



บทที่ 5

ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT)

บทนำ

1. การรักษาพยาบาลโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT)

การรักษาพยาบาลโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT) เป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งในงานควบคุมโรคเรื้อน ซึ่งในงานควบคุมโรคเรื้อนนั้นประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

- 1) งานค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อน ประกอบด้วยกิจกรรม
 - 1.1 ตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วย
 - 1.2 ตรวจนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
 - 1.3 ตรวจร่างกายประชาชนที่มารับบริการด้านโรคผิวหนัง เพื่อค้นหาโรคเรื้อนทุกคน
- 2) งานรักษาด้วยยาผสม (MDT) และการติดตามผลการรักษา ประกอบด้วยกิจกรรม
 - 2.1 ผู้ป่วยได้รับการรักษาสม่ำเสมอ โดยได้รับยาผสมสม่ำเสมอ
 - 2.2 ผู้ป่วยได้รับการตรวจเชื้อ
 - 2.3 ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายเพื่อติดตามผลการรักษาโดยแพทย์
- 3) งานสุศึกษาประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ในการป้องกันโรคแก่เด็กนักเรียน

และประชาชนทั่วไป การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนในการรักษา การป้องกันความพิการ การป้องกันและควบคุมโรคเรื้อน

การรักษาพยาบาลโรคเรื้อนนั้นมีจุดมุ่งหมาย ที่ต้องการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนหายจากโรคไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น และลดอาการแทรกซ้อน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความพิการได้ เมื่อมีการพัฒนาการรักษาโดยยาผสม (MDT) เพื่อลดระยะเวลาการรักษาโรคเรื้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนลดลงได้รวดเร็วขึ้น นอกจากนี้ยาผสมมีจุดมุ่งหมายที่จะป้องกันมิให้เชื้อโรคเรื้อนเกิดการคือยาดัวใดตัวหนึ่งในอนาคต และนำมารักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายเก่าที่ติดต่อบรรยากาศตัวเดียวมาก่อนให้

หายจากโรค กิจกรรมที่ต้องกระทำในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมนั้น ประกอบด้วย

1) จ่ายยารักษาโรคเรื้อนแก่ผู้ป่วยเป็นประจำทุกเดือน ยาผสม (MDT) ต้องได้รับยาต่อหน้าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง และนํายาไปรับประทานที่บ้านตามหลักเกณฑ์การรักษา จำนวนตามประเภทของผู้ป่วยประเภทเชืื่อน้อย และประเภทเชื้อมาก การรักษาโรคเรื้อนด้วยยาผสม จะให้ยาตามหลักเกณฑ์การให้ยาตามค่าจำกัดความานบที่ 3 นั้น การรับยาเดือนละ 1 ครั้ง จะหมายถึงการรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ และให้ยาไปทานต่อที่บ้านอีก 28 วัน เพื่อให้ได้รับตรงตามวันที่ได้รับในรอบสัปดาห์ของเดือนถัดไปโดยผู้ป่วยต้องได้รับประทานยาทุกวัน ฉะนั้นผู้ป่วยประเภทเชืื่อน้อยได้รับยา 6 เดือน หรือ มารับยา 6 ครั้ง ได้รับยา $6 \times 28 = 168$ วัน หากอาการยังกำเริบให้รักษาต่ออีก 6 เดือน หรือรวมได้รับยาทั้งสิ้น 1 ปี หรือ $12 \times 28 = 336$ วัน ผู้ป่วยประเภทเชื้อมากก็ได้รับเช่นนี้เหมือนกัน คือผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ได้รับยาอย่างน้อย 2 ปีหรือ 24 ครั้ง เป็นจำนวน $24 \times 28 = 672$ วัน

2) ซักถามและตรวจร่างกายผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของโรคทุกครั้ง queผู้ป่วยโรคเรื้อนมารับการจ่ายยา เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของโรค อาการแทรกซ้อน การแพ้ยา ตลอดจนความพิการซึ่งอาจเกิดขึ้น

3) บันทึกการจ่ายยา และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในเวชระเบียนผู้ป่วย (แบบ นส.3) โดยละเอียด เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

4) ให้ความรู้หรือสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมาย คือ

4.1 ให้คำแนะนำในการรักษาโรคเรื้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเองนอกจากแพทย์เป็นผู้สั่ง ผู้ป่วยสามารถทราบถึงอาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนที่ต้องมาพบแพทย์ เพื่อเป็นการป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

4.2 ให้ความมั่นใจและกำลังใจแก่ผู้ป่วย รับทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขและช่วยเหลือผู้ป่วย

5) ติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขาดการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ตามความเหมาะสม เช่น จดหมาย ตลอดจนการติดตามผู้ป่วยถึงบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

6) การติดตามผลการรักษา โดยการตรวจหาเชื้อโรคเรื้อนด้วยกริดผิวหนังหาเชื้อจากผู้ป่วยทุก 6 เดือน

7) การเฝ้าระวังโรคในผู้ป่วยหลังจากโรคไม่กำเริบ และตรวจไม่พบเชื้อ ที่สามารถหยุดยาผสม ผู้ป่วยต้องได้รับการติดตามเฝ้าระวังโดยการติดตามตรวจร่างกายและตรวจเชื้ออย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยผู้ป่วยประเภทเชือน้อยเฝ้าระวังภายหลังสามารถหยุดยาผสมต่อไปอีก 3 ปี ประเภทเชื้อมากเฝ้าระวังภายหลังสามารถหยุดยาผสมต่อไปอีก 5 ปี

การดำเนินการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฎกษัตริยารามจะมีการรักษาเช่นที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนัง ซึ่งเป็นการให้บริการแบบตั้งรับ ได้ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม ตั้งแต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 โดยเป็นการทดลองใช้ครั้งแรก การรักษาโรคเรื้อนของสถานบำบัดโรคผิวหนังวัดมกุฎกษัตริยารามจะเป็นการควบคุมโรคเรื้อนในเขตนครหลวง มีการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยการติดตามถึงบ้านเช่นกัน แต่กระทำไต่ยากเนื่องจากสภาพสังคมแตกต่างจากเขตชนบท

2. วิธีการประเมินประสิทธิผล

การประเมินประสิทธิผลในการศึกษานี้จะประเมินในสองลักษณะด้วยกัน คือการประเมินประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน และการประเมินประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม ซึ่งประสิทธิผลการรักษาพยาบาลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับประสิทธิผลของยาผสม และการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมว่าเป็นอย่างไร โดยการศึกษาถึงประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT) ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจนอาการไม่กำเริบสามารถหยุดยาผสมเป็นเท่าใด เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษาย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องทุกราย สำหรับประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลด้วยยาผสมนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของยาผสมและการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม โดยเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาผสมกับจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษายาผสม การประเมินประสิทธิผลของยาผสมและประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนมีขั้นตอนการศึกษาดังต่อไปนี้

1) การเจนนับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นประชากรตัวอย่างที่เข้ารับการรักษามาตามขอบเขตที่กำหนดไว้ในการศึกษาว่ามีจำนวนเท่าไร (ประชากรตัวอย่างจะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษาโรคเรื้อนมาก่อน และผู้ป่วยโรคเรื้อนรายเก่าที่เคยได้รับการรักษาโรค

เรื้อนด้วยยาตัวเดียวมาก่อนแล้วเปลี่ยนมารับการรักษาด้วยยาผสมในขณะที่ยังมีอาการกำเริบ) ในช่วงขอระยะเวลาของการศึกษา จำนวนตามประเภทเขื่อน้อยและประเภทเขื่อนมาก

2) ใช้แบบสำรวจการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย เพื่อศึกษาถึงลักษณะของประชากรที่ศึกษา, ผลการรักษาด้วยยาผสม โดยจะใช้การวินิจฉัยของแพทย์ที่บันทึกไว้ ณ เวชระเบียนเป็นสำคัญ, จำนวนครั้งที่รับการรักษาด้วยยาผสมเพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนและประสิทธิผลของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมตามขอเขตระยะเวลาที่กำหนดในการศึกษาแยกตามประเภทของโรคเรื้อนเป็นเท่าใด, จุดเวลาที่เริ่มต้นรักษาและจุดเวลาที่สามารถหยุดยาผสมเพื่อต้องการทราบเวลาที่แท้จริงในการรักษาพยาบาล เปรียบเทียบกับเวลาที่กำหนดไว้ ณ เกณฑ์การรักษาของกองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ

3) การประเมินประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้เข้ารับการรักษายังต่อเนื่องนั้นสามารถรักษาครบเกณฑ์การรักษาจนสามารถหยุดยาผสมเป็นเท่าใด โดยได้ทำการศึกษานับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นประชากรตัวอย่างที่รักษาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่นับรวมผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเกิน 2 ปีจนต้องตัดออกจากทะเบียนผู้ป่วย และผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเกิน 3 เดือนต้องเริ่มต้นการรักษาใหม่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในประเภทเขื่อน้อยผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเกิน 3 เดือนจะเข้าเริ่มต้นการรักษาใหม่ สำหรับประเภทเขื่อนมากแม้ว่าจะขาดการรักษาเกิน 3 เดือน ก็จะไม่เริ่มต้นการรักษาใหม่แต่จะนับการรักษาต่อจากครั้งสุดท้ายก่อนขาดการรักษา เปรียบเทียบว่ามีจำนวนเท่าที่สามารถรักษาจนสามารถหยุดยาได้ โดยกำหนดขอเขตระยะเวลาในการประเมิน เป็น 6 เดือนและ 1 ปี ในประเภทเขื่อน้อย และกำหนดขอเขตระยะเวลาที่จะประเมินการรักษาประเภทเขื่อนมากเป็น 2 ปี 3 ปี 4 ปี และ 5 ปี การกำหนดขอเขตระยะเวลาที่ประเมินประสิทธิผลการรักษานั้นใช้ตามแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนด

นอกจากนี้ในการประเมินประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลนั้น ได้ศึกษาถึงความพิการและอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เพื่อดูว่ามีมากน้อยเพียงใดในการรักษาที่ใช้ยาผสม นอกจากนี้ได้นำผลการศึกษานี้ไปเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยาเดี่ยวว่าแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด โดยนำผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาเปรียบเทียบกับ การศึกษานี้

