ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ Digital Platform Social Telecare ในการดูแลทางสังคมกับผู้ป่วยคนพิการ
2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมสำหรับผู้ป่วยคนพิการระดับพื้นที่

วิธีการวิจัย

วิธีการวิจัย เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : RD) ศึกษาเชิงพรรณนา โดยระยะเวลาดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2565 - 31 มกราคม 2566 เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคนพิการที่มารับบริการกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร และดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ปัญหา หรือความต้องการร่วมกับทีม

สหวิชาชีพภายในและภายนอก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยคนพิการทุกประเภท โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี จำนวน 451 ราย ซึ่งมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้จากโครงการหลักตามสูตรยามาเน่ ทาโร่โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในงานวิจัยร้อยละ 10 จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 106 ราย และมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกจากผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางที่มารับการรักษาสุขภาพที่โรงพยาบาลและเข้ารับบริการจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธโสธร และได้รับการชี้แจงเพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการศึกษา

เครื่องมือในการทำวิจัย

การศึกษาค้างนี้ มีการนำเครื่องมือการปฏิบัติงานทางด้านสังคมสงเคราะห์ร่วมประเมินการศึกษา ได้แก่ เครื่องมือประเมิน วินิจฉัยและจัดการทางสังคม เป็นเครื่องมือใช้ศึกษาข้อเท็จจริงเพื่อให้ได้ข้อมูลประวัติบุคคลประวัติครอบครัว วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยใช้หลักการวินิจฉัยทางสังคมตามแบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social Problem List) และเครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว (Family Assessment : F.A.) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ และเป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งจะมีการกำหนดแยกกลุ่มผู้ป่วยเป็นสี่เซียวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมไม่เกิน 1 ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด กลุ่มผู้ป่วยสี่เหลือคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม 2 ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยและกลุ่มผู้ป่วยสี่แดงคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม 3 ปัญหา หรือมากกว่านั้น

มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยที่สุดหรือมีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบปฏิบัติการระบบทางไกล (Digital Platform Social Telecare) ที่พัฒนาเป็นระบบบันทึกข้อมูลออนไลน์โดยคณาจารย์คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ร่วมกับคณาจารย์จากคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่องนี้อยู่ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 013/2565 วันที่รับรอง 16 สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

โครงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลทางสังคมกลุ่มคนพิการเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร ในการวางกรอบประเด็นการถอดบทเรียนพื้นที่ชะเชิงเทราส่วนสำคัญมาจากการดำเนินการสำรวจและเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้โปรแกรม Digital Platform Social Telecare จากกลุ่มตัวอย่างคนพิการจำนวน 106 ราย โดยสามารถสรุปผลได้ ดังนี้

-ข้อมูลด้านความพิการ พบว่า ประเภทความพิการ 3 อันดับแรกคือ ความพิการด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.53 ความพิการด้านจิตใจ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.81 และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 ราย ไม่ได้ระบุประเภทความพิการ

-ข้อมูลด้านเพศสภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.5 และเป็นเพศหญิง จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.5

-ข้อมูลด้านสถานะภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพโสด จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.51 มีสถานภาพคู่ จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.53 มีสถานภาพหม้าย จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.92 มีสถานภาพหย่าร้าง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.66 และกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ระบุข้อมูล 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.38

-ข้อมูลด้านสิทธิการรักษา พบว่า สิทธิการรักษา ประเภท ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.62 รองลงมาเป็นสิทธิการรักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.66 สิทธิการรักษาประกันสังคม จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.83 และสิทธิชำระเงินเองเนื่องจากอยู่นอกเขตพื้นที่ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.89

-ข้อมูลด้านรายได้ พบว่า คนพิการส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท/เดือน จำนวน 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.34 รองลงมามีรายได้อยู่ที่ 2,001- 5,000 บาท/เดือน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.83 และมีรายได้มากกว่า 5,001 บาทขึ้นไป /เดือน จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.83

-ข้อมูลปัญหาทางสังคม อ้างอิงจากบัญชีปัญหาทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางสังคม 3 อันดับแรก คือ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จำนวน 74 รายคิดเป็นร้อยละ 69.81 ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือคนพิการ จำนวน 52 รายคิดเป็นร้อยละ 49.06 และปัญหาทางการเงิน จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.06

