กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

Thailand Medical Services Profile



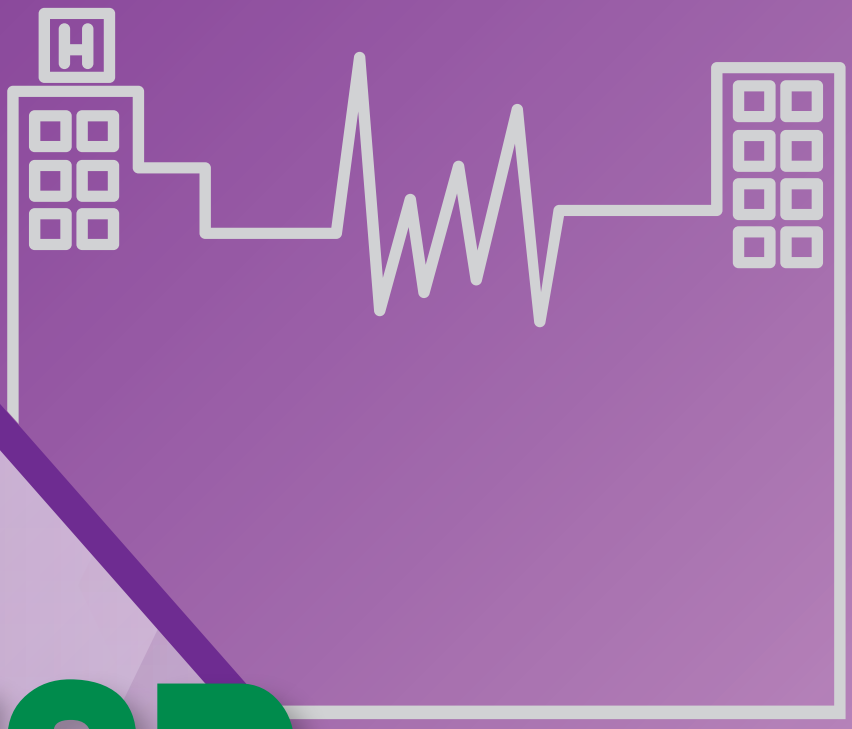
TMSP

(ฉบับย่อและเพิ่มเติม)

สำนักวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

Thailand Medical Services Profile



TMSP

(ฉบับย่อและเพิ่มเติม)

สำนักวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP)
(ฉบับย่อและเพิ่มเติม)

บรรณาธิการ แพทย์หญิงจิตสุดา บัวขาว
ที่ปรึกษากรมการแพทย์ และผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์

ที่ปรึกษาบรรณาธิการ
นายแพทย์ชุษณะ มะกรสาร
ที่ปรึกษางานวิชาการและงานยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์

ทีมบรรณาธิการ

1.	นางสาวศิวาพร	สังรวม	สำนักวิชาการแพทย์
2.	นายสมิทธิกร	เย็นวัฒนา	สำนักวิชาการแพทย์
3.	นางสาวบุหลัน	ภูสุดสูง	สำนักวิชาการแพทย์
4.	นางสาวสินีนาฏ	อันบุรี	สำนักวิชาการแพทย์
5.	นางสาวสุภัทรา	ฝอฝน	สำนักวิชาการแพทย์
6.	นายโสภณ	เกษสำโรง	สำนักวิชาการแพทย์
7.	นางสาวสาวิตรี	ยาหอม	สำนักวิชาการแพทย์
8.	นางสาวภัทราภรณ์	สมศรี	สำนักวิชาการแพทย์

จัดทำโดย สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 6220 โทรสาร 0 2591 8244

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2560

พิมพ์ที่ สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
ในพระบรมราชูปถัมภ์

คำนำ

หนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP) (ฉบับย่อและเพิ่มเติม) เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นข้อสรุปใจความสำคัญของเนื้อหาใน TMSP First Edition รวมถึงเป็นการอัพเดทข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา โดยยังคงความครบถ้วนของใจความสำคัญตามประเด็นหลักของแต่ละสาขาใน TMSP First Edition เช่น ระบาดวิทยา ภาระโรค Cost Effectiveness of Interventions คุณภาพการบริการ ระบบข้อมูลและการติดตาม เป็นต้น และยังคงเนื้อหาของโรคทั้ง 17 โรคเช่นเดิม ทั้งนี้หากผู้อ่านท่านใดต้องการศึกษา TMSP First Edition ก็สามารถสืบค้นในเว็บไซต์ของกรมการแพทย์ได้

ซึ่งหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2011 – 2014 (การแพทย์ไทย 2554 – 2557) First Edition ได้ดำเนินการศึกษารวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ด้านวิชาการแพทย์และประเด็นสาขาโรคต่างๆ จำนวน 17 โรคนั้น ได้ตีพิมพ์และเผยแพร่ทั่วประเทศในปี 2557 ซึ่งได้รับการตอบรับจากหน่วยงานต่างๆ และผู้สนใจเป็นอย่างดี นับจากช่วงเวลาดังกล่าว ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based) ในหนังสือ TMSP First Edition ได้ถูกกล่าวถึง และอ้างถึงในการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นับว่าประสบความสำเร็จในการเผยแพร่เป็นที่น่าพอใจ ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญกับการจัดทำ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงบทบาทของกรมการแพทย์ในฐานะของกรมวิชาการที่รับผิดชอบระบบบริการทางการแพทย์ฝ่ายกายในระดับตติยภูมิและสูงกว่า จึงได้ให้การสนับสนุนในการจัดทำ TMSP Second Edition ที่วางแผนเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2561 ระหว่างนี้ได้มีการกำกับติดตามการดำเนินงานในแต่ละประเด็นสาขาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการนำประสบการณ์และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำ TMSP First Edition มาปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานให้มีคุณภาพยิ่งๆ ขึ้นไป แต่ทั้งนี้ระยะเวลาที่จะเผยแพร่ TMSP Second Edition นั้น ใช้ระยะเวลา 5 ปี ระหว่างนี้ได้มีองค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการต่างๆ เกิดขึ้น อีกทั้งได้มีข้อเสนอจากบุคลากรกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงระดับบริหาร ได้เสนอแนะว่าควรมีการจัดทำสรุปเนื้อหาสำคัญของแต่ละสาขาใน TMSP First Edition เพื่อให้สะดวกต่อการศึกษาและนำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำหนังสือเล่มนี้เป็นอย่างดี จนสามารถรวบรวมและเผยแพร่ได้ในที่สุด และหวังว่า หนังสือ Thailand Medical Services Profile (TMSP) (ฉบับย่อและเพิ่มเติม) เล่มนี้ จะเกิดประโยชน์ต่อผู้อ่านและนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ได้ตามความเหมาะสม

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ Contents

เรื่อง	หน้า
1. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	1
2. โรคมะเร็ง (Cancer)	11
3. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)	17
4. ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension)	23
5. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)	29
6. ยาและสารเสพติด (Drugs and Addictive Substances)	43
7. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease)	51
8. ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางกาย และการเคลื่อนไหว (Rehabilitation System for People with Disabilities)	57
9. โรคตา (Eye Diseases)	65
10. ทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm)	71
11. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (Maternal and Fetal Medicine)	77
12. ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Care System)	89
13. อาชีวเวชศาสตร์ (Occupational Medicine)	95
14. โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)	115
15. ไข้เลือดออกเดงกี่ (Dengue Hemorrhagic Fever)	119
16. ทันตกรรม	129
17. ภาวะสูญเสียการได้ยิน (Hearing Loss)	139

โรคหลอดเลือดสมอง Stroke

1

นพ.สมชาย โตวณะบุตร* นพ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล*
พญ.ทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์* นพ.ธเนศ เติมกลิ่นจันทร์*
ลินดา เหล่ารัตนใส* จิดาภา ตรัยเจริญวงศ์*

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease, stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิต และการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life year) ระดับต้นๆ โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร โดยเฉพาะระยะเฉียบพลันที่สามารถลดอัตราตาย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และลดความพิการของผู้ป่วย ส่งผลให้ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของครอบครัว สังคม และประเทศ อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ถ้าป่วยด้วยโรคนี้แล้วได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบการบริการตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างเหมาะสม ครอบคลุมและทั่วถึงทุกแห่ง จะมีส่วนช่วยลดอัตราตายและความพิการได้ โรคหลอดเลือดสมองมีหลายชนิด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (ischemic stroke) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในระยะเฉียบพลัน ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) ได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมจากการขาดเลือดในสมองภายใน 48 ชั่วโมง โดยเป้าหมายหลักของคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือการลดอัตราตาย ลดความพิการ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*สถาบันประสาทวิทยา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 10.0 ของสาเหตุของการเสียชีวิตทั้งหมด แล้วยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในทั้งเพศชายและหญิง และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years; DALYs) อันดับ 1 และอันดับ 3 ในเพศหญิงและเพศชายตามลำดับ ในปี 2548 พบว่าอัตราตายจากระบบรายงานตามปกติเท่ากับ 32 และ 20 ต่อประชากรแสนคนในเพศชายและหญิงตามลำดับ แต่หลังจากคำนวณโดยปรับความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล (adjusted for completeness and ill-defined codes based on a nationally-representative sample) พบว่าอัตราตายเพิ่มขึ้นเป็น 94 และ 72 ต่อประชากรแสนคนในเพศชายและหญิงตามลำดับ

ปัจจุบันประเทศไทยยังขาดข้อมูลอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อถือได้ “โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย (Thai Epidemiologic Stroke Study, TES study) กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองอยู่ และข้อมูลอุบัติการณ์จะเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งที่จะได้จากโครงการเป็นโครงการศึกษาวิจัยในชุมชนชนิดติดตามไปข้างหน้า (community based cohort study) ได้ทำการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจเลือดอาสาสมัครจำนวนประมาณ 20,000 คน จากกรุงเทพมหานคร และพื้นที่ทั้ง 4 ภาคของประเทศ ในระหว่างปี 2547-2549 และขณะนี้อยู่ระหว่างติดตามข้อมูลการป่วยและตายจากโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครจำนวนดังกล่าว

ความชุกโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยสูงขึ้นตามลำดับ โดยได้มีการศึกษาในปี 2526 พบความชุกในประชากรอายุมากกว่า 20 ปีเท่ากับ 690 ต่อประชากรแสนคน ต่อมาในการศึกษา ซึ่งเก็บข้อมูลในประชากรสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ช่วงปี 2537-2539 พบความชุกเท่ากับ 1,120 ต่อประชากรแสนคน และล่าสุดจากการศึกษาของ “โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย” ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลของอาสาสมัครอายุ 45-80 ปี จำนวน 19,997 คน พบความชุกในช่วงเวลาปี 2547-2549 เท่ากับ 1,880 ต่อประชากรแสนคน (ร้อยละ 1.88) โดยสัดส่วนชาย:หญิงเท่ากับ 2.1:1 และความชุกเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นในทั้งสองเพศ โดยในกลุ่มอายุน้อยกว่าประมาน 60 ปี ความชุกในเพศชายเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าเพศหญิง ในขณะที่เมื่ออายุมากกว่าประมาณ 60 ปี อัตราเพิ่มในเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย ความชุกโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2547-2549 มีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ (geographic variation) กล่าวคือความชุกสูงในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 3.34; 95%CI, 2.58-4.10) ภาคกลาง (ร้อยละ 2.41; 95%CI, 1.98-2.84) และภาคใต้ (ร้อยละ 2.29; 95%CI, 1.70-2.88) ในขณะที่ภาคเหนือ (ร้อยละ1.46; 95%CI, 1.10-1.81) และตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ1.09; 95%CI, 0.83-1.35) มีความชุกต่ำกว่า

โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายชนิด ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญและพบบ่อย ได้แก่ อายุมาก ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน การค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยง และควบคุมรักษา ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม จะสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้ ข้อมูลจากอาสาสมัครจำนวน 19,997 คน ในชุมชนของ “โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย” พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุมาก เพศชาย ระดับการศึกษา อาชีพ พื้นที่ที่อยู่อาศัย ขนาดรอบเอว การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะโคเลสเตอรอลสูง พบความชุกของภาวะ metabolic syndrome ในหญิง (ร้อยละ 43.9-51.2) มากกว่าชาย

(ร้อยละ 23.1-38.1) และพบว่าภาวะ metabolic syndrome มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง โดยในองค์ประกอบทั้ง 5 ของภาวะ metabolic syndrome (ขนาดรอบเอว ระดับไขมันไตรกรีเซอไรด์ที่สูง ระดับไขมัน HDL cholesterol ที่ต่ำ ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง) นั้น ระดับไขมัน ไตรกรีเซอไรด์ที่สูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 150 mg/dl) และความดันโลหิตสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 mmHg) ควรได้รับความสนใจในการควบคุมเป็นพิเศษ จากข้อมูลของอาสาสมัครที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 19,621 คน (อายุ 45-80 ปี) พบความชุกของ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะโคเลสเตอรอลสูงเท่ากับร้อยละ 13.9, 43.2, 15.9 และ 65.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของการมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนอย่างน้อย 1 ชนิด (defined as the presence of any one or more of following conditions: (1) LDL cholesterol ≥ 160 mg/dl, (2) HDL cholesterol < 35 mg/dl for men and < 45 mg/dl for women, (3) systolic blood pressure ≥ 140 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg, (4) fasting plasma glucose > 125 mg/dl, and (5) taking medication for diabetes, hypertension, or hypercholesterolemia) เท่ากับร้อยละ 82.2 และเมื่อวิเคราะห์หาค่าที่เหมาะสมของดัชนีมวลกายและรอบเอวในการบ่งชี้ถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ชนิด ด้วยเทคนิค Receiver Operating Characteristics (ROC) curve analysis โดยค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอวที่มีระยะทางบนกราฟ ROC สั้นที่สุด จะได้รับการพิจารณาเป็นค่าที่เหมาะสม พบว่าค่าดัชนีมวลกายในคนไทย (อายุ 45-80 ปี) ที่เหมาะสมควรเท่ากับ 23 kg/m^2 ในเพศชาย และ 24 kg/m^2 ในเพศหญิง และขนาดรอบเอวเท่ากับ 80 เซนติเมตร และ 78 เซนติเมตร ควรได้รับการพิจารณาเป็นค่าที่เหมาะสมในเพศชายและหญิงตามลำดับ

จากการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้าของอาสาสมัครแต่ละรายที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอายุ 45-69 ปี จำนวน 16,611 คน โดยใช้คะแนนความเสี่ยงของ Japan Public Health Center Study พบว่าความชุกของอาสาสมัครที่มีความเสี่ยงสูง (estimated-10 year stroke risk มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10.0) เท่ากับร้อยละ 9.2 (ร้อยละ 19.0 ในเพศชาย และร้อยละ 4.4 ในเพศหญิง, $p < 0.001$) และพบว่าระดับการศึกษา รายได้ต่ำ อาชีพ พื้นที่ที่อยู่อาศัย การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะโคเลสเตอรอลสูงมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไร้การจ้างงาน (odd ratio, 3.75; 95%CI, 2.47-5.69) และการไม่รู้หนังสือ (odd ratio, 2.30; 95%CI, 1.44-3.66) มีขนาดความสัมพันธ์ที่สูง ซึ่งน่าจะเป็นเพราะในกลุ่มประชากรกลุ่มนี้มีความชุกของปัจจัยเสี่ยง (เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ ฯลฯ) สูง ดังนั้นจึงควรพิจารณาเน้นการตรวจคัดกรองในประชากรกลุ่มนี้เป็นอันดับต้น ๆ ในปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของคะแนนความเสี่ยง (อายุ เพศชาย เบาหวาน ความดันโลหิตซีสโตลิค การสูบบุหรี่ การได้รับยารักษาความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตไดแอสโตลิค) นั้น พบว่าอายุมาก เพศชาย เบาหวาน ความดันโลหิตซีสโตลิค และการสูบบุหรี่ มีผลกระทบสูงต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้า ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านี้เป็นอันดับแรก ๆ

โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน (ischemic stroke) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทยกล่าวคือ พบได้ประมาณร้อยละ 70.0- 80.0 และในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันนั้นพบชนิดที่เกิดจากหลอดเลือดขนาดเล็กตีบ/อุดตัน (lacunar infarction) ได้บ่อยที่สุด ชนิดที่พบรองลงมาตามลำดับ ได้แก่ ชนิดที่เกิดจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ตีบ/อุดตัน (large artery atherosclerosis) และชนิดที่เกิดจากโรคหัวใจ (cardioembolism)

ปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในระยะเฉียบพลัน ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) ได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน 3 - 4.5 ชั่วโมง การให้ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ การรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบวมจากการขาดเลือดในสมองภายใน 48 ชั่วโมง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในกรณีที่ต้องการมุ่งเน้นการลดอัตราตาย และความพิการ การรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ถือเป็นแนวทางที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ประกอบด้วย พื้นที่หรือหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการอบรมทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการรักษาที่ชัดเจน มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถวินิจฉัยอาการที่แย่ลงได้อย่างรวดเร็ว ประเมินและทำกายภาพบำบัดภายใน 48 ชั่วโมง มีการให้ความรู้และสุขศึกษาในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ รวมทั้งการประเมินก่อนกลับบ้าน นำไปสู่การบริการที่มีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปทั้งทางด้านเศรษฐศาสตร์และผลลัพธ์ทางคลินิก สถาบันประสาทวิทยาได้ดำเนินจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองขึ้นตั้งแต่ปี 2549 โดยระยะแรกได้เปิดดำเนินการจำนวน 5 เตียง สามารถรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ปีละ 380 - 400 ราย สามารถลดอัตราตายของผู้ป่วยได้ร้อยละ 55.0 ต่อมาได้ขยายจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 11 เตียง ในปัจจุบันสามารถรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ปีละประมาณ 700 - 800 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) จะมีผลลัพธ์การรักษาทางด้านคลินิกหรือมีประสิทธิผลการรักษาดีกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป (general ward) โดยจากการศึกษาเรื่องการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ของหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองในสถาบันประสาทวิทยา ในปี 2551 โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของสถาบันประสาทวิทยา ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีอาการของโรคไม่เกิน 7 วัน และรับไว้ในหอผู้ป่วยด้านประสาทวิทยา ผลการศึกษาต้นทุนทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่าค่ารักษาพยาบาลทางตรง (direct medical cost) ของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเท่ากับ 42,400 บาท/admission ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 57 เป็นค่าห้อง (hotel cost) ร้อยละ 23.0 เป็นค่าตรวจวินิจฉัยทางรังสี ความแตกต่างในค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด การรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยต้นทุนรวมทั้งหมด ได้แก่ direct medical cost (ร้อยละ 90.0) direct non-medical cost (ร้อยละ 9.5) และ indirect medical cost (ร้อยละ 0.5) เท่ากับ 48,700 บาท/admission ค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายต่อปี (annual society cost) ประมาณ 118,580 บาท ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 72.0 เป็น direct medical cost ร้อยละ 26 เป็น direct non-medical cost และ indirect cost คิดเป็นร้อยละ 2.0 ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย (hospitalization

cost) ในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และหอผู้ป่วยทั่วไปคิดเป็น 45,855 บาท และ 39,535 บาทตามลำดับ โดยการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองมีต้นทุนส่วนเพิ่มประมาณ 6,959+1,218 บาท แต่ในระยะเวลา 1 ปี จะสามารถประหยัดต้นทุนรายปีได้ ประมาณ 11,462+8,148 บาท ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง มีผลลัพธ์การรักษาทางด้านคลินิกดีกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป สามารถลดอัตราตายและความพิการ รวมทั้งสามารถลดต้นทุนทางสังคม โดยการศึกษานี้ใช้ Barthel Index (BI) วัดผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองมีค่า BI สูงกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป ประมาณ 11.49+3.87 หน่วย สามารถป้องกันความพิการได้มากกว่าหอผู้ป่วยทั่วไป ร้อยละ 15.73 ลดจำนวนวันนอนลง 3.25+1.11 วัน การประเมินผลลัพธ์ในช่วง 1 ปี พบว่าดัชนีบาร์เทลในกลุ่มหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและหอผู้ป่วยทั่วไป เท่ากับ 97.09+0.96 และ 87.62+2.80 หน่วยตามลำดับ และมีอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.696 และ 0.556 ตามลำดับ สำหรับผลการศึกษาต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) โดยเปรียบเทียบหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง กับหอผู้ป่วยทั่วไป ที่รอบระยะเวลา 1 ปี โดยวิธี adjusted by propensity score regression พบว่าหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองสามารถประหยัดได้ 11,462 บาท มีต้นทุนส่วนเพิ่ม 53,774 บาท และ 42,368 บาท ตามลำดับ โดยใช้อัตราคิดลดร้อยละ 3.0 (discount rate) และมีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio: ICER) ตลอดอายุขัยผู้ป่วย เท่ากับ 95,682 บาท ต่อ QALY gained ซึ่งต่ำกว่า 1 GDP (GDP ประมาณ 100,000 บาท) แสดงว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง มีต้นทุนประสิทธิผลสูงมาก เพราะค่า ICER มีค่าน้อยกว่า 1 GDP นอกจากนี้ในการศึกษานี้ได้ศึกษาระดับความคุ้มค่าที่ยอมรับได้ (cost-effectiveness acceptability curve) พบว่าถ้ารัฐยินดีที่จะลงทุน (willingness to pay: WTP) 1 เท่าของ GDP จะมีความคุ้มค่าร้อยละ 29.0 และเพิ่มเป็น ร้อยละ 100.0 ที่ 3 เท่าของ GDP คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายหลัก ดังต่อไปนี้ (1) ลดอัตราตาย (reduce death) (2) ลดความพิการ (reduce disability) (3) ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (reduce health-care costs) กระบวนการเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเน้นระบบและกระบวนการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวข้างต้นประกอบด้วย (1) หาเวชปฏิบัติที่ดี มีมาตรฐานและเหมาะสมที่สุด โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (best practice for stroke care) (2) กำหนดตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นตัวแปรที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ อ้างอิงตาม best practice ปฏิบัติได้จริง ตามสถานภาพของประเทศไทย โดยตัวชี้วัดอาจจะแบ่งได้เป็น process, structure, outcome และ efficiency measures (stroke quality indicators) (3) เมื่อได้ตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ทำการเปรียบเทียบแต่ละโรงพยาบาล (benchmarking) ทั้ง 12 เขตบริการทั่วประเทศ และกรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินภาพรวมของระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาแต่ละเขตที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (4) จัดทำแนวทางแนะนำเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระดับประชาชนทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์ และระดับนโยบาย (4) สรุปตัวแปรที่ทางสถาบันประสาทวิทยารวบรวมมีทั้งหมด 29 ตัวชี้วัด และมาตรฐานที่ต่างประเทศทำในแถบแคนาดา อเมริกา และยุโรป จากการศึกษาดังกล่าวของสถาบันประสาทวิทยา รวบรวมตัวชี้วัดได้ทั้งหมด 29 ตัว ซึ่งครอบคลุมถึงการฟื้นฟู การป้องกันระยะยาวหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว

แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในปีงบประมาณ 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพให้มีทิศทางที่ชัดเจน และเป็นระบบ โดยการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2555-2559) มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Network) ตามสภาพข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์ และการคมนาคม โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครอง หรือการแบ่งเขตตรวจราชการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ โดยการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาคดำเนินการในรูปแบบของเครือข่ายบริการเชื่อมโยงตั้งแต่ รพศ. (ระดับ A) ลงมาถึงระดับบริการปฐมภูมิ (ระดับ P) เป็น 1 ระบบ ซึ่งครอบคลุมสถานบริการภายใน 4 - 8 จังหวัด ดูแลประชากรที่เหมาะสมประมาณ 5 ล้านคน รวมทั้งสิ้น 12 เครือข่าย มีการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการ ดูแลการพัฒนาระบบบริการ การบริหารจัดการ การเงินการคลัง และการรับส่งต่อภายในเครือข่าย เน้นการสนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกัน แทนการแข่งขันในการขยายบริการ

กรมการแพทย์มีบทบาทในการร่วมพัฒนา Service Plan โดยพื้นฐานการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ จากข้อมูลที่สถาบันประสาทวิทยาได้ดำเนินการสำรวจความพร้อมการจัดบริการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองของสถานพยาบาลต่างๆ ในปี 2552 และมีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัย จากข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา ปี 2556 มีจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ และอายุรศาสตร์ จำนวน 434, 431 และ 4,783 คน ตามลำดับ แต่ไม่มีข้อมูลการกระจายของแพทย์ในปีดังกล่าว จึงนำเสนอข้อมูลการกระจายข้อมูลตามภาค และเขตบริการสุขภาพในปี 2553 และข้อมูลความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

ในปี 2552 สถาบันประสาทวิทยาได้จัดทำรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางของผู้บริหารในการตัดสินใจ กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองให้ทัดเทียมนานาประเทศ และสถาบันประสาทวิทยาได้จัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 โดยแบ่งการเก็บตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการเป็น 4 หมวด และได้เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกันยายน 2553 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 10 แห่ง เพื่อเป็นตัวแทนในการจัดทำเกณฑ์คุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมอง และจัดเตรียมระบบสารสนเทศรองรับการดำเนินงาน โดยเริ่มมีการบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (stroke database management system) ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ จำนวน 14 หน่วยงาน เพิ่มเป็น 23 หน่วยงาน ในปีงบประมาณ 2555 และ 31 หน่วยงาน ในปีงบประมาณ 2556 ได้ดำเนินงานต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ซึ่งระบบการเทียบเคียงคุณภาพการให้บริการนี้ ได้แบ่งประเภทของหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ได้แก่ โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม (2) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไประดับจังหวัด และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง (3) โรงพยาบาลเอกชน ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน แบ่งออกเป็น 4 หมวด 25 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2554-2555 และปรับเพิ่มเป็น 29 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2556 เป้าหมาย

ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน อ้างอิงจากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS), American Heart Association (AHA) American Stroke Association (ASA) และตัวชี้วัดบางตัวที่ไม่ได้กำหนดเป็นมาตรฐานจะใช้จากค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดนั้นในเบื้องต้น และมีการปรับค่าเมื่อมีการพัฒนาขึ้น และตกลงร่วมกันในระหว่างการประชุมพัฒนาเครือข่ายประจำปี

ผลการวิเคราะห์ โครงการจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเทียบเคียงคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน เริ่มให้หน่วยงานเครือข่ายร่วมบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2554 จึงใช้ระยะเวลารวบรวมข้อมูล 5 เดือน (1 พฤษภาคม-30 กันยายน 2554) มีหน่วยงานเข้าร่วมโครงการ 14 หน่วยงาน จำนวนผู้ป่วย 1,089 ราย ปีงบประมาณ 2555 (1 ตุลาคม 2554-30 กันยายน 2555) มี 23 หน่วยงาน จำนวนผู้ป่วย 6,041 ราย ปีงบประมาณ 2556 (1 ตุลาคม 2555-30 กันยายน 2556) รวม 31 หน่วยงาน จำนวนผู้ป่วย 6,851 ราย แสดงจำนวนหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการพบว่าเป็นหน่วยงานในกลุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ร้อยละ 74.6 อยู่ในกลุ่มศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงประมาณร้อยละ 19.7 และอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 0.83

รายงานผลการเทียบเคียงคุณภาพการบริการโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

ปีงบประมาณ 2554 ถึง 2556 เทียบกับเป้าหมายรายงานผลการดำเนินการเฉลี่ยแยกตามประเภทของกลุ่มหน่วยงานเครือข่ายเทียบกับค่าเฉลี่ยของผลภาพรวม (1) รายงานสถานะผลการเทียบเคียงคุณภาพการบริการโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2555 ของเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการเป็นรายหน่วยงาน (2) รายงานผลค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานของหน่วยงานระดับนานาชาติ

1. รายงานผลการดำเนินการเฉลี่ยของปีงบประมาณ 2554 ถึงปีงบประมาณ 2556 เทียบกับเป้าหมาย จากข้อมูลการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองของหน่วยงานเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2554 ถึงสิ้นปีงบประมาณ 2556 โดยปีงบประมาณ 2554 มีข้อมูลจากหน่วยงานจำนวน 14 หน่วยงาน จำนวนผู้ป่วย 1,089 ราย ปีงบประมาณ 2555 มี 23 หน่วยงาน ผู้ป่วยจำนวน 6,041 ราย และปีงบประมาณ 2556 มี 31 หน่วยงาน จำนวนผู้ป่วย 6,851 ราย ซึ่งนำมาวิเคราะห์ประมวลผลในการรายงานครั้งนี้ โดยภาพรวม คุณภาพการบริการโรคหลอดเลือดสมองเมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยทั้งของปีงบประมาณ 2554 – 2556 นั้น พบว่ามีตัวชี้วัดหลายตัวมีค่าเฉลี่ยที่ค่อนข้างเข้าใกล้เป้าหมาย บางตัวดีกว่าเป้าหมาย และเมื่อเปรียบเทียบผลเป็นรายตัวชี้วัด ระหว่างปีงบประมาณ 2554 กับปีงบประมาณ 2555 และปีงบประมาณ 2556 พบว่าคุณภาพการบริการโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีแนวโน้มดีขึ้น ในปีงบประมาณ 2556 ได้มีการปรับเปลี่ยนหมวดตัวชี้วัด และเพิ่มตัวชี้วัด จำนวน 2 ตัว ได้แก่ (1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) เพื่อการรักษาภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการ โดยปรับเปลี่ยนจากหมวดกระบวนการ คือ P05 เป็นหมวดมาตรฐาน คือ S03 (2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่กลับบ้าน และได้รับยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) หรือยาต้านการแข็งตัวของลิ่มเลือด (anticoagulant) ขณะจำหน่าย (discharge) โดยปรับเปลี่ยนจากหมวดกระบวนการ คือ P09 เป็นหมวดมาตรฐาน คือ S04 เนื่องจากในระยะแรกของการเก็บข้อมูลร่วมกัน หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่

ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เมื่อดำเนินการระยะต่อมาเกิดการเรียนรู้ปรับปรุงการดำเนินงานจนได้ตามเป้าหมาย จึงมีความเห็นร่วมกันปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดดังกล่าวจากหมวดกระบวนการเป็นหมวดมาตรฐาน จำนวน 4 ตัว ได้แก่ (1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีระดับไขมัน LDL สูง กลับบ้าน และได้รับยากลุ่ม Statin ขณะจำหน่าย คือ S05 (2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการตรวจ EKG Monitor 24 ชั่วโมงแรกหลังรับไว้ในโรงพยาบาล คือ P12 (3) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีภาวะทุพพลภาพลดลง/คงที่ (mRSF/U – mRSจำหน่าย ≤ 0) คือ O06 (4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีความรุนแรงของภาวะโรคหลอดเลือดสมองลดลง/คงที่ (NIHSSF/U – NIHSS จำหน่าย ≤ 0) คือ O07 และเนื่องจากมาตรฐานการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในวารสารวิชาการหลายฉบับ มีการปรับเพิ่มตัวชี้วัด คือ S05 และ P12 ดังนั้นจึงได้ปรับเพิ่มตามเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเทียบเคียงระดับนานาชาติ สำหรับตัวชี้วัดอีก 2 ตัว คือ O06 และ O07 ต้องดำเนินการเพื่อรวบรวมข้อมูลส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายหมวด สรุปได้ดังนี้

(1) หมวดมาตรฐาน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผลดำเนินงาน พบว่า S01 และ S02 ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2554 กับ ปี 2555 และปี 2556 พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ กลุ่มที่ทำได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคือกลุ่มสถาบันเฉพาะทาง

(2) หมวดกระบวนการ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผลดำเนินงาน พบว่า P05 และ P13 ดีกว่าเป้าหมายส่วนตัว ชี้วัดตัวอื่น ๆ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่ส่วนใหญ่ก็มีค่าใกล้เคียงเป้าหมาย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2554 กับ ปี 2555 และปี 2556 พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นทุกตัวชี้วัด ยกเว้น P04 ที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น

(3) หมวดผลลัพธ์ พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผลดำเนินงาน พบว่า O01, O02 และ O03 มีผลดำเนินการดีกว่าเป้าหมาย ส่วน O05 ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่ก็มีแนวโน้มดีขึ้น สำหรับ O04 ได้ตามเป้าหมาย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2554 กับปี 2555 พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงมาก

(4) หมวดโรคแทรกซ้อน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผลดำเนินงาน พบว่าผลการดำเนินงานด้านโรคแทรกซ้อนที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายคือ C03 และ C04 ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมาย

2. รายงานผลการดำเนินการเฉลี่ยแยกตามประเภทของกลุ่มหน่วยงานเครือข่ายเทียบกับค่าเป้าหมาย

(1) กลุ่มศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (H) ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง มีหน่วยงานเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 3 หน่วย งาน ปีงบประมาณ 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 4 หน่วยงาน และปีงบประมาณ 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 5 หน่วยงาน เมื่อ พิจารณาผลการดำเนินงาน พบว่าผลการดำเนินงานทั้ง 3 ปี พบว่ามีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงและเมื่อเทียบกับเป้าหมาย ก็พบว่าตัวชี้วัดผลการดำเนินงานส่วนใหญ่เข้าใกล้เป้าหมาย ยกเว้นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (O04) ที่มีค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมและสูงกว่าเป้าหมายมาก ทั้งนี้เนื่องจากศูนย์เหล่านี้มักจะได้รับผู้ป่วยส่งต่อซึ่งมีภาวะโรคที่อาการหนักและซับซ้อน

(2) กลุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (T) โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีหน่วยงานเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 9 หน่วยงาน และเพิ่มขึ้นเป็น 15 และ 19 หน่วยงาน ในปีงบประมาณ 2555

และ 2556 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานพบว่ามีลักษณะและแนวโน้มไม่ต่างจากกลุ่มศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง คือ มีผลการดำเนินงานส่วนใหญ่เข้าใกล้เป้าหมาย แต่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (O04) ของกลุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่าเป้าหมาย และต่ำกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีการดำเนินงานเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลระดับเล็กกว่า ดังนั้นจึงมีการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อผ่านช่วงวิกฤตไปรักษายังโรงพยาบาลระดับเล็กกว่าต่อไป

(3) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน (P) โรงพยาบาลเอกชน มีหน่วยงานเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 1 หน่วยงาน และ เพิ่มขึ้นเป็น 4 และ 7 หน่วยงาน ในปีงบประมาณ 2555 และ 2556 ตามลำดับ โดยในปี 2554 มีเพียง 1 หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพียง 9 ราย พบว่าผลการดำเนินงานค่อนข้างดีเกือบทุกตัวชี้วัด ยกเว้นร้อยละของผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางที่วางแผนไว้ (P07) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (O04) ที่มีผลการดำเนินงานสูงกว่าค่าเป้าหมายมาก โดยปี 2555 และปี 2556 มีการบันทึกข้อมูล 151 และ 392 รายตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับเป้าหมาย พบว่าผลการดำเนินงานส่วนใหญ่ดี ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (O04) ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายมากนั้น เป็นเพราะค่าใช้จ่ายภาคเอกชนย่อมสูงกว่าภาครัฐ

3. รายงานสถานะผลการเทียบเคียงคุณภาพการบริการโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2555 ของเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการเป็นรายหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2555 มีหน่วยงานเข้าร่วมโครงการ 23 หน่วยงาน แต่มีข้อมูลสมบูรณ์ที่นำมาเทียบเคียงคุณภาพได้ จำนวน 21 หน่วยงาน โดยค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานทุกตัวชี้วัดในภาพรวมของทุกหน่วยงานเท่ากับ 3.78 มีหน่วยงานที่ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ/มากกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวม จำนวน 17 หน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 80.95 ของเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการ และหน่วยงานที่มีค่าเฉลี่ยผลรวมสูงสุดในลำดับที่ 1 คือ T12 ได้เท่ากับ 4.51 และเมื่อพิจารณาเป็นเปอร์เซ็นต์ไทล์ พบว่ามี 11 หน่วยงานที่มีคะแนนคุณภาพอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 โดยทุกหน่วยงานในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนจะอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และกลุ่มศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงจะอยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 จำนวน 3 แห่ง และอีก 1 แห่งก็เข้าใกล้ช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 14 หน่วยงานนั้น มี 5 หน่วยงานที่อยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 อีก 9 หน่วยงานจะอยู่ต่ำกว่าช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50

สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Recommendations)

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต การที่จะกำหนดนโยบายการป้องกัน ตลอดจนการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อลดขนาดของปัญหาลงได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลด้านระบาดวิทยาที่จำเป็นและเชื่อถือได้ ซึ่งประเทศไทยยังขาดข้อมูลอยู่เป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงควรพิจารณาพัฒนาระบบข้อมูลให้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งหวังให้หน่วยงานต่างๆ สามารถให้บริการทางการแพทย์ได้ตามมาตรฐาน มีการพัฒนาไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการระดับตติยภูมิได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองถ้าได้รับการรักษาในเวลาที่รวดเร็วและถูกต้อง จะสามารถลดอัตราตายและความพิการได้

การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) และการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการภายใน 3-4.5 ชั่วโมง (stroke fast tract) อย่างครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมและคุ้มค่า โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จะสามารถเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายให้โรงพยาบาลใกล้เคียงได้ ทั้งนี้จะต้องมีการพัฒนาระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพด้วย

โรคมะเร็ง
Cancer

2

นพ.วีรวุฒิ อิ่มสำราญ* นพ.อาคม ชัยวีระวัฒนะ*
นพ.สมชาย ธนะสิทธิชัย* นพ.ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์* ดร.ศุลีพร แสงกระจ่าง*
นพ.พงศธร ศุภอรรถกร** นพ.รวินทร์ อิงศิโรรัตน์*** พญ.จิตราพร ธนบดี****
รศ.นพ.หัชชา ศรีปลั่ง***** รศ.นพ.สุรพล เวียงนนท์****** นพ.ดลสุข พงษ์นิกร*******

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุตายอันดับหนึ่งของประเทศตั้งแต่ปี 2542 (58.6 ต่อ 100,000 ประชากร) และอัตราตายจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 78.9, 84.9, 91.1 ต่อ 100,000 ประชากรในปี 2546, 2550 และ 2553 ตามลำดับ แนวโน้มของการเป็นมะเร็งในประเทศไทยสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มีปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมจำนวนมากที่อาจจะเป็นสาเหตุ นอกจากนั้นพฤติกรรมในการกินอาหารเปลี่ยนไป รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยลง ประชากรอ้วนมากขึ้น และที่สำคัญคือ ประชาชนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ประเมินว่าในปี 2557 ประชากรไทยจะมีอายุขัยเฉลี่ย 71.3 ปีในเพศชาย และ 78.2 ปีในเพศหญิง ในขณะที่อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศ ลดลง จาก 1.8 ในปี 2545 เป็น 1.6 ในปีปัจจุบัน (ปี 2557) อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ในประเทศไทยอุบัติการณ์มะเร็งในเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี เป็น 74.9 ต่อ 1,000,000 ประชากร ซึ่งต่ำกว่าอุบัติการณ์ในประเทศทางตะวันตก

ในการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยนั้น ใช้วิธีการทำทะเบียนมะเร็งในจังหวัดที่มีความพร้อมในการทำทะเบียนมะเร็ง เพื่อให้การทำทะเบียนมะเร็งมีความครอบคลุมได้สูง โดยจะพิจารณาจากการเป็นตัวแทนของภาคต่างๆ และมีการกระจายตามพื้นที่อย่างเหมาะสม โดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2530 มาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติได้ช่วยพัฒนาให้การทำทะเบียนมะเร็งตามโรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่างๆ ให้มีการเก็บข้อมูลอย่างถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ในหนังสือคู่มือการทำทะเบียนมะเร็งของ IARC ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งในประชากรจำกัดหนึ่งๆ ซึ่งในประเทศไทยจะใช้พื้นที่ของจังหวัดหนึ่ง เป็นการกำหนด

*สถาบันมะเร็งแห่งชาติ **โรงพยาบาลมะเร็วอุบลราชธานี ***โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ****โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
*****มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ******มหาวิทยาลัยขอนแก่น *******โรงพยาบาลลำปาง

ขอบเขตของประชากรรับผิดชอบ โดยมีหน้าที่รับผิดชอบในการวัดและติดตามขนาดของปัญหามะเร็งในประชากรนั้น โดยจะวัดเป็นอัตราอุบัติการณ์ต่อ 100,000 ประชากร เรียกว่า ทะเบียนมะเร็งประชากร (population-based cancer registry) แหล่งข้อมูลของทะเบียนมะเร็งประชากรคือ สถานพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่รับผิดชอบรวมไปถึงห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา เซลล์วิทยา เครือข่ายสาธารณสุข และมรณบัตร เป็นต้น

อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งในจังหวัดต่างๆ ทั้งภาคไม่ได้มีค่าเท่ากันทั้งหมด ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงได้ปรับค่าอัตราอุบัติการณ์ของทะเบียนมะเร็งต่างๆ ไปเป็นอัตราอุบัติการณ์เฉลี่ยของภาคนั้นๆ เสียก่อน เมื่อได้จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในแต่ละภาคแล้ว จึงนำจำนวนผู้ป่วยคาดประมาณเหล่านั้นรวมกันเข้าทั้งหมด เป็นจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในประเทศในช่วงเวลาเดียวกันนั้น จำแนกตามช่วงอายุ 5 ปี และตำแหน่งอวัยวะ แล้วนำมาคำนวณเป็นอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในอวัยวะต่างๆ ของประเทศไทย โดยหารด้วยประชากรในแต่ละช่วงอายุ 5 ปี ตามวิธีการมาตรฐานในการคำนวณ Age Standardized Incidence Rate (ASR) ซึ่งข้อมูลในทะเบียนมะเร็งต่างๆ ที่ได้เก็บรวบรวมมาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากมาย เช่น คำนวณอัตรารอดชีพของผู้ป่วย โดยคำนวณเป็นอัตรารอดชีพสัมพัทธ์ (relative survival) โดยเทียบกับอัตรารอดชีพจากทุกสาเหตุ ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กันอยู่ทั่วโลก เพื่อที่ค่าอัตรารอดชีพที่ได้จะสามารถนำไปเปรียบเทียบกับอัตรารอดชีพในประเทศอื่นๆ ทั่วโลกได้ ประเทศไทยได้มีการรวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาโรคมะเร็งตามหลักสากลมาตั้งแต่ปี 2530 และพัฒนานับจากนั้นอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน สถาบันมะเร็งแห่งชาติและเครือข่ายมะเร็งต่างๆ ยังมีแผนที่จะคำนวณอัตรารอดชีพ อัตราตาย และค่าสถิติอื่นๆ เพื่อทำนายแนวโน้มต่างๆ ในอนาคต โดยนักระบาดวิทยาและผู้เชี่ยวชาญในศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจะตีพิมพ์บทความทางวิชาการในวารสารนานาชาติที่สามารถค้นหาได้จาก PubMed

สำหรับอุบัติการณ์ (Age-Standardized Rate: ASR) โดยรวมของมะเร็งในประเทศไทย เป็น 156.7 ต่อ 100,000 ประชากรในผู้ชาย และ 138.2 ต่อ 100,000 ประชากรในผู้หญิง ชนิดของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทยในผู้ชายคือ มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี (ASR 40.3) มะเร็งปอด (ASR 26.2) มะเร็งลำไส้ใหญ่ (ASR 14.7) ตามลำดับ ส่วนในผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านม (ASR 26.4) มะเร็งปากมดลูก (ASR 16.7) มะเร็งตับและทางเดินน้ำดี (ASR 16.6) ตามลำดับ สำหรับมะเร็งที่มีอุบัติการณ์โดดเด่นที่จำเพาะของแต่ละภาคและแนวโน้มจะเป็นดังนี้ ในภาคเหนือ มะเร็งปอดมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนในปีหลังๆ ส่วนมะเร็งตับโดยเฉพาะชนิดมะเร็งท่อน้ำดีตับกำลังเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในภาคนี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากการแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งพบเพิ่มขึ้นชัดเจนจากการสำรวจในบางพื้นที่ในภาคเหนือ ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนั้นพบว่า มะเร็งท่อน้ำดีตับมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงสูงกว่าอัตราอุบัติการณ์ในภาคอื่น นอกจากนี้ยังพบว่ามะเร็งช่องปากในเพศหญิงในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคอื่นอย่างชัดเจน ซึ่งต่างจากอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากในเพศชายที่ต่ำกว่าภาคอื่นๆ มะเร็งที่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในภาคกลางยังคงเป็นมะเร็งปอด โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออก ได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งปอดในเพศชาย มะเร็งกล่องเสียงในภาคกลางโดยรวมทั้งหมดก็ยังสูงกว่าภาคอื่นๆ นอกจากนี้แล้วภาคตะวันออกยังมีมะเร็งผิวหนัง มะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าพื้นที่อื่นอย่างชัดเจน ส่วนในภาคใต้มะเร็งช่องปากและหลอดอาหารในเพศชายพบสูงกว่าภาคอื่นอย่างชัดเจน แต่ก็ไม่ได้สูงกว่าพื้นที่ภาคตะวันออก ซึ่งเป็น

พื้นที่ชายฝั่งรอบอ่าวไทยเช่นกัน แต่ถ้าดูทุกภาคโดยรวมพบว่า มะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจนถึงราวปี 2545 เป็นต้นไป หลังจากนั้นอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกก็ลดลงตามลำดับ มะเร็งชนิด adenocarcinoma ในอวัยวะต่างๆ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกภาคของประเทศ ซึ่งได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma ซึ่งมีความสัมพันธ์น้อยกับบุหรี่ก็เพิ่มขึ้นในทุกภาค มะเร็งท่อน้ำดีตับก็เพิ่มขึ้นในภาคใต้ จนขณะนี้มะเร็งท่อน้ำดีตับได้เพิ่มสูงกว่ามะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma เสียอีก นอกจากนั้นมะเร็งต่อมลูกหมากก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วประเทศ ซึ่งอาจเป็นผลจากการคัดกรองด้วย PSA และการตรวจรักษาที่ทำได้ง่ายขึ้น ขณะเดียวกันมะเร็งเต้านมในเพศหญิงก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก ประมาณร้อยละ 4-5 ต่อปี และได้ขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในเพศหญิงในภาคกลางและภาคใต้

มะเร็งที่พบบ่อย เช่น มะเร็งปอดชนิด squamous cell carcinoma มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ยกเว้นในภาคเหนือซึ่งมีแนวโน้มลดลง ส่วนมะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma ซึ่งมีความสัมพันธ์น้อยกับบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาค ส่วนมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma พบว่า มีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นผลจากการให้วัคซีนตับอักเสบบีทั้งในประชากรทั่วไปและในเด็กแรกเกิดที่ได้ทำต่อเนื่องมากว่า 25-30 ปี ในทางตรงกันข้ามมะเร็งท่อน้ำดีตับ (cholangiocarcinoma) กลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในภาคใต้ และคาดว่าเพิ่มขึ้นในทุกภาคของประเทศ มะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจนถึงปี 2545 หลังจากนั้นแนวโน้มก็ลดลง สำหรับมะเร็งเต้านมนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วประเทศ ส่วนมะเร็งลำไส้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาคของประเทศ ซึ่งก็เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทั่วไปในประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก อย่างไรก็ตามแนวโน้มในอนาคตอุบัติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่ของประชากรไทยไม่น่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ จนเท่ากับประชากรในประเทศตะวันตก

จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2552 พบว่า ประชากรไทยมีความสูญเสียปีสุขภาวะ ทั้งสิ้น 10.2 ล้านปี เพิ่มขึ้นจาก 9.8 ล้านปี ในปี 2547 และ 9.5 ล้านปี ในปี 2542 จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกในปี 2547 พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคมะเร็งของประชากรไทยคิดเป็น ร้อยละ 7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด จากรายงานภาระโรคระดับเขตและภูมิภาคของประเทศไทยล่าสุด 2552 พบว่าโรคมะเร็งตับและมะเร็งปอดเป็นหนึ่งใน 20 อันดับโรคแรกที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรชายไทย และพบว่าในประชากรหญิงไทย นอกจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งปอดแล้ว มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมยังเป็นหนึ่งใน 20 อันดับโรคแรกที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรหญิงไทย ในภาพรวมแล้วพบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยจากสาเหตุโรคมะเร็งทั้งเพศชายและเพศหญิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2542 จนถึง ปี 2552 ยกเว้นมะเร็งตับ ซึ่งลดลงเล็กน้อย ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงและมีอัตราการตายสูง เช่น โรคมะเร็งตับ และมะเร็งปอด จะทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากและเป็นภาระโรคที่สำคัญของประเทศไทย ในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภาระโรคของประชากรไทย ปี 2552 จาก 14 ปัจจัย พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งอยู่ 7 ปัจจัย ได้แก่ บุหรี่และยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ มลพิษจากฝุ่นละอองในอากาศ และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

โรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความซับซ้อนในการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ต้องใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจจากโรคมะเร็งจึงมีความสำคัญ โดยทั่วไปการประเมินมีความยุ่งยากทั้งทางต้นทุนและผลประโยชน์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างก็ยอมรับกันว่า การตัดสินใจเลือกหรือไม่เลือกดำเนินโครงการใดๆ เลย โดยพิจารณาการประเมินที่ยังไม่สมบูรณ์ก็ยังดีกว่าการตัดสินใจโดยไม่มีการประเมินใดๆ ตัวอย่างเช่น การศึกษาการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบ HBV ในเด็กแรกเกิดเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งตับ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบ HBV ให้เด็กแรกเกิด ตามโครงการ Expanded Program on Immunization ตั้งแต่ปี 2535 ในปี 2548 Vinolbet ได้วิเคราะห์ cost effectiveness พบว่าการฉีดวัคซีนในเด็กแรกเกิดทุกคนจะช่วยลดการเกิดมะเร็งตับในอนาคตและผลการศึกษาการฉีดวัคซีน Human Papilloma Virus (HPV) ในปี 2554 Sitthikorn ได้ประเมินการฉีดวัคซีนในเด็กหญิงอายุ 15 ปี พบว่า ICER เปรียบเทียบกับการคัดกรองโดยวิธี Pap smear ที่ใช้อยู่ พบว่ามีค่าที่สูงเกินไป ต่อมา Termrungruanglert ได้ประเมินความคุ้มค่าของการฉีดวัคซีน HPV อีกครั้งในปี 2555 จากผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้ค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้น แต่สามารถลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและภาวะปากมดลูกมีเซลล์ผิดปกติก่อนเป็นมะเร็งได้ประมาณครึ่งหนึ่งและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกลงได้ประมาณร้อยละ 55.0 แต่จากผลการวิจัยเรื่อง ความคุ้มค่าของราคาวัคซีนป้องกันไวรัส HPV โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) พบว่า ยังไม่มีความคุ้มค่าหากนำมาใช้ในชุดสิทธิประโยชน์ของประเทศไทย

การคัดกรองมะเร็งในปัจจุบันนี้ที่องค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำประเทศต่างๆ สนับสนุนให้ประชาชนได้รับการคัดกรองมะเร็ง 3 มีชนิด คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ โดยมะเร็งเหล่านี้มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ยืนยันว่าสามารถลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคได้ สำหรับประเทศไทยได้เริ่มโครงการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เป็น organized screening มาตั้งแต่ปี 2548 โดยใช้วิธี Pap smear ซึ่งรับผิดชอบโดยกรมการแพทย์ และวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic acid) โดยกรมอนามัย ในปี 2550 HITAP ได้จัดทำการประเมินทางเศรษฐศาสตร์พบว่า มาตรการที่คุ้มค่า ได้แก่ การคัดกรองด้วย VIA ทุก 5 ปี สำหรับสตรีอายุ 30-45 ปี ร่วมกับคัดกรองด้วย Pap smear ทุก 5 ปี สำหรับสตรีอายุ 50-60 ปี สำหรับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาของ HITAP แสดงให้เห็นว่า การคัดกรองด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (mammography) เป็นวิธีเดียวที่มีหลักฐานว่าสามารถลดโอกาสการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมของผู้หญิงที่เข้ารับการตรวจ (ลดได้ประมาณร้อยละ 20) ส่วนการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้นั้นที่นิยมตรวจมี 4 วิธีหลักๆ คือ การตรวจด้วย colonoscopy วิธีนี้เป็น gold standard แต่ต้องมีความพร้อมทางบุคลากรและเครื่องมือ การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระที่เรียกว่า Guaiac-based Faecal Occult Blood Testing (gFOBT) การตรวจ Flexible Sigmoidoscopy (FSIG) และวิธี Faecal Immunochemical Testing (FIT) การศึกษาของประเทศอิหร่านพบว่า การตรวจด้วย FIT มีความคุ้มค่าในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ ในประเทศฝรั่งเศสก็พบคล้ายกันว่า การตรวจด้วย FIT ทุกๆ 1 ปี ให้ความคุ้มค่าที่สุด เช่นเดียวกับประเทศไอร์แลนด์ มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สำหรับประเทศไทยขณะนี้ได้ทำโครงการวิจัยนำร่องการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ที่จังหวัดลำปางด้วยวิธี FIT ในประชากรอายุ 50-65 ปี ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการประเมินความคุ้มค่าจาก HITAP ส่วนมะเร็งตับ hepatocellular carcinoma วิธีที่ยอมรับและเลือกใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งตับทั่วโลกในปัจจุบัน

ได้แก่ การตรวจเลือดหาค่า Alfa- fetoprotein (AFP) ร่วมกับการทำ Ultrasonography (US) ทุก 6 เดือน แต่การตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งตับไม่แนะนำสำหรับประชากรทั่วไป เนื่องจากมีอัตราการเกิดมะเร็งตับต่ำ ในส่วนมะเร็งท่อน้ำดีตับ cholangiocarcinoma เป็นมะเร็งที่พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การคัดกรองโดยทั่วไปคือ การตรวจไข่พยาธิใบไม้ตับและการใช้อัลตร้าซาวด์ในกลุ่มเสี่ยง แต่จากการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์พบว่า ปัจจุบันยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีตับในระดับประชาชน ส่วนการคัดกรองมะเร็งปอดนั้น ไม่แนะนำในกลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากไม่สรุปว่าการตรวจคัดกรองจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด สำหรับทางด้านการวินิจฉัยมะเร็งมีการศึกษาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของการใช้เทคโนโลยี PET/ CT ในประเทศไทย โดย HITAP พบว่า การใช้เครื่อง PET/ CT ในการตรวจวินิจฉัยมีประสิทธิผลสูงกว่าเครื่องมือวินิจฉัยเปรียบเทียบชนิดอื่นในมะเร็ง 8 ชนิด ดังนี้ มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งไทรอยด์ มะเร็งปอด และมะเร็งผิวหนังอื่นๆ แต่ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะในการดำเนินงาน

การประเมินความคุ้มค่าการรักษาโรคมะเร็งเป็นเรื่องที่มีการศึกษามากที่สุดโดยเกือบทุกประเทศทั่วโลกต้องศึกษา เพราะการรักษาโรคมะเร็งนั้นมีราคาแพงทำให้รัฐบาลหรือแพทย์มีความสนใจในข้อมูลการรักษาที่คุ้มค่า รายงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2555 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.1 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 36.9 ในปี 2555 การได้รับรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.1 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 13.8 ในปี 2555 และอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจาก 149.2 ต่อ 100,000 ประชากรในปี 2548 เพิ่มขึ้นเป็น 204.6 ต่อ 100,000 ประชากร และในปี 2555 ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสได้รับรังสีรักษาประมาณร้อยละ 50

การติดตามด้านโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศนั้นมีการติดตาม 3 ด้านคือ การบริหารงานภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การศึกษาระบาดวิทยาของโรคมะเร็งและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ในการบริหารงานภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคมะเร็งนั้น การรายงาน การติดตามและประเมินผล และตัวชี้วัด จะมีการประเมินทางด้านโครงสร้าง แผนงาน การดำเนินกิจกรรมบริการและการ Share Resource ในแต่ละระดับเขตสุขภาพ รวมถึงการประเมินตามเป้าหมาย 5 ประเด็นหลัก คือ ลดป่วย ลดตาย ลดระยะเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย และการบริการที่ได้มาตรฐาน ส่วนการศึกษาระบาดวิทยาของโรคมะเร็งในประเทศ เพื่อจะให้ทราบถึงปัญหาของโรคมะเร็งแต่ละชนิด เช่น อัตราอุบัติการณ์ (incidence rate) อัตราการอยู่รอด (survival rate) อัตราตาย (mortality rate) และแนวโน้มของการเกิด โรคมะเร็งแต่ละชนิดในแต่ละชุมชนด้วย ปัจจุบันประเทศไทยมีการจัดทำทะเบียนมะเร็งทั้งระดับโรงพยาบาล 30 แห่ง (hospital-based cancer registration) และระดับประชากร (population-based cancer registration) 18 แห่ง สำหรับตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ในปี 2556 มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง เช่น ร้อยละของสตรี 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมถึงปี 2557 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 เป็นต้น

การวิจัยและการจัดการความรู้ เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งสำเร็จ จุดมุ่งหมายหลักคือ ลดอัตราการตายหรือลดความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลด้านโรคมะเร็ง ประเมินความคุ้มค่าของกระบวนการหรือเทคโนโลยีต่างๆ ที่ใช้ในการป้องกัน ควบคุม ดูแล รักษา ฟื้นฟู รวมถึงดูแลแบบประคับประคองตลอดจนให้เกิดองค์ความรู้และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับประเทศไทยควรจะเน้นการวิจัยไปในกลุ่มโรคมะเร็งที่พบบ่อย เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งสำไส้ ส่วนมะเร็งอื่นๆ ควรจะให้ความสำคัญรองลงมา การทำวิจัยจะต้องมีทิศทางที่ชัดเจน โดยจะต้องมีฐานข้อมูลด้านการวิจัยของโรคมะเร็ง ได้แก่ ด้านระบาดวิทยา ความเสี่ยง แนวโน้ม ตลอดจนข้อมูลทางคลินิกของโรคมะเร็งดังกล่าว รวมถึงฐานข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ที่เป็นปัจจุบันของประเทศมารองรับและสิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในประเทศ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญคือ มีการสร้างผลงานวิจัย นวัตกรรมและการจดสิทธิบัตร ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การคาดการณ์แนวโน้ม การป้องกันโรค การคัดกรอง วินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก การรักษาโรค การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

กรมการแพทย์ในฐานะที่ดูแลกำกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติและเป็นหน่วยงานสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งควรมีการวางแผน สนับสนุนและผลักดันให้มีการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจให้มากขึ้น แต่การจะเสนอการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจเป็นเรื่องที่ต้องมีการประชุมปรึกษาหารือโดยผู้เชี่ยวชาญว่า ควรเลือกประเมินสิ่งใด เช่น การเสนอให้มีการศึกษาโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ 5 โรค ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งสำไส้ในประเด็นการป้องกันโรค การคัดกรอง การตรวจมะเร็งระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมไปถึงการรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่า ประเทศที่กำลังพัฒนาควรมุ่งเน้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินความสำเร็จและความคุ้มค่าของแผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งของประเทศ

โรคเบาหวาน
Diabetes Mellitus

3

นพ.สมเกียรติ โพธิสัตย์*
นพ.สถิตย์ นิธิมิตมหาปัญญา** นพ.ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์**
นพ.วีระศักดิ์ ศรินนภากร ** พญ.นภา ศิริวิวัฒนากุล**
นพ.สิทธิชัย อาชายินดี*** พญ.ธนพร รัตนสุวรรณ***

โรคเบาหวาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ 1) เบาหวานชนิดที่ 1 (type 1 diabetes) เกิดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินให้เพียงพอ เนื่องจากเบตาเซลล์ (beta cells) ของตับอ่อนถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย 2) เบาหวานชนิดที่ 2 (type 2 diabetes) เป็นเบาหวานที่พบเป็นส่วนใหญ่ เกิดจากการที่ตับอ่อนยังสามารถสร้างอินซูลินได้แต่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน 3) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ (other specific type) เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจนทำให้ตับอ่อนไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลิน เช่น จากการใช้ยาบางชนิด จากการติดเชื้อ เป็นต้น และ 4) โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus) เป็นโรคเบาหวานที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ การศึกษาในปัจจุบันส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และบางส่วนที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในขณะที่การศึกษาอื่นๆ ยังมีอยู่จำกัด

การที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ปัจจุบันอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากผู้ที่เป็นโรคเบาหวานไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวมถึงการให้สุขศึกษาและการสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคและครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ

*สำนักวิชาการแพทย์
**โรงพยาบาลราชวิถี
***โรงพยาบาลเลิดสิน

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการตระหนักถึงปัญหาโรคเบาหวานที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นแต่ยังมีคำถามถึง Triple paradox ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่วินิจฉัยได้ง่าย แต่ผู้ที่เป็นส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัย อีกทั้งปัจจุบันมียาที่รักษาโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพรวมถึงยาฉีดอินซูลิน แต่ผู้ที่เป็นส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ แต่ผู้ที่เป็นจำนวนมากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมา

การดำเนินงานการดูแลรักษาโรคเบาหวาน จึงต้องมีความครอบคลุม ทั้งด้านการป้องกันและควบคุมการเกิดโรค การพัฒนาระบบบริการและการดูแลรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สามารถเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาและคัดกรองการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จึงต้องเร่งพัฒนาระบบฐานข้อมูลระบบบริการ และสถานพยาบาล ตลอดจนพัฒนาบุคลากรในส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อพัฒนาแผนการบริการ ระบบข้อมูลและการติดตาม การสนับสนุนทางเทคโนโลยีตามบทบาทของกรมการแพทย์ตลอดจนกำหนดส่วนที่ขาดในการดูแลรักษาโรคเบาหวานด้านต่างๆ ในประเทศไทยเพิ่มเติม เพื่อนำไปสู่การจัดการความรู้วิชาการอย่างเหมาะสมต่อไป

ปัจจุบัน จากข้อมูลสำรวจประชากรครั้งที่ 5 พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 โดยเพศหญิงมีอุบัติการณ์ที่ ร้อยละ 9.8 และ 7.9 ในผู้ชาย ซึ่งเพิ่มมาจากการสำรวจประชากรครั้งที่ 4 (ชาย ร้อยละ 6.0 และ หญิง ร้อยละ 7.7) นอกจากนี้ยังพบรายละเอียดของผู้ป่วยเบาหวานจากการสำรวจครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานในไทยสามารถควบคุมเบาหวานได้ดีอยู่ที่ร้อยละ 24.0 และที่ควบคุมไม่ดีอยู่ที่ร้อยละ 31.0 พบว่ายังมีประชากรที่เป็นเบาหวาน จำนวน ร้อยละ 46.0 ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าสู่การรักษา โดยเฉพาะในประชากรในกรุงเทพมหานคร เป็นภูมิภาคสูงสุดที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่เข้าสู่ขบวนการรักษา

เบาหวานเป็นสาเหตุการตายของหญิงไทยอายุระหว่าง 50-74 ปี สูงสุด ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลได้ดีขึ้นอยู่กับ งานวิจัย และค่าเป้าหมายของน้ำตาล (A,C และ IFG) เช่น การศึกษา Diabcare Asia (1998) น้ำตาลที่คุมได้ดี HbA1c < 7.0% อยู่ที่ร้อยละ 20.0 การศึกษา Thailand Diabcare Registry (2009, N = 8,913 คน) น้ำตาลที่คุมได้ดี HbA1c < 7.0% อยู่ที่ร้อยละ 26.3 ในขณะที่ NHES 2004 และ 2009 ให้ค่า Fasting plasma glucose < 140 mg./dl. ใน 2004 อยู่ที่ร้อยละ 41.6 และ 2009 อยู่ที่ร้อยละ 43.3 และในปี NHES ครั้งที่ 4 (2014) เบาหวานที่คุมได้ดี FPG 70-130 mg/dl อยู่ร้อยละ 37.9 และ HbA1c < 7.0% อยู่ที่ร้อยละ 35.6

จากข้อมูล Thailand diabetes registry (2003) เบาหวานชนิดที่ 2 มีความชุกของเบาหวานไต ตรวจพบ microalbuminuria ร้อยละ 18.0, proteinuria 17.87 แต่ในเบาหวานชนิดที่ 1 ตรวจพบ microalbuminuria ร้อยละ 15.0 และ proteinuria ร้อยละ 19.7 ซึ่งข้อมูล National Health Security Office ในปี 2014 พบว่าความชุกของเบาหวานขึ้นไต (albuminuria, proteinuria หรือ ไตเรื้อรัง) อยู่ที่ร้อยละ 29.7 ส่วนภาวะแทรกซ้อนทางตาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานตาบอดจะมีสาเหตุมาจากเบาหวานพบว่า ถ้าเป็นเบาหวานมากกว่า 15 ปี จะพบว่ามีเบาหวานขึ้นตาประมาณร้อยละ 10.0 ส่วนข้อมูลความชุกของเบาหวานเท้า (Diabetes foot) อยู่ประมาณร้อยละ 40.0 ซึ่งจะมีบางรายงานอยู่ระหว่างร้อยละ 15.0-26.0 ในขณะที่ข้อมูลการตัดขาจากเบาหวาน นั้นมีรายงานน้อยมาก คือน้อยกว่าร้อยละ 1.0 (ขาข้างขวาร้อยละ 0.9 และขาข้างซ้ายร้อยละ 0.6) ส่วนบาดแผลที่เกิดที่เท้าพบว่า ร้อยละ 5.9 จะมีประวัติมีแผลที่เท้าในขณะที่แผลที่พบขณะทำการสำรวจ อยู่ประมาณ ร้อยละ 3.3 ที่เท้าขวา และ ร้อยละ 1.9 ที่เท้าซ้าย

จากการประเมินค่าใช้จ่าย ตรวจของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย โดยเฉลี่ยผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 115 US Dollar ต่อปี แต่ถ้ามีภาวะแทรกซ้อนค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้น 479 US Dollar ต่อปี กระทรวงสาธารณสุขประมาณค่าใช้จ่ายโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวาน จะอยู่ประมาณ 50,000 ล้านบาท ส่วนตัวแปรที่มีผลต่อค่าใช้จ่าย (predictors) คือผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว มีการใช้อินซูลินในการรักษาและรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยพบว่าค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร อยู่ที่ประมาณ 1682 US Dollar ต่อปี

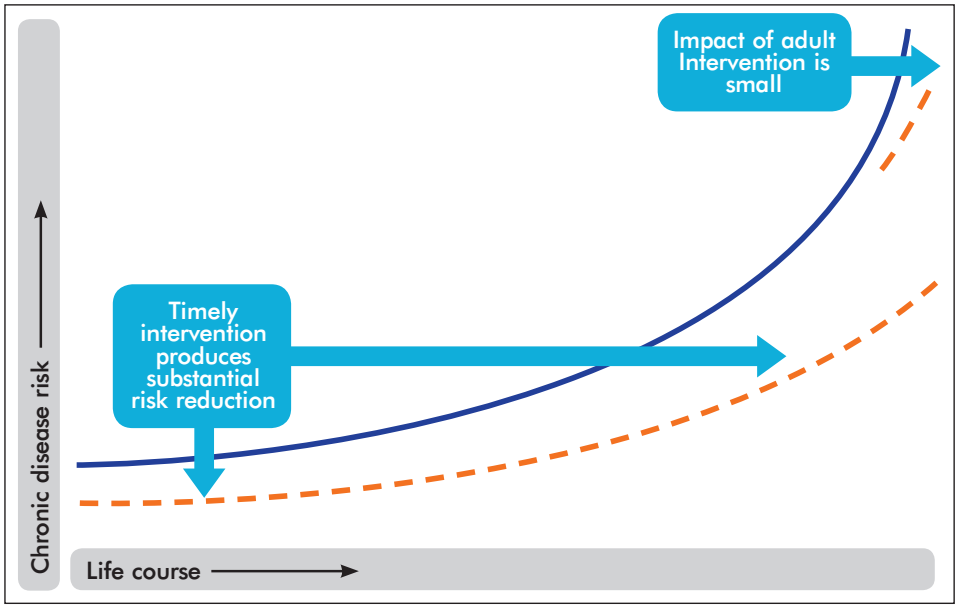
มีข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในผู้ป่วยเบาหวานพบว่า การเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจะใช้ค่าใช้จ่าย ประมาณ 3,647 บาท/วัน และค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 21,881 บาท/ต่อการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนใหญ่ของ Direct cost ของเบาหวาน ครึ่งหนึ่งระหว่างการดูแลผู้ป่วยในและร้อยละ 13.0 จะมาจากการดูแลผู้ป่วยนอกและประมาณร้อยละ 19.0 เป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆ

การเริ่มขบวนการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มต้นการป้องกันขณะที่ยังไม่เกิดโรค เพราะฉะนั้นเริ่มตั้งแต่ยังไม่เกิดโรคดังตัวอย่างในภาพที่ 3.1 และในผู้ป่วยเบาหวานจึงควรพิจารณาใน 2 กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญดังนี้

1. กลุ่มเป็นเบาหวานช่วงตั้งครรภ์ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานในช่วงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคตที่สูงกว่าการตั้งครรภ์ปกติถึง 7 เท่า จาก WHO criteria พบว่า 1 ใน 7 ภาวะหญิงตั้งครรภ์คนไทยจะเป็นGestational Diabetes (GDM) ในขณะที่ให้ International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG) จะพบประมาณร้อยละ 23.0 ซึ่งส่งผลถึงความชุกของภาวะติดโรคที่แตกต่างกัน ผู้ประพันธ์คิดว่าการป้องกันหญิงที่มีภาวะ GDM จะทำให้ป้องกันการเกิดเบาหวานของหญิงไทย ในอนาคตสามารถสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงดังกล่าว เข้ามาคัดกรองและรักษาเมื่อเกิดโรคขึ้นในอนาคตโดยเฉพาะการคัดกรองเบาหวานหลังคลอด

2. กลุ่มเด็กที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ในประเทศไทยยังมีการวินิจฉัยภาวะเบาหวานชนิดที่ 1 น้อยกว่าในประเทศในยุโรป คือ อยู่ประมาณ1.6 และในประชากรเด็ก จึงควรสนับสนุนให้มีการคัดกรองเด็กก่อนที่จะเกิดมีภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้ามารักษาพยาบาล และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ในขณะที่ข้อมูลเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กมีความเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบว่าร้อยละ 30.0-40.0 เด็กที่วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานนั้นเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ยังรอข้อมูลในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าในเด็กนั้นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารขนมที่มีระดับของน้ำตาลสูงขึ้นรวมถึงน้ำอัดลม ซึ่งถ้าสามารถรณรงค์เรื่องการงดขนมที่มีน้ำตาลสูงได้ในสถานศึกษาก็จะสามารถแก้ไขปัญหาในภาพรวมได้ เช่น มีนโยบายเรื่องการออกกำลังกายในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นเบาหวานชนิดที่สูง เช่น อ้วนมาก ก็จะสามารถป้องกันเด็กกลุ่มดังกล่าวเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานได้



ภาพที่ 3.1: ผลกระทบต่อการปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับช่วงเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง โดยถ้าเริ่มการลดความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มเป็นโรคเรื้อรังจะมีผลกระทบที่ดีกว่าเมื่อโรคดำเนินไปเป็นระยะเวลานาน

การเข้าถึงบริการเบาหวาน

จากการสำรวจคุณภาพประชากรครั้งที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่เข้ารับการรักษาอยู่ประมาณร้อยละ 3.0 แต่ถ้าเป็นกลุ่มประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีมากถึงร้อยละ 10.0 ไม่ได้เข้ารับการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่จะต้องนำมาประกอบกับการพิจารณาหามาตรการเพิ่มให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาให้มาโดยเฉพาะสังคมเมือง ที่อาจจะทำให้ประชาชนไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตัวเอง ซึ่งในภาพรวมของประเทศลดลงจากร้อยละ 33.0 เป็นร้อยละ 3.0 ซึ่งอาจจะเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ที่เป็นปัญหาในอนาคตโดยเฉพาะในเขตเมือง เป็นต้น

การควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสมมีการเปลี่ยนแปลง จากแนวทางในเวชปฏิบัติพบว่า ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรจะพิจารณาจากปัจจัยหลายๆ ด้าน ไม่ควรใช้เพียงตัวเลขเพียงอย่างเดียว (HbA1c < 7.0%) ในการบอกว่าควบคุมได้เหมาะสม แต่ควรพิจารณาทั้ง ระยะเวลาของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำตาลต่ำ ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม ระบบที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิตและระยะเวลาของชีวิต (Life expectation) ที่จะต้องพิจารณาเป็นเฉพาะรายบุคคล (Individual Target)

ตารางที่ 3.1: ตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพบริการข้อมูลตามตัวชี้วัดของเครือข่ายวิจัยทางการแพทย์แห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่	ตัวชี้วัด	2011 (ร้อยละ)	2012 (ร้อยละ)	2013 (ร้อยละ)
1	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการสุ่มประเมิน (ราย)	26,230	28,649	27,515
2	มีระดับ FPG หรือ PBS อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ 70-130 mg/dl	40.4	39.2	37.8
3	ตรวจหา HbA1c ประจำปี อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	74.0	78.9	79.0
4	การมีระดับ HbA1c < 7.0%	34.6	33.4	35.8
5	Admit เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน	4.1	3.3	2.9
6	ตรวจหา Lipid Profile ประจำปี อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	72.9	75.4	77.1
7	การมีระดับ LDL < 100 mg/dl	42.8	43.6	44.2
8	ผู้ป่วย DM มี BP ≤130/80 mmHg และ ผู้ป่วย DM+DN มี BP≤ 120/80 mmHg	54.6	51.8	47.8
9	ตรวจหาระดับ Albumin หรือ Protein อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	65.0	53.0	56.0
10	ผู้ป่วย Microalbuminuria ได้รับยา ACE Inhibitor หรือ ARB	51.7	59.7	66.7
11	ได้รับการวินิจฉัยเป็น Diabetic Nephropathy	8.0	14.9	14.5
12	ตรวจจอประสาทตาประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	50.3	55.1	55.8
13	ได้รับการวินิจฉัยเป็น Diabetic Retinopathy	7.1	8.4	7.4
14	ตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	28.5	34.9	38.1
15	ตรวจเท้าอย่างละเอียดประจำปี	55.7	59.9	62.4
16	ตรวจพบแผลที่เท้า	2.4	2.1	1.8
17	อัตราการตัดนิ้วเท้า , ตัดเท้า , ตัดขา	0.3	0.3	0.4
18	พบภาวะแทรกซ้อนหัวใจและหลอดเลือดในรอบ 12 เดือน	1.3	1.1	0.9
19	พบภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองในรอบ 12 เดือน	0.5	0.4	0.5

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อน 5.41 ต่อประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไปแสนคน และอัตราป่วยตายจากโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 1.09 ต่อประชากรสิทธิ UC อายุ 15 ปีขึ้นไปแสนคนซึ่งควรนำปัจจัยเหล่ามาพิจารณาประกอบด้วย

การที่จะพัฒนาระบบการรักษาโรคเบาหวานจะต้องทราบปัญหาว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งจะสามารถทราบได้โดยการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (registry) แต่ถ้าการลงทะเบียนไม่ได้นำมาใช้ในการรักษาหรือแก้ไขก็คงไม่เกิดประโยชน์หรือการพัฒนา จึงต้องนำข้อมูลนั้นมาเพื่อใช้ในการรักษาอาจจะเป็นบุคคลว่าได้ตรวจภาวะแทรกซ้อนใดบ้างหรือยังขาดการตรวจภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง หรือได้รับการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอะไรบ้างและยังไม่ได้สอนเรื่องใด (reminder) และท้ายที่สุดให้นำข้อมูลนั้นมาพัฒนาระบบการรักษาโรคเบาหวาน (re-evaluation)

1. Registry

การพัฒนาการรักษาโรคเบาหวานแต่จากการศึกษา Thailand diabetes registryยังพบว่าผลการรักษาโรคเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง, ไขมันสูงและการหยุดการสูบบุหรี่ รวมถึงพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบว่ามีการเกิดภาวะแทรกซ้อนในความชุกที่สูง แต่การลงทะเบียนผู้ป่วย ปัญหาหนึ่งคือระบบไม่สามารถใช้ร่วมกันในแต่ละโรงพยาบาลเนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลอาจจะมีระบบของตนเอง ถ้าในกระทรวงสาธารณสุขจัดระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถลงทะเบียนละเชื่อมโยงแต่ละโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยและเป็นฐานข้อมูลที่ไม่ซ้ำซ้อน ระบบลงทะเบียนจะมีข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา รวมถึงการตรวจภาวะแทรกซ้อนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การทำ Diabetes Data Center จึงเป็นสิ่งจำเป็นในอนาคตที่กระทรวงสาธารณสุขต้องหาความร่วมมือกับ ทุกภาคส่วนที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมทั้งประเทศ

2. Reminder

ระบบควรมีการแจ้งไปยังทีมที่ให้การรักษาว่าผู้ป่วยในแต่ละรายยังขาดความรู้หรือแม้แต่การรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยประสบผลดีต่อการรักษา โดยการแจ้งเตือนผ่านระบบสารสนเทศ และควรพัฒนาระบบ Data Mobility เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองติดตามตัวผู้ป่วยไปทุกที่เพื่อส่งผลต่อการดูแลต่อเนื่องของตัวผู้ป่วยเองและสถานบริการที่ไปใช้บริการ

3. Re-evaluation

ข้อมูลที่ได้มาจากระบบจะต้องถูกนำมาวิเคราะห์และนำมาปรับปรุงระบบการทำงานอยู่ตลอดเวลาโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยสามารถให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงานสามารถสะท้อนภาพการทำงานได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการวางแผนพัฒนาบริการในสถานพยาบาลนั้นๆในระยะยาวได้ตามกลยุทธ์ของสถานพยาบาลต่อไป

บทสรุป เบาหวานเป็นโรคที่ลดคุณภาพชีวิต และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายของประเทศไทย การที่เข้าใจและสามารถรณรงค์มาตรการณ์ที่มีผลกระทบและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและจริงใจในทุกด้านร่วมไปถึงการประสานงานระหว่าง ข้อมูลวิชาการ เครือข่ายบริการทุกภาคส่วน และนโยบายของรัฐบาล ก็จะสามารถบรรเทาปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานให้เบาบางและลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาวะความดันโลหิตสูง
Hypertension

4

นพ.สมเกียรติ โพธิสัตย์*
นพ.สุรพันธ์ พงศ์สุธนะ**

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภัยเงียบ เนื่องจากไม่มีอาการ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ในสภาพสังคมปัจจุบัน โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทำให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคอื่นๆ ตามมา นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในทั่วโลก

จากข้อมูล พบว่าอัตราป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยมีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงแตกต่างกันตามภูมิภาคและเพศ ในประเทศไทยพบว่า ข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอยู่ที่ 937.58 คนต่อประชากรแสนคน โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบว่าภาคกลางมีอัตราป่วยรวมสูงสุด นอกจากนี้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ ปี 2008-2012 ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ด้านภาระของโรค พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่พบบ่อยและทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไต หรือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการศึกษาในอดีต พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของอัตราตายที่สูงที่สุดมากกว่าการสูบบุหรี่หรือโรคไขมันในเลือดสูง แม้ว่าอัตราตายปรับฐานของความดันโลหิตสูงโดยรวมของผู้ป่วยในประเทศไทยลดลงจากร้อยละ 5.5 ในปี 2543 เหลือร้อยละ 3.9 ในปี 2553 แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยตายจากความดันโลหิตสูงลดลงไม่มาก และสูงถึง 2,478 คน ต่อแสนประชากรในปี 2553 ทางด้านอัตราการเกิดความพิการ พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของอัตราการเกิดความพิการต่อผู้ป่วยเป็นอันดับที่สามรองจากภาวะน้ำหนักตัวน้อยและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงทางหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุกๆ ความดันโลหิตที่สูงขึ้น 20/10 มม.ปรอท เมื่อเทียบกับ 115/70 มม.ปรอท

*สำนักวิชาการแพทย์
**โรงพยาบาลราชวิถี

ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงนั้น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นมาแล้วจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมาก เช่น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ (acute coronary syndrome) จะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเกือบ 50,000 บาทต่อราย และถึง 120,000 บาทต่อรายในปีแรก รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนทางด้านโรคหลอดเลือดสมองทุกชนิดจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้นอย่างมาก ดังนั้น การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเกณฑ์อาจจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลงได้ในระยะยาว

การคุ้มค่าในการดูแล ตั้งแต่การคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงนั้น จะมีค่าใช้จ่ายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปในกลุ่มประชากรที่เราคัดกรอง รวมทั้งการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงนั้น หากอาศัยเพียงความดันโลหิตที่คลินิกเพียงอย่างเดียว อาจทำให้เกิดปัญหา white coat hypertension ซึ่งจะมีผลเสียจากการให้ยาลดความดันโลหิตได้ ในทางกลับกันภาวะ masked hypertension จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาความดันโลหิตในเวลาที่เหมาะสม ซึ่งการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน (home blood pressure monitoring : HBPM) หรือใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบติดตามตัว 24 ชั่วโมง (ambulatory BP monitoring : ABPM) จะสามารถลดการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนนี้ได้ แม้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการตรวจแต่ก็ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาที่ไม่จำเป็นลง ทำให้การใช้ HBPM หรือ ABPM ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่มีการวัดความดันโลหิตครั้งแรกเกิน 140/90 มม.ปรอท ไม่มาก จะมีความคุ้มทุนที่ดีที่สุด

ทางด้านการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงนั้น มีทั้งการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา และการใช้ยาลดความดัน ซึ่งการให้รณรงค์ลดเกลือโซเดียมลงสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดตั้งคลินิกที่สถานที่ทำงานก็ช่วยทำให้การควบคุมความดันโลหิตได้ประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน สำหรับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตนั้นจะเป็นการรักษาเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถคุมความดันโลหิตเข้าเกณฑ์มาตรฐาน

การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงนั้น การตรวจคัดกรองภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจก็มีความคุ้มค่าในการให้การรักษาต่อเนื่อง สำหรับการคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการนั้นยังมีข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจน เนื่องจากอาจมีผลบวกลวงในการตรวจได้ ทำให้มีผลเสียต่อการรักษาและการทำสวนหัวใจ ส่วนการคัดกรองการตีบหลอดเลือดคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการนั้น ยังมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงอยู่และอาจไม่คุ้มค่าในประเทศไทย และยังไม่มีศูนย์ที่เชี่ยวชาญพอที่จะคัดกรองได้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน

การเข้าถึงบริการในปัจจุบัน มีการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย พบว่าประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงขึ้นถึงร้อยละ 68.0 (ในผู้ที่ไม่เคยวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงมาก่อน) และประชาชนไทยเริ่มมีความตระหนักถึงภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นกว่าเดิม และควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์เพิ่มขึ้น แต่ยังถือว่าน้อยอยู่เพียงร้อยละ 40.0 – 60.0 ทำให้จำเป็นต้องส่งเสริมเพื่อเพิ่มความตระหนักและรักษาความดันโลหิตให้เข้าเกณฑ์เพิ่มขึ้น สำหรับการเข้าถึงบริการของภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อเทียบกับความชุกของโรคพบว่าสูงขึ้นกว่าเดิมมากจนปัจจุบันมีถึงร้อยละ 70.0

ในด้านการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยังมีปัญหาอยู่ในประเทศไทยค่อนข้างมาก เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลยังไม่ชัดเจน การลงทะเบียนผู้ป่วยรายโรคยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ และมีการย้ายถิ่นฐานของประชากรในปัจจุบัน รวมทั้งยังขาดข้อมูลพื้นฐานทางด้านความคุ้มทุนในการตรวจคัดกรองพิเศษเพิ่มเติม ซึ่งควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

จากข้อมูลหนังสือการแพทย์ไทย (2554-2557) First Edition แสดงให้เห็นอัตราตาย อัตราความพิการของภาวะความดันโลหิตสูง และค่าใช้จ่ายในการรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ในฉบับนี้จะแสดงให้เห็นการศึกษาที่ชี้ผลกระทบของภาวะความดันโลหิตสูงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจาก ค่า QALY (quality-adjusted life year) และ ค่า DALY (disability-adjusted life year) ดังนี้

QALY (quality-adjusted life year)

มีการศึกษา[2] ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงอย่างเข้มงวด จะมีค่า cost-effectiveness (ICER) อยู่ที่ 2,588 เหรียญสหรัฐต่อ 1 QALY ที่ได้เพิ่มขึ้น และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Moran AE และคณะ[3] ที่ตีพิมพ์ใน NEJM ปี 2015 พบว่าการรักษาความดันโลหิตตามแนวเวชปฏิบัติใหม่ จะสามารถช่วยลด CV event ได้ 56,000 รายและอัตราตายได้ 13,000 รายต่อปี โดยผู้ป่วยที่มีความคุ้มทุนในการรักษาความดันโลหิตสูงคือในผู้ป่วยที่มีโรคทางหัวใจและหลอดเลือดร่วมด้วยอยู่แล้วหรือมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ stage 2 ขึ้นไป ในผู้ป่วยชายอายุ 35–74 ปีและผู้หญิงอายุ 45–74 ปี โดยในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิต stage 1 จะมีความคุ้มทุนในการรักษาความดันโลหิตเมื่อผู้ป่วยอายุ 45–74 ปี (ทั้งเพศชายและเพศหญิง) โดยมีค่าความคุ้มทุนอยู่ที่ 50,000 เหรียญสหรัฐต่อ 1 QALY ที่เพิ่มขึ้น

DALY (disability-adjusted life year)

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง[4] โดยมีการศึกษาพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 56.7 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และร้อยละ 20.6 ในประเทศที่รายได้สูง นอกจากนี้การศึกษาของ Pedro Ordunez และคณะ[5] ในประเทศละตินอเมริกา พบว่าโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดความพิการได้ (DALY) โดยสูงถึงร้อยละ 6.62 และความเสี่ยงนี้จะสูงขึ้นถ้าร่วมกับปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนี้อาจสร้างภาระและความพิการได้ในอนาคตค่อนข้างสูง

ในปี 2547[6] มีการศึกษาถึงการเกิดภาวะทุพพลภาพต่อปี (DALY) ของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ที่ร้อยละ 5.5 โดยมีการคาดประมาณจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Year of Life Lost due to Disability : YLD)[7] พบว่าประชากรไทยมีความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมประมาณ 1.4 แสนปี (คิดเป็น 225 ปีต่อประชากรหนึ่งแสนคน) จำแนกเป็นความสูญเสียในประชากรชาย 7.5 หมื่นปี (243 ปีต่อประชากรชายหนึ่งแสนคน) ประชากรหญิง 6.5 หมื่นปี (206 ปีต่อประชากรหญิงหนึ่งแสนคน) ซึ่งความสูญเสียดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 4.2 ของความสูญเสียจากทุกสาเหตุ

สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพร้อยละ 73.0 ของความสูญเสียทั้งหมดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) ก่อให้เกิดความสูญเสียประมาณร้อยละ 18.7 ของความสูญเสียจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1: จำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

Disease	Male				Female				Both sexes		
	YLD(3,0)	*rates	% of all cause	% of CVD	YLD(3,0)	*rates	% of all cause	% of CVD	YLD(3,0)	*rates	% of all cause
All causes	1,740,713	5,627			1,578,662	4,997			3,319,375	5,309	
Cardiovascular diseases	75,301	243	4.3		65,157	206	4.1		140,458	225	4.2
Rheumatic heart disease	1,108	4	0.1	1.5	1,656	5	0.1	2.5	2,764	4	0.1
Ischemic heart disease	15,646	51	0.9	20.8	10,686	34	0.7	16.4	26,332	42	0.8
Stroke	54,023	175	3.1	71.7	48,451	153	3.1	74.4	102,473	164	3.1
Inflammatory heart disease	727	2	0.0	1.0	567	2	0.0	0.9	1,294	2	0.0
Hypertensive heart disease	412	1	0.0	0.5	798	3	0.1	1.2	1,210	2	0.0
Other cardiovascular diseases	3,384	11	0.2	4.5	2,999	9	0.2	4.6	6,383	10	0.2

*YLDs per 100,000 population

จากข้อมูลสถานการณ์การคัดกรองความดันโลหิตสูงในประเทศไทยในหนังสือการแพทย์ไทย (2554-2557) First Edition แสดงให้เห็นว่า การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (ปี 2551-2552) สัดส่วนของคนที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตร้อยละ 68.0 ของประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยเพศหญิงมีการเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้ดีกว่าชาย อีกทั้งจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี 2553 ของประชากรอายุ 35-74 ปี เพศชายและหญิงไม่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิต ร้อยละ 26.8 และ 18 ตามลำดับ ดังนั้น ปัจจุบันจึงมีการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม

การคัดกรองความดันโลหิตสูง (Screening of hypertension)

เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบที่มักไม่แสดงอาการจนกว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นถ้าหากไม่มีการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตตามมาในอนาคตได้ ดังนั้นในปัจจุบันสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงได้มีการแนะนำให้มีการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป (โดยเฉพาะอายุมากกว่า 35 ปี) โดยจะมีการคัดกรองการวัดระดับความดันโลหิตพร้อมกับการคัดกรองเบาหวานก็ได้

การคัดกรองความดันโลหิตสูงจะเริ่มจากการวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันมาตรฐานและวิธีการวัดที่มาตรฐานหลังนั่งพักแล้ว โดยแบ่งระดับความดันโลหิตเป็น 4 ระดับคือ

1. ระดับความดันโลหิต SBP < 120 มม.ปรอท และ DBP < 80 มม.ปรอท ทั้ง 2 ค่า ซึ่งจะถือว่าปกติ และแนะนำให้คัดกรองระดับความดันโลหิตซ้ำปีละครั้ง
2. ระดับความดันโลหิต SBP 120–139 มม.ปรอท และ/หรือ DBP 80–89 มม.ปรอท จะถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีความดันโลหิตสูง ควรวัดระดับความดันโลหิตซ้ำอีก 1 – 2 เดือน เพื่อเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูง
3. ระดับความดันโลหิต SBP 140–179 มม.ปรอท และ/หรือ DBP 90–109 มม.ปรอท จะถือว่าเป็นกลุ่มที่เป็นความดันโลหิตสูง ควรส่งต่อแพทย์ หรือวัดซ้ำครั้งที่ 2 เพื่อยืนยันระดับความดันโลหิต เพื่อการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง และให้ทำการรักษาต่อไป
4. ระดับความดันโลหิต SBP ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ DBP ≥ 110 มม.ปรอท จะถือว่าเป็นกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก ต้องส่งต่อพบแพทย์เพื่อให้ยารักษาทันที

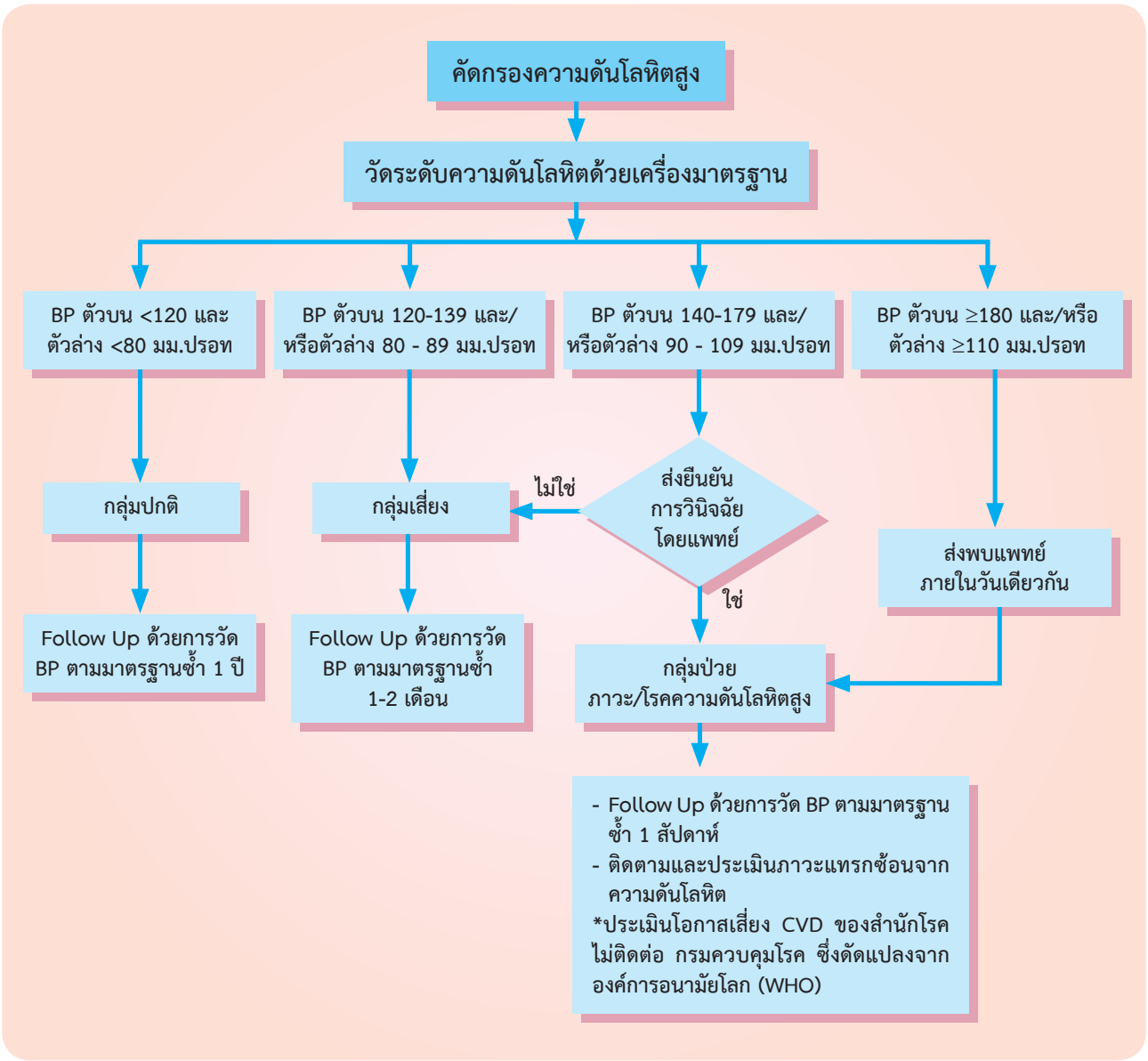
โดยหลังจากวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว ควรติดตามการรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแนะนำให้ทำการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD ด้วยวาจามี 9 ข้อ ดังนี้

1. การกินผัก ผลไม้ ไม่เพียงพอ (ผัก ผลไม้ < 400 กรัมต่อวัน)
2. การมีวิถีชีวิตนั่งๆนอนๆ (มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง < 150 นาทีต่อสัปดาห์)
3. สูบบุหรี่ (ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิกกาแรต บุหรี่ซิการ์ หรือหยุดสูบไม่เกิน 1 ปี)
4. ดัชนีมวลกายและรอบเอวเกิน
5. มีอัตราส่วนของ Cholesterol ต่อ HDL > 5 หรือ ประวัติไขมันผิดปกติ
6. มีประวัติ HT
7. มีประวัติ DM
8. มีประวัติ IHD และ/หรือ Stroke
9. ประวัติญาติสายตรง (บิดา มารดา พี่ หรือน้อง) เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วย CVD

เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด CVD ในอีก 10 ปีข้างหน้า ซึ่งควรให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด CVD ซ้ำเป็นระยะ โดยเป้าหมายในการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ของสำนักงานโรคไม่ติดต่อคือ ร้อยละ 90 ขึ้นไป และควรได้รับการคัดกรองอย่างน้อยปีละครั้ง

Cost-effectiveness of screening hypertension

มีการศึกษา[2] เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยอายุ 50–69 ปี ร่วมกับการควบคุมความดันโลหิตอย่างเข้มงวด จะมีค่าการใช้จ่ายอยู่ที่ 491 เหรียญสหรัฐต่อ 1 QALY ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่ามีความคุ้มทุนในการคัดกรองและให้การรักษาความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุนี้



ภาพที่ 4.1: การตรวจคัดกรองการวัดระดับความดันโลหิต

References

1. ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพในประชากรอายุ 15 – 34 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2558]. เข้าถึงได้จาก : http://mkph.cloud-health.org/index.php/th/2013-08-23-08-06-09/doc_view/136-1-screening-version-final-291014
2. Howard K, White S, Salkeld G, McDonald S, Craig JC, Chadban S, et al. Cost-effectiveness of screening and optimal management for diabetes, hypertension, and chronic kidney disease: a modeled analysis. Value Health 2010;13(2) :196-208.
3. Moran AE, Odden MC, Thanataveerat A, Tzong KY, Rasmussen PW, Guzman D, et al. Cost-effectiveness of hypertension therapy according to 2014 guidelines. N Engl J Med 2015; 372(5): 447-55.
4. de Fatima M, de Souza M, Gawryszewski VP, Orduñez P, Sanhueza A, Espinal MA. Cardiovascular disease mortality in the Americas: current trends and disparities. Heart 2012;98:1207–12.
5. Ordunez P, Martinez R, Niebylski ML, Campbell NR. Hypertension Prevention and Control in Latin America and the Caribbean. The Journal of Clinical Hypertension 2015;17(7):499–502.
6. Bureau of Policy and Strategy. Thailand Health Profile 2005-2006. Nonthaburi: Ministry of Public Health, 2007.
7. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาค่าความสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพจากโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรไทย พ.ศ. 2547. 1-17.

โรคไตเรื้อรัง

Chronic Kidney Disease: CKD

5

นพ.ประเสริฐ ธนกิจจารุ*
นพ.สกานต์ บุนนาค* พญ.วรางคณา พิชัยวงศ์*

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรและมีการดำเนินโรคไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตหรือการปลูกถ่ายไต ทำให้อัตราทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้นอย่างน่าวิตกและน่าจะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของประชากร รวมทั้งเกิดปัญหาเศรษฐกิจต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อประเทศไทยในอนาคต เนื่องจากต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งมีราคาสูงโดยเฉพาะในระยะที่เข้าสู่การให้การบำบัดทดแทนไต และจากการศึกษา Thai SEEK study พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังถึงร้อยละ 17.5 (ประมาณ 8 ล้านคน) แต่มีประชากรเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองกำลังมีโรคไตอยู่ ดังนั้นการตรวจค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การรักษาที่เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไตจึงมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายควรได้รับการรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยหรืออัตราการเสียชีวิตให้น้อยที่สุด จากรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (Thailand Renal Replacement Therapy Registry Report 2013) ในปี 2556 ซึ่งทำการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต จากหน่วยไตเทียมต่างๆ ในประเทศไทยพบว่า สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมาจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดมาตลอดและรองลงมามีสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก นอกจากนี้ยังพบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตระหว่างปี 2550-2554

*โรงพยาบาลราชวิถี

เมื่อแจกแจงตามกลุ่มอายุพบว่ามีมากที่สุดในกลุ่มอายุ 55-64 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 65-74 ปี และ 45-54 ปี ตามลำดับ

เนื่องจากโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญ กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการ โดยได้กำหนดไว้เป็นสาขาหนึ่งของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) โดยการจัดบริการตั้งแต่ (1) การป้องกัน โดยเน้นการทำงานในระดับชุมชนผ่านระบบ district health system (DHS) โดยมี โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นแม่ข่าย และกำหนดให้มีการจัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD clinic) ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายอื่นๆในการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน (2) การคัดกรอง ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเน้นการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงคือในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใน service plan กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงต้องได้รับการตรวจคัดกรองโปรตีนในปัสสาวะและเจาะเลือดวัดระดับซีรั่มครีเอทินิน และรายงานเป็น eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (3) การชะลอความเสื่อมไต เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังแล้ว สิ่งที่สำคัญคือ การป้องกันไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้นหรือเสื่อมลงในอัตราที่ช้าที่สุด กลยุทธ์หลักในการชะลอความเสื่อมไตคือ การกำหนดให้มีการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ รพช. ทุกระดับ (F3 ขึ้นไป) และได้มีการกำหนดองค์ประกอบของคลินิกชะลอไตเสื่อม (4) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 4 ของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการเตรียมตัวสำหรับการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีการเตรียมตัวเอง เตรียมครอบครัว และเตรียมความพร้อมทางสังคมและการทำงานเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงเมื่อต้องรับการบำบัดทดแทนไต ซึ่งการเตรียมตัวดังกล่าวต้องใช้เวลาหลายเดือน และ (5) การบำบัดทดแทนไต ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีการบำบัดทดแทนไต 3 วิธี คือ 1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis: HD) 2) การล้างไตทางช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal disease: CAPD) และ 3) การปลูกถ่ายไต (kidney transplant: KT)

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต ประมาณ 70,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้มีการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น มีการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยโรคไต จะมีค่าใช้จ่ายด้านการค่ารักษาพยาบาลประมาณ 250,000 บาทต่อปี ซึ่งจะทำให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแยกตามสิทธิการรักษาการบำบัดทดแทนไต โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้พบว่า ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนมากจะใช้สิทธิการเบิกจ่ายสิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องส่วนมากใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต แม้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ยืนยาวเท่าคนปกติ ซึ่งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากรายงาน USRDS ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2550 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีอัตรารอดชีวิตดีกว่าการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องอย่างชัดเจน โดยที่เวลา 5 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีอัตรารอดชีวิตประมาณร้อยละ 75.0 เปรียบเทียบกับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องซึ่งมีอัตราการรอดชีวิตใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 34.0 โดยใน 3 ปีแรกผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้องมีอัตราการรอดชีวิตดีกว่าการฟอกเลือดเล็กน้อย แต่ภายหลัง 3 ปี อัตราการรอดชีวิตจะใกล้เคียงกัน ส่วนอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลครบถ้วนชัดเจน ซึ่งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการทำ CAPD ในโครงการ PD first policy ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า มีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 53.1 และ 38.6 ที่เวลา 3 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ

ข้อมูลประสิทธิผลการรักษาที่มีในปัจจุบันนั้นยังไม่สามารถสรุปว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการฟอกไตทางช่องท้อง เป็นการรักษาที่มีประสิทธิผลดีไปกว่ากัน เนื่องจากความแตกต่างของตัวผู้ป่วยที่ส่งผลต่ออัตรารอดชีพและยังไม่มีการศึกษาที่เป็น randomized controlled trials (RCT) การศึกษาเบื้องต้นที่ทำการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของ CAPD กับ HD ในประเทศไทยโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลอัตรารอดชีพที่รายงานโดย USRDS ซึ่งเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่และมีการวิเคราะห์ที่ปรับด้วยปัจจัยอายุ เพศ เชื้อชาติ และการวินิจฉัยเบื้องต้นแล้ว แสดงอัตราตายเฉพาะกลุ่มใน 2 ปีแรก พบว่า CAPD มีอัตราตายต่ำกว่า HD ใน 2 ปีแรก แต่ในปีที่ 3 อัตราตายในกลุ่ม CAPD เพิ่มขึ้นจนกระทั่งสูงกว่า HD เล็กน้อย ในอัตราตายในปีที่ 4 เป็นต้นไป เป็นการรายงานอัตรารอดชีพของกลุ่ม dialysis รวมทั้งหมด ไม่ได้จำแนกเป็นกลุ่ม ซึ่งในการวิเคราะห์นี้ได้กำหนดให้ค่าความน่าจะเป็นตั้งแต่ปีที่ 4 เป็นต้นไปของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน นอกจากประสิทธิผลการรักษาที่ใกล้เคียงกันแล้ว ค่าอรรถประโยชน์ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันเพียง 0.01 ซึ่งต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่งผลให้ QALYs ที่คำนวณได้มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ค่า ICER ของ CAPD เมื่อเปรียบเทียบกับ HD ที่วิเคราะห์ได้จากกรณีหลังมีค่ามากถึง 6.15 ล้านบาทต่อ QALY (เมื่อปรับลดในอัตราร้อยละ 3.0) ดังนั้นจึงควรมีการศึกษามากขึ้นเกี่ยวกับ อรรถประโยชน์ของผู้ป่วย CAPD และ HD เพิ่มเติมและทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาทั้งในกรุงเทพมหานครและในต่างจังหวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถแทนประชากรผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งหมดทั่วประเทศได้

การบริการดูแลรักษาที่ต้องได้รับการพัฒนา

1. การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง นอกจากการเน้นการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแล้ว ควรเน้นเรื่องการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ steroids (NSAIDs) และ การใช้ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ที่ไม่มีการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของโรคไตเรื้อรัง และเป็นยาที่ยังไม่มีการควบคุมการขายผู้ป่วยหาซื้อเองได้ทั่วไป และมักใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน

2. การตรวจวินิจฉัยควรมีนโยบายสนับสนุนการตรวจระดับ creatinine ในเลือดด้วยวิธี enzymatic method และทำการสอบเทียบมาตรฐานห้องปฏิบัติการเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของการวินิจฉัย และติดตามการรักษา โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจรักษาที่อื่น

3. ควรมีการควบคุมคุณภาพการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ศูนย์บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (โดยเฉพาะในส่วนโรงพยาบาลของรัฐที่จ้างเหมาเอกชนมาจัดบริการ) และ ศูนย์บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างเป็นระบบ และมีการบูรณาการเกณฑ์การตรวจรับรองคุณภาพหน่วย HD, PD และ KT และใช้บุคลากรร่วมกันระหว่างองค์กรที่มีหน้าที่ตรวจรับรองคุณภาพ

4. ควรมีการทบทวนความเป็นธรรมในการให้บริการ ที่ยังมีความแตกต่างกันมากในด้านการเข้าถึงบริการและการสนับสนุนและชดเชยค่าบริการdialysis ระหว่างสิทธิการรักษาต่างๆ

5. การให้วัคซีนที่จำเป็นเช่น HBV vaccine แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรเข้าไปอยู่ในสิทธิประโยชน์ที่สามารถเบิกจ่ายได้ตามสิทธิการรักษา

6. ควรมีการจัดระบบบริการ HD เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

7. ควรมีการวางแผนรองรับการขยายบริการของหน่วย HD ที่มีการเพิ่มอย่างรวดเร็วเพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาตามมา คือ ปัญหาเรื่องมาตรฐานการให้บริการ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์

และพยาบาล ปัญหาสมองไหลจากภาครัฐมาอยู่หน่วยไตเทียมเอกชน ปัญหาการให้ภาคเอกชนเข้ามาใช้สถานที่ในการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐ (outsource) แบบที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบ

8. ควรมีการเตรียมงบประมาณ และสถานบริการด้านการบำบัดทนแทนไต ให้เพียงพอกับปริมาณของผู้ป่วยที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจากการศึกษา Thai SEEK พบว่า ความชุกของโรคไตเพิ่มขึ้นมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งในปัจจุบันประชากรไทยในกลุ่มสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ประกอบกับความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและแบบก้าวกระโดด จาก 30 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2540 เพิ่มขึ้นเป็น 1,073.3 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2556

9. การขาดแคลนผู้บริจาคอวัยวะซึ่งเป็นอุปสรรคใหญ่ของการปลูกถ่ายไต มีปัญหามาจาก 2 ส่วนคือ

9.1 ประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบริจาคอวัยวะและยังมีทัศนคติและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดความลังเลในการตัดสินใจบริจาค ซึ่งสามารถทำการแก้ไขด้วยการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ประชาชน และ รณรงค์อย่างจริงจัง

9.2 ผู้ให้บริการที่ยังขาดความเข้าใจในบทบาทการทำงาน การประสานงาน กฎระเบียบข้อบังคับ และขาดความตระหนักถึงความสำคัญ ซึ่งสามารถแก้ไขด้วยการจัดให้มีโครงสร้างและระบบงาน การกำหนดให้มีตำแหน่งพยาบาลผู้ประสานงานการรับบริจาคอวัยวะอย่างน้อย 1 คนต่อ 1 โรงพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง ชี้แจงกฎระเบียบข้อบังคับและสร้างความตระหนักแก่บุคคลากรที่เกี่ยวข้อง

10. ควรมีการรณรงค์ให้มีการหมั่นตรวจเช็คสุขภาพในด้านโรคไตแก่ประชากรทั่วไป ซึ่งจากการศึกษา Thai SEEK พบว่าประชากรส่วนใหญ่ที่มีโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1-3 ไม่เคยทราบมาก่อนว่าตนเองกำลังมีโรคไตอยู่ ดังนั้นการรณรงค์ให้มีการหมั่นตรวจเช็คสุขภาพในด้านโรคไตแก่ประชากรทั่วไป จึงมีความสำคัญ เพื่อให้สามารถนำมาตรการในการชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตมาใช้กับผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

สำหรับแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคไตในประเทศไทยมีหลายแห่งและหลายองค์กรเป็นผู้รับผิดชอบ เช่น สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น โดยแต่ละองค์กรจะมีวัตถุประสงค์ของการนำข้อมูลไปใช้แตกต่างกัน ซึ่งปัจจุบันการจัดการระบบข้อมูลยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้หรือวิเคราะห์ร่วมกัน และแต่ละองค์กรมีรูปแบบการให้บริการและระบบการกำกับติดตาม แต่ยังไม่มีการบูรณาการร่วมกัน ดังนั้นด้านระบบข้อมูล การติดตาม ประเมินผล ควรมีการพัฒนา ดังต่อไปนี้

1. การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการทำงานแบบการบูรณาการและกำหนดทิศทางร่วมกัน

2. การพัฒนาและเชื่อมโยงระบบการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะที่มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้หรือวิเคราะห์และกำกับติดตามร่วมกัน ทั้งในแง่การป้องกัน การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต และการดำเนินการบำบัดทดแทนไตทั้ง HD, PD และ KT เพื่อให้เห็นภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งระบบ

3. ระบบการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการวิเคราะห์ข้อมูลให้ชัดเจนระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

4. การจัดระบบผู้รับผิดชอบด้านการรับ จัดเก็บและส่งข้อมูลที่ชัดเจนในทุกระดับ ทั้งในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และ ระดับประเทศ

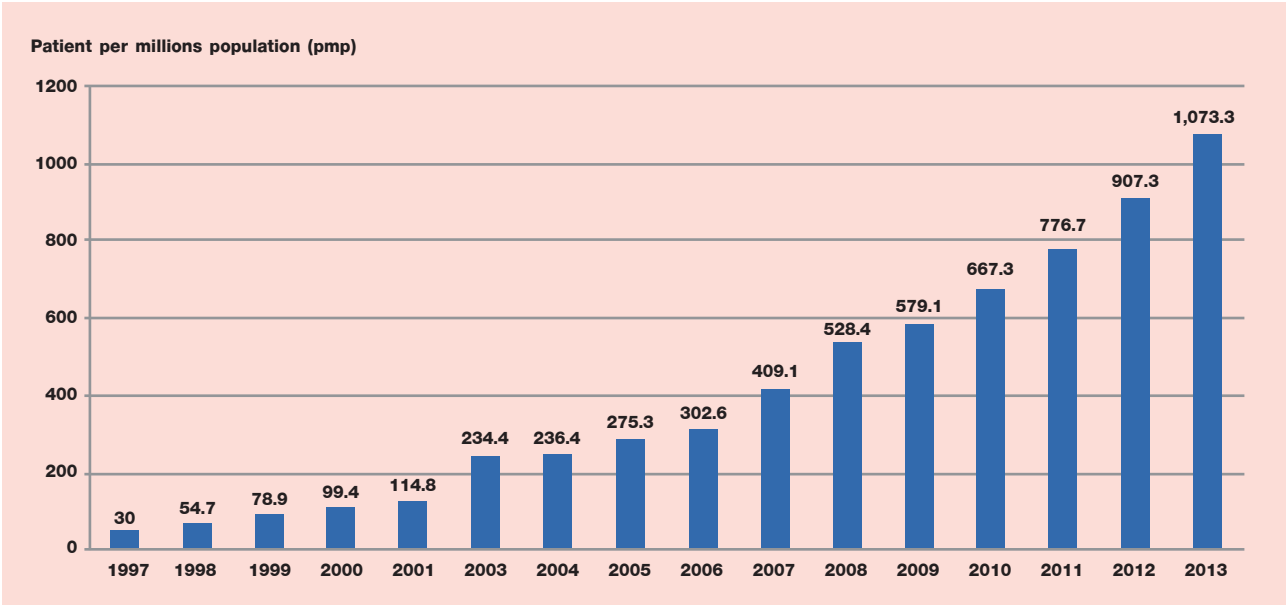
5. การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้แก่ผู้ป่วยในการวางแผนเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตอย่างถูกต้องเพียงพอและทันท่วงทีต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีและเข้ารับการบำบัดทดแทนไต เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการให้เข้ารับการบำบัดทดแทนไตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินรุนแรงในผู้ป่วย

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการบำบัดทดแทนไตในประเทศมีความชุกเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดจนทัดเทียมกับประเทศทางตะวันตกโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศ EU และตั้งแต่มีการประกาศนโยบาย PD first policy ในปี 2550 เป็นต้นมา ทำให้มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยวิธี CAPD เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 24.9 ในปี 2556 หากยังคงมีอัตราการเพิ่มขึ้นของการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ก็เชื่อได้ว่าจะมีอัตราทัดเทียมประเทศในภาคพื้นอเมริกาเหนือได้ในอีก 2-3 ปีข้างหน้า แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดรักษาทดแทนไตและการรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตมีค่าใช้จ่ายสูง เป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ ดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคและชะลอความเสื่อมของโรค CKD จึงมีประโยชน์ในการลดภาระทางเศรษฐกิจด้วย

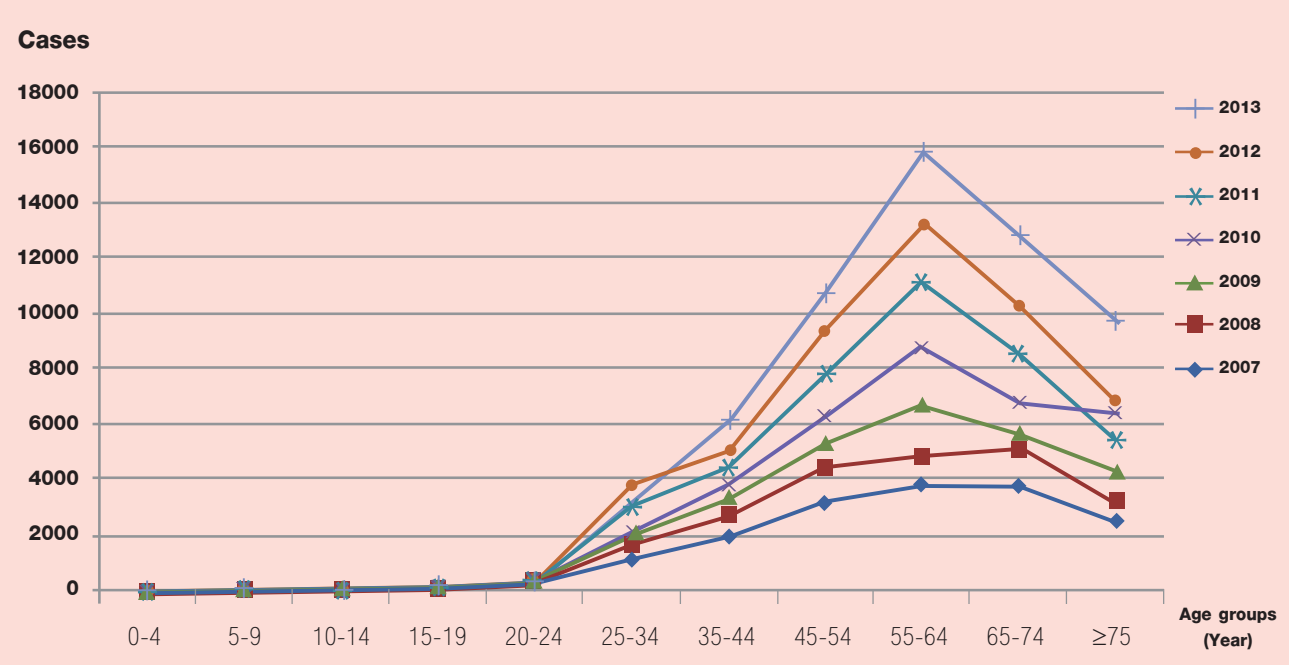
จากบทความโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) ในหนังสือ Thailand Medical Service Profile First Edition ทางคณะอนุกรรมการผู้เขียนบทความ สาขาโรคไตเรื้อรัง ได้ปรับแก้และเพิ่มเติมข้อมูลในบางหัวข้อ ดังต่อไปนี้

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ล้างไตทางช่องท้อง

จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เข้ารับการบริการบำบัดทดแทนไต (ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง หรือ ปลูกถ่ายไต) มีตั้งแต่ผู้ป่วยวัยเด็กและมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ในทุกกลุ่มอายุ (ภาพที่ 5.1 และ ภาพที่ 5.2)



ภาพที่ 5.1 : ความชุกของผู้เข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่ปี 1997-2013 (ต่อล้านประชากร)
ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย



ภาพที่ 5.2 จำนวนผู้เข้ารับบริการด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ล้างไตทางช่องท้อง แยกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี 2007-2013

ที่มา : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

Cost and Interventions

ข้อมูลสถิติปัจจุบันของประเทศไทยจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (TRT 2013) พบว่า มีความชุกของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับ การบำบัดทดแทนไตทั้งหมด 1073.3 รายต่อล้าน ประชากร แบ่งเป็นผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เท่ากับ 545.2 148.6 และ 55.9 รายต่อล้านประชากร ตามลำดับ (ตารางที่ 5.1)

เมื่อแบ่งสัดส่วนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแยกตามสิทธิการรักษาการบำบัดทดแทนไต พบว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนมากเบิกจ่ายจากสิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องส่วนมากใช้สิทธิการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตารางที่ 5.2 และ 5.3)

ตารางที่ 5.1 : จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบริการการบำบัดทดแทนไต แยกตามประเภท ปี 2008-2013

	2008 (pmp)	2009 (pmp)	2010 (pmp)	2011 (pmp)	2012 (pmp)	2013 (pmp)
Hemodialysis	26,438 (417.1)	27,056 (425.9)	30,835 (482.6)	34,895 (545.2)	40,505 (628.5)	47,410 (731.9)
Peritoneal dialysis	2,760 (43.5)	5,133 (80.8)	6,829 (106.9)	9,509 (148.6)	12,150 (188.5)	15,746 (243.1)
Kidney transplantation	2,298 (36.3)	2,923 (46.0)	3,181 (49.8)	3,583 (55.9)	5,729 (88.9)	6,372 (98.4)
Total	**31,496 (496.9)**	**35,112 (552.8)**	**40,845 (639.6)**	**47,987 (749.7)**	**58,385 (905.9)**	**69,528 (1,073.3)**

ที่มา : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

ตารางที่ 5.2 : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แยกตามสิทธิการเบิกจ่าย ปี 2008-2013

	Case (%)					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Self payment	4,716 (24.8%)	4,675 (23.1%)	5,582 (20.5%)	5,923 (18.8%)	6,973 (18.4%)	8,444 (19.4%)
Social security fund	3,229 (17.0%)	3,474 (17.2%)	4,787 (17.6%)	5,841 (18.5%)	7,164 (19.0%)	8,128 (18.7%)
States reimbursement	716 (3.8%)	800 (4.0%)	1,026 (3.8%)	1,202 (3.8%)	1,451 (3.8%)	1,590 (3.7%)
Government reimbursement	7,609 (40.0%)	7,782 (38.5%)	10,455 (38.4%)	11,600 (36.8%)	13,261 (35.1%)	15,009 (34.5%)
National health security office fund	2,576 (13.5%)	3,332 (16.3%)	5,285 (19.4%)	6,766 (21.5%)	8,699 (23.0%)	10,105 (23.2%)
Charity organization	175 (0.9%)	160 (0.8%)	105 (0.4%)	211 (0.7%)	205 (0.5%)	217 (0.5%)
Total	**19,021 (100%)**	**20,223 (100%)**	**27,240 (100%)**	**31,543 (100%)**	**37,753 (100%)**	**43,493 (100%)**

ที่มา : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ: Missing data 2013=3,917 cases

ตารางที่ 5.3 : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แยกตามสิทธิการเบิกจ่าย ปี 2008-2013

	Case (%)					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Self payment	120 (6.5%)	217 (5.7%)	74 (1.2%)	179 (2.0%)	243 (2.0%)	176 (1.1%)
Social security fund	57 (2.9%)	88 (2.3%)	170 (2.7%)	225 (2.5%)	284 (2.4%)	338 (2.2%)
States reimbursement	716 (3.8%)	800 (4.0%)	1,026 (3.8%)	1,202 (3.8%)	1,451 (3.8%)	1,590 (3.7%)
Government reimbursement	7,609 (40.0%)	7,782 (38.5%)	10,455 (38.4%)	11,600 (36.8%)	13,261 (35.1%)	15,009 (34.5%)
National health security office fund	2,576 (13.5%)	3,332 (16.3%)	5,285 (19.4%)	6,766 (21.5%)	8,699 (23.0%)	10,105 (23.2%)
Charity organization	175 (0.9%)	160 (0.8%)	105 (0.4%)	211 (0.7%)	205 (0.5%)	217 (0.5%)
Total	**19,021 (100%)**	**20,223 (100%)**	**27,240 (100%)**	**31,543 (100%)**	**37,753 (100%)**	**43,493 (100%)**

ที่มา : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ : Missing data 2013=362 cases

ตัวชี้วัดคุณภาพระบบบริการโรคไตเรื้อรัง ของ service plan กระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของระบบบริการ (ตารางที่ 5.4) และตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย (ตามข้อเสนอของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย) (ตารางที่ 5.5)

