

การประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อน ของจังหวัดในเขต 5 พ.ศ. 2528 - 2537

ประยงค์	ศรีสวัสดิ์	ค.บ. *	* ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 นครราชสีมา
สมศักดิ์	นิลพันธุ์	วท.ม. **	** สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 5
เจริญ	สันติทวิชนะ	วท.บ. **	

Evaluation of Leprosy control in Province in Region 5 Thailand, 1985 - 1994

Prayong	Srisawat	B.Ed. *	* Leprosy Control Center Region 5.
Somsak	Nilapun	M.Sc. **	** Office of Communicable Disease
Jareon	Suntitaweechana	B.Sc.**	Control Region 5.

The prevalence of leprosy in Region 5 Thailand, was decreased from 13.4 per 10,000 population in the year 1985 to 1.9 per 10,000 population in 1994 after the implementation of multidrug therapy in 1984. The purpose of this study was to assess the effect of MDT implementation on the decrease of prevalence reate and detection rate of leprosy in Region 5 from 1985 to 1994. Data collected by supervisors of 5 provinces.

The results revealed that MDT implementation could cover total registered cases of leprosy in 1988. These enabled prevalence-rate declined at 11.1% and 11.3% annually prior and after such coverage. Detection rate of new cases was not declined durying the first three years after that it was declining 8.7% per year. The increasing of proportion of multibacillary cases and the decreasing of proportion of children among newly detected casses together with mean age at onset indicated natural decline of leprosy as resulted from MDT, although deformity rate was not declined. Mor actions support on training and health education are needed in order to reach the goal "Leprosy free area".

บทคัดย่อ

ความชุกของโรคเรื้อนในเขต 5 ลดลงจาก 13.4 ต่อ 10,000 ประชากร ในปี 2528 เหลือ 1.9 ต่อ 10,000 ประชากร ในปี 2537 หลังจากมีการนำเอายาผสม (MDT) มาใช้รักษาโรคเรื้อน ในปี 2527 การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลกระทบของการใช้ยาผสมในการลดอัตราความชุก และอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ ด้วยการรวบรวมข้อมูลจากผู้นิเทศงานของทั้ง 5 จังหวัด ผลการศึกษาพบว่า การใช้ยาผสมในเขต 5 สามารถครอบคลุมผู้ป่วยโรคเรื้อนทั้งหมดได้ในปี 2531 ส่งผลให้อัตราความชุกของโรคเรื้อนลดต่ำลงปีละ 11.1% และ 11.3% ก่อนและหลังอัตราครอบคลุมดังกล่าวข้างต้น ในขณะที่อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ไม่ลดลงใน 3 ปีแรก แต่เริ่มลดลงหลังจากนั้นปีละ 8.7% สัดส่วนผู้ป่วยชนิดพบเชื้อมากขึ้น, สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กที่ลดลง และอายุเฉลี่ยเมื่อแรกปรากฏอาการบ่งชี้ว่ายาผสมสามารถทำให้ภาวะการระบาดในพื้นที่ของโรคเรื้อนสงบลงไปได้ ขณะเดียวกันอัตราความพิการไม่ลดต่ำลง การเพิ่มการสนับสนุนด้านการฝึกอบรม และสุขศึกษา เป็นสิ่งจำเป็นในการนำไปสู่เป้าหมาย "พื้นที่ปลอดปัญหาโรคเรื้อน" ต่อไป

บทนำ

การควบคุมและป้องกันโรคเรื้อนในประเทศไทย สามารถดำเนินการได้อย่างให้ผลดีตลอดมา ทำให้อัตราความชุกของโรคเรื้อนลดลงจาก 50 ต่อ 10,000 ประชากร ในปี 2496⁽¹⁾ เหลือเพียง 1.24 ต่อ 10,000 ประชากร ในปี 2536⁽²⁾ ความสำเร็จดังกล่าว เป็นผลโดยตรงจากการนำเอายาผสม Rifampicin, Lamprone และ Dapsone มาใช้รักษาโรคเรื้อนปี พ.ศ. 2527⁽¹⁾ สำหรับจังหวัดในเขต 5 เริ่มนำยาผสมมาใช้ในปี 2528