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเครื่องมือประเมิน วินิจฉัย และจัดการทางสังคม (Social Diagnosis and Management Assessment : S.D.M.A.) ในกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 106 ราย เพื่อดูปัญหาหรือความต้องการที่เกิดขึ้นในภาพรวมนั้น พบว่า ปัญหาอันดับแรกคือ **ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย (69.81%)**เช่น ผู้ป่วยหรือญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม, การขาดผู้ดูแล หรือความไม่พร้อมในการดูแลและญาติปฏิเสธการดูแล ปัญหารองลงมาคือ **ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือคนพิการ (49.06%)**เช่น มีสมาชิกในครอบครัวสูงอายุที่ต้องดูแล จนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต, มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรัง พิกัดทางกายหรือทางจิต หรือการติดสารเสพติด และปัญหาด้านที่ 3 คือ **ปัญหาทางการเงิน (49.06%)**เช่น ไม่มีรายได้/รายได้ไม่เพียงพอต่อการครองชีพ, มีภาระหนี้สิน, ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผลการประเมินความพร้อมของครอบครัว โดยการใช้เครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว พบว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างโดยมากมีระดับความพร้อมน้อย จำนวน 46 ราย หรือร้อยละ 42.99 รองลงมาครอบครัวมีระดับความพร้อมปานกลาง จำนวน 45 ราย หรือร้อยละ 42.06 ครอบครัวมีระดับความพร้อมน้อยที่สุด จำนวน 10 ราย หรือร้อยละ 9.35ตามลำดับครอบครัวมีระดับความพร้อมมาก จำนวน 5 ราย หรือร้อยละ 4.67 และครอบครัวมีระดับความพร้อมมากที่สุด จำนวน 1 ราย หรือร้อยละ 0.93

ตารางที่ 1 สรุปข้อมูลปัญหาทางสังคม

ปัญหาทางสังคม	ราย	ร้อยละ
1. ไม่มีปัญหาสังคม	-	-
2. ปัญหาคู่สมรสและการครองเรือน	3	2.83
3. ปัญหาระหว่างบิดา มารดา บุตร	3	2.83
4. ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว	6	5.66
5. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ	19	17.92
6. ปัญหาความรัก	2	1.89
7. ปัญหาทางเพศ	3	2.83
8. ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย / ผู้พิการ	52	49.06
9. ปัญหาที่อยู่อาศัย/สภาพแวดล้อม	33	31.13
10. ปัญหาที่เกิดจากบุคคลอื่นนอกครอบครัว	4	3.77
11. ปัญหาการเงิน	52	49.06
12. ปัญหาการศึกษา	3	2.83
13. ปัญหาการประกอบอาชีพ	-	-
14. ปัญหาทางกฎหมาย	1	0.94
15. ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย	74	69.81
16. ปัญหาความเชื่อทางด้านวัฒนธรรมและการเมือง	-	-
17. ปัญหาสารเสพติด/ สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	5	4.71
18. ปัญหาที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม / ปัญหาอื่น ๆ	11	10.38

ตารางที่ 2 การประเมินความพร้อมครอบครัว

ความพร้อมครอบครัว	คะแนน
1. ระดับรายได้ของครอบครัว	107
- ไม่มีรายได้ทั้งจากตนเอง หรือได้รับจากผู้อื่น	18
- ไม่มีรายได้ของตนเอง (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม)	25
- มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (มีหนี้สิน ไม่มีเงินออม)	46
- มีรายได้เท่ากับรายจ่าย (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน)	16
- มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย แต่ไม่มีเงินออม (ไม่มีเงินออมและไม่มีปัญหาหนี้สิน)	1
- มีรายได้สูงกว่ารายจ่าย (มีเงินออม ไม่มีปัญหาหนี้สิน)	1
2. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน	190
- ไม่มีที่อยู่แน่นอน เร่ร่อนไร้บ้าน	12
- มีที่อยู่แน่นอน แต่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม	62
- ที่อยู่มีความเป็นสัดส่วน	62
- ที่อยู่ถูกสุขลักษณะ สะอาด อากาศถ่ายเท	24
- ที่อยู่มีความปลอดภัยทางกายภาพ	23
- ที่อยู่มีพื้นที่ว่างในการทำกิจกรรม	7
3. ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว	192
- ไม่ได้ได้รับความรัก	24
- ดูแลเอาใจใส่ เอื้ออาทร	83
- ส่งเสริมสนับสนุนทางจิตใจชื่นชม	46
- มีการสัมผัสทางกาย	27
- ทำกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ	12
4. ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว	296
- ไม่มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา	19
- เผชิญปัญหาร่วมกัน	77
- รับรู้ปัญหาและหารือร่วมกัน	84
- รับผิดชอบปัญหาร่วมกัน	50
- ช่วยกันแก้ไขปัญหา	29
- ยอมรับความเจ็บป่วย	37