ตารางที่ 5.4 : แสดงตัวชี้วัดคุณภาพของระบบบริการโรคไตเรื้อรัง

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	เป้าหมาย
ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ตัวตั้ง : จำนวนคนที่เป็น DM, HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและได้รับการคัดกรองด้วย urine protein และ CKD-EPI-eGFR อย่างน้อย 1 ครั้ง x 100 ตัวหาร : จำนวนคนที่เป็น DM และหรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง	50% ในปี 2556, 70% ในปี 2557, 80% ในปี 2558 90% ในปี 2559 80% ในปี 2560 (ปี 2560 ลดเป้าลงเพื่อชดเชยในส่วนระบบการรายงานผ่าน Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุขที่ระบบยังไม่สมบูรณ์)
ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังจากการคัดกรอง x 100	เพิ่มขึ้น 10% ในปี 2557-2559 เพิ่มขึ้น 8% ในปี 2560 เพิ่มขึ้น 5% ในปี 2561
มีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม	ตัวตั้ง : จำนวน รพ.ในแต่ละระดับที่มีการดำเนินการคลินิกชะลอไตเสื่อม x 100 ตัวหาร : จำนวน รพ.ทั้งหมดในแต่ละระดับ	รพ.ระดับ 60 เตียงขึ้นไป (A, S, M1, M2, F1, F2) ครบ 100% ในปี 2559 รพ.ระดับต่ำกว่า 60 เตียง (F3) 50% ในปี 2560
คลินิกชะลอไตเสื่อมผ่านการประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	ตัวตั้ง : จำนวน รพ.ทั้งหมดที่มีการดำเนินการคลินิกชะลอไตเสื่อมและผ่านเกณฑ์ประเมินที่ระดับ >70 คะแนน x 100 ตัวหาร : จำนวน รพ.ทั้งหมดที่มีการดำเนินการคลินิกชะลอไตเสื่อม	รพช.ระดับ 60 เตียงขึ้นไป (M2, F1, F2) 50% ในปี 2560
มีบริการ CAPD	ตัวตั้ง : จำนวน รพ.ในแต่ละระดับที่มีบริการ CAPD ในเขต x 100 ตัวหาร : จำนวน รพ.ทั้งหมดในแต่ละระดับในเขต	รพศ/รพท (A, S, M1) 100% ในปี 2556 รพช.แม่ข่าย (M2) 50% ในแต่ละเขตในปี 2558
มีบริการ HD	ตัวตั้ง : จำนวน รพ.ในแต่ละระดับที่มีบริการ HD x 100 ตัวหาร : จำนวน รพ.ทั้งหมดในแต่ละระดับ	รพศ/รพท (A, S, M1) 100% ในปี 2556
มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะ	ตัวตั้ง : จำนวน รพ.ในแต่ละระดับที่มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะ x 100 ตัวหาร : จำนวน รพ.ทั้งหมดในแต่ละระดับ	อย่างน้อย 1 แห่งในทุกเขตในปี 2558 รพศ (A) 100% ในปี 2560 รพท. (S) 100% ในปี 2562
มีศูนย์ปลูกถ่ายไต		อย่างน้อย 1 แห่งในทุกภาค ในปี 2558 อย่างน้อย 1 แห่งในทุกเขต ในปี 2562

ตารางที่ 5.5: แสดงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	เป้าหมาย
ผู้ป่วยมี BP < 140/90 mmHg	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและได้รับการวัดความดันโลหิต ที่ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg x 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและได้รับการวัดความดันโลหิตทั้งหมด	> 80%
ผู้ป่วยได้รับ ACEi/ARB	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับ ACEi/ARB x 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด	> 60%
ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m^2/yr	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ serum creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4 mL/min/1.73 m^2/yr x 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ serum creatinine และ มีผล eGFR ≥ 2 ค่า	> 50% ในปี 2559 > 65% ในปี 2560 และเพิ่มเป้าหมายปีละ 1% จนเป็น 69% ในปี 2564
ผู้ป่วยมี Hb > 10 gm/dL	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ Hb และมีค่าผลการตรวจ > 10 gm/dL X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ Hb ทั้งหมด	> 60%
ผู้ป่วยมี HbA1c 6.5-7.5% (เฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน)	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด	> 40%

ตารางที่ 5.5: แสดงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	เป้าหมาย
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจได้รับยากลุ่ม Statin	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับยากลุ่ม Statin X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด	> 40%
ผู้ป่วยมีค่า serum K < 5.5 mEq/L	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ serum K และมีค่าผลการตรวจ < 5.5 mEq/L X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ serum K ทั้งหมด	> 80%
ผู้ป่วยมีค่า serum HCO3 > 22 mEq/L	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ serum HCO3 และมีค่าผลการตรวจ > 22 mEq/L X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติ ไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ serum HCO3 ทั้งหมด	> 80%
ผู้ป่วยได้รับการตรวจ urine protein โดยใช้แถบสีจุ่ม (dipstick)	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และได้รับการตรวจ urine protein อย่างน้อย 1 ครั้ง X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ urine protein ทั้งหมด	> 80%
ผู้ป่วยได้รับการประเมิน UPCR	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ A,S หรือ M1 ที่ได้รับการประเมิน UPCR อย่างน้อย 1 ครั้ง X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ A,S หรือ M1	> 40%

ตารางที่ 5.5: แสดงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ต่อ)

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	เป้าหมาย
ผู้ป่วยมี UPCR < 500 mg/g cr	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ A,S หรือ M1 ที่ได้รับการประเมิน UPCR และมีผลการประเมิน < 500 mg/g cr X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ A,S หรือ M1 ที่ได้รับการประเมิน UPCR อย่างน้อย 1 ครั้ง	> 40%
ผู้ป่วยมี Serum PO4 < 4.6 mg%	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ A, S หรือ M1 ที่ได้รับการตรวจ Serum PO4 และมีผลการตรวจ ≤ 4.6 mg% X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ A, S หรือ M1 ที่ได้รับการตรวจ Serum PO4 ทั้งหมด	> 50%
ผู้ป่วยมี Serum iPTH < 500 pg/mL	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ A,S หรือ M1 ที่ได้รับการตรวจ Serum iPTH และอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (<500 pg/mL) X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลระดับ A,S หรือ M1 ได้รับการตรวจ Serum iPTH ทั้งหมด	> 50%
ผู้ป่วยที่ได้รับการ emergency vascular access ก่อนเริ่มทำ RRT	ตัวตั้ง : จำนวนผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดรายใหม่ด้วยสายฟอกเลือดด้วย non-cuffed หรือ cuffed double lumens catheter X 100 ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือดรายใหม่ทั้งหมด	< 20%

ขณะนี้ตัวชี้วัดคุณภาพของระบบบริการโรคไตเรื้อรังในส่วนของร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังและ ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ รวมทั้งตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดยกเว้น ผู้ป่วยที่ได้รับการ emergency vascular access ก่อนเริ่มทำ RRT สามารถดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข และ นำมาวิเคราะห์ในระบบ health data center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขได้แล้ว ทำให้การรายงานเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และสามารถลดภาระหน้างานในการกรอกข้อมูลและจัดเก็บตัวชี้วัด แต่ยังคงมีปัญหาการลงหรือเชื่อมต่อข้อมูลจากหน้างานเข้าสู่ระบบ hospital information system (HIS) ของแต่ละ รพ. และการเชื่อมต่อข้อมูล HIS ของแต่ละ รพ. ไปยังฐานข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอยู่บ้าง ซึ่งกำลังได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและครบถ้วนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การติดตามประเมินผลยังไม่มีระบบที่ชัดเจน เป็นการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินผล จากแหล่งต่างๆ โดยคณะกรรมการ service plan สาขาไต และนำมาวางแผนการพัฒนาร่วมกับภาคีต่างๆ เพื่อสรุปผลและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนำเสนอผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ขาดที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับข้อมูลและการติดตาม ได้แก่

- ระบบรายงานตัวชี้วัดผ่านระบบ HDC ยังต้องมีการปรับปรุงในแง่ความเข้าใจของผู้รับผิดชอบข้อมูลระดับ รพ. ในการเชื่อมโยงข้อมูลจาก HIS รพ. เข้ามาในระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) โดยการ mapping ฐานข้อมูลทั้ง 2 ให้ถูกต้อง ซึ่งผู้รับผิดชอบในส่วนกลางต้องทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดและ รพ.
- ยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนางานเช่นข้อมูลด้านบุคลากร และ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ในภาพ ราย รพ. รายจังหวัด และ รายเขต เพื่อนำมาใช้พิจารณาประกอบกับการรายงานตัวชี้วัดคุณภาพบริการและผลลัพธ์
- ในส่วนกลางต้องจัดตั้งคณะทำงานในการวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นในการวาแผนบริหารจัดการและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ
- ยังต้องการการพัฒนาฐานข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งการติดตามการรักษาและส่งต่อ

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

1. คุณภาพการบริการ และระบบข้อมูลและการติดตาม

1.1 ข้อเสนอด้านงานวิจัย

1.1.1 สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่เป็นปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่

1.1.2 ความสามารถในการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ความเหมาะสม และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน

1.1.3 ความเพียงพอ สมรรถนะ ปัญหาและอุปสรรคในการดำรงทรัพยากรบุคคลในการให้บริการ

1.1.4 ค่าชดเชยการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในปัจจุบันของการให้บริการ HD, PD และการปลูกถ่ายไต

1.1.5 แนวทางที่เหมาะสมในการจัดการดูแลแบบ palliative care ให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

1.2 ข้อเสนอด้านการจัดการความรู้

1.2.1 ควรมีการประเมินรูปแบบของคลินิกโรคไตเรื้อรังต้นแบบ และนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของเขตสุขภาพแต่ละเขต และมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาการดำเนินงาน วิธีแก้ไข และ best practice ต่างๆ

1.2.2 ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไตโดยเฉพาะเรื่องที่นอกเหนือจากเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงเช่น การใช้ยา NSAIDs ที่ไม่ถูกวิธี หรือแนะนำการจัดการอาการปวดโดยไม่ต้องใช้ยา NSAIDs การระวังการใช้ยาหม้อ ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามมาตรฐาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่นการกินอาหารรสเค็ม เป็นต้น ลงไปในระดับชุมชนให้มากขึ้นโดยผ่านทางกลไกของ DHS

1.2.3 ควรมีการกำหนดรูปแบบของการให้ความรู้ด้านทางเลือกการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยที่ไม่ลำเอียง นำเสนอข้อดี ข้อเสียตามข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่จริง เพื่อป้องกันการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้ให้บริการ

ยาและสารเสพติด

Drugs and Adductive Substance

6

นพ.วิโรจน์ วีรชัย* นพ.อังกูร ภัทรากร* นพ.ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช* อ.ดร.ประภาพรรณ จูเจริญ**
นพ.ชาญชัย ธงพานิช*** นพ.อภิศักดิ์ วิทยานุกูลลักษณ์**** พญ.ภัทรินทร์ ชมภูคำ*
พญ.วรางคณา รักษ์งาน* นพ.อภิชาติ เธญวัฒนานนท์* ดุษณีย์ ชาญปรีชา*
รุจิรา อาภาบุษยพันธุ์* วันเพ็ญ ใจปทุม* ระเบียบ โตแก้ว* สมบัติ มากัน*
สำเนา นิลบรรพ์* เยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล* สมบูรณ์ เทือกแถว* รัชนีกร ขันตี*
เสมอเหมือน โลหะกิจ* นันทา ชัยพิชิตพันธ์* ธัญญา สิงห์โต*

ยาและสารเสพติด ในโลกปัจจุบันมีหลากหลายประเภท ทั้งประเภทที่ถูกกฎหมายได้แก่ สุรา บุหรี่ และประเภทที่ผิดกฎหมาย ได้แก่ ฝิ่น เฮโรอีน ผงขาว กัญชา ยาบ้า ยาอี ยาไอซ์ ทั้งนี้ยาและสารเสพติดทุกประเภทล้วนมีผลต่อสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำและการตัดสินใจทั้งสิ้น ส่งผลให้ผู้เสพติดมีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ละเลยตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หงุดหงิด ก้าวร้าว ขาดเหตุผลและความรับผิดชอบ เป็นต้น ยาเสพติดยังก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติ ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ จากรายงานปัญหายาเสพติดโลก เมื่อปี ค.ศ. 2012 พบว่า มีประชากร 271 ล้านคนทั่วโลกที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และมีผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดปีละกว่า 300,000 ราย สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 คาดการณ์ว่ามีผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดมากถึง 3.7 ล้านคน

สุรานับเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย หาซื้อได้ง่าย แม้ว่าจะมีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคกำกับดูแลแล้วก็ตาม แต่สุรายังนับเป็นปัญหาหลักของชนทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบคนทั่วโลกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 2,000 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของประชากรโลก เฉลี่ยดื่มคนละ 6.13 ลิตรต่อปี สำหรับประเทศไทย พบคนไทยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับที่ 40 ของโลก โดยเฉพาะสุรากลั่น คนไทยดื่มมากเป็นอันดับที่ 5 ของโลก จากการศึกษาภาระโรคที่เกิดจากการดื่มสุราเมื่อปี พ.ศ.2552 พบปัจจัยเสี่ยงอันดับแรก คือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในเพศชายถึง 912,885 ปี หรือร้อยละ 15.7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของนานาชาติถึง 3 เท่า โดยทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 56.0 รองลงมา คือ การบาดเจ็บ โรคตับแข็ง และมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 23.0, 10.0 และ 9.0 ตามลำดับ ส่วนในภาพรวมของ

*สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์
**มหาวิทยาลัยมหิดล
***โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
**** โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

ประเทศไทยเมื่อปี 2552 พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการเสียเสียชีวิตในเพศชายจำนวน 20,842 ราย หรือร้อยละ 8.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลให้ชายไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงถึง 408,839 ปี (YLLs: Year of Life Lost) คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของการเสียเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าการดื่มสุราส่งผลให้ชายไทยมีชีวิตอยู่กับความพิการสะสมถึง 504,046 ปี หรือคิดเป็นร้อยละ 24.4 ของปีแห่งการสูญเสียความพิการ (YLDs: Year Life Disability) จากสถิติพบว่าเพศชาย มีภาวะการติดสุราเป็นโรคอันดับ 1 ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) และความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) คิดเป็นร้อยละ 26.6 และ 8.7 ตามลำดับ

จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ปี 2554 พบว่าเด็กและเยาวชนในกลุ่มตัวอย่าง ที่มีอายุ 12-24 ปี ใช้ยา และสารเสพติดมากขึ้น จากการประมาณการพบว่าเด็กและเยาวชนทั่วประเทศใช้ยาเสพติดจำนวน 1,715,447 คน โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาเสพติดในช่วงอายุ 15 -17 ปี และยาเสพติดที่ใช้ใน 3 อันดับแรกคือ กัญชา ยาบ้า และไอซ์ สอดคล้องกับข้อมูลการเข้ารับการบำบัดรักษาของผู้ป่วยรายใหม่ ปี 2555 - 2558 พบส่วนใหญ่เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15 – 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.0 – 53.0 ในขณะที่กลุ่มผู้เสพติดที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี เพิ่มขึ้น 1 – 2 เท่า ใน 5 ปี ที่ผ่านมา และสารเสพติดที่มีผู้เสพติดเพิ่มมากขึ้น คือ ไอซ์ ซึ่งมีสัดส่วนเพิ่มเป็น 5 เท่า ใน 5 ปี ที่ผ่านมาเช่นกัน (เปรียบเทียบสถิติจากปี 2553 กับ 2558)

ด้านความรุนแรงของการเสพติดจากสถิติปี 2558 พบกลุ่มผู้เสพร้อยละ 60.78 กลุ่มผู้ติดร้อยละ 36.44 และกลุ่มผู้ติดรุนแรง ร้อยละ 2.79 จากสถิติพบว่า กลุ่มผู้ติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 11.44 จากร้อยละ 25.0 ในปี 2555 เพิ่มเป็นร้อยละ 36.44 ในปี 2558 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีการเสพติดรุนแรงขึ้น แม้รัฐบาลจะมีความพยายามในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดให้ลด ละ หรือเลิกใช้ยา และสารเสพติดก็ตาม อาจเป็นผลมาจากความไม่ตระหนักรู้ของกลุ่มผู้เสพที่ยังคงเห็นข้อดีของการใช้ยา และสารเสพติด หรือแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้เสพ ดังนั้นแนวทางในการแก้ปัญหาในส่วนนี้คือการค้นหา-คัดกรองกลุ่มผู้เสพให้ได้โดยเร็ว และใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) เพื่อให้ให้ผู้เสพเกิดความตระหนักรู้ และเปลี่ยนแปลงตนเอง รวมถึงควรมีการเปิดช่องทางให้ผู้เสพสามารถเข้าถึงการบำบัดได้ง่าย เท่าเทียม และรักษาสิทธิผู้เสพด้วย

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี 2554 – 2558 การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการนำผู้เสพเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา พบว่า ผู้เข้าบำบัดรักษามีแนวโน้มที่สูงขึ้นจาก 187,246 คน ในปี 2554 เป็น 303,509 คน ในปี 2557 และในปี 2558 (ข้อมูลเดือนตุลาคม 2557 - กรกฎาคม 2558) มีผู้เข้าบำบัดรักษาจำนวน 168,667 คน และเมื่อพิจารณาการนำผู้เสพเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาในช่วงที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า อัตราผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดจะมากที่สุด โดยในปี 2554 อยู่ที่ร้อยละ 71.9 ขณะที่ระบบสมัครใจ อยู่ที่ร้อยละ 19.9 และเมื่อมีการปรับแนวทางที่เน้นการนำผู้เสพเข้าสู่การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจพบว่า สามารถนำผู้เสพของสู่ระบบสมัครใจเพิ่มสูงขึ้น อยู่ที่ร้อยละ 49.6 ในปี 2555 แต่นับจากนั้นมา ปรากฏว่าอัตราของผู้เข้าบำบัดรักษาเริ่มกลับสู่รูปแบบเดิมที่มีผู้รับการบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัดมาก โดยในปี 2558 พบผู้เข้าบำบัดรักษาในระบบบังคับบำบัด จำนวน 81,068 คน คิดเป็นร้อยละ 48.1 ระบบสมัครใจ จำนวน 71,227 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 ระบบต้องโทษ จำนวน 16,382 คน คิดเป็นร้อยละ 9.7 ที่ผ่านมาเกือบร้อยละ 50 ของผู้บำบัดรักษาเป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี ถึงแม้ว่าจะมีอัตราลดลงอย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ จึงควรมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งผู้เข้าบำบัดรักษาที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีที่ควรต้องได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน โดยในช่วงนี้มีอัตราลดลงจากร้อยละ 1.1 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 0.7 ในปี 2558 กลุ่มอาชีพหลักยังคงเป็นกลุ่มอาชีพรับจ้าง ว่างงาน และเกษตรกร ร้อยละ 43.9, 18.7 และ 14.7 ตามลำดับ แม้ว่าในช่วงนี้จะมีอัตราผู้เข้าบำบัด

รักษายาบ้าลดลง แต่ยังคงเป็นตัวยาที่มีผู้เสพมากที่สุด ร้อยละ 80.3 ซึ่งยังไม่มีตัวยาใดมาแทนที่ รองลงมาคือ กัญชา มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษา ร้อยละ 6.1 และไอซ์ มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษาร้อยละ 4.4 นอกจากนี้ยังพบว่า เกือบทุกตัวยามีอัตราผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น ยกเว้นยาบ้า และพืชกระท่อมที่มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษาลดลง

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงการเสียชีวิตและความพิการอันเนื่องมาจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย จึงขาดข้อมูลที่จะใช้ในการคำนวณภาระโรคจากการติดยา และสารเสพติด แต่ในปี 2522 สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศมีการศึกษาภาระโรคจากการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายในเพศชาย ร้อยละ 0.7 และเพศหญิงร้อยละ 0.1 ของภาระโรคจาก 14 สาเหตุความเสี่ยงที่ศึกษามีค่า = 45,147 ปี มีการสูญเสียสูงสุดในช่วงอายุ 30 – 44 ปี เมื่อเปรียบเทียบภาระโรคกับปัจจัยอื่นๆ การใช้สารเสพติดอยู่ในอันดับที่ 12 จาก 14 ปัจจัยความเสี่ยง ซึ่งมีค่าต่ำมาก ซึ่งการศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ข้อมูลความชุกของการใช้สารเสพติดได้จากการสำรวจสถานภาพการใช้สารเสพติดในปี 2550 – 2551 โดยเป็นการสำรวจระดับประเทศ

ในปีเดียวกันมีการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนชาวไทยเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้เสพติดพบผู้ติดสารเสพติด จำนวน 14,376 ราย แบ่งเป็นกัญชา 6,711 ราย แอมเฟตามีน 6,634 ราย และเฮโรอีน 1,031 ราย มีผู้เสียชีวิตร้อยละ 0.1 (403 ราย) จากการเสพติดสารเสพติด ส่งผลให้การสูญเสียปีสุขภาวะจากการใช้สารเสพติด (เสียชีวิต และพิการ) = 1.36 (100,000 ปี) แบ่งเป็นเพศชาย 1.28 (100,000 ปี) และหญิง 8.6 (100,000 ปี) สิ่งสำคัญ คือ ผู้เสพติดเหล่านี้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วย

ในประเทศไทยพบว่ามีการประเมินผลของเศรษฐศาสตร์สุขภาพในผู้ใช้ยาและสารเสพติด พบว่ามีการดำเนินการน้อยมาก เริ่มมีการดำเนินการเมื่อปี 2546 แต่เป็นการศึกษาเฉพาะหน่วยงานเท่านั้น ส่วนในปี 2550 มีงานวิจัยในรูปแบบของการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) 1 ปีงบประมาณ โดยศึกษาต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพติดทั้งในระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ ในมุมมองของผู้ให้บริการศึกษาเป็นต้นทุนรวม (ค่าแรงบุคลากร ค่าเสื่อมอาคาร สถานที่ ค่าครุภัณฑ์) และต้นทุนผันแปร กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มคือ สถานบำบัดรักษายาเสพติดที่เป็นตัวแทนของระบบต่างๆ รวม 40 แห่ง ต้นทุนรวมในระบบสมัครใจ บำบัดแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยคนละ 8,199.52 บาท บำบัดแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยคนละ 41,419.29 บาท การติดตามการรักษาเฉลี่ยคนละ 1,234.46 บาท ระบบบังคับบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยคนละ 2,628.95 บาท บำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยคนละ 65,190.73 บาท ระบบต้องโทษ เฉลี่ยคนละ 19,058.23 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของศิริเพ็ญ อุษณีย์ และจารุวัฒน์ในปี 2552 ที่มีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วงเดียวกัน ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ต้นทุนรวมต่อคนในการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนสูงกว่าการดูแลผู้ป่วยนอกในทุกระบบ ต้นทุนการบำบัดผู้ป่วยเสพติดที่มีอาการทางจิตสูงกว่าผู้ป่วยเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิต การไม่กลับไปเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้นต้นทุนการบำบัดจะน้อยลง และผู้ป่วยระบบสมัครใจเลิกใช้ยาเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการบำบัดด้วย

ทั้งนี้การกระทรวงสาธารณสุขมีเจตนารมณ์และให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายให้ผู้ป่วยเสพติดได้รับการดูแลช่วยเหลือเท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคอื่นและให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมสร้างหลักประกันได้ว่าผู้ป่วยเสพติดจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานที่ดี โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในส่วนของผู้ป่วยเสพติดที่ยังไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดอย่างเด็ดขาด กระทรวงได้มีการพัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่ออื่นในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดโดยวิธีการฉีด ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว หรือใช้สารเสพทดแทนภายใต้การกำกับของแพทย์ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอื่นๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของบุคคลในสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดปรับตัวเองให้ลด

การใช้ยาเสพติดลง ธำรงสถานภาพตนเองไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จนจิตใจเข้มแข็งพอที่จะเลิกใช้นาเสพติดด้วยความสมัครใจ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีเป้าหมายใน 4 ระดับคือ 1) ลดอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และผู้เสพติดสามารถเข้าถึงสิทธิการในการดูแลสุขภาพ 2) ป้องกัน และดูแลการติดเชื้อที่สำคัญในผู้ใช้ยาเสพติดโดยวิธีการฉีด (โดยเฉพาะโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเลือด) 3) จูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และหยุดฉีด โดยใช้ยาทดแทน 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดด้วยวิธีการฉีดสามารถปรับตัวได้ลดการใช้ยาเสพติดลง ธำรงสถานการณ์ไม่ใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีแนวทางในการดำเนินชีวิต จนหยุดใช้ยาได้ ด้วยมาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดแบบรอบด้าน ภายใต้การบริการ 10 ชุดบริการ คือ 1) สร้างความรู้ 2) ใช้ยาทดแทน 3) สนับสนุนอุปกรณ์สะอาด 4) แจกถุงยางอนามัย 5) ให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ 6) ตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7) ป้องกัน วินิจฉัย รักษาวัณโรค 8) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 9) ให้การรักษาด้านจิตเวช 10) บำบัดรักษา และป้องกันการเสพติดซ้ำ ทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ยุทธศาสตร์ตามกรอบแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 - 2562 คือ

1. ยุทธศาสตร์การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด
2. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
3. ยุทธศาสตร์การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม
4. ยุทธศาสตร์การควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด
5. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างประเทศ
6. ยุทธศาสตร์สร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด
7. ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมภาคประชาชน
8. ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ

จาก 8 ยุทธศาสตร์หลักดังกล่าวข้างต้นสามารถจัดหมวดหมู่ยุทธศาสตร์ที่มีกระบวนการดำเนินงานเกี่ยวข้องเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเป็น 4 ด้านด้วยกัน

1. ด้านการป้องกันยาเสพติด ประกอบด้วย
   - ยุทธศาสตร์ที่ 1 การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด
   - ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหายาเสพติด
   - ยุทธศาสตร์ที่ 7 การมีส่วนร่วมภาคประชาชน
2. ด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ประกอบด้วย
   - ยุทธศาสตร์ที่ 2 การแก้ไขปัญหาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
   - ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม
3. ด้านการปราบปรามยาเสพติด ประกอบด้วย
   - ยุทธศาสตร์ที่ 4 การควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด
   - ยุทธศาสตร์ที่ 5 ความร่วมมือระหว่างประเทศ
4. ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย
   - ยุทธศาสตร์ที่ 8 การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดนับเป็นหนึ่งในนโยบายของรัฐบาล ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ และร่วมกันแก้ไขปัญหาการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแต่ละประเภท จึงควรมีแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดเหล่านั้นให้ปลอดภัยจากอาการ อาการแสดง และภาระของโรคเสพติด ทั้งนี้คุณภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด และกิจกรรมการบำบัด (Intervention) ที่พัฒนาขึ้น เพื่อสะท้อนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นถึงวิธีการปฏิบัติ การช่วยเหลือ การดูแล รักษา การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด รวมถึงมองเห็นถึงจุดแข็ง และโอกาสพัฒนาในวงการสาธารณสุขไทยที่อาจเป็นอีกหนึ่งพลังในการผลักดันให้เกิดนโยบายการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้มีคุณภาพและเหมาะสมกับบริบทสังคมไทยได้ ดังนี้

การติดยาเสพติดก่อให้เกิดโทษทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจของผู้เสพติดรวมทั้งยังอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องให้การบำบัดรักษาให้หายจากสภาพของการเสพติด ระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสมัครใจ หมายถึงการที่ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดยาเสพติดที่ต้องการจะเลิกเสพยาเสพติด สามารถขอรับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้อาจจะเป็นการสมัครใจตามมาตรการของโรงเรียน โรงงาน หรือมาตรการทางสังคมหรือครอบครัวที่จูงใจให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาโดยสามารถเข้ารับการรักษาในในโรงพยาบาลของภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชน และศูนย์ฟื้นฟูฯ ของรัฐร่วมกับเอกชนอีกด้วย

2. ระบบบังคับบำบัด หมายถึงผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาด้วยระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพ จะถูกนำเข้ารับการบำบัดฯ ในระบบนี้ และหากผู้เข้ารับการบำบัดฯ มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ก็จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี การนำผู้เสพติดเข้าบังคับบำบัด เริ่มจากการที่ผู้เสพติดถูกจับกุมตามฐานความผิดที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟู ฯ พ.ศ.2545 และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ศาลจะสั่งให้พนักงานคุมประพฤติตรวจพิสูจน์ว่าเป็นบุคคลที่เป็นผู้เสพติดจริง ผู้เสพติดจะถูกกักกันไว้ในสถานที่รอตรวจพิสูจน์ พนักงานคุมประพฤติจะต้องจัดทำข้อมูลให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน หากไม่เสร็จสามารถขยายได้อีก 15 วัน แต่รวมแล้วไม่เกิน 45 วัน และเสนอข้อมูลดังกล่าวต่อคณะอนุกรรมการฟื้นฟูฯ เพื่อวางแผนการฟื้นฟูฯ และส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูในสถานที่ที่เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการฟื้นฟูฯ ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 แบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

2.1 การฟื้นฟูสมรรถภาพฯ แบบไม่ควบคุมตัว มีหลักการปฏิบัติเช่นเดียวกับการบำบัดฯ แบบผู้ป่วยนอกของระบบสมัครใจในสถานพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข หรืออาจให้การฟื้นฟูฯ ในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่ายวิถีพุทธ หรือโปรแกรมสำนักงานคุมประพฤติ

2.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพฯ แบบควบคุมตัว เน้นการฟื้นฟูฯ แบบพักค้างในสถานที่จัดหาเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เป็นระยะเวลา 4 -6 เดือน และสามารถขยายระยะเวลาการฟื้นฟูฯได้ครั้งละ 6 เดือน แต่รวมแล้วต้องไม่เกิน 3 ปี ซึ่งในการดำเนินงานได้บูรณาการทรัพยากรบุคคลและสถานที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การฟื้นฟูฯ แบบควบคุมตัวมีประสิทธิภาพ

3. ระบบต้องโทษ หมายถึงผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย เรือนจำหรือทัณฑสถานได้จัดให้มีการบำบัดฟื้นฟูฯ ขึ้นภายในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ในกรณีที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี จะได้รับการบำบัดรักษาในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพ การให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้

มีรูปแบบและสามารถให้บริการบำบัดรักษาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่เหมาะสม สามารถสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานเดียวกัน เกิดผลสัมฤทธิ์ด้านการบำบัดฟื้นฟู การดำเนินงานดังกล่าว จะสามารถกระตุ้นให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพงานโดยใช้กลไกจากการประเมินและรับรองจากภายนอก โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2545 เป็นต้นมา การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด มีการทำข้อตกลงในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีการจัดทำข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานสำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด จัดให้มีระบบการติดตามนิเทศและประเมินผลการดำเนินงานตามข้อกำหนดและเกณฑ์มาตรฐานรวมทั้งให้การรับรอง โดยคณะกรรมการร่วมระหว่างสถาบันธัญญารักษ์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

แผนการพัฒนาระบบบริการด้านยา และสารเสพติด (Service Plan) (ปี 2557-2559)

เป้าประสงค์

1. ปัญหายาเสพติดและสารเสพติดลดลง
2. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในครอบครัว ชุมชน
3. บุคลากรและสถานพยาบาลมีศักยภาพ และเพียงพอต่อสภาพปัญหา
4. ผู้ป่วยยาและสารเสพติดระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมบริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู
5. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพไร้รอยต่อในในเขตพื้นที่จังหวัดและเขตบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด

1. ผู้เสพยาและสารเสพติดรายใหม่ลดลง
2. ผู้ติดยาและสารเสพติดได้รับการคัดกรอง และเข้าถึงบริการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรง ร้อยละ 60
3. ร้อยละของผู้ติดยาและสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวได้ตามปกติ ร้อยละ 80
4. ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดได้รับการรักษาและสามารถหยุดเสพได้ต่อเนื่อง 3 เดือน ร้อยละ 80
5. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการรักษาและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี และไม่เสพติดซ้ำร้อยละ 80
6. สถานพยาบาลยาเสพติดได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) ร้อยละ 70

แผนการพัฒนา

1. ด้านบุคคลากร พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ เพียงพอตามความจำเป็นในสถานพยาบาลแต่ละระดับ รวมทั้งมีระบบการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
2. ด้านสถานที่ พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีความพร้อมตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถรองรับผู้ป่วยตามสภาพปัญหา ความรุนแรงของการเสพติด และรองรับการรับส่งต่ออย่างสมบูรณ์ภายในเขตพื้นที่จังหวัดและเขตบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

3. ด้านกระบวนการ พัฒนาสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีกระบวนการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน สร้างความปลอดภัย ลดขั้นตอน ลดค่าใช้จ่าย มีการบูรณาการร่วมกับครอบครัว โรงเรียน สังคม ชุมชนตลอดจนสถานประกอบการ ก่อให้เกิดทัศนคติการยอมรับและให้โอกาส ถือผู้เสพเป็นผู้ป่วยมิใช่อาชญากร และให้เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยความสมัครใจเป็นเบื้องต้น

จากนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand) ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 82/2546 ลงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 เรื่อง แนวทางการจัดทำระบบข้อมูลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้ง กระทรวงยุติธรรม มหาดไทย กลาโหม และ กรุงเทพมหานคร ฯลฯ ได้ดำเนินการพัฒนาแบบรายงานในระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ขึ้น โดยมีการเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ช่วงการประกาศสงครามยาเสพติดในปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันและยังคงมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ที่เป็นผู้เสพ ผู้ติด ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ทั้ง 3 ระบบ คือระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยรายงานผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต http://antidrug.moph.go.th มีศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด/อำเภอ เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ประสานงานติดตามและตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงานเฝ้าระวัง แก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ วางแผนกำหนดเป้าหมาย สถานการณ์ แนวโน้มด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันกลุ่มเสี่ยงของประเทศไทย การติดตามประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศ รวมทั้งสำนักงบประมาณได้นำข้อมูลจากระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ไปเป็นข้อมูลหลักในการจัดสรรงบประมาณด้านการบำบัดรักษาในแต่ละหน่วยงาน

ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) เป็นระบบรายงานที่ครอบคลุมในกระบวนการตั้งแต่ การค้นหาผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด การคัดกรองผู้เสพและผู้ติดสารเสพติด แบบการบันทึกประวัติ แบบการบำบัดรักษา แบบบันทึกการจำหน่ายและแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลเพื่อนำไปวางระบบการเฝ้าระวัง และกำกับดูแลช่วยเหลือผู้เข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดอย่างครบวงจร

2. เพื่อให้มีข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยทั้งประเทศ เป็นฐานข้อมูลกลาง สำหรับการกำหนดนโยบาย แผนงานและงบประมาณสนับสนุนการให้บริการบำบัดรักษายาเสพติด และป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) มีการจำแนกการรายงานเป็น 5 แบบรายงาน ดังนี้

บสต.1 คือ แบบรายงานเบื้องต้นในการค้นหารายชื่อผู้ใช้ยาเสพติดหรือการรายงานตัวผู้ใช้ยา/สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชนของทุกพื้นที่

บสต.2 คือ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

บสต.3 คือ แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด

บสต.4 คือ แบบจำหน่ายเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด

บสต.5 คือ แบบติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดเป็นแบบบันทึกการติดตามการรักษาต่อเนื่องโดยเกณฑ์การติดตามผู้ผ่านการบำบัดแล้ว จำนวน 7 ครั้งใน 12 เดือน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ที่ครอบคลุมในกระบวนการบำบัดรักษาและดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาและสารเสพติด ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ได้แก่

1. การค้นหา โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมรายงานข้อมูลให้ชุดปฏิบัติการดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด เพื่อใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังในพื้นที่ และศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอ/เขต รวบรวมส่งเฉพาะแบบสรุปการรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด

2. การจำแนกคัดกรองเพื่อส่งต่อเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ หน่วยสนับสนุนข้อมูลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด บสต.2 เข้าสู่ระบบการรายงานยาเสพติด

3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ ผู้ติดยาเสพติด ในกรณีที่ผู้เสพ/ผู้ติด เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งหน่วยบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดทุกแห่ง ทำการบันทึกและรายงาน ด้วยแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด บสต.3 และกรณีส่งต่อเพื่อการรักษา เนื่องจาก ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ จึงขอย้ายที่บำบัด หรือเนื่องจากต้องไปบำบัดในหน่วยที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น หน่วยบำบัดที่ทำการส่งผู้ป่วยต้องบันทึก บสต.3 (ในส่วนส่งต่อ) เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด

4. การจำหน่ายผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสู่ชุมชน เมื่อสิ้นกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ทั้งแบบครบกำหนดหรือไม่ครบกำหนด ในแต่ละระบบหน่วยบำบัดที่ทำการบำบัดผู้ป่วยต้องจัดทำข้อมูลตามแบบจำหน่าย เพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด บสต.4 เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด

5. การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดหลังการจำหน่าย เมื่อได้รับรายงาน บสต.4 ที่บันทึกสาเหตุการจำหน่ายเป็นแบบ “ครบกำหนด” ให้ชุดปฏิบัติการดูแลผู้เสพ / ผู้ติดสารเสพติดของ ศพส.กทม. ศพส.น.1-9 ศพส.จ. ศพส.อ. ประสานทีมติดตามระดับพื้นที่เพื่อติดตามให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย หน่วยบำบัดใดเป็นผู้ติดตามหน่วยนั้นต้องรายงานผลการติดตามในแต่ละครั้ง ตามแบบการติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด บสต.5

ในกรณีที่ผู้ใช้สารเสพติดบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สำเร็จ หรือผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสำเร็จ แต่ไม่สามารถติดตามได้ครบตามกำหนด ซึ่งการติดตามผลควรติดตามให้ได้ 7 ครั้ง หรืออย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี เมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนให้ดำเนินการตามระบบการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดของชุมชนใหม่ แต่หากบุคคลนั้นยังอยู่ในชุมชน ให้คงรายชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อ ตามแบบ บสต.1 และดำเนินการเพื่อให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาต่อไป เนื่องจากกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามการรักษายังไม่สิ้นสุด

การติดตามการรักษา หมายถึง การติดตามดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และคืนสู่ครอบครัว โดยให้การช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดรักษาสามารถหยุดการใช้ยาและสารเสพติด ไม่กลับไปเสพติดซ้ำ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ภายหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดรักษากับสถานพยาบาลเรียบร้อยแล้วใช้ระยะเวลาการติดตาม 1 ปี โดยทีมผู้ให้บริการจะมีการสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานผู้เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดหัวใจ

Coronary Artery Disease

7

นพ.เกรียงไกร เฮงรัศมี* นพ.วิรัช เคหสุขเจริญ* นพ.เอนก กนกศิลป์* นพ.ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ*
นพ.จรินทร์ อัศวหาญฤทธิ์* พญ.พรวลี ปรปักษ์ขาม* นพ.บุญจง แซ่จึง*

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประชากรในไทยและทั่วโลก ทำให้เกิดความบกพร่องในภาวะสุขภาพ (morbidity) หรือการเสียชีวิต (mortality) โดยผ่านทางสาเหตุหลักๆ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease: IHD) หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF) ในทุกๆ กลุ่มประเทศทั่วโลก

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอาจอธิบายง่ายๆ ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มต้นด้วยการมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง บุหรี่ โรคอ้วน เป็นต้น ทำให้มีพยาธิสภาพที่หลอดเลือด เมื่อโรคดำเนินมานานพอสมควรและหลอดเลือดตีบลงจนถึงจุดหนึ่งก็อาจจะเริ่มเกิดอาการ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อย และเป็นภาวะที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นสาเหตุของการเกิดความพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วย และก่อให้เกิดภาวะสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ในปี 2008 ข้อมูลจาก WHO Thailand ได้ประมาณการว่า อัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน เท่ากับ 343 รายต่อ 100,000 ประชากรในเพศชาย และเท่ากับ 280 รายต่อ 100,000 ประชากรในเพศหญิง โดยเมื่อคำนวณอัตราการเสียชีวิต พบว่าร้อยละ 27.0 ของประชากรทั้งหมด ทุกเพศ ทุกวัย มีสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับจำนวนประชากรไทยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในปี ค.ศ.2008 มีประมาณ 53,328 คน (ร้อยละ 10.3) ของการเสียชีวิตทั้งหมด เมื่อปรับโดย age adjusted rate พบว่าอัตราตายอยู่ที่ 87.08 ต่อ 100,000 ประชากร

---

*สถาบันโรคทรวงอก

ข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.2 ล้านราย หรือคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด สำหรับจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานว่ามีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงขึ้นจากอัตรา 56.5 ต่อ 100,000 ประชากรในปี 2528 เพิ่มเป็น 793.03 ต่อ 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2552 โดยมีอัตราตายอยู่ที่ประมาณ 21-23 รายต่อ 1,000 ประชากร และพบว่าอัตราป่วยสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ มากกว่า 60 ปี (197.19 ต่อ 100,000 ประชากร) ในสหรัฐอเมริกามีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี มีผู้ป่วยใหม่ที่เป็น AMI อย่างน้อย 3 แสนรายต่อปีหรืออาจจะมากกว่านั้นส่วนหนึ่งจะเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ประมาณว่าคนอเมริกาจะเสียชีวิตจากโรค AMI หนึ่งคนทุก 36 วินาที ดังนั้นจะเห็นว่าอัตราตายของ AMI จะมากกว่าร้อยละ 30.0 แม้ว่าจะมีการทำ primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ซึ่งพบว่าสามารถลดอัตราตายได้ แต่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งประมาณร้อยละ 30.0-50.0 เสียชีวิตก่อนมาโรงพยาบาล เนื่องจากอาจจะเสียชีวิตที่บ้าน ที่ทำงาน หรือในสถานพยาบาลที่ไม่สามารถทำ primary PCI หรือให้ยาละลายลิ่มเลือดได้หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยสูงอายุและเป็น AMI มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราตายสูง และมีข้อจำกัดในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด การทำ primary PCI จึงมีประโยชน์อย่างมากในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าการทำการเปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุด (early reperfusion) ด้วยการใช้ early fibrinolytic treatment และการทำ early PCI โดยทีมงานของ effective cardiac catheterization center จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพยากรณ์โรคที่ดีขึ้นมากกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด การพัฒนาให้โรงพยาบาลทุกแห่งสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสมตลอดจนการเพิ่มศูนย์หัวใจที่มีศักยภาพในการทำ primary PCI จึงน่าจะเป็นเรื่องที่ดีแต่ยังมีข้อจำกัดทั้งในด้านของทรัพยากรที่ต้องใช้ค่อนข้างสูง รวมถึงต้องการบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะที่เพียงพอ ทำให้การสร้าง cardiac catheterization center ในทุกที่จึงไม่น่าจะเป็นได้ในระยะเวลาอันสั้น แนวคิดการสร้าง network ที่เหมาะสม การสร้างระบบข้อมูลที่ดีจึงน่าจะเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่ระบบทั้งด้านการตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง การให้การช่วยเหลือขั้นต้น การส่งต่อและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปสู่การพยากรณ์โรคที่ดีของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตามการป้องกันและรักษาโรคหรือภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจก็เป็นสิ่งสำคัญ ปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษา Interheart study ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักผลไม้ ภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) ถ้าได้รับการดูแลควบคุมจะช่วยลดอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมาก นอกจากนั้นการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนถึงอาการของโรค วิธีปฏิบัติตัว ตลอดจนทราบว่าเมื่อมีอาการจะต้องไปสถานพยาบาลแห่งใด รวมถึงการมีทีมงานซึ่งประกอบด้วย แพทย์ ผู้ช่วย พยาบาลห้องสวนหัวใจ พยาบาลห้องผู้ป่วยหนักหัวใจ และระบบเครือข่ายการส่งตัวผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วย AMI มีอัตราตาย และผลแทรกซ้อนที่ลดลง ดังนั้น**ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือการให้ความรู้ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะที่มีคนใช้บริการมากก็คือโทรทัศน์ และ social media ถ้าเป็นไปได้สร้างเป็น free application ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายหรือ heart attack application**

ข้อมูลการศึกษาเรื่อง cost effectiveness ในกลุ่มโรค ACS ของประเทศไทยมีอยู่จำนวนน้อยมาก การศึกษา TACSR (Thai Acute Coronary Syndrome Registry) ในปี 2007 มีการรายงานเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะ ACS ด้วยวิธีต่างๆแต่ไม่มีการวิเคราะห์ในเรื่องความคุ้มค่าและประสิทธิภาพของแต่ละวิธีการรักษา ดังนั้นข้อมูลที่ใช้อ้างอิงจึงมาจากการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่

การศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มทุนและประสิทธิภาพของการใช้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด streptokinase (SK) เทียบกับยา tenecteplase (TNK) โดยอาศัยข้อมูลการศึกษา unit cost ของโรงพยาบาลพระมงกุฎพบว่ามีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นโดยประมาณ (expected cost) ของยา TNK จำนวน 115,488.50 บาท ในขณะที่ยา SK อยู่ที่ 134,026.41 บาท ยา TNK มีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่า (incremental cost) ที่ -18,537.91 บาท โดยยา TNK มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดที่ดีกว่ายา SK ที่ 20% (incremental effectiveness ที่ 0.2053) พบว่าต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนยาละลายลิ่มเลือดชนิด SK ไปเป็นยา TNK ต่ออัตราการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่เพิ่มขึ้น (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) มีค่าเป็นบวก ดังนั้นการพิจารณานำยา TNK มาใช้แทนที่ยา SK จึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณาในอนาคตต่อไป

รายงานการศึกษาในปี 2005 เปรียบเทียบประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการให้ยาละลายลิ่มเลือดกับหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (immediate angioplasty) โดยใช้การประมาณค่าใช้จ่ายตามระบบประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ (NHS England) พบว่าหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพที่ดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยสามารถลดอัตราตายลงจากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 4.9 ลดอัตราการเกิด reinfraction จากร้อยละ 7.6 เป็นร้อยละ 3.1 และลดอัตราการเกิด stroke จากร้อยละ 2.3 เป็นร้อยละ 0.7 และพบว่าในสถานการณ์ที่สามารถเลือกวิธีการรักษาได้ทั้งสองแบบการทำหัตถการเปิดหลอดเลือดมีความคุ้มค่ามากกว่าโดยมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นต่อผู้ป่วยแต่ละรายที่ 543 ปอนด์แต่มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า (0.925 Health Status unit (HS)) เมื่อเทียบกับการให้ยาละลายลิ่มเลือด (0.841 HS) และมีค่า incremental cost-effectiveness ratio (ICER) ที่ 6473

ในปี 2013 มีรายงานจากฐานข้อมูลประชากรชาวเยอรมันในเรื่อง cost effectiveness ของการทำระบบเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วย STEMI ไปยังสถานบริการที่สามารถเปิดการขยายหลอดเลือดได้ 24 ชั่วโมงเทียบกับการรักษาตามมาตรฐานดั่งเดิมที่มีในแต่ละโรงพยาบาลก่อนการมีระบบเครือข่าย พบว่าระบบเครือข่ายสามารถลดอัตราตายได้จากร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 9 ในโรงพยาบาลในเขตบริการเครือข่ายโดยมีค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการช่วยชีวิตเพิ่มขึ้น (initial incremental costs per saved live) อยู่ที่ €7727 ซึ่งเป็นอัตราค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ในระบบสุขภาพที่ใช้ศึกษา

ตารางที่ 7.1 : เปรียบเทียบการทำ Primary percutaneous Coronary Intervention (PCI) กับการใช้ยา Streptokinase (SK) และ Tenectaplase (TNK)

	PCI	SK	TNK	No.Rx.
ราคาต่อหน่วย		8,000	23,000	
unit cost	2,488,000	175,000	190,000	
- patency rate (%)	93	50	75	
- mortality rate (ต่างประเทศ)	5		7	
- mortality rate (ในประเทศ)	7	9.6	7.3	12
ผู้ป่วยทั้งหมด (10,000 ดวงใจ)				
ผู้ป่วยจำนวน 11,600 คน	3,177	4,100		
- คิดเป็น 100%	25.3	33.5		
- ตายลดลงจาก		402	302	
- total cost (ล้านบาท)		33 ล้านบาท	94.3 ล้านบาท	

ข้อเสนอแนะคือ ในปัจจุบันมียาละลายลิ่มเลือดตัวใหม่ Tenectaplase ที่พิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 75.0 เปรียบเทียบกับยา Streptokinase ที่ใช้ในปัจจุบันซึ่งเปิดหลอดเลือดได้เพียงร้อยละ 50.0 ดังนั้นถ้านำยา Tenectaplase มาใช้จะช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องมาทำบอลลูนต่ออย่างมากและยาดังกล่าวบริหารได้ง่ายสามารถมีไว้และให้ได้สะดวก ภายใต้การให้คำปรึกษาของอายุรแพทย์และ/หรืออายุรแพทย์โรคหัวใจ

ข้อเสนอเพื่อการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้

มาตรการในการยกระดับการรักษา ACS ให้ได้มาตรฐาน

1. ควรพิจารณาถึงประสิทธิภาพของยาละลายลิ่มเลือด

ยา streptokinase มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดได้ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับยาละลายลิ่มเลือดชนิด fibrin-specific agents อื่นๆ แนวทางการรักษาผู้ป่วย STEMI ในปัจจุบันแนะนำให้มีการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในกลุ่ม fibrin-specific agents มากกว่า จึงควรพิจารณานำยาละลายลิ่มเลือดชนิด fibrin-specific agents มาใช้แทนในกรณีที่ไม่สามารถส่งมาทำ primary PCI ได้ตามเวลาที่กำหนด

2. ควรมีมาตรการในการเพิ่มการสวนหัวใจในกลุ่มผู้ป่วย NSTEMI จากการศึกษา TACSR ทั้งสองครั้ง พบว่าอัตราการได้รับการ revascularization ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเพียงหนึ่งในสี่ การศึกษา TACSR ในครั้งที่สองพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตที่หนึ่งปีสูงมากถึงร้อยละ 25 ถึงแม้จะมีอัตราตายในโรงพยาบาลที่ร้อยละ 5.1 ผู้ป่วยในกลุ่ม NSTEMI จะมีโอกาสเกิด recurrent MI ตามมาได้สูง การจำแนกผู้ป่วยตามความเสี่ยงและให้ early invasive management ด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจมีความสำคัญและได้รับการยืนยันในแนวทางการรักษาที่เป็นสากล

3. การพัฒนาระบบเครือข่ายทวิภาคีเพื่อเพิ่มมาตราการณ์ในการดูแลติดตามผู้ป่วย ACS ในปีแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าจากการสำรวจ TACSR ครั้งที่สองพบว่าอัตราตายของผู้ป่วย ACS ในโรงพยาบาลจะลดลงเหลือร้อยละ 5.3 ใน STEMI ร้อยละ 5.1 ใน NSTEMI และร้อยละ 1.7 ใน UA แต่เมื่อทำการติดตามผู้ป่วยไปเป็นเวลาหนึ่งปีกลับพบว่าผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงมากถึงร้อยละ 14.1, 25 และ 13.8 ตามลำดับในแต่ละกลุ่มโรค ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้วเป็นสิ่งจำเป็น

4. การเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วย ACS อย่างเป็นระบบทั่วประเทศมีความสำคัญ ควรมีระบบจัดเก็บข้อมูลในระดับชาติเพื่อดูการดำเนินโรค การรักษาและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ควรมีการติดตามข้อมูลในระยะยาวมากกว่าการดูในช่วงสั้นๆที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล

5. ควรมีการศึกษาในเรื่อง cost effectiveness ในการรักษารูปแบบใหม่ชนิดต่างๆ ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในเรื่องความคุ้มทุนอย่างเป็นระบบทำให้มีความลำบากในการตัดสินใจในด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษารูปแบบใหม่ๆ การหาค่า willingness to pay threshold ในระดับชาติต่อประโยชน์ที่จะได้รับมีความสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข

สำหรับข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้นั้น ควรเริ่มจากการ**จัดทำ national guideline ที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมและต้องถูกนำไปใช้งานจริงและปรับปรุงทุก 1 ปี** โดยครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมดตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา การรับและส่งต่อในเครือข่ายและนอกเครือข่าย และการป้องกันโดยพิจารณาตามความสามารถหรือระดับของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อให้ได้คุณภาพการรักษาดังกล่าวข้างต้น

เขตบริการสุขภาพของไทยในภาคส่วนรัฐบาลยังมีความสับสนซ้ำซ้อนในการบริหารและดำเนินงาน กล่าวคือ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลในสังกัดกองทัพและอื่นๆ ดังนั้นการปรับปรุงหรือปฏิรูปช่องทางในการเข้าถึงบริการ การสร้างเครือข่ายบริการที่ทรงคุณภาพ ตลอดจนการพัฒนาและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จึงไม่เป็นเอกภาพ **ข้อเสนอแนะคือ ควรจะมี**

เจ้าภาพซึ่งกำกับด้านนโยบาย กำลังคน และงบประมาณ ทำให้เกิดแผนงานการควบคุมและการกำกับดูแลที่ชัดเจนและมีผลในทางปฏิบัติ การลงทะเบียนผู้ป่วยทุกรายโดยผ่านทางแบบทางระบบ internet โดยใช้โปรแกรมที่ง่ายและสะดวกจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องทั้งด้านระบาดวิทยาของโรค ลักษณะของผู้ป่วย วิธีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด การทำบอลลูนขยายหลอดเลือด การให้ยาอื่นๆ การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน กายภาพบำบัดปฏิบัติตัวขณะรับไว้ และหลังออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งผลการรักษาทั้งอัตราการเสียชีวิตและผลแทรกซ้อนต่างๆ ดังตัวอย่าง Thai ACS registry และ Thai Registry in Acute Coronary syndrome ซึ่งจัดทำโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับสถาบันหัวใจต่างๆ มีการทำงานวิจัยต่อยอดจากข้อมูลดังกล่าวและได้ลงตีพิมพ์ผลงานทั้งในวารสารของประเทศไทยและต่างประเทศ และถูกนำไปใช้อ้างอิงนำไปสู่การพัฒนาการรักษา STEMI ในโครงการ 10,000 ดวงใจปลอดภัยด้วยพระบารมี เกิดการพัฒนาการรักษาหรือส่งต่อในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดในโรงพยาบาล ทำให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตลงมาต่ำกว่าร้อยละ 10.0 และนำไปสู่การทำ service plan และการกำหนดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับคุณภาพในการรักษา สถานบริการหรือโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วย STEMI และ NSTEMI ต้องมีมาตรฐานต่างๆ ดังนี้

1. สามารถทำ ECG ภายใน 5-10 นาทีและอ่านแปลผลเพื่อวางแผนการรักษาที่ถูกต้องภายใน 10-15 นาที
2. ให้กินยา Aspirin 162-325 มิลลิกรัม เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
3. ให้ยาละลายลิ่มเลือดหลัง onset STEMI เร็วที่สุดหรือภายใน 6-12 ชั่วโมง
4. ให้ยาละลายลิ่มเลือดเร็วที่สุดโดยให้ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่ให้ยาน้อยกว่า 30 นาที (door to needle time < 30 นาที)
5. ให้ยา Heparin หรือ low molecular weight heparin หรือ fondaparinux ในผู้ป่วย NSTEMI หรือ unstable angina
6. ในโรงพยาบาลที่มีห้องสวนหัวใจและทีมแพทย์ พยาบาล ควรทำการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจที่ตีบตันเร็วที่สุดด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน (Primary Percutaneus coronary intervention หรือ PPCI) ภายในเวลา 90 นาที (door to balloon time < 90 นาที) นับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่เริ่มขยายหลอดเลือดหรือใส่อุปกรณ์พิเศษไปดูดเอาลิ่มเลือดออก (thrombus aspiration catheter)
7. ในโรงพยาบาลที่มีห้องสวนหัวใจและทีมแพทย์พยาบาล ควรทำการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจที่ตีบตันเร็วที่สุดด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน (emergency percutaneus coronary intervention หรือ early PCI) ภายในเวลา 24-72 ชั่วโมงในผู้ป่วย high risk NSTEMI หรือ unstable angina (Grace risk score มากกว่า 140)
8. มีข้อมูลเป็นร้อยละในการเปิดหลอดเลือดไม่ว่าด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือด
9. ตรวจการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction) ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
10. แนะนำและส่งปรึกษาให้เลิกบุหรี่ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล
11. แนะนำและส่งปรึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและให้คำแนะนำกลับไปทำที่บ้าน
12. ให้ยา Aspirin กลับไปกินที่บ้าน
13. ให้ยา Beta blocker กลับไปกินที่บ้าน

14. ให้ยา Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) หรือ Angiotensinogen receptor blocker (ARB) กลับไปกินที่บ้านในรายที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว น้อยกว่าร้อยละ 40

15. ให้ยากลุ่ม Statins กลับไปกินที่บ้าน

16. นัดตรวจติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

17. แนะนำ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำ

ข้อเสนอแนะและสิ่งที่ต้องการสนับสนุน

1. ระบบ

1.1 ผู้บริหารสนับสนุน ให้ความสำคัญ

1.2 มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญและใช้ระบบ IT ช่วย

1.3 จัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ

1.4 มีการจัดระบบปรึกษา การรับส่งที่ชัดเจน เนื่องจากศูนย์ส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ

1.5 พัฒนาระบบ EMS 1669

1.6 ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤตในสิทธิต้นสังกัดและประกันสังคมไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เท่าเทียมกับผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบปัญหาในการรักษา การส่งต่อและการเบิกจ่าย

1.7 ควรมีการ audit การให้บริการ

2. บุคลากร

2.1 จัดหาอัตรากำลังที่เพียงพอทั้งแพทย์ และพยาบาล

2.2 มี nurse case manager ทุกโรงพยาบาล และให้ความก้าวหน้า

3. ยาและครุภัณฑ์

3.1 ควรเปลี่ยนยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้รักษา STEMI จาก Streptokinase เป็น Tenecteplase เพราะบริหารยาได้ง่ายกว่า เปิดหลอดเลือดได้ดีกว่า และภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า

3.2 ควรมีห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ (cardiac catherization labaratory) ทุกเขตให้บริการในภาวะฉุกเฉิน และเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3.3 ให้การสนับสนุนครุภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย

4. เงินงบประมาณ

4.1 เพิ่มค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงานสำหรับทีมงานหัวใจทั้งแพทย์ พยาบาล Coronary care unit (CCU) และพยาบาลห้องสวนหัวใจ

4.2 เพิ่มค่าตอบแทน และค่าเสี่ยงภัยรังสีสำหรับ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในห้องสวนหัวใจ เนื่องจากมีการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (primary PCI หรือ emergency PCI) และมีความเสี่ยงภัยทางรังสี

5. อื่นๆ

5.1 จัดทำ national clinical practice guideline ที่ทุกโรงพยาบาลยอมรับและนำไปปฏิบัติจริง คู่มือการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและการเคลื่อนไหว

8

Rehabilitation System for People with Disabilities

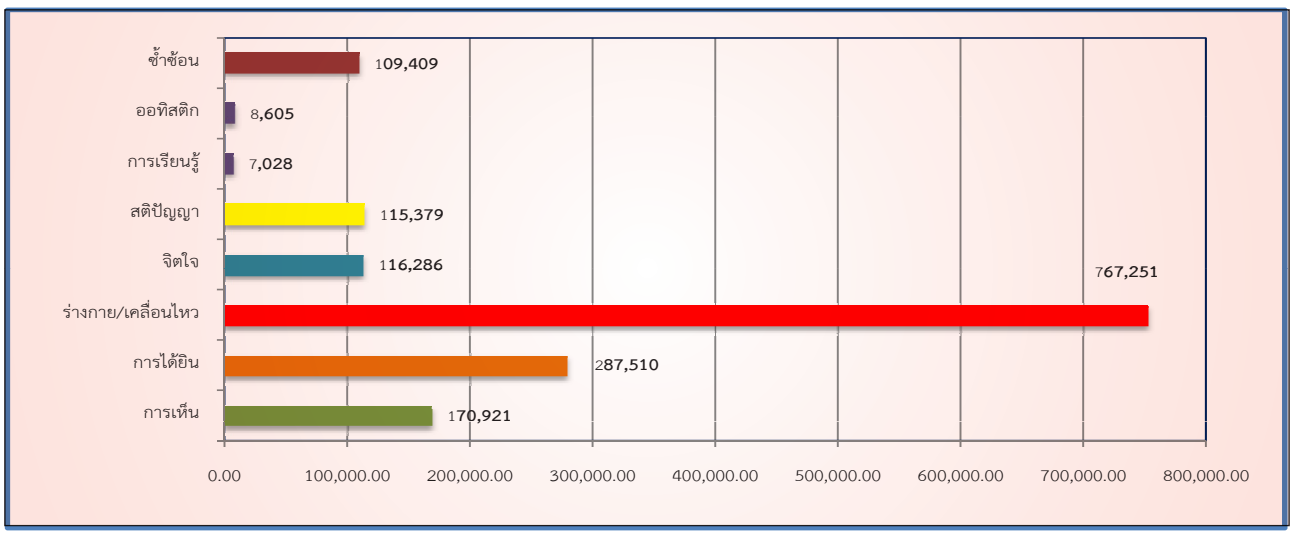
พญ. ดารณี สุวพันธ์* พญ.บุษกร โลหารชุน* พญ.ยิ่งสุมาลย์ เจาะจิตต์* พญ.วิชนี ธงทอง*
พรสวรรค์ โพธิ์สว่าง* สาธิณี แก้วสว่าง* ศุลีพันธุ์ โสลันดา*

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ให้การยอมรับและสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เป็นหนึ่งแขนงการแพทย์ที่สำคัญ ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการป้องกันความพิการ อีกทั้งนโยบายสุขภาพระดับสากลที่ผ่านมาได้ระบุถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในผู้ป่วยและคนพิการ ทั้งในระดับสถานพยาบาล และชุมชนว่าสามารถสร้างเสริมศักยภาพ ลดความบกพร่อง ความพิการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและคนพิการได้จริง โดยเน้นหนักให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และระบบบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีความครอบคลุม มีคุณภาพ ผู้ป่วยและคนพิการสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม อีกทั้งยังสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานคนพิการ และบริการ รวมทั้งสนับสนุนงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community based rehabilitation; CBR) เพื่อให้เกิดระบบส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพคนพิการในชุมชนที่ยั่งยืน โดยกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (Medical Rehabilitation) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยฟื้นศักยภาพของผู้ป่วยและคนพิการให้ลดภาวะพึ่งพิง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และกลับไปดำรงชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุดภายใต้บริบทของแต่ละบุคคล