4) การประเมินประสิทธิผลการรักษาพยาบาลด้วยยาผสม เนื่องจากเป็นการประเมินถึงประสิทธิผลของยาผสม และประสิทธิผลของการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนจะศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายที่เข้ารับการรักษา ในกลุ่มที่เป็นประชากรตัวอย่างว่าสามารถหยุดยาผสมได้เป็นเท่าใดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษา เพื่อศึกษาว่าประสิทธิผลของยาผสมและการจัดบริการเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาเป็นเช่นไร โดยกำหนดขอบเขตระยะเวลาที่ในการประเมิน เป็น 6 เดือนและ 1 ปี ในประเภทเช็อน้อย และกำหนดขอบเขตระยะเวลาที่จะประเมินการรักษาประเภทเช็อนมากเป็น 2 ปี 3 ปี 4 ปี และ 5 ปี การกำหนดขอบเขตระยะเวลาที่ประเมินประสิทธิผลการรักษานั้น ำ้ตามแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนด เช่นเดียวกับการประเมินประสิทธิผลของยาผสม

4. ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาถึงต้นทุนและประสิทธิผลของการรักษาเป็นผู้ป่วยทั้งประเภทเช็อน้อยและประเภทเช็อนมาก จำนวน 365 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า เปลี่ยนมารับการรักษาด้วยยาผสมในขณะที่อาการยังกำเริบอยู่ ได้รับการรักษาตามหลักเกณฑ์แยกตามรายประเภทของโรคเรื้อน ไม่นับรวมรายที่ไม่รักษาตามหลักเกณฑ์ เช่น หญิงให้นมบุตรเป็นผู้ป่วยประเภทเช็อนมาก แพทย์วินิจฉัยแล้วเห็นควรให้รักษาตามแบบประเภทเช็อนน้อย และในผู้ป่วยที่มีการส่งต่อไปรับการรักษายังสถานบริการใกล้บ้านตามระบบส่งต่อ

1) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 225 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 61.1 และผู้ป่วยรายเก่าจำนวน 140 ราย หรือร้อยละ 38.4 เมื่อแยกประเภทของโรคดังแสดงในตารางที่ 5-1 เป็นประเภทเช็อนน้อย 226 ราย หรือร้อยละ 61.9 ประเภทเช็อนมาก 139 ราย หรือร้อยละ 38.1 หากพิจารณาตามรายชนิดของโรคเป็นชนิด อินดีเทอร์มิเนท ร้อยละ 4.7 ชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ ร้อยละ 24.7 ชนิดบอร์เตอร์โลด์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจไม่พบเชื้อ ร้อยละ 32.6 ชนิดบอร์เตอร์โลด์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 1.4 ชนิดบอร์เตอร์โลด์ ร้อยละ 3.3 ชนิดบอร์เตอร์โลด์ เลโปรมาติส ร้อยละ 18.3 ชนิดเลโปรมาติส ร้อยละ 18.1

ที่ตรวจไม่พบเชื้อ ร้อยละ 32.6 ชนิดบอร์เดอ์โรลด์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจพบเชื้อ ร้อย
 ละ 1.4 ชนิดบอร์เดอ์โรลด์ ร้อยละ 3.3 ชนิดบอร์เดอ์โรลด์ เลปปรมาตัส ร้อยละ 18.3
 ชนิดเลปปรมาตัส ร้อยละ 18.1

ตารางที่ 5-1 แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศึกษาแยกตามประเภทและชนิดของโรคเรื้อน

ประเภท	ชนิด	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ประเภทเชื่อน้อย (PB) 226 ราย	อินดิเทอร์มิเนท (I)	17	4.7
	ทิวเบอร์คิวลอยด์ (TT)	90	24.7
	บอร์เดอ์โรลด์ ทิวเบอร์คิว ลอยด์ ที่ตรวจไม่พบเชื้อ (BT ⁻)	119	32.6
ประเภทเชื่อนมาก (MB) 140 ราย	บอร์เดอ์โรลด์ ทิวเบอร์คิว ลอยด์ที่ตรวจพบเชื้อ (BT ⁺)	5	1.4
	บอร์เดอ์โรลด์ (BB)	12	3.3
	บอร์เดอ์โรลด์ เลปปรมาตัส (BL)	55	15.1
	เลปปรมาตัส (LL)	67	18.1
	รวมทั้งสิ้น	365	100

2) ลักษณะประชากรทั่วไปที่ศึกษา

2.1 อายุ พบว่าอายุต่ำสุด 4 ปี อายุสูงสุด 84 ปี โดยมีจำนวนร้อยละ
 6.8 เป็นผู้ป่วยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยเด็กนี้ เป็นประเภทเชื่อน้อย ร้อยละ
 80 และเป็นประเภทเชื่อนมาก ร้อยละ 20 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อุ่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15 - 50 ปี)
 คิดเป็นร้อยละ 78.1 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 36 ปี

2.2 เพศ ผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่ เป็นชาย ร้อยละ 68.8 ในจำนวนนี้เป็นประเภทเชื่อน้อย ร้อยละ 58.2 และประเภทเชื่อนมาก ร้อยละ 41.8 เพศหญิง ร้อยละ 69.3 ในเพศหญิงเป็นประเภทเชื่อน้อย ร้อยละ 69.3 และประเภทเชื่อนมาก ร้อยละ 30.7

2.3 สถานภาพสมรส ในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อนได้จําแนกสถานภาพสมรสไว้เพียง 3 สถานภาพ คือ โสด คู่ หม้าย จึงพบเพียงสถานภาพดังกล่าว ไม่พบสถานภาพ หย่า หรือ แยก พบว่าเป็นสถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 43.4 คู่ ร้อยละ 53.4 และหม้าย ร้อยละ 3.3

3.3 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีคู่สมรสและครอบครัว

2.4 อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.4 นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีอาชีพ ร้อยละ 11.7 ซึ่งอาจแสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคเรื้อนว่าค่อนข้างต่ำ อาชีพอื่นที่พบ คือ ค้าขาย ร้อยละ 11.5 ด้านเกษตรกรรม ร้อยละ 4.4 และเป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 14.25

2.5 ภูมิลำเนาของผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า ภูมิลำเนาในปัจจุบันขณะรักษา ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร แม้ว่าจะมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ต่างจังหวัดก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกองโรคเรื้อนที่ต้องการให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนได้รับการรักษาในสถานบริการใกล้บ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาปัจจุบันค่อนข้างไกล คือ ภาคใต้ พบว่ามี ร้อยละ 1.6 ทั้งหมดมาจากจังหวัดภูเก็ตซึ่งต้องเดินทางมาไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ซึ่งเป็นต้นทุนภายนอกที่เกิดกับผู้ป่วยจะสูงแต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะต้นทุนภายใน ซึ่งเป็นส่วนที่รัฐให้การสนับสนุนเท่านั้น การศึกษานี้จึงแสดงให้เห็นต้นทุนภายนอกอย่างหายา ๆ อดยแสดงถึงระยะทางที่ต้องเดินทางมารับการรักษาว่ามาจากภาคใดเท่านั้น

2.6 ผู้สัมผัสโรค พบว่า ร้อยละ 24.1 เป็นผู้สัมผัสโรคเรื้อน หากแยกตามผู้ป่วยรายใหม่ พบว่า ร้อยละ 25.2 เป็นผู้สัมผัสโรค ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยยังคงเป็นกลุ่มที่สำคัญในการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนในปัจจุบัน สำหรับระยะเวลาตั้งแต่ปรากฏอาการจนกระทั่งพบอาการของโรคเรื้อน ได้จากการซักประวัติการพบอาการครั้งแรกของผู้ป่วย พบว่าในผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 41.7 ของผู้ป่วยใช้ระยะเวลา น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 25.3 ใช้ระยะเวลา 1 - 3 ปี ทั้งนี้ความคลาดเคลื่อนอาจเกิดได้มากจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้สังเกตอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มแรกหรืออาจจำไม่ได้ การสัมผัสโรคนั้นผู้สัมผัสโรคเรื้อนได้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนซึ่งเป็นญาติที่ใกล้ชิดที่อยู่ร่วมบ้านกัน คือ เป็นพ่อหรือแม่ ร้อยละ 38.2 เป็นพี่หรือน้อง ร้อยละ 32.6 สำหรับที่พบว่าเป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 5.6

ผลการศึกษา

1. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสม (MDT)

ผลการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทันที 365 ราย จำแนกตามประเภทของโรคเรื้อน ดังนี้

1) ผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย

1.1 พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อยจำนวน 226 ราย มีผู้ป่วยขาดการรักษาเกิน 2 ปีต้องจำหน่ายออกจากทะเบียนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 16 ราย หรือ ร้อยละ 7.08 ของผู้ป่วยทั้งหมด อีกจำนวน 210 ราย หรือร้อยละ 92.9 สามารถรักษาอย่างต่อเนื่องได้

1.2 จากจำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องทั้งหมด พบว่าสามารถหยุดยาผสมใน 6 เดือน (ต้องมารับยา 6 ครั้ง) เป็นจำนวน 165 รายหรือร้อยละ 73.00 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รักษาต่อเนื่อง โดยในจำนวนนี้ 4 รายหรือร้อยละ 2.47 ของผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง 6 เดือน และไม่มีติดต่อรับการรักษาอีกเลย แพทย์ได้วินิจฉัยจากบันทึกผลการรักษาพบว่ามีอาการไม่กำเริบ จึงวินิจฉัยให้สามารถหยุดยาได้อีก 6 ราย หรือร้อยละ 3.7 เป็นผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 3 เดือน ต้องเริ่มรักษาใหม่ และสามารถหยุดยาใน 6 เดือน นอกจากนี้จากการศึกษานักศึกษาบันทึกผลการรักษาจากเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วย 4 รายหรือร้อยละ 2.47 กลับมาเป็นโรคใหม่ (Relapse) ต้องได้รับการรักษาใหม่