ความพร้อมครอบครัว	คะแนน
5.ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวต่อการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย	202
- ไม่มีความสามารถในการจัดการพฤติกรรม	30
- ทักษะการควบคุมพฤติกรรม	68
- การให้แรงเสริมที่เหมาะสม	44
- ฝึกระเบียบวินัย	9
- สมาชิกในครอบครัวรู้วิธีการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรม	35
- ยอมรับกฎ กติกาของครอบครัว	16
6.การยอมรับของสมาชิกครอบครัวเมื่อผู้ป่วยทำผิดมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม	199
- ไม่มีการยอมรับ หรือให้กำลังใจ	16
- ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล	90
- ให้อภัยและให้โอกาสแก้ไข	44
ความพร้อมครอบครัว	คะแนน
- ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไข	22
- ให้กำลังใจ	27
7.การสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว	246
- ไม่มีการสื่อสารใด ๆ	12
- มีการรับรู้ความรู้สึก	89
- พูดคุย/แสดงความรู้สึกและความต้องการได้อย่างเปิดเผย	74
- มีอิสระในการแสดงความคิดเห็น	35
- มีสัมผัส โอบกอดระหว่างสมาชิก	13
- มีการสื่อสารเพื่อลดความขัดแย้ง	23
8.การตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว	262
- ไม่มีการทำหน้าที่ตามบทบาท	13
- ตระหนักถึง มีความชัดเจนในบทบาทของตน	90
- การแบ่งเบาภาระ	64
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว	29
- การมอบหมายหน้าที่ในครอบครัว	24
- รับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่	42

ความพร้อมครอบครัว	คะแนน
9.ความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย	190
- ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย	20
- มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น	75
- มีความรู้ ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วย	50
- มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	24
- มีความสามารถในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอาการทางกายของผู้ป่วยได้	12
- มีความเข้าใจในสภาพจิตใจผู้ป่วย	9
10.การมีเครือข่ายทางสังคมของในครอบครัวเพื่อขอรับการช่วยเหลือ	211
- ไม่มีเครือข่าย	9
-ญาติ (ที่ไม่ได้อยู่ใน ครอบครัว)	64
- เพื่อนบ้าน	36
- ผู้นำชุมชน / อาสาสมัครในชุมชน	34
- หน่วยงานภาครัฐ / เอกชน	67
- รู้จักหาข้อมูลเพิ่มเติมจากที่อื่น	1

สรุปผลและอภิปราย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาวิเคราะห์สถานการณ์ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

ข้อมูล **ด้านจุดแข็งของครอบครัว** กลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว ซึ่งพบจุดแข็งของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรกคือ กลุ่มตัวอย่างมีจุดแข็งของครอบครัวในด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม 296 คะแนน รองลงมา ครอบครัวมีการตระหนักและสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม 262 คะแนนและการสื่อสารระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม 246 คะแนน ตามลำดับ

ข้อมูล **ด้านจุดอ่อนหรือข้อจำกัด** ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงแบบประเมินความพร้อมครอบครัว

ซึ่งพบ จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง 3 อันดับแรก มีคะแนนน้อยสุด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดของครอบครัวในด้านระดับรายได้ของครอบครัว มีคะแนนประเมินรวม 107 คะแนน รองลงมา ความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนประเมินรวม 190 คะแนนและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน มีคะแนนประเมินรวม 190 คะแนนตามลำดับ

นอกจากนี้ การการวิเคราะห์ข้อมูลยังสามารถนำมาออกแบบการจัดกิจกรรมการดูแลทางสังคมทั้งแบบเฉพาะรายบุคคลและแบบกลุ่มภาพรวม ซึ่งในการจัดกิจกรรมการดูแลทางสังคมแบบเฉพาะรายบุคคลนั้น การใช้เครื่องมือประเมินทางวิชาชีพในระบบโปรแกรม Digital Platform Social Telecare ช่วยในการจำแนกความจำเป็นในการให้บริการดูแลช่วยเหลือให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ทดลอง โดยได้มีการจำแนกความจำเป็นเร่งด่วนหรือระดับความรุนแรงของกลุ่มเป้าหมายจำนวน 106 ราย ผ่านการจัดกลุ่มสี 3 ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสีแดง กลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองและกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว โดยมีรายละเอียดดังนี้