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2010 ได้ประมาณการณ์จำนวนคนพิการทั่วโลกว่า คิดเป็นร้อยละ 15.0 ของประชากรโลกหรือประมาณ 785 ล้านคน ซึ่งสูงกว่าการคาดการณ์ในปี ค.ศ. 1970 ซึ่งประมาณการณ์ไว้ที่ร้อยละ 10.0 ของประชากรโลก โดยในจำนวนดังกล่าวนี้มีการสำรวจพบว่าประมาณ 110 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต และยังพบว่าคนพิการมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า และถูกเลือกปฏิบัติมากกว่าคนทั่วไปถึง 4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยข้อมูลสถิติคนพิการอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลสำคัญที่ทำการสำรวจและรวบรวมข้อมูลโดยหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ รายงานการสำรวจความพิการ (สพค.) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ดำเนินการสำรวจล่าสุด

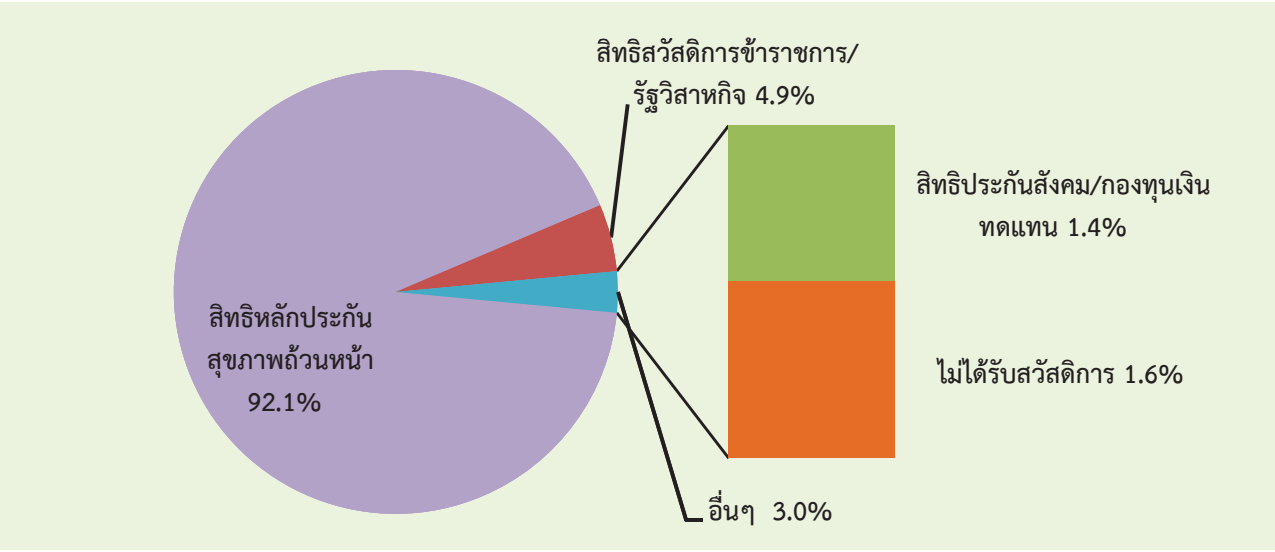
*ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2555 และฐานข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2559 พบว่ามีคนพิการที่มีชีวิตอยู่รวมทั้งสิ้น 1,597,775 คน เป็นเพศชาย 816,204 คน และเพศหญิง 713,530 คน ส่วนข้อมูลสถิติคนพิการจำแนกตามประเภทความพิการนั้น พบว่า ประเภทความพิการที่พบมากที่สุด ได้แก่ คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จำนวน 767,251 ราย คิดเป็น ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จำนวน 287,510 ราย คนพิการทางการเห็นจำนวน 170,921 ราย คนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม คนพิการทางสติปัญญา คนพิการซ้ำซ้อนหรือพิการมากกว่า 1 ประเภท คนพิการออทิสติก และคนพิการทางการเรียนรู้ ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในภาพที่ 8.1



ภาพที่ 8.1: ข้อมูลคนพิการที่รับการจดทะเบียนและมีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามประเภทความพิการ
ที่มา: ข้อมูลประมวลผลจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ ณ วันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

รายงานการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 ยังพบว่า คนพิการ คิดเป็นร้อยละ 80.8 ต้องการความช่วยเหลือหรือสวัสดิการที่เกี่ยวกับการดูแลจากรัฐเพิ่มเติม และข้อมูลประเภทความช่วยเหลือที่คนพิการที่ต้องการมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ต้องการเงินสนับสนุน การมีงานที่สร้างรายได้ทำที่สะดวก เช่น ทำงานที่บ้าน เมื่อเจ็บป่วยมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ดูแลที่บ้าน สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อจำเป็นได้โดยสะดวก และบริการพาหนะช่วยพาเดินทางไปที่ต่างๆ ซึ่งพบว่ามีความต้องการหลักๆ ของคนพิการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ่งชี้ถึงสภาวะปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขสำหรับคนพิการที่มีความยากลำบาก เมื่อพิจารณาถึงการเข้าถึงสิทธิด้านการรักษาพยาบาลของคนพิการในประเทศไทย รายงานจากการสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 ดังแสดงรายละเอียดใน ภาพที่ 8.2 พบว่า คนพิการส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.0 มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมา คือ มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 4.9 และสิทธิประกันสังคม หรือกองทุนเงินทดแทน ร้อยละ 1.4 ส่วนคนพิการ ร้อยละ 1.6 ยังไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการ ซึ่งในกลุ่มประชากรดังกล่าวนี้เป็นภารกิจสำคัญของภาครัฐในการพิจารณาให้สิทธิสวัสดิการที่เหมาะสมตามสิทธิมนุษยชน และสิทธิคนพิการต่อไป รวมทั้งการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างแต่ละประเภทสิทธิ



ภาพที่ 8.2: ร้อยละของประชากรที่พิการ จำแนกตามแหล่งการได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาลหลักของรัฐ ปี พ.ศ. 2555

ที่มา: การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดนโยบายและแผนดำเนินงานด้านคนพิการ ซึ่งจะเห็นได้จากการดำเนินการตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 โดยเฉพาะมาตรา 20 ที่ระบุว่า ***"คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ"*** โดย ***มาตรา 20 (1)*** กล่าวถึงการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อปรับสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนดและเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนจากนโยบายสู่การปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้***กรมการแพทย์ โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ*** เป็นหน่วยประสานงานด้านวิชาการในการจัดทำ***ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ และสื่อส่งเสริมพัฒนาการสำหรับคนพิการ พ.ศ. 2552*** โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากราชวิทยาลัยแพทย์ สมาคมวิชาชีพ แพทย์และนักวิชาชีพเฉพาะทางสมาคม คนพิการ เพื่อร่วมจัดทำประกาศฯ แบบมีส่วนร่วม ซึ่งสาระสำคัญของประกาศกระทรวงฯ กล่าวถึง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ ซึ่งระบุกิจกรรมการฟื้นฟูไว้ 26 รายการ จากเดิมที่ระบุไว้เพียง 13 รายการ ในกฎกระทรวง ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2537) ออกตามความในพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2534 พร้อมกันนี้ยังร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางการแพทย์ฯ เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสำหรับคนพิการครอบคลุมทุกประเภท แต่ก็ยังพบว่าสถานพยาบาลของรัฐหลายแห่งหลายระดับยังไม่สามารถจัดบริการให้ครอบคลุมทุกรายการ ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการบริการต่อไป

ปัจจุบันยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะยุทธศาสตร์เน้นหนัก) และวิสัยทัศน์ได้กำหนดว่า ***"ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน"*** ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

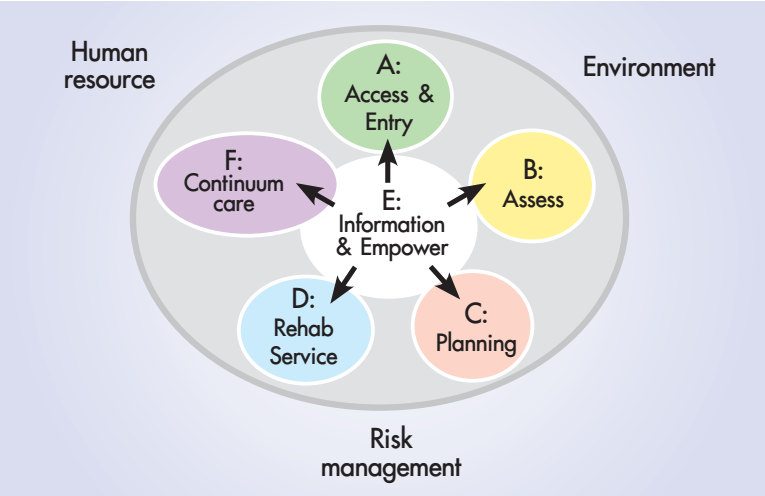
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

นอกจากนี้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจนเป็นระบบ และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 5 ปี (พ.ศ. 2555-2559) เพื่อมุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ การพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายทั้งภายในจังหวัด ภายในเขต และเป็นเครือข่ายระดับประเทศ และจัดทำแผนการสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ได้มอบหมายให้กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการหลักในการขับเคลื่อนงานด้านคนพิการในกลุ่มวัยผู้สูงอายุและคนพิการ และบูรณาการความร่วมมือในการพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกับกรมสุขภาพจิตและกรมวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยที่ผ่านมามีการดำเนินงานการกำหนด**ตัวชี้วัดด้านคนพิการ**ในการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข การจัดทำโครงการของขวัญปีใหม่และวันเด็ก พ.ศ.2559 แม้ว่าปัจจุบันจะยังไม่มีการกำหนด Service plan สาขาฟื้นฟูสมรรถภาพเป็น Service Plan ในสาขาหลักของกระทรวงสาธารณสุข แต่พบว่ามีการผนวกฟื้นฟูสมรรถภาพในบาง Service Plan จึงถือเป็นความท้าทายในอนาคตในการกำหนดนโยบาย Service Plan สาขาฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นหนึ่งในสาขาหลัก เพื่อให้ทั้งประเทศมีการกำหนดนโยบายทิศทางการดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการกำหนดกรอบ อัตรากำลัง และแผนงาน/โครงการที่สอดรับกับ**แผนการพัฒนาการดูแลสุขภาพคนพิการฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560 – 2564**

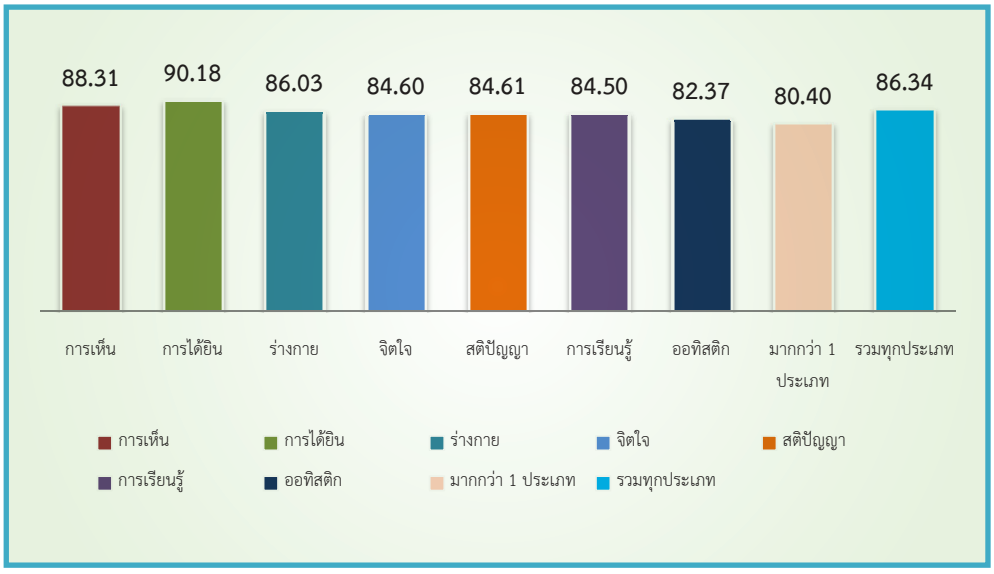
ประเด็นคุณภาพบริการ มาตรฐาน และความปลอดภัยการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ในประเทศไทยนั้น แม้จะยังไม่มีการกำหนดเป็นแนวทางหลักที่ชัดเจน แต่ดำเนินการภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ เนื่องจากเป็นแขนงการแพทย์ที่ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยและคนพิการโดยองค์รวม จึงประกอบด้วยหลายสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด นัก/ช่างกายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ พยาบาลฟื้นฟู เป็นต้น กรมการแพทย์ โดยสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติได้ตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นดังกล่าว จึงได้พัฒนา **"มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ"** ขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยสถาบันร่วมกับเครือข่ายได้ดำเนินการทบทวนมาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจากต่างประเทศและจัดประชุมเพื่อยกร่างมาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับสถานพยาบาลขึ้น และได้นำร่างมาตรฐานดังกล่าวไปทดลองเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลนำร่องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 6 แห่ง พบว่ายังมีข้อจำกัดในการนำมาตรฐานไปใช้เพื่อพัฒนางานฟื้นฟูสมรรถภาพในประเด็นการทำความเข้าใจมาตรฐานเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งการพัฒนามาตรฐานดังกล่าวมีกรอบแนวคิดที่มีความครอบคลุมปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลกระทบที่สำคัญต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 8.3 ทำให้ได้รายละเอียดมาตรฐานทั้งส่วนระบบการสนับสนุนการให้บริการ และส่วนการให้บริการผู้ป่วย



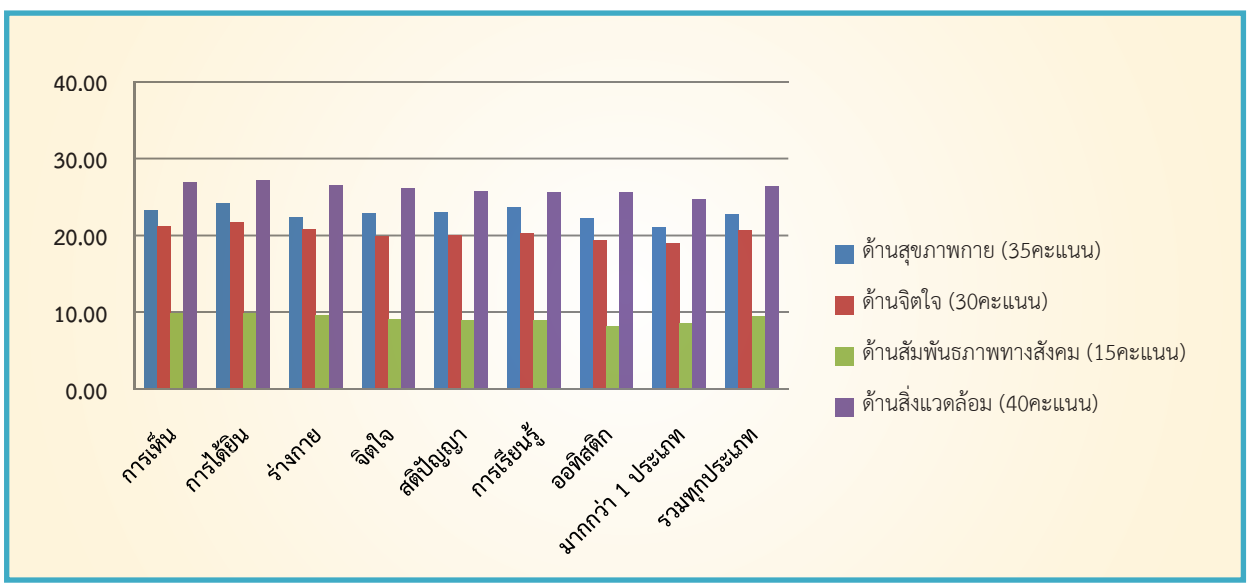
ภาพที่ 8.3: แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนามาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ที่มา: เอกสารประกอบการประชุมการพัฒนามาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ.สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ 2557

ประเด็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ต้องพัฒนา งานวิจัย/นวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพคนพิการและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พบรายงานผลการศึกษาวิจัยสำคัญในปี พ.ศ.2558 กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ได้ดำเนินการผ่านสถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการจากมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาลในส่วนภูมิภาค มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตคนพิการไทยครอบคลุมทุกประเภทความพิการ และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ อันจะเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ รวมถึงการพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านคนพิการที่ตรงกับสภาพปัญหา ความต้องการจำเป็นของคนพิการไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต ได้สำรวจคุณภาพชีวิตคนพิการทุกประเภทความพิการทั่วประเทศ โดยทำการสุ่มสำรวจเก็บข้อมูลจาก 25 พื้นที่ มุ่งเน้นกลุ่มคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการและอาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน กว่า 15,000 ราย การสำรวจดังกล่าว พบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (คะแนนรวมเฉลี่ย 86.34 ±15.03 คะแนน) เมื่อแยกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตกับประเภทความพิการแล้ว พบว่า คนพิการทางการเห็น และทางการได้ยินมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตสูงกว่าค่าเฉลี่ย คนพิการทางร่างกายมีค่าคะแนนรวมคุณภาพชีวิตใกล้เคียงค่าเฉลี่ย หากพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เปรียบเทียบกับประเภทความพิการแล้ว พบว่า คนพิการประเภทออทิสติกและพิการซ้ำซ้อน มีคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละองค์ประกอบต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย และยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของคนพิการ คือ การดำรงชีวิตได้อย่างอิสระและไม่มีโรคประจำตัว ส่วนประเด็นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และประวัติการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ของคนพิการ พบว่าคนพิการ ร้อยละ 75.7 สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้ และคนพิการร้อยละ 55.1 เคยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ดังแสดงรายละเอียดค่าคุณภาพชีวิตคนพิการแต่ละประเภท และค่าเฉลี่ย ในภาพที่ 8.4 และรายละเอียดคะแนนตามองค์ประกอบ แสดงในภาพที่ 8.5



ภาพที่ 8.4: คะแนนคุณภาพชีวิตของคนพิการ จำแนกตามประเภท และเฉลี่ยคะแนนทุกประเภทความพิการ จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน



ภาพที่ 8.5: คะแนนคุณภาพชีวิตของคนพิการแยกรายละเอียดตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน (N=15,110 ราย) ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (คะแนนเต็ม 35 คะแนน) ด้านจิตใจ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (คะแนนเต็ม 15 คะแนน) และด้านสิ่งแวดล้อม (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) จำแนกตามประเภทความพิการ

จากรายงานผลการสำรวจคุณภาพชีวิตคนพิการทุกประเภท ในพื้นที่ทั้ง 13 เขตสุขภาพ และผลการดำเนินงานตัวชี้วัดด้านคนพิการ โดยเฉพาะการเร่งรัดพัฒนาระบบบริการกายอุปกรณ์สำหรับคนพิการแขนขาขาดทั่วประเทศ มีประเด็นที่ควรยกขึ้นเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ การเร่งพิจารณาตรวจสอบข้อมูลอัตรากำลังคนภาครัฐในด้านบริการกายอุปกรณ์ที่เป็นปัจจุบันเพื่อจัดสรรและวางแผนการบริหารทรัพยากร

ในภายในจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพ การพัฒนา Service plan ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อวางแผนบริหารจัดการระบบบริการแบบไร้รอยต่อ เชื่อมโยงประสานข้อมูลและสร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ กระจายระบบบริการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพคนพิการ และผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการฟื้นฟู นอกจากนี้การสนับสนุนระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพช่วงระยะ Sub-acute โดยผลักดันให้คนพิการ และผู้ป่วยพัฒนาศักยภาพได้เต็มสมรรถนะ ต่อเนื่องถึงระยะเรื้อรัง หรือ long term care ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคงศักยภาพสูงสุดไว้เป็นอีกประเด็นที่สำคัญ และจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการผ่านงานวิจัย และประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ เพื่อใช้ข้อมูลประกอบการสร้างระบบการเบิกจ่ายที่สมเหตุสมผล เพื่อพัฒนาระบบบริการให้เข้มแข็งต่อไป

โรคตา
Eye Diseases

9

นพ.ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์* พญ.สายจินต์ อิสีประดิฐ* พญ.อรอร ธงอินเนตร* พญ.เพ็ญพิมล ยิ่งยง*
พญ.ณัฏฐิธา ชัยศรีสวัสดิ์สุข* นพ.วรภัทร วงษ์สวัสดิ์* พญ.สุดาวดี สมบูรณ์ธนกิจ*
พญ.พิริญา สุ่มสวัสดิ์* พญ.กนกทิพย์ มันตโชติ* พญ.ภรณ์ลดา ศัลกวิเศษ*
นพ.เอกชัย อารยางกูร* พญ.กุลวรรณ โรจน์เรืองนิตย์* ปุญญาวีร์ อาราเม*

จากการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ราวปี 2567-2570 ซึ่งประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางที่สูงขึ้น ร่วมกับการที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาจักษุวิทยาขึ้น โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางของประชากร องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดการณ์ว่า ในปี 2010 จะมีประชากร ร้อยละ 90.0 ของประชากรที่สายตาพิการอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และอยู่ในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามปัญหาของภาวะสายตาพิการประมาณร้อยละ 80.0 สามารถแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงได้ ยังคาดการณ์ปัญหาภาวะสายตาพิการในเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี โดย 12 ล้านคนเกิดจากปัญหาสายตาผิดปกติที่สามารถแก้ไขได้ และ 1.4 ล้านคน อยู่ในภาวะตาบอดที่ไม่สามารถแก้ไขได้

การสำรวจในประเทศไทยในปี 2549-2550 พบว่ามีความชุกของตาบอด ร้อยละ 0.6 และสายตาเลือนราง ร้อยละ 1.6 โดยสาเหตุของสายตาพิการที่พบมากที่สุดคือ ความผิดปกติของสายตาและไม่มีแว่นตาใส่ร้อยละ 24.4 สาเหตุรองลงมาคือ ต้อกระจก ร้อยละ 8.9 และต้อหิน ร้อยละ 4.6 ส่วนสาเหตุของตาบอดทั้งสองข้างที่พบสูงสุด คือ ต้อกระจก ร้อยละ 51.6 ต้อหินร้อยละ 9.8 และจุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.6 ตามลำดับ การสำรวจครั้งนี้ได้ข้อมูลที่สะท้อนว่า จำนวนจักษุแพทย์ต่อจำนวนประชากร มิใช่ปัจจัยสำคัญเพียงอย่างเดียวที่จะคาดการณ์ความชุกของตาบอด และสายตาเลือนราง ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ การเลือกพื้นที่สำรวจ ระบบบริการสาธารณสุข และผู้บริหารในพื้นที่ สภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน ในปี 2556 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ได้ทำการสำรวจอุบัติการณ์ตาบอดระดับชาติในประเทศไทย โดยวิธี Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) พบว่าอุบัติการณ์ตาบอดเท่ากับ ร้อยละ 0.6 ซึ่งมีแนวโน้มที่ไม่ลดลง สาเหตุอันดับหนึ่งยังคงเป็นต้อกระจก ร้อยละ 69.7 อันเนื่องมาจากอัตราการเพิ่มของจำนวนประชากร รวมทั้งอัตราการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทยมากขึ้น

โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ต้อกระจก (Cataract)

ต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของภาวะสายตาเลือนรางและตาบอดในระดับประเทศและระดับโลก โดยพบว่ามีภาวะตาบอดจากต้อกระจกทั่วโลกถึง ร้อยละ 47.8 โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดต้อกระจกแบ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคซึ่งแก้ไขเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุมาก และเพศหญิง ซึ่งมีการเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่ยากกว่า และสาเหตุของโรคที่สามารถปรับแก้ไขได้เพื่อลดการเกิดโรคได้คือ การงดสูบบุหรี่ การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด และการควบคุมระดับความดันโลหิต

ต้อหิน (Glaucoma)

ต้อหินเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียการมองเห็นรองจากต้อกระจก และเป็นอันดับ 1 ของการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรทั้งในระดับประเทศและระดับโลก เป็น 2,865,087 คน จากประชากรไทยอายุมากกว่า 40 ปี ทั้งหมดปี 2549 และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2020 จะพบประชากรโลกที่เป็นต้อหินถึง 79.6 ล้านคน

จุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age related macular degeneration: AMD)

จุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็น 1 ใน 4 อันดับของโรคตาที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในประเทศไทย ทุกปีจะมีกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เกือบ 3 หมื่นคนประสบปัญหาการมองเห็นจากจุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุชนิดที่มีหลอดเลือดงอกผิดปกติ (Neovascular AMD) ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 15.0-20.0 และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงในระยะเวลาอันสั้นจนถึงขั้นตาบอดได้ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดจุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่ ม่านตาสีอ่อน (light iris coloration) แสงแดด การกินอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ และกรรมพันธุ์ เป็นต้น เมื่อประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อีกทั้งการขยายตัวของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาจจะส่งผลให้จำนวนผู้ที่มีภาวะสายตาพิการในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

เบาหวานเข้าจอตา (Diabetic Retinopathy: DR)

ความชุกของโรคเบาหวาน และภาวะพร่องของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Impaired Fasting Glucose: IFG) ในประชากรไทยช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 6.9 (ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย คือร้อยละ 7.7 และ 6.0 ตามลำดับ) และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยหนึ่งในสาม ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน ส่วนผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษามี ร้อยละ 3.3 โดยมีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 28.5 ควบคุมระดับน้ำตาลได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 37.0 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จากการวิจัยพบว่าโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาได้ร้อยละ 7.0-30.7 ภาวะแทรกซ้อนทางไตร้อยละ 11.6-43.9 และภาวะทางเท้าร้อยละ 0.2-1.6

ภาวะตาบอดจากกระจกตา (Corneal Blindness)

ภาวะตาบอดทั้งสองข้างที่เกิดจากโรคกระจกตา ประมาณ 4.9 ล้านคน หรือ ร้อยละ 12.0 ของ 39 ล้านคน ของจำนวนผู้ที่ตาบอด สาเหตุหลักของภาวะตาบอดจากโรคกระจกตาก็แตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ โดยสาเหตุจากการติดเชื้อ โรคริดสีดวงตา และอุบัติเหตุเป็นสาเหตุหลักที่มักพบในประเทศกำลังพัฒนา ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้วมักมีสาเหตุหลักที่ไม่ได้เกิดจากภาวะติดเชื้อ

มีการศึกษาในประเทศไทยถึงสาเหตุของภาวะตาบอดจากโรคกระจกตา โดยสาเหตุตาบอดจากโรคกระจกตาที่พบบ่อยสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กระจกตาติดเชื้อ (ร้อยละ 35.6) ภาวะกระจกตาเสื่อมหลังได้รับการผ่าตัด (ร้อยละ 27.0) และอุบัติเหตุที่กระจกตา (ร้อยละ 14.0) ส่วนภาวะติดเชื้อที่เป็นสาเหตุพบว่าเกิดจากเชื้อแบคทีเรียและเชื้อรา

ภาวะตาขี้เกียจ (Amblyopia)

ภาวะตาขี้เกียจในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ามักเป็นการศึกษาในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา ในหลายพื้นที่ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากภาวะสายตาผิดปกติไม่ได้รับการแก้ไข โรคที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อตา โรคเยื่อบุตา

ภาระโรค (Burden of disease)

โรคตาเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งไม่เป็นสาเหตุการตาย ในประเทศไทยได้มีการศึกษา ในปี 2542 และปี 2547 พบว่า DALYs ในภาพรวมลดลงเล็กน้อยในผู้ชายคือ จาก 187.6 เป็น 183.8 แต่ในเพศหญิง DALYs เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 129.3 เป็น 132 เนื่องจากเพศหญิงจะมีจำนวนคนที่พิการมากกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงอายุยืนยาวกว่าและมีอุบัติเหตุน้อยกว่าในเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ต้อกระจก (Cataract)

ต้อกระจกเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางในประเทศ พบว่ามีถึงร้อยละ 4.9 ของผู้ที่มีภาวะตาบอดจากต้อกระจกที่ยังไม่ได้รับการรักษา และภาวะตาบอดจากต้อกระจก 1 ตา ร้อยละ 20.4 ซึ่งจะทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปอย่างลำบาก นอกจากนี้ยังพบว่าสายตาเลือนรางหรือตาบอดเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตโดยมีอัตราเสี่ยง (relative risk) ของการเสียชีวิตจากตาบอด 1.5-4.1 เท่า และจากสายตาเลือนราง 1.1-1.6 เท่า

เบาหวานเข้าจอตา (Diabetic Retinopathy: DR)

ประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยจากการศึกษาในปี 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการต่อผู้ที่เป็นเบาหวานหนึ่งคน คิดเป็นเงินประมาณ 28,207 บาทต่อปี

ภาวะตาบอดจากกระจกตา (Corneal Blindness)

ภาระโรคของภาวะตาบอดที่เกิดจากกระจกตาไม่ได้ขึ้นกับความชุกของโรค แต่ขึ้นกับว่าภาวะตาบอดที่เกิดขึ้นในอายุที่น้อยมากเท่าไหร่ก็ยิ่งเป็นปัญหามากขึ้นตาม DALYs พบว่าเกิดขึ้นในอายุที่น้อยกว่าภาวะตาบอดจากสาเหตุอื่นในประเทศกำลังพัฒนา โดยสาเหตุ ร้อยละ 90.0 เกิดจากกระจกตาติดเชื้อและ อุบัติเหตุ การเข้าถึงสถานพยาบาล ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และเกือบร้อยละ 80.0 ของสาเหตุมักเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ (avoidable) และได้มีการประเมินไว้ว่าถ้ามีแผนการจัดการต่อโรคกระจกตาที่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถลดผู้ที่ตาบอดได้ประมาณ 3.6 ล้านคนได้ ในปี 2020

Cost and Interventions

การป้องกันภาวะสายตาพิการที่ป้องกันได้ และการส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่ควรลงทุนสนับสนุนมากกว่าการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประชากรสูงวัย และประชากรในกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับการส่งเสริมให้ความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ การลดการสูบบุหรี่เพื่อลดภาวะจอตาเสื่อม การใช้วัสดุป้องกันอุบัติเหตุต่อตา เป็นต้น นอกจากนี้พบว่า การตรวจคัดกรองและการรักษาด้วยวิธีต่างๆ อาจช่วยรักษาหรือบรรเทาภาวะสายตาพิการได้ เช่น การผ่าตัดต้อกระจก และการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา เป็นกระบวนการที่สามารถป้องกันตาบอดได้อย่างมีประสิทธิผลคุ้มค่ากับการลงทุน

ต้อกระจก (Cataract)

จำนวนของผู้ป่วยต้อกระจกพบว่ามากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากจำนวนประชากรสูงอายุของโลกเพิ่มขึ้น มีการศึกษาจำนวนมากแสดงให้เห็นถึงความคุ้มค่าของการรักษาต้อกระจก (cost effectiveness) โดยพบว่าการผ่าตัดด้วยวิธี phacoemulsification มีต้นทุนการผ่าตัดที่สูงกว่าวิธีอื่นๆ เนื่องมาจากต้องใช้เครื่องที่มีเทคโนโลยีที่สูงและต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีระบบกระแสไฟฟ้าที่ทั่วถึง และมีอุปกรณ์บางอย่างที่มีอายุการใช้งานสั้น เช่น สาย ท่อ หรือปลอกของหัว phacoemulsification ขณะที่วิธี SICS ใช้เพียงกล้องขยายซึ่งอาจเป็นแบบพกพาได้ phacoemulsification ยังต้องใช้ intraocular lens แบบพับได้ (foldable) ซึ่งมีราคาสูงกว่าเลนส์เทียมแบบพับไม่ได้ซึ่งใส่ในวิธี SICS นอกจากนั้นการผ่าตัดด้วยวิธี phacoemulsification ต้องใช้แพทย์ผู้ผ่าตัดและบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะ ขณะที่วิธี SICS มีการเรียนรู้ที่ง่ายกว่า เนื่องจากวิธีการผ่าตัดคล้ายคลึงกับวิธี ECCE ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้มากในประเทศที่กำลังพัฒนา แต่อย่างไรก็ดี แม้ว่าจะมีการรักษาต้อกระจกจะทำได้ง่ายและมีความคุ้มค่า ในประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีงบประมาณจำกัด ก็ยังมีผู้ที่ตาบอดจากต้อกระจกเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่จำกัด มีการประมาณการว่า ผู้ที่ตาบอดจากต้อกระจกในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบประมาณร้อยละ 5 ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนา พบสูงได้ถึงร้อยละ 50.0 หรือมากกว่าของโรคตาทั้งหมด

จุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age related Macular Degeneration: AMD)

เนื่องจากยามีราคาสูงมาก ผู้ป่วยบางรายจำเป็นที่จะต้องได้รับยาหลายครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ ไม่ว่าจะด้วยวิธีฉีดยาเข้าวุ้นตาและ/หรือเลเซอร์ก็ตาม ในแต่ละครั้ง เป็นเงินหลายหมื่นบาท โดยเฉพาะในรายที่สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม ซึ่งเป็นโรคที่การรักษาต้องลงทุนสูง แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

เบาหวานเข้าจอตา (Diabetic Retinopathy: DR)

สำหรับปัญหาเบาหวานเข้าจอตา intervention ที่สำคัญที่สุด คือ การคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอตา พบว่าแม้แต่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแม้แต่อายุรแพทย์เฉพาะสาขา ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ก็ยังไม่ได้มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการคัดกรองภาวะเบาหวานเข้าจอตาอย่างเหมาะสมตามข้อบ่งชี้ ทำให้มีความล่าช้าและเกิดความสูญเสีย ซึ่งแต่เดิมอาจเป็นเพราะการคัดกรองไม่สามารถทำได้ทั่วถึง (ข้อจำกัดนี้ยังมีอยู่ในปัจจุบัน) เนื่องจากไม่มีระบบซึ่งเป็นรูปธรรมที่จะส่งต่อผู้ป่วย และบุคลากรที่ดูแลทางตาโดยเฉพาะนั้นยังมีความจำกัด ส่วนการรักษา ปัจจุบันประกอบด้วยการเลเซอร์ การฉีดยาเข้าวุ้นตาเพื่อลดการบวมของจุดรับภาพ และการผ่าตัด

ภาวะตาบอดจากกระจกตา (Corneal Blindness)

ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกระจกตาติดเชื้อ นั้นพบว่าค่ารักษาแผลกระจกตาติดเชื้อรามีค่าใช้จ่ายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ทราบเชื้อและแบคทีเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ย 23.3±19.9 วัน ซึ่งแผลกระจกตาติดเชื้อรา มีระยะเวลาการรักษานานที่สุด (37.5±24.5วัน) ตามมาด้วยกลุ่มที่ไม่ทราบเชื้อ (18.7±17.1 วัน) และเชื้อแบคทีเรีย (16.1±9.6วัน) จากรายงานนี้ศึกษาเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ใช้ขณะรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ยังไม่รวมค่ายา ค่ารักษา ค่าเดินทางของผู้ป่วยในการตรวจติดตามภายหลังจนเสร็จสิ้นการรักษา ดังนั้นการรักษาโรคกระจกตาติดเชื้อต่อคนมีราคาค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในโรคกระจกตาที่เป็นรุนแรง เช่น แผลกระจกตาติดเชื้อรา หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาล่าช้าและปล่อยจนโรคลุกลามมาก การดูแลผู้ป่วยโรคกระจกตาเพื่อป้องกันภาวะตาบอดมีอยู่ 2 ส่วน ส่วนแรก คือจำเป็นต้องมีวิธีการสืบค้นที่มีประสิทธิภาพเพื่อหาเชื้อสาเหตุที่ถูกต้องของโรค อีกส่วนคือการรักษาอย่างถูกต้องซึ่งจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากแพทย์ พยาบาล และตัวผู้ป่วยเอง

ภาวะตาขี้เกียจ (Amblyopia)

การตรวจคัดกรองสายตาในเด็กเล็กมีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อค้นหาภาวะตาขี้เกียจ รวมถึงภาวะอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตาขี้เกียจ เช่น ภาวะสายตาผิดปกติ (refractive error) ตาเหล่หรือตาเข (strabismus) โรคต้อกระจกในเด็ก (Infantile cataract) เป็นต้น เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาแก้ไขความผิดปกติของตาได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งเพื่อกระตุ้นระบบประสาทรับรู้การมองเห็น เพื่อให้การมองเห็นกลับสู่ระดับปกติ สรุปว่าการตรวจคัดกรองสายตาในเด็กเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการลดภาวะการมองเห็นผิดปกติในเด็กจากสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้

คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

ต้อกระจก (Cataract)

การสำรวจอัตราการผ่าตัดต้อกระจกของจักษุแพทย์ในประเทศไทย จำนวน 600 ราย ในปี 2004 พบว่ามีการผ่าตัดต้อกระจกโดยเฉลี่ย 25.6 คน ต่อแพทย์ 1 คน ต่อเดือน และพบว่าวิธีการผ่าตัดที่นิยมมากที่สุดคือ การทำผ่าตัดด้วยวิธี phacoemulsification ร้อยละ 89.8 ซึ่งมีแผลผ่าตัดเล็ก และร้อยละ 42.5 นิยมใส่เลนส์ชนิดพับได้ (acrylic foldable IOL) มีการศึกษาพบว่า การผ่าตัดเสร็จแล้วให้ผู้ป่วยกลับบ้านมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการให้ผู้ป่วยค้างคืนที่โรงพยาบาลหลังผ่าตัด แต่ไม่แตกต่างกันในแง่ของผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการมองเห็นหลังผ่าตัดที่ไม่ดี ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะสายตาผิดปกติ (refractive error) ถึงร้อยละ 53.4 จากผลแทรกซ้อนของการผ่าตัด (surgical complication) ร้อยละ 21.4 และจากการมีโรคตาอื่นร่วม ร้อยละ 23.5 ผลแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือ posterior capsular opacification เนื่องจากการไม่มีเลเซอร์ Nd:YAG

ต้อหิน (Glaucoma)

ต้อหินจะเห็นได้ว่าประชากรที่เป็นโรคต้อหินมากกว่าครึ่งหากไม่ได้รับการคัดกรองจะไม่ได้รับรักษา จนอาจนำไปสู่ภาวะสายตาเลือนรางและตาบอดได้ในที่สุด มีการศึกษาเกี่ยวกับความคุ้มค่าของการรักษาต้อหินตั้งแต่ระยะแรก พบว่าคุ้มค่าที่จะรักษาเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น หากไม่ได้รักษาจนผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

จุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age related macular degeneration: AMD)

แนวทางในการดูแลรักษา ควรเน้นป้องกันทั้ง 3 ระดับ คือ ป้องกันเพื่อลดการเกิดโรคจุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ (primary prevention) ป้องกันเพื่อลดการเกิดสายตาเลือนรางที่จะเกิดตามหลังจุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ (secondary prevention) และป้องกันโดยเน้นการฟื้นฟูที่เกิดตามหลังภาวะสายตาเลือนรางของผู้ป่วยจุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยการให้เครื่องมือช่วยการมองเห็นแก่ผู้ป่วยสายตาเลือนราง รวมถึงการให้ความรู้กับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (tertiary prevention)

เบาหวานเข้าจอตา (Diabetic Retinopathy: DR)

การพัฒนาโครงการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเข้าจอตาเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ส่งผลให้ความครอบคลุมในการตรวจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ลดอัตราการสูญเสียการมองเห็นจากโรคเบาหวานเข้าจอตา พัฒนาระบบการค้นหาและกระตุ้นให้ผู้เป็นเบาหวานทุกคนมารับการตรวจคัดกรอง พัฒนาระบบฐานข้อมูลที่มีความถูกต้อง และสามารถนำไปใช้ได้ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มประสิทธิผลของการตรวจคัดกรอง และพัฒนาคุณภาพการบริการได้ ท้ายที่สุด ประเทศจะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางตาจากโรคเบาหวาน ดังนั้น ในประเด็นการคัดกรองซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการจัดการปัญหาเบาหวานเข้าจอตา จึงต้องมีการสร้างระบบที่มีความเข้มแข็งและครอบคลุมมากขึ้น ในปีที่ผ่านมาได้มีการนำตัวชี้วัดว่า ร้อยละ 60.0 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจในโรงพยาบาล

ศูนย์ทั่วประเทศ ต้องได้รับการคัดกรองจอตา ซึ่งขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการและรวบรวมข้อมูล โดยมีนโยบายชัดเจนที่จะเพิ่มสัดส่วนให้สูงขึ้นต่อไป

ภาวะตาบอดจากกระจกตา (Corneal Blindness)

อุปสรรคต่อการประสบความสำเร็จของการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาในประเทศไทยขณะนี้ คือ ปัญหาของกระจกตาไม่เพียงพอต่อความต้องการของจำนวนผู้ป่วยกระจกตาในประเทศไทย ปัจจุบันคิวการรอผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจะยาวนานถึง 4 ปีขึ้น ปัญหาของผู้ป่วยในการเดินทางมารักษา เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตามักเกิดขึ้นในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลใหญ่ๆ และต้องตรวจติดตามหลังการผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชนบทเดินทางมาตรวจรักษาลำบาก ผู้ป่วยบางรายขาดการรักษาต่อเนื่องหลังผ่าตัด มีผลให้การเปลี่ยนกระจกตาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ปัญหาของการฝึกทักษะของจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกระจกตา ต่อการเปลี่ยนกระจกตาเฉพาะส่วน ปัญหาในการสนับสนุนเงินทุนจากรัฐเพื่อใช้ในการวิจัยสนับสนุนการผ่าตัด และการซื้อเครื่องมือในการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาเฉพาะส่วน

ภาวะตาขี้เกียจ (Amblyopia)

ในประเทศไทยยังไม่มีระบบการตรวจคัดกรองระดับสายตาในเด็กเล็กที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นโครงการเฉพาะซึ่งไม่ต่อเนื่อง และเนื่องจากการวัดระดับสายตาในเด็กเล็กทำได้ยาก ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะและต้องการผู้ตรวจที่มีความคุ้นเคยในการตรวจเด็กเล็ก ทำให้การตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ในประเทศไทยจึงเป็นการตรวจคัดกรองในเด็กโตหรือเด็กประถม ซึ่งหากพบภาวะตาขี้เกียจก็จะไม่สามารถกระตุ้นสายตาให้กลับสู่ภาวะปกติได้

ระบบข้อมูล และการติดตาม

ในประเทศไทย ปัญหาโรคตาส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบข้อมูลและการติดตามที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยในปัจจุบันได้มีการริเริ่มจัดทำระบบข้อมูลและติดตามในโรคเบาหวานเข้าจอตา แม้จะมีการพัฒนาระบบการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพจอตาทุกจังหวัดแล้วในปัจจุบัน แต่ประสิทธิภาพประสิทธิผลที่ได้ยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ในขณะที่บางพื้นที่รายงานว่าสามารถคัดกรองได้ถึงร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด แต่บางพื้นที่กลับทำได้ต่ำกว่าร้อยละ 30.0 นอกจากนี้ฐานข้อมูลของการคัดกรองเบาหวานด้วยกล้องถ่ายภาพจอตาดิจิตอลนั้น มีปัญหาในการเก็บภาพ การส่งต่อภาพ และการอ่านภาพ โดยยังไม่มีระบบที่เป็นมาตรฐานของประเทศที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลเข้าด้วยกันเพื่อติดตามผู้ป่วยในระยะยาว นอกจากโครงการหรือโปรแกรมที่ใช้เฉพาะบางเขตบางจังหวัดที่มีการพัฒนากระบวนการดังกล่าวขึ้นเฉพาะที่

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

จากการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางในประเทศไทย พบว่า ปัญหาโรคตาที่สำคัญ คือ โรคต้อกระจก ต้อหิน โรคของจอตา (จุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ และเบาหวานเข้าจอตา) โรคตาบอดในเด็ก โรคของกระจกตา และภาวะสายตาผิดปกติที่ไม่ได้รับการแก้ไข ตามลำดับ ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะเห็นถึงความสำคัญของปัญหาทางจักษุวิทยา และมีการวางแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาจักษุวิทยา แต่ยังต้องอาศัยองค์ประกอบอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา โดยมีผลวิเคราะห์ส่วนที่ขาด (gap) ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ทารกคลอดก่อนกำหนด
Preterm

10

ผศ.พญ.วราภรณ์ แสงทวีสิน* นพ.ศุภวัชร บุญกษิดิ์เดช*
นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล* ศ.คลินิก นพ.สุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์*

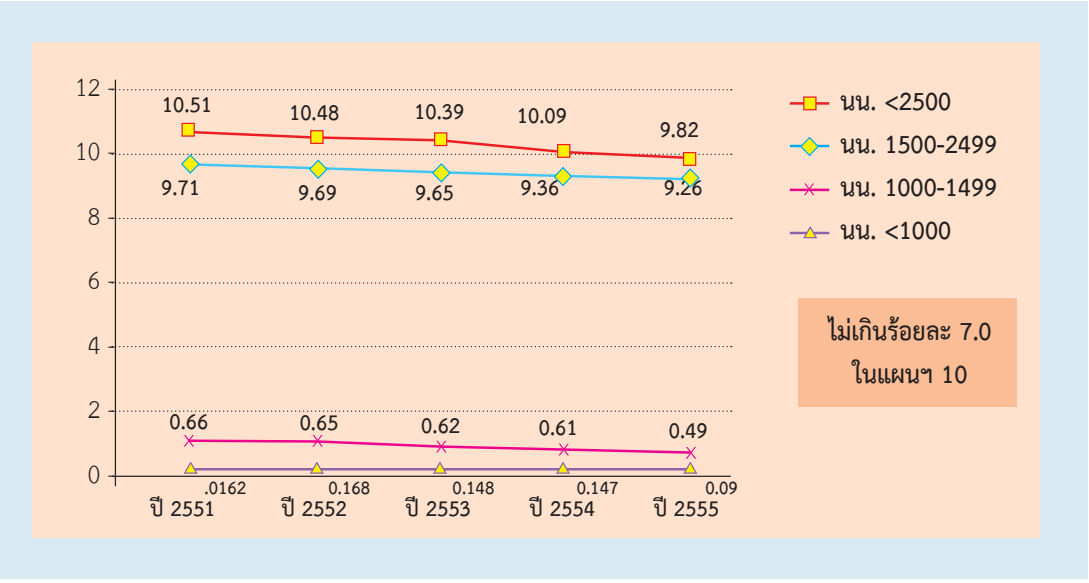
ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ที่แพร่หลาย ส่งผลให้มีทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย และทารกแฝดเพิ่มสูงขึ้น การดูแลทารกกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อนและอาจเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวเสียงบประมาณและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และส่งผลต่อทารกซึ่งอาจเกิดความพิการและเสียชีวิตในเวลาต่อมาได้ โดยปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยเช่น การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นที่ไม่พร้อมในการมีบุตร ภาวะเจ็บป่วยของมารดาระหว่างตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลรักษา การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด การให้การดูแลรักษาทารกกลุ่มนี้อย่างถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ต้นจะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆลงได้ลดการสูญเสียงบประมาณ และลดความพิการหรือการเสียชีวิตในทารกได้

สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนด (Preterm)

เป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อยจะมีความซับซ้อนของการดูแลรักษามากขึ้น ทำให้มีภาวะเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนอาจรุนแรงจนเสียชีวิตได้จากข้อมูลของกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund:UNICEF) ในปี 2554 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (Neonatal Mortality Rate: NMR) ยังสูงถึง 8 ต่อ1,000 ทารกเกิดมีชีพหรือคิดเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในเด็ก (Infant Mortality Rate: IMR) ในประเทศไทยสูงขึ้น (NMR ของประเทศไทยร้อยละ 60 ของ IMR) โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิต (ประมาณร้อยละ 80) เกิดจาก 3 สาเหตุหลัก คือ การเกิดทารกก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดน้อย (prematurity and low-birth-weight: LBW) โรคติดเชื้อ (sepsis) และการขาดออกซิเจน (asphyxia) ขณะที่สถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปี 2554 มีทารกคลอดมีชีพรวม 3,903,611 ราย เฉลี่ยปีละประมาณ 800,000 ราย ซึ่งในจำนวนนี้พบว่าทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม มีถึงร้อยละ 10.9 ทารกขาดออกซิเจนระหว่างการคลอดมีมากกว่า 25 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทารกที่เข้ารับการรักษาบริการโดยระบบประกันสุขภาพ (universal coverage) เป็นทารกน้ำหนักตัวน้อย ประมาณร้อยละ 10.0 ของทารกทั้งหมดและพบว่าอัตราป่วยตายในทารกแรกเกิดสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยมากๆ โดยเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติกำหนดให้มีอัตราการเกิดของทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมไม่เกินร้อยละ 7.0 แต่ในปี 2551-2555 พบว่ายังสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ดังภาพที่ 10.1



ภาพที่ 10.1: อัตราการเกิดของทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม แยกตามน้ำหนักในหน่วยบริการ UC
ที่มา: สำนักสารสนเทศเพื่อการบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานถึงสาเหตุการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีและทารกแรกเกิดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าสาเหตุการตายสูงสุดเกิดจากทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 37 (preterm with complication) รองลงมาคือการขาดออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia) ร้อยละ 19.0 และเสียชีวิตจากทารกติดเชื้อในกระแสโลหิต (neonatal sepsis) ร้อยละ 15.0

จากสถานการณ์การคลอดดังกล่าวจึงได้มีการศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจเป็นสาเหตุเพื่อเป็นแนวทางการวางแผนป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก โดยตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกตั้งไว้ไม่ควรเกินร้อยละ 10.0

ทารกเกิดก่อนกำหนดนอกจากจะมีอัตราการตายสูงแล้ว ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวที่มีผลต่อความพิการและเสียชีวิตในเวลาต่อมาได้ เช่น ปัญหาเลือดออกในโพรงสมอง (Intraventricular Hemorrhage: IVH) ลำไส้อักเสบ (Necrotizing Enterocolitis: NEC) ติดเชื้อ (sepsis) จอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP) โรคปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary Dysplasia: BPD) การได้ยินบกพร่อง (Hearing impairment) ขาดสารอาหาร เลี้ยงไม่โตและพัฒนาการช้า การดูแลทารกแรกเกิดกลุ่มนี้อย่างถูกต้องเหมาะสมทันท่วงทีตั้งแต่ระยะแรก จึงมีความจำเป็นและสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของทารกอย่างมาก การดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้สูญเสียงบประมาณ เกิดประชากรที่มีความพิการและมีภาระโรคมากขึ้น ขาดความคุ้มค่าในการให้บริการการรักษาแต่ละโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

จากรายงานของคณะทำงานโครงการวิเคราะห์สุขภาวะเด็กและวัยรุ่นไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ภาระโรคเนื่องจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในกลุ่มทารกแรกเกิด อายุ 0-30 วัน ในปี 2550 พบว่าภาระโรคที่เป็นปัญหาใหญ่ คือความผิดปกติหลังคลอด ซึ่งพบถึง 189,737 ครั้งของการเป็นผู้ป่วยใน และเสียชีวิต 2,843 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยคลอดก่อนกำหนด 1,005 ราย (ร้อยละ 35.6) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียสุขภาวะในเด็ก 0-4 ปี ได้แก่ภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อย (low birth weight) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด โดยสูญเสีย Disability Adjusted Life Years (DALYs) ประมาณร้อยละ 15.0 จาก DALYs ทั้งหมด

ค่าใช้จ่ายของทารกเกิดก่อนกำหนด

สถิติของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในปี 2553-2555 ทารกป่วยที่รับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด (ตารางที่ 10.1)

ปีงบประมาณ	ทารกเกิดก่อนกำหนด/ทารกป่วยทั้งหมด	ร้อยละ
2553	688/1,123	61.3
2554	711/1,130	62.9
2555	700/1,137	61.6

ตารางที่ 10.1: ข้อมูลทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

โดยค่ารักษาพยาบาลในทารกเกิดก่อนกำหนด 700 ราย ในปี 2555 เฉลี่ย 215,376 บาท/ราย ทารกกลุ่มที่มีภาวะหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome:RDS) ที่ต้องให้ surfactant 41 ราย ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงขึ้นเป็น 290,705 บาท/ราย

จากรายงานค่ารักษาพยาบาลทารกที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี 2547 ที่บิดามารดาต้องจ่ายหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นเงิน 175,000 บาท/ราย เมื่อใช้สถิติของทางโรงพยาบาลศิริราชมาประมาณค่ารักษาพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดทั่วประเทศซึ่งมีไม่น้อยกว่า 12,000 รายต่อปี พบว่ารัฐจะต้องเสียค่าใช้จ่ายปีละไม่ต่ำกว่า 2,000 ล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหรือการดูแลรักษาตลอดชีวิตหากทารกรายนั้นมีความพิการ

จากปัญหาทารกแรกเกิดก่อนกำหนด มี interventions ที่จำเป็น เช่น การเตรียมสารอาหารทางหลอดเลือด (parenteral nutrition) เพื่อให้แก่ทารกที่ไม่สามารถให้นมหรืออาหารทางการกินได้ หรือกินได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ เนื่องจากการทำงานของระบบทางเดินอาหารยังพัฒนาไม่เต็มที่ และบางรายมีภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องงดอาหารทางการกินชั่วคราว เช่น ผู้ป่วยที่เป็นลำไส้อักเสบติดเชื้อ (necrotizing enterocolitis) ซึ่งพบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ปัจจุบันสามารถทำได้ทุกเขตสุขภาพ แต่ยังมีปัญหาเรื่องความคุ้มทุนในการเตรียม และภาระงานในการเตรียม ความต้องการเครื่อง lamina flow ในการเตรียมเพื่อป้องกันการติดเชื้อซึ่งยังมีไม่ครบในโรงพยาบาลที่ต้องการใช้และมีศักยภาพเตรียมได้ ในโรงพยาบาลแม่ข่าย อย่างเช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้ให้การบริการจัดเตรียมให้กับโรงพยาบาลลูกข่าย เป็นการช่วยเหลือ ประหยัด ใช้ทรัพยากรร่วมกัน

จากสถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของปัญหาทารกแรกเกิดในประเทศไทยที่สำคัญคือทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยมีหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) และหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย (Sick Newborn Unit: SNB) ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน ครุภัณฑ์การแพทย์ที่เหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ กุมารแพทย์ กุมารแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด และพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านทารกแรกเกิด

อัตราครองเตียงของทารกแรกเกิดป่วย จะแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ทุกเขตบริการสุขภาพ เช่น ในเขตบริการสุขภาพที่ 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลเชียงรายฯ พบว่า อัตราครองเตียงเกินร้อยละ 100 เนื่องจากทารกป่วยหนักและเป็นโรคยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จึงต้องมีการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทารกกลุ่มนี้ต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์ เทคโนโลยีใหม่ๆ และเวลาการรักษาที่นานกว่า ปัญหาการส่งกลับไปดูแลต่อจึงเป็นข้อจำกัดของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาโรงพยาบาลในทุกระดับทั้งเรื่องของบุคลากร อุปกรณ์การแพทย์ งบประมาณ และการบริหารจัดการที่ดีศักยภาพในการรักษาบริการแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ความต้องการกุมารแพทย์ กุมารแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด พยาบาลเชี่ยวชาญและเฉพาะทางทารกแรกเกิดในรายที่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งมีจำกัดและบางแห่งยังขาดแคลน นอกจากนี้ยังมีการบริการเฉพาะโรค และภาวะแทรกซ้อนในทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพิ่ม เช่น จักษุแพทย์ รังสีแพทย์ กุมารแพทย์โรคหัวใจ กุมารศัลยกรรม ศัลยกรรมโรคหัวใจ วิสัญญี ฯลฯ รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรค

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการบริการสุขภาพ โดยเน้นเรื่องการส่งต่อภายในเขตบริการเดียวกัน มีการกำหนดศักยภาพในการดูแลรักษาทารกแรกเกิด ทารกป่วย และทารกเกิดก่อนกำหนด เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F2) สามารถดูแลทารกเกิดครบกำหนดที่เจ็บป่วยไม่รุนแรงไม่ซับซ้อนได้ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1) สามารถดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 35-37 สัปดาห์ หรือน้ำหนักมากกว่า 2,000 กรัมที่ปกติได้ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทารกป่วย ทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 35 สัปดาห์ และส่งต่ออย่างเหมาะสม โรงพยาบาลแม่ข่าย (M2) สามารถให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) สามารถดูแลทารกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่า 1,000 กรัมได้ เหล่านี้เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อที่พบบ่อยได้แก่ ปัญหาอุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) ลมรั่วในช่องปอด ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ เป็นต้น หลังจากมีการพัฒนาให้ความรู้ ฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ มีการพัฒนาระบบการส่งต่อ การกำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ทำให้ภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างเห็นได้ชัดในหลายเขต เช่นเขตบริการสุขภาพที่ 3

ระบบข้อมูล และการติดตาม (monitor and evaluation) เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีที่มาจากหลายกระบวนการเช่นการประชุมติดตามงาน service plan ทารกแรกเกิด การประเมินเทคโนโลยี (Technology Assessment: TA) ที่ใช้ในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดการพัฒนารูปแบบ/โครงสร้าง (model development) การสังเกตเฝ้าระวัง/สำรวจข้อมูล (surveillance/survey) การถอดบทเรียนจากสถานพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาการให้บริการการสืบค้น การนิเทศงานลงพื้นที่ จัดอบรมผ่านระบบ service plan เป็นต้น

จากการพัฒนาระบบสุขภาพและการพัฒนาบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority: NHA มุ่งเน้นในภารกิจ 12 ประเด็นหลักมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประเทศไทยมีระบบบริการทางการแพทย์เฉพาะทางด้านทารกแรกเกิดที่เหมาะสมมีคุณภาพประสิทธิภาพคุ้มค่า และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงในฐานะหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์จึงต้องปรับบทบาทเดิมจากศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด (Center of Excellence: COE newborn) ให้พัฒนาสู่การเป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติ National Health Authority (NHA) โดยรับผิดชอบประเด็นเฉพาะทางด้านการวางแนวทางการดูแลรักษาทารกแรกเกิดของประเทศให้องค์ความรู้ทั้งภาคทฤษฎี และอบรมเชิงปฏิบัติการ สร้างบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านทารกแรกเกิด (trainee for the trainer) ในแต่ละเขตบริการสุขภาพผ่านทางระบบ service plan ทารกแรกเกิด

โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557-2559 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้ประสานงานสำนักการบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และทีมบุคลากรในเขตพื้นที่บริการสุขภาพ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพทารกแรกเกิด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทารกแรกเกิด และการใช้เครื่องช่วยหายใจในทารกแรกเกิดให้แก่เขตบริการสุขภาพในพื้นที่ปีละ 3 เขต และได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทางทฤษฎีและเชิงปฏิบัติการให้แก่แพทย์และพยาบาลทารกแรกเกิด ในหลักสูตรการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยวิกฤติสำหรับกุมารแพทย์ และหลักสูตรการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยวิกฤติสำหรับพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ

ข้อเสนอแนวทางการวางแผนแก้ไขเชิงระบบ

1. การให้ความสำคัญและใส่ใจการฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ เห็นได้จากหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากที่เริ่มฝากครรภ์ช้าหรือไม่ฝากครรภ์ ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องมาจากปัญหาด้อยความรู้ และเศรษฐานะ ทำให้โอกาสได้รับการควบคุมภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ทำได้ช้าและไม่ได้ผล ภาวะที่พบบ่อย เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง จนในบางครั้งแพทย์จำเป็นต้องให้คลอดในช่วงอายุครรภ์ก่อนกำหนด เพื่อหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตของทารกในครรภ์อันเป็นผลจากความรุนแรงของโรคที่ไม่ได้รับการควบคุมหรือรักษาตั้งแต่ระยะแรก

2. ลดและป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ของปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อทารกทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การศึกษาการวางแผนป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การเสพยาเสพติดระหว่างการตั้งครรภ์ ปัญหาการติดเชื้อของถุงน้ำคร่ำ การรู้จักดูแลรักษาสุขภาพ โภชนาการที่ดี เป็นต้น ทำให้ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์มากขึ้น และลดการเกิดผลข้างเคียงต่อทารกที่รุนแรงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากต่างประเทศ

3. ศึกษาและปรับปรุงความพร้อมในการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงตามศักยภาพที่แตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล ทั้งในด้านเครื่องมือและบุคลากร ทำให้ความสามารถในการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงที่กำลังเพิ่มมากขึ้นเหล่านี้ไม่เท่ากัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อทารก จึงต้องพิจารณาสนับสนุนตามศักยภาพสถานบริการ และพัฒนาระบบการส่งต่อ พัฒนาเครือข่ายบริการให้มีศักยภาพ รวมทั้งการประสานงานที่ดีและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. การสร้างระบบติดตามทารกเหล่านี้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล อาจต้องให้ทารกอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นจนกว่าผู้ดูแลจะมั่นใจและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรในการดูแลทารกเหล่านี้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ และในกรณีที่ให้ออกจากโรงพยาบาลได้ต้องมีระบบที่สามารถติดตามอาการผิดปกติในระยะยาวที่ทารกกลุ่มนี้มีความเสี่ยงได้ เช่น ติดตามภาวะตัวเหลือง การพัฒนาของระบบประสาท ความสามารถในการเรียน เป็นต้น เป็นการป้องกันโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยความผิดปกติล่าช้า ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของภาวะพิการทางสมองจากภาวะตัวเหลือง (kernicterus) เป็นต้น