1.3 ผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาผสมใน 12 เดือน พบว่า มีร้อยละ 19.03 ของผู้ป่วยทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 3 เดือนต้องเริ่มต้นใหม่ จำนวน 2 รายและสามารถหยุดยาใน 12 เดือน ในจำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาใน 12 เดือนนั้น พบว่าต้องรักษาด้วยระบบยาผสมอีก 6 เดือน ภายหลังได้รับยาแล้ว 6 เดือน เป็นจำนวน 26 ราย อีก 17 ราย ได้รับความับจำนวน 7 , 8 , 9 ครั้ง เป็นจำนวน 10, 3, 4 รายตามลำดับ

ตารางที่ 5-2 แสดงผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย แยกตามชนิดของโรคเรื้อน

(หน่วย : ร้อยละ)

ผลการรักษา	ชนิดของโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย			รวม
	I	TT	BT ⁻	
1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา	17	90	119	226
2. ขาดการรักษา	0	8 (8.89)	8 (6.72)	16 (7.08)
3. จำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง	17 (100)	82 (91.11)	111 (93.28)	210 (92.92)
4. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาน 6 เดือน	17 (100)	75 (83.33)	73 (61.34)	165 (73.00)
5. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาน 12 เดือน	-	6 (6.67)	33 (27.92)	43 (19.03)
6. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาน 18 เดือน		1 (1.11)	1 (0.84)	2 (0.88)
7. จำนวนผู้ป่วยที่หยุดยานเกินกว่า 18 เดือน			1 (0.84)	1 (0.44)
8. เปลี่ยนไปรักษาแบบประเภทเชื้อมาก			3 (2.52)	3 (1.30)

หมายเหตุ 1. ตัวเลขในวงเล็บคือร้อยละของชนิดของผู้ป่วยโรคเรื้อน

2. ข้อ 3 = ข้อ 1 - ข้อ 2

ตารางที่ 5-3 แสดงผลการรักษาของผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาใน 6 เดือน
และ 1 ปี (12 เดือน)

(หน่วย : ราย)

ผลการรักษา	ชนิดของโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย			รวม
	I	TT	BT ⁻	
จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 6 เดือน	17	75	73	165
1. รับประทาน 6 เดือน(ครั้ง) แล้วไม่ติดต่อกันเลย		2 (2.67)	2 (2.74)	4 (2.42)
2. ขาดยาเกิน 3 เดือน ต้องเริ่มต้นใหม่		5 (6.67)	1 (1.37)	6 (3.64)
3. ภายหลังหยุดยากลับ มาเป็นโรคใหม่		2 (2.67)	2 (2.74)	4 (2.42)
จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 12 เดือน		6	33	43
1. ขาดยาเกิน 3 เดือน ต้องเริ่มต้นใหม่		2 (33.3)		2 (4.65)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บแสดงถึง ร้อยละของผู้ป่วยในกลุ่มนั้น

นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยประเภทเขื่อน้อยสามารถหยุดยาใน 13-18 เดือน ร้อยละ 0.88 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยได้รับยาผสมเป็นเวลา 13 และ 18 เดือน

1.4 ผู้ป่วยจำนวน 3 รายหรือร้อยละ 1.3 ต้องเปลี่ยนไปรักษาแบบประเภท เขื่อนมาก เป็นชนิดบอร์เตอร์โลด์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจไม่พบเชื้อทั้งหมด โดย 1 รายรับการ รักษาด้วยประเภทเขื่อน้อย 6 เดือน แล้วเปลี่ยนไปรักษาแบบประเภทเขื่อนมากอีก 2 ปี อีก 2 ราย รับการรักษาระเภทเขื่อน้อย 12 เดือน แล้วเปลี่ยนไปรักษาแบบประเภทเขื่อนมากอีก 2 ปี 1 ราย และ 2 ปี 7 เดือน อีก 1 ราย

1.5 หากพิจารณาแยกตามรายชนิดของโรคเรื้อนประเภทเขื่อน้อย พบว่า ชนิดอินดิเทอร์มินเนททั้งหมด สามารถหยุดยาใน 6 เดือน และไม่มีผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเลย ผู้ป่วย ชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์จำนวน 90 คน จำนวนร้อยละ 8.89 ขาดการรักษา คงเหลือรักษาต่อ เนื่อง 82 ราย ในจำนวนนี้ ร้อยละ 83.33 สามารถหยุดยาใน 6 เดือน ในผู้ป่วยที่สามารถ หยุดยานี้ มี 2 ราย ที่กลับเป็นโรคใหม่ ผู้ป่วยทิวเบอร์คิวลอยด์ที่สามารถหยุดยาใน 12 เดือน 6 ราย หรือร้อยละ 6.07 โดยแบ่งเป็นรับยา 12 เดือน 4 ราย และ 7,8 เดือนอย่างละ 1 ราย

ผู้ป่วยชนิดบอร์เตอร์โลด์ทิวเบอร์คิวลอยด์ จำนวน 119 ราย ขาดการ รักษา หรือคิดเป็นร้อยละ 6.72 คงเหลือจำนวนที่รักษาต่อเนื่อง 111 ราย หรือร้อยละ 93.28 สามารถหยุดยาใน 6 เดือน เป็นร้อยละ 61.34 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาใน 12 เดือน 21 ราย สามารถหยุดยา ใน 7 เดือน 6 ราย สามารถหยุดยาใน 8 เดือน 3 ราย สามารถหยุดยาใน 9 เดือน 2 ราย

2) ผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อนมาก

2.1 จากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อนมากทั้งหมด 139 ราย ร้อยละ 21.58 ขาดการรักษาเกิน 2 ปี ต้องตัดออกจากทะเบียนผู้ป่วยที่รับการรักษา และอีก 1 ราย หรือร้อยละ 0.72 เปลี่ยนไปรับแบบระบบยาตัวเดียว เนื่องจากรับยาไม่สม่ำเสมอขาดยาบ่อย คงเหลือที่รักษาอย่างต่อเนื่อง 108 ราย หรือร้อยละ 77.7

2.2 ในจำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง 108 ราย ผู้ป่วยจำนวน 33 ราย หรือ ร้อยละ 23.74 สามารถหยุดยาใน 2 ปี ร้อยละ 17.26 สามารถหยุดยาใน 2-3 ปี ร้อย ละ 21.29 สามารถหยุดยาใน 3-4 ปี และร้อยละ 5.76 สามารถหยุดยาใน 5-6 ปี ผู้ป่วยอีก 6 ราย หรือร้อยละ 0.23 ยังคงรักษาอยู่ขณะที่ศึกษา

2.3 เมื่อพิจารณาแยกตามชนิดของโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก พบว่า ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจพบเชื้อ จำนวน 5 ราย ขาดการรักษาเกิน 2 ปี ร้อยละ 20 คงเหลือที่รักษาต่อเนื่องจำนวน 3 ราย หรือร้อยละ 60 สามารถหยุดยานใน 2 ปี จำนวน 2 ราย หรือร้อยละ 40 อีก 1 ราย สามารถหยุดยานในเวลา 3 ปี 8 เดือน (42 ครั้ง)

ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ จำนวนที่เข้ารับการรักษารักษา 12 ราย ขาดการรักษาเกิน 2 ปี จำนวน 1 ราย คงเหลือจำนวนที่รักษาต่อเนื่อง จำนวน 11 ราย หรือร้อยละ 91.66 สามารถหยุดยานใน 2 ปี จำนวน 6 ราย หรือร้อยละ 50 สามารถหยุดยาน 2-3 ปี จำนวน 2 ราย หรือร้อยละ 16.67 โดยสามารถหยุดยานใน 2 ปี 4 เดือน และ 2 ปี 6 เดือน สามารถหยุดยาน 3-4 ปี จำนวน 3 ราย หรือร้อยละ 2.5 โดยสามารถหยุดยานใน 3 ปี 6 เดือน 1 ราย และ 4 ปี 2 ราย

ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ เลปโรมาติส จำนวน 55 ราย ขาดการรักษาจำนวน 10 ราย หรือร้อยละ 18.18 คงเหลือที่รักษาต่อเนื่อง 45 ราย หรือร้อยละ 81.82 สามารถหยุดยานภายใน 2 ปี จำนวน 16 ราย หรือร้อยละ 29.09 สามารถหยุดยาน 2-3 ปี 11 ราย หรือร้อยละ 20 โดยใช้ระยะเวลา 2 ปี 1 เดือน 1 ราย, 2 ปี 2 เดือน 3 ราย, 2 ปี 6 เดือน จำนวน 1 ราย และ 3 ปี จำนวน 6 ราย ผู้ป่วยที่สามารถหยุดยานในเวลา 3-4 ปี จำนวน 4 ราย หรือร้อยละ 7.27 โดยทั้งหมดสามารถหยุดยานในเวลา 4 ปี ผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาน 4-5 ปี จำนวน 11 ราย หรือร้อยละ 20 โดยสามารถหยุดยานในเวลา 4 ปี 1 เดือน 3 ราย 4 ปี 2 เดือน 1 ราย, 4 ปี 8 เดือน 1 ราย และ 5 ปี จำนวน 6 ราย จำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยานใน 5-6 ปี โดยหยุดยานใน 5 ปี 1 เดือน จำนวน 1 ราย หรือร้อยละ 1.82 ส่วนอีก 2 ราย หรือร้อยละ 3.64 ยังคงรักษาอยู่ในขณะศึกษา โดยได้รับการรักษามาแล้ว 4 ปี 8 เดือน และ 5 ปี 5 เดือน

ผู้ป่วยเลปโรมาติส จำนวน 67 ราย ขาดการรักษาเกิน 2 ปี จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.37 และอีก 1 ราย หรือร้อยละ 1.49 เปลี่ยนไปรักษาแบบระบบยาตัวเดียว เนื่องจากไม่มารับยาสม่ำเสมอ และขาดยาบ่อย จำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง จำนวน 49 ราย หรือร้อยละ 13.43 สามารถหยุดยานในเวลา 2 ปี จำนวน 9 ราย หรือร้อยละ 13.43 สามารถหยุดยาน 2-3 ปี จำนวน 11 ราย หรือร้อยละ 16.42 โดยสามารถหยุดยานใน 2 ปี 1 เดือน จำนวน 1 ราย 2 ปี 11 เดือน จำนวน 1 ราย และสามารถ

ตารางที่ 5-4 แสดงผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื้อมมาก

ผลการรักษา	ชนิดของโรคเรื้อนประเภทเขื้อมมาก				รวม
	BT ⁺	BB	BL	LL	
1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา	5	12	55	67	139
2. ขาดการรักษา	2 (40.0)	1 (8.33)	10 (18.18)	17 (25.37)	30 (21.58)
3. เปลี่ยนไปรักษาแบบระบบยาตัวเดียว				1 (1.49)	1 (0.72)
4. จำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง	3 (60.0)	11 (91.66)	45 (81.82)	49 (73.13)	108 (21.58)
5. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาน 2 ปี	2 (40.00)	6 (50.00)	16 (29.09)	9 (13.43)	33 (23.74)
6. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาน 2-3 ปี		2 (16.67)	11 (20.00)	11 (16.42)	24 (17.26)
7. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาน 3-4 ปี	1 (20.00)	3 (25.40)	4 (7.27)	6 (8.96)	14 (10.07)
8. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาน 4-5 ปี			11 (20.0)	12 (17.91)	23 (21.29)
9. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาน 5-6 ปี			1 (1.82)	7 (10.45)	8 (5.76)
10. ยังคงรักษาอยู่ (เมื่อ กันยายน 2533)			2 (3.64)	4 (5.97)	6 (0.23)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บแสดงถึงร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษา

หยุดยาน 3 ปี จำนวน 9 ราย ผู้ป่วยเลปโตมาติสจำนวน 6 ราย หรือร้อยละ 8.96 สามารถหยุดยาน 3-4 ปี โดยสามารถหยุดยาน 3 ปี 6 เดือน 2 ราย และ 4 ปี จำนวน 4 ราย ผู้ที่สามารถหยุดยาน 4-5 ปี จำนวน 12 ราย หรือร้อยละ 17.19 โดยสามารถหยุดยาน 4 ปี 6 เดือน 1 ราย และ 5 ปีเต็ม จำนวน 11 ราย ผู้ที่สามารถหยุดยาน 5-6 ปีจำนวน 7 ราย หรือร้อยละ 10.45 โดยสามารถหยุดยาน 5 ปี 1 เดือน 2 ราย และ 6 ปี จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยเลปโตมาติสอีก 4 ราย หรือร้อยละ 5.97 ยังคงรักษาอยู่ ได้รับการรักษามาแล้ว 4 ปี 8 เดือน, 5 ปี 10 เดือน, 6 ปี 11 เดือน และ 7 ปี 7 เดือน ตามลำดับ

จากการรักษาทั้งประเภทเช็อน้อยและประเภทเช็อมาก จะมีการติดตามผลการรักษาโดยการตรวจหาเช็อและตรวจร่างกายทุก 6 เดือน แพทย์จะวินิจฉัยว่าอาการยังกำเริบหรือไม่ หากไม่กำเริบก็ยังสามารถหยุดยานผสมได้ ฉะนั้นเวลาที่สามารถหยุดยานควรจะเป็นทุก 6 เดือน จากการศึกษาพบว่า ผลการรักษามีบางรายไม่เป็นเช่นนั้น เช่น สามารถหยุดยาน 2 ปี 7 เดือน เนื่องจากในระยะแรกของการใช้ยาผสม ต้องมีการประชุมผู้เชี่ยวชาญบางรายที่อาการไม่ชัดเจนก่อน แล้วนำมาสรุปวินิจฉัยผลการรักษา ฉะนั้นจึงต้องให้ยาผสมแก่ผู้ป่วยไปก่อนอีก 1 เดือน นอกจากนี้ในบางราย เช่น พบว่าสามารถหยุดผสม ใน 3 ปี 4 เดือน มีผลมาจากการบันทึกการรักษาที่ไม่ชัดเจน หรือซ้ำซ้อนกัน

2. ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

การศึกษาประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน เพื่อประเมินผลการรักษา การประเมินนี้กำหนดให้เป้าหมายของการรักษาด้วยยาผสม คือผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายที่เข้ารับการรักษาดด้วยยาผสมตามหลักเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถหยุดยานผสมได้ และผลที่ได้จากการรักษาคือผู้ป่วยได้รับยาตามหลักเกณฑ์และสามารถหยุดยานขอบเขตระยะเวลาที่แตกต่างกัน แล้วนำมาประเมินประสิทธิผลของยาผสมในการรักษา ตามเกณฑ์ระยะเวลาที่กำหนดไว้ในการศึกษา แยกตามประเภทเช็อน้อยเป็น 6 เดือน และ 1 ปี ส่วนประเภทเช็อมากเป็น 2 ปี, 3 ปี, 4 ปี และ 5 ปีตามลำดับ

1. ประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย

ผลการศึกษาในประเภทเชื้อน้อย แสดงในตารางที่ 4-6 พบว่าประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาพยาบาลด้วยยาผสมตามเกณฑ์การรักษา 6 เดือน เป็นร้อยละ 78.71 และประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 1 ปี เป็น ร้อยละ 97.02 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 18.30 เมื่อพิจารณาแยกตามรายชนิด พบว่าชนิดอินคิเทอมีเนท มีประสิทธิภาพการรักษาใน 6 เดือน เป็น ร้อยละ 100 คือทุกรายสามารถหยุดยาผสม ใน 6 เดือน ชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ ประสิทธิภาพของยาผสมการรักษาใน 6 เดือน เป็น ร้อยละ 93.33 และประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาใน 1 ปี เป็นร้อยละ 98.33 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.33 สำหรับชนิดบอร์เตอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจไม่พบเชื้อประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 6 เดือนเป็นร้อยละ 65.45 และ ประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 1 ปี เป็นร้อยละ 95.49 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 30.00

ผลการศึกษาได้ผลการศึกษากลับเคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยกฤษณะพงศ์ และคณะ (2530) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการบำบัดผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อยด้วยระบบยาระยะสั้น โดยพบว่าตามการรักษาที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลกนั้น ประสิทธิภาพยาผสมในการรักษาเมื่อ 6 เดือน เป็นร้อยละ 80.90 การศึกษาของปิยะ ปิยะศิลป์ กรองกาญจน์ ทศนาอุษลี และจรูญ ปิรยวราภรณ์ (2532) ได้ศึกษาการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ที่จังหวัดมหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด ประเภทเชื้อน้อยเมื่อรักษาครบ 6 เดือน พบว่ามีประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาเป็นร้อยละ 75.81 สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ การศึกษาของ Katach และคณะ พบว่าประสิทธิภาพของยาผสมการรักษาใน 6 เดือน เป็นร้อยละ 72 แต่สำหรับการศึกษาของ Boerrigter และคณะ พบว่ามีประสิทธิภาพยาผสมในการรักษาใน 6 เดือนที่สูงกว่า เป็นร้อยละ 95.68 โดยในการศึกษานี้ประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนของประเภทเชื้อน้อยใน 6 เดือนค่อนข้างสูงคือร้อยละ 78.71 และประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 1 ปีสูงมาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยชนิดอินคิเทอมีเนทสามารถหยุดยาใน 6 เดือนทุกราย การศึกษาถึงประสิทธิภาพของยาผสมจำแนกตามชนิดของโรคเรื้อน ได้ผลการรักษาด้วยยาผสมที่ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา ประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาด้วยยาผสมสำหรับชนิดอินคิเทอมีเนท และชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ สูงมาก สำหรับชนิดบอร์เตอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจไม่พบเชื้อ จะลดต่ำลง ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประสิทธิภาพของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย มีประสิทธิภาพค่อนข้างสูง และหากความรุนแรงของโรคมากก็จะทำให้ประสิทธิภาพของยาผสมลดต่ำลง จากการ

ที่ผู้ป่วยชนิดบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ชนิดที่ตรวจไม่พบเชื้อ เป็นชนิดที่มีความรุนแรงที่สุด มีประสิทธิผลของยามสมที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยต่ำสุดในขอบเขตระยะเวลา 6 เดือนและไม่สามารถหยุดยามสมได้ทั้งหมดเมื่อขอบเขตระยะเวลาการรักษาเป็น 1 ปี

ตารางที่ 5-5 แสดงประสิทธิผลของยามสมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย

ผลการรักษา	ชนิดของโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย			รวม
	I	TT	BT ⁻	
1. จำนวนผู้ป่วยที่รักษา ต่อเนื่อง	17	75	110	202
2. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 6 เดือน	17	70	72	159
3. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 12 เดือน		4	33	37
4. ประสิทธิผลของยามสม ในการรักษาใน 6 ค. (%)	100	93.33	65.45	78.71
5. ประสิทธิผลของยามสม ในการรักษาใน 1 ปี (%)		98.33	95.45	97.02
เพิ่มขึ้น		5.30	30.00	18.31

หมายเหตุ 1. หน่วยของประสิทธิผลเป็นร้อยละ

2. ประสิทธิผลของยาในการรักษาใน 6 เดือน = $\frac{\text{ข้อ (2)} \times 100}{\text{ข้อ (1)}}$

3. ประสิทธิผลของยาในการรักษาด้วยยามสม ใน 1 ปี = $\frac{\text{ข้อ (3)} \times 100}{\text{ข้อ (1)}}$

2.2 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก

ผลการรักษาซึ่งได้แสดงในตารางที่ 5-6 พบว่าประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากตามหลักเกณฑ์การรักษาพยาบาลในระยะเวลา 2 ปี เป็นร้อยละ 30.56 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 3 ปี เป็นร้อยละ 52.78 เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.22 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 4 ปี เป็นร้อยละ 65.74 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.96 และประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 5 ปี เป็นร้อยละ 87.04 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 21.30

เมื่อแยกพิจารณาตามชนิดของโรคเรื้อนในประเภทเชื้อมาก ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 2 ปี เป็นร้อยละ 66.67 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 4 ปี เนื่องจากผู้ป่วยชนิดบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ มีผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องเพียง 3 รายเท่านั้น ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 2 ปี เป็นร้อยละ 54.55 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 3 ปี เป็นร้อยละ 72.73 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.18 และประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 4 ปีเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยบอร์เดอร์ไลน์สามารถหยุดยาได้ทุกรายใน 4 ปี

ผู้ป่วยชนิดบอร์เดอร์ไลน์ เลปรมาคัส มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 2 ปี เป็นร้อยละ 35.56 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 3 ปี เป็นร้อยละ 60 เพิ่มขึ้น 24.44 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 4 ปี เป็นร้อยละ 68.89 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.89 และเมื่อศึกษาประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 5 ปี พบว่าเป็นร้อยละ 93.33 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.44 แสดงว่าผู้ป่วยบางส่วนต้องรักษาเกินกว่า 5 ปี ต่อไปอีก เนื่องจากยังมีอาการกำเริบหลังจากรักษาไปแล้วเป็นเวลา 5 ปี

ผู้ป่วยชนิดเลปรมาคัส มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 2 ปี เป็นร้อยละ 18.37 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 3 ปี เป็นร้อยละ 40.82 เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.45 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 4 ปีเป็นร้อยละ 53.06 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.24 และประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 5 ปี เป็นร้อยละ 77.54 เพิ่มขึ้น 24.49 จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยชนิดเลปรมาคัส ร้อยละ 22.45 ที่รักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องรักษาเกินกว่า 5 ปี

ตารางที่ 5-6 แสดงประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก

ผลการรักษา	ชนิดของโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก				รวม
	BT ⁺	BB	BL	LL	
1. จำนวนผู้ป่วยที่รักษา ต่อเนื่อง	3	11	45	49	108
2. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 2 ปี	2	6	16	9	33
3. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 2-3 ปี		2	11	11	24
4. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 3-4 ปี	1	3	4	6	14
5. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 4-5 ปี			11	12	23
6. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 5-6 ปี			1	7	8
ประสิทธิผลของยาผสม ในการรักษาใน 2 ปี (%)	66.67	54.55	35.56	18.37	30.56
ประสิทธิผลของยาผสม ในการรักษาใน 3 ปี (%)		72.73	60.00	40.82	52.58
ประสิทธิผลของยาผสม ในการรักษาใน 4 ปี (%)		(18.18)	(24.44)	(22.45)	(22.22)
ประสิทธิผลของยาผสม ในการรักษาใน 4 ปี (%)	100	100	68.89	53.06	65.74
ประสิทธิผลของยาผสม ในการรักษาใน 4 ปี (%)	(33.33)	(27.27)	(08.89)	(12.24)	(12.96)

ตารางที่ 5-6 -ต่อ-

ผลการรักษา	ชนิดของโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก				รวม
	BT ⁺	BB	BL	LL	
ประสิทธิผลของยาผสม			93.33	77.55	87.04
ในการรักษาใน 5 ปี (%)			(24.44)	(24.49)	(21.30)

- หมายเหตุ 1. การคำนวณประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาล เช่น
 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 2 ปี = $\frac{\text{ข้อ (2)} \times 100}{\text{ข้อ (1)}}$
2. ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ประสิทธิผลของยาผสมฯ ที่เพิ่มขึ้นเมื่อขอบเขต
 การรักษาเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาประสิทธิผลของยาผสมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภท
 เชื้อมากนั้น ผู้ป่วยชนิดรุนแรงจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในชนิด
 เลปโรมาตัส มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 2 ปี เพียงร้อยละ 18.37 และมี
 ผู้ป่วยที่ยังต้องรักษาต่อไปอีกหลังจากรักษาไปแล้วเป็นระยะเวลา 5 ปี ถึงร้อยละ 22.45 สำหรับ
 ชนิดมอร์เตอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจพบเชื้อ มีจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษาน้อยมากเพียง 3 ราย
 จึงยังมีอาจกล่าวสรุปประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลได้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา
 ที่ผ่านมา ANB McNair และคณะ (1987) พบว่าประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน
 2 ปี ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดในการรักษาซึ่งได้แนะนำเกณฑ์การรักษาช่วงต้น ๆ ที่ได้แนะนำ
 ทั่วโลกให้ประเทศต่าง ๆ ใช้ยาผสมในการบำบัด นั้นพบว่า มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาขอบ
 เขตระยะเวลา 2 ปี เป็นร้อยละ 27.45 และการศึกษาของปิยะ และคณะ (2532) พบว่า เป็น
 55.10 ซึ่งพบว่าประสิทธิผลสูงกว่าการศึกษานี้ ที่มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรค
 เรื้อนในระยะเวลา 2 ปี เป็นเพียงร้อยละ 30.56 เท่านั้น

3. ความพิการและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ

ศึกษาถึงความพิการและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นการศึกษาค้นคว้าผู้ช่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมทางอ้อม ซึ่งอาจมีไข้ผลโดยตรงจากยาผสม ที่เกิดจากความพิการและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ

3.1 ระดับความพิการ เมื่อศึกษาถึงระดับความพิการของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาผสม โดยศึกษาจากบันทึกสถานะความพิการของผู้ป่วยในระเบียบผู้ป่วยก่อนการรักษา และการตรวจร่างกายหาความพิการของแพทย์หลังการรักษา โดยแบ่งระดับความพิการตามหลักขององค์การอนามัยโลก จำนวนความพิการออกเป็น 2 ระดับ (Grade) แยกตามความพิการพิการของมือ เท้า และตา*

3.1.1 ความพิการเมื่อเริ่มต้นเมื่อเข้ารับการรักษา

พบว่าในกลุ่มผู้พิการที่มีระดับ 1 มีร้อยละ 10.41 และระดับ 2 มีร้อยละ 9.32 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมด โดยเป็นประเภทเขื่อน้อย ร้อยละ 6.64 มีความพิการระดับ 1 ร้อยละ 6.64 มีความพิการระดับ 2 สำหรับประเภทเขื่อน้อย พบว่า ร้อยละ 6.55 ของผู้ป่วยประเภทเขื่อน้อย มีความพิการระดับ 1 และร้อยละ 13.67 มีความพิการระดับ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยที่พิการที่เท้า ระดับ 1 มีร้อยละ 11.51 และระดับ 2 มีร้อยละ 6.85 ของผู้ป่วยทั้งหมด แยกเป็นประเภทเขื่อน้อย มีความพิการระดับ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 7.56 และ 3.56 ของผู้ป่วยประเภทเขื่อน้อยตามลำดับ ประเภทเขื่อน้อย มีความพิการที่เท้า ระดับ 1 และระดับ 2 ร้อยละ 17.99 และ 12.23 ของประเภทเขื่อน้อยตามลำดับ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการที่ตา พบว่า ร้อยละ 1.10 มีความพิการระดับ 1 และร้อยละ 2.19 มีความพิการระดับ 2 โดยประเภทเขื่อน้อย มีความพิการระดับ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 0.44 และ 1.77 ของผู้ป่วยประเภทเขื่อน้อยตามลำดับ ประเภทเขื่อน้อยมีความพิการ ระดับ 1 และ 2 เป็นร้อยละ 2.16 เท่ากันในกลุ่มผู้ป่วยประเภทเขื่อน้อย

* รายละเอียดการจำแนกระดับความพิการ ตามหลักขององค์การอนามัยโลก แสดงในภาคผนวก หน้า 141

หากพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อดูความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดหรือไม่ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาโรคเรื้อรังมาก่อน พบว่าความพิการรวมไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยใหม่จะมีความพิการที่ปรากฏชัด คือความพิการระดับน้อยกว่า ในทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งสองประเภท โดยความพิการที่มีระดับ 1 เป็นร้อยละ 11.11 และระดับ 2 เป็นร้อยละ 5.78 ความพิการที่เท้า มีความพิการระดับ 1 เป็นร้อยละ 11.11 และความพิการระดับ 2 ร้อยละ 5.33 สำหรับความพิการที่ตานั้น ระดับ 1 ร้อยละ 0.89 และระดับ 2 เป็นร้อยละ 1.78

3.1.2 ระดับความพิการเมื่อ สามารถหยุดยาผสมพบว่า ร้อยละ 0.28 มีระดับความพิการเพิ่มขึ้น จากเมื่อเริ่มต้นรักษา โดยในกลุ่มผู้ป่วยพิการที่มือ เพิ่มขึ้น จากระดับ 0 เป็น ระดับ 1 เป็นร้อยละ 0.87 และระดับ 1 เป็นระดับ 2 ร้อยละ 0.28 กลุ่มผู้พิการที่เท้า มีความพิการลดลงโดยผู้ที่มีความพิการระดับ 1 ซึ่งมีอาการขา ที่เท้า มีอาการที่ดีขึ้น ไม่มีความพิการ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.28

จะเห็นได้ว่า ระดับความพิการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยยาผสมนั้นมีระดับความพิการเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความพิการ เมื่อเริ่มต้นเข้ารับการรักษากับระดับความพิการเมื่อสามารถหยุดยาผสมได้ เพียงร้อยละ 0.28 ทั้งนี้ระดับความพิการที่เพิ่มขึ้นน้อยนั้น อาจเนื่องจากประสิทธิผลของยาผสม หรืออาจเนื่องมาจากมีการแนะนำดูแลของแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างใกล้ชิดและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องของผู้ป่วยทำให้ระดับความพิการไม่เพิ่มขึ้นทั้งนี้ต้องศึกษาโดยละเอียดในการศึกษาต่อไปว่ามีสาเหตุที่แท้จริงอย่างไร

3.2 โรคเห่อ (reaction) เป็นการอักเสบอย่างเฉียบพลันเกิดเนื่องจากปฏิกิริยาของระบบภูมิคุ้มกันด้านทานของผู้ป่วยต่อเชื้อโรคเรื้อรัง ซึ่งก่อนจะพบได้ทั้งในระยะก่อนรักษาหรือขณะกำลังรักษาและภายหลังการรักษา การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะในระหว่างการรักษาด้วยยาผสมเท่านั้น ภาวะโรคเห่อจำแนก เป็น 2 ชนิด คือภาวะโรคเห่อผื่นแดง (reversal reaction : RR) และภาวะโรคเห่อชนิดตุ่มอักเสบ (erythema nodosum leprosum :ENL)

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 3.68 ของผู้ป่วยประเภทเขื่อน้อยที่รักษาต่อเนื่อง เกิดโรคเห่อชนิดผื่นแดง (RR) ทั้งหมด สำหรับประเภทเขื่อนมากเกิดโรคเห่อ ร้อยละ 41.67 ของผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง โดยชนิดบอร์เตอร์ไลน์ เกิดโรคเห่อผื่นแดงร้อยละ 18.18 ของผู้ป่วยบอร์เตอร์ไลน์ ผู้ป่วยชนิดบอร์เตอร์ไลน์ เลบริมาตัส ร้อยละ 37.21 เกิดโรคเห่อ

ชนิด ผื่นแดง ร้อยละ 9.30 เกิดโรคเห่อชนิดตุ่มอักเสบ โดยครึ่งหนึ่งเป็นแบบไม่รุนแรง (mild ENL) และร้อยละ 6.98 เกิดโรคเห่อทั้ง 2 ชนิด มีทั้งการเกิดโรคเห่อพร้อมกันทั้ง 2 ชนิด และเกิดโรคเห่อไม่พร้อมกัน ชนิดเลปโตมาติส ร้อยละ 6.33 เกิดชนิดตุ่มอักเสบ 1 ใน 4 เป็นชนิดไม่รุนแรง ร้อยละ 6.12 เกิดโรคเห่อชนิดผื่นแดง และร้อยละ 6.12 เกิดทั้งชนิดตุ่มอักเสบ และผื่นแดง ทั้งที่เกิดทั้ง 2 ชนิดพร้อมกัน และไม่พร้อมกัน

อาการโรคเห่อเกิดในผู้ป่วยในกลุ่มบอร์เตอโรไลน์ ทิวเบอร์คิวโลยด์ ทั้งที่ตรวจพบเชื้อและตรวจไม่พบเชื้อ ชนิดบอร์เตอโรไลน์ และเกิดมากที่สุดในกลุ่มชนิดเลปโตมาติส

3.3 อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ และการแพทย์

3.3.1 อาการแทรกซ้อน

จากการศึกษาอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ พบว่า ร้อยละ 0.7 ของผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อยเกิดอาการประสาทอักเสบ และร้อยละ 1.85 ในประเภทเชื้อมาก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อน มีอาการ ไข้ บวมค้ำเนื้อ อาการอ่อนเพลีย ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาร้อยละเอียดย เนื่องจากการวินิจฉัยไม่อาจจะบ่งชี้ได้ว่าเกิดจากสาเหตุอันเกิดจากยาผสมหรือจากสาเหตุอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เหล่านี้ซึ่งยังไม่สามารถประเมินได้ว่าเป็นผลที่เกิดจากการรักษาด้วยยาผสมหรือไม่ แต่จากผลการศึกษานี้พบว่ามีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ น้อยมาก ทว่าให้ไม่น่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการรักษาแต่อย่างใด

3.3.2 การแพทย์

การแพทย์ พบว่า เกิดการแพ้ จำนวน 3 ราย ร้อยละ 0.8 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด โดยพบในชนิดบอร์เตอโรไลน์ เลปโตมาติส จำนวน 2 ราย และ ชนิดบอร์เตอโรไลน์ เลปโตมาติสจำนวน 1 ราย โดยแพ้ยาเต็บโรน 2 ราย แก้ไขโดยการเปลี่ยนเป็นการใช้ยา Lamprane แทน และแพ้ Rifampicin 1 ราย แก้ไขโดยการงดใช้การแพทย์นั้นจะเห็นได้ว่าเป็นการแพ้ยาเต็บโรนมากที่สุด

3. การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากในระดับเชื้อต่าง ๆ

ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากเมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนเชื้อโรคเรื้อนโดยจําแนกตามค่า BI (bacteriological index) โดยไม่คำนึงถึงชนิดของโรคเรื้อน ซึ่งค่า BI หาได้จากการตรวจนับจำนวนเชื้อ การศึกษานี้ได้จําแนกเป็น 3 ระดับ คือ ค่า BI 0-2 , 2-4 และมากกว่า 4 จากจำนวนผู้ที่รักษาอย่างต่อเนื่องและสามารถหยุดยา จำนวน 101 ราย มี ระดับค่า BI 0-2 จำนวน 67 ราย ระดับ BI 2-4 จำนวน 32 ราย และค่า BI มากกว่า 4 จำนวน 2 ราย จากการศึกษาพบว่ามีผลการรักษาดังแสดงในตารางที่ 5-7

ตารางที่ 5-7 แสดงผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก ในระดับเชื้อต่าง ๆ

(หน่วย : ราย)

ผลการรักษา	ระดับค่า BI		
	0 -2	2 - 4	มากกว่า 4
จำนวนผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่อง	67	32	2
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยา ในเวลา 2 ปี	28	2	1
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยา ในเวลา 3 ปี	20	4	-
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยา ในเวลา 4 ปี	10	5	-
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยา ในเวลา 5 ปี	7	15	1
จำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยา ในเวลามากกว่า 5 ปี	2	6	-

ตารางที่ 5-8 แสดงประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก
ในระดับเชื้อต่าง ๆ

(หน่วย : ร้อยละ)

ประสิทธิผล	ระดับเชื้อ		
	0 - 2	2 - 4	มากกว่า 4
ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษา จนสามารถหยุดยานใน 2 ปี (%)	41.79	6.25	50.00
ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษา จนสามารถหยุดยานใน 3 ปี (%)	71.64 (29.85)	18.75 (12.50)	-
ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษา จนสามารถหยุดยานใน 4 ปี (%)	86.57 (14.93)	34.38 (15.63)	-
ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษา จนสามารถหยุดยานใน 5 ปี (%)	97.01 (10.44)	81.25 (46.87)	100 (50.0)

หมายเหตุ 1. ประสิทธิผลของยาผสม = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่สามารถหยุดยานในระยะเวลา} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในระดับเชื้อ}}$

2. ตัวเลขในวงเล็บ หมายถึง ร้อยละที่เพิ่มขึ้นเมื่อขอบเขตระยะเวลาเพิ่มขึ้น

จากตารางที่ 5-8 ในระดับเชื่อที่น้อยกว่า 2 มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาจนสามารถหยุดยาใน 2 ปี เป็นร้อยละ 41.79 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาจนสามารถหยุดยาใน 3 ปี เป็นร้อยละ 71.64 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 29.85 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 4 ปีเป็นร้อยละ 86.57 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.93 และประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลสามารถหยุดยาใน 5 ปี เป็นร้อยละ 97.01 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.44 สำหรับในกลุ่มที่มีระดับเชื่อ 2 ถึง 4 นั้นมีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาจนสามารถหยุดยาใน 2 ปีเป็นร้อยละ 6.25 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาจนสามารถหยุดยาใน 3 ปี เป็นร้อยละ 18.75 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.55 ประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลใน 4 ปี เป็นร้อยละ 34.38 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.63 และประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลสามารถหยุดยาใน 5 ปี เป็นร้อยละ 81.25 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 46.87 สำหรับกลุ่มที่มีระดับเชื่อมากกว่า 4 ซึ่งมีเพียง 2 ราย มีประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาเป็น 2 ปี ร้อยละ 50 และ เป็นร้อยละ 100 ในประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาใน 5 ปี

เมื่อเปรียบเทียบในระดับเชื่อกลุ่ม 0-2 และ 2-4 พบว่า ในประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาในปีเดียวกัน ในระดับเชื่อ 0-2 มีประสิทธิผลที่สูงกว่า และเมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มของประสิทธิผลของยาผสมในการรักษา พบว่า การของกลุ่มระดับเชื่อ 2-4 เพิ่มขึ้นมากกว่า สำหรับในกลุ่มที่มีระดับเชื่อมากกว่า 4 นั้น มิได้นำมาเปรียบเทียบ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเพียง 2 รายเท่านั้น ไม่เห็นข้อเปรียบเทียบที่ชัดเจน จะเห็นได้ว่าตัวแปรระดับเชื่อสามารถเป็นตัวแปรที่แสดงให้เห็นประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนได้ ซึ่งจะต้องศึกษาควบคู่ไปกับชนิดของโรคเรื้อนด้วย

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาตามประเภท เชื่อมากมีการแบ่งตามระดับเชื่อที่ตรวจพบเมื่อเริ่มรักษานั้น ก็จะแสดงให้เห็นประสิทธิผลของยาผสมในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนตามระดับความรุนแรงของโรคได้อย่างชัดเจนอีกประการหนึ่งโดยพบว่าหากความรุนแรงของโรคเรื้อนไม่รุนแรงยามผสมจะใช้ได้ดีมีประสิทธิผลสูง หากโรคมีความรุนแรงมากประสิทธิผลของยาผสมที่ใช้สำหรับการรักษาก็จะลดต่ำลงไปในตัวเอง

4. ประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน

เป็นการศึกษาเพื่อประเมินสมรรถนะของยาผสมและกระบวนการในการจัดบริการรักษาพยาบาลว่าบรรลุขอบเขตเป้าหมายของการรักษาพยาบาลเป็นเท่าไรโดยเป้าหมายการรักษานั้นต้องการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทุกรายได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถหยุดยาผสม (MDT) แล้วนำมาเปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการรักษาพยาบาลว่า มีผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่องจนสามารถหยุดยาผสมเป็นเท่าไร

1) ประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย

ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลด้วยยาผสมระยะเวลา 6 เดือน ไม่นับรวมผู้ป่วยที่ขาดยาเกิน 3 เดือน ต้องเริ่มต้นรักษาใหม่ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลามากกว่า 6 เดือน ในการรักษาจึงจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถหยุดยาในการจัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน และตัดกลุ่มที่มารับการรักษาติดต่อกัน 6 เดือนแล้วไม่มาติดต่อรับการรักษาอีกเลย และไม่สามารถติดตามมาตรวจร่างกายได้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขาดการรักษา จากการศึกษาพบว่าประเภทเชื้อน้อย มีประสิทธิผลการรักษาพยาบาล ใน 6 เดือน ร้อยละ 67.26 ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลใน 1 ปีเป็นร้อยละ 88.94 เพิ่มขึ้น 21.68 โดยชนิดอินคิเทอมีเนท มีประสิทธิผลการรักษาพยาบาลเป็นร้อยละ 100 ในเวลา 6 เดือน ใน ชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ มีประสิทธิผลการรักษาพยาบาลใน 6 เดือน และ 1 ปี เป็นร้อยละ 73.33 และร้อยละ 85.56 ตามลำดับ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 12.22 สำหรับบอร์เคอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ ชนิดที่ตรวจไม่พบเชื้อ มีประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี เป็นร้อยละ 57.98 และ 28.57 ตามลำดับ เพิ่มขึ้น ร้อยละ 28.57 ดังแสดงในตารางที่ 5-9

จะเห็นว่าประสิทธิผลการรักษาพยาบาลลดลงเปรียบเทียบกับประสิทธิผลของยาผสมฯ ซึ่งได้กล่าวมาแล้วว่าจากการศึกษาพบว่า มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง คือชนิดบอร์เคอร์โลน ทิวเบอร์คิวลอยด์ ชนิดที่ตรวจไม่พบเชื้อ มีประสิทธิผลการรักษาที่ต่ำลงมากทั้งนี้ เนื่องจากพบว่าต้องรักษาใช้ระยะเวลายาวนานขึ้น ประกอบกับในกลุ่มนี้พบว่ามีโรคเห่อ ความพิการและอาการแทรกซ้อนมากกว่าชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์

ตารางที่ 5-9 ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย

ผลการรักษา	ชนิดของโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย			รวม
	I	TT	BT ⁻	
1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา	17	90	119	226
จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาใน 6 เดือน	17	66	69	152
3. จำนวนผู้ป่วยสามารถหยุดยาใน 12 เดือน		11	34	49
4. ประสิทธิภาพการรักษาในระยะเวลา 6 ค. (%)	100	73.33	57.98	67.26
5. ประสิทธิภาพการรักษาในระยะเวลา 1 ปี (%)		85.56	86.55	88.94
		(12.22)	(28.57)	(21.68)

หมายเหตุ 1. หน่วยของประสิทธิภาพเป็นร้อยละ

2. ประสิทธิภาพการรักษา ด้วยยาผสม ใน 6 เดือน = $\frac{\text{ข้อ (2)}}{\text{ข้อ (1)}} \times 100$

3. ประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาผสม ใน 1 ปี = $\frac{\text{ข้อ (3)}}{\text{ข้อ (1)}} \times 100$

4. ในวงเล็บ หมายถึง ร้อยละของประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาผสมที่เพิ่มขึ้น

2) ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภท เชื้อมาก

ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภท เชื้อมาก ในระยะเวลา 2 ปี เป็นร้อยละ 23.74 ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 3 ปี เป็นร้อยละ 47.01 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.27 ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 4 ปี เป็นร้อยละ 51.08 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10.07 และประสิทธิผลการรักษาพยาบาล ในเวลาระยะเวลา 5 ปี เป็นร้อยละ 67.63 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.55

เมื่อแยกตามชนิดของประเภท เชื้อมาก ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจพบเชื้อ มีประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 2 ปี เป็นร้อยละ 40.0 และมีประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 4 ปี เป็นร้อยละ 60 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ มีประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 2 ปี เป็นร้อยละ 50.0 ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 3 ปี เป็นร้อยละ 66.67 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.67 และประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 5 ปี เป็นร้อยละ 91.67 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 25.01

ชนิดบอร์เดอร์ไลน์ เลปโรมาตัส มีประสิทธิผลการรักษาพยาบาล ในระยะเวลา 2 ปี เป็นร้อยละ 29.09 ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 3 ปี เป็นร้อยละ 49.05 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0 ประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 4 ปี เป็นร้อยละ 56.36 เพิ่มขึ้น 7.27 และประสิทธิผลการรักษาพยาบาลในระยะเวลา 5 ปี เป็นร้อยละ 76.32 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20.0

จะเห็นว่าประสิทธิผลการรักษาพยาบาลด้วยยาผสมลดต่ำลง แม้ว่าในกลุ่มผู้ป่วย เชื้อมากจะไม่มีผู้ป่วยที่ขาดยาแล้วต้องเริ่มต้นใหม่แต่เนื่องจากประสิทธิผลของยาในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภท เชื้อมากต่ำ ยิ่งผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคมาก็ยิ่งมีประสิทธิผลของยาผสมต่ำลง ฉะนั้นความรุนแรงของโรคน่าจะเป็นปัจจัยอันหนึ่งที่ส่งผลต่อการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความรู้ในเรื่องการรักษาโรคเรื้อน ทักษะคิดต่อการรักษาโรคเรื้อน ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการรักษา และการปฏิบัติตนที่ดีในการรักษาจะส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษา ซึ่งสิ่งนี้จะส่งผลต่อประสิทธิผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วย (อาภรณ์ พุ่มเล็กและคณะ, 2531)

ตารางที่ 5-10 ประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากด้วยยาผสม

ผลการรักษา	ชนิดของโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก				รวม
	BT ⁺	BB	BL	LL	
1. จำนวนผู้ป่วยที่เข้า รับการรักษา	5	12	55	67	139
2. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 2 ปี	2	6	16	9	33
3. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 2-3 ปี		2	11	11	24
4. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 3-4 ปี	1	3	4	6	14
5. จำนวนผู้ป่วยสามารถ หยุดยาใน 4-5 ปี			11	12	23
ประสิทธิภาพการรักษา ในเวลา 2 ปี (%)	40.00	50.00	29.09	13.43	23.74
ประสิทธิภาพการรักษา ในเวลา 3 ปี (%)		66.67	49.09	29.85	47.01
ประสิทธิภาพการรักษา ในเวลา 4 ปี (%)	60.00	91.67	56.36	38.81	51.08
ประสิทธิภาพการรักษา ในเวลา 5 ปี (%)	(20.00)	(25.00)	(07.27)	(08.96)	(10.07)
ประสิทธิภาพการรักษา ในเวลา 5 ปี (%)			76.36	56.72	67.63
ประสิทธิภาพการรักษา ในเวลา 5 ปี (%)			(20.00)	(17.91)	(16.55)

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บแสดงถึงประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาผสมที่เพิ่มขึ้น

3. การขาดการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อน

การขาดการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนยังคงพบอยู่ในการรักษาด้วยยาผสม หากขาดการรักษาเกิน 2 ปี จะตัดออกจากทะเบียนการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน การขาดการรักษาทำให้ประสิทธิภาพการจับบริการรักษาพยาบาลลดลง แม้ว่าจากการศึกษาประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนด้วยยาผสมจะสูงก็ตาม ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขาดการรักษาไม่มาตามนัดหมาย จะได้รับการติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยวิธีการต่าง ๆ คือ จดหมายติดตาม ไปยังที่อยู่ชั่วคราว ไร่สวน เวชระเบียนผู้ป่วย หลังจากที่ยขาดการรักษาไป 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยยังไม่มารับการรักษา จะจดหมายตามเป็นครั้งที่ 2 ถ้ายังไม่มาก็จะติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามหาสาเหตุ และจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ได้ยาสม่ำเสมอ

จากการศึกษาการขาดการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่า มีผู้ป่วยที่ยขาดการรักษาเกิน 2 ปี เป็นจำนวน 46 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 12.6 แยกเป็นกลุ่มประเภทเชื้อน้อย ร้อยละ 34.8 ประเภทเชื้อมาก ร้อยละ 5.2 ของผู้ป่วยที่ยขาดยาหากพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ยขาดยาเป็นผู้ป่วยรายเก่าหรือรายใหม่ พบว่า เป็นรายเก่า ร้อยละ 47.8 รายใหม่ ร้อยละ 52.2

แยกตามชนิดของโรค พบว่าชนิดทิวเบอร์คิวลอยด์ ร้อยละ 17.4 บอร์เคอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ ที่ตรวจไม่พบเชื้อ ร้อยละ 17.4 ชนิดบอร์เคอร์ไลน์ ทิวเบอร์คิวลอยด์ที่ตรวจพบเชื้อ ร้อยละ 4.3 บอร์เคอร์ไลน์ ร้อยละ 2.2 ชนิดบอร์เคอร์ไลน์ เลปโรมาตัส ร้อยละ 21.7 และชนิดเลปโรมาตัส ร้อยละ 36.9

ผู้ป่วยที่ขาดการรักษา มีลักษณะทั่วไปทางประชากรดังนี้

เพศ และอายุของผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง คือ ชาย ร้อยละ 78.3 และหญิง ร้อยละ 21.7 ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นชาย มากกว่าหญิง (WHO study group, 1985) ในส่วนของอายุ พบว่าในวัยแรงงานซึ่งเป็นวัยหนุ่มสาวขาดการรักษา มากกว่าวัยอื่น ๆ สำหรับผู้ป่วยเด็ก (อายุ < 15 ปี) พบร้อยละ 6.5 กลุ่มนี้จะขึ้นอยู่กับผู้ปกครองที่จะนำเด็กมามารับการรักษาว่ามีความสนใจมาน้อยเพียงใด หรือแนะนำให้มารักษาอย่างสม่ำเสมอ อายุโดยเฉลี่ยเป็นบุคคลวัยแรงงาน หากไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดความพิการ ทำให้เป็นปัญหาต่อสังคม และเศรษฐกิจได้

ภูมิลำเนาปัจจุบันของผู้ป่วยขณะรักษา ซึ่งใช้ข้อมูลที่ระบุในเวชระเบียน พบว่าส่วนใหญ่อยู่นครกรุงเทพมหานคร แต่ภูมิลำเนาเดิมส่วนใหญ่อยู่อื่นต่างจังหวัด ซึ่งอาจเกิดปัญหาขาดการรักษาเนื่องจากการเคลื่อนย้ายที่อยู่ของผู้ป่วย

อาชีพของผู้ป่วย พบอาชีพรับจ้างสูงสุด ร้อยละ 45.7 รองลงมา คือไม่มีอาชีพ ร้อยละ 19.6 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำหรือไม่มีรายได้ จากปัญหาในด้านเศรษฐกิจ อาจทำให้ผู้ป่วยมารับรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนต้องใช้ระยะเวลาการรักษาค่อนข้างยาวนาน

ความพิการที่พบ พบว่ามีความพิการระดับ 1 ร้อยละ 13.0 ระดับ 2 ร้อยละ 15.3 และการรักษาที่ผ่านมา พบว่า มีการแพ้ยา 1 ราย หรือร้อยละ 2.2 โดยแพ้ยาแควินโซน มีบาดแผลที่ต้องดูแล เพียง 1 ราย เช่นกัน จากผู้ป่วยประเภทเชื้อมากที่มีปัญหาการขาดยา พบว่า ในขณะที่ขาดยา มีระดับเชื้อ โดยดูจากค่า BI นั้น พบว่า ร้อยละ 56.25 ไม่พบเชื้อ และร้อยละ 43.7 ยังคงพบว่ามีเชื้ออยู่ โดยมีค่า BI ระหว่าง 0.1 - 1.5 ซึ่งกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการรักษา จะแพร่เชื้อโรคเข้าสู่ชุมชน

จากการติดตามเพื่อหาสาเหตุ และติดตามให้ผู้ป่วยมารับยาสม่ำเสมอ วิธีการที่ติดตาม ส่วนใหญ่จะติดตามมากกว่า 1 วิธี โดยใช้จดหมายเป็นครั้งแรก หากยังคงไม่มารับการรักษาต่อ ก็ จะใช้การติดตามผู้ป่วยถึงบ้าน โดยการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วิธีการติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มารับ การรักษานั้น พบว่าใช้จดหมาย 1 ครั้ง ร้อยละ 23.9 ใช้จดหมาย 2 ครั้ง ร้อยละ 69.60 การ ออกเยี่ยมบ้านเนื่องจากสถานบำบัดโรคผิวหนังรับผิดชอบเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครและบริเวณ ใกล้เคียงเท่านั้น พบว่าร้อยละ 73.9 ได้ออกไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1 ครั้ง และร้อยละ 13 ได้ออกไป เยี่ยมบ้านผู้ป่วย 2 ครั้ง สำหรับที่อยู่นอกเหนือเขตความรับผิดชอบมิได้ออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ใช้จดหมายวิธีเดียว

ผลการติดตามการขาดการรักษา

การศึกษาการขาดยาจากการบันทึกของเจ้าหน้าที่สถานบำบัดโรคผิวหนังฯ ซึ่งออกติดตามผู้ที่ขาดการรักษาที่มีที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานครและใกล้เคียงจำนวน 40 ราย แต่มี การบันทึกผลการติดตามไว้เพียง 36 รายเท่านั้น จากจำนวนที่มีการบันทึก พบว่า ผู้ป่วยไม่ ยินดีรักษา 7 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 17.5 ไม่สามารถหาที่อยู่ที่อยู่ประจำในระเบียบพบ ร้อยละ 35.0 ย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดตามได้ ร้อยละ 12.5

สาเหตุที่สำคัญในการขาดยาที่ต้องแก้ไขคือ การไม่ยินดีรับการรักษาต่อไป เพราะ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น มีความพิการเกิดขึ้นได้ หรือใน รายที่ผู้ป่วยยังคงพบเชื้ออยู่ อาจทำให้เกิดการแพร่เชื้อแก่ผู้ใกล้ชิดและชุมชนได้ สำหรับในรายที่ ไม่พบที่อยู่ตามที่อยู่ประจำในเวรระเบียบนั้น อาจเนื่องมาจากสภาพผังเมืองของกรุงเทพมหานคร ทำ ให้ยากแก่การค้นหา เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาดังกล่าวควรมีการสอบถามให้ชัดเจน และประการ สุดท้าย คือ การให้ความรู้ สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึง การรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึง การทำให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจน สามารถหยุดยาผสม

อัตราการขาดการรักษา (drop out rate) ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็น ร้อยละ 12.6 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทเชื้อน้อย มีอัตราการขาดการรักษา เป็นร้อยละ 7.08 ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทเชื้อน้อยที่เข้ารับการรักษา ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประเภทเชื้อมากมีอัตราการขาดการรักษาเป็นร้อยละ 21.58 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษา จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากจะมีการขาดการรักษาเพิ่มขึ้น และมักมีความ

พิการที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยอีกประการอื่น ๆ ที่น่าสนใจก็คือ พบว่าผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเป็นผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ พบว่าไม่มีงานทำ ร้อยละ 10 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21 ของผู้ป่วยที่ขาดการรักษาทั้งหมด การดูแลเอาใจใส่ผู้ปกครองในการนำผู้ป่วยโรคเรื้อนเด็กมารับการรักษาก็เป็นปัจจัยที่สำคัญเช่นกัน

4. ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา

ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาที่กำหนดไว้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อน้อยด้วยยาผสม 6 เดือน (รับยา 6 ครั้งในระยะเวลา 6 x 28 วัน) และประเภทเขื่อน้อยมากอย่างน้อย 2 ปี (รับยา 24 ครั้งในเวลา 24 x 28 วัน) นั้น กองโรคเรื้อน กรมควบคุมโรคติดต่อ ใช้หลักเกณฑ์เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับการรักษาของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษารับยาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 75 ของระยะเวลาการรักษาแต่ละปี (รับยาไม่เกิน 9 เดือนใน 1 ปี และประเภทเขื่อน้อยรับยา 6 เดือน ใน 9 เดือน (กองโรคเรื้อน ;2531) จะเห็นได้ว่าความสม่ำเสมอสูงสุดของการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อน้อย 6 เดือน ต้องรับการรักษากายในระยะเวลา 168 วัน และความสม่ำเสมอต่ำสุดต้องรับการรักษากายใน 9 เดือน หรือ 252 วัน จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อน้อยที่สามารถหยุดยาได้ พบว่า ใช้ระยะเวลาการรักษจริงโดยเฉลี่ย 8.14 เดือน เพื่อศึกษาความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยที่ขอบเขตระยะเวลาที่สามารถหยุดยาใน 6 เดือน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ใช้ในการรักษารักษาจริง เป็น ร้อยละ 6.83 มีความสม่ำเสมอสูงสุดเป็นร้อยละ 22.87 มีความสม่ำเสมอต่ำสุด เป็นร้อยละ 4.79 และการรักษาที่มีความสม่ำเสมอต่ำกว่าเกณฑ์ต่ำสุดที่กำหนดให้รับยาภายใน 9 เดือน แต่มีการรักษาใช้ระยะเวลามากกว่า 9 เดือน เป็นร้อยละ 5.85 สำหรับขอบเขตระยะเวลาอื่น ๆ ที่ใช้ในการรักษาอื่นไม่ได้ศึกษาถึงความสม่ำเสมอ แต่ได้ศึกษาถึงระยะเวลาที่ใช้จริงในการรักษาจนสามารถหยุดยา ได้ ดังแสดงในตารางที่ 5-11

จะเห็นว่าส่วนใหญ่มักมีการใช้เวลาที่มากกว่าระยะเวลาที่ใช้จริง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสม่ำเสมอในการรักษายังมีไม่มากนัก

ตารางที่ 5-11 แสดงระยะเวลาที่ใช้จริงในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อน้อย ที่สามารถหยุดยา จำนวนตามขอบเขตระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถหยุดยา

(หน่วย : เดือน)

ขอบเขตระยะเวลา ที่สามารถหยุดยา	ระยะเวลาที่ใช้จริง				จำนวนผู้ป่วย
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	
6	6.83	1.53	6.00	10.89	144
7	7.62	1.31	7.10	10.89	9
8	10.55	4.47	8.00	10.89	3
9	10.48	2.61	7.96	10.89	3
10	10.39	-	10.39	10.39	1
12	13.69	3.77	12.00	21.54	24
18	20.12	1.97	18.68	22.36	3
ผู้ป่วยทั้งหมด	8.14	3.48	6.00	22.36	188

สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเขื่อน้อยนั้น ความสม่ำเสมอในการรักษาตามหลักเกณฑ์ของกองโรคเรื้อน ต้องประเมินการรักษาในแต่ละปี การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษารายละเอียดเป็นรายปี แสดงเฉพาะระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการรักษาของผู้ป่วยโรคเรื้อนตามขอบเขตระยะเวลาที่สามารถหยุดยา ในระยะเวลา 2 ปี 3 ปี 4 ปีและ 5 ปีเต็ม ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5-11 ซึ่งจะเห็นว่าเวลาที่ใช้เพิ่มมากขึ้นต้องใช้เวลาที่แท้จริงเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเป็อหน่ยในการรับการรักษของผู้ป่วย หรืออาจเนื่องมาจากสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งหากได้มีการศึกษาต่อไปก็จะเป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาเหล่านี้

ตารางที่ 5-12 แสดงระยะเวลาที่ใช้จริงในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก ที่สามารถหยุดยา จำนวนตามขอบเขตระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถหยุดยา

(หน่วย : ปี)

ขอบเขตระยะเวลา ที่สามารถหยุดยา	ระยะเวลาที่ใช้จริง				จำนวนผู้ป่วย
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	
2	2.14	0.15	2.00	2.40	32
3	3.31	0.44	3.00	4.51	15
4	4.40	0.44	4.05	5.58	10
5	5.29	0.31	5.05	5.82	18
ผู้ป่วยทั้งหมด	3.60	1.40	2.00	6.89	75

จะเห็นได้ในการรักษาตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกกำหนด และตามแนวทางที่กองโรคเรื้อนได้กำหนดแบบแผนที่แน่นอนในการรักษา โดยกำหนดให้ผู้ป่วยมารับยาทุก 28 วัน ำให้ได้รับยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนำยากลับมารับประทานที่บ้านอีก 28 วัน แล้วห้กลับมาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกครั้งหนึ่งเพื่อได้รับการตรวจรักษา และรับยาอย่างต่อเนื่องจนสามารถหยุดยาได้ แต่จากการศึกษาระยะเวลาที่แท้จริงที่ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อยและผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากได้รับการรักษานั้นพบว่า ยิ่งการรับการรักษามากขึ้นเพียงใด ระยะเวลาที่ใช้จริงจะมากเพียงนั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเบื่อหน่าย การประกอบอาชีพและเหตุผลอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เข้ารับการรักษาเหล่านี้ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องทุกวันทำให้เวลาที่ใช้มากขึ้น ความสามารถในการหยุดยาจึงช้าลง จากการศึกษาที่น่าจะมีการศึกษาในต่อไปถึงสาเหตุของการรับการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอนี้ เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานควบคุมโรคเรื้อนและทำให้สามารถกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไปได้โดยเร็ว