-กลุ่มผู้ป่วยสีแดง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม 3 ปัญหา หรือมากกว่านั้น มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อยที่สุดหรือมีความเสี่ยงต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัย มีจำนวนทั้งสิ้น 11 ราย

-กลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคม 2 ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับที่น้อย มีจำนวนทั้งสิ้น 46 ราย

-กลุ่มผู้ป่วยสีเขียวคือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมไม่เกิน 1 ปัญหา มีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุดมีจำนวนทั้งสิ้น 49 ราย

จากข้อมูลได้มีจำแนกความจำเป็นเร่งด่วนหรือระดับความรุนแรงของกลุ่มเป้าหมายผ่านการจัดกลุ่มสีดังกล่าว ทำให้เกิดพื้นที่เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการในพื้นที่โดยการบูรณาการทำงานเป็นทีม ทั้งระดับหน่วยงานส่วนกลาง หน่วยงานพื้นที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาหรือความต้องการ กำหนดวางแผนและดำเนินการอย่างเชื่อมโยงกัน รวมทั้งติดตามการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายนั้น ๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ ผลของการใช้โปรแกรม Platform Social Telecare ได้นำมาพัฒนาในการจัดกิจกรรมการดูแลทางสังคมแบบภาพรวมหรือกลุ่มนั้นโดยมีการวางแผนดำเนินโดยมุ่งให้การส่งเสริมและป้องกันเชิงสุขภาพ และกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มบุคลากรหรือ ผู้ที่ต้องให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยคนพิการ เช่น ผู้ช่วยคนพิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และกลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชน เป็นต้น เนื่องจากปัญหาทางสังคมอันดับแรก โดยอ้างอิงจากแบบบัญชีปัญหาทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเช่น การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสม การขาดผู้ดูแลหรือความไม่พร้อมในการดูแล และญาติปฏิเสธการดูแล ซึ่งแนวโน้มจะต้องมีหน่วยงานหรือผู้ปฏิบัติหน้าที่เข้าช่วยเหลือที่มากขึ้นนอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวได้ นำมาเป็นแนวทางการกำหนดประเด็นการจัดบริการทางสังคม ซึ่งได้มุ่งไปในด้านการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะสอดคล้องกับผลการใช้เครื่องมือแบบประเมิน และวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ในประเด็นปัญหาที่พบ อันดับที่ 1 คือ ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งข้อจำกัดครอบครัวตามผลการประเมินเครื่องมือประเมินความพร้อมครอบครัว และกิจกรรมเยียวยาจิตใจแก่ กลุ่มเป้าหมายกิจกรรมซึ่งจะสอดคล้องกับผลการใช้เครื่องมือแบบประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ในประเด็นปัญหาที่พบ อันดับที่ 2 คือ ปัญหาภาระในการดูแลผู้เจ็บป่วย / คนพิการ ฯ ซึ่งนำมาสู่สุขภาพจิตของผู้ดูแลนี้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะร่วมกิจกรรมการดูแลทางสังคม และประเด็นกิจกรรมการดูแลทั้งนี้ทางสังคมทางกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์จึงได้กำหนด แผนกิจกรรมการดูแลทางสังคม 2 ส ในชื่อกิจกรรม “การอบรมเชิงปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มคนพิการ 2ส” เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2565 ณ สำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทรา ซึ่งมีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 41 ราย โดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนชุมชนในพื้นที่เทศบาลเมืองฉะเชิงเทราและ ผู้ช่วยคนพิการอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา โดยมีวัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการดูแลทางสังคมแก่ผู้ป่วยคนพิการในด้านการสร้างทักษะชีวิตและโภชนบำบัด รวมทั้งการเสริมพลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านคนพิการในระดับชุมชนโดยทีมวิทยากรจากกลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลพุทธโสธร และจากกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ดังนั้น ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาวิเคราะห์จะมีประเด็นร่วมที่สนับสนุนกันคือ ประเด็นความรู้ความเข้าใจในการดูแลคนพิการ และประเด็นรายได้และการเงิน แต่ด้วยหลักการของโครงการได้มุ่งประเด็นการส่งเสริมและป้องกัน และการกิจของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ จึงเห็นประเด็นที่สำคัญในการเข้าร่วมแก้ไขคือ การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลคนพิการในโรคหรือประเด็นที่สำคัญ นั่นคือ ภาวะโภชนาการ รวมทั้งการเยียวยาจิตใจให้กับผู้ที่เป็นกลไกหลักในการดูแลคนพิการคือ ครอบครัว ผู้ดูแลคนพิการ ผู้ช่วยคนพิการและอาสาสมัครที่รับผิดชอบงานคนพิการ