ผลความก้าวหน้าของการใช้ยาผสม (MDT) ในระยะ 10 ปี (2528 - 2537) ก่อนและหลังจากครอบคลุมผู้ป่วยได้เกินร้อยละ 80 ที่มีผลต่ออัตราความชุกและอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการศึกษา เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานให้เป็น "จังหวัดปลอดปัญหาโรคเรื้อน" ซึ่งหมายถึงจังหวัดที่มี

1. อัตราความชุกของโรคเรื้อนไม่เกิน 1 ต่อ 10,000 ประชากร ในเวลาไม่น้อยกว่าสามปีติดต่อกัน

2. อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ไม่เกิน 1 ต่อ 100,000 ประชากร ในเวลาไม่น้อยกว่าสามปีติดต่อกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินอัตราการครอบคลุมของการใช้ยาผสม (MDT) ในทั้ง 5 จังหวัดในเขต 5 ในปี 2528-2537
2. เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากการนำเอายาผสม (MDT) มาใช้รักษา ต่ออัตราความชุกและอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ในช่วง 5 ปีแรก (พ.ศ. 2528-2532) กับช่วง 5 ปีหลัง (พ.ศ. 2533 - 2537)
3. เพื่อทราบปัจจัยเกี่ยวข้องของที่มีผลในการกำจัดโรคเรื้อน

วิธีการ

1. รวบรวมข้อมูลตามระบบรายงานผลการดำเนินการโครงการใช้ยาผสม (MDT) ของ 5 จังหวัดในเขต 5 ระหว่างปี 2528 - 2537
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติเพื่อประเมินทางระบาดวิทยาของงานควบคุมโรคเรื้อน ของศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 นครราชสีมา รวม 5 ดัชนีชี้วัดคือ
 - 2.1 อัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น
 - 2.2 อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน
 - 2.3 สัดส่วนผู้ป่วยพบเชื้อมากในผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบ
 - 2.4 สัดส่วนเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ในผู้ป่วยใหม่
 - 2.5 สัดส่วนของผู้ป่วยพิการในผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบ

ผล

1. ผลการขยายงานโครงการใช้ยาผสม (MDT) รักษาผู้ป่วยในเขต 5 ได้เกือบ 80-100% ในช่วง 5 ปีแรก (2528 - 2532) และ 100% ในช่วง 5 ปีหลัง (2533 - 2537) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราความครอบคลุมของการใช้ยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนในเขต พ.ศ. 2528 - 2537

	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537
ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมด	7,058	6,494	5,594	4,404	3,521	2,554	1,484	1,604	1,571	1,475
ผู้ป่วยที่รับยาผสม	4,940	5,195	5,214	4,404	3,521	2,554	1,484	1,604	1,571	1,475
% รับยา	69.0	78.7	79.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

2. ผลการประเมินทางระบาดวิทยา

2.1 อัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น ในช่วง 5 ปีแรก (2528 - 2532) ความครอบคลุมของการใช้ยาผสมได้ทุกจังหวัด (100%) ส่งผลให้อัตราความชุกลดลงร้อยละ 55.2 จาก 13.4 เป็น 6.0 ต่อหมื่น หรือลดในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 11.1 ต่อปี และในช่วง 5 ปีหลัง (2533 - 2537) อัตราความชุกลดลงร้อยละ 56.8 จาก 4.4 เป็น 1.9 ต่อหมื่น หรือลดในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 11.3 ต่อปี ตามตารางที่ 2

2.2 อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ต่อแสน ในช่วง 5 ปีแรก (2528-2532) อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ลดลงร้อยละ 62.5 จาก 18.8 เป็น 8.8 ต่อแสน หรือลดลงในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี และในช่วง 5 ปีแรก (2533-2537) อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ ลดลงร้อยละ 53.2 จาก 6.4 เป็น 2.4 ต่อแสน หรือลดลงในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 10.6 ต่อปี ตามตารางที่ 2