5. ความนิยมในการผ่าท้องคลอดที่เพิ่มขึ้น อัตราการผ่าท้องคลอดในโรงพยาบาลต่างๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบว่า โรงพยาบาลราชวิถีมีอัตราการผ่าท้องคลอดสูงถึงร้อยละ 40.0 ซึ่งสูงกว่าประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศ และแม้ว่ายังขาดข้อมูลอัตราการคลอดโดยวิธีดังกล่าวของประเทศไทยในภาพรวม คาดว่าแนวโน้มการผ่าท้องคลอดจะเป็นไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีแนวโน้มการผ่าท้องคลอดตามความต้องการของมารดามากกว่าในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งอาจทำให้อุบัติการณ์การทำคลอดทารกก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาอุบัติการณ์ เพื่อหาแนวทางป้องกันการผ่าคลอดทารกที่มีอายุครรภ์ไม่ครบกำหนดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยโรคในอนาคต

จากการจัดทำบทความ Thailand Medical Services Profile (TMSP) สาขาทารกแรกเกิด ครั้งที่ 1 ในเรื่องของทารกคลอดก่อนกำหนดนี้ พบว่า ยังขาดข้อมูลในด้าน Cost and Intervention เพื่อวางแผนในการบริหารจัดการทรัพยากรเชิงระบบในอนาคตให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุดของประเทศ ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคุ้มค่าในการใช้ surfactantเพื่อการรักษาโรค Respiratory distress syndrome (RDS) ซึ่งยังมีราคาแพง การรักษาปัญหาจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (Retinopathy of Prematurity: ROP) รวมถึงการรักษาทารกที่มีน้ำหนักน้อยมากและมีภาวะแทรกซ้อน โดยมีการติดตามผลทางด้านพัฒนาการในระยะยาว การจัดระบบการดูแลรักษา Congenital anomalies โดยเฉพาะ Congenital heart diseases เช่น PDA ควรจัดให้มีมาตรฐานของประเทศ นอกจากนี้ ในการจัดตั้ง NICU การจัดอัตรากำลัง จัดสรรเครื่องมือที่เป็นเทคโนโลยีชั้นสูงที่มีราคาแพงให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่ามากที่สุดควรคำนึงถึงปัจจัยใด

ในด้านการรักษาภาวะหายใจลำบาก (RDS) ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอาการรุนแรงนั้น จากการนำเอากลยุทธ์ Early intervention ด้วย Noninvasive ventilation เช่น CPAP หรือ Neopuff® ตั้งแต่หลังทารกเกิดทันที รวมถึงกลุ่มทารกที่มีมารดาได้รับสเตียรอยด์ช่วยทำให้ปอดของทารกมีความสมบูรณ์ (lung maturity) มากขึ้น ลดความรุนแรงของโรค และลดการใช้ Surfactant therapy ซึ่งมีราคาแพงและไม่สามารถจัดหามาได้ในทุกสถานพยาบาล ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยการเปลี่ยนแปลงและสำรวจถึงแนวโน้มการให้การรักษาตั้งแต่มีการใช้ Noninvasive Ventilation มากขึ้นและเร็วขึ้น ทำให้มีแนวโน้มลดการใช้สาร Surfactant ที่มีราคาแพง และลดความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจในเชิง Technology Assessment ของการใช้ Surfactant therapy และการใช้ Noninvasive ventilation ในแบบต่างๆ ในกลุ่มประชากรที่มากพออาจได้คำตอบจากการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในราคาไม่แพงที่จะทำให้ลดอุบัติการณ์ของโรคปอดเรื้อรัง (Chronic lung disease) ซึ่งเป็น burden of disease ของทารกกลุ่มนี้ในระยะต่อมาได้

นอกจากนี้แม้ว่ามีการศึกษาวิจัยว่าการปิด Patent Ductus Arteriosus (PDA) เร็วหรือช้าจะไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างชัดเจนแต่อย่างไรก็ตามการมี PDA เปิดอยู่เป็นเวลานานหรือมีอาการรุนแรง เช่น เลือดออกในปอด (pulmonary hemorrhage) ทำให้มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระดับสูงและเป็นระยะเวลานาน ย่อมทำให้ปอดบาดเจ็บเพิ่มโอกาสการติดเชื้อ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจากเชื้อโรคในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดปอดเรื้อรังในอนาคตได้

และเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยไม่มียา indomethacin ที่มักใช้เป็น first line medication เพื่อปิด PDA แต่ทั่วโลกมีการศึกษาการใช้ Ibuprofen ในการปิด PDA พบว่ามีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน โดยที่พบภาวะแทรกซ้อนน้อยในทางปฏิบัติ จึงมีการใช้ Ibuprofen ในการปิด PDA กันเรื่อยมาเป็นเวลามากกว่า 10 ปี แต่การใช้ยา indomethacin นั้นยังมีการใช้ในการให้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในช่องโพรงสมองแบบรุนแรงในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมาก Intraventricular hemorrhage (IVH) prophylaxis โดยการให้ยา indomethacin ในขนาดต่ำต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน พบว่าได้ผลดี ดังนั้นน่าจะมีการสำรวจในระดับประเทศว่าเมื่อไม่มีการใช้ indomethacin ในการให้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในช่องโพรงสมองในทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยมากมาเป็นระยะเวลานานในประเทศไทย อุบัติการณ์ของ IVH PDA มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางใดหรือไม่อย่างไร ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวแตกต่างอย่างไร เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และวางแนวทางการรักษา รวมทั้งบริหารจัดการเชิงระบบในอนาคตต่อไป

เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์

Maternal and Fetal Medicine

11

รศ.นพ.เอกชัย โควาวิสารัช* นพ.สุธิต คุณประดิษฐ์** นพ.สุรศักดิ์ เก้าเอี้ยน*
รศ.นพ.บุญศรี จันทร์รัชชกูล*** พญ.ณัฐฐิณี ศรีสันติโรจน์* รศ.พญ.สมศรี พิทักษ์กิจรณกร****

การตายของมารดาและทารกปริกำเนิดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ที่บ่งบอกถึงมาตรฐานและคุณภาพการบริการ ตลอดจนสุขภาวะสุขภาพของแม่และเด็กที่ใช้กันทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ในปีงบประมาณ 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย/สตรีของประเทศ โดยกำหนดให้อัตราส่วนมารดาตายไม่เกิน 15 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการณ์อัตราส่วนการตายมารดาในประเทศไทยเท่ากับ 200 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ในปี 2539 แต่จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปีนั้นเท่ากับ 12.7 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกไม่เชื่อการรายงานตัวเลขดังกล่าว จึงจัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศ E ในด้านการตายของมารดา ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศที่ล้าหลังที่สุด เนื่องจากไม่มีตัวเลขหรือวิธีการศึกษาหาอัตราตายมารดาในประเทศ ดังนั้นในปี 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้วิธีการที่เรียกว่า RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) พบว่าในปี 2538 และ 2539 มีอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ 44.3 และ 43.9 รายต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ในขณะที่รายงานของกระทรวงสาธารณสุขตามระบบเดิมในปี 2538 และ 2539 เท่ากับ 10.7 และ 12.7 รายต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ และจากการศึกษาอัตราส่วนการตายมารดาโดยวิธี RAMOS ในปี 2538-2539 พบว่า การตกเลือดเป็นสาเหตุการตายมารดาที่พบบ่อยที่สุด คือ ร้อยละ 31.9 รองลงมา คือ สาเหตุโดยอ้อม ร้อยละ 21.3 การติดเชื้อ ร้อยละ 19.1 การแท้งไม่ปลอดภัย ร้อยละ 12.8 ความดันโลหิตสูงและชักจากการตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.1 ซึ่งเท่ากันกับสาเหตุจากการคลอดติดขัด

* *โรงพยาบาลราชวิถี*
** *โรงพยาบาลลำพูน*
*** *โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์*
**** *โรงพยาบาลรามาธิบดี*

นอกจากนี้ มีรายงานว่าอัตราตายมารดาวัยรุ่นสูงกว่ามารดาผู้ใหญ่ มีความเสี่ยงต่อการตายมารดาเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการที่มารดาวัยรุ่นมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมได้ โดยภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ ทำให้ผู้ตั้งครรภ์มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ และการติดเชื้อ เป็นต้น

อีกตัวชี้วัดสำคัญซึ่งคู่ขนานไปกับปัญหาการตายของมารดา คือ การตายทารกปริกำเนิด (perinatal mortality) โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการตายของทารกปริกำเนิดในประเทศกำลังพัฒนา คือ บาดเจ็บจากการคลอด ซึ่งทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (birth asphyxia) สำหรับประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขให้คำนิยามของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดจากคะแนนแอพการ์ (Apgar score) ที่ 1 นาที ≤ 7

ดังนั้นเพื่อให้เกิดความครอบคลุมสาเหตุปัญหาสำคัญด้านเวชศาสตร์มารดาและทารกทั้งสองส่วน คือ การตายมารดาและการตายทารกปริกำเนิด จึงได้รวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ในประเทศที่เคยมีการตีพิมพ์มาแล้ว และศึกษาข้อมูลปัญหาสำคัญทั้ง 4 ประเด็น ได้แก่

ประเด็นที่ 1 การตกเลือดหลังคลอด

ประเด็นที่ 2 ภาวะครรภ์เป็นพิษ

ประเด็นที่ 3 การตั้งครรภ์วัยรุ่น

ประเด็นที่ 4 ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

รวมถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่กำลังเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกในทุกๆ ทวีป คือ การผ่าท้องทำคลอด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายและทุพพลภาพต่อมารดาและทารกแรกเกิด ซึ่งได้กล่าวรายละเอียดไว้ในภาคผนวก

1. ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH)

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการตายและทุพพลภาพของหญิงคลอดบุตรทั่วโลก โดยพบว่าร้อยละ 25.0 ถึง 30.0 ของการตายมารดามาจากการตกเลือดหลังคลอด ส่วนในประเทศไทยระหว่างปี 2548-2555 พบว่า สาเหตุของการตายมารดามาจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับร้อยละ 14.3 - 50.0

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

ปัจจุบันเครื่องชี้วัดภาระโรคจากภาวะตกเลือดหลังคลอดในประเทศไทยยังไม่ได้รับการวิเคราะห์ข้อมูลออกมาในระดับที่สามารถใช้เปรียบเทียบกับโรคอื่นได้ ในระหว่างปี 1990-2000 แนวคิดที่มารดาได้รับความเจ็บป่วยรุนแรง (severe adverse maternal morbidity: SAMM) ได้ถูกนำมาเป็นดัชนีชี้วัดถึงคุณภาพของการดูแลทางสูติกรรม (quality of obstetric care)

การตกเลือดที่รุนแรงถ้าไม่เสียชีวิต แต่ยังอาจส่งผลต่อมารดาให้ได้รับการเจ็บป่วยได้ทั้งในระยะสั้นเช่นโลหิตจาง ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สร้างน้ำนมได้น้อยหรือไม่ได้เลยเป็นต้น และระยะยาวเช่น Sheehan's syndrome การตัดมดลูก ภาวะโลหิตจางเรื้อรัง เป็นต้น

Cost and Interventions

ยุทธศาสตร์ในการลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยของมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด คือ มีการป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ และกรณีเกิดขึ้นแล้วต้องมีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพเช่นกัน ทั้งในด้านการใช้ยา และการผ่าตัดเพื่อหยุดเลือด

1) cost effectiveness ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (prevention of postpartum hemorrhage)

ปัจจุบันเป็นที่ทราบแล้วว่าการดูแลการคลอดในระยะที่ 3 แบบตื่นตัว (active management of the third stage of labor: AMTSL) สามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้ จากข้อมูลการศึกษา meta-analysis ของ Cochrane database, WHO's reproductive health library และ international federation of gynecology and obstetrics (FIGO) ได้ข้อสรุปตรงกันว่า การช่วยคลอดในระยะที่ 3 แบบ active management จะช่วยลดการเสียเลือดของมารดาจากการคลอดทางช่องคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทั้งการตกเลือดธรรมดาและการตกเลือดชนิดรุนแรง) สุรศักดิ์ เก้าเอี้ยน พบว่า การใช้ active management ในการดูแลการคลอดระยะที่ 3 สามารถลดการตกเลือดหลังคลอดได้เช่นกัน

AMTSL เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสามารถลดการตกเลือดจากภาวะมดลูกไม่หดตัวถึงร้อยละ 60.0 นอกจากนี้ยังปฏิบัติได้ง่าย ปลอดภัย ค่าใช้จ่ายน้อย สามารถปฏิบัติได้ในทุกระดับของสถานบริการการคลอดโดยบุคลากรที่ได้รับการอบรมมา และลดการตกเลือดหลังคลอดลงชัดเจนโดยเฉพาะในมารดาที่มีภาวะโลหิตจางหรือขาดสารอาหารอยู่ก่อน การศึกษาโดยใช้ AMTSL เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในประเทศกัวเตมาลา เวียดนาม และแซมเบีย จากการวิเคราะห์ cost effectiveness พบว่า มีความคุ้มค่าและสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้

การศึกษาของ Barbara พบว่าการใช้ยาทุกตัวมีประสิทธิภาพดีและคุ้มค่า (cost effectiveness) และผลการวิเคราะห์ cost-benefit ของการให้ยาเหล่านี้เป็นในทำนองเดียวกันกับการวิเคราะห์ cost effectiveness

2) cost effectiveness ในการรักษาการตกเลือดหลังคลอด (treatment of postpartum hemorrhage)

การให้ยาและการรักษาอื่นเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่า interventions ที่มี evidenced based ว่ามี cost effectiveness ได้แก่ การศึกษาของ Barbara เช่นกัน โดยพบว่าการรักษาทุกอย่างที่ให้มีประโยชน์ในแง่บวกทั้งหมด

โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบ cost effectiveness ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและรักษาการตกเลือดหลังคลอดพบว่า cost effectiveness ในการรักษาการตกเลือดหลังคลอดดีกว่าการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

2. ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclmpsia)

ภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและการตายของมารดาและทารกทั่วโลกการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง สามารถทำได้โดยการวัดความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ได้สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท (มม.ปรอท) หรือวัดความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure) ได้สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มม.ปรอท โดยการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ร้อยละ 10.0 ของสตรีตั้งครรภ์จะตรวจพบความดันโลหิตสูงอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนคลอด ส่วนภาวะครรภ์เป็นพิษนั้น หมายถึง การมีความดันโลหิตสูงร่วมกับตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ จะพบในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ พบได้ร้อยละ 2.0-8.0 ของการตั้งครรภ์

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

การศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พบว่า ความชุกของภาวะครรภ์เป็นพิษอยู่ระหว่างร้อยละ 1.7-4.7 โดยมีการเปลี่ยนแปลงของความชุกตามฤดูกาล ในฤดูร้อนจะพบหญิงที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมากกว่าในฤดูมรสุม

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์เป็นสาเหตุของอัตราการตายมารดาร้อยละ 9.1-25.7 โดยมีความแตกต่างแล้วแต่พื้นที่ โดยพบว่าความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาที่สำคัญในกลุ่มประเทศแถบละตินอเมริกาและแคริบเบียนในขณะที่ในประเทศไทย อัตราส่วนการตายมารดา (maternal mortality ratio) ที่เกิดจากความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด พบได้ประมาณ 1.0-2.9 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพในระหว่างปี 2550-2554

ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งต่อมารดาและทารก ภาวะแทรกซ้อนในมารดา เช่น ชัก เลือดออกในสมอง ตาบอด และมารดาเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนในทารก เช่น ทารกเจริญเติบโตช้า acute respiratory distress syndrome น้ำตาลในเลือดต่ำ และคะแนนแอพการ์ (Apgar score) ต่ำ เป็นต้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับการผ่าตัดคลอด หรือคลอดทางช่องคลอดโดยใช้คีม หรือเครื่องดูดสูญญากาศ ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากการทำหัตถการ หลังคลอดอาจมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ เช่น posttraumatic stress disorder จากการคลอดหรือการสูญเสียทารกได้

Cost and Interventions

เนื่องจากภาวะครรภ์เป็นพิษยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด จึงยังไม่มีการรักษาที่จำเพาะ การให้การดูแลจึงเน้นไปที่การให้การดูแลขณะฝากครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอดที่เหมาะสม ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเรื่อง cost effectiveness ของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนั้นจึงเน้นการให้บริการดูแลหลังคลอดที่เหมาะสม

3. การตั้งครรภ์วัยรุ่น (Teenage Pregnancy)

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

อัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่นกำลังเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา พบสูงที่สุดในประเทศแถบแอฟริกา ซึ่งสวนทางกับในประเทศที่พัฒนาแล้ว ที่มีแนวโน้มลดลง จากรายงานสถิติสาธารณสุขของไทย พบว่า อัตราคลอดมีชีพของมารดาอายุ 15-19 ปี ณ ปี 2543 เท่ากับ 31.1 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 53.9 ต่อ 1,000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ในปี 2554

ปัญหาของการเก็บข้อมูลเรื่องอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ ไม่สามารถทราบอัตราการตั้งครรภ์จริง เนื่องจากไม่สามารถเก็บข้อมูลส่วนของการแท้งบุตร การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ซึ่งในสังคมไทยยังไม่เป็นที่ยอมรับเนื่องจากกฎหมายไทยยินยอมให้ทำแท้งใน 2 กรณีเท่านั้น คือ ถูกข่มขืน และการตั้งครรภ์นั้น อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตของมารดาได้ ทำให้การนับข้อมูลที่แท้จริงเป็นไปได้ยาก ดังนั้น องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้ใช้อัตราคลอดวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี เพื่อติดตามสถานการณ์การคลอดวัยรุ่นแทนอัตราการตั้งครรภ์

ผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งออกได้เป็น

1) ผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่นเอง ได้แก่ การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (unsafe abortion) ภาวะโลหิตจาง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเอชไอวี การตกเลือดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้า

2) ผลกระทบต่อบุตรที่เกิดจากมารดาวัยรุ่น พบภาวะแทรกซ้อนต่อไปนี้มากขึ้น ได้แก่ อัตราตายคลอด อัตราการเสียชีวิตหลังคลอดของทารก อัตราการคลอดก่อนกำหนด อัตราทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

เครื่องชี้วัดภาวะโรค (Burden of Disease)

วัยรุ่นกับการตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย โดยผลกระทบของการตั้งครรภ์นั้นเกิดจากความไม่พร้อม ไม่เหมาะสมของตัววัยรุ่นเองและเกิดจากปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์นั้น เช่น ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย (immaturity) และการฝากครรภ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

Cost and Interventions

ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาถึงความคุ้มค่าของ interventions ต่างๆ เนื่องจากเป็นปัญหาที่มีปัจจัยหลายอย่างมาเกี่ยวข้อง ตั้งแต่ปัจจัยส่วนบุคคล การเลี้ยงดูของครอบครัว สังคม สื่อ ค่านิยมของวัยรุ่น แต่มีแนวทางในการป้องกัน และลดปัญหา ดังต่อไปนี้

1) กลยุทธ์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของ WHO มีวัตถุประสงค์เพื่อ
   1.1) ลดอัตราการตั้งครรภ์วัยรุ่น
   1.2) ให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ
   1.3) นำนโยบายป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเข้าสู่สถานบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ของชุมชน
   1.4) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้แก่วัยรุ่นและผู้ที่ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ทุกระดับ
2) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านอนามัยเจริญพันธุ์
   2.1) ลดการแท้งไม่ปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่น
   2.2) เพิ่มการเข้าถึงบริการในการฝากครรภ์ การคลอด รวมทั้งการดูแลหลังคลอดในกลุ่มวัยรุ่น
3) แนวคิดในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่
   3.1) การสื่อสารสาธารณะ โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้อง มีแหล่งข้อมูลและให้คำปรึกษา
   3.2) การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ให้บริการที่ครอบคลุมและตรงความต้องการจัดสถานบริการที่วัยรุ่นเข้าถึงง่าย
   3.3) ระบบให้การดูแลช่วยเหลือ มีระบบรับเรื่องสำหรับดูแลช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแบบมีทางเลือก
   3.4) การเข้าถึงการบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย
   3.5) การให้บริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

4. ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia)

ระบาดวิทยา (Epidemiology)

สำหรับในประเทศไทยนั้น ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เป็นภาวะฉุกเฉินในทารกแรกเกิดที่พบได้บ่อยที่สุด อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย และความพิการในทารกที่ยังคงพบได้อยู่เสมอๆ

อัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Apgar score 1 นาที ≤ 7) ปี 2542-2556 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และบางส่วนของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มลดลงมาเป็นลำดับ จากอัตรา 60.93 ต่อ 1,000 การเกิดในปี 2542 เหลือ 12.7 ต่อ 1,000 การเกิดทั้งหมดในปี 2556 (ซึ่งดีกว่าเป้าหมายงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ที่มีเป้าหมายให้อัตรา birth asphyxia ≤ 30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)

เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

และจากการศึกษาข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2552 พบว่าความสูญเสียปีสุขภาวะสำหรับเด็กอายุ 0-4 ปี มีค่า 0.8 ล้าน DALYs โดยคิดเป็นเพศชาย 0.4 ล้าน DALYs และเพศหญิง 0.3 ล้าน DALYs เมื่อพิจารณาสาเหตุความสูญเสียปีสุขภาวะ พบว่า มาจากทารกขาดอากาศแรกเกิดในเพศชาย 31,000 ปี DALYs และในเพศหญิง 32,000 ปี DALYs คิดเป็นร้อยละ 6.6 และ 8.9 ตามลำดับ ของกลุ่มประชาการอายุ 0-4 ปี ที่ทำการศึกษา โดยในทารกหญิงนับเป็นสาเหตุความสูญเสียปีสุขภาวะอันดับหนึ่งในช่วงอายุดังกล่าว

Cost and Interventions

1) การศึกษาในระดับนานาชาติ

มีการจัดบริการทางสูติกรรมหลายอย่าง (obstetrical interventions) เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เช่น การดูแลที่ดีสำหรับมารดาและทารกแรกเกิด (good maternal and newborn care) ประกอบด้วย

- การใช้กราฟดูแลการคลอด (partograph) Use partograph for vigilant labor monitoring)
- ให้มีเพื่อนอยู่ด้วยตลอดเวลาที่เจ็บครรภ์จนกว่าการคลอดจะสิ้นสุด (allow companionship during labor and birth)
- ให้การดูแลโดยสนับสนุนเพื่อให้แม่มีกำลังใจในระยะที่ 2 ของการคลอด โดยขึ้นกับสภาวะของมารดาและทารก (ensure supportive 2nd stage management based on fetal and maternal condition)
- หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่ถูกต้อง (avoid incorrect practices)
- การดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) อย่างถูกต้อง (manage preeclampsia correctly)
- ให้ความมั่นใจแก่ผู้ดูแลการคลอดที่จะป้องกันและรักษาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (ensure skilled attendance at birth to prevent and manage asphyxia)

สำหรับในประเทศไทยนั้น สุธิต คุณประดิษฐ์ ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลลำพูน จังหวัดลำพูน โดยในระยะแรกได้ศึกษาหาสาเหตุ และแนวทางในการแก้ไขปัญหา สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ปัจจัยการคลอดและการทำคลอด รองลงมาเกิดจากปัจจัยตัวเด็กและปัจจัยจากมารดา ดังนั้นการอบรมบุคลากรในด้านการใช้กราฟดูแลการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ การฟังเสียงหัวใจทารกอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการใช้ fetal monitoring และการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดทุกราย มีบทบาทสำคัญในการลดปัญหานี้

หลังจากนั้นได้จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดและประเมินผลโครงการฯ ดังกล่าว โดยมีกลวิธีดำเนินการคือ เสนอข้อมูลอัตรา สาเหตุ และผลกระทบที่เกิดจากภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสร้างมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพการให้บริการ จัดทำ birth asphyxia and perinatal conference ปรับปรุงระบบส่งต่อ ระบบให้คำปรึกษา ระหว่างโรงพยาบาลลำพูนและโรงพยาบาลชุมชน มีการจัดทำคู่มือมาตรฐานในการให้บริการการฝากครรภ์/การคลอด รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติงาน และหาแนวทางพัฒนาต่อไป

จากการประเมินประสิทธิผลโครงการแก้ไขปัญหาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด พบว่า ลดอัตราภาวะขาดออกซิเจน จากอัตราในปี 2540 เท่ากับ 129.9 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็น 77.75 33.48 27.57 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี 2541 2542 และ 2543 ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าภาวะขาดออกซิเจนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลของโครงการสามารถลดปัญหาภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลง ดีกว่าเป้าหมายการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็กตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ในปี 2543 นอกจากนั้นผลของโครงการสามารถลดการตายทารกปริกำเนิดจากภาวะขาดออกซิเจนลง ตลอดจนไม่พบการตายทารกปริกำเนิดจากภาวะนี้ ในปี 2543

และจากการประเมินผลโครงการโดยรวม โดยใช้วิธีการประเมินต้นทุน-ผลได้ (cost-benefit analysis) พบว่า โครงการช่วยลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ลดอัตราทารกตายปริกำเนิดจากภาวะขาดออกซิเจน และไม่พบการตายปริกำเนิดในปี 2543

คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

1. ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข

ในประจำปีงบประมาณ 2557 ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการด้านสูติกรรม เพื่อลดความสูญเสียและอันตรายต่อมารดาและทารก โดยกำหนดร้อยละของห้องคลอดคุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 มีการสำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานทุก 6 เดือน สามารถสร้างมาตรฐานป้องกันอุบัติการณ์ต่างๆ ดังนี้

- จำนวนมารดาเสียชีวิตในห้องคลอด (น้อยกว่า 18 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ)
- มารดาตกเลือดหลังคลอด (ไม่เกินร้อยละ 5.0)
- ทารกเสียชีวิต (ไม่เกิน 15 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)
- ทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (ไม่เกิน 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)

2. ระบบการให้บริการที่เหมาะสม

2.1 ปัญหาการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดจากการคลอด การใช้ WHO partograph ในโรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่า สามารถลดอัตราการคลอดที่เนิ่นนาน จากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 3.2 การใช้ fetal monitoring สามารถลดอัตราภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดลงได้โดยทำให้การวินิจฉัยภาวะทารกมีภาวะเครียดนี้ได้รวดเร็วจากการใช้ intrapartum cardiotocographs (CTGS) และพบว่ามีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ร้อยละ 87.0 ดังนั้นจะช่วยให้เราเฝ้าระวัง ดูแลระหว่างคลอด และเลือกวิธีคลอดที่เหมาะสม ตลอดจนป้องกันและแก้ไขโดยการฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด

2.2 ในสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยในขณะนี้พบว่า มีสถานบริการดูแลการคลอดหน่วยที่เล็กที่สุดและหญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงได้ในระดับอำเภอ ทุกๆ ครั้งที่มีการคลอดจะมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้เสมอ เนื่องจากส่วนใหญ่ของการตกเลือดหลังคลอดไม่สามารถคาดการล่วงหน้าได้ เนื่องจากคุณภาพการดูแล

การตกเลือดหลังคลอดในระดับโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ขึ้นกับความสามารถ ทักษะและการฝึกฝนของแพทย์ประจำในการดูแลรักษาระยะแรกอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ดีสถานบริการทุกระดับที่มีการดูแลการคลอดจำเป็นต้องมีแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical guideline) ที่เป็นมาตรฐานและนำสมัยเพื่อประสิทธิภาพการดูแลสูงสุดให้แก่ผู้ตกเลือด

ยุทธศาสตร์การลดอัตราการตายและเจ็บป่วยของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะก่อนคลอด การได้รับการฝากครรภ์โดยถูกวิธีจะช่วยลดความเสี่ยงของมารดาและทารกได้ โดยเฉพาะการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์เพื่อการสืบค้นและแก้ไขภาวะโลหิตจาง รกเกาะต่ำ เนื้องอกมดลูก ครรภ์แฝด ทารกตัวโต เลือดแข็งตัวผิดปกติ เป็นต้น

2) ระยะเจ็บครรภ์คลอด การใช้กราฟดูแลการคลอด (partograph) ป้องกันการคลอดเนิ่นนานที่เป็นสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดได้

3) ระยะหลังคลอด บุคลากรที่ดูแลการคลอดควรได้รับการฝึกอบรมให้ดูแลการคลอดระยะนี้แบบ AMTSL เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

3. ระบบการส่งต่อ

จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์รายที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) และทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนภาวะวิกฤต ยังไม่ได้รับการส่งต่อหรือมีระบบส่งต่อเพื่อรับการรักษายังโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่มีความพร้อมในการดูแลมากกว่า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม โดยเฉพาะภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งมีอัตราค่อนข้างสูง ในปี 2556 จึงเริ่มมีแนวทางประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ และหากพบความเสี่ยงให้มีการส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพแต่เนิ่นๆ

ระบบข้อมูล และการติดตาม

1) การเก็บข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก ประเทศไทย มีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดระดับจังหวัด ระดับเขต/เครือข่ายบริการโดยมี 12 เครือข่ายบริการและระดับประเทศ เพื่อใช้ในการพัฒนา และเปรียบเทียบความสำเร็จของโครงการ (benchmarking) หน่วยงานที่ต้องการใช้ข้อมูล เช่น กรมวิชาการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจังหวัด เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ เสนอข้อมูลที่ต้องการให้เจ้าหน้าที่จัดเก็บหรือดำเนินงาน โดยจะเลือกข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการทำงานเพื่อประชาชน

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็กที่จัดเก็บโดยกระทรวงสาธารณสุข ยังขาดข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้อง ทันสมัย ในอดีตการเก็บข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัยได้รับมอบหมายให้จัดเก็บตามแบบฟอร์ม ก1 ก2 ซึ่งเก็บเฉพาะข้อมูลในโรงพยาบาลภาครัฐ คือ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจังหวัด/ศูนย์เท่านั้น เมื่อมีการปรับเปลี่ยนการดูแลแนวทางในการดำเนินงานและจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2557 กรมการแพทย์รับผิดชอบตัวชี้วัดห้องคลอดคุณภาพหรือการคลอดมาตรฐาน โดยรับผิดชอบเก็บข้อมูลภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดปรากฏว่า ขาดข้อมูลนับตั้งแต่ ปี 2552 เป็นต้นไป โดยสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กที่รายงานโดยกรมอนามัย มีถึงปี 2551 นอกจากนี้ทุกสถานพยาบาลควรมีการจัดเก็บข้อมูลของตนเอง โดยใช้แบบฟอร์มของส่วนกลาง รวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ทั้งในสถานพยาบาลนั้นๆ และระดับประเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ปรับปรุงระบบการให้บริการต่อไป

ปัญหาที่พบขณะนี้ คือการขาดการเชื่อมโยงการใช้ข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมการแพทย์ กรมอนามัย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ทำให้มีความซ้ำซ้อนและเกิดปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลประสบปัญหาในการเข้าถึงข้อมูล และปัญหาที่สำคัญคือ ข้อมูลระดับประเทศมีความล่าช้ามากไม่ทันต่อสถานการณ์ ในขณะที่ผู้ที่ต้องการใช้ข้อมูลมีความยุ่งยากในการขอใช้ข้อมูลจากหน่วยงานส่วนกลาง

2) จากการที่ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศ E ในด้านการตายของมารดา ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศที่ล้าหลังที่สุดเนื่องจากไม่มีตัวเลขหรือวิธีการศึกษาหาอัตราตายมารดาในประเทศ ปี 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้วิธีการที่เรียกว่า RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สำนักทะเบียนราษฎร์ ส่วนอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ ปี 2538 และ 2539 พบว่า มีอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยเท่ากับ 44.3 และ 43.9 คน ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ในขณะที่รายงานของกระทรวงสาธารณสุขตามระบบเดิมในปี 2538 และ 2539 เท่ากับ 10.7 และ 12.7 คน ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม การหาอัตราส่วนการตายของมารดาโดยวิธี RAMOS ในประเทศไทยเป็นวิธีที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เนื่องจากระบบยุ่งยากซับซ้อนอันประกอบไปด้วย การค้นหาหญิงที่ตาย ในช่วงอายุ 15-49 ปี จากรายงานแหล่งต่างๆ คัดกรองกลุ่มโรคที่ไม่ใช่สาเหตุตายของมารดาออก ระบุสถานที่ตาย หาข้อมูลการตาย หญิงที่ตายในสถานพยาบาลเพื่อตรวจสอบว่าเป็นมารดาตายหรือไม่ รายชื่อหญิงที่ตายนอกสถานพยาบาลหรือผู้ที่ตายในโรงพยาบาลแต่หาข้อมูลไม่พบจะถูกนำไปสำรวจโดยตรวจสอบจากใบชันสูตร สอบถามผู้คนในบ้านของผู้ตายหรือสอบถามจากผู้นำชุมชน ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาแปลผลเพื่อระบุสาเหตุว่าเป็นมารดาตายหรือไม่โดยสูติแพทย์ และระบุสาเหตุตาย ดังนั้นแม้ว่า RAMOS จะเป็นวิธีที่ดีมากสำหรับประเมินหาอัตราส่วนการตายมารดา แต่ในทางปฏิบัติประเทศไทยไม่สามารถลงทุนเพื่อหาตัวเลขที่แน่นอนของการตายมารดาโดยวิธีนี้ได้ทุกปี นอกจากทำเป็นลักษณะการทดลองวิจัยเป็นครั้งๆ ไป ดังเช่น ในปี 2538-2539 ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

1. ส่วนขาด (gap) ของระบบข้อมูลงานมารดาและทารก

1.1 ในปัจจุบันระบบข้อมูลอัตราตายมารดา อัตราตายทารกปริกำเนิด และอัตราตายมารดาด้วยสาเหตุต่างๆ ยังมีตัวเลขที่ไม่สอดคล้องตรงกันจากหลายแหล่งข้อมูล ดังนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนา ปรับปรุงระบบข้อมูลซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น เพื่อให้เกิดการบูรณาการจัดทำข้อมูลที่เป็นภาพรวมของประเทศ มีความน่าเชื่อถือ และอ้างอิงได้

1.2 ประเทศไทยยังมีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์เครื่องชี้วัดภาระโรคของภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษ หรือสาเหตุการตายมารดาที่สำคัญในรูปของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากความเจ็บป่วย ความพิการและการตายก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลและสถิติต่างๆ ทางด้านคลินิก การรักษา และการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากภาวะต่างๆ นี้ ข้อมูลที่มีอยู่ภายในประเทศมีเพียงส่วนน้อย จึงต้องอาศัยการเทียบเคียงข้อมูลของประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังนั้นเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย จึงควรมีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลในแง่มุมต่างๆ ภายในประเทศเพื่อการให้ intervention ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในช่องว่างต่างๆ ที่เป็นจุดอ่อนทั้งด้านข้อมูลและด้านบริการ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดให้ดีขึ้นต่อไป

1.3 ช่องว่างด้านการดูแลรักษา ขณะนี้ ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลในระดับชาติ ส่วนใหญ่แล้ว มีแต่รายงานเป็นกรณีศึกษาเป็นส่วนใหญ่ เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด หรือภาวะครรภ์เป็นพิษ การรักษาในแต่ละรายอาจมีความแตกต่าง ทำให้ยากต่อการจัดทำให้เป็นข้อมูลระดับชาติ

2. การศึกษา วิจัย

2.1 ส่วนขาด (gap) ของการเก็บข้อมูลสถิติ เช่น สถิติที่ใช้เป็นตัวแทนการคลอดวัยรุ่น ยังไม่เป็นตัวแทนของตัวเลขที่แท้จริงของประชากรที่ตั้งครรภ์ เพราะไม่สามารถหาจำนวนตัวเลขในกลุ่มตั้งครรภ์ที่แท้ง หรือทำแท้งที่ไม่ถูกกฎหมายได้ สถิติที่ใช้มาจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ มีข้อดีคือมีรายงานตั้งแต่ต้นปี กลางปี และปลายปี แต่เนื่องจากประชากรมีการโยกย้ายที่อยู่ โดยไม่ได้ย้ายจากทะเบียนราษฎร์ ทำให้ข้อมูลในแต่ละภูมิภาคอาจไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริง ดังนั้นจึงควรนำมาศึกษาหาแนวทางในการค้นหาตัวเลขการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่แท้จริงต่อไป

2.2 จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ทำให้ทราบถึงช่องว่างการศึกษาในประเด็นเครื่องชี้วัดภาระโรค และ cost effectiveness ของการให้บริการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์และทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤตต่างๆ ได้แก่ ภาวะตกเลือด ภาวะครรภ์เป็นพิษ การตั้งครรภ์วัยรุ่น การขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด รวมถึงภาวะเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกได้ เพื่อนำไปพัฒนาแนวทาง/รูปแบบการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับภาวะเสี่ยงนั้นๆ ได้

2.3 ควรเพิ่มการศึกษาข้อมูลจากสถาบันต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลในแต่ละระดับทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลที่แท้จริงของประเทศดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

ภาคผนวก

การผ่าท้องทำคลอด

ปัจจุบันอัตราการผ่าท้องทำคลอดกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลกในทุกๆ ทวีป เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านวิทยาการทางการแพทย์ ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าท้องทำคลอด จนแทบจะไม่แตกต่างจากการคลอดทางช่องคลอด องค์การอนามัยโลกแนะนำอัตราผ่าท้องทำคลอดไม่ควรเกินร้อยละ 15.0 Althabe แนะนำว่าอัตราการผ่าท้องทำคลอดที่มากกว่าร้อยละ 15.0 ไม่ได้ทำให้อัตราตายและทุพพลภาพของมารดาและทารกแรกเกิดน้อยลง แต่มารดาที่คลอดโดยผ่าตัดทำคลอดจะต้องมีความเสี่ยงจากอัตราตายและทุพพลภาพของมารดาสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด 3 เท่า

จากการศึกษาข้อมูลในประเทศไทยเท่าที่มีอยู่พบว่า ในอดีตอัตราการผ่าท้องทำคลอดค่อนข้างต่ำในทุกๆ โรงพยาบาล แต่ต่อมาได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ตั้งแต่น้อยที่สุดร้อยละ3.5 ในปี 2514 จนถึงสูงที่สุดร้อยละ 44.5 ในปี 2553

ตารางที่ 14.2: อัตราการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลศิริราช

โรงพยาบาล	ปี											
	2513	2514	2523	2524	2533	2537	2538	2539	2543	2544	2553	2554
โรงพยาบาลราชวิถี		3.5	6.9					20.5	24.1			34.7
โรงพยาบาลรามาธิบดี	8.7			19.1	26.2		30.8					
โรงพยาบาลศิริราช			6.7			18.3				27.9	44.5	

จากตารางที่ 14.2 นี้จะเห็นได้ว่า อัตราการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลต่างๆ ในช่วงปีที่ใกล้เคียงกันไม่แตกต่างกันมากนัก นอกจากโรงพยาบาลรามาธิบดีที่อาจจะสูงกว่าโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลศิริราชบ้าง แต่พบข้อมูลที่คล้ายคลึงกันคือ อัตราการผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ได้เคยศึกษาเรื่องลักษณะการคลอดในโรงพยาบาลของไทยอย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้งประเทศ ระหว่างปี 2533-2539 พบว่า อัตราการผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.2 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 22.4 ในปี 2539 โดยพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.1 เป็นการผ่าท้องทำคลอดครั้งแรก นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าในโรงพยาบาลรัฐทุกประเภท และเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลรัฐ กล่าวคือ เพิ่มจากร้อยละ 38.6 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 51.5 ในปี 2539 ซึ่งหากเปรียบเทียบกับตารางที่ 14.1 จะพบว่า ในปี 2533 อัตราการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลรามาธิบดี เท่ากับ ร้อยละ 26.2 ซึ่งสูงกว่าการศึกษานี้ (ร้อยละ 15.2) ประมาณ ร้อยละ 11.0 อย่างไรก็ตามจะพบว่าข้อมูลอัตราการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลรามาธิบดีจะค่อนข้างสูงกว่าโรงพยาบาลอื่นอยู่แล้ว แต่เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการผ่าท้องทำคลอดในโรงพยาบาลราชวิถีในปี 2539 (ร้อยละ 20.5) ก็พบว่า ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ (ร้อยละ 22.4)

ต่อมา สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล ได้ทำการศึกษาแบบสำรวจข้อมูลสุขภาพมารดาและทารกปริกำเนิดในประเทศไทย ปี 2548-2550 พบว่า อัตราการผ่าท้องทำคลอดใกล้เคียงกันในทั้ง 3 ปี คือ ร้อยละ 20.3 19.8 และ 23.3 ในปี 2548 2549 และ 2550 ตามลำดับ ซึ่งก็ได้ข้อมูลใกล้เคียงกับข้อมูลของกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยที่ได้รายงานในช่วงเวลาใกล้เคียงกันเรื่องสถานการณ์อนามัยแม่และเด็ก ปี 2547-2549 โดยพบว่า อัตราการผ่าท้องทำคลอดเท่ากับร้อยละ 19.3, 20.2 และ 19.8 ในปี 2547, 2548 และ 2549 ตามลำดับ

ขณะนี้แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าท้องทำคลอดในประเทศไทยเป็นไปในทิศทางเดียวกับในสหรัฐอเมริกาอย่างไรก็ตาม ขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจนในการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าท้องทำคลอด ส่วนใหญ่ข้อมูลเป็นแบบรายงานประจำปีของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมไม่ครบถ้วน และไม่เห็นภาพรวมของการผ่าท้องทำคลอดของประเทศได้ ดังนั้นเพื่อให้ข้อมูลเกิดความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปวางแผนการดำเนินงานด้านสูติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการกำหนดหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่ชัดเจน รวมทั้งควรมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเหล่านี้ เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ เป็นปัจจุบัน และเป็นฐานข้อมูลสำคัญเพื่อวางแผนการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นต่อไป

ปัจจัยหรือเหตุผลที่ทำให้การผ่าท้องทำคลอดเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน ได้แก่

1. เหตุผลทางสูติกรรม เช่น สัดส่วนของครรภ์แรกสูงขึ้น มีรายงานว่าอัตราการผ่าท้องทำคลอดในครรภ์แรกสูงเป็น 3 เท่าของครรภ์หลัง สัดส่วนของสตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมากขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในครรภ์แรกเพิ่มมากขึ้น อัตราการผ่าท้องทำคลอดสูงขึ้นตามอายุมารดา การใช้เครื่อง electronic fetal monitoring ในการดูแลสุขภาพทารกในระหว่างคลอด บางครั้งอาจเกิดผลบวกลวงของภาวะทารกเครียดได้ และภาวะมีบุตรยาก เป็นต้น

2. ความต้องการของมารดา (maternal requests) เช่น มีความเชื่อว่าอัตราการผ่าท้องทำคลอดที่สูงขึ้นจะทำให้อัตราตายทารกปริกำเนิดลดลง ซึ่งก็ไม่แน่เสมอไป แนวโน้มที่ปัจจุบันมักจะมีลูกจำนวนน้อย ดังนั้นสตรีบางรายจึงเลือกที่จะผ่าท้องทำคลอดครรภ์แรก และจะเลือกผ่าท้องทำคลอดซ้ำในครรภ์ต่อมา พร้อมกับทำหมันไปด้วย การอ้างสิทธิผู้ป่วยในการเลือกขอผ่าท้องทำคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ ซึ่งในเรื่องนี้ยังไม่มีหลักฐานที่หนักแน่นเพียงพอที่จะให้ข้อแนะนำแก่ผู้คลอดได้ และไม่เป็นที่ยอมรับเชิงจริยธรรมในขณะนี้และความเชื่อที่ผิดพลาดของมารดาที่เชื่อว่า ผ่าท้องทำคลอดดีกว่าคลอดปกติทางช่องคลอด เป็นต้น

3. การกลัวการฟ้องร้อง

4. การฝากครรภ์พิเศษ มารดาที่ฝากครรภ์พิเศษ (private) มีโอกาสที่ได้รับการผ่าท้องทำคลอดสูงขึ้น

ผลของการผ่าท้องทำคลอดต่อมารดาและทารก

1. ผลเสียต่อมารดา มารดาที่คลอดโดยผ่าท้องทำคลอดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งในขณะผ่าตัดหลังผ่าตัด ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น อัตราตายและทุพพลภาพของมารดาสูงขึ้นกว่าการคลอดทางช่องคลอด 3 เท่า การตกเลือดมากขึ้น โดยทั่วไปเสียเลือดเป็นสองเท่าของการคลอดทางช่องคลอด เสี่ยงต่อการใช้วิธีระงับความรู้สึก ไม่ว่าจะเป็นการดมยาสลบ หรือการใช้ยาชาเฉพาะที่ เป็นต้น

2. ผลเสียต่อทารก ทารกของมารดาที่คลอดโดยการผ่าท้องทำคลอดอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะในรายที่นัดมาผ่าท้องทำคลอดขณะยังไม่เจ็บครรภ์ อาจเกิดคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากนับอายุครรภ์ผิด ทารกอาจได้รับบาดเจ็บขณะผ่าตัด นอกจากนี้อาจเกิดภาวะ transient tachypnea of the newborn ได้ เป็นต้น

ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์จากการผ่าท้องทำคลอด

เนื่องจากการผ่าท้องทำคลอดในมารดาแต่ละรายจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดอย่างเห็นได้ชัดเจน ในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี 2539 ได้มีรายงานว่า ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายในการผ่าท้องทำคลอดที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 3,160 เหรียญต่อการผ่าตัดแต่ละครั้งและในประเทศอังกฤษเมื่อปี 2540 ได้เคยศึกษาและประมาณการว่าทุกๆ ร้อยละ 1 ของอัตราการผ่าท้องทำคลอดที่เพิ่มขึ้นของประเทศ จะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นประมาณ 5 ล้านปอนด์ สำหรับในประเทศไทยนั้น ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย ได้เคยรายงานเมื่อปี 2543 ว่าหากสามารถลดอัตราการผ่าท้องทำคลอดได้ร้อยละ 1.0 จะช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ 100 ล้านบาทต่อปี

กลุ่ม Public Citizen Health Research Group ได้คาดคะเนว่า เมื่อปี 2530 มีการผ่าท้องทำคลอดที่ไม่จำเป็นประมาณ 475,000 รายในสหรัฐอเมริกา ส่งผลให้เกิดการตายมารดาที่ควรหลีกเลี่ยงได้ 25-100 ราย การติดเชื้อที่รุนแรงของมารดา 25,000 ราย และการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1.1 ล้านวัน รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดมากกว่า 1 พันล้านเหรียญ

แนวทางลดอัตราการผ่าท้องทำคลอดที่ไม่จำเป็น (RTCOG recommendation) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดแนวทางในการลดอัตราการผ่าท้องทำคลอดที่ไม่จำเป็นไว้ ดังนี้

1. ให้การศึกษาและความรู้ที่ถูกต้องแก่แพทย์และสาธารณชนเพื่อให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกวิธีการคลอดว่าควรเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และตระหนักว่าการผ่าตัดคลอดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ไม่เหมาะสมในเชิงจริยธรรม

2. มาตรฐานการดูแลทางสูติศาสตร์ที่เหมาะสม

3. มีระบบการตรวจสอบเวชปฏิบัติ (medical audit)

4. มีนโยบายและมาตรการที่ชัดเจน

5. มาตรการอื่นๆ เช่น ให้ค่าตอบแทนแพทย์ในการดูแลการคลอดทางช่องคลอดสูงกว่าการผ่าท้องทำคลอด เป็นต้น

ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

Emergency Care System

12

นพ.ไพโรจน์ เครือกาญจนา* ศ.เกียรติคุณ นพ.สันต์ หัตถีรัตน์**
ศ.คลินิก นพ.ปรีชา ศิริทองถาวร*** นพ.สมชาย กาญจนสุต****
พญ.ทิพา ชาคร*** พญ.ณธิดา สุเมธโชติเมธา* อ.พว.อุบล ยี่เฮ็ง*

ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่พึงประสงค์ ควรจะเริ่มต้นตั้งแต่ การป้องกันไม่ให้เป็นโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่สมควร แต่หากเกิดการป่วยฉุกเฉินขึ้นที่มนุษย์ไม่สามารถป้องกันหรือฝืนไม่ให้เกิดขึ้นได้ ระบบทางสาธารณสุขที่ดี จะต้องจัดให้มีการบริการทางการแพทย์ทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล ที่สามารถพร้อมรองรับต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วทันกาล ถูกต้อง เหมาะสม และครอบคลุมผู้ป่วยทุกสภาพการณ์อย่างเท่าเทียม

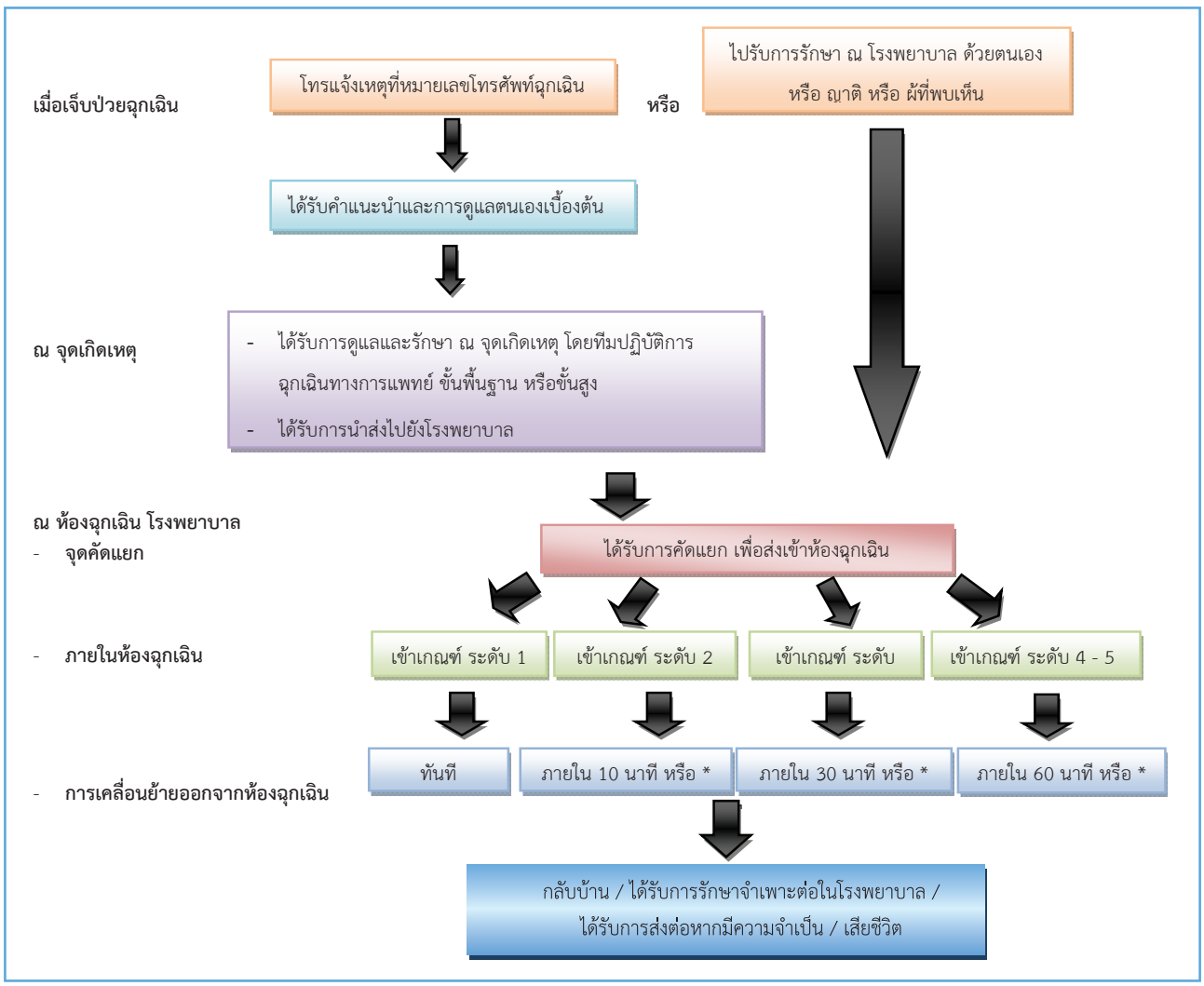
เนื่องจาก สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขในระดับภูมิภาคของประเทศไทย มีการแบ่งระดับตามศักยภาพในการให้บริการ ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลที่เล็กที่สุด ไปยังใหญ่สุด ดังนี้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. หรือที่เรียกว่า ระดับ P) โรงพยาบาลชุมชน (รพช. หรือ ระดับตั้งแต่ F3 F2 F1 หรือ M2) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท. หรือ ระดับตั้งแต่ M1 S) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ. หรือระดับ A2 A1) นับเป็นทิศทางการพัฒนาที่ดี ที่กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งระดับการให้บริการสาธารณสุขในระดับภูมิภาคของประเทศไทย ออกเป็น 13 เขตบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยหนึ่งในแผนงานหลักนั้น คือ Service Plan ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หากสามารถดำเนินการให้เกิดแผนบูรณาการที่ดีได้ ย่อมเป็นประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นอย่างมาก ลดภาระทางสุขภาพจากโรคและการบาดเจ็บในประชากรไทยลงได้ เนื่องจาก การเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเกิดขึ้นร่วมกับแผนงานของ Service Plan ต่างๆ เกือบทุกกลุ่มแผนงานหลัก โดยพัฒนาให้เป็นระบบที่สามารถเชื่อมต่อและเชื่อมโยงกับทุกกลุ่มโรคได้อย่างไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระดับชุมชน สถานบริการทางสาธารณสุขทั้งในส่วนราชการ ในสังกัดอื่นๆที่ไม่อยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนในภาคเอกชน จะทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ของประเทศที่มีความคุ้มค่าและประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้ง หากสามารถมีการวางแผน ตระเตรียม ประสานและจัดการ ให้มีหน่วยงานและทรัพยากร

* *โรงพยาบาลราชวิถี*
** *สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*
*** *คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*
**** *กรมการแพทย์*

ในการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่สามารถเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆในต่างประเทศ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมจะส่งผลให้ภาพลักษณ์ของประเทศไทยในระดับสากลเพิ่มมากขึ้น

คณะทำงานภาระโรคและการบาดเจ็บ มีการรรายงานว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยในปี 2552 มีค่าเท่ากับ 71 และ 77 ปี สำหรับเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ และมีปีสุขภาวะที่สูญเสีย คิดเป็น 10.2 ล้าน ปี DALYs โดยเพศชายมีความสูญเสียคิดเป็น 5.8 ล้าน ปี DALYs มากกว่าเพศหญิงที่มีความสูญเสียเพียง 4.4 ล้าน ปี DALYs

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไม่สามารถป้องกันได้ในภาวะปกติ และผู้ป่วยได้รับการปฐมพยาบาลแล้วในเบื้องต้น แต่ยังคงมีอาการไม่ดีขึ้น จะมีแนวทางขั้นตอนและกระบวนการการช่วยเหลือและรักษา ได้ดังนี้



ภาพที่ 12.1: ขั้นตอนและกระบวนการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ในภาวะปกติ

หมายเหตุ *การคัดแยก พิจารณาใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานของ ESI*

** หมายถึง หรือเมื่อผู้ป่วยในระดับที่รุนแรงกว่าได้รับการดูแลจนเสถียรแล้ว*

และมีการรวบรวมกิจกรรมทั้งหมดที่ควรจะทำให้เกิดเป็นระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่พึงประสงค์ คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ ดังตารางที่ 12.1

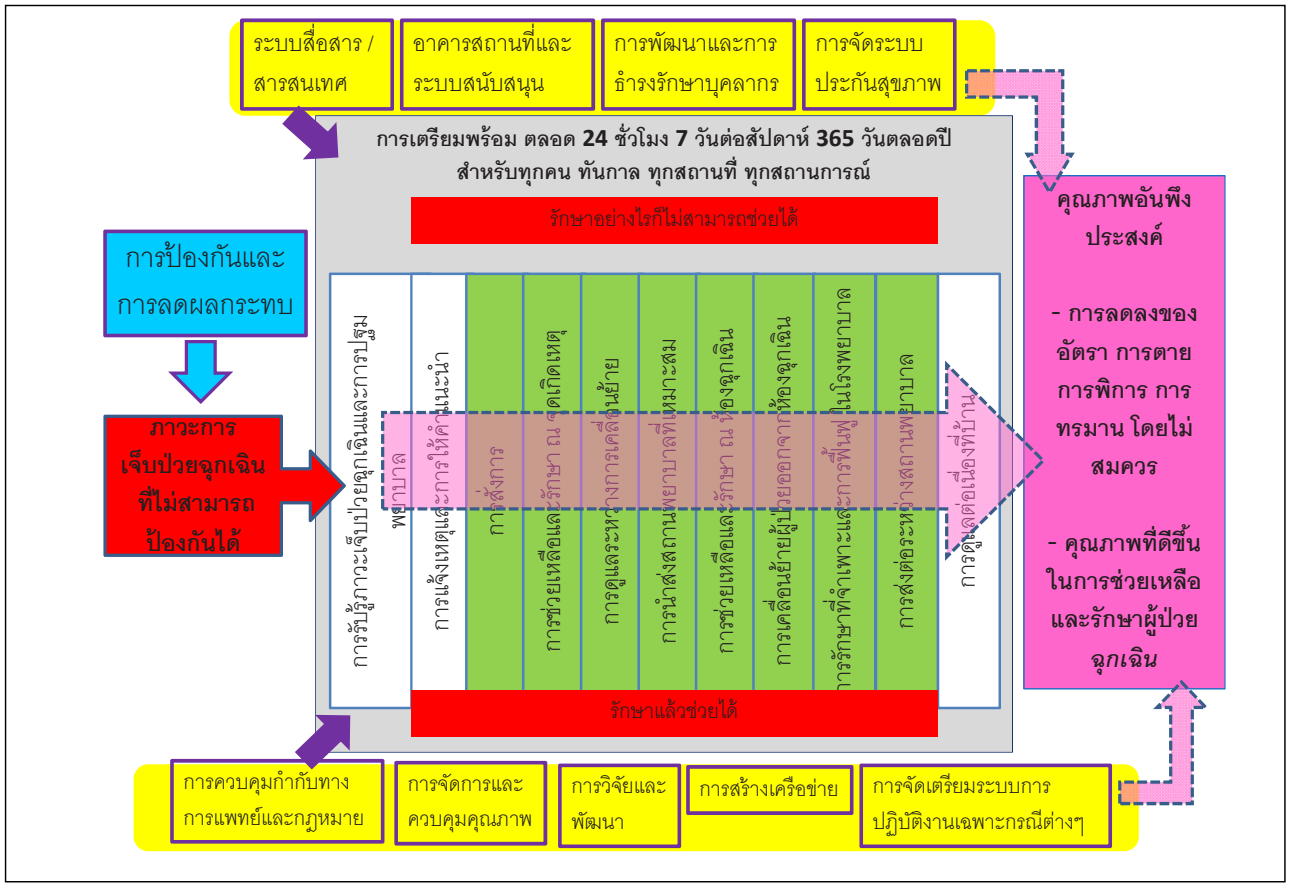
ตารางที่ 12.1: หัวข้อและรายละเอียดของกิจกรรมในระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

หัวข้อของกิจกรรมหลัก	รายละเอียดของกิจกรรม
1. การป้องกันและการลดผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	1.1 การให้ความรู้ (Education) 1.2 การปรับปรุงหรือแก้ไขโครงสร้างต่างๆ (Engineering) 1.3 การกำหนดและการบังคับใช้กฎหมาย (Enforcement)
2. การรับรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลของประชาชน ท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์	2.1 การสอนให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ (Education and empowerment) 2.2 การให้ชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์มีส่วนร่วม (Community and Non-health personnel participation)
3. การแจ้งเหตุ การให้คำแนะนำ และ การสั่งการ	3.1 การจัดให้มีการรับ - แจ้งเหตุที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Accessibility) 3.2 การประเมินข้อมูลเหตุ (Assessment) 3.3 การให้คำแนะนำ (Advice) 3.4 การสั่งการ (Dispatch) 3.5 การประสานความช่วยเหลือ (Help Co-ordination)
4. การช่วยเหลือและรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม	4.1 การประเมินและคัดแยกผู้ป่วย (Triage and Assessment) 4.2 การรักษา ณ จุดเกิดเหตุ (Treatment) 4.3 การดูแลระหว่างเคลื่อนย้ายและการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม (Transfer)
5. การช่วยเหลือและรักษา ณ โรงพยาบาล	5.1 การประเมินและคัดแยกผู้ป่วย (Triage and Assessment) 5.2 การรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน (Treatment) 5.3 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน (Transfer) 5.4 การรักษาจำเพาะและการฟื้นฟูภายในโรงพยาบาล และการให้แนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ตารางที่ 12.1: หัวข้อและรายละเอียดของกิจกรรมในระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (ต่อ)

หัวข้อของกิจกรรมหลัก	รายละเอียดของกิจกรรม
6. การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล	
7. การพัฒนาและการธำรงรักษาบุคลากรในการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน	7.1 การดำเนินการฝึกอบรมบุคลากรประเภทต่างๆ 7.2 การธำรงรักษาบุคลากร
8. อาคารสถานที่ และระบบสนับสนุนต่างๆ ในการปฏิบัติงาน	8.1 อาคารสถานที่ 8.2 ระบบสนับสนุนต่างๆ
9. ระบบสื่อสาร / สารสนเทศ	
10. การจัดระบบประกันสุขภาพยามฉุกเฉิน	
11. การควบคุมกำกับทางการแพทย์และทางกฎหมาย	
12. การวิจัยและพัฒนา	
13. การจัดการและควบคุมคุณภาพ	
14. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในและระหว่างประเทศ	
15. การจัดเตรียมระบบการปฏิบัติงานในสถานการณ์เฉพาะกรณีต่างๆ หรือสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ที่อาจเกิดขึ้นภายใน หรือภายนอกสถานพยาบาล	15.1 การปฏิบัติงานในสถานการณ์เฉพาะกรณีต่างๆ 15.2 การปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ

ปัจจุบัน มีการพัฒนาและการเริ่มใช้ “แนวทางพัฒนาเพื่อสู่มาตรฐาน ด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (Guide to Standardization in Hospital Based Emergency Care: SHEC)” เพื่อที่จะทำให้เกิดคุณภาพของการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศไทยดีขึ้นอย่างชัดเจนและยั่งยืน ดังแสดงในภาพที่ 12.2



ภาพที่ 12.2: กิจกรรมในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อคุณภาพอันพึงประสงค์

ในท้ายนี้ ระบบสาธารณสุขไทย ยังจะต้องมีการพัฒนาและติดตามในประเด็นท้าทายที่มีอีกหลายมิติ อาทิ

➲ มิติในด้านการรักษานอกโรงพยาบาล หมายเลขฉุกเฉินแห่งชาติที่ยังไม่เป็นเลขหมายเดียว จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการนำส่งโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งยังมีจำนวนน้อย เวลาในการปฏิบัติการพบว่ามีสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่เริ่มได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินใน 8 นาที เท่ากับร้อยละ 46.87 ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับดูแลการรักษาเบื้องต้นและเสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล

➲ มิติในด้านการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ล้นในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่ยังมีสมรรถนะในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรงได้ทุกประเภทอย่างเพียงพอตลอดเวลาประจำในห้องฉุกเฉิน และ การเชื่อมโยงในการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างแพทย์เฉพาะทางต่างๆ อย่างไร้รอยต่อ

➲ มิติในการเก็บรวบรวมข้อมูลทางสาธารณสุขต่างๆในประเทศไทย รวมถึงข้อมูลต่างๆ ที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาข้อมูลในเชิงระบบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในขณะที่ ปัจจุบัน มักเป็นการวิจัยที่มุ่งไปที่การพิจารณาในด้านคุณภาพของตัวเลขมากกว่าที่จะทำให้เห็นการพัฒนาในกระบวนการที่จำเป็นและเหมาะสม

➲ มิติในด้านงบประมาณและค่าใช้จ่าย เช่น การรวม 3 กองทุนในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน

➲ มิติในการวางแผนพัฒนาปรับปรุงมาตรการและทรัพยากรต่างๆที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ควรมีภาพในการวางแผนพัฒนาได้อย่างเป็นลำดับขั้น โดยมีการประเมินสถานการณ์ล่วงหน้า อย่างน้อย 10 ปี เพื่อให้การปรับปรุงที่จะเกิดขึ้นสามารถรองรับประเด็นการเปลี่ยนแปลงในอนาคต เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การสนับสนุนสิ่งที่จำเป็นเพื่อการปฏิบัติงานตลอดจนการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้กระจายตัวครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมถึงบริหารจัดการระบบค่าตอบแทนบุคลากรให้เหมาะสม

อาชีวเวชศาสตร์
Occupational Medicine

13

นพ.อุทัย ตัณศลารักษ์* พญ.จิตสุดา บัวขาว* นพ.อดุลย์ บัณฑุกุล*
นพ.จรัส โชคสุวรรณกิจ* นพ.กิตติวัฒน์ มะโนจันทร์*
พญ.อรพรรณ ชัยมณี* นพ.กิติพงษ์ พนมยงค์*

อาชีวเวชศาสตร์ เป็นศาสตร์ด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคจากการทำงานและการดูแลป้องกันคนงานให้มีสุขภาพดี โรคจากการทำงานนั้นเกี่ยวข้องโดยตรงจากปัจจัยที่เกิดขึ้นในที่ทำงาน ซึ่งสามารถควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการดูแลคนงานกว่า 33 ล้านคนทั่วประเทศได้ทั่วถึง จึงมีผู้ที่เป็นโรคจากการทำงานและไม่ได้รับการวินิจฉัย จัดการแก้ไข โดยเฉพาะโรคที่พบส่วนใหญ่มีอาการเหมือนโรคทั่วไป และไปพบแพทย์ทั่วไป ซึ่งไม่คุ้นเคยกับกระบวนการทำงานต่างๆ และไม่บรรจุใน differential diagnosis จึงทำให้การวินิจฉัยโรคจากการทำงานมีน้อย โรคจาการทำงานมาด้วยอาการของโรคพิษสารเคมี โรคปอดชนิดต่างๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง โรคของเส้นเลือดสมอง โรคตับ โรคไต โรคระบบประสาท ดังนั้นโรคจากการทำงานจึงมีความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ การที่ไม่ได้รักษาสาเหตุหรือวินิจฉัยไม่ได้ทำให้คนทำงานกลับไปสัมผัสกระบวนการที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและเป็นซ้ำอีก จนโรคที่เริ่มจากการเป็นเพียงเล็กน้อยเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้คนวัยทำงานยังเป็นฐานที่สำคัญของเศรษฐกิจของประเทศด้วยสถิติโรคจากการทำงานในประเทศไทยนั้นยังไม่สามารถจัดระบบให้สมบูรณ์ได้ สถิติส่วนใหญ่จะเป็นสถิติที่น้อยกว่าความเป็นจริงอย่างมาก เนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็นการวินิจฉัยโรคในระยะ acute ส่วนในระยะ chronic ไม่มีการวินิจฉัย ทำให้ขาดสถิติโรคในส่วนนี้ไป สถิติจากสำนักงานประกันสังคมนั้นเป็นสถิติที่น่าเชื่อถือที่สุด แต่ก็อยู่บนฐานของคนงานในระบบประกันสังคม 10 ล้านคนเท่านั้น และยังมี underreport มาก สถิติของสำนักระบาดเป็นสถิติที่ทำเพื่อเฝ้าระวังโดยมีเครื่องมือคือ รง 506/2 ซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้กรอก ทำให้ไม่ทราบการเกิดโรคที่แท้จริง และไม่น่าเชื่อถือเนื่องจากเป็นเพียงการคาดการณ์เพื่อการป้องกันเท่านั้น ส่วนสถิติของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถิติที่รวบรวมจาก ICD ที่คาดว่าน่าจะเป็นโรคจากการทำงานไม่มีการทวนย้อนกลับว่ารหัสที่ใส่ถูกต้องหรือไม่ จึงมีโรคจากการทำงาน

*โรงพยาบาลพรัตนราชธานี

มากกว่าที่รายงานจากคลินิกโรคจากการทำงานในทุกปี จะเห็นว่าสถิติโรคจากการทำงานนั้นเป็นจุดอ่อนจากระบบการวินิจฉัยโรคที่ไม่เป็นมาตรฐานและขาดบุคลากรที่จะวินิจฉัย ทำให้ขาด Burden of diseases ของโรคจากการทำงาน และทำให้ไม่สามารถจัดลำดับความสำคัญในเรื่องนี้ในระดับประเทศได้ ในการนี้โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีจึงทำเครื่องมือในการวินิจฉัยโรคจากการทำงานเรียกว่า nine steps for occupational diseases diagnosis เพื่อให้วินิจฉัยโรคได้ง่ายขึ้น วินิจฉัยโรคในทิศทางเดียวกัน มีความถูกต้องมากขึ้นและสามารถใช้สถิติโรคเพื่อวางแผนนโยบายได้ถูกต้องมากขึ้น สำหรับการรักษาและฟื้นฟูโรคจากการทำงานนั้น มีหลักในการรักษาและฟื้นฟูคล้ายกับโรคทั่วไป เพียงแต่ต้องให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าทำงานเร็วขึ้นและปลอดภัย

อาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมมีขอบเขตกว้างที่สุดในพวก medical specialist ด้วยกัน เป็นสาขาเฉพาะทางซึ่งมีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่อุทิศตนเพื่อป้องกันและจัดการกับการบาดเจ็บและโรคจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการจัดการความพิการหรือสูญเสียความสามารถ และ การส่งเสริมสุขภาพและผลผลิตของคนทำงาน ครอบครัวและชุมชน[1]

อาชีวเวชศาสตร์เป็นแขนงวิชาทางการแพทย์ซึ่งท้าทายมาก ประชาชนทุกคนมีงานทำ ดังนั้นความต้องการแพทยผู้เชี่ยวชาญด้านนี้จึงมีมากขึ้นเรื่อยๆ และมีความเกี่ยวข้องกันทั้งการวินิจฉัย อายุรศาสตร์ เวชศาสตร์ครอบครัว จิตเวช ศัลยกรรม ระบาดวิทยา พิษวิทยา นิติเวช การบริหารจัดการ เวชศาสตร์ป้องกัน ในปัจจุบันหน้าที่ของแพทย์ด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือ เป็น educator, researcher และ clinical consultant

ตามสถิติของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลซึ่งคาดว่าในกลางปี 2559 จะมีประชากรในประเทศไทย 65,323,000 คน โดยจำแนกเป็นประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) จำนวน 42,899,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 65.7 ของประชากรไทยทั้งหมด[2] ดังนั้นสุขภาพของคนในวัยนี้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ นอกจากนี้พื้นฐานของสุขภาพในวัยนี้ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนวัยชราอีกด้วย จากการศึกษาข้อมูลตัวเลขสถิติการเจ็บป่วย ประสบอันตราย ทุพพลภาพ เสียชีวิตหรือสูญหายจากการทำงาน หากมองย้อนหลังไป 9 ปี[3] (ตั้งแต่ปี 2545-2553) คนงานที่ได้สิทธิตามกฎหมายพระราชบัญญัติเงินทดแทน ปี 2537 (workmen's compensation act) พบว่า 1) จำนวนการประสบอันตรายรวม 9 ปี 1,706,779 คน 2) จำนวนผู้ประสบอันตรายเฉลี่ยปีละ 189,642 คน 3) อัตราการประสบอันตรายเฉลี่ยปีละ 25 คน/ลูกจ้าง 1,000 คน 4) จำนวนผู้เสียชีวิตปีละ 791 คน 5) จำนวนผู้ทุพลภาพปีละ 13 คน 6) จำนวนผู้สูญเสียอวัยวะบางส่วน 3,194 คน 7) จำนวนเงินทดแทนที่เบิกจ่ายเฉลี่ยปีละกว่า 1,500 ล้านบาท และ 8) จำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยตกวันละ 1.2 คน โดยมีข้อมูลที่เพิ่มเติมจากบทความอาชีวเวชศาสตร์ (Occupational Medicine) ในหนังสือ Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition ดังต่อไปนี้

จากข้อมูลสำนักงานสถิติและสังคมแห่งชาติซึ่งสำรวจภาวการณ์ทำงานของประชากรเดือนมิถุนายน ปี 2559 พบว่า จำนวนผู้มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 55.60 ล้านคน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานหรือผู้ที่พร้อมที่จะทำงาน 38.70 ล้านคน ซึ่งประกอบด้วย ผู้มีงานทำ 38.17 ล้านคน ผู้ว่างงาน 3.9 แสนคน และผู้ที่รอฤดูกาล 1.4 แสนคน ส่วนผู้ที่อยู่นอกกำลังแรงงานหรือผู้ที่ไม่พร้อมทำงาน 16.90 ล้านคนได้แก่ แม่บ้าน นักเรียน คนชรา เป็นต้น[4]

สำหรับจำนวนผู้มีงานทำ 38.17 ล้านคน ประกอบด้วยผู้ทำงานในภาคเกษตรกรรม 12.56 ล้านคน และนอกภาคเกษตรกรรม 25.61 ล้านคน ดังนั้นจะเห็นว่าโรคจากการทำงานนั้นมีความสำคัญเนื่องจากครอบคลุมประชากรกว่าครึ่งหนึ่งของประเทศ และยังเป็นโรคที่เกี่ยวเนื่องกับการผลักดันภาระเศรษฐกิจและสังคมของประเทศด้วย (ตารางที่ 13.1)

ตารางที่ 13.1: เปรียบเทียบจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามสถานภาพแรงงาน

สถานภาพแรงงาน	2558			2559	
	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	พ.ค.	มิ.ย.
ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	55.19	55.23	55.26	55.57	55.60
1. ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน	38.27	38.71	38.62	37.77	38.70
1.1 ผู้มีงานทำ	37.57	38.23	38.10	36.81	38.17
1.2 ผู้ว่างงาน	0.35	0.32	0.39	0.45	0.39
1.3 ผู้ที่รอฤดูกาล	0.35	0.16	0.13	0.51	0.14
2. ผู้อยู่นอกกำลังแรงงาน	16.92	16.52	16.64	17.80	16.90

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ข้อมูลสถานการณ์โรคและการเจ็บป่วยจากการทำงาน ได้มีหน่วยงานศึกษาและรวบรวมไว้ดังนี้

1. กระทรวงแรงงาน

สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานปี 2554-258 พบว่ามีแนวโน้มลดลงคือกรณีนับจำนวนการประสบอันตรายทุกความรุนแรงลดลงเฉลี่ยร้อยละ 10.00 ต่อปี โดยปี 2554 อัตราการประสบอันตรายเท่ากับ 15.76 รายต่อพันราย และลดลงอยู่ที่10.24 รายต่อพันราย ในปี 2558 กรณีร้ายแรงลดลงเฉลี่ยร้อยละ 8.71 ต่อปี โดยปี 2554 อัตราการประสบอันตรายเท่ากับ 4.61 รายต่อพันราย และลดลงอยู่ที่อัตรา 3.19 รายต่อพันราย ในปี 2558

การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของลูกจ้างในช่วงปี 2554-2558 พบว่าส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานครมากที่สุด เฉลี่ยร้อยละ 28.90 ต่อปี สาเหตุที่ทำให้ลูกจ้างประสบอันตรายสูงสุด คือ วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ทิ่มแทง เฉลี่ยร้อยละ 22.96 ต่อปี สิ่งที่ทำให้ลูกจ้างประสบอันตรายสูงสุดคือ วัตถุหรือสิ่งของ เฉลี่ยร้อยละ 44.95 ต่อปี อวัยวะที่ลูกจ้างได้รับอันตรายสูงสุดคือ นิ้วมือ/นิ้วหัวแม่มือ เฉลี่ยร้อยละ 28.06 ต่อปี ผลของการประสบอันตรายที่เกิดกับลูกจ้างสูงสุดคือ บาดแผลลึก เฉลี่ยร้อยละ 41.00 ต่อปี กลุ่มอายุของลูกจ้างที่ประสบอันตรายสูงสุดคือกลุ่มอายุระหว่าง 30-34 ปี เฉลี่ยร้อยละ 18.24 ต่อปี ขนาดสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1,000 คน มีการประสบอันตรายสูงสุด เฉลี่ยร้อยละ 19.24 ต่อปี ประเภทกิจการที่มีลูกจ้างประสบอันตรายสูงสุดคือ กิจการก่อสร้าง เฉลี่ยร้อยละ 7.59 ต่อปี และตำแหน่งหน้าที่ที่มีจำนวนการประสบอันตรายสูงสุดคือ ผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน ผู้ควบคุมเครื่องจักร ผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบเฉลี่ยร้อยละ 32.73 ต่อปี (ตารางที่ 13.2)[5]

ตารางที่ 13.2: สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานจำแนกตามชนิดโรคปี 2554-2558

โรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงาน	ความรุนแรง					รวม
	ตาย	ทุพพลภาพ	สูญเสียอวัยวะบางส่วน	หยุดงานเกิน 3 วัน	หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	
1. โรคที่เกิดขึ้นจากสารเคมี						
- โรคที่เกิดขึ้นจากตะกั่ว หรือสารประกอบของตะกั่ว	-	-	-	6	243	249
- โรคที่เกิดขึ้นจากอนุพันธ์ไนโตรและอะมิโนของเบนซีน	-	-	-	-	1	1
2. โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุทางกายภาพ						
- โรคหูตึงจากเสียง	-	-	37	2	62	101
- โรคจากรังสีความร้อน	-	-	-	-	1	1
- โรคจากแสงอัลตราไวโอเลต	-	-	-	-	14	14
- โรคจากแสงหรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า	-	-	-	-	1	1
- โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุกายภาพอื่น ซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน	-	-	-	-	2	2
3. โรคจากสาเหตุทางชีวภาพ	-	-	-	7	10	17
4. โรคระบบหายใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน						
- โรคกลุ่มนิวโมโคนิโอลสิส	-	-	3	1	14	18
- โรคบิสสิโนสิส	-	-	-	-	1	1
- โรคซิเดโรสิส	-	-	1	-	-	1
- โรคปอดอุดกลั้นเรื้อรัง	-	-	1	-	-	1
- โรคทางเดินหายใจส่วนบนเกิดจากสารภูมิแพ้หรือสารระคายเคืองในที่ทำงาน	1	-	-	-	4	5
- โรคระบบหายใจอื่น ซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน	-	-	-	-	1	1
5. โรคผิวหนังที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน						
- โรคผิวหนังที่เกิดจากสาเหตุทางกายภาพเคมีหรือชีวภาพอื่น ซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน	-	-	2	120	2,608	2,730
- โรคด่างขาวจากกการทำงาน	-	-	-	-	1	1
- โรคผิวหนังอื่น ซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน	-	-	-	13	384	397

ตารางที่ 13.2: สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการทำงานจำแนกตามชนิดโรคปี 2554-2558 (ต่อ)

โรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงาน	ความรุนแรง					รวม
	ตาย	ทุพพลภาพ	สูญเสียอวัยวะบางส่วน	หยุดงานเกิน 3 วัน	หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	
6. โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน						
- โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานหรือสาเหตุจากลักษณะงานที่จำเพาะหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมการทำงาน	1	-	9	2,100	11,585	13,695
7. โรคมะเร็งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน	-	-	-	-	-	-
8. โรคอื่นๆ ซึ่งพิสูจน์ได้ว่าเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน	-	-	-	2	2	4
รวมทั้งหมด	**2**	**-**	**53**	**2,251**	**14,934**	**17,240**

ที่มา: กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูลที่มาอันดับ 2 คือจากข้อมูลบัญชีแยกโรคหรือ ICD โดยเลือกจากรหัสที่น่าจะเป็นโรคจากการทำงาน ได้แก่ รหัสโรคต่างๆ ที่คาดว่าน่าจะเกิดจาก agents ในการทำงาน และสิ่งแวดล้อม[6]

2.1. โรคจากโลหะหนัก จากรายการรหัสโรค ICD สำหรับอาการบาดเจ็บ (Injury) การได้รับสารพิษ (Poisoning) และการเจ็บป่วยจากสิ่งคุกคามกลุ่มโลหะหนัก จะใช้รหัส T56 (Toxic effect of metals) ซึ่งมีรหัสย่อยดังรายละเอียดต่อไปนี้

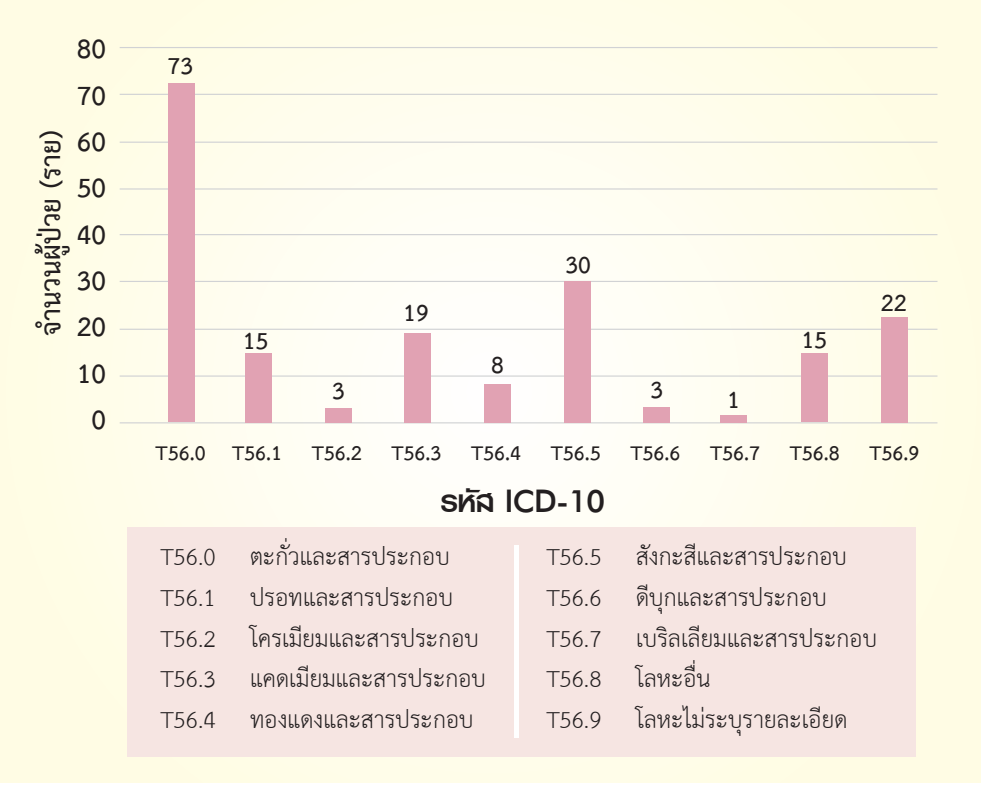
- T56.0 ตะกั่วและสารประกอบของตะกั่ว (Lead and its compounds)
- T56.1 ปรอทและสารประกอบของปรอท (Mercury and its compounds)
- T56.2 โครเมียมและสารประกอบของโครเมียม (Chromium and its compounds)
- T56.3 แคดเมียมและสารประกอบของแคดเมียม (Cadmium and its compounds)
- T56.4 ทองแดงและสารประกอบของทองแดง (Copper and its compounds)
- T56.5 สังกะสีและสารประกอบของสังกะสี(Zinc and its compounds)
- T56.6 ดีบุกและสารประกอบของดีบุก (Tin and its compounds)
- T56.7 เบริลเลียมและสารประกอบของเบริลเลียม (Beryllium and its compounds)
- T56.8 โลหะอื่นๆ (Other metals)

พบว่ามีผู้ป่วยที่มารักษาเป็นผู้ป่วยนอกโรคจากพิษโลหะหนักต่อ 100,000 คน ในปี 2553-2557 (ตารางที่ 13.3) (ภาพที่ 13.1)

ตารางที่ 13.3: จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกโรคจากพิษโลหะหนักต่อ 100,000 คน ปี พ.ศ.2553-2557

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรกลางปี	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย
2553	63,701,703	123	0.19
2554	64,181,001	51	0.08
2555	64,266,365	212	0.33
2556	64,621,302	183	0.28
2557	64,955,313	190	0.29

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข



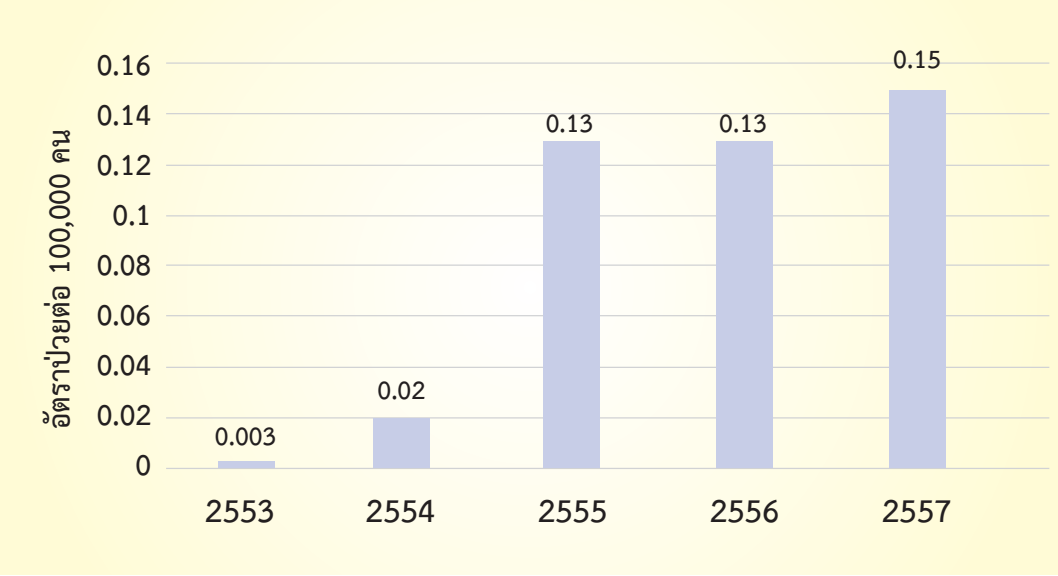
ภาพที่ 13.1: แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกโรคจากพิษโลหะหนัก (รวมทุกรหัส) จำแนกตามรหัส ICD-10 ปี พ.ศ. 2557

2.2. โรคซิลิโคสิส ข้อมูล ในปัจจุบันพบว่ามีการวินิจฉัยโรคเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังจากมีการกระตุ้นและมีการจัดฝึกอบรมการอ่านฟิล์ม pneumoconiosis โดยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ ร่วมกับสมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แห่งประเทศไทย (ตารางที่ 13.4) (ภาพที่ 13.2)

ตารางที่ 13.4: แสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคซิลิโคสิส ปี พ.ศ. 2553-2557

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรกลางปี	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย
2553	63,701,703	2	0.003
2554	64,181,001	16	0.02
2555	64,266,365	81	0.13
2556	64,621,302	85	0.13
2557	64,955,313	100	0.15

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 13.2: แสดงอัตราผู้ป่วยนอกโรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis) ต่อ 100,000 คน ปี พ.ศ. 2553-2557

2.3. โรคจากแร่ใยหินแอสเบสตอส ข้อมูลจากการค้นหารหัส J61 (Pneumoconiosis due to asbestos and other mineral fibers) และ J92.0 (pleural plaque with asbestosis) และ C45.0-45.9 (mesothelioma) จากข้อมูลผู้ป่วยนอกสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยนอกจากแร่ใยหินแอสเบสตอส แต่เป็นที่น่าแปลกใจที่รายงานตามรายคลินิกจากโรงพยาบาลต่างๆ ไม่พบโรคจากแอสเบสตอสเลย (ตารางที่ 13.5)

ตารางที่ 13.5: แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกโรคจากแร่ใยหินแอสเบสตอส ปี พ.ศ. 2553-2557

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรกลางปี	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย
2553	63,701,703	9	0.01
2554	64,181,001	19	0.03
2555	64,266,365	42	0.07
2556	64,621,302	200	0.31
2557	64,9553,13	131	0.20

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

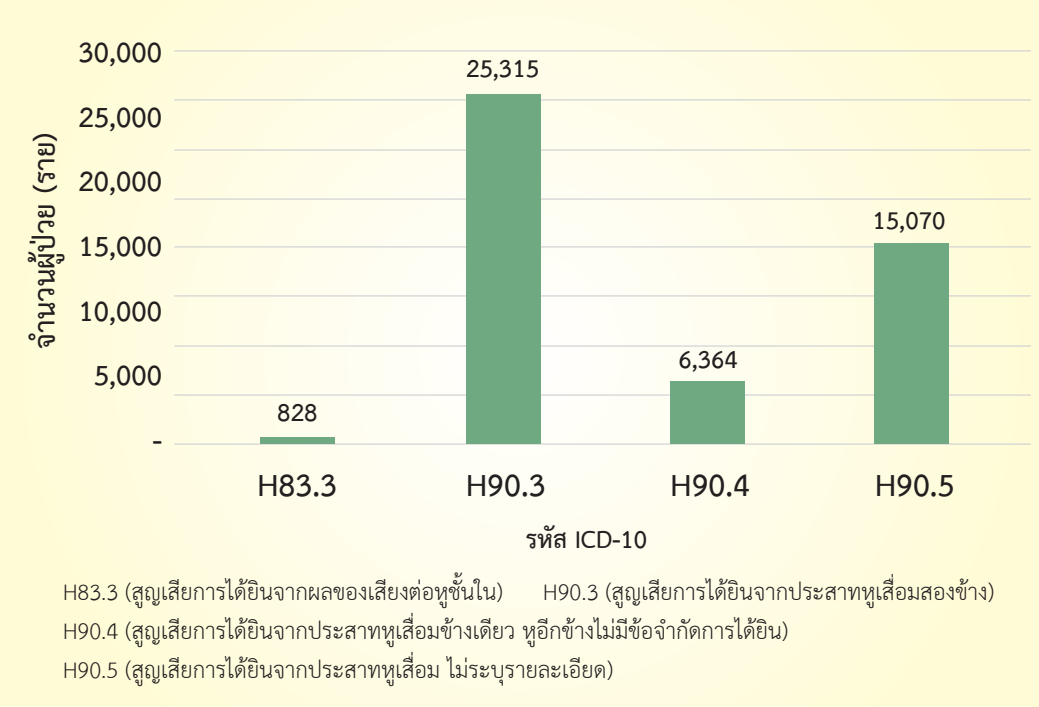
2.4. โรคจากพิษสารทำละลาย การรวบรวมจากข้อมูลผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตามรหัสโรค ICD-10 ในกลุ่มรหัส T52 (Toxic effect of solvents) โดยมีรหัสย่อยและแยกตามประเภทสารเคมี (ตารางที่ 13.6) (ภาพที่ 13.3)

- T52.0 ผลิตภัณฑ์ปิโตรเลียม (Petroleum products)
- T52.1 เบนซีน (Benzene)
- T52.2 สารประกอบที่มีวงเบนซีน (Homologous of benzene)
  เช่น โทลูอีน (Toluene), ไซลีน (Xylene)
- T52.3 ไกลคอล (Glycol)
- T52.4 คีโตน (Ketones)
- T52.8 ตัวทำละลายอินทรีย์อื่นๆ (Other organic solvents)
- T52.9 ตัวทำละลายอินทรีย์ไม่ระบุรายละเอียด (Organic solvents, unspecified)

ตารางที่ 13.6: จำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกจากพิษสารทำละลาย ต่อ 100,000 คน ปี พ.ศ. 2553-2557

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรกลางปี	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย
2553	63,701,703	85	0.13
2554	64,181,001	19	0.03
2555	64,266,365	659	1.03
2556	64,621,302	547	0.85
2557	64,9553,13	509	0.78

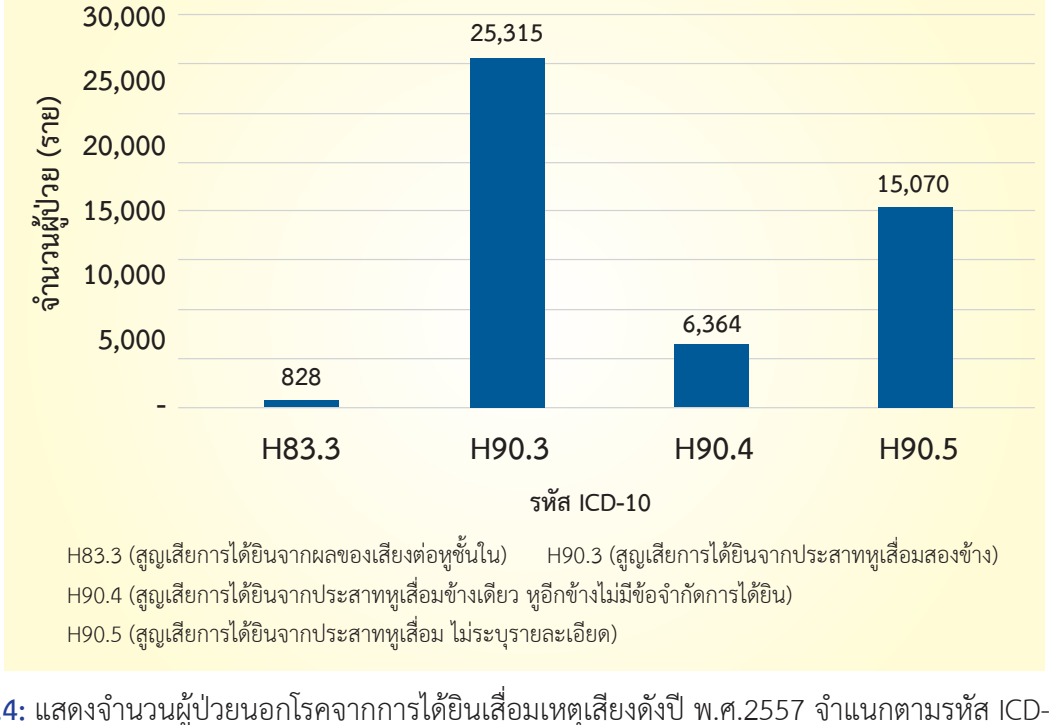
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข



H83.3 (สูญเสียการได้ยินจากผลของเสียงต่อหูชั้นใน) H90.3 (สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อมสองข้าง)
H90.4 (สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อมข้างเดียว หูอีกข้างไม่มีข้อจำกัดการได้ยิน)
H90.5 (สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อม ไม่ระบุรายละเอียด)

ภาพที่ 13.3: แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกจากโรคพิษสารทำละลาย (รวมทุกรหัส) ในปี พ.ศ. 2557 จำแนกตาม ICD-10

2.5. โรคการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดัง ข้อมูลการนำรหัส H83.3 การสูญเสียสมรรถภาพทางการได้ยินจากการนำเสียงผิดปกติ (conductive hearing loss) และ H90.3-H90.5 การสูญเสียสมรรถภาพทางการได้ยินจากประสาทหูและหูชั้นในรับ เสียงผิดปกติ (sensorineural hearing loss) (ภาพที่ 13.4)



H83.3 (สูญเสียการได้ยินจากผลของเสียงต่อหูชั้นใน) H90.3 (สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อมสองข้าง)
H90.4 (สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อมข้างเดียว หูอีกข้างไม่มีข้อจำกัดการได้ยิน)
H90.5 (สูญเสียการได้ยินจากประสาทหูเสื่อม ไม่ระบุรายละเอียด)

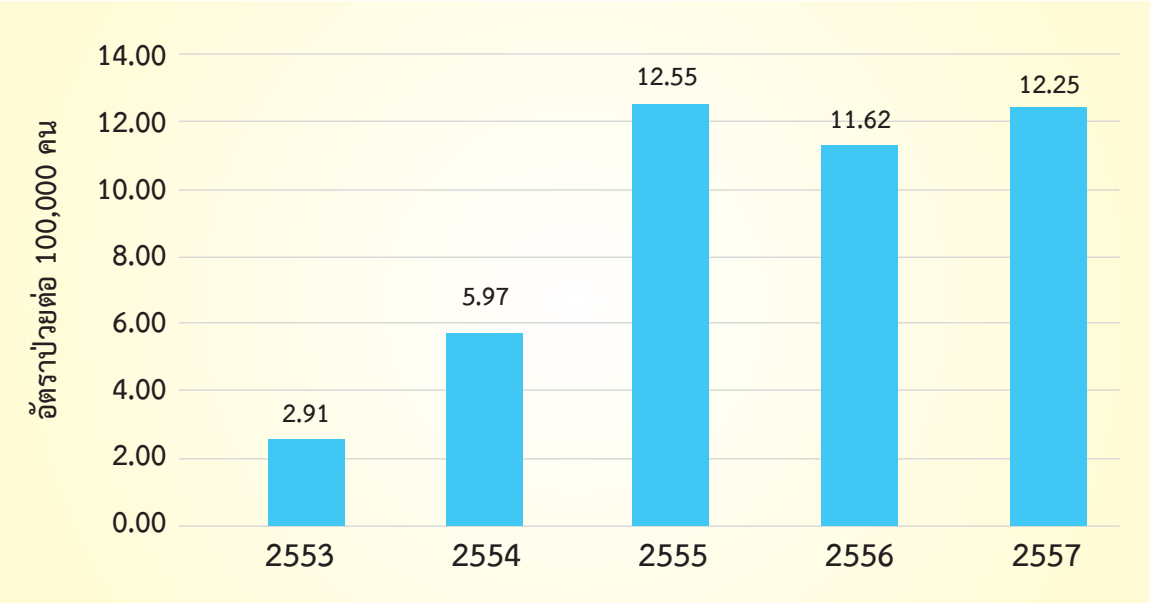
ภาพที่ 13.4: แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกโรคจากการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดังปี พ.ศ.2557 จำแนกตามรหัส ICD-10

2.6 โรคและภัยสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อมูลจากระบบรายงานผู้ป่วยนอกของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) โดยมีรหัสโรคดังนี้ (ตารางที่ 13.7) (ภาพที่ 13.5 และ 13.6)

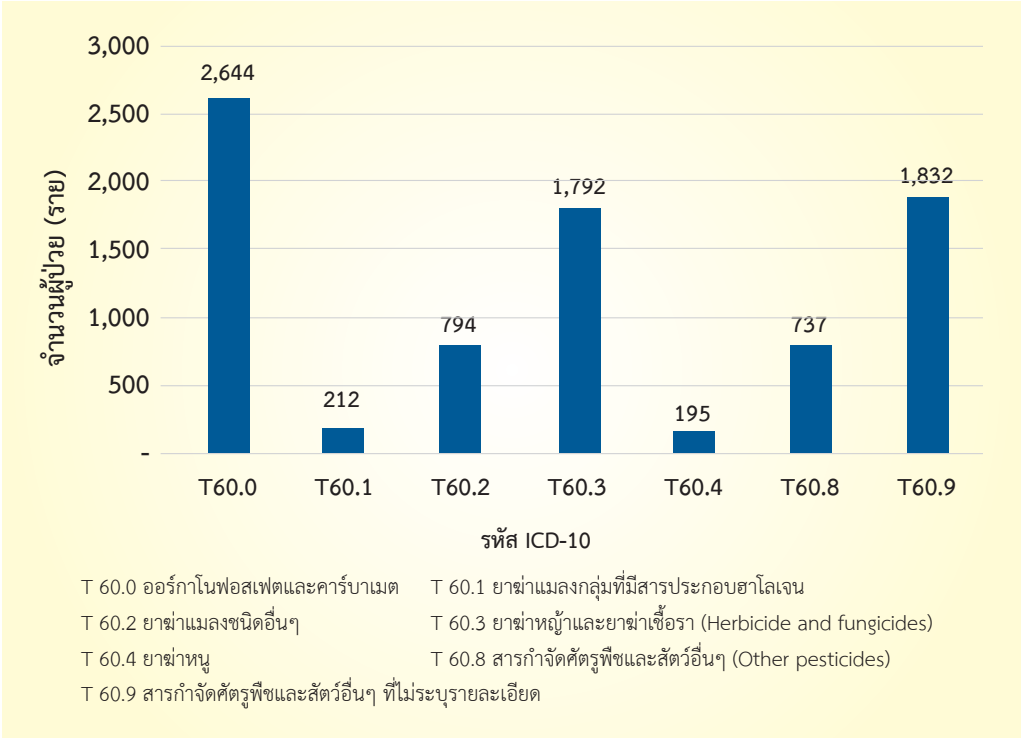
- T 60.0 ออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต (Organophosphate and carbamate insecticides)
- T 60.1 ยาฆ่าแมลงกลุ่มที่มีสารประกอบฮาโลเจน (Halogenated insecticides)
- T 60.2 ยาฆ่าแมลงชนิดอื่นๆ (Other insecticides)
- T 60.3 ยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าเชื้อรา (Herbicide and fungicides)
- T 60.4 ยาฆ่าหนู (Rodenticides)
- T 60.8 สารกำจัดศัตรูพืชและสัตว์อื่นๆ (Other pesticides)
- T 60.9 สารกำจัดศัตรูพืชและสัตว์อื่นๆ ที่ไม่ระบุรายละเอียด (Other pesticides-Not specified)

ตารางที่ 13.7: แสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยนอกจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2553-2557

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรกลางปี	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย
2553	63,701,703	1,851	2.91
2554	64,181,001	3,829	5.97
2555	64,266,365	8,066	12.55
2556	64,621,302	7,506	11.62
2557	64,9553,13	7,954	12.25



ภาพที่ 13.5: แสดงอัตราผู้ป่วยนอกโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช (รวมทุกรหัส) ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2553-2557



ภาพที่ 13.6: แสดงจำนวนผู้ป่วยนอกโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำแนกตามรหัส ICD-10 ปี พ.ศ. 2557

ข้อสังเกต

1. การใช้ฐานข้อมูลมาใช้ในการเฝ้าระวังโรคจะต้องระวังหลายเรื่อง ตั้งแต่เรื่องความถูกต้องของเวชระเบียน การถูกต้องของการวินิจฉัยโรค

2. โรคที่เฝ้าระวังตาม ICD 10 บางโรคก็ไม่ใช่โรคจากการทำงาน เนื่องจากโรคที่เฝ้าระวังของสำนักโรคไม่เหมือนกับของ WHO มีบางโรคที่ไม่ชัดเจนว่าจะเกิดจากการทำงานหรือไม่ ดังนั้นข้อมูลอาจมากเกินไป ดังเช่นข้อมูลของสำนักนโยบายและแผน ซึ่งเป็นข้อมูลจาก ICD-10 ที่ไม่ได้แยกว่ามาจากอาชีพหรือสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงมีข้อมูลมากเกินไป

3. ปัญหาในการวินิจฉัยโรคจากการทำงานที่สำคัญคือการลงประวัติอาชีพในโอพีดีการ์ด ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีการลงประวัติการทำงาน ทำให้ไม่สามารถค้นหาได้ว่าเป็นโรคจากการทำงานจริงหรือไม่

4. มีข้อควรระวังเรื่องการวินิจฉัยโรคจากการทำงานนั้นค่อนข้าง sensitive ต้องระมัดระวัง ไม่เช่นนั้นจะกลายเป็นเรื่องราวขึ้นมา ดังนั้นจะต้องมีการควบคุมข้อมูล และการยืนยันข้อมูลที่ถูกต้องและรวดเร็วด้วย

5. ในระบบทุกระบบ ไม่ consistency กัน ข้อมูลไม่ได้มาจากแหล่งเดียวกัน และฐานในการคำนวณของประชากรไม่เหมือนกัน ควรมีการจัดเก็บเป็นระบบเดียวกัน

6. ยังไม่มีระบบซึ่งรายงานโรค เป็น definite diagnosis ชัดเจน

7. การขาดข้อมูลจำนวนโรค ทำให้ขาด evidence based data ซึ่งจะนำไปใช้วางแผนต่างๆ

8. ฐานของการรายงานโรคของกองทุนเงินทดแทนจะเป็นฐานเท่าที่อยู่ในระบบคือประมาณ 10 ล้านคน จะไม่รวมแรงงานนอกระบบ จึงไม่ได้โรคจากการทำงานที่แท้จริง

9. การวินิจฉัยโรคของแพทย์ยังขาดความสอดคล้องกัน ทำให้ผู้ป่วยรายหนึ่งๆ ได้รับการวินิจฉัยโรคไม่เหมือนกัน

3. สถานการณ์โรคจากการทำงานในระดับโลก

สถิติโรคจากการทำงานในประเทศแถบอาเซียน เช่น ประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย และเกาหลีใต้ (ตารางที่ 13.8 และ 13.9) จะเห็นว่าโรคจากการทำงานที่พบบ่อยในประเทศสิงคโปร์ คือโรคหูตึงจากการทำงาน รองลงมาคือโรคผิวหนังจากการทำงาน และโรคพิษสารเคมีจากการทำงาน ส่วนในประเทศมาเลเซียจะเห็นว่าโรคที่พบบ่อย คือ โรคหูตึงจากการทำงานเช่นเดียวกัน รองลงมาคือโรคผิวหนังจากการทำงานและโรคจากสารเคมี[7] และแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการมีแนวทางการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ที่ชัดเจนขึ้นทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคมากขึ้น (ภาพที่ 13.7)

ตารางที่ 13.8: แสดงสถิติโรคจากการทำงานในสิงคโปร์ตั้งแต่ปี 2000 – 2009 (workplace safety and health report 2014)

ปี พ.ศ.	จำนวนประชากรกลางปี	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย
2553	63,701,703	1,851	2.91
2554	64,181,001	3,829	5.97
2555	64,266,365	8,066	12.55
2556	64,621,302	7,506	11.62
2557	64,9553,13	7,954	12.25

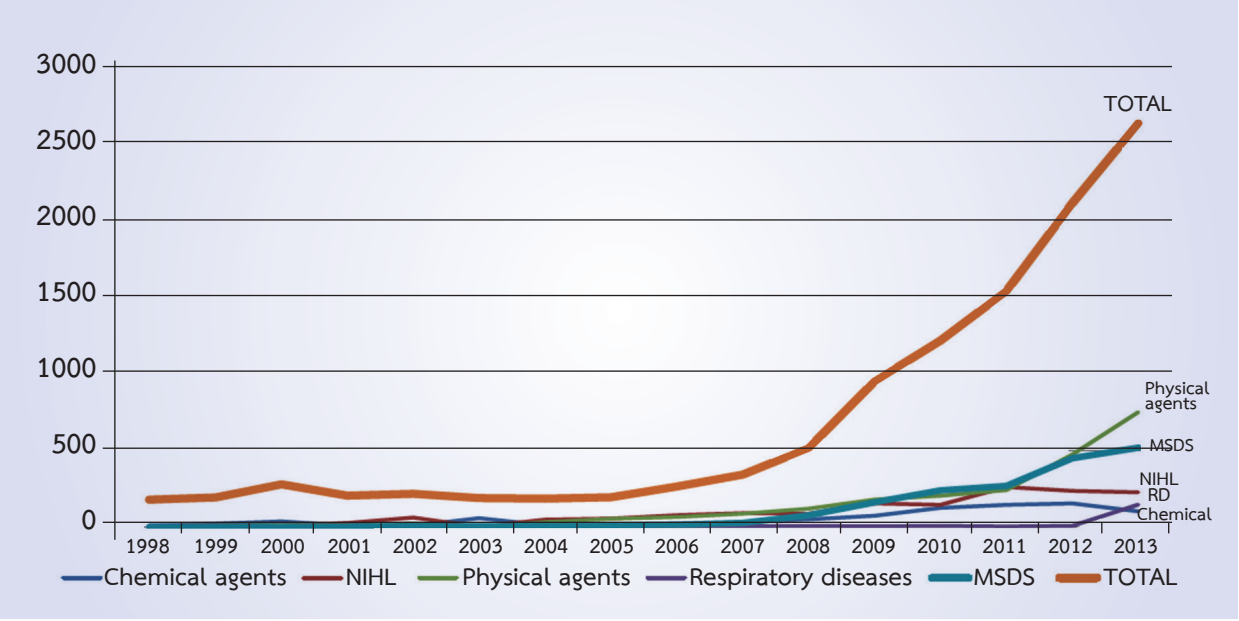
Types of disease	2013	2014
Noise induced deafness	564	594
a) Early; b) Compensable	544; 20	580; 14
Occupational skin diseases	56	54
Excessive absorption of chemicals	4	2
Chemical poisoning	3	0
Barotrauma	7	8
Compressed Air illness	5	7
Occupational lung diseases	9	5
Work related musculoskeletal disorders	237*	315**
Mesothelioma	2	5
Total	**887**	**992**

** 214 were back injuries due to ergonomic risks*

***302 were back injuries due to ergonomic risks*

ตารางที่ 13.9: แสดงสถิติโรคจากการทำงานในมาเลเซียตั้งแต่ปี 2005– 2009

Types of disease	2005	2006	2007	2008	2009
Occupational lung disease	51	38	50	56	57
Occupational skin disease	57	30	192	70	53
Occupational noise-induced hearing loss	190	106	120	169	427
Occupational musculoskeletal disorder	10	22	18	31	57
Disease caused by a chemical agent (poisoning)	139	116	117	41	61
Disease caused by a biological agent	0	3	1	2	3
Occupational cancer	0	2	1	3	2
Other disease and non-occupational disease	4	45	47	81	2
Total	441	362	546	453	669



ภาพที่ 13.7: แสดงแนวโน้มของโรคจากการทำงานในประเทศมาเลเซีย ปี 1998-2013

คุณภาพการบริการ (Quality of Care)

1. การกระจายตัวของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์

การอบรมหลักสูตรพื้นฐานด้านอาชีวเวชศาสตร์ ปัจจุบันมีคนเข้าเรียน 6 กลุ่ม คือแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ แพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีวเวชศาสตร์ 2 เดือน พยาบาลอาชีวอนามัย พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาอาชีวอนามัย และนักอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (ตารางที่ 13.10)

ตารางที่ 13.10: แสดงจำนวนบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแต่ละวิชาชีพ (2557)

Types of disease	จำนวน
แพทย์อาชีวเวชศาสตร์	142
แพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีวเวชศาสตร์ 2 เดือน	804
พยาบาลอาชีวอนามัย	302
พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง	3,055
พยาบาลที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาอาชีวอนามัย	70
นักอาชีวอนามัยและความปลอดภัย	13968

ที่มา: ดัดแปลงจาก พุทธิชัย แดงสวัสดิ์,วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์, ดุสิต จันทยานนท์, ฉันทนา จันทวงศ์ : การสำรวจจำนวนบุคลากรด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 Thammasat Medical Journal, Vol 15 No. 3 pp 393-405.

แพทย์อาชีวเวชศาสตร์ที่ได้รับการรับรองคุณวุฒิและ ขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา ในปี พ.ศ. 2557 142 คน เป็นแพทย์วุฒิบัตร 52 คน (ร้อยละ 36.6) และอนุมัติบัตร 90 คน (ร้อยละ 63.4) ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 46.4) และภาคกลาง (ร้อยละ 21.8) โดยจังหวัดที่มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ทำงานอยู่มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 66 คน (ร้อยละ 46.9) นนทบุรี 14 คน (ร้อยละ 9.9) ชลบุรี 7 คน (ร้อยละ 4.9) ระยอง 6 คน (ร้อยละ 4.2) สงขลา 4 คน (ร้อยละ 2.8) เชียงใหม่ 3 คน (ร้อยละ 2.1) นครราชสีมา 3 คน (ร้อยละ 2.1) ปทุมธานี 3 คน (ร้อยละ 2.1) สมุทรสาคร 3 คน (ร้อยละ 2.1) และอุดรธานี 3 คน (ร้อยละ 2.1)

การฝึกอบรมเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต้องใช้เวลาถึงสามปี และสามารถอบรมได้เพียงปีละ 15 คนทำให้ไม่สามารถผลิตแพทย์ได้ทันจึงต้องหันมาเน้นเรื่องการฝึกอบรมแพทย์ 2 เดือนแทนเพื่อให้มีจำนวนแพทย์ที่มีความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์เพิ่มมากขึ้น สำหรับพยาบาลอาชีวอนามัยนั้น จำเป็นต้องมีเพื่อช่วยเหลือแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในการทำงานโดยจะทำงานเป็นทีมในโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดงานด้านอาชีวอนามัย นอกจากนี้ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2548 ยังกำหนดให้สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่หนึ่งพันคนขึ้นไป ต้องมีพยาบาลตั้งแต่ระดับพยาบาลเทคนิคขึ้นไปไว้ประจำอย่างน้อยสองคนตลอดเวลาทำงาน ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่จะต้องมีในสถานพยาบาลเพื่อดูแลคนวัยทำงาน จึงจำเป็นต้องความรู้ด้านอาชีวอนามัย ซึ่งในปัจจุบันมีการเรียนพยาบาลอาชีวอนามัยเฉพาะทางได้ใช้เวลา 4 เดือน และอบรมได้เพียงรุ่นละ 30 คน จึงยังขาดพยาบาลอาชีวอนามัยอีกมาก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้ช่วยในการฝึกอบรมแพทย์ โดยมีแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงอาชีวเวชศาสตร์ ซึ่งถูกคุมจำนวนการฝึกตามกฎแพทยสภาเพื่อให้ได้มาตรฐานผลิตได้ปีละ 15 คน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีฝึกอบรมได้ปีละ 4 คน นอกจากนี้ยังมี track พิเศษคือการอบรมความรู้พื้นฐานด้านอาชีวเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป 2 เดือน ซึ่งแพทย์ที่จบออกไปสามารถทำงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ได้ระดับหนึ่ง และเป็นการทดแทนการขาดแคลน แพทย์อาชีวเวชศาสตร์อีกด้วย ในจำนวนแพทย์ที่มีนี้ ถ้าประมาณแพทย์ที่ขาดแคลน โดยใช้สัดส่วนแพทย์หนึ่งคนต่อประชากร 1,500 คนหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหนึ่งคนต่อสถานประกอบการ

20 แห่ง ซึ่งยังไม่เพียงพอ โดยขณะนี้มีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์รวมทั้งแพทย์ 2 เดือน เมื่อเทียบเป็นสัดส่วนกับผู้ประกันตนพบว่ามีแพทย์ 1 คนต่อผู้ประกันตน 14,459 คน และแพทย์หนึ่งคนต้องรับผิดชอบสถานประกอบการ 459 แห่ง ซึ่งยังไม่นับรวมกับแรงงานนอกระบบ ซึ่งมีมากกว่าผู้ประกันตนสองเท่าด้วย

ตารางที่ 13.11: แสดงจำนวนแพทย์ที่ขาดแคลน

จำนวน คิดสัดส่วน 15,00 คนต่อแพทย์ 1 คน หรือ สถานประกอบการ 20 แห่งต่อแพทย์ 1 คน	จำนวน อาชีวแพทย์	จำนวนแพทย์ที่ผ่านการอบรม 2 เดือน	จำนวนแพทย์ทั้งประเทศ
แพทย์	142 คน	804 คน	50,573 คน
สัดส่วนเมื่อเทียบกับผู้ประกันตน 13,939,210 คน	1:98,163 คน	1:17,337 คน	1:275 คน
สัดส่วนรวมเมื่อเทียบกับผู้ประกันตน	1:14,459 คน		เมื่อเทียบแพทย์จบอาชีว-แพทย์กับแพทย์ทั้งหมดสัดส่วนเป็น 1:356 คน
สัดส่วนเมื่อเทียบกับจำนวนสถานประกอบการที่ประกันตน 434,980 แห่ง	1:3,063 คน		
สัดส่วนรวมเมื่อเทียบกับสถานประกอบการ	1:459 คน		
การขาดแคลนและการผลิต ต้องการอีก 9,292 คน	ถ้าคิดว่าผลิตได้ปีละ 15 คน ต้องใช้เวลา 619 ปี	185 รุ่น (คิดรุ่นละ 50 คน)	

2. สิทธิประโยชน์ด้านอาชีวเวชศาสตร์

หน่วยงานหลักที่ดูแลสิทธิประโยชน์จากการเกิดโรคจากการโดยมีหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย[8] ได้แก่

2.1 กระทรวงแรงงาน

- กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้แก่ กองตรวจความปลอดภัยในการทำงาน สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน และ สำนักงานสวัสดิการคุ้มครองแรงงาน
- สำนักงานประกันสังคม ได้แก่ สำนักงานกองทุนเงินทดแทนและศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงาน
- คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

2.2 กระทรวงสาธารณสุข

- กรมอนามัย ได้แก่ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมและศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขต
- กรมการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

2.3 กระทรวงอุตสาหกรรม ได้แก่ กรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักควบคุมโรคและตรวจแรงงาน และสำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม

3. คลินิกอาชีวเวชศาสตร์

จากการสำรวจอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคจากกการทำงานทั่วประเทศ โดยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้ทำการสำรวจในเดือนกันยายน 2558 จำนวน 103 แห่งทั่วประเทศ มีการตอบกลับทั้งสิ้น 99 แห่ง ประกอบด้วยคลินิกโรคจากการทำงานที่อยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไป) โรงพยาบาลทั่วไป (มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200 – 500 เตียง) และ โรงพยาบาลชุมชน (เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียง ไปจนถึง 150 เตียง) พบการจัดระบบพัฒนาคุณภาพดังนี้ HA 96 โรงพยาบาล ISO 5 โรงพยาบาล HPH 70 โรงพยาบาล และ HNQA 8 โรงพยาบาล โดยอยู่ในกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม 78 แห่ง (78%) กลุ่มงานพิเศษอาชีวเวชศาสตร์ 2 แห่ง (2.0%) กลุ่มงานปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 5 แห่ง (5.1%) กลุ่มงานการพยาบาล 4 แห่ง (4.0%) กลุ่มงานเวชศาสตร์ป้องกัน 1 แห่ง (1.0%) และ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม 8 แห่ง (8.1%) มีจำนวนแพทย์ 1 ท่าน 56 แห่ง 2 ท่าน 16 แห่ง 3 ท่าน 3 แห่ง 4 ท่าน 1 แห่ง 5 ท่าน 2 แห่ง และ 6 ท่าน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 56.6, 16.2, 3.0, 1.0, 2.0 และ 1.0 ตามลำดับ แพทย์ที่ดูแลงานด้านอาชีวเวชศาสตร์ 117 ท่านได้รับการอบรมความรู้ (ตารางที่ 13.12 และ 13.13) และพบว่ามีนักวิชาการทั้งหมด 177 ท่านจาก 66 คลินิกโรคจากการทำงาน และอีก 33 คลินิกโรคไม่มีนักวิชาการด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือนักสาธารณสุขศาสตร์เลยรายงานโรคจากการทำงาน พบว่ามีอันดับแตกต่างกันในแต่ละคลินิก เนื่องจากมีการวินิจฉัยโรคน้อย (ตารางที่ 13.14-13.17)

ตารางที่ 13.12: แสดง qualification ของแพทย์ที่ดูแลงานคลินิกอาชีวเวชศาสตร์

Types of disease	จำนวนแพทย์ที่ได้รับการอบรม (คน)	ร้อยละ
อบรมหลักสูตรสองเดือน	59	50.43
อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน	12	10.26
วุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน	24	20.51
จำนวนแพทย์ที่ไม่ได้รับการอบรม (คน)	22	18.80
Total	**117**	**100**

ตารางที่ 13.13: แสดง qualification ของพยาบาลที่ทำงานในคลินิกอาชีวเวชศาสตร์ 365 คน

หลักสูตร	ผ่านการอบรม	ร้อยละ
ผ่านการอบรมปริญญาโทด้านอาชีวอนามัย	21	5.75
ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลอาชีวอนามัย	122	33.42
ผ่านการอบรมความรู้พื้นฐาน	191	52.33
ไม่ได้รับการอบรม	31	8.49
Total	**365**	**100**

ตารางที่ 13.14: แสดง category การดำเนินงานของคลินิก

การดำเนินงาน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
งานคลินิกโรคจากทำงาน	94	5
งานสร้างเสริมสุขภาพ	93	6
งานอาชีวป้องกันและควบคุมโรค	92	7
งานพิษวิทยาและเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	93	6
งานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล	93	6

ตารางที่ 13.15: แสดงรายงานโรคจากการทำงาน อันดับแรก

โรค	จำนวน	ร้อยละ
MSD	52	62.65
Skin	11	13.25
NIHL	9	10.84
Injury	5	6.02
Pneumoconiosis	3	3.61
TB	1	1.02
Chemical gas	1	1.02
CVA	1	1.02
Total	**83**	**100**

ตารางที่ 13.16: แสดงรายงานโรคจากการทำงาน อันดับสอง

โรค	จำนวน	ร้อยละ
Skin	31	40.79
MSD	23	30.26
TB	6	7.89
Injury	6	7.89
Pneumoconiosis	4	5.26
NIHL	3	3.95
โรคทางตา	1	1.32
โรคพิษจากสัตว์	1	1.32
สารเคมี, พิษตะกั่ว	1	1.32
Total	**76**	**100**

ตารางที่ 13.17: แสดงโรคจากการทำงานอันดับสาม

โรค	จำนวน	ร้อยละ
Skin	19	33.96
NIHL	11	19.64
Pneumoconiosis	10	17.86
MSD	7	12.50
TB	2	3.57
Injury	2	3.57
lead	2	1.79
ความผิดปกติทางสายตาจากการมองเห็น	1	1.79
ระบบทางเดินอาหาร	1	1.79
โรคพิษจากสัตว์	1	1.79
Total	**56**	**100**

จากการสำรวจดังกล่าวจะพบว่าปัญหาเรื่อง qualification ของแพทย์และพยาบาลก็ยังเป็นปัญหาสำคัญไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก ทั้งนี้เพราะการมีสถานที่ฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมีจำนวนน้อย ดังนั้นจึงมีคนได้รับการอบรมน้อย แม้ว่าตำแหน่งและการรองรับมีเพียงพอแล้ว นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องนักวิชาการโดยเฉพาะนักวิชาการอาชีวอนามัยซึ่งในกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มี จำนวนโรคจากการทำงานก็ยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันในบางแห่ง และยังมีการวินิจฉัยน้อย ดังจะเห็นว่าโรค CVA เป็นโรคอันดับหนึ่งในบางคลินิก

4. เครื่องมือในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

ในปี พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้สร้างเครื่องมือใหม่ในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน เนื่องจากสถิติโรคจากการทำงานที่ได้ยังน้อยมากเปรียบเสมือนยอดของภูเขาน้ำแข็ง ทำให้โรคจากการทำงานไม่เป็น disease burden ที่สำคัญ และถูกละเลยไป โดยเครื่องมือนี้จะทำให้การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน มีเอกภาพในทิศทางเดียวกัน โดยใช้ชื่อเครื่องมือว่า Nine Steps in Occupational Diseases Diagnosis โดยวัตถุประสงค์ของเครื่องมือมีเพื่อ (1) มีแนวทางการวินิจฉัย โรคจากการทำงานที่ง่ายสำหรับแพทย์ทุกท่าน (2) เกิดการวินิจฉัยโดยยึดถือแนวทางเหมือนกันทำให้มีการ วินิจฉัยโรคได้เหมือนกันคือไม่มีความแตกต่างกันว่าผู้ป่วยเป็นหรือไม่เป็นโรคจากการทำงาน (3) ช่วยให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและไม่ต้องกลัวการถูกฟ้องร้อง (4) เมื่อมีการวินิจฉัยโรคจากการทำงานง่ายขึ้นก็สามารถเก็บ สถิติที่ถูกต้องแม่นยำได้มากขึ้น ทำให้สามารถใช้ในการวางแผนงานด้านสุขภาพในระดับประเทศได้[9] โดยแนวทางมีดังนี้

ขั้นตอนมาตรฐานทั้ง 9 ขั้นตอนในการวินิจฉัยโรคจากการทำงานมีดังนี้

1. มีโรคเกิดขึ้นจริง
2. มีสารเคมีหรือกระบวนการที่ทำให้เกิดโรคอยู่ในสถานที่ทำงานของผู้ป่วยนั้น
3. มีการสัมผัสสิ่งคุกคามนั้น ซึ่งจะได้จากการซักประวัติการทำงาน การเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อม ประวัติการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคลจากตัวผู้ป่วย
4. มีลำดับก่อนหลังในการเกิดโรค ได้แก่ มีการสัมผัสก่อนจึงจะมีอาการ
5. การสัมผัสนั้นมีระยะเวลานานพอหรือมีความเข้มข้นพอที่จะทำให้เกิดโรคโดยดูจากข้อมูลทางระบาดวิทยา การเก็บตัวอย่างพิเศษ เช่น จากเลือด หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เป็นต้น
6. มีข้อมูลทางวิทยาการระบาดสนับสนุน
7. ได้ทำการวินิจฉัยแยกสาเหตุของโรคที่เกิดนอกเหนือจากการทำงานแล้ว
8. ได้พิจารณาปัจจัยอื่นๆ ที่สนับสนุนหรือคัดค้าน เช่นอาการของโรคอาจดีขึ้นเมื่อไม่มีการสัมผัสหรือเมื่อผู้ป่วยหยุดงาน มีการใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล หรือไม่มีการใช้
9. นำปัจจัยทั้งหมดมาพิจารณาเพื่อวินิจฉัยโดยถ้าสามารถตอบได้ครบทุกข้อก็ถือว่าเป็นโรคจากการทำงานแน่นอน และยิ่งตอบได้มากข้อ ก็น่าจะคิดถึงโรคจากการทำงานมากขึ้น

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

ส่วนขาด (gap) ของระบบข้อมูล คือ

1. การรายงานโรคยังไม่เป็น Unity และไม่ได้มาตรฐานเดียวกัน ควรรวบรวมผู้เชี่ยวชาญจัดทำเกณฑ์มาตรฐานให้เหมือนกันและใช้ได้ทั่วประเทศ
2. ควรจัดให้มีการรายงาน โรคจากการทำงานในระบบ ICD 10 และมีการจัดเก็บโดยระบบ UCHA โดยจะมีการรายงานกลับในรูปรายงานประจำปี ให้กับโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อให้ฐานข้อมูลโรคจากการทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และไม่แตกกระจายเหมือนปัจจุบัน
3. ควรมีการจัดทำภาระโรค (Burden of Disease) ของโรคจากการทำงานในประเทศไทย เพื่อนำมาวิเคราะห์วางแผนในการจัดการโรคจากการทำงาน
4. ควรมีการจัดทำ Cost effectiveness ของการตรวจร่างกายตามความเสี่ยงที่ออกมาเป็นกฎหมาย ซึ่งจะเป็น Technology assessment

References

1. Careers in Occupational and Environmental Medicine [Internet]. American College of Occupational and Environmental Medicine[update2014;cite 2014 Apr 11 2557].Available from: http://www.acoem.org/guidelines.aspx?id=992.

2. ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต].สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; [ปรับปรุงเมื่อ2559; เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx

3. สมบุญ สีคำดอกแค. คลินิกโรคจากการทำงาน ปี 2555 สถานการณ์สุขภาพความปลอดภัยแรงงานไทย [อินเทอร์เน็ต] Bethesda (MD): สภาเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย; [ปรับปรุงเมื่อ 8 เมษายน 2555; เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม2557]. Available from: ttp://prachatai.com/journal/2012/04/40008.

4. สำนักงานสถิติแห่งชาติกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. [อินเทอร์เน็ต].สรุปผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 [ปรับปรุงเมื่อ 2559; เข้าถึงเมื่อ 13 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/lfs59/reportJun.pdf

5. สำนักงานประกันสังคม.สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย เนื่องจากการทำงาน ปี 2554-2558 [อินเทอร์เน็ต].สำนักงานกองทุนเงินทดแทน (เข้าถึงเมื่อ 25 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file/accidentanalyze54-58.pdf.

6. รายงานสถานการณ์ โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2557 [อินเทอร์เน็ต]. โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่พบบ่อยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 ข้อมูลจากฐานข้อมูล ICD-10 [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก:http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/01_envocc_situation_57.pdf

7. International labour organization sectoral programme. Background information for developing an ILO policy framework for hazardous substances. MEPFHS 2007; 1: 1-74.

8. European Commission. Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis. EU Commission 2009; p 5-261.

9. นายแพทย์อดุลย์ บัณฑุกุล. แนวทางวินิจฉัยโรคจากการทำงาน Nine steps in Occupational Diseases Diagnosis. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.กรุงเทพ 2559.

โรคกระดูกพรุน
Osteoporosis

14

นพ.วีระ สถิรอังกูร* นพ.ชัยวัฒน์ ปิยะสกุลแก้ว*
นพ.ชวนนท์ สุมนะเศรษฐกุล* นพ.วิชาญ กาญจนถวัลย์*
นพ.ปฤศนัย พฤฒิกุล*

โรคกระดูกพรุน คือ โรคที่มีความแข็งแกร่งของกระดูก (bone strength) ลดลง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อกระดูกหักสูงขึ้น ตามนิยามของ National Institute of Health ของสหรัฐอเมริกา ในปี 2543 ความแข็งแกร่งของกระดูกประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ ความหนาแน่นของกระดูก (bone density) และคุณภาพของกระดูก (bone quality) ส่วนองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “เป็นโรคกระดูกที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย (systemic skeletal disease) ซึ่งมีมวลกระดูกต่ำ (low bone mass) ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างระดับจุลภาพของกระดูก (microarchitecture deterioration) ส่งผลให้กระดูกมีความเปราะบางและหักง่าย” และได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยโดยอาศัยการตรวจความหนาแน่นของกระดูกโดยให้การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนเมื่อมีความหนาแน่นของกระดูกต่ำกว่า -2.5 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (T–score ≤ -2.5) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมวลกระดูกในวัยสาวซึ่งถือว่าเป็นช่วงที่มีมวลกระดูกสูงสุด โรคกระดูกพรุนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงในทุกภูมิภาคของโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคกระดูกพรุนจะทำให้ผู้ป่วยกระดูกหักได้ง่าย นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพทำให้ไม่สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ปกติ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เสียชีวิตได้ จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่ผ่านโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าปัญหาที่สำคัญอันดับต้นๆ จะเกี่ยวข้องกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคกระดูกพรุนในผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐบางแห่ง และจากการสุ่มตรวจสตรีในชุมชนจากทั่วทุกภาคของประเทศในปี 2541 และ 2544 ตามลำดับ พบว่าร้อยละ 19.0-21.0 ของสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปเป็นโรคกระดูกพรุนของกระดูกสันหลังส่วนเอว (lumbar spine, L1-L4) และร้อยละ 11-13 เป็นโรคกระดูกพรุนของกระดูกคอสะโพก (femoral neck osteoporosis) สำหรับอุบัติการณ์ของสะโพกหัก (hip fractures) ในประเทศไทยมีรายงานจากการสำรวจที่จังหวัดเชียงใหม่ระหว่างปี 2540-2541 พบอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 162 ครั้งต่อประชากรแสนรายต่อปี แต่จะเพิ่มขึ้นเป็น 851 ครั้งในประชากรที่อายุเกิน 75 ปีขึ้นไป แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะในประชากรเพศหญิง

*โรงพยาบาลเลิดสิน

จะพบอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหัก 289 ครั้งต่อปีในหญิงที่อายุเกิน 50 ปีขึ้นไป และจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,011 ครั้ง ถ้าอายุเกิน 75 ปี

ในประเทศไทย อัตราตายภายหลังกระดูกสะโพกหักจากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ร้อยละ 2.1 ตายระหว่างยังรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราตายหลังจากกระดูกสะโพกหักที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 9.0, 12.0 และ 17.0 ตามลำดับ สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตหลังกระดูกสะโพกหักในคนไทย พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วย (ร้อยละ 22.0) ไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 23.0 ต้องใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้าย นอกจากนั้น ผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องได้รับการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในอัตราที่สูง เช่น ร้อยละ 11.0 ต้องช่วยอาบน้ำ ร้อยละ 10.0 ต้องช่วยแต่งตัว ร้อยละ 22.0 ต้องช่วยในการขับถ่าย และร้อยละ 5.0 ต้องช่วยในการรับประทานอาหาร

ภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนในเชิงเศรษฐศาสตร์ทางสาธารณสุข (health economic aspect of osteoporotic fractures) ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษากระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนในเชิงเศรษฐศาสตร์ทางสาธารณสุขที่ชัดเจน จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดรักษากระดูกข้อสะโพกหักที่โรงพยาบาลเลิดสินในปี พ.ศ. 2558 พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 94,000 บาทต่อราย

เนื่องจากโรคกระดูกพรุนมักไม่แสดงอาการผิดปกติจนกว่าจะเกิดกระดูกหัก ในขณะที่เมื่อพิจารณาในเชิงเศรษฐศาสตร์ทางสาธารณสุขแล้ว (cost effectiveness of intervention) ไม่มีความคุ้มค่าที่จะทำการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องวัดความหนาแน่นกระดูก (bone densitometer) ในประชากรโดยทั่วไปทั้งหมด ดังนั้นจึงใช้การประเมินปัจจัยเสี่ยง (risk assessment) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย สะดวก และประหยัดในทางปฏิบัติ เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคกระดูกพรุนหรือกระดูกหัก หรือทำการตรวจเฉพาะในผู้ป่วยที่เกิดกระดูกหักแล้ว (primary fracture) เพื่อประเมินการรักษาโรคกระดูกพรุนที่ถูกต้องและป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกหักครั้งที่สอง

ความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณของการคัดกรองโรคกระดูกพรุนจากรายงานการวิเคราะห์ความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณของการคัดกรองโรคกระดูกพรุนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนบนพื้นฐานของการใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ โดยภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2556 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบการคัดกรองด้วยแนวทางต่างๆ กับไม่มีการคัดกรองในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน พบว่าการคัดกรองด้วยดัชนีคัดกรองความเสี่ยง KKOS มีความคุ้มค่ามากที่สุด รองลงมาคือ ดัชนีคัดกรองความเสี่ยง OSTA ดัชนีคัดกรองความเสี่ยง KKOS รวมกับการวัดกระดูกส้นเท้า (QUS) ดัชนีคัดกรองความเสี่ยง OSTA ร่วมกับ QUS และการประเมินความเสี่ยงการเกิดกระดูกหักด้วยเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดกระดูกหักจากองค์การอนามัยโลก (FRAXTM) ตามลำดับ และการคัดกรองโรคกระดูกพรุนด้วยดัชนีคัดกรองความเสี่ยง OSTA หรือ KKOS มีความคุ้มค่าเมื่อคัดกรองผู้หญิงอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มที่ใกล้เคียงกัน และการคัดกรองชนิดอื่นๆ จะมีความคุ้มค่าเมื่อคัดกรองผู้หญิงอายุ 70-75 ปี

การรักษาโรคกระดูกพรุน สามารถจำแนกได้ 2 วิธีหลักๆ ได้แก่ การรักษาโดยไม่ใช้ยา และใช้ยา

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacologic treatment) การได้รับปริมาณแคลเซียมและวิตามินดีที่เพียงพอ จากการศึกษา meta-analysis พบว่า การให้วิตามินดีขนาด 700-800 IU ต่อวัน ร่วมกับแคลเซียมจะลดอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกและกระดูกที่ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากกระดูกสันหลัง (non-vertebral fracture) การออกกำลังกาย มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายช่วยลดการสูญเสียมวลกระดูก โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่มีการแบกรับน้ำหนักที่เหมาะสม (appropriate weight–bearing exercise), high impact aerobic exercise และการออกกำลังกายที่ออกแรงต้าน (resistance exercise) จะช่วยเพิ่มความหนาแน่นของกระดูกได้

2. การรักษาด้วยการใช้ยา (pharmacologic treatment)

จากการวิเคราะห์ความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณของการใช้ยาในการป้องกันการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนบนพื้นฐานของการใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ โดยภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2556 สามารถแบ่งเป็น 2 กรณี ดังนี้

2.1 กรณีที่ไม่เคยมีกระดูกหักมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบการรักษาด้วยยา alendronate, risedronate, raloxifene และ tibolone กับการให้แคลเซียมและวิตามินดี การรักษาด้วยยา alendronate ในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนอายุ 65 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคกระดูกพรุนที่ไม่เคยมีกระดูกหักมาก่อน (BMD T-score ≤ -2.5) มีความคุ้มค่าในมุมมองทางสังคม โดยมีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-Effectiveness Ratio หรือ ICER) เท่ากับ 113,000 บาทต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น คิดเป็นต้นทุนตลอดชีพที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 14,023 บาท และปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.124 ปี (45 วัน) ระดับความคุ้มค่าจะเพิ่มขึ้นเมื่อให้การรักษาที่อายุมากขึ้น หากพิจารณาราคายา alendronate จำแนกเป็นรูปแบบยาชื่อสามัญ (generic) และรูปแบบยาต้นแบบ (original) iv พบว่ามีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มเท่ากับ 85,000 บาท และ 242,000 บาทต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ

2.2 กรณีที่เคยมีกระดูกหักมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบการรักษาด้วยยา alendronate, risedronate, ibandronate, zoledronic acid, tibolone, vitamin K2, strontium ranelate และ teriparatide กับการให้แคลเซียมและวิตามินดี ในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนอายุ 65 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคกระดูกพรุนที่เคยมีกระดูกหักมาก่อน พบว่า การรักษายา zoledronic acid มีความคุ้มค่ามากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับการให้แคลเซียมและวิตามินดีโดยมีให้อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มเท่ากับ 312,000 บาทต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาจากมุมมองผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาจากมุมมองทางสังคม ยา alendronate ยังคงเป็นยาที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด โดยมีอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มเท่ากับ 336,000 บาทต่อปีสุขภาวะ

จากรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคกระดูกพรุนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนด้วยยาบนพื้นฐานของการใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ โดยภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี 2556 พบว่า หากพิจารณาให้การรักษาด้วยยา alendronate ในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มี BMD T-score น้อยกว่า -2.5 ทุกราย จะมีภาระงบประมาณจากการรักษาด้วยยาเฉลี่ยปีละ 12,866 ล้านบาท (1.18 ล้านราย) อย่างไรก็ตามการประเมินการรักษาด้วยการวัดมวลกระดูกจากเครื่อง dual energy X-ray absorptiometry ในทุกรายมีความเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ หากพิจารณาการประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักด้วย FRAXTM ตามแนวทางการรักษาจากแนวเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทยและมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย มาประกอบการพิจารณาสั่งใช้ยา พบว่าในกรณีที่พิจารณาการใช้โอกาสเสี่ยงที่ระยะเวลา 10 ปี ของการเกิดกระดูกหักที่ตำแหน่งสำคัญมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20.0 หรือโอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักที่สะโพกมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3.0 พบว่ามีภาระงบประมาณลดลงเหลือโดยเฉลี่ยปีละ 2,013 ล้านบาท (185,000 ราย) และ 4,330 ล้านบาท (398,000 ราย) ตามลำดับ

สถานการณ์ของระบบบริการปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ถึงคุณภาพบริการด้านการคัดกรองและรักษาโรคกระดูกพรุนในประเทศไทย ซึ่งควรมีการศึกษาและรวบรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยในภาวะนี้ต่อไป โดยมีประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ได้แก่

- การเข้าถึงบริการสุขภาพอาจยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การตรวจวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน เนื่องจากประเทศไทยยังมีปริมาณเครื่องตรวจความหนาแน่นกระดูกจำกัด ส่วนใหญ่กระจายอยู่เฉพาะในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล

เอกชน ในขณะที่โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่มีเครื่องตรวจดังกล่าว ทำให้ประชากรส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก

- การเข้าถึงการคัดกรอง ปัจจุบันวิธีมาตรฐานที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน คือ การวัดความหนาแน่นของกระดูกด้วยเครื่อง DEXA แต่ปัจจุบันการเข้าถึงการใช้เครื่องยังจำกัด พบว่ามีจำนวนเพียงประมาณ 50 เครื่องทั่วประเทศ และมีกระจายอยู่ตามโรงพยาบาลตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น อีกทั้งการวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนในปัจจุบัน ทำได้โดยการประเมินจากแพทย์อาจจะไม่ได้รับการตรวจด้วยเครื่อง แม้จะมีการวินิจฉัยที่นำปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคมารวมกันเพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักโดยอาจไม่ต้องวัดมวลกระดูกในประชากรทุกคน แต่วิธีการเหล่านี้ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้างและต้องมีการประเมินยืนยันความน่าเชื่อถือ การที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองและรักษาโรคกระดูกพรุนของประเทศไทยในปัจจุบัน จึงอาจก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองจากการใช้ยาโดยไม่เหมาะสมได้

- การเข้าถึงการรักษา ปัจจุบันการรักษาโรคกระดูกพรุนมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหัก ซึ่งมีทั้งการรักษาแบบที่ใช้ยาและไม่ใช้ยา เนื่องจากยารักษาโรคกระดูกพรุนไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงทำให้เกิดความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงยาในผู้ป่วยที่มีระบบประกันสุขภาพแตกต่างกัน

- การบริการที่เป็นที่ยอมรับหรือการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการบริการสุขภาพในปี 2548 กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ได้สร้างแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคกระดูกพรุนโดยมีข้อบ่งชี้ในการเริ่มต้นรักษาดังนี้

1. ข้อบ่งชี้สัมบูรณ์ (absolute indication) ประกอบด้วยผู้ที่มีความหนาแน่นกระดูกคอ สะโพก หรือกระดูกสันหลังส่วนเอวต่ำกว่า -2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเมื่อเปรียบเทียบกับวัยสาว (T-score <-2.5) จากการตรวจด้วยเครื่อง DXA และหรือเคยมีกระดูก หักจากความเปราะบาง (fragility fracture) หรือจากการกระแทกที่ไม่รุนแรง (low trauma fracture) ที่ตำแหน่งสำคัญได้แก่ กระดูกสะโพก และกระดูกสันหลัง
2. ข้อบ่งชี้สัมพัทธ์ (relative indication) ควรให้การรักษาถ้ามีปัจจัยดังต่อไปนี้ ตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป

2.1 ผู้ที่มีความหนาแน่นของกระดูกในส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากคอ สะโพก และกระดุกสันหลังต่ำกว่า -2.5 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาว (T-score <2.5)

2.2 ผู้ที่เคยมีกระดูกหักเนื่องจากความเปราะบางในส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากกระดูกสะโพกและกระดูกสันหลัง

2.3 อายุเกินกว่า 65 ปี

2.4 ผู้ที่มีการสูญเสียมวลกระดูกอย่างรวดเร็ว (fast bone loser) โดยสูญเสียในอัตราเร็วกว่าร้อยละ 3 ต่อปี ภายใต้เงื่อนไขว่าเครื่องตรวจ DXA มีความคลาดเคลื่อน (precision error หรือ coefficient of Variation ไม่เกินร้อยละ1)

2.5 ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อกระดูกหักจากความเปราะบาง ได้แก่ มีปัจจัยเสี่ยงต่อกระดูกพรุนและปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม

ในปัจจุบันยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคกระดูก ซึ่งปัญหานี้มาจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคกระดูกพรุน บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน และโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดแคลนเครื่องตรวจความหนาแน่นกระดูกที่ได้มาตรฐาน จึงทำให้โรคกระดูกพรุนไม่ได้รับการให้ความสำคัญในการรณรงค์ค้นหา ป้องกัน รวมทั้งดูแลในเชิงรุกในชุมชน

การดูแลรักษาโรคกระดูกในประเทศไทยยังคงพบปัญหาและอุปสรรคอยู่หลายประการ ซึ่งทำให้ผลการรักษาไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้นควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคกระดูกให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ไข้เลือดออกเดงกี่
Dengue Hemorrhagic Fever

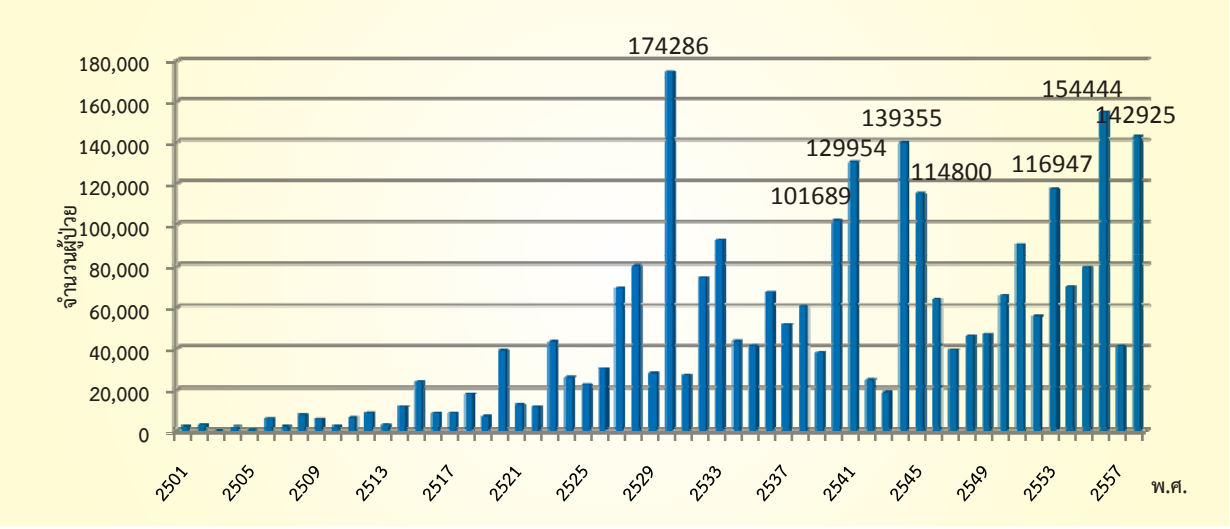
15

พญ.ประอร สุประดิษฐ ณ อยุธยา* พญ.พักต์เพ็ญ สิริคุตต์*
รศนา วลีรัตนาภา* ศ.คลินิก พญ.สุจิตรา นิมมานนิตย์*

ไข้เลือดออกเดงกี่ (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี่ ซึ่งมี 4 สายพันธุ์ (DENV1-DENV4) มียุงลาย (Aedesaegypti และ A. abopictus) เป็นตัวนำ การติดเชื้อไวรัสเดงกี่ทำให้เกิดโรคตั้งแต่โรคที่ไม่รุนแรงได้แก่ undifferentiated fever และไข้เดงกี่ (Dengue Fever: DF) ซึ่งจะมีไข้สูง ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดกระดูกมีผื่นแบบ maculopapular rash และพบภาวะเลือดออกได้ ไปจนถึง DHF ที่เกิดการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดในช่องท้องและช่องปอดผู้ป่วยบางรายอาจเป็นรุนแรงจนเสียชีวิตได้จากภาวะการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวที่เรียกว่าไข้เลือดออกช็อก (Dengue Shock Syndrome: DSS) ร่วมกับการมีภาวะผิดปกติในระบบการแข็งตัวของเลือดที่อาจทำให้มีเลือดออกร่วมด้วยอาการทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการของ DHF แตกต่างจากโรค DF และโรคอื่นๆ โดยสามารถวินิจฉัยตามอาการทางคลินิกดังนี้ (1) มีอาการไข้และอาการอื่นๆ คล้าย DF ในระยะแรก (2) การมีเลือดออกส่วนใหญ่ที่ผิวหนัง (3) ตับโต และในรายที่รุนแรง (4) มีภาวะช็อคเนื่องการมีการรั่วของพลาสมาออกมานอกหลอดเลือดในช่องอก และช่องท้อง ทำให้ปริมาตรของเลือดที่ไหลเวียนลดลง (+การเสียเลือดเป็นจำนวนมาก) ร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาวต่ำ (< 5,000 /mm^3) โดยมี neutropenia และมีเกล็ดเลือดต่ำ (≤ 100,000/mm^3) รวมทั้งมีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น (Hct เพิ่มขึ้น ≥20%) จากการสูญเสียพลาสมานอกจากเกล็ดเลือดต่ำแล้วยังมีความผิดปกติในระบบการแข็งตัวของเลือดทำให้มีเลือดออกมากได้

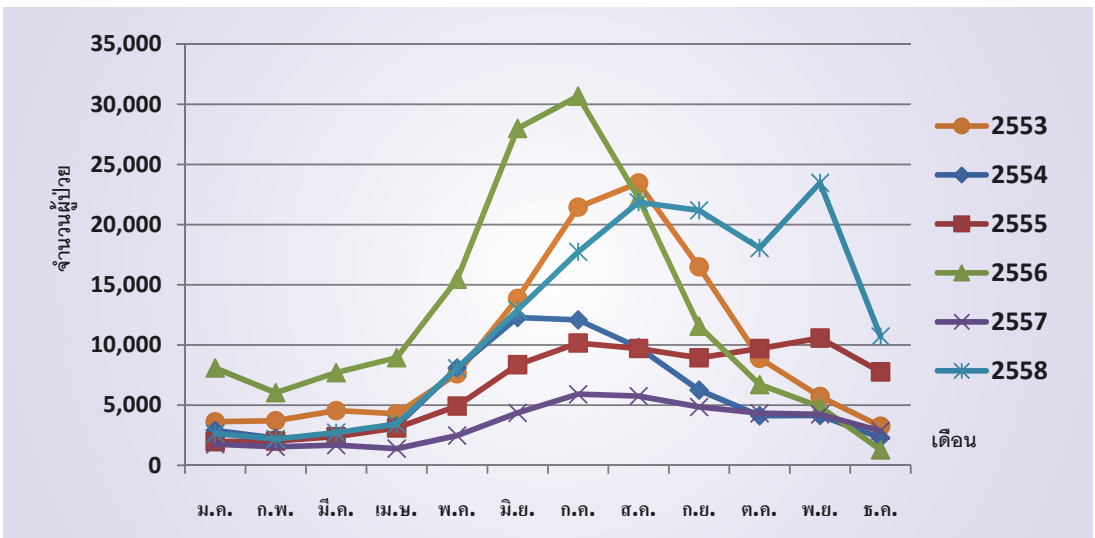
กลุ่มอาการโรคไข้เลือดออก หมายถึงโรคไข้เดงกี่ (DF) ไข้เลือดออก (DHF) และไข้เลือดออกช็อก (DSS) พบผู้ป่วยทุกพื้นที่ของประเทศไทย เริ่มพบผู้ป่วยในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2501 จนถึงปี 2558 เป็นเวลาเกือบ 60 ปี พบการระบาดใหญ่เป็นช่วงๆ ปีที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดอันดับหนึ่งคือปี 2530 อันดับสองในปี 2556 และอันดับสามในปี 2558 ดังภาพที่ 15.1 พบผู้ป่วย 174,285 ราย 154,444 ราย และ 142,925 รายตามลำดับ

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ภาพที่ 15.1: จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออกในแต่ละปี ระหว่างปี 2501 -2558
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ไข้เลือดออกเป็นหนึ่งในโรคประจำถิ่นของประเทศไทย พบการระบาดปีเว้น 1 ปี หรือ 2 ปี มีจำนวนผู้ป่วยสูง โดยภาพรวมในช่วงฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคมสูงสุดในเดือนมิถุนายน กรกฎาคม และสิงหาคม จำนวนผู้ป่วยเริ่มลดลงในเดือนกันยายน (เช่นในปี 2553 และ 2556) หลังการระบาดใหญ่จำนวนผู้ป่วยจะลดลงมาก และจำนวนผู้ป่วยไม่ค่อยแตกต่างกันในแต่ละเดือน ปีที่พบผู้ป่วยในช่วงเดือนพฤศจิกายนและธันวาคมมีจำนวนใกล้เคียงกับช่วงฤดูฝน เช่น ปี 2555 และ 2557 ในปีถัดไปจะพบการระบาดใหญ่ เช่น ในปี 2556 และ 2558 สำหรับปี 2558 การระบาดมีลักษณะแตกต่างจากปีอื่นๆ เนื่องจากเริ่มมีผู้ป่วยมากขึ้นในเดือนมิถุนายน และพบจำนวนสูงสุดในเดือนพฤศจิกายน ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศและช่วงที่มีฝนตกในปีนั้นๆ ดังภาพที่ 15.2



ภาพที่ 15.2: จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออกรายเดือนในปี 2553 -2558
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

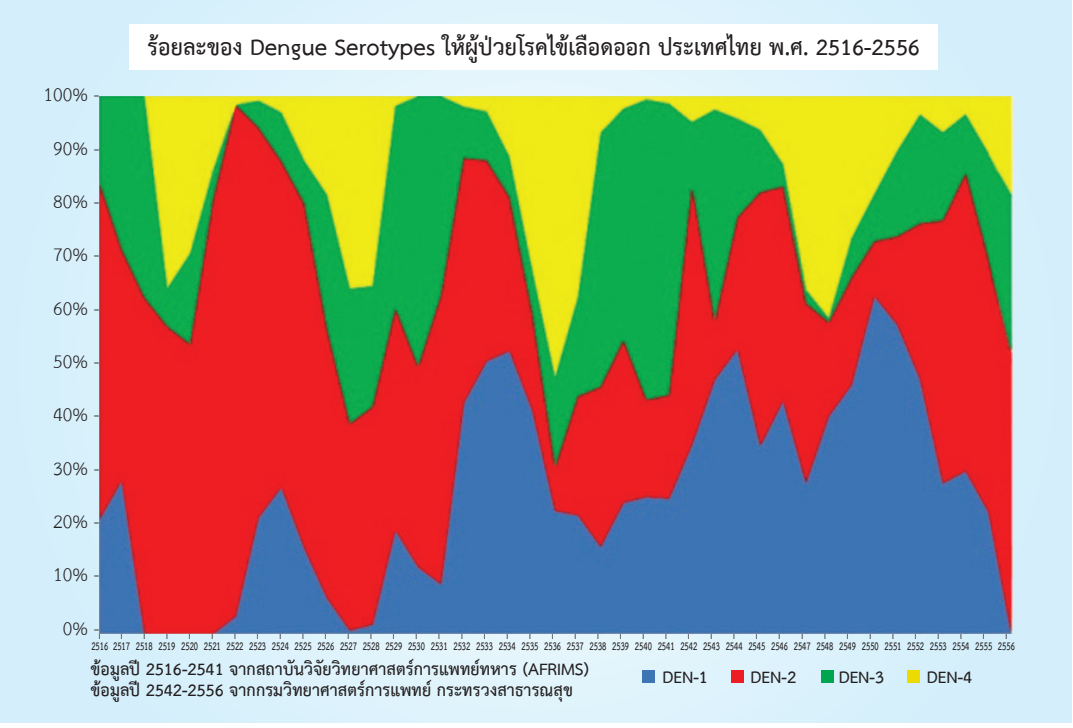
การกระจายของโรค (Distribution)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการระบาดและมีการขยายพื้นที่การเกิดโรคไปอย่างกว้างขวาง ได้แก่ การเพิ่มจำนวนของประชากรโดยเฉพาะการมีชุมชนเมืองเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนไหวของประชากร รวมทั้งการเพิ่มของภาชนะกักเก็บน้ำและที่ให้น้ำขัง การที่มีตึกมากมายที่พักอาศัยอยู่แบบแออัด การเจริญทางด้านคมนาคมที่สะดวกขึ้นทั้งทางถนนและทางอากาศ ทำให้เกิดการเดินทางมากขึ้นทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ และการมียุงลายมากขึ้น

การกระจายของไวรัสเดงกี่ 4 สายพันธุ์

Dengue Virus มี 4 สายพันธุ์ (serotypes) ได้แก่ Dengue 1, 2, 3 และ 4 (DENV1-4) ซึ่งทั้ง 4 สายพันธุ์มี antigen บางส่วนที่คล้ายกันทำให้เกิด cross reaction ของการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันได้ ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีไวรัสเดงกี่ชุกชุมอาจมีการติดเชื้อได้ 4 ครั้งตามทฤษฎี การเกิด DHF ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่สำคัญคือ ภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย มีหลายการศึกษาที่แสดงว่าการติดเชื้อซ้ำ (secondary infection) ด้วยสายพันธุ์ที่ต่างจากการติดเชื้อครั้งแรก (primary Infection) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการรั่วของพลาสมาที่พบใน DHF จากการศึกษาของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีระหว่างปี 2538–2541 พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ป่วย (ร้อยละ 80-90) ที่เป็น DHF เกิดจากการติดเชื้อซ้ำ

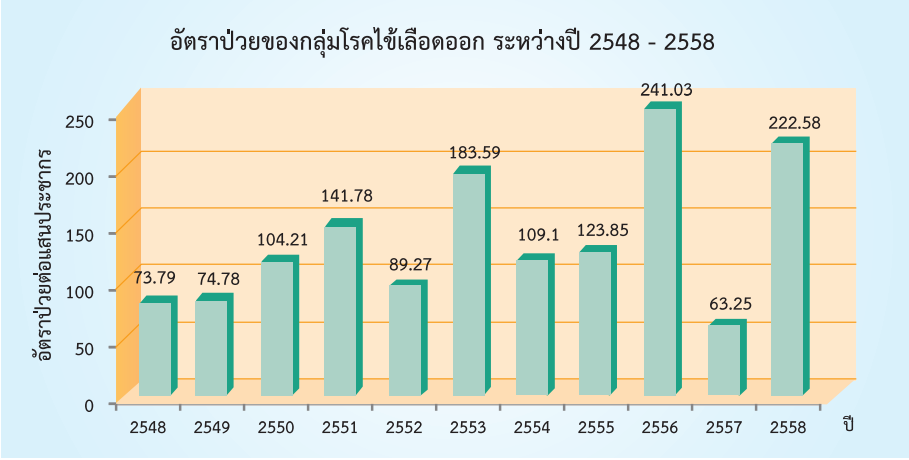
ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคแบบ DHF ในแต่ละพื้นที่คือการที่มีไวรัสเดงกี่ชุกชุมและมีมากกว่าหนึ่งสายพันธุ์ในเวลาเดียวกัน (hyper-endemicity with multiple serotypes) หรือมีการระบาดทีละสายพันธุ์ตามกันในเวลาที่เหมาะสม (sequential) เช่นเดียวกับที่พบในประเทศไทย (ภาพที่ 15.3) โอกาสการติดเชื้อซ้ำจึงมีมากขึ้น



ภาพที่ 15.3: ร้อยละของไวรัสเดงกี่ 4 สายพันธุ์ที่พบในผู้ป่วยไข้เลือดออกในแต่ละปี ระหว่างปี 2516–2556

อุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออก (Incidence)

นโยบายควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก มีเป้าหมายไม่ให้มีอัตราป่วยเกิน 50 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งในปี 2543 สามารถลดอัตราป่วยได้ต่ำสุดเท่ากับ 30.1 ต่อ 100,000 ประชากร แต่หลังจากนั้นอัตราป่วยไม่เคยต่ำกว่า 50 ต่อ 100,000 ประชากรเลยโดยในช่วงปี 2553 - 2558 อัตราป่วยยังคงมากกว่า 100 ต่อ 100,000 ประชากรยกเว้นในปี 2557

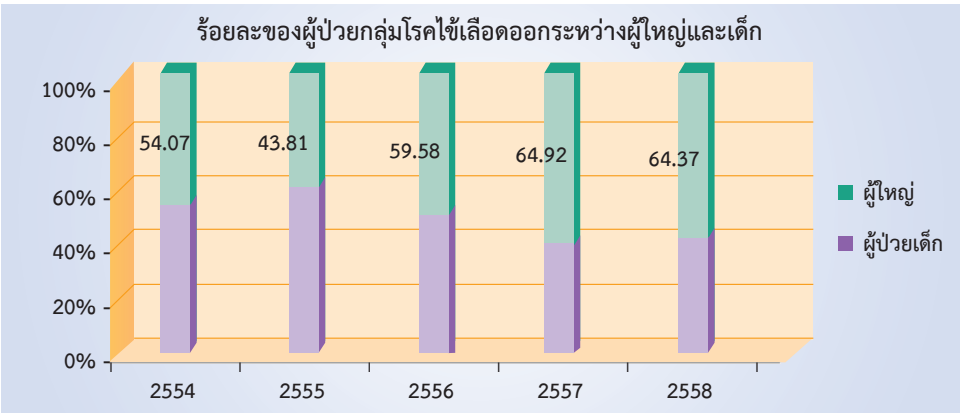


ภาพที่ 15.4: อัตราป่วยต่อแสนประชากรของกลุ่มโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ระหว่างปี 2548-2558

สัดส่วนของผู้ป่วยไข้เลือดออกระหว่างเด็กและผู้ใหญ่

เมื่อแบ่งกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปีเป็นผู้ป่วยเด็กและกลุ่มอายุมากกว่าและเท่ากับ 15 ปีขึ้นไปเป็นผู้ป่วยผู้ใหญ่ พบว่าในช่วงปี 2556 – 2558 พบผู้ป่วยผู้ใหญ่ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยเด็ก (ภาพที่ 15.5)

ในช่วง 5 ปี ระหว่างปี 2554 - 2558 (ภาพที่ 15.6) พบจำนวนผู้ป่วยในช่วงอายุ 15-24 ปี มากที่สุด รองลงมาคือช่วงอายุ 10-14 ปี และ 5 – 9 ปี หรือ 25–34 ปี เป็นอันดับที่ 2 และ 3 ตามลำดับ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรในแต่ละช่วงอายุของประเทศไทยที่ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานแต่เมื่อพิจารณาอัตราป่วยต่อแสนประชากรแล้ว ช่วงอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกคือ ช่วงอายุ 10-14 ปี ช่วงอายุ 5 – 9 ปี และ 15–24 ปี ตามลำดับ (ภาพที่ 15.7) ผู้ป่วยที่มีอาการโรคไข้เลือดออกมักเกิดจากการติดเชื้อซ้ำ ทำให้มีโอกาสพบในเด็กโตและวัยรุ่นมากกว่าเด็กเล็ก

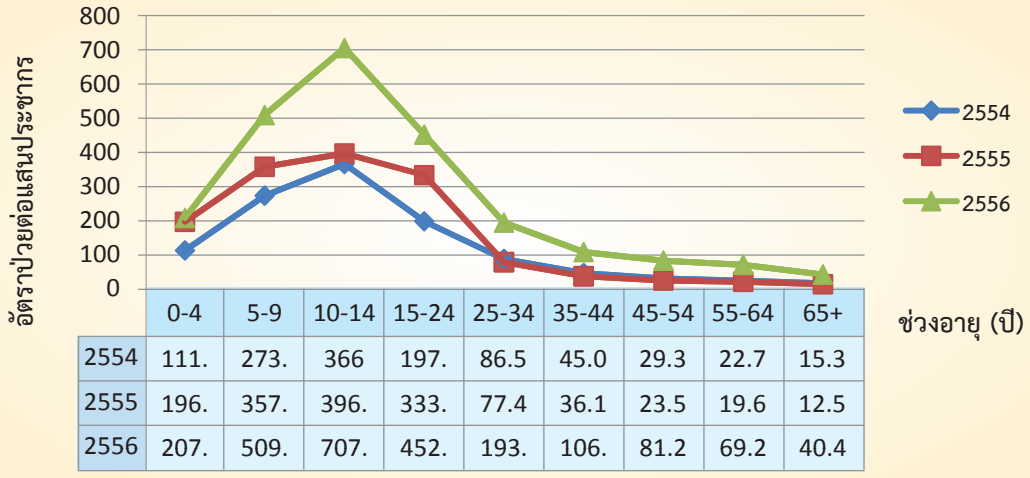


ภาพที่ 15.5: กราฟเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออกระหว่างเด็กและผู้ใหญ่ ในช่วงปี 2554 - 2558



ภาพที่ 15.6: จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออกแยกตามช่วงอายุ ในปี 2554 - 2558

หมายเหตุ: ตัวเลขแสดงจำนวนผู้ป่วยในปี 2556 (ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดใน 5 ปี)

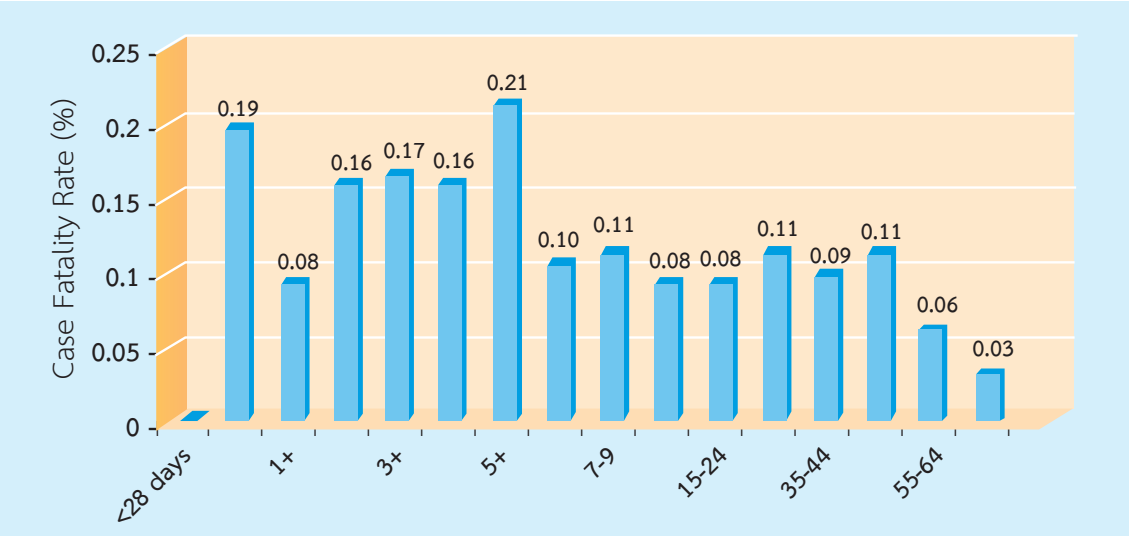


	0-4	5-9	10-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
2554	111.	273.	366	197.	86.5	45.0	29.3	22.7	15.3
2555	196.	357.	396.	333.	77.4	36.1	23.5	19.6	12.5
2556	207.	509.	707.	452.	193.	106.	81.2	69.2	40.4

ภาพที่ 15.7: อัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออกแยกตามช่วงอายุระหว่างปี 2554 -2556

อัตราป่วยตายตามกลุ่มอายุ

อัตราป่วยตาย (Case fatality rate: CFR) แยกตามช่วงอายุ รวม 5 ปี (ตั้งแต่ปี 2554-2558) จะพบสูงสุดในช่วงอายุ 5 ปีและช่วงอายุน้อยกว่า 1 ปี เท่ากับร้อยละ 0.21 และร้อยละ 0.19 ตามลำดับ (ภาพที่ 15.8) โดยในภาพรวมอัตราป่วยตายในผู้ป่วยเด็กสูงกว่าผู้ใหญ่ในขณะที่อัตราตายรวมทุกช่วงอายุในแต่ละปีเท่ากับร้อยละ 0.09 – 0.12



ภาพที่ 15.8: อัตราตาย (CFR) ของผู้ป่วยไข้เลือดออกในปี 2554 - 2558 แยกตามช่วงอายุ

ผลการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคไข้เลือดออกที่รับการรักษาในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 จำนวน 652 ราย เป็น DF 472 ราย (ร้อยละ 72.4) DHF 136 ราย (ร้อยละ 20.9) และ DSS 44 ราย (ร้อยละ 6.7) มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (mean ± SD) 3.93± 1.43 วัน 5.19± 2.04 วันและ 5.16± 1.73 วัน ตามลำดับ เกิดภาวะแทรกซ้อน 183 ราย (ร้อยละ 28.1) ที่พบมากที่สุดคือ Electrolyte imbalance 142 ราย (ร้อยละ 21.8) รองลงมาคือ mild hepatic injury 41 ราย (ร้อยละ 6.3) และ fluid overload 24 ราย (ร้อยละ 3.7)

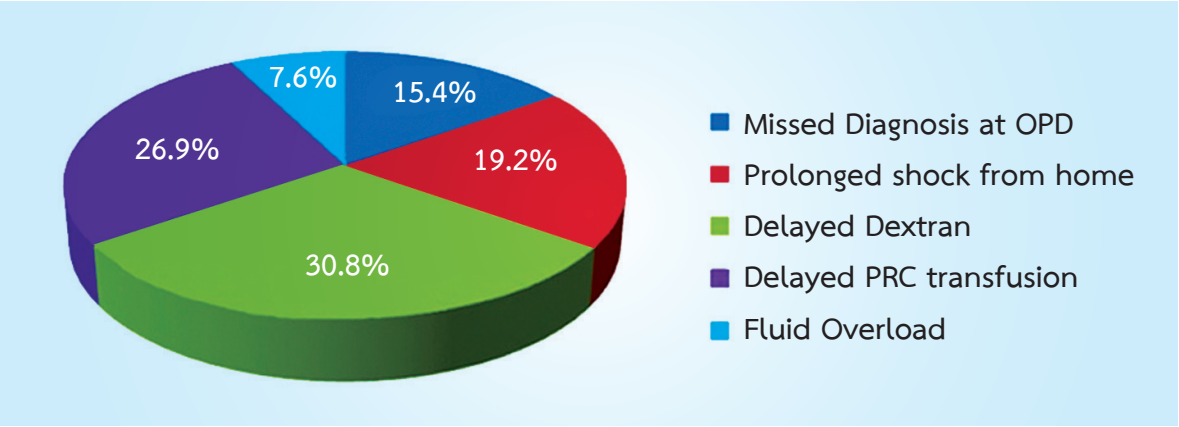
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 5,755.45 บาท ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง โดยเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการมากที่สุด (เฉลี่ย 1,854.03 บาท) รองลงมาคือค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาล (เฉลี่ย 1,501.74 บาท) ค่าห้อง (เฉลี่ย 1,380.21 บาท) และค่ายา/เวชภัณฑ์ (เฉลี่ย 1,019.46 บาท) ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายกับความรุนแรงของโรคพบว่า ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นแปรผันตรงกับความรุนแรงของโรคคือ DSS มีค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงที่สุด (เฉลี่ย 12,721.16 บาท) รองลงมาคือ DHF (เฉลี่ย 9,160.09 บาท) และ DF (เฉลี่ย 4,125.10 บาท) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายกับภาวะแทรกซ้อนพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 9,556.53 บาท และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 4,272.30 บาท ($p - value < 0.001$) โดยเฉพาะในรายที่เสียชีวิต ซึ่งมีทั้งหมด 3 รายมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงถึง 18,860.33 บาท

ค่าใช้จ่ายตาม Adjust relative weight (AdjRW) ในปี 2555 ถึง 2556 ของDF และ DHF เรียกเก็บเงินได้เท่ากัน คือ 2,659.20 ถึง 3,191.04 บาทส่วน DSS เรียกเก็บได้ 3,769.60 ถึง 4,523.52 บาท ในการศึกษานี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย คือ DF เท่ากับ 3,949.89 บาท DHF เท่ากับ 5,561.79 บาท และ DSS เท่ากับ 8,741.29 บาท ($p < 0.005$) จะเห็นได้ว่า ในการศึกษานี้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย DF ใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บได้ แต่ DHF และ DSS มีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าที่เรียกเก็บได้ตาม DRG ซึ่งควรจะมีการพิจารณาปรับค่า DRG ของ DHF และ DSS

ค่าใช้จ่ายที่ทำการศึกษาเป็นเพียงค่าใช้จ่ายที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีเรียกเก็บ ซึ่งอาจจะมีราคาที่สูงกว่าหรือต่ำกว่าราคาต้นทุนของสินค้าที่แท้จริง และข้อมูลค่าใช้จ่ายนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของภาระค่าใช้จ่ายที่แท้จริงของโรคไข้เลือดออก ที่ยังไม่รวมในส่วนของค่าใช้จ่ายทางอ้อมของโรค (indirect cost) ได้แก่ ค่าครองชีพของผู้ปกครองที่มาดูแล ค่าเสียโอกาสจากการขาดงาน การขาดเรียน ดังนั้นความเสียหายที่เกิดขึ้นจากโรคไข้เลือดออกนอกจากภาระแทรกซ้อนที่มีผลต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายจำนวนมากในระดับประเทศ

การให้ intervention เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วย DHF ได้แก่ การให้สารน้ำรวมทั้งเลือดและ dextran อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสามารถแสดงได้จากการวิเคราะห์ ทบทวนสาเหตุการตายของผู้ป่วยไข้เลือดออกในปี 2556 (ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 26 ราย จากทั้งหมดที่เสียชีวิต136 ราย (ร้อยละ 19.1)) เทียบกับปี 2547-2551 (ผู้ป่วยเสียชีวิต 96 ราย จากทั้งหมด 375 ราย (ร้อยละ 25.6)) พบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดทั้งสองช่วงเวลาคือ ภาวะช็อกนานที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (จากการให้เลือดและ dextran ช้า) ซึ่งเกิดขึ้นร้อยละ 77.0 และ 58 ในปี 2547-2551 และปี 2556 ตามลำดับ (ภาพที่ 15.9) โรงพยาบาลจำเป็นต้องมี dextran ที่สามารถนำมาใช้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และต้องสามารถวินิจฉัยว่าสงสัยภาวะเลือดออกแล้วรีบส่งต่อให้ทันเวลา หรือมีธนาคารเลือดที่สามารถเตรียมเลือดได้ตลอดเวลา



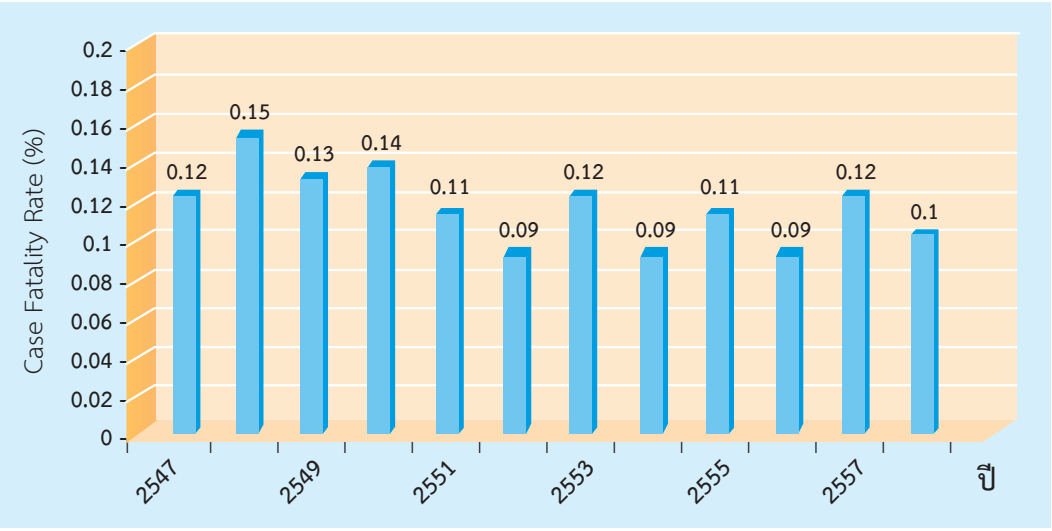
ภาพที่ 15.9: สาเหตุการตายของผู้ป่วยไข้เลือดออกในปี 2556 (N = 26)

สาเหตุการตายอันดับที่ 3 คือ ภาวะช็อกนานจากบ้าน ส่วนหนึ่งเกิดจากการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ได้ติดตาม Complete Blood Count (CBC) ทุกวัน ทำให้ไม่สามารถให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลได้ทันระยะรั่วของพลาสมา การใช้ rapid test อาจช่วยในการวินิจฉัยเมื่อนำมาใช้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม และควรพัฒนาการให้ความรู้กับประชาชนถึงอาการของโรคไข้เลือดออก และอาการสัญญาณอันตราย อาจช่วยให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเร็วขึ้น

การดูแลที่สำคัญอีกอย่างในโรงพยาบาลคือ การเลือกใช้สารน้ำที่ถูกต้อง พบว่าในปี 2556 มีการเลือกใช้ IV fluid ที่ไม่เหมาะสมถึงร้อยละ 29.1 ในระยะที่กำลังจะเข้าสู่ระยะที่มีการรั่วของพลาสมา (transitional phase) และร้อยละ 25.0 ขณะที่มีการรั่วของพลาสมา ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุการตาย และเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ทำให้เสียชีวิต

ปี 2556 ผู้ป่วย 13 รายจาก 26 ราย (ร้อยละ 50.0) เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นแห่งแรกเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน 2 ราย (ร้อยละ 15.3) และมี 11 ราย (ร้อยละ 84.6) ที่ผลการรักษาเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ปี 2547-2551 มีผู้ป่วย 61 รายจาก 94 ราย (ร้อยละ 63.5) ที่เริ่มรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน 7 ราย (ร้อยละ 11.1) ดังนั้นแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนยังเป็นบุคลากรที่สำคัญที่ต้องพัฒนาศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก

คุณภาพการรักษาโรคไข้เลือดออกในประเทศไทยมีการพัฒนาดีขึ้นตามลำดับ พิจารณาจากอัตราป่วยตาย (Case fatality rate, CFR) ที่ลดลงโดยเฉพาะปี 2556 ที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในรอบ 25 ปี แต่มีอัตราป่วยตายเพียงร้อยละ 0.09 (ภาพที่ 15.10) เทียบกับอัตราป่วยตายในปี 2501 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 13.9 การทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในปี 2556 และช่วงปี 2547-2551 พบว่าสิ่งที่จำเป็นหรือช่วยในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกได้แก่ (1) CBC (2) Rapid test for dengue (3) Dextran (4) ธนาคารเลือด (5) Dengue unit หรือทีมและระบบเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และ (6) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการให้คำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทาง หรือการใช้ guideline



ภาพที่ 15.10: อัตราป่วยตายของผู้ป่วยไข้เลือดออกในปี 2547 - 2558

จากการสอบถามโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 241 แห่ง (ขนาด 30-234 เตียง) จาก 52 จังหวัดใน 6 ภาคทั่วประเทศไทยในปี 2556 มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 116 โรงพยาบาล (ร้อยละ 48.0) มีข้อมูลดังนี้

การวินิจฉัย

Complete blood count (CBC)

ร้อยละ 71.5 ของโรงพยาบาลชุมชน สามารถทำ CBC ได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ยังมีบางโรงพยาบาลที่ทำ CBC ได้เฉพาะเวลาราชการเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถให้การวินิจฉัยไข้เลือดออกได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีผลต่อการเลือกใช้สารน้ำ

Rapid testfor dengue

มีการใช้ Rapid testใน 50 โรงพยาบาลชุมชน จาก 111 โรงพยาบาลที่มีข้อมูล (ร้อยละ 45.0) โดยร้อยละ 21.6 ใช้ Duo test (NS1-Ag และ IgM/IgG) ร้อยละ 20.7 ใช้ Dengue IgM/IgG และร้อยละ 2.7 ใช้เฉพาะ NS1-Ag

การรักษา

Dextran

เป็นสารน้ำชนิด colloid ที่มี oncotic pressure สูงกว่าพลาสมามาก ใช้ในผู้ป่วยที่มีการรั่วของพลาสมาปริมาณมากหรือมีภาวะน้ำเกิน การจากทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในปี 2556 พบว่าการไม่ได้ dextran หรือได้ช้าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 (ร้อยละ 30.8) โรงพยาบาลชุมชน 115 แห่ง มี dextran 92 แห่ง (ร้อยละ 80.0) อีกร้อยละ 20.0 ไม่มี dextran ในขณะที่ dextran เป็นยานอกบัญชียาหลักตั้งแต่ปี 2556 ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติต้องจ่ายเงินค่า dextran เอง (ราคาประมาณ 500 บาท ต่อ 1 ขวด ขนาด 500 มิลลิลิตร)

ธนาคารเลือด

การวินิจฉัยว่าเกิดภาวะเลือดออกร่วมด้วยมีความสำคัญที่สุด และถ้าผู้ป่วยได้รับเลือดทดแทนทันที จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะช็อกนาน (prolonged shock) พบว่าการไม่ได้รับ PRC transfusion หรือได้ช้า เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในปี 2556 มีโรงพยาบาลชุมชน 44 แห่ง (จาก 114 แห่ง) ที่ไม่มีธนาคารเลือด (ร้อยละ 38.6)

จากการเปรียบข้อมูลในปี 2552 กับปี 2556 พบว่า มีการพัฒนาการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนมี dextran ใช้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.6 เป็นร้อยละ 80.0และมีธนาคารเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.7 เป็นร้อยละ 60.9

Dengue Unit

โรงพยาบาลชุมชน 106 แห่ง มี Dengue unit เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยตลอดปี 8 แห่ง มีเฉพาะช่วงที่มีระบาด 34 แห่ง และไม่มี dengue unit 64 แห่ง

ระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อ และการใช้แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก

โรงพยาบาลชุมชนมีการใช้แนวทางในการรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก ซึ่งส่วนใหญ่ใช้แนวทางของโรงพยาบาลนั้นๆ (ร้อยละ 60.5) บางส่วนใช้แนวทางของโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ในจังหวัด (ร้อยละ 51.8) และของศูนย์ไข้เลือดออก สถาบันสุขภาพเด็กฯ (ร้อยละ 51.8) โดยที่หนึ่งโรงพยาบาลอาจใช้ > 1 แนวทาง

กุมารแพทย์หรืออายุรแพทย์ที่โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ (ร้อยละ 69.3) และของโรงพยาบาลชุมชนเอง (ร้อยละ 47.4) เป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกกับแพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน (หนึ่งโรงพยาบาลอาจปรึกษา ≥ 1 แหล่ง) การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะการมีแพทย์เฉพาะทางจะช่วยให้ผู้ป่วยไข้เลือดออกได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลในพื้นที่ได้ดีขึ้น

แบบสอบถามครอบคลุมโรงพยาบาลใน 52 จังหวัด พบว่า 51 จังหวัด มีระบบการให้คำปรึกษากรณีที่มีปัญหาในการรักษาผู้ป่วยโรคต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยติดต่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์ในจังหวัดนั้นๆ

ทั้ง 52 จังหวัด มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ กรณีผู้ป่วยไข้เลือดออกมีการรับส่งต่อทุกราย แต่ส่วนใหญ่ต้องมีการโทรศัพท์แจ้งข้อมูลผู้ป่วยก่อน เพื่อมีการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย

ข้อมูลสถานการณ์ทั่วไปของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย เป็นข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคซึ่งเป็นระบบที่ได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยกลุ่มอาการโรคไข้เลือดออก (DF, DHF และ DSS) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. จำนวนป่วย และจำนวนผู้เสียชีวิต (แยกตามกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ และอาชีพ)
2. อัตราป่วย – อัตราตาย

โดยมีการสรุปสถานการณ์เป็นรายสัปดาห์ รายเดือนและรายปี ซึ่งข้อมูลอาจมีการเปลี่ยนแปลงย้อนหลังได้ทุกสัปดาห์

ระบบการสืบสวนโรคกรณีที่มีการตาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีนโยบายให้มีการสอบสวนโรค กรณีที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิตทุกราย ซึ่งนอกจากการสอบสวนในแง่การควบคุมโรคแล้ว ยังมีการทำ dead case conference โดยแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ หรือเชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปร่วมอภิปรายและฟื้นฟูความรู้ แต่ไม่มีการรวบรวมข้อมูลจากทุกจังหวัดไว้เป็นกรณีศึกษาอย่างชัดเจน

ปัจจุบันมีการผลิตวัคซีนไข้เลือดออกออกจำหน่ายแล้วเป็นวัคซีนชนิดเชื้อเป็นต่อไวรัสเดงกี่ทั้ง 4 สายพันธุ์ มีการขึ้นทะเบียนแล้วในประเทศเม็กซิโก ฟิลิปปินส์ บราซิลและเอลซัลวาดอร์ และประเทศฟิลิปปินส์เป็นประเทศแรกที่มีการฉีดวัคซีนให้กับเด็กชั้นประถมอายุประมาณ 9 – 10 ปี เมื่อต้นเดือนเมษายน 2559

การติดตามระยะยาวในการทดลองวัคซีนไข้เลือดออกในเด็กไทย (clinical trial phase II-b) และจาก 5 ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมประเทศไทย (clinical trial phase III) พบว่าเมื่อติดตามไป 2 ปีหลังจากได้รับวัคซีน กลุ่มเด็กที่อายุ < 9 ปีที่ได้รับวัคซีนมีความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลจากไข้เลือดออก สูงกว่าเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีน 1.57 และ 1.58 เท่า (relative risk; RR = 1.57 และ 1.58) ตามลำดับแต่ในกลุ่มที่อายุ ≥ 9 ปี มีความเสี่ยงน้อยกว่า (RR = 0.31 และ 0.57 ตามลำดับ) คาดว่ากลุ่มที่อายุ < 9 ปี เป็นกลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสเดงกี่มาก่อน และมีการตอบสนองต่อวัคซีนน้อยกว่ากลุ่มที่เคยติดเชื้อแล้ว อาจต้องติดตามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ผลิตวัคซีนซึ่งจะมีการติดตามความปลอดภัยจากการให้วัคซีนไปจนถึงสิ้นปีที่ 5 หลังได้วัคซีน

นอกจากนี้พบว่าภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์ที่ 2 ตอบสนองต่ำกว่าต่อสายพันธุ์อื่น ในขณะที่ในประเทศไทยมีการระบาดของทั้ง 4 สายพันธุ์ตลอดเวลา ในบางพื้นที่บางปีมีการระบาดของสายพันธุ์ที่ 2 เด่นกว่าสายพันธุ์อื่นๆ การพิจารณาใช้วัคซีนนี้ในประเทศไทยอาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติม โดยเฉพาะการให้วัคซีนในกลุ่มเด็กที่ไม่เคยติดเชื้อไวรัสเดงกี่มาก่อน จะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกรุนแรงหรือไม่

ควรมีการกำหนดให้ต้องทำและรายงานการสืบสวนผู้ป่วยเสียชีวิตในแต่ละราย โดยทำทั้งด้านการดูแลรักษาและการควบคุมโรค ในแต่ละปีควรมีการรวบรวมและวิเคราะห์โดยผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศ
แล้วนำมาสรุปและเผยแพร่สิ่งที่ได้เรียนรู้ในภาพรวมของประเทศ

ทันตกรรม

16

พญ.ทพญ. กรรณิกา ชูเกียรติมั่น* ทพญ.นงวิภา พุฒิภาษ* ทพญ.รัศมี เกศสุวรรณรักษ์*
ทพญ.ศศิธร ทวีเดช* วัลลภา ยะประสิทธิ์*

การรวบรวมข้อมูลการแพทย์ไทยด้านทันตกรรมครั้งนี้ ใช้หลักการนำข้อมูลทันตกรรมในระดับประเทศ (National data) ของประเทศไทย เปรียบเทียบกับข้อมูลทันตกรรมระดับนานาชาติ โดยใช้ข้อมูลของ WHO ร่วมกับข้อมูลจากองค์กรทางทันตกรรมอื่นๆ ที่เป็นที่ยอมรับระดับนานาชาติเพื่อหาส่วนขาด (gap) สำหรับการวางแผนพัฒนาการแพทย์ไทยด้านทันตกรรมแง่มุมใดที่ไม่มีการเก็บข้อมูลทันตกรรมในระดับประเทศ ก็ได้รวบรวมข้อมูลในระดับอื่นๆ ที่รองลงมาสรุปรวมไว้เพื่อให้เห็นภาพรวมของการแพทย์ไทยด้านทันตกรรมในปัจจุบัน โดยแสดงสถานะของสุขภาพช่องปากในประเทศไทย ปัญหาโรคช่องปาก ภาระของโรค ความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม คุณภาพบริการทันตกรรม ความคุ้มค่าของกระบวนการรักษาโรคที่สำคัญหรือโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจ ฯลฯ ในภาพรวม

โรคทางทันตกรรมที่มีการเก็บข้อมูลระดับนานาชาติ ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์หรือโรคเหงือกมะเร็งในช่องปากโรคติดเชื้อในช่องปากการได้รับอุบัติเหตุ การสบฟันผิดปกติ รอยโรคทางกรรมพันธุ์ ซึ่งเป็นหัวข้อที่ WHO ใช้เปรียบเทียบในระดับนานาชาติ ส่วนข้อมูลทันตกรรมในระดับประเทศของไทยได้จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในระดับประเทศซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี 2520 มีการดำเนินการสำรวจต่อเนื่องทุก 5 ปี อย่างไรก็ตามการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในระดับประเทศของไทยยังเก็บข้อมูลไม่ครบตามหัวข้อที่ WHO แนะนำ และการจำแนกข้อมูลมีบางส่วนไม่ตรงกับ WHO ทำให้การเปรียบเทียบทำได้ไม่สมบูรณ์ นอกจากนี้ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลทางระบาดวิทยาไม่ครอบคลุมการรักษาระดับตติยภูมิ จึงต้องนำข้อมูลงานวิจัยทางวิชาการเข้ามาร่วม ทำให้ข้อมูลการแพทย์ไทยด้านทันตกรรมที่นอกเหนือไปจากระบาดวิทยาด้านทันตกรรมเป็นข้อมูลระดับรองลงไป เช่น ระดับภาคหรือท้องถิ่น ระดับหน่วยงาน องค์กร หรืองานวิจัยในมหาวิทยาลัยทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามข้อมูลที่รวบรวมไว้นี้ก็ทำให้มองเห็นภาพรวมของการแพทย์ไทยด้านทันตกรรมในเบื้องต้น และสามารถใช้เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนพัฒนาการแพทย์ไทยด้านทันตกรรมต่อไป

*สถาบันทันตกรรม

สถานการณ์สุขภาพช่องปากของประเทศไทย

โรคฟันผุและโรคปริทันต์หรือโรคเหงือกยังคงเป็นปัญหาที่พบบ่อยในคนไทย มีการวิเคราะห์แนวโน้มจากการเปรียบเทียบการสำรวจแต่ละครั้งแม้ร้อยละของปัญหาที่มียังคงสูงมาก และดูเหมือนว่าปัญหามีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่อาจไม่เป็นที่ยอมรับเนื่องจากมีผู้โต้แย้งหลังการเผยแพร่ผลการสำรวจครั้งที่ 6 ที่มีการปรับค่าทำให้ตัวเลขในอดีตแตกต่างไปข้อมูลที่มีอยู่สรุปสถานการณ์สุขภาพช่องปากของประเทศไทยปัจจุบันได้ดังนี้

1. โรคฟันผุ การป้องกันฟันผุโดยการเติมฟลูออไรด์และสภาวะฟันตกกระ

ร้อยละของผู้มีโรคฟันผุเทียบอายุ 12-15 ปี กับ School children พบว่าร้อยละของผู้มีโรคฟันผุของประเทศไทยคือร้อยละ 52.3-62.4 ซึ่ง WHO พบร้อยละ 60.0–90.0 ส่วนการเทียบช่วงอายุ 35-44 ปี 60-74 ปี กับ Adult ของ WHO ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ แต่สามารถประมาณการณ์ได้ว่าคนไทยในช่วงอายุทั้ง 2 ช่วง มีประสบการณ์โรคฟันผุสูงมากเช่นเดียวกัน ซึ่งผลการสำรวจในประเทศไทยครั้งที่ 7 พบว่า กลุ่มวัยทำงานและวัยสูงอายุเป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุครอบคลุมเกือบทั้งกลุ่มประชากร

ข้อมูลของ WHO เทียบระดับของฟันผุจากค่า DMFT ในช่วงอายุ 12 ปี และกลุ่มวัยทำงานคือช่วงอายุ 35-44 ปี ประเทศไทยจัดอยู่ในระดับ Low ทั้งสองช่วงอายุที่น่าสังเกตุคือข้อมูลการเติมฟลูออไรด์ ใน 24 ประเทศไม่สนับสนุนว่าแนวโน้มฟันผุที่ลดลงเกิดจากฟลูออไรด์ และอาจเกิดจากสาเหตุอื่น องค์กร FDI World Dental Federation ระบุว่าความท้าทายของประเทศที่กำลังพัฒนาน่าจะเป็นเรื่องของการแสวงหาสุขภาพช่องปากที่ดีที่สุด (pursuit of optimal oral health) มากกว่า ได้แก่ ความสามารถเข้าถึงบริการได้น้อย ไม่สามารถจัดซื้อและใช้วัสดุทันตกรรมที่มีคุณภาพในราคาที่เหมาะสม และการลุงทุนด้านบริการทันตกรรมมีน้อย เป็นต้น ทั้งยังมีข้อสงสัยว่าการได้รับฟลูออไรด์เกินจำเป็นอาจนำมาสู่สภาวะฟันตกกระ (Fluorosis) ดังนั้น ในประเด็นเกี่ยวกับฟลูออไรด์ WHO จึงสรุปเพียงว่า “ฟันผุสามารถป้องกันได้โดยการคงระดับฟลูออไรด์ในขนาดต่ำในช่องปาก” เท่านั้นส่วนการสำรวจสภาวะฟันตกกระจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทยในครั้งที่ 7 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 90.8 มีสภาวะฟันปกติร้อยละ 7.1 พบฟันตกกระในระดับสงสัยร้อยละ 0.2 มีสภาวะฟันตกกระในระดับปานกลาง แต่ไม่พบฟันตกกระในระดับรุนแรง

2. โรคปริทันต์

เนื่องจาก WHO เก็บข้อมูลรวมช่วงอายุ 15-19 ปี รวมเข้าด้วย และกำหนดค่าดัชนี CPI (Community Periodontal index) ≥4 จัดเป็นโรคปริทันต์แต่สรุปเพียงกลุ่มเดียวคือ กล่าวว่าโรคปริทันต์ในช่วงอายุ 35-44 ปีของประเทศต่างๆ จะอยู่ระหว่างร้อยละ 15.0-20.0 ข้อมูลการสำรวจของประเทศไทยทุกครั้งไม่ได้แสดงช่วงอายุ 15-19 ปีในการสำรวจ อย่างไรก็ตาม หากคำนวณเฉพาะในช่วงอายุ 35-44 ปี จะมีผู้เป็นโรคปริทันต์ร้อยละ 15.6

3. การสูญเสียฟันธรรมชาติ

WHO เผยแพร่ปี 2554 ระบุช่วงอายุ 65-74 ปี ประชากรในประเทศต่างๆ ประสบปัญหาไม่มีฟันธรรมชาติหลงเหลืออยู่ถึงร้อยละ 30 แต่ข้อมูลการสำรวจของประเทศไทยได้ปรับการเก็บข้อมูลเป็นช่วงอายุ 60-74 ปี และสำรวจรวมกลุ่มอายุ 80-89 ปี ด้วยข้อมูลนี้จึงเปรียบเทียบกันไม่ได้ จากการสำรวจสภาวะช่องปากของประเทศไทยครั้งที่ 7 ระบุข้อมูลช่วงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 7.2 ประสบปัญหาไม่มีฟันธรรมชาติหลงเหลืออยู่ส่วนช่วงอายุ 80-89 ปีประสบปัญหาไม่มีฟันธรรมชาติหลงเหลืออยู่ร้อยละ 32.2

การศึกษาระบาดวิทยาทางช่องปากแนวใหม่คือการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (cohort) โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี 2548 และตีพิมพ์ผลลัพธ์เผยแพร่ในปี 2556 มีกลุ่มตัวอย่างถึง 87,134 ราย พบว่า เพศหญิงสูงอายุ รายได้ต่ำการศึกษาต่ำและอยู่ชนบทเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการมีฟันในช่องปากหลงเหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติและพบว่ากลุ่มที่ให้ความสำคัญต่อการทำ Self-report ได้แก่ กลุ่มที่มีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลม ยังคงสูบบุหรี่เป็นประจำ ไม่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยน้ำนมแม่ มารดามีการศึกษาต่ำ และสรุปว่ามีช่องว่างความรู้ในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงต่อจำนวนฟันที่เหลือในช่องปาก

4. โรคมะเร็งในช่องปาก

WHO ระบุว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งในช่องปากอยู่ในช่วง 1-10 ราย ต่อ 100,000 ประชากร ในประเทศส่วนใหญ่ความชุกของโรคมะเร็งในช่องปากค่อนข้างสูงในผู้ชายผู้สูงอายุและในหมู่ประชาชนของการศึกษาต่ำและมีรายได้น้อย ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทยในครั้งที่ 7 ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งในช่องปาก แต่มีข้อมูลรายงานสถิติโรคปี 2555 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรวบรวมข้อมูลเฉพาะจากสถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ พบว่าโรคที่พบมากอันดับ 2 คือ เนื้องอกร้ายของริมฝีปากช่องปากและคอหอย มี จำนวน 5,036 ราย พบในชายมากกว่าหญิง ในช่วงอายุระหว่าง 45 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.92 จำนวนวันอยู่รักษาในสถานพยาบาลโดยเฉลี่ย 11.24 วัน และมีข้อมูลเผยแพร่ในหนังสือ Cancer in Thailand พบว่ามะเร็งช่องปากเป็นอันดับที่ 7 ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย มีค่า Age-standardized incidence rates (ASR) ของเพศหญิงที่ 3.7 และเพศชายที่ 4.5 เทียบมะเร็งช่องปากในเพศชายและเพศหญิงประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีค่า ASR อยู่ในช่วง 3.3-6.8

5. อุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับช่องปากและใบหน้า

ข้อมูลจาก WHO ประเด็นอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับช่องปากและใบหน้า พบว่า ทั่วโลกพบร้อยละ 16.0-40.0 ของเด็กในช่วงอายุ 6-12 ปี ได้รับผลกระทบจากการบาดเจ็บทางทันตกรรมที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยสนามเด็กเล่น โรงเรียนที่ไม่ปลอดภัยอุบัติเหตุบนท้องถนนหรือการใช้ความรุนแรงข้อมูลในประเทศไทยยังอยู่ในลักษณะงานวิจัยและค่อนข้างกระจาย ไม่มีการรวบรวมข้อมูลระดับประเทศ การเก็บข้อมูลงานวิจัยอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับช่องปากและใบหน้า มักเก็บจากข้อมูลการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับตติยภูมิขึ้นไป โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่มีการเรียนการสอนหรือในโรงเรียนทันตแพทย์ซึ่งไม่ใช่แหล่งรักษาต้นทาง เนื่องจากประชาชนมักรู้สึกว่าผลจากการได้รับอุบัติเหตุอาจร้ายแรงกว่าที่เห็น หากรู้สึกว่ามีปัญหาเฉพาะฟันจึงจะพบทันตแพทย์ และเลือกสถานที่ที่แน่ใจว่ามีทันตแพทย์เฉพาะทาง คือทันตกรรมเด็ก ในต่างประเทศมีแหล่งข้อมูลใหญ่อีกกลุ่มหนึ่งคือข้อมูลจากการเรียกร้องสินไหม ค่ารักษาพยาบาลทางทันตกรรมเมื่อมีอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับฟัน ช่องปากและใบหน้าแต่ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลจากแหล่งเหล่านี้ในประเทศไทย การเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับช่องปากและใบหน้าพบได้ทุกกลุ่มอายุ แต่มักมีรูปแบบของสาเหตุการเกิดมักจะแตกต่างกันไป เช่น กลุ่มวัยทารกและเด็กหัดเดินมีสาเหตุต่างไปจากกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่นที่มักมีเหตุจากกีฬา การทะเลาะวิวาท กลุ่มผู้ใหญ่มักมีสาเหตุจากอุบัติเหตุรถยนต์และรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้น และกลุ่มผู้สูงอายุเกิดจากการหกล้มเนื่องจากการเดินไม่มั่นคงเป็นต้น

6. โรคติดเชื้อรา แบคทีเรีย ไวรัสในช่องปากและใบหน้า ของผู้ป่วย HIV

WHO ระบุว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40.0-50.0) ของผู้ที่มีเอชไอวีบวก มีเชื้อราในช่องปาก และการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสเหล่านี้มักจะเกิดขึ้นในช่วงต้นของการติดเชื้อเอชไอวีการสำรวจระดับประเทศในไทยมีเพียงข้อมูลจากหนังสือ “สุขภาพช่องปากของประชากรไทย การวิจัยเพื่อแก้ปัญหาของประเทศ” เป็นงานวิจัยระดับประเทศ ปี 2540 พบว่า รอยโรคในช่องปากของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยไม่แตกต่างจากที่รายงานในต่างประเทศ

ข้อมูลในประเทศไทยยังอยู่ในลักษณะงานวิจัยและยังค่อนข้างกระจายไม่มีการรวบรวมในลักษณะข้อมูลระดับประเทศ หลังจากปี 2547 ทันตแพทย์ ไม่ค่อยมีผู้สนใจทำงานวิจัยเรื่องนี้สอดคล้องกับข้อมูลการลดลงของโรคเอดส์จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด (ณ วันที่ 30 กันยายน 2555) เผยแพร่ข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นการลดลงของแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ

7. โรคปากแหว่ง เพดานโหว่

ความพิการแต่กำเนิด เช่น ปากแหว่งและเพดานโหว่ เกิดขึ้นในอัตราประมาณ 1:500-700 ของการเกิดทั้งหมด อัตรานี้จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มชาติพันธุ์ที่แตกต่างกันและพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ (WHO) ส่วนข้อมูลจาก American Academy of Otholarygology of Head and Neck Surgery ปี 2553 ระบุว่าปากแหว่งร่วมกับเพดานโหว่มีประมาณ 1:1,000 ของทารกที่เกิดมา ซึ่งร้อยละ 50 พบบ่อยในชาวเอเชียและบางกลุ่มของชาวอเมริกันอินเดียนร้อยละ 13 ขึ้นไป ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีข้อบกพร่องอื่นร่วมด้วย และมักเกิดขึ้นบ่อยมากในเด็กเพศชาย กลุ่มผู้ป่วยชนิดที่มีข้อบกพร่องเฉพาะเพดานโหว่ มีอัตราเกิดประมาณ 1:2,000 พบประมาณร้อยละ 30 ในทุกกลุ่มเชื้อชาติมีความเสี่ยงที่คล้ายกัน เกิดขึ้นบ่อยในเด็กผู้หญิง และข้อบกพร่องชนิดปากแหว่งอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 20.0

ในประเทศไทยไม่มีข้อมูลสำรวจระดับประเทศ มีเพียงงานวิจัยเฉพาะแห่งของโรงพยาบาล ได้แก่ การศึกษาการกระจายของภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาระหว่างปี 2548-2552 พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่งและ/หรือเพดานโหว่ต่อทารกมีชีพเท่ากับ 1.40:1000 โดยที่พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดปากแหว่งและปากแหว่งเพดานโหว่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่อุบัติการณ์ของการเกิดเพดานโหว่อย่างเดียวลดลง ภาวะความผิดปกตินี้พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ชนิดของความพิการที่พบมากที่สุดคือปากแหว่งและเพดานโหว่ อุบัติการณ์ของภาวะนี้จะเพิ่มขึ้นตามปีที่เพิ่มขึ้นและอาจมีความเกี่ยวเนื่องกับฤดูกาล

ประเทศไทยมีการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคปากแหว่งเพดานโหว่ในระดับชาติ เช่น โครงการ “ยิ้มสวยเสียงใส” เทิดพระเกียรติ 50 พรรษาสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ปี 2548-2553 โครงการเทิดพระเกียรติฯ นี้ เร่งค้นหาผู้ป่วยที่เป็นโรคปากแหว่งเพดานโหว่ให้การรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อลดความพิการบนใบหน้าสามารถพูดออกเสียงได้เหมือนคนปกติมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแก้ไขทั้งสิ้น 1,128 ราย และสิ้นสุดโครงการฯ ในวันที่ 30 กันยายน 2553 ปัจจุบันการแก้ไขปัญหาความพิการจากการป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ถูกบรรจุอยู่ในสิทธิของหลักประกันสุขภาพ โดยดำเนินการในรูปแบบของโครงการพัฒนาดูแลรักษาฟื้นฟู การแก้ไขการพูด ทันตกรรมจัดฟัน และการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่เพื่อให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบวงจรต่อเนื่องเร็วขึ้น มีการประสานงานให้เกิดเครือข่ายร่วมกันทำงานในกลุ่มแพทย์ทันตแพทย์และวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในทุกพื้นที่

แนวโน้มสภาวะสุขภาพช่องปาก

ผลการสำรวจที่ผ่านมาตามตัวชี้วัดสำคัญที่กำหนดโดย WHO พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในทุกตัวชี้วัดทั้งสภาวะโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียนและกลุ่มเยาวชน สภาวะปริทันต์ และการคงอยู่ของฟันแท้ที่มีเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (dmft) ในเด็กอายุ 3 ปี จะอยู่ในระดับมากกว่า 3 ซี่ต่อคนขึ้นไป และจะเพิ่มขึ้นเป็น 5-6 ซี่ต่อคนในเด็กอายุ 5-6 ปี มากกว่าครึ่งของเด็กมีประสบการณ์โรคฟันผุตั้งแต่อายุเพียง 3 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 3 ใน 4 ในเด็กอายุ 5-6 ปี ในการสำรวจครั้งล่าสุดพบว่าสถานการณ์มีแนวโน้มดีขึน โดยพบอัตราส่วนของเด็กที่ปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นในทั้ง 2 กลุ่มอายุ โดยในกลุ่มอายุ 3 ปี พบเพิ่มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 48.3 ส่วนในกลุ่มอายุ 5 ปี อัตราเพิ่มของผู้ปราศจากฟันผุ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นร้อยละ 21.5 การเกิดโรคฟันผุในชุดฟันน้ำนมดีขึ้นทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท ยกเว้นในเขตกรุงเทพมหานครที่เด็กเล็กทั้ง 2 กลุ่มกลับมีแนวโน้มการเป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนมสูงขึ้น สถานการณ์การเกิดโรคฟันผุในฟันแท้ของเด็กอายุ 12 ปี ดีขึ้นเล็กน้อยโดยพบว่าร้อยละ 52.3 ของเด็กกลุ่มนี้เป็นโรคฟันผุ เมื่อเทียบกับร้อยละ 56.9 และ 57.3 ในปี 2550 และ ปี 2543-2544 รวมทั้งค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ที่มีแนวโน้มลดลงเป็น 1.3 ซี่ต่อคน จากเดิมที่คงที่มาโดยตลอดที่ 1.5 ซี่ต่อคน และการลดลงของความชุกเกิดขึ้นอย่างชัดเจนในเขตเมือง การคงอยู่ของฟันแท้ในช่องปากของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุมีมากขึ้น โดยกลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 97.8 มีฟันแท้ใช้งานได้ในช่องปากอย่างน้อย 20 ซี่ขึ้นไป และในผู้สูงอายุพบร้อยละ 57.8

สภาวะปริทันต์ และเหงือกอักเสบ ยังคงเป็นปัญหาของเด็กนักเรียนและเยาวชน ในเด็กอายุ 12 ปี แม้ว่าจะพบสภาวะเหงือกอักเสบลดลง จากร้อยละ 58.9 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 50.3 แต่ร้อยละ 20.7 เป็นเด็กที่มีสภาวะเหงือกอักเสบโดยมีหินน้ำลายร่วมด้วย เด็กอายุ 12 ปี ที่มีสภาวะเหงือกปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.9 ในการสำรวจครั้งล่าสุดซึ่งแนวโน้มในกลุ่มเยาวชน 15 ปี ก็เป็นไปในแนวทางเดียวกัน สำหรับกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 35-44 ปี พบปัญหาปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วยร้อยละ 15.6 แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ปัญหาที่พบเป็นการอักเสบของเหงือกที่มีเลือดออกและปัญหาหินน้ำลาย ปัญหาเหล่านี้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะสะสมและสะท้อนความรุนแรงของรอยโรคปริทันต์ที่ชัดเจนมากขึ้นในวัยสูงอายุ ซึ่งแม้ว่าจะมีจำนวนฟันแท้ในช่องปากคงเหลืออยู่มากขึ้น แต่ร้อยละ 32.1 พบโรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วยและร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มิลลิเมตร ขึ้นไป) ซึ่งเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ฟันโยก และการสูญเสียฟัน

ปัจจัยเสี่ยง

WHO กล่าวว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากรวมถึงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การใช้บุหรี่หรือยาสูบและการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นอันตราย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ร่วมกันกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง 4 โรคสำคัญ คือ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน โรคในช่องปากมักจะมีการเชื่อมโยงกับโรคเรื้อรัง และการมีสุขอนามัยช่องปากไม่ดีความชุกของโรคในช่องปากแตกต่างกันตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ความพร้อมของการให้บริการและความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในช่องปาก นอกจากนี้ปัจจัยหรือข้อกำหนดทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมากและส่งผลต่อสุขภาพช่องปากความชุกของโรคในช่องปากจะเพิ่มขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางและภาระโรคในช่องปากจะสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มประชากรที่ยากจนและด้อยโอกาส จึงมีข้อแนะนำรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางทันตกรรมที่ยังไม่มีข้อมูลระดับประเทศ ไว้เปรียบเทียบกับระดับนานาชาติเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากสำหรับประเทศไทย

ในด้านภาระโรค (Bouden of disease) ปี 2556 ประเทศในเครือจักรภพได้ออกรายงานวิเคราะห์ภาระโรคช่องปากในภาพรวมโดย DALYs ของสุขภาพช่องปากถูกจัดอยู่ในลำดับของ top 100 detailed causes of DALYs โรคปริทันต์ชนิดรุนแรงอยู่ในลำดับที่ 77 (95% UI, 50-116) และโรคฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาอยู่ในลำดับที่ 81 (95% UI, 61-103)

จากข้อมูลของ WHO พบว่าร้อยละ 90.0 ของประชากรบนโลกจะได้รับความทุกข์ทรมานโดยมีสาเหตุจากโรคในช่องปากในช่วงของชีวิต และค่าใช้จ่ายที่เป็นผลจากการละเลยสูงกว่าค่าใช้จ่ายตามปกติ โรคในช่องปากและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมีผลกระทบสูงทั้งในระดับส่วนบุคคล ประชากร ระบบสุขภาพและสังคมโดยรวม เช่น ในประเทศไทยมีจำนวนชั่วโมงการขาดเรียน 1,900 ชั่วโมงต่อเด็ก 1,000 คน ในปี 2550 เป็นต้น WHO กล่าวถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจของโรคในช่องปากว่า การรักษาโรคในช่องปากมีค่าใช้จ่ายสูงมากประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาการรักษาแบบฉุกเฉินเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดเท่านั้น นอกจากนี้การลงทุนเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพช่องปากจะค่อนข้างต่ำทรัพยากรส่วนใหญ่จึงถูกนำไปจัดสรรสำหรับการรักษาแบบฉุกเฉินเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมถ้ามีให้ใช้อาจสูงกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพโดยรวมของทั้งประเทศ

การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 รายงานผลกระทบจากโรคในช่องปาก ดังนี้

เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 41.7 ระบุว่าเคยปวดฟันในรอบปีการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากอาการเจ็บปวด อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก โดยร้อยละ 6.3 ระบุว่าเคยหยุดเรียนเนื่องมาจากอาการปวดฟัน เฉลี่ยหยุดเรียน 1.3 วัน ในขณะที่เยาวชนอายุ 15 ปี ร้อยละ 33.4 เคยมีอาการปวดฟันในรอบปีที่ผ่านมา และร้อยละ 3.6 เคยหยุดเรียนเพราะปวดฟัน เฉลี่ย 1.6 วัน เด็กกลุ่มอายุ 12 และ 15 ปีในภาคใต้มีอัตราการหยุดเรียนเนื่องจากอาการปวดฟันสูงกว่าพื้นที่อื่นๆ คือร้อยละ 9.6 และ 6.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบของความจำเป็นที่ต้องหยุดเรียนเพื่อไปรับบริการรักษาโดยเด็กอายุ 12 ปี และอายุ 15 ปี เคยหยุดเรียนเพื่อไปรักษาฟันและพบสูงสุดในภาคใต้ ร้อยละ 17.3 และ ร้อยละ 13.7 ตามลำดับ

การสำรวจความชุกและความรุนแรงของโรคช่องปากที่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันในเด็กนักเรียนอายุ 12-15 ปี จำนวน 1,066 คน จากประชากรที่ถือเป็นตัวแทนประชากรระดับประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากในระดับประเทศครั้งที่ 6 โดยใช้ Child-Oral Impacts on Daily Performances index (Child-OIDP) พบว่าร้อยละ 85.2 ของเด็กอายุ 12 ปี ได้รับผลกระทบในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร ร้อยละ 64.4 ตามด้วยผลกระทบต่อการแปรงฟัน ร้อยละ 51.7 ส่วนเด็กอายุ15 ปี ใช้ค่าดัชนี OIDP พบว่า ร้อยละ 83.3 ได้รับผลกระทบในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีค่า OIDP scores อยู่ในช่วง 0-39.5 (mean = 5.47, SD = 6.0) ผลกระทบที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดฟัน และการรักษาอารมณ์ ผลกระทบทางคลินิกที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดฟัน (ร้อยละ 39.2) และเป็นแผลในปาก (ร้อยละ 24.7)

มีรายงาน OHRQoL ระดับประเทศไทยโดยใช้กลุ่มผู้ใหญ่ถึง 87,134 คน เก็บข้อมูลแบบ Self-report cohort ในปี 2554 พบว่าในภาพรวมการเคี้ยวอาหารไม่สะดวกการเข้าสังคม และความเจ็บปวด เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ ร้อยละ 15.8 12.5 และ 10.6 ตามลำดับ เพศหญิงพบได้มากกว่าชาย การสูบบุหรี่ทำให้ OHRQoL แย่ลงในทุกมิติ โดยมี Odds Ratios (OR) อยู่ในช่วง 1.32 - 1.51 ผู้ที่มีฟันเหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่มีความสัมพันธ์กับการพูดลำบาก (OR = 6.43) การกลืนลำบาก (OR = 6.27) และการเคี้ยวลำบาก (OR = 3.26) และสรุปว่าปัญหาสุขภาพช่องปากสัมพันธ์กับการใช้งานของบุคคลและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะกับเพศหญิง คนจน การสูบบุหรี่ดื่มแอลกอฮอล์และผู้ที่มีฟันเหลืออยู่ในช่องปากน้อยกว่า 20 ซี่ นอกจากนี้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคในช่องปากกับ Condition-specific Oral health-related quality of life (CS-OHRQoL) ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปี จำนวน 871คน พบว่าร้อยละ 39 ของเด็กอายุ 15 ปี เคยได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงรุนแรง กลุ่มเด็กโตวัยรุ่นที่มีฟันผุ 1-4 ซี่หรือมากกว่าได้รับผลกระทบในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าถึง 7 เท่า วัยรุ่นที่มีเหงือกอักเสบมากกว่า 3 sextants มีค่า CS-impacts ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมากกว่าถึง 2 เท่า

ข้อมูลกลยุทธ์การป้องกันโรคในช่องปากการส่งเสริมสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลวิชาการด้านทันตกรรมที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น Evidence-based oral health promotion resource; State of Victoria ประเทศออสเตรเลียปี 2553 เก็บข้อมูลมาตรการที่ใช้ในคนไข้ กลุ่มที่ 1 มารดาที่ตั้งครรภ์และเด็กเล็ก กลุ่มที่ 2 เด็กโตและวัยรุ่น กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 4 ชนกลุ่มน้อยในประเทศ (อะบอริจิน) กลุ่มที่ 5 กลุ่มที่มีความแตกต่างทางชาติพันธุ์และภาษา และกลุ่มที่ 6 คนไข้กลุ่มพิเศษ มาตรการที่ใช้มีจำนวนมาก ในที่นี้จะยกตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวคือกลุ่มที่ 2 เด็กโตและวัยรุ่น พบว่า มาตรการที่ได้ผลในคนไข้กลุ่มนี้ได้แก่ Targeted school-based toothbrushing program and fluoride mouth rinse program, School-based oral health education, Oral healthy school policies และCommunity/school and clinical-based programs เปรียบเทียบกับประเทศไทยมีรายงานเรื่องประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการทันตกรรมป้องกัน ภายใต้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมอนามัย ปี 2553 ในส่วนเด็กโตและวัยรุ่น มาตรการที่ได้ผลดีได้แก่การใช้ฟลูออไรด์วานิช การเติม

ฟลูออไรด์ในน้ำประปา นอกจากนี้พบว่าการเคลือบหลุมร่องฟันด้วยสารเรซินในโรงเรียน และการให้ทันตสุขศึกษาร่วมกับทันตกรรมป้องกันได้ผลดีในกลุ่มเด็กโต

ในด้านการบริการระดับตติยภูมิ ในปี 2555 ภายใต้ International Health Policy Program-Thailand มีการวิเคราะห์ Cost-utility ของการรักษาระดับตติยภูมิคือ รากเทียมรองรับฟันเทียมชิ้นล่าง การวิเคราะห์นี้ใช้ข้อมูลจากความต้องการที่ได้จากการสำรวจสุขภาพช่องปากในประเทศไทย ปี 2549-2550 ซึ่งพบว่ามีผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมเกิดอาการเจ็บ ฟันปลอมหลวม เกิดความไม่สบาย ต้องการการฝังรากเทียมเพื่อช่วยยึดฟันปลอมซึ่งสามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม การประเมิน Cost-effectiveness ในการรักษาด้วยการฝังรากเทียมเพื่อรองรับฟันปลอมโดยการใช้ ICER ไม่เคยมีมาก่อนและรากเทียมไม่เคยอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงใช้ ICER ประเมิน costs per QALYs gained เทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้รากเทียมและไม่ใช้รากเทียม ผลการวิเคราะห์สรุปว่า

1. การฝังรากฟันเทียมเป็นค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพและมีผลกระทบต่องบประมาณน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพการรักษาที่มีค่า ICER ต่ำกว่า 1 GDP per capper QALY จะถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ หรือคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ

2. เครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอมทั้งปากเทียบกับรากฟันเทียมจำกัดมากและการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ในการสุ่มตัวอย่างที่มีอคติ

3. คณะอนุกรรมการของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตัดสินใจที่จะไม่รวมการรักษานี้ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเนื่องจากปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์และส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงฟันปลอมทั้งปาก

4. การประเมินผลทางเศรษฐกิจไม่ได้เป็นเพียงเกณฑ์เดียวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรวมมาตรการแทรกแซงสุขภาพใด ๆ ลงในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5. มีลำดับความสำคัญที่ต้องทำเพื่อเพิ่มความจุของระบบสุขภาพมากขึ้นสำหรับการดูแลทันตกรรมในประเทศไทย ได้แก่จำนวนของทันตแพทย์ได้รับการฝึกฝนที่เพียงพอ การเข้าถึงการรักษาโดยการใส่ฟันปลอมทั้งปากของผู้สูงอายุและมีระบบการจัดหาเงินทุนที่เหมาะสมสำหรับการปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลทันตกรรมในประเทศไทย

6. ที่สำคัญที่สุดคือการเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยสูงอายุที่จะได้รับการใส่ฟันปลอมทั้งปาก ซึ่งเป็นพื้นฐานของการรักษาผู้ไม่มีฟันธรรมชาติหลงเหลืออยู่ การใส่ฟันปลอมทั้งปากได้รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไว้แล้ว นอกจากนี้ความพร้อมของระบบสุขภาพและความสามารถในการดำเนินนโยบายเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่สำคัญสำหรับการกำหนดนโยบายการตัดสินใจ

คุณภาพบริการ (Quality of care)

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

1.1 การรับบริการทันตกรรม

พบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้น คือจากร้อยละ 7.4 ในปี 2549 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2556 ในการไปรับบริการทันตกรรมจะมีสัดส่วนของผู้ไปรับบริการที่สถานพยาบาลของเอกชนค่อนข้างสูง (ร้อยละ 44.5) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งยังไม่สะดวกในการใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐฯ และผู้รับบริการทันตกรรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายมีทิศทางลดลงในปี 2556 ผู้รับบริการทันตกรรมที่ไม่เสียค่าใช้จ่ายมีร้อยละ 45.7 ผู้ที่ไปรับบริการทันตกรรมเกินครึ่งมีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการดังกล่าวซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลเอกชนค่อนข้างสูง

1.2 สิทธิในการรักษาพยาบาล

ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี 2554 สถานพยาบาล 4 อันดับแรกที่ประชาชนนิยมใช้บริการคือคลินิกเอกชน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปและสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตบุคลากรค่าบริการสุขภาพช่องปากเฉลี่ยเท่ากับ 493 บาทต่อครั้ง ลดลงเมื่อเทียบกับ 2550 (738 บาทต่อครั้ง) กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงบริการต่ำสุดและยังมีอัตราการไม่ใช้สิทธิที่มีเมื่อใช้บริการครั้งสุดท้ายเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนกลุ่มประกันสังคมเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นในปี 2554 และเข้าถึงสิทธิประโยชน์ มากกว่ากลุ่มข้าราชการ

1.3 การวัดคุณภาพการบริการ

ประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลการวัดคุณภาพบริการในระดับประเทศ ไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดที่ระบุถึงเรื่องคุณภาพในการรักษาทางทันตกรรมเช่นการรักษาคลองรากฟันน้ำนมต้องไม่เกิดพยาธิสภาพภายใน 6 เดือนหลังการรักษา การเคลือบหลุมร่องฟันต้องไม่หลุดออกจนต้องทำซ้ำภายใน 2 ปี ฟันที่เคลือบหลุมร่องฟันไปแล้วภายใน 2 ปี จะต้องไม่มีการผุอีกจนต้องอุดฟัน รักษารากฟันหรือถอนฟันเป็นต้น ส่วนโครงการในระดับประเทศ ได้แก่ โครงการฟันเทียมพระราชทาน โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ ฯลฯ การรายงานผลคุณภาพบริการยังไม่มีการรวบรวม มีเพียงรายงานความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อโครงการฟันเทียมพระราชทาน และผลกระทบของสุขภาพช่องปากต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไร้ฟันหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก เป็นต้น

2. สถานการณ์ของระบบบริการทันตกรรมในปัจจุบัน

2.1 ทรัพยากร

จำนวนทันตแพทย์ไทย ณ เดือนธันวาคม 2556 จำนวนทั้งสิ้น 11,607 คน เป็นทันตแพทย์ในภาคเอกชนจำนวน 5,849 คน (ร้อยละ 50.4) ภาครัฐ 5,758 คน (ร้อยละ 49.6) เป็นทันตแพทย์ในกรุงเทพมหานคร 5,460 คน (ร้อยละ 47.0) ในส่วนภูมิภาค 6,147 คน (ร้อยละ 53.0) โดยมีอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 5533 แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกระจายตัวของทันตแพทย์ และยังมีข้อโต้แย้งกันเรื่องจำนวนทันตแพทย์และบุคลากรข้างเคียงที่เหมาะสม สถานพยาบาลที่ประชาชนนิยมใช้บริการในอันดับต้นๆ คือคลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชนและเทคโนโลยีขั้นสูงของทันตกรรมที่มีการให้บริการในประเทศไทยอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ

2.2 Service plan

มีการวางแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก โดยสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ปี 2556 จัดบริการตามระดับของโรงพยาบาลโดยมีกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของงานสุขภาพช่องปากของสถานบริการสุขภาพทุกระดับ เน้นงานส่งเสริม ป้องกัน จนถึงงานรักษาในระดับตติยภูมิบางงาน โดยเฉพาะงานโครงการระดับชาติต่างๆ ในหน่วยงานโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจังหวัด แต่ยังไม่มีการวางแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในระดับตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงของหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการตติยภูมิและสูงกว่า

การจัดการระบบข้อมูล

ประเทศไทยมีการพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธาณสุขโดยสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โดยบูรณาการฐานข้อมูลบริการสุขภาพจากข้อมูล 18 แฟ้ม (บริการปฐมภูมิ) ข้อมูล 12 แฟ้ม (บริการโรงพยาบาล) ชุดข้อมูล 35 แฟ้ม (3P) (ข้อมูลเบิกจ่าย) ชุดข้อมูลโรคเรื้อรัง 3 แฟ้ม และความต้องการเพิ่มเติมออกมาเป็นชุดข้อมูลมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข และชุดข้อมูลมาตรฐานเพื่อการส่งต่อ ชุดข้อมูลที่บูรณาการขึ้นมานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการติดตามระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการจัดเก็บข้อมูลแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพ และเพื่อการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยในส่วนของทันตกรรมข้อมูลผลการตรวจทันตสุขภาพจะได้มาจาก 2 แหล่ง คือ แหล่งข้อมูลการให้บริการ

แต่ละ visit ทั้งในและนอกสถานบริการ ได้แก่ ตรวจรักษาและหัตถการในสถานบริการบริการทันตสุขภาพในชุมชน/โรงเรียนผลตรวจทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ฯลฯ แหล่งที่สองข้อมูลการให้บริการในชุมชน เช่น ผลตรวจทันตสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน ฯลฯ

เนื่องจากระบบข้อมูลและการติดตามเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย มีกรณีตัวอย่างมากมายที่แสดงให้เห็นว่าความต้องการระบบสุขภาพของผู้ใช้บริการอาจไม่ตรงกับระบบสุขภาพที่รัฐจัดบริการทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในประเทศไทยมีโครงการจัดทำระบบบริการข้อมูลสถิติสุขภาพแบบบูรณาการบนอินเทอร์เน็ตโดยสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โดยมีข้อมูลข่าวสารสุขภาพข้อมูล Update ของระบบต่างๆ รายงานสุขภาพล่าสุดและประเด็นสุขภาพ 27 ประเด็น เครื่องมือแสดงข้อมูลสุขภาพที่ใช้บ่อย เช่น ระบบค้นหาสถานพยาบาล สถิติสุขภาพประเทศไทยสถิติสุขภาพระดับพื้นที่สถิติสุขภาพทั่วโลกระบบสอบถามข้อมูลสุขภาพรวมทั้งแสดงตัวอย่างการแสดงผลสถิติสุขภาพในรูปแบบของกราฟและแผนที่ลักษณะต่างๆ แต่ในส่วนของทันตกรรมยังเป็นเพียงเว็บไซต์ของหน่วยงานภาครัฐ/เอกชนที่เชื่อมโยงกันอย่างไม่เป็นทางการ ยังไม่มีโครงการจัดทำระบบบริการข้อมูลสถิติสุขภาพแบบบูรณาการเหมือนด้านการแพทย์

ส่วนขาดของระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information gap)

1. ข้อมูลระบาดวิทยาในระดับประเทศเมื่อเทียบกับข้อมูลWHO ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับช่องปากและใบหน้า ฟันสึก การสบฟันหรือการเรียงตัวของฟันผิดปกติ (Malocclusion) การรายงานข้อมูลรอยโรคช่องปากในประชากรทั่วไป ไม่ใช่เฉพาะผู้ป่วย HIV/AIDS

2. การเก็บข้อมูลทางคลินิกมีจำกัดมากจากการใช้รหัสข้อมูลในระบบของ ICD และ CDT โดยเฉพาะข้อมูลงานทันตกรรมในระดับตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงจึงควรใช้รหัส SNODENT ร่วมด้วยและควรเก็บข้อมูลงานบริการทันตกรรมในรูปแบบของเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ทางทันตกรรม

3. ประเทศไทยไม่มีการพัฒนาแนวทางเกี่ยวกับมาตรฐานเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ทางทันตกรรม (EDR) ส่วนใหญ่ที่มีใช้งานกันอยู่ก็พัฒนาขึ้นเองหรือซื้อโปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งทั้งสองกลุ่มใช้รหัสงานทันตกรรมในประเทศไทยที่หยุดการพัฒนาไป

4. การจัดการระบบข้อมูลทันตกรรมทั้งในส่วนการจัดเก็บข้อมูลระบาดวิทยา ข้อมูลการรักษา ข้อมูลการวัดคุณภาพบริการ รวมถึงการติดตามผล ยังไม่ครบถ้วน ข้อมูลการรักษา/บริการทันตกรรมด้านตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูงระดับประเทศยังไม่พัฒนา การนำข้อมูลมาวิเคราะห์อยู่เพียงระดับงานวิจัยเฉพาะที่

5. ข้อมูลระบบส่งต่อทางทันตกรรมไม่มีการพัฒนาในระดับประเทศ แม้มีการพัฒนาขึ้นใช้ระหว่างกันในบางเครือข่ายก็เพื่อการบริหารจัดการแต่ไม่ได้เป็นการส่งต่อกันในแง่ของวิชาการหรือการส่งต่อกันระหว่างสาขาเฉพาะทางทันตกรรม

6. ข้อมูลของระบบติดตามได้จากตัวชี้วัดของสถานบริการสุขภาพทุกระดับที่อยู่ในแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมมิติต่างๆ ไม่มีการกำหนดการวัดคุณภาพบริการระดับประเทศโดยเฉพาะงานระดับตติยภูมิและตติยภูมิขั้นสูง

7. ข้อมูลคุณภาพบริการในภาพรวมของประเทศควรครอบคลุมการบริการภาคเอกชน เนื่องจากข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องบ่งชี้ว่าการให้บริการทันตกรรมภาคเอกชนอาจมีมากกว่าภาครัฐ และข้อมูลที่ไม่รวมภาคเอกชนอาจทำให้การวิเคราะห์ผิดพลาดได้

8. ข้อมูลการคัดเลือกมาตรการที่จะใช้ในระดับประเทศและบริการทันตกรรมขาดความเชื่อมโยงกับข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น ข้อมูลทาง Evidence-based Dentistry

9. ขาดจุดเชื่อมโยงข้อมูลให้บูรณาการกันทั้งทางระบาดวิทยา ทางวิชาการทันตกรรม และการให้บริการและไม่มีจุดเชื่อมโยงผู้ป่วยทันตกรรม ผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือมาตรการต่างๆ ของรัฐ

WHO และ FDI มีข้อแนะนำการพัฒนาระบบย่อยๆ (subsystem) ที่เกี่ยวข้องกัน ได้แก่ Epidemiological surveillance, Service coverage of the population, Service records and reporting, Administration and resource management, Quality of care provided, Oral health programme monitoring and outcome evaluation เป็นต้น นอกจากนี้ WHO, FDI และ IADR ได้ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญและกำหนด global goals สำหรับปี 2563 เพื่อกระตุ้นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางนโยบายให้สร้างมาตรฐานสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับ orofacialpain, functional disorders, infectious diseases, oro-pharyngeal cancer, oral manifestations of HIV-infection, noma, trauma, cranio-facial anomalies, dental caries, developmental anomalies of teeth, periodontal disease, oral mucosal diseases, salivary gland disorders, tooth loss, health care services และ health information systems ทั้งนี้ ควรพิจารณาแนวทางพัฒนาระบบบริการตาม WHO's Health System Building Blocks (Six Building Blocks) ควบคู่ไปด้วย

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัยและการจัดการความรู้ด้านทันตกรรม

1. หัวข้ออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับฟัน ขากรรไกรและใบหน้า ควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ เนื่องจากพบได้ในทุกกลุ่มอายุ การรักษาทางทันตกรรมต้องใช้ระดับตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง มีข้อมูลจากโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูงด้านการบาดเจ็บภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รวบรวมข้อมูลความพร้อมของหน่วยศัลยกรรมช่องปากและฟันของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลไว้แล้ว มีข้อมูลงานวิจัยทางระบาดวิทยาและทางคลินิกในหลากหลายแง่มุมมีความสัมพันธ์กับระบบส่งต่อและระบบการเบิกจ่ายของประกัน และมีแนวโน้มของการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ได้ ปัญหาเรื่องฟันสึก การสบฟัน/การเรียงตัวของฟันผิดปกติ (Malocclusion) ควรเป็นประเด็นรอง

2. ปัญหาเรื่องรหัสทางทันตกรรมที่ไม่สมบูรณ์ควรได้รับการแก้ไขโดยด่วน โดยหากนำไปใช้กับระบบ Pay for performance (P4P) จะมีปัญหาเพิ่มมากขึ้นในด้านคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยในภาครัฐ

3. ควรมีการวางแนวทางมาตรฐานเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ทางทันตกรรม (EDR) หรือมีการพัฒนาเวชระเบียนอิเลคทรอนิกส์ทางทันตกรรมเชื่อมโยงสถานบริการที่ให้การรักษาในระดับตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูงและควรมีการวางแนวทางบูรณาการข้อมูลทางทันตกรรมและทางการแพทย์

4. ควรเพิ่มงานวิจัยที่เกี่ยวกับ oral health outcome assessement, clinical quality assessment และ user-enrolled / population experience ที่เกี่ยวข้องกับบริการในระดับตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูง

5. ควรมีการเสริมช่องทางการศึกษาวิจัย การจัดระบบการให้บริการการสื่อสารและให้ความรู้โดยมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วย เพื่อเชื่อมโยงมาตรการต่างๆให้ต่อเนื่องและสมดุลย์ทั้งในมุมมองแบบ Individual focus และ Population focus อย่างมีประสิทธิภาพ ดังภาพที่ 16.1



ภาพที่ 16.1: การเชื่อมโยงมาตรการต่างๆ ในมุมมอง Individual focus และ Population focus

6. ควรสร้างระบบจัดการความรู้ทางคลินิกด้านทันตกรรมและพัฒนาบุคลากรให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับ Dental Clinical Information พัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจทางคลินิก

7. ควรมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสำรวจการให้บริการทันตกรรมในภาคเอกชน

ภาวะสูญเสียการได้ยิน
Hearing Loss

17

นพ.มานัส โพธาภรณ์* นพ.พรเอก อภิพันธุ์* นพ.วิรัช ทุ่งวชิรกุล*
นพ.ณัฐ นิยมอุดมวัฒนา* พญ.พวงมะลิ ประเวศวรารัตน์*
พญ.ฤทัยรัตน์ สุพฤกษ์ทวีชัย* พญ.นภัสถ์ ธนะมัย* นพ.ดาวิน เยาวพลกุล*

การได้ยินเป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ ผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินแต่กำเนิดจะมีความบกพร่องในทักษะของการใช้ภาษาตลอดจนกระบวนการของการพัฒนาสติปัญญา ความเฉลียวฉลาด อันจะมีผลต่ออาชีพการงานและภาระของประเทศที่ต้องคอยให้ความช่วยเหลือต่อไปในอนาคต ในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการได้ยินภายหลังจะก่อให้เกิดปัญหาการสื่อสารการใช้ชีวิตในสังคม การทำงาน การป้องกันภัยและอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ภาวะสูญเสียการได้ยิน อาจแบ่งได้ตามระยะเวลา คือ การสูญเสียการได้ยินที่มีมาก่อนกำเนิด (congenital hearing loss) และการสูญเสียการได้ยินที่มีมาหลังกำเนิด (acquired hearing loss) หรือแบ่งตามชนิดของการสูญเสียการได้ยินคือ conductive hearing loss มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหูชั้นนอกหรือชั้นกลาง sensori-neural hearing loss มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของหูชั้นในหรือประสาทหู และ mixed hearing loss มีสาเหตุร่วมมาจากสองข้อข้างต้น

ระดับของการสูญเสียการได้ยินสามารถตรวจวัดได้ด้วยเครื่องมือ audiometer ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แบ่งระดับของการได้ยิน ดังนี้ ระดับการได้ยิน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 เดซิเบล เป็นการได้ยินปกติ, ระดับ 1 การได้ยิน 26–40 เดซิเบล มีภาวะหูตึงเล็กน้อย, ระดับ 2 การได้ยิน 41–60 เดซิเบล มีภาวะหูตึงปานกลาง, ระดับ 3 การได้ยิน 61–80 เดซิเบล มีภาวะหูตึงอย่างรุนแรง และระดับ 4 การได้ยิน 81 เดซิเบล ขึ้นไป มีภาวะหูหนวก โดยใช้ค่าเฉลี่ยระดับการได้ยินที่ความถี่ 500, 1000, 2000, 4000 Hz ทั้งนี้ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินจำเป็นต้องได้รับการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งปัญหาเหล่านี้จำนวนมากสามารถแก้ไขให้หายหรือดีขึ้นได้จากการใช้ยาหรือการผ่าตัด และในรายที่จำเป็นอาจต้องใช้เครื่องช่วยฟัง (Hearing Aid: HA) หรือประสาทหูเทียม (Cochlear implant: CI)

สำหรับประเทศไทยแม้จะมีความก้าวหน้าในทางเทคโนโลยีเป็นอันมากแต่ก็ยังมีปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลและเงินทุนในการจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย สำหรับ

*โรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง โสต คอ นาสิก

การสูญเสียการได้ยินอาจมีมาตั้งแต่กำเนิด โดยได้มีการสำรวจความชุกของการสูญเสียการได้ยิน ในกลุ่มทารกแรกเกิดที่ไม่ต้องการการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า มีความชุก 0.5 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ แต่หากสำรวจในเด็กที่ต้องเข้ารับการดูแลในหอเด็กวิกฤติ (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) พบว่ามีความชุกถึง 8 ต่อพันทารกคลอดมีชีพ สาเหตุของการสูญเสียการได้ยินมีหลายประการในกลุ่ม conductive hearing loss อาจเกิดจาก earwax impaction otitis media หรือ foreign body ส่วนกลุ่ม Sensori-neural hearing loss อาจเกิดจาก Developmental and Hereditary Disorders, Infectious Disorders, Pharmacologic Toxicity, Trauma, Noise-Induced Hearing Loss, Neurologic Disorders, Immune Disorders, Neoplasm and Psychogenic Disorders การสำรวจหาสถิติในเรื่องดังกล่าวจึงมีความสำคัญที่จะใช้ในการวางแผนจัดการกับปัญหาภาวะสูญเสียการได้ยินต่อไป

จากการศึกษาเรื่อง Speech and Language Delay in Children ของ MAURA R. McLAUGHLIN ในปี 2011 พบว่าแม้ว่าการสูญเสียการได้ยินจะเป็นภาวะที่พบได้บ่อยแต่การค้นหาผู้ที่มีปัญหานี้กลับทำได้ช้า โดยเฉพาะในเด็กทารก ทั้งนี้เนื่องจากทารกยังไม่สามารถสื่อสารให้ผู้ดูแลเข้าใจได้ ต้องรอจนพบการพัฒนาทางภาษาที่ล่าช้าจึงสามารถระบุปัญหาได้ ทำให้การช่วยเหลือล่าช้าและไม่อาจทำได้ตามอายุที่ควรเป็น

ปัจจุบันการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาทารกที่มีความบกพร่องแบบครอบคลุมในทารกแรกเกิดเป็นวิธีเดียวที่จะทำให้ตรวจพบได้เร็วที่สุด ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติระดับชาติ และอยู่ในระหว่างการจัดทำโดยได้รับความร่วมมือระหว่างราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโสตสัมผัสวิทยาและการแก้ไขการพูดแห่งประเทศไทย ซึ่งจะได้มีการนำเสนอในโอกาสต่อไป

หนังสือ Thailand Medical Services Profile 2011- 2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition กล่าวถึงรายงานสถานการณ์โรค NCD ซึ่งจัดอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยปี 2552 จำแนกตามเพศและสาเหตุ พบว่าภาวะหูหนวก (Deafness) ติด 1 ใน 20 ของสาเหตุความบกพร่องทางสุขภาพ ซึ่งเพศหญิงอยู่ในลำดับที่ 15 โดย DALYs ของภาวะหูหนวกในเพศหญิงเท่ากับ 72 ปี ต่อพันประชากร คิดเป็นร้อยละ 1.6 ของความบกพร่องทางสุขภาพทั้งหมด

สำหรับบทความนี้มีข้อมูลเพิ่มเติม จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2554 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย พบว่า ภาวะหูหนวก ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ติด 1 ใน 20 ในเพศหญิง (ลำดับที่ 14) โดย DALYs ของภาวะหูหนวกเท่ากับ 77 ปี ต่อพันประชากร (ร้อยละ 1.7) และไม่พบภาวะหูหนวกติด 1 ใน 20 ในเพศชาย รายละเอียดดังตารางที่ 17.1

ตารางที่ 17.1: การจัดอันดับการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ปี 2554 จำแนกตามเพศ และรายโรค

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	โรค	DALY (,000)	ร้อยละ	DALY (,000)	ร้อยละ	โรค
1	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	536	8.8	7.9	359	โรคเบาหวาน
2	อุบัติเหตุทางถนน	508	8.4	7.9	357	โรคหลอดเลือดสมอง
3	โรคหลอดเลือดสมอง	400	6.6	5.4	245	โรคซึมเศร้า
4	โรคหัวใจขาดเลือด	266	4.4	4.2	191	โรคหัวใจขาดเลือด
5	โรคมะเร็งตับ	262	4.3	3.7	166	ต้อกระจก
6	การติดเชื้อเอสไอวี/ เอดส์	246	4.1	3.2	146	โรคข้อเสื่อม
7	โรคเบาหวาน	222	3.7	3.0	136	โรคสมองเสื่อม
8	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	216	3.6	2.8	126	อุบัติเหตุทางถนน
9	ภาวะตับแข็ง	183	3.0	2.8	125	การติดเชื้อเอสไอวี/ เอดส์
10	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	138	2.3	2.6	120	ภาวะโลหิตจาง
11	ต้อกระจก	127	2.1	2.4	111	โรคมะเร็งตับ
12	โรคซึมเศร้า	127	2.1	2.2	99	โรคไตอักเสบและไตพิการ
13	การถูกทำร้าย	108	1.8	1.8	83	โรคมะเร็งปากมดลูก และมดลูก
14	วัณโรค	102	1.7	1.7	77	หูหนวก
15	โรคข้อเสื่อม	100	1.6	1.7	75	โรคมะเร็งเต้านม
16	การทำร้ายตนเอง	96	1.6	1.6	71	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด
17	โรคหอบหืด	90	1.5	1.5	66	การติดเชื้อทางเดินหายใในส่วนล่าง
18	การจมน้ำ	87	1.4	1.4	65	โรควิตกกังวล
19	การติดเชื้อทางเดินหายในส่วนล่าง	85	1.4	1.4	64	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
20	โรคจิตเภท	84	1.4	1.4	64	โรคหอบหืด
	รวมทุกโรค	**6,056**	**100**	**100**	**4,523**	**รวมทุกโรค**

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2554

นอกจากนี้จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี 2554 ของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพของประชากรไทย พบว่า ภาวะหูหนวก ติด 1 ใน 20 ของการสูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย (Year Lost Due to Disability: YLD) ในเพศหญิง (ลำดับที่ 8) โดย YLD ของภาวะหูหนวกเท่ากับ 77 ปี ต่อพันประชากร (ร้อยละ 3.9) และในเพศชาย (ลำดับที่ 11) โดย YLD ของภาวะหูหนวกเท่ากับ 55 ปี ต่อพันประชากร (ร้อยละ 2.5) รายละเอียดดังตารางที่ 17.2

ตารางที่ 17.2: การจัดอันดับจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย ปี 2554 จำแนกตามเพศและรายโรค

ลำดับ	ชาย			หญิง		
	โรค	YLD (,000)	ร้อยละ	YLD (,000)	ร้อยละ	โรค
1	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	495	22.6	12.4	245	โรคซึมเศร้า
2	ต้อกระจก	127	5.8	8.4	166	ต้อกระจก
3	โรคซึมเศร้า	127	5.8	7.3	145	โรคข้อเสื่อม
4	โรคเบาหวาน	100	4.6	7.1	141	โรคเบาหวาน
5	โรคข้อเสื่อม	96	4.4	6.2	122	โรคสมองเสื่อม
6	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	79	3.6	6.0	118	ภาวะโลหิตจาง
7	โรคจิตเภท	79	3.6	4.5	90	โรคหลอดเลือดสมอง
8	โรคหลอดเลือดสมอง	79	3.6	3.9	77	หูหนวก
9	ภาวะโลหิตจาง	67	3.1	3.3	65	โรควิตกกังวล
10	โรคหอบหืด	61	2.8	2.2	44	โรคหอบหืด
11	หูหนวก	55	2.5	2.2	44	โรคจิตเภท
12	โรคต่อมลูกหมากโต	45	2.0	1.8	36	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
13	โรคสมองเสื่อม	39	1.8	1.4	28	ต้อหิน
14	อุบัติเหตุทางถนน	37	1.7	1.3	25	โรคลมชัก
15	โรควิตกกังวล	30	1.4	0.7	15	โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
16	ต้อหิน	29	1.3	0.7	13	อาการปวดหลัง
17	โรคไวรัสตับอักเสบ	15	0.7	0.6	13	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ
18	โรคลมชัก	15	0.7	0.6	13	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
19	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ	15	0.7	0.6	12	ภาวะไม่มีฟัน
20	การพลัดตกหรือล้ม	13	0.6	0.6	12	โรคอารมณ์สองขั้ว
	รวมทุกโรค	**2,189**	**100**	**100**	**1,974**	**รวมทุกโรค**

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.25545

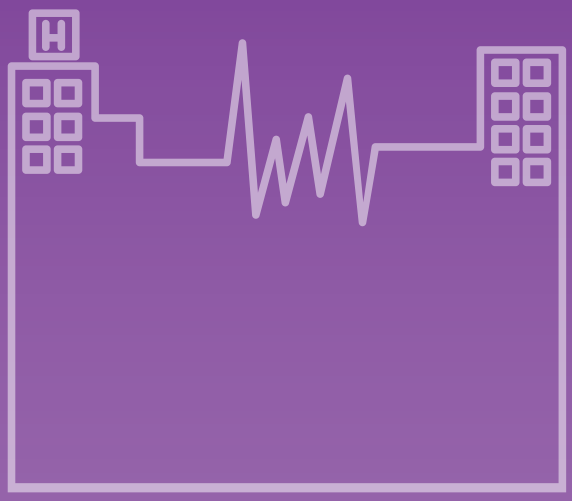
Note



Note

Note

Thailand Medical Services Profile



TMSP