ภายหลังจากการจัดกิจกรรม ดังกล่าว ได้มีการจัดกิจกรรมประชุมวางแผนเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาถอดบทเรียนและวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมถอดบทเรียน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบโครงการนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลพุทธโสธร ตัวแทนทีมสหวิชาชีพจากสำนักงานเทศบาลเมืองฉะเชิงเทราตัวแทนจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทราและตัวแทนจากผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกับคนพิการในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ช่วยคนพิการ โดยประเด็นที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลประกอบด้วยสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ผ่านมุมมองของแต่ละทีมสหวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ และขอบเขตการทำงานของแต่ละหน่วยงานผ่านการยกตัวอย่างผู้ใช้บริการที่เป็นคนพิการในระบบ Platform Social Telecare โดยยกระดับมา 3 ระดับด้วยกัน ได้แก่ สีแดง สีเหลือง และสีเขียวรวมทั้งการนำข้อมูลจากโครงการการพัฒนาและเสริมสมรรถนะกลไกและเครือข่ายการดูแลทางสังคมของสหวิชาชีพเพื่อสนับสนุนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลพุทธโสธร ไปปรับใช้ อุปสรรค/ข้อจำกัดของแต่ละหน่วยงานในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

จากข้อมูลการศึกษาวิจัยในประเด็นความพร้อมของครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมครอบครัวอยู่ในระดับน้อย ถึงร้อยละ 42.99 ซึ่งจุดแข็งที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวมีการตระหนักในการทำหน้าที่ตามบทบาทของตนอย่างเหมาะสม แต่ด้วยความซับซ้อนของปัญหาทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างจึงมีข้อจำกัดในด้านความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ได้กำหนดบริการทางสังคมในระยะเวลาที่ผ่านมา โดยเน้นมิติเรื่องกายและจิต ซึ่งได้วางแผนดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมในมิติด้านสังคม โดยจะขอความร่วมมือจากผู้ช่วยคนพิการหรือศูนย์บริการคนพิการจังหวัดฉะเชิงเทราในการถ่ายทอดองค์ความรู้ในด้านสิทธิสวัสดิการ และการดูแลคนพิการผ่านกิจกรรมที่ผู้ช่วยคนพิการดำเนินการอันเป็นการขยายต่อความรู้ของผู้ช่วยคนพิการในพื้นที่ที่มีจำนวนจำกัด รวมถึงการจัดทำ “ทำเนียบแหล่งทรัพยากรคนพิการ” ระบุชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่/หน่วยงานภาคีเครือข่าย ซึ่งจะเป็นแหล่งข้อมูลและการพัฒนาขยายเครือข่ายการประสานงาน จากระดับเล็กในระดับชุมชน เปลี่ยนเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ในระดับอำเภอ/จังหวัด ที่มีตัวแทนจากทุกตำบล/ชุมชน ตลอดจนการจัดทำแผนประจำปีเพื่อขอการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายน ประเด็นต่างๆ ดังนี้

สถานการณ์ / ปัญหาในพื้นที่ คือ การดูแลคนพิการในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งระดับชุมชน และระดับหน่วยงานคือ การขาดแคลนการสนับสนุนในเรื่องของอุปโภค/บริโภค เช่น แพนเพิส รวมไปถึงการขาดแคลนบุคลากรในด้านของการทำงาน เช่น บุคลากร/เจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อความต้องการ, ผู้ช่วยคนพิการ/อาสาสมัครสาธารณสุขมีภาระการดูแลที่มากเกินไปมีการกิจกรรมไปถึงการมีประชากรแฝงทำให้การกลุ่มคนเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิสวัสดิการที่จะได้รับ

และสภาพความเป็นอยู่ผู้คนมักอาศัยอยู่เป็นทาวเฮ้าส์ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการลงเยี่ยมบ้าน ที่อยู่อาศัยคับแคบ การพึ่งพาธรรมชาติน้อยกว่าชุมชนนอกเมืองที่หาอาหารจากธรรมชาติได้