2.3 การเปลี่ยนแปลงดัชนีชี้วัดอื่น ๆ ของ การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ในระยะ 5 ปีแรก และ 5 ปีหลัง จากที่ MDT ได้ขยายความครอบคลุมมากกว่า ร้อยละ 80 ได้สรุปไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการใช้ยาผสมต่อดัชนีชี้วัดต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคเรื้อนจังหวัดในเขต 5 ในระยะ 5 ปีแรก (พ.ศ. 2528-2532) และ 5 ปีหลัง (พ.ศ. 2533-2537)

ดัชนีชี้วัด	การเปลี่ยนแปลง ใน 10 ปีที่ใช้ยา MDT (พ.ศ. 2528-2537)	การเปลี่ยนแปลง ใน 5 ปีแรกที่รับยา MDT (พ.ศ. 2528-2532)	การเปลี่ยนแปลง ใน 5 ปีหลังที่รับยา MDT (พ.ศ. 2533-2537)
1. อัตราความชุก ต่อ 10,000 ประชากร	ลดลงร้อยละ 85.8 จาก 13.4 เป็น 1.9/ หมื่นประชากร (ลดลง เฉลี่ยปีละ 8.5%)	ลดลงร้อยละ 55.2 จาก 13.4 เป็น 6/หมื่น- ประชากร (ลดลงเฉลี่ย ปีละ 11.1%)	ลดลงร้อยละ 56.8 จาก 4.4 เป็น 1.9/หมื่น ประชากร (ลดลงเฉลี่ย ปีละ 11.3%)
2. อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ ใหม่ต่อแสนประชากร	ลดร้อยละ 87.2 จาก 18.8 เป็น 2.4/ แสนประชากร (ลดลง เฉลี่ยปีละ 8.7%)	ลดลงร้อยละ 62.5 จาก 18.8 เป็น 8.8/ แสนประชากร	ลดลงร้อยละ 53.2 จาก 0.4 จาก 6.4 เป็น 2.4/ แสนประชากร
3. สัดส่วนผู้ป่วยที่พบเชื้อมาก	เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.36 จาก 48.39 เป็น 52.24	ลดลงร้อยละ 4.62 จาก 48.39 เป็น 46.15	เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.63 จาก 42.34 เป็น 52.24
4. สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ค้นพบ ใหม่ที่อยู่ในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี)	ลดลงร้อยละ 68 จาก 12.67 เป็น 3.93	ลดลงร้อยละ 46 จาก 12.67 เป็น 6.80	ลดลงร้อยละ 42 จาก 6.80 เป็น 3.93
5. สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อน ค้นพบใหม่ที่เกิดความพิการ	เพิ่มขึ้นร้อยละ 26.4 จาก 5.34 เป็น 3.93	เพิ่มขึ้นร้อยละ 62 จาก 5.34 เป็น 8.69	เพิ่มขึ้นจาก 0.00 เป็น 3.93

วิจารณ์

1. ผลกระทบของการใช้ยา MDT ในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2528-2537) หลังจากครอบคลุมผู้ป่วยได้เกิน 80% ลดอัตราความชุกได้ร้อยละ 85.8 จาก 13.4 เป็น 1.9 ต่อหมื่นประชากร (หรือร้อยละ 8.5 ต่อปี)

อัตราการลดต่อปีใน 5 ปีหลัง 11.3 ต่อปี สูงกว่า 5 ปีแรก ลดได้ร้อยละ 11.0 ต่อปี ใกล้เคียงกับของทั้งประเทศ ที่ศึกษาโดยทัศนีย์ อินทราทิพย์ ลดได้ร้อยละ 11 ต่อปี⁽⁴⁾

แสดงว่าเมื่อมีอัตราการใช้ยา MDT มากกว่า 80% ลดอัตราความชุกได้ร้อยละ 10 ต่อปี จึงควรเร่งรัดเพื่อให้กำจัดโรคเรื้อนในปี 2539^(5,6,7)

2. ผลกระทบในการลดอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ ได้ร้อยละ 87.2 จาก 18.8 เป็น 2.4 ต่อแสนประชากร (ร้อยละ 8.7 ต่อปี)

อัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ใน 5 ปีหลัง ลดลงร้อยละ 53.2 ต่ำกว่า 5 ปีแรก ร้อยละ 62.5 มากกว่าของประเทศที่ศึกษาโดยทัศนีย์ อินทราทิพย์ ซึ่งลดได้ร้อยละ 30 และ 34 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ในช่วง 3 ปีแรก

อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ยังไม่ลดมาก (18.8, 15.9, 11.7 ต่อแสนประชากร) ลดมากหลังจากปีที่ 3 ไปแล้ว แสดงว่าความครอบคลุมของการรักษาด้วย MDT เกินกว่า 80% แล้ว 4-5 ปี จึงจะส่งผลต่อการลดอัตราการแพร่ติดต่อโรคในชุมชนได้⁽⁸⁾

3. ผลกระทบของยาผสมที่ทำให้สัดส่วนผู้ป่วยที่พบเชื้อมากในปีหลังร้อยละ 23.6 ใกล้เคียงกับทั้งประเทศ ซึ่ง ทัศนีย์ อินทราทิพย์ ศึกษาพบสูงขึ้นร้อยละ 22.71⁽⁴⁾ ดัชนีชี้วัดในด้านสัดส่วนผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ที่อยู่ในวัยเด็กก็ลดลง ร้อยละ 42 มากกว่าการศึกษาของทัศนีย์ ซึ่งลด 28.18%⁽⁴⁾

การเปลี่ยนแปลงดัชนีทั้ง 3 มีผลจากยาผสมทำให้การแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนลดลง⁽⁹⁾ แต่สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เกิดความพิการ ยังเพิ่มขึ้นสะท้อนว่าผู้ป่วยยังมารับการตรวจรักษาล่าช้า

การเร่งรัดให้สูขศึกษา และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยที่ยังเหลือในชุมชนก็จะลดอัตราความชุกและอัตราตรวจพบผู้ป่วยใหม่ได้เพื่อบรรลุเป้าหมายเป็นจังหวัดปลอดปัญหาโรคเรื้อนได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน ผู้อำนวยการศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จ.นครราชสีมา ที่ช่วยให้คำปรึกษาแนะนำทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติ เรื่อง โรคเรื้อน กระทรวงสาธารณสุข โรคเรื้อนปริทัศน์ปี 2530 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2532 : 3
2. กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ นโยบายการพัฒนางานโรคเรื้อน เอกสารประกอบในการบรรยายในที่ประชุมวิชาการโรคเรื้อน ประจำปี 2536 ณ อ่าวนาวิกวิมล อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ 4-6 สิงหาคม 2536 (เอกสารอัดสำเนา)
3. World Health Organization Chemotherapy of leprosy for control programmes Technical Report Series No. 675, 1982
4. ทัศนีย์ อินทราทิพย์, ผลกระทบของการใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ในระยะเวลา 10 ปีแรก ต่อการเปลี่ยนแปลงระยะการเกิดผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ในประเทศไทย วารสารโรคติดต่อ 2537 ; 20(10) : 22-30
5. กองโรคเรื้อน แผนการดำเนินงานโรคเรื้อน พ.ศ. 2537 2543 เอกสารโรเนียว พ.ศ. 2537 ; 13 หน้า
6. กรมควบคุมโรคติดต่อ งานโรคเรื้อนในการพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กรุงเทพฯ กองโรคเรื้อน 2535 : 9-22
7. WHO. Elimination of Leprosy. Leprosy control programme, WHO/CDT/LEP/93.7, 1933:1
8. Feensterg.P. Needs and prospects for epidemiological Tool in Leprosy Control. Lepr Rev. (1992) 63, Supplement.
9. Charoon Piyavaraporn and Somchai Peerapakorn The Measurement of the Epidemiological Impact of Multidrug Therapy Leprosy-Review, 63(1)_ September 1992.