บทบาท หน้าที่ ขอบเขตการทำงาน พบว่า การประสานงานของหน่วยงานต่างๆจะประสานงานกันผ่านแอปพลิเคชัน Line หรือประสานงานผ่านโทรศัพท์ เป็นต้น ซึ่งจะมีความสะดวกรวดเร็วต่อการดำเนินการช่วยเหลือ การคาดหวังหรือการตั้งเป้าหมายต่อการทำงาน คือ การพัฒนาเครือข่าย การเพิ่มบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีภาคีเครือข่ายที่แข็งแกร่ง เพื่อลดระยะเวลา ลดขั้นตอน ให้ผู้ใช้บริการ หรือกลุ่มเป้าหมายได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว นอกจากนี้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่คนในพื้นที่ และมีการทำงานบูรณาการกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁴

การบริการทางสังคมสำหรับคนพิการ พบว่า จากการดำเนินโครงการทำให้เกิดพื้นที่ได้เกิดเวทีของการเรียนรู้และการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือคนพิการในพื้นที่โดยการบูรณาการทำงานเป็นทีม ทั้งระดับหน่วยงานส่วนกลาง หน่วยงานพื้นที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อร่วมกันประเมินปัญหาหรือความต้องการ กำหนดวางแผนและดำเนินการอย่างเชื่อมโยงกัน รวมทั้งติดตามการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายนั้น ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้นำมาพัฒนาในการจัดกิจกรรมการดูแลทางสังคมแบบภาพรวมหรือกลุ่มนั้น โดยมีการวางแผนดำเนินโดยมุ่งให้การส่งเสริมและป้องกันเชิงสุขภาพและกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มบุคลากร หรือผู้ที่ต้องให้บริการดูแลช่วยเหลือผู้ช่วยคนพิการ เช่น ผู้ช่วยคนพิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และกลุ่มตัวแทนผู้นำชุมชน เป็นต้น และผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวได้นำมาเป็นแนวทางกำหนดประเด็นการจัดบริการทางสังคม ซึ่งได้มุ่งไปในด้านการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะสอดคล้องกับผลการใช้เครื่องมือแบบประเมินและวินิจฉัยปัญหาทางสังคม

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในด้านของระบบโปรแกรม Digital Platform Social Telecare หากมีการพัฒนาระบบและใช้เป็นมาตรฐาน สามารถนำเป็นเครื่องมือหลักในการปฏิบัติงานกับผู้ป่วย เนื่องจากระบบดังกล่าวช่วยเอื้อต่อการใช้เครื่องมือแบบประเมิน การทำระบบรายงาน ตลอดจนอนาคตอาจมีการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง โดยหากสามารถเชื่อมโยงกับระบบของโรงพยาบาลได้จะนำไปสู่การทำงานในยุค Digital และที่สำคัญองค์ความรู้ต่างๆที่ผ่านมาทั้งรูปแบบการจัดกิจกรรมทางสังคมหรือการใช้โปรแกรมเครื่องมือ Digital Platform Social Telecare หากสามารถพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ดูแลในระดับปฐมภูมิต่อประเด็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เมื่อคนพิการเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยระยะท้าย จะเป็นการต่อยอดการดูแลให้ผู้ป่วยรายนั้นเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย

นอกจากนี้ระยะแรกของการเข้าร่วมโครงการพบว่า คณะผู้รับผิดชอบโครงการในพื้นที่ค่อนข้างมีความกังวลในการใช้งาน Platform Social Telecare ค่อนข้างมากเนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการใช้โปรแกรมจัดอยู่ในระดับที่น้อยมาก และด้วยการดำเนินโครงการค่อนข้างมีรายละเอียดการจัดการหลายส่วน จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้แรงจูงใจในการบริหารโครงการในช่วงแรกไม่มากพอ แต่เมื่อได้รับการอบรมให้คำแนะนำจากคณะที่ปรึกษาโครงการ สามารถมองภาพรวมและลำดับขั้นตอนการบริหารจัดการโครงการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ประกอบกับได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายมาตลอด จนสามารถดำเนินโครงการได้สำเร็จตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1.กาญจนา สนาน้อย. **คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้นำคนพิการในจังหวัดฉะเชิงเทรา** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.

2.อภิญญาวดี สันทะเกิด. **การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในเขตเทศบาลนครสมุทรสาคร** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

3.บุญธิดา บุญแก้ว. **การปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ของนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาต** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.

4.ณฤศร รอดทอง. **แนวทางการพัฒนาระบบการจัดบริการผู้ช่วยคนพิการเพื่อดูแลคนพิการ** [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital