



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 แพทย์หญิงจิตสุตา บัวขาว
ที่ปรึกษากิจการแพทย์ และผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์

ที่ปรึกษาบรรณาธิการ

นายแพทย์ชูชนะ มะกรสาร
ที่ปรึกษางานวิชาการและงานยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์

ทีมบรรณาธิการ

1. นางสาวศิวาพร	สังรวม	สำนักวิชาการแพทย์
2. นายสมิทธิกร	เย็นวัฒนา	สำนักวิชาการแพทย์
3. นางสาวบุหลิน	ภูสุดสูง	สำนักวิชาการแพทย์
4. นางสาวสินีนาน	อันบุรี	สำนักวิชาการแพทย์
5. นางสาวสุภัทรา	ฝอฝน	สำนักวิชาการแพทย์
6. นายโสภณ	เกษสำโรง	สำนักวิชาการแพทย์
7. นางสาวสวาทรี	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 รวมถึงเป็นการอัปเดตข้อมูล 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 นับว่าประสบความสำเร็จในการเผยแพร่เป็นที่น่าสนใจ ผู้บริหารได้ให้ความสำคัญกับการจัดทำ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงบทบาทของกรมการแพทย์ ในฐานะของกรมวิชาการที่รับผิดชอบระบบบริการทางการแพทย์ฝ่ายภายในระดับตติยภูมิและสูงกว่า จึงได้ให้การสนับสนุนในการจัดทำ TMSP Second Edition ที่วางแผนเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2561 ระหว่างนี้ได้มีการกำกับติดตามการดำเนินงานในแต่ละประเด็นสาขาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการนำประสบการณ์และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำ TMSP First Edition มาปรับปรุง พัฒนาการดำเนินงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นไป แต่ทั้งนี้ระยะเวลาที่จะเผยแพร่ TMSP Second Edition นั้น ใช้ระยะเวลา 5 ปี ระหว่างนี้ได้มีองค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการต่างๆ เกิดขึ้น อีกทั้งได้มีข้อเสนอจากบุคลากรกลุ่มต่างๆ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการจนถึงระดับบริหาร ได้เสนอแนะว่าควรมีการจัดทำสรุปเนื้อหาสำคัญของแต่ละสาขาใน TMSP First Edition เพื่อให้สะดวกต่อการศึกษาและนำไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

คณะผู้จัดทำขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำหนังสือเล่มนี้เป็นอย่างดีจนสามารถรวบรวมและเผยแพร่ได้ในที่สุด 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. การคลอดก่อนกำหนด (Preterm)	71
11. เวชศาสตร์มารดาและการกในครรภ์ (Maternal and Fetal Medicine)	77
12. ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Care System)	89
13. อาชีวเวชศาสตร์ (Occupational Medicine)	95
14. โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)	115
15. ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic Fever)	119
16. กันตกรรม	129
17. ภาวะสูญเสียการได้ยิน (Hearing Loss)	139

๗

Thailand Medical Services Profile (TMSP)
(ฉบับย่อและเพิ่มเติม)

โรคหลอดเลือดสมอง

Stroke



1

อภ.สมชาย ไทวณะบุตร* อภ.สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล*
อภ.กศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์* อภ.ธนศ เต็มกลิ่นจันทร์*
ลลิตา เหล่ารัตนใส* จิดาภา ตรีเจริญวงศ์*

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

*สถาบันประสาทวิทยา

Thailand Medical Services Profile (TMSP) |
(ฉบับย่อและเพิ่มเติม)

1



โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 10.0 ของสาเหตุของการเสียชีวิตทั้งหมดแล้วยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 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) ได้ทำการสัมภาษณ์ตรวจร่างกาย และตรวจเลือดอาสาสมัครจำนวนประมาณ 20,000 คน จากกรุงเทพมหานคร และพื้นที่ทั้ง 4 ภาค ของประเทศ 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 โดยในกลุ่มอายุน้อยกว่า 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 (ร้อยละ 1.46; 95%CI, 1.10-1.81) และตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 1.09; 95%CI, 0.83-1.35) มีความชุกต่ำกว่า

โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายชนิด ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญและพบบ่อย ได้แก่ อายุมาก ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน การค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยง และควบคุมรักษา ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมจะสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลงได้ 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 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ที่สูง ระดับไขมัน HDL cholesterol ที่ต่ำ ความดันโลหิตสูง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง) นั้น ระดับไขมัน ไตรกลีเซอไรด์ที่สูง (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 $\geq$ 160 mg/dl, (2) HDL cholesterol $<$ 35 mg/dl for men and $<$ 45 mg/dl for women, (3) systolic blood pressure $\geq$ 140 mmHg or diastolic blood pressure $\geq$ 90 mmHg, (4) fasting plasma glucose $>$ 125 mg/dl, and (5) taking medication for diabetes, hypertension, or hypercholesterolemia) เท่ากับร้อยละ 82.2 และเมื่อวิเคราะห์ค่าที่เหมาะสมของดัชนีมวลกายและรอบเอวในการบ่งชี้ถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ชนิด ด้วยเทคนิค Receiver Operating Characteristics (ROC) curve analysis โดยค่าดัชนีมวลกายและค่ารอบเอวที่มีระยะทางบนกราฟ ROC สั้นที่สุด จะได้รับการพิจารณาเป็นค่าที่เหมาะสม พบว่าค่าดัชนีมวลกายในคนไทย (อายุ 45-80 ปี) ที่เหมาะสมควรเท่ากับ 23 kg/m² ในเพศชาย และ 24 kg/m² 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 ความดันโลหิตซิสโตลิก การสูบบุหรี่ การได้รับยารักษา ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตไดแอสโตลิก) นั้น พบว่าอายุมาก เพศชาย เบาหวาน ความดันโลหิตซิสโตลิก และการสูบบุหรี่ มีผลกระทบสูงต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองใน 10 ปีข้างหน้า ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับปัจจัยเหล่านี้เป็นอันดับแรก ๆ



โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตัน (ischemic stroke) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทยกล่าวคือพบได้ประมาณร้อยละ 70.0- 80.0 และในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/อุดตันนั้นพบชนิดที่เกิดจากหลอดเลือดขนาดเล็กตีบ/อุดตัน (lacunar infarction) ได้บ่อยที่สุด ชนิดที่พบบรองลงมาตามลำดับ 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 การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในกรณีที่ต้องการมุ่งเน้นการลดอัตราการตาย และความพิการ การรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ถือเป็นแนวทางที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย โดยการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ประกอบด้วย พื้นที่หรือหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีทีมสหวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง โดยผ่านการอบรมทางด้านโรคหลอดเลือดสมอง มีแผนการรักษาที่ชัดเจน มีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถวินิจฉัยอาการที่แย่ลงได้อย่างรวดเร็ว ประเมินและทำกายภาพบำบัดภายใน 48 ชั่วโมง มีการให้ความรู้และศึกษาในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ รวมทั้งการประเมินก่อนกลับบ้าน นำไปสู่การบริการที่มีความแตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไปทั้งทางด้านเศรษฐศาสตร์และผลลัพธ์ทางคลินิก สถาบันประสาทวิทยาได้ดำเนินจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองขึ้นตั้งแต่ปี 2549 โดยระยะแรกได้เปิดดำเนินการจำนวน 5 เตียง สามารถรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ปีละ 380 - 400 ราย สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้ร้อยละ 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 ความแตกต่างในค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับการศึกษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด 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

Stroke **TMSP**

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 โดยการศึกษาที่ใช้ 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 พบว่าดัชนีบาร์เทิลในกลุ่มหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและหอผู้ป่วยทั่วไป เท่ากับ 97.09+0.96 และ 87.62+2.80 หน่วยตามลำดับ และมีอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.696 และ 0.556 ตามลำดับ สำหรับผลการศึกษาด้านทุนประสิทธิผล (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 นอกจากนี้ในการศึกษานี้ ได้ศึกษาระดับความคุ้มค่าที่ยอมรับได้ (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 ตามสถานการณ์ของประเทศไทย โดยตัวชี้วัดอาจแบ่งได้เป็น process, structure, outcome และ efficiency measures (stroke quality indicators) (3) เมื่อได้ตัวชี้วัดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ทำการเปรียบเทียบแต่ละโรงพยาบาล (benchmarking) ทั้ง 12 เขตบริการทั่วประเทศ และกรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินภาพรวมของระบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปวางแผนแก้ไขปัญหแต่ละเขตที่ยังไม่ได้มาตรฐาน (4) จัดทำแนวทางแนะนำเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ระดับประชาชนทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์ และระดับนโยบาย (4) สรุปตัวแปรที่ทางสถาบันประสาทวิทยารวบรวมมีทั้งหมด 29 ตัวชี้วัด และมาตรฐานที่ต่างประเทศทำในแถบแคนาดา อเมริกา และยุโรป จากการศึกษาดังกล่าวของสถาบันประสาทวิทยา รวบรวมตัวชี้วัดได้ทั้งหมด 29 ตัว ซึ่งครอบคลุมถึงการฟื้นฟู การป้องกันระยะยาวหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว



โรคหลอดเลือดสมอง

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 ดูแลการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการ 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 แต่ไม่มีข้อมูลการกระจายของแพทย์ในปดังกล่าว จึงนำเสนอข้อมูลการกระจายข้อมูลตามภาค และเขตบริการสุขภาพในปี 2553 และข้อมูลความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์ด้านโรคหลอดเลือดสมอง

ในปี 2552 สถาบันประสาทวิทยาได้จัดทำรายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางของผู้บริหารในการตัดสินใจ กำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองให้ทัดเทียมนานาชาติ 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 ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน แบ่งออกเป็น 4 หมวด 25 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2554-2555 และปรับเพิ่มเป็น 29 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2556 เป้าหมาย

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

ผลการวิเคราะห์โครงการจัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง 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) รายงานสถานะผลการเทียบเคียงคุณภาพการบริการโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบประมาณ 2555 ของเครือข่ายที่เข้าร่วมโครงการเป็นรายหน่วยงาน (2) รายงานผลค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานของหน่วยงานระดับนานาชาติ

1. รายงานผลการดำเนินการเฉลี่ยของปีงบประมาณ 2554 ถึงปีงบประมาณ 2556 เทียบกับ

เป้าหมาย 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



โรคหลอดเลือดสมอง

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 ($mRSF/U - mRS$ จำหน่าย ≤ 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 ดีกว่าเป้าหมาย ส่วนตัวชี้วัดตัวอื่น ๆ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่ส่วนใหญ่มักมีค่าใกล้เคียงเป้าหมาย และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2554 กับ ปี 2555 และปี 2556 พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นทุกตัวชี้วัด ยกเว้น P04 ที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น

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

(4) หมวดโรคแทรกซ้อน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของผลดำเนินงาน พบว่าผลการดำเนินงานด้านโรคแทรกซ้อนที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายคือ C03 และ C04 ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ มีผลการดำเนินงานดีกว่าเป้าหมาย

2. รายงานผลการดำเนินการเฉลี่ยแยกตามประเภทของกลุ่มหน่วยงานเครือข่ายเทียบกับค่าเป้าหมาย

(1) กลุ่มศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง (H) ศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง มีหน่วยงานเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 3 หน่วยงาน 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 เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานพบว่า มีลักษณะและแนวโน้มไม่ต่างจากกลุ่มศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง คือ มีผลการดำเนินงานส่วนใหญ่เข้าใกล้เป้าหมาย แต่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (O04) ของกลุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่าเป้าหมาย และต่ำกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้เนื่องจากมีการดำเนินงานเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลระดับต่ำกว่า ดังนั้นจึงมีการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อผ่านช่วงวิกฤตไปรักษายังโรงพยาบาลระดับต่ำกว่าต่อไป

(3) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชน (P) โรงพยาบาลเอกชน มีหน่วยงานเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 1 หน่วยงาน และเพิ่มขึ้นเป็น 4 และ 7 หน่วยงาน ในปีงบประมาณ 2555 และ 2556 ตามลำดับ โดยในปี 2554 มีเพียง 1 หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ และบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพียง 9 ราย พบว่าผลการดำเนินงานค่อนข้างดี เกือบทุกตัวชี้วัด ยกเว้นร้อยละของผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางที่วางแผนไว้ (P07) และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (O04) ที่มีผลการดำเนินงานสูงกว่าค่าเป้าหมายมาก โดยปี 2555 และ ปี 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/มากกว่าค่าเฉลี่ยภาพรวมจำนวน 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



โรคหลอดเลือดสมอง

สรุปและข้อเสนอแนะ (Conclusion and Recommendations)

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

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

โรคมะเร็ง Cancer

2



นพ.วีระวุฒิ อัมสำราญ* นพ.อาคม ชัยวีระวัฒน์*
 นพ.สมชาย ธนะสิริชัย* นพ.ปิยวัฒน์ เลาวหุตานนท์* ดร.ศุภพร แสงกระจ่าง*
 นพ.พงศธร ศุกอรรถกร** นพ.ธวัช อังศิริรัตน์*** พญ.จิตราพร ธนบดี****
 รศ.นพ.หิชา ศรีปลั่ง***** รศ.นพ.สุพล เวียงนงค์***** นพ.ดลสุข พงษ์นิกร*****

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุตายอันดับหนึ่งของประเทศตั้งแต่ปี 2542 (58.6 ต่อ 100,000 ประชากร) และ อัตราตายจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ 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 **โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ***โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ****โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
 *****มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ *****มหาวิทยาลัยขอนแก่น *****โรงพยาบาลลำปาง



โรคมะเร็ง

ขอบเขตของประชากรรับผิดชอบ โดยมีหน้าที่รับผิดชอบในการวัดและติดตามขนาดของปัญหาภาระโรคมะเร็งในประชากรนั้น 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 คำนวณอัตราการรอดชีพของผู้ป่วย โดยคำนวณเป็นอัตราการรอดชีพสัมพัทธ์ (relative survival) โดยเทียบกับอัตราการรอดชีพจากทุกสาเหตุ ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่ใช้กันอยู่ทั่วโลก เพื่อที่ค่าอัตราการรอดชีพที่ได้จะสามารถนำไปเปรียบเทียบกับอัตราการรอดชีพในประเทศอื่นๆ ทั่วโลกได้ ประเทศไทยได้มีการรวบรวมข้อมูลระบาดวิทยาโรคมะเร็งตามหลักสากลมาตั้งแต่ปี 2530 และพัฒนามาจากนั้นอย่างต่อเนื่องในทุกด้าน สถาบันมะเร็งแห่งชาติและเครือข่ายมะเร็งต่างๆ ยังมีแผนที่จะคำนวณอัตราการรอดชีพ 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 ส่วนมะเร็งตับโดยเฉพาะชนิดมะเร็งท่อน้ำดีกำลังเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในภาคนี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากการแพร่ระบาดของพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งพบเพิ่มขึ้นชัดเจนจากการสำรวจในบางพื้นที่ในภาคเหนือ ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ามีมะเร็งท่อน้ำดีมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงสูงกว่าอัตราอุบัติการณ์ในภาคอื่น นอกจากนี้ยังพบว่ามะเร็งช่องปากในเพศหญิงในประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคอื่นอย่างชัดเจน ซึ่งต่างจากอุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากในเพศชายที่ต่ำกว่าภาคอื่นๆ มะเร็งที่มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในภาคกลางยังคงเป็นมะเร็งปอด โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออก ได้แก่ มะเร็งช่องปากและคอหอย และมะเร็งปอดในเพศชาย มะเร็งกล่องเสียงในภาคกลางโดยรวมทั้งหมดก็ยังคงสูงกว่าภาคอื่นๆ นอกจากนี้แล้วภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีมะเร็งผิวหนัง มะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าพื้นที่อื่นอย่างชัดเจน ส่วนในภาคใต้ มะเร็งช่องปากและหลอดอาหารในเพศชายพบสูงกว่าภาคอื่นอย่างชัดเจน แต่ก็ไม่ได้สูงกว่าพื้นที่ภาคตะวันออก ซึ่งเป็น

Cancer TMSP

พื้นที่ชายฝั่งรอบอ่าวไทยเช่นกัน แต่ถ้าวัดทุกภาคโดยรวมพบว่า มะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจนถึงราวปี 2545 เป็นต้นไป หลังจากนั้นอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกก็ลดลงตามลำดับ มะเร็งชนิด adenocarcinoma ในอวัยวะต่างๆ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกภาคของประเทศ ซึ่งได้แก่ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma ซึ่งมีความสัมพันธ์น้อยกับบุหรี่ยิ่งเพิ่มขึ้นในทุกภาค มะเร็งท่อน้ำดีก็เพิ่มขึ้นในภาคใต้ จนขณะนี้มะเร็งท่อน้ำดีได้เพิ่มสูงกว่ามะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma เสียอีก นอกจากนั้นมะเร็งต่อมลูกหมากก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วประเทศ ซึ่งอาจเป็นผลจากการคัดกรองด้วย PSA และการตรวจรักษาที่ทำได้ง่ายขึ้น ขณะเดียวกันมะเร็งเต้านมในเพศหญิงก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก ประมาณร้อยละ 4-5 ต่อปี และได้ขึ้นเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งในเพศหญิงในภาคกลางและภาคใต้

มะเร็งที่พบบ่อย เช่น มะเร็งปอดชนิด squamous cell carcinoma มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ยกเว้นในภาคเหนือซึ่งมีแนวโน้มลดลง ส่วนมะเร็งปอดชนิด adenocarcinoma ซึ่งมีความสัมพันธ์น้อยกับบุหรี่ยิ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาค ส่วนมะเร็งตับชนิด hepatocellular carcinoma พบว่า มีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นผลจากการให้วัคซีนตับอักเสบบีทั้งในประชากรทั่วไปและในเด็กแรกเกิดที่ได้ทำต่อเนื่องมากกว่า 25-30 ปี ในทางตรงกันข้ามมะเร็งท่อน้ำดี (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



โรคมะเร็ง

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

การคัดกรองมะเร็งในปัจจุบันนี้ต้องการอนามัยโลกให้คำแนะนำประเทศต่างๆ สนับสนุนให้ประชาชนได้รับการคัดกรองมะเร็ง 3 ชนิด คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ โดยมะเร็งเหล่านี้มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ยืนยันว่าสามารถลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคได้ สำหรับประเทศไทยได้เริ่มโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เป็น organized screening มาตั้งแต่ปี 2548 โดยใช้วิธี Pap smear ซึ่งรับผิดชอบโดยกรมการแพทย์ และวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic acid) โดยกรมอนามัย ในปี 2550 HITAP ได้จัดทำการศึกษาทางเศรษฐศาสตร์พบว่า มาตรการที่คุ้มค่า ได้แก่ การคัดกรองด้วย VIA ทุก 5 ปี สำหรับสตรีอายุ 30-45 ปี ร่วมกับการคัดกรองด้วย Pap smear ทุก 5 ปี สำหรับสตรีอายุ 50-60 ปี สำหรับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาของ HITAP แสดงให้เห็นว่า การคัดกรองด้วยเครื่องเอกซเรย์เต้านม (mammography) เป็นวิธีเดียวที่มีหลักฐานว่าสามารถลดโอกาสการเสียชีวิตด้วยมะเร็งเต้านมของผู้หญิงที่เข้ารับการตรวจ (ลดได้ประมาณร้อยละ 20) ส่วนการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ส่วนที่นิยมตรวจมี 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) การศึกษาของประเทศไทยพบว่า 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 เป็นมะเร็งที่พบบ่อยมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การคัดกรองโดยทั่วไปคือ การตรวจไข่พยาธิใบไม้ตับและการใช้อัลตราซาวด์ในกลุ่มเสี่ยง แต่จากการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์พบว่า ปัจจุบันยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีตับในระดับประชาชน ส่วนการคัดกรองมะเร็งปอดนั้น ไม่แนะนำในกลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากไม่สรุปว่าการตรวจคัดกรองจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด สำหรับทางด้านการวินิจฉัยมะเร็งมีการศึกษาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของการใช้เทคโนโลยี PET/ CT ในประเทศไทย โดย HITAP พบว่า การใช้เครื่อง PET/ CT ในการตรวจวินิจฉัยมีประสิทธิภาพสูงกว่าเครื่องมือวินิจฉัยเปรียบเทียบกับชนิดอื่นในมะเร็ง 8 ชนิด ดังนี้ มะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งไทรอยด์ มะเร็งปอด และมะเร็งผิวหนังอื่นๆ แต่ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะในการดำเนินงาน

การประเมินความคุ้มค่าการรักษาโรคมะเร็งเป็นเรื่องที่มีการศึกษามากที่สุดโดยเกือบทุกประเทศทั่วโลก ต้องศึกษา 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 เพื่อให้ทราบถึงปัญหาของโรคมะเร็งแต่ละชนิด 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 มีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง เช่น ร้อยละของสตรี 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมถึงปี 2557 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 เป็นต้น



โรคมะเร็ง

การวิจัยและการจัดการความรู้ เป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งสำเร็จ จุดมุ่งหมายหลักคือ ลดอัตราการตายหรือลดความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลด้านโรคมะเร็ง ประเมินความคุ้มค่าของกระบวนการหรือเทคโนโลยีต่างๆ ที่ใช้ในการป้องกัน ควบคุม ดูแล รักษา พินฟู รวมถึงดูแลแบบประคับประคองตลอดจนให้เกิดองค์ความรู้และนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับประเทศไทยควรจะเน้นการวิจัยไปในกลุ่มโรคมะเร็งที่พบบ่อย เช่น มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ ส่วนมะเร็งอื่นๆ ควรจะให้ความสำคัญรองลงมา การทำวิจัยจะต้องมีทิศทางที่ชัดเจน โดยจะต้องมีฐานข้อมูลด้านการวิจัยของโรคมะเร็ง ได้แก่ ด้านระบาดวิทยา ความเสี่ยง แนวโน้ม ตลอดจนข้อมูลทางคลินิกของโรคมะเร็งดังกล่าว รวมถึงฐานข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ที่เป็นปัจจุบันของประเทศมารองรับ และสิทธิบัตรที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในประเทศ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญคือ มีการสร้างผลงานวิจัย นวัตกรรมและการจดสิทธิบัตรที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การคาดการณ์แนวโน้ม การป้องกันโรค การคัดกรอง วินิจฉัย โรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก การรักษาโรค การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

กรมการแพทย์ในฐานะที่ดูแลกำกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติและเป็นหน่วยงานสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งควรมีการวางแผน สนับสนุนและผลักดันให้มีการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจให้มากขึ้น แต่การจะเสนอการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจเป็นเรื่องที่ต้องมีการประชุมปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญว่า ควรเลือกประเมินสิ่งใด เช่น การเสนอให้มีการศึกษาโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ 5 โรค ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ในประเด็นการป้องกันโรค การคัดกรอง การตรวจมะเร็งระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมไปถึงการรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูล ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่า ประเทศที่กำลังพัฒนาควรมุ่งเน้นงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความสำเร็จและความคุ้มค่าของแผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งของประเทศ

โรคเบาหวาน

Diabetes Mellitus

3



นพ.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์*
 นพ.สทิษฐ์ นิรมิตมหาปัญญา** นพ.ชัยชาญ ดีโรจน์วงศ์**
 นพ.วิระศักดิ์ ศรีนนทากร ** พญ.นภา ศิริวิวัฒนากุล**
 นพ.สิทธิชัย อาชาลัยนดี*** 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



โรคเบาหวาน

อย่างไรก็ตามแม้จะมีการตระหนักถึงปัญหาโรคเบาหวานที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นแต่ยังมีคำถามถึง Triple paradox ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่วินิจฉัยได้ง่าย แต่ผู้ที่เป็นส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัย อีกทั้งปัจจุบันมียาที่รักษาโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพรวมถึงยาฉีดอินซูลิน แต่ผู้ที่เป็นส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสามารถป้องกันได้ แต่ผู้ที่เป็นจำนวนมากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมา

การดำเนินงานการดูแลรักษาโรคเบาหวาน จึงต้องมีความครอบคลุม ทั้งด้านการป้องกันและควบคุม การเกิดโรค การพัฒนาระบบบริการและการดูแลรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สามารถเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาและคัดกรองการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จึงต้องเร่งพัฒนาระบบฐานข้อมูลระบบบริการ และสถานพยาบาล ตลอดจนพัฒนาบุคลากรในส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อพัฒนาแผนการบริการ ระบบข้อมูลและการติดตาม การสนับสนุนทางเทคโนโลยีตามบทบาทของกรมการแพทย์ ตลอดจนกำหนดส่วนที่ขาดในการดูแลรักษาโรคเบาหวานด้านต่างๆ ในประเทศไทยเพิ่มเติม เพื่อนำไปสู่การจัดการความรู้วิชาการอย่างเหมาะสมต่อไป

ปัจจุบัน จากข้อมูลสำรวจประชากรครั้งที่ 5 พบว่าอุบัติการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 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 เป็นภูมิภาคสูงสุดที่ผู้ป่วยเบาหวานไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา

เบาหวานเป็นสาเหตุการตายของหญิงไทยอายุระหว่าง 50-74 ปี สูงสุด ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลได้ดีขึ้นอยู่กับ งานวิจัย และค่าเป้าหมายของน้ำตาล (A,C และ IFG) เช่น การศึกษา Diabcare Asia (1998) น้ำตาลที่คุมนได้ดี HbA1c < 7.0% อยู่ที่ร้อยละ 20.0 การศึกษา Thailand Diabcare Registry (2009, N = 8,913 คน) น้ำตาลที่คุมนได้ดี 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) เบาหวานที่คุมนได้ดี 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

Diabetes Mellitus **TMSP**

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 การเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจะค่าใช้จ่าย ประมาณ 3,647 บาท/วัน และค่าใช้จ่ายโดยรวมต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 21,881 บาท/ต่อการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนใหญ่ของ Direct cost ของเบาหวาน ครึ่งหนึ่งระหว่างการดูแลผู้ป่วยในและร้อยละ 13.0 จะมาจากการดูแลผู้ป่วยนอกและประมาณร้อยละ 19.0 เป็นค่าใช้จ่ายอื่นๆ

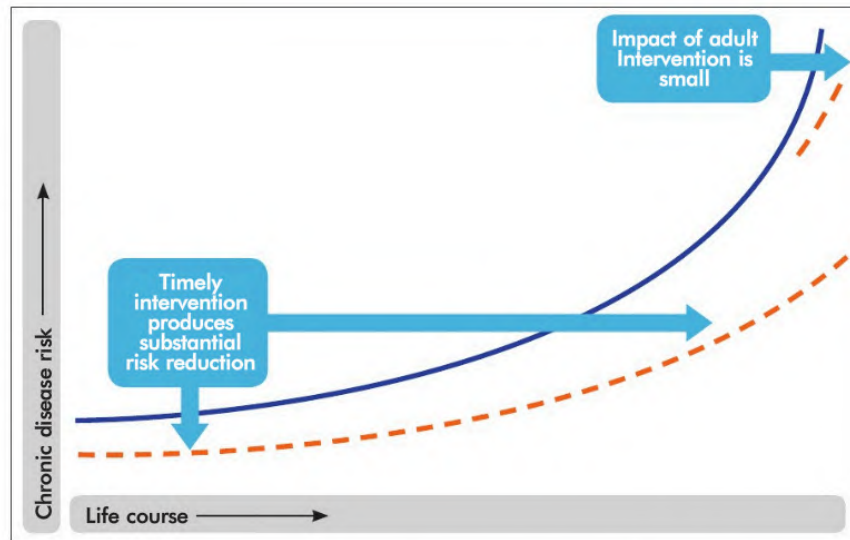
การเริ่มขบวนการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มต้นการป้องกันขณะที่ยังไม่เกิดโรค เพราะฉะนั้นเริ่มตั้งแต่ยังไม่เกิดโรคดังตัวอย่างในภาพที่ 3.1 และในผู้ป่วยเบาหวานจึงควรพิจารณาใน 2 กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญดังนี้

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

2. กลุ่มเด็กที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ในประเทศไทยยังมีการวินิจฉัยภาวะเบาหวานชนิดที่ 1 น้อยกว่าในประเทศในยุโรป คือ อยู่ประมาณ 1.6 และในประชากรเด็ก จึงควรสนับสนุนให้มีการคัดกรองเด็กก่อนที่จะเกิดมีภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้ามารักษาพยาบาล และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ในขณะที่ข้อมูลเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กมีความเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบว่าร้อยละ 30.0-40.0 เด็กที่วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานนั้นเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ยังไม่รู้ข้อมูลในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าในเด็กนั้นมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีระดับของน้ำตาลสูงขึ้นรวมถึงน้ำอัดลม ซึ่งถ้าสามารถณรงค์เรื่องการงดขนมที่มีน้ำตาลสูงได้ในสถานศึกษาก็จะสามารถแก้ไขปัญหาในภาพรวมได้ เช่น มีนโยบายเรื่องการออกกำลังกายในเด็กที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นเบาหวานชนิดที่สูง เช่น อ้วนมาก ก็จะสามารถป้องกันเด็กกลุ่มดังกล่าวเข้าสู่ภาวะโรคเบาหวานได้



โรคเบาหวาน



ภาพที่ 3.1: ผลกระทบต่อการปฏิบัติการที่สัมพันธ์กับช่วงเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง โดยถ้าเริ่มการลดความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มเป็นโรคเรื้อรังจะมีผลกระทบที่ดีกว่าเมื่อโรคดำเนินไปเป็นระยะเวลานาน

การเข้าถึงบริการเบาหวาน

จากการสำรวจคุณภาพประชากรครั้งที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษาอยู่ประมาณร้อยละ 3.0 แต่ถ้าเป็นกลุ่มประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีมากถึงร้อยละ 10.0 ไม่ได้ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่จะต้องนำมาประกอบกับการพิจารณาหามาตรการเพิ่มให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาให้มาโดยเฉพาะสังคมเมือง ที่อาจจะทำให้ประชาชนไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพตัวเอง ซึ่งในภาพรวมของประเทศลดลงจากร้อยละ 33.0 เป็นร้อยละ 3.0 ซึ่งอาจจะเฉพาะเจาะจงในพื้นที่ที่เป็นปัญหาในอนาคตโดยเฉพาะในเขตเมือง เป็นต้น

การควบคุมโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลที่เหมาะสมมีการเปลี่ยนแปลง จากแนวทางในเวชปฏิบัติพบว่า ในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรพิจารณาจากปัจจัยหลายๆ ด้าน ไม่ควรใช้เพียงตัวเลขเพียงอย่างเดียว ($HbA1c < 7.0\%$) ในการบอกว่าควบคุมได้เหมาะสม แต่ควรพิจารณาทั้ง ระยะเวลาของโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดน้ำตาลต่ำ ภาวะแทรกซ้อน และโรคร่วม ระบบที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย คุณภาพชีวิตและระยะเวลาของชีวิต (Life expectation) ที่จะต้องพิจารณาเป็นเฉพาะรายบุคคล (Individual Target)

Diabetes Mellitus **TMSP**

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 ปีขึ้นไปแสนคนซึ่งควรนำปัจจัยเหล่านี้มาพิจารณาประกอบด้วย

การที่จะพัฒนาระบบการรักษาโรคเบาหวานจะต้องทราบปัญหามีปัญหาด้านใดบ้าง ซึ่งจะสามารถทราบได้โดยการลงทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (registry) แต่ถ้าการลงทะเบียนไม่ได้นำมาใช้ในการรักษาหรือแก้ไขก็ยังไม่เกิดประโยชน์หรือการพัฒนา จึงต้องนำข้อมูลนั้นมาเพื่อใช้ในการรักษาอาจจะเป็นบุคคลที่ได้ตรวจภาวะแทรกซ้อนใดบ้างหรือยังขาดการตรวจภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง หรือได้รับการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอะไรบ้างและยังไม่ได้สอนเรื่องใด (reminder) และท้ายที่สุดให้นำข้อมูลนั้นมาพัฒนาระบบการรักษาโรคเบาหวาน (re-evaluation)



โรคเบาหวาน

1. Registry

การพัฒนาการรักษาโรคเบาหวานแต่จากการศึกษา Thailand diabetes registry ยังพบว่าผลการรักษาโรคเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง, ไขมันสูงและการหยุดการสูบบุหรี่ รวมถึงพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานพบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนในความชุกที่สูง แต่การลงทะเบียนผู้ป่วย ปัญหาหนึ่งคือระบบไม่สามารถใช้ร่วมกันในแต่ละโรงพยาบาลเนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลอาจจะมีระบบของตนเอง ถ้าในกระทรวงสาธารณสุขจัดระบบคอมพิวเตอร์ที่สามารถลงทะเบียนเชื่อมโยงแต่ละโรงพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยและเป็นฐานข้อมูลที่ไม่ซ้ำซ้อน ระบบลงทะเบียนจะมีข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา รวมถึงการตรวจภาวะแทรกซ้อนและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การทำ Diabetes Data Center จึงเป็นสิ่งจำเป็นในอนาคตที่กระทรวงสาธารณสุขต้องหาความร่วมมือกับ ทุกภาคส่วนที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมทั้งประเทศ

2. Reminder

ระบบควรมีการแจ้งเตือนไปยังทีมที่ให้การรักษาว่าผู้ป่วยในแต่ละรายยังขาดความรู้หรือแม้แต่การรักษาที่จะทำให้ผู้ป่วยประสบผลดีต่อการรักษา โดยการแจ้งเตือนผ่านระบบสารสนเทศ และควรพัฒนาระบบ Data Mobility เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองติดตามตัวผู้ป่วยไปทุกที่เพื่อส่งผลต่อการดูแลต่อเนื่องของตัวผู้ป่วยเองและสถานบริการที่ใช้บริการ

3. Re-evaluation

ข้อมูลที่ได้มาจากระบบจะต้องถูกนำมาวิเคราะห์และนำมาปรับปรุงระบบการทำงานอยู่ตลอดเวลาโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยสามารถให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ผู้บริหารจนถึงผู้ปฏิบัติงานสามารถสะท้อนภาพการทำงานได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการวางแผนพัฒนาบริการในสถานพยาบาลนั้นๆ ในระยะยาวได้ตามกลยุทธ์ของสถานพยาบาลต่อไป

บทสรุป เบาหวานเป็นโรคที่ลดคุณภาพชีวิต และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายของประเทศไทย การที่เข้าใจและสามารถณรงค์มาตรการที่มีผลกระทบและแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและจริงจังในทุกด้านร่วมไปถึงการประสานงานระหว่าง ข้อมูลวิชาการ เครือข่ายบริการทุกภาคส่วน และนโยบายของรัฐบาล ก็จะสามารถบรรเทาปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานให้เบาบางและลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาวะความดันโลหิตสูง

Hypertension



4

บว.สมเกียรติ โพธิ์สัตย์*
บว.สุรพันธ์ พงศ์สุธน**

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภัยเงียบ เนื่องจากไม่มีอาการ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ในสภาพสังคมปัจจุบัน โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทำให้มีโอกาสป่วยด้วยโรคอื่นๆ ตามมา นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตในทั่วโลก

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 ต่อแสนประชากร ในปี 2553 ทางด้านอัตราการเกิดความพิการ พบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของอัตราการเกิดความพิการต่อผู้ป่วยเป็นอันดับที่สามารถรองจากภาวะน้ำหนักตัวน้อยและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงทางหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าทุกๆ ความดันโลหิตที่สูงขึ้น 20/10 มม.ปรอท เมื่อเทียบกับ 115/70 มม.ปรอท

*สำนักวิชาการแพทย์

**โรงพยาบาลราชวิถี

Thailand Medical Services Profile (TMSP) |

23

(ฉบับย่อและเพิ่มเติม)



ภาวะความดันโลหิตสูง

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 ซึ่งจะมีผลเสียจากการให้ยาลดความดันโลหิตได้ในทางกลับกันภาวะ 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.ปรอทไม่มาก จะมีความคุ้มค่ามากที่สุด

ทางด้านการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงนั้น มีทั้งการรักษาด้วยการไม่ใช้ยา และการใช้ยาลดความดัน ซึ่งการให้แรงกดดันเกลือโซเดียมลงสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดตั้งคลินิกที่สถานที่ทำงานก็ช่วยทำให้การควบคุมความดันโลหิตได้ประสิทธิภาพเช่นเดียวกัน สำหรับการรักษาดด้วยยาลดความดันโลหิตนั้นจะเป็นการรักษาเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถคุมความดันโลหิตเข้าเกณฑ์มาตรฐาน

การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูงนั้น การตรวจคัดกรองภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายหนาด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจก็มีความคุ้มค่าในการให้การรักษาดต่อเนื่อง สำหรับการคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการนั้นยังมีข้อบ่งชี้ไม่ชัดเจน เนื่องจากอาจมีผลบวกลงในการตรวจได้ ทำให้มีผลเสียต่อการรักษาและการทำสวนหัวใจ ส่วนการคัดกรองการตีบหลอดเลือดคาโรติดตีบที่ไม่มีอาการนั้น ยังมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงอยู่และอาจไม่คุ้มค่าในประเทศไทย และยังไม่มีความชัดเจนที่เชี่ยวชาญพอที่จะคัดกรองได้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน

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

ในด้านการติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ยังมีปัญหาอยู่ในประเทศไทยค่อนข้างมาก เนื่องจากการจัดเก็บข้อมูลยังไม่ชัดเจน การลงทะเบียนผู้ป่วยรายโรคยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ และมีการย้ายถิ่นฐานของประชากรในปัจจุบัน รวมทั้งยังขาดข้อมูลพื้นฐานทางด้านความคุ้มค่าในการตรวจคัดกรองพิเศษเพิ่มเติม ซึ่งควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

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

Hypertension **TMSP**

QALY (quality-adjusted life year)

มีการศึกษา² ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูงอย่างเข้มงวด จะมีค่า cost-effectiveness (ICER) อยู่ที่ 2,588 เหรียญสหรัฐต่อ 1 QALY ที่ได้เพิ่มขึ้น และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Moran AE และคณะ³ ที่ตีพิมพ์ใน NEJM ปี 2015 พบว่าการรักษาความดันโลหิตตามแนวเวชปฏิบัติใหม่ จะสามารถช่วยลด CV event ได้ 56,000 รายและอัตราการตายได้ 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)

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง⁴ โดยมีการศึกษาพบว่ามียอัตรการเสียชีวิตถึงร้อยละ 56.7 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และร้อยละ 20.6 ในประเทศที่มีรายได้สูง นอกจากนี้การศึกษาของ Pedro Ordunez และคณะ⁵ ในประเทศละตินอเมริกา พบว่าโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดความพิการได้ (DALY) โดยสูงถึงร้อยละ 6.62 และความเสี่ยงนี้จะสูงขึ้นถ้ารวมกับปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนี้อาจสร้างภาระและความพิการได้ในอนาคตค่อนข้างสูง

ในปี 2547⁶ 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) ก่อให้เกิดความสูญเสียอันเนื่องมาจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ร้อยละ 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



ภาวะความดันโลหิตสูง

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 ดังนั้นในปัจจุบัน สำนักโรคไม่ติดต่อ 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 ซึ่งจะถือว่าเป็นปกติ 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 เพื่อกำหนดวินิจัยภาวะความดันโลหิตสูง และให้ทำการรักษาต่อไป
4. ระดับความดันโลหิต SBP $\geq$ 180 มม.ปรอท และ/หรือ DBP $\geq$ 110 มม.ปรอท จะถือว่าเป็นกลุ่มที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก ต้องส่งต่อพบแพทย์เพื่อให้ยารักษาทันที

โดยหลังจากวินิจัยภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว ควรติดตามการรักษาและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแนะนำให้ทำการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD ด้วยวจามี 9 ข้อ ดังนี้

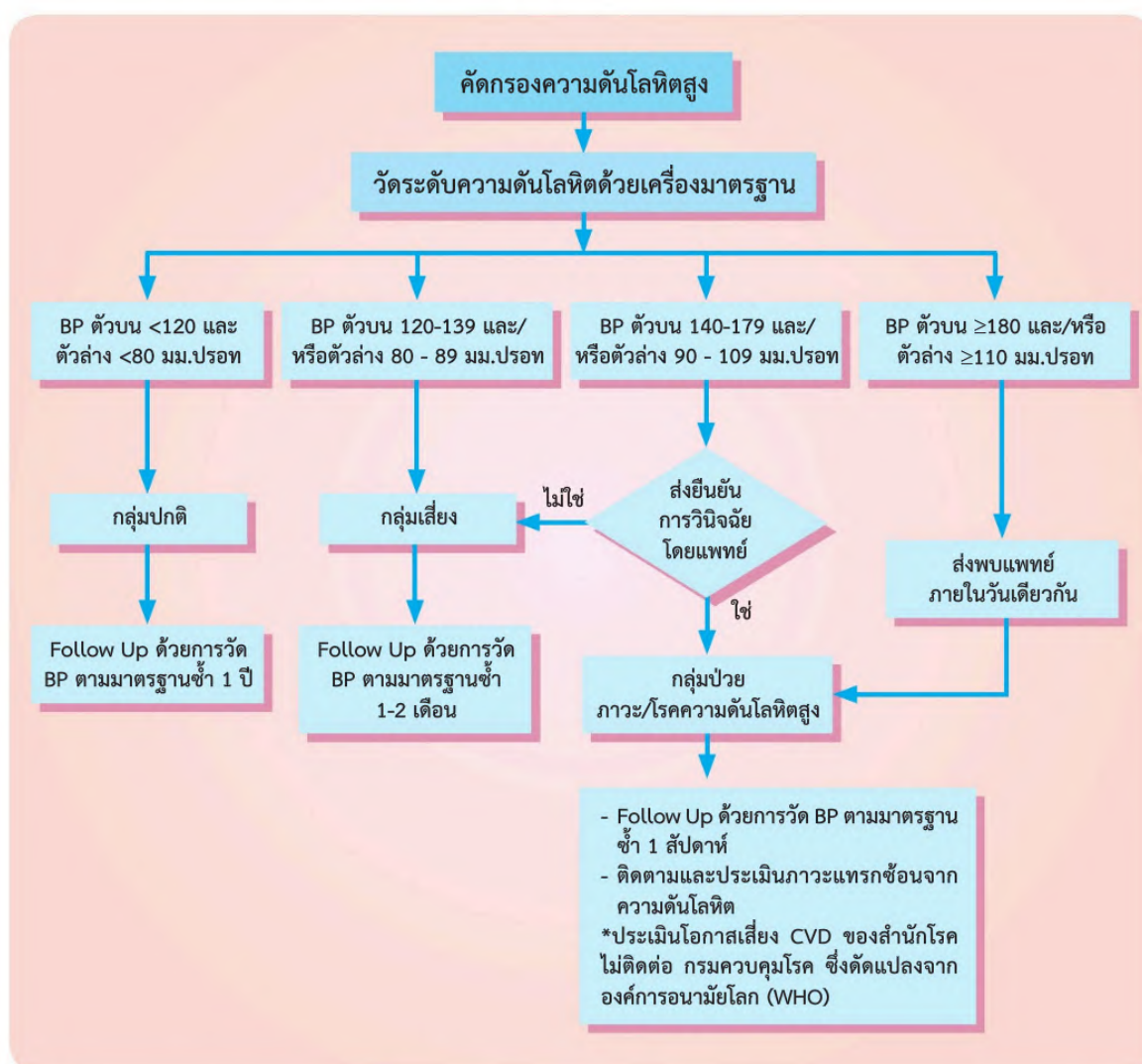
1. การกินผัก ผลไม้ ไม่เพียงพอ (ผัก ผลไม้ < 400 กรัมต่อวัน)
2. การมีวิถีชีวิตนั่งๆนอนๆ (มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง < 150 นาทีต่อสัปดาห์)
3. สูบบุหรี่ (ยังคงสูบบุหรี่ ยาเส้น ยาสูบ บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่ซิการ์ หรือหยุดสูบบุหรี่ไม่เกิน 1 ปี)
4. ดัชนีมวลกายและรอบเอวเกิน
5. มีอัตราส่วนของ Cholesterol ต่อ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

Hypertension **TMSP**

เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด CVD ในอีก 10 ปีข้างหน้า ซึ่งควรให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด CVD ซ้ำเป็นระยะ โดยเป้าหมายในการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูงใน ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ของสำนักงานโรคไม่ติดต่อคือ ร้อยละ 90 ขึ้นไป และควรได้รับการคัดกรองอย่างน้อย ปีละครั้ง

Cost-effectiveness of screening hypertension

มีการศึกษา² เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยอายุ 50–69 ปี ร่วมกับการควบคุม ความดันโลหิตอย่างเข้มงวด จะมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 491 เหรียญสหรัฐต่อ 1 QALY ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งถือว่ามีความคุ้มค่าใน การคัดกรองและให้การรักษาความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุนี้



ภาพที่ 4.1: การตรวจคัดกรองการวัดระดับความดันโลหิต



ภาวะความดันโลหิตสูง

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. การศึกษาค่าความสูญเสียสุขภาพเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพจากโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรไทย พ.ศ. 2547. 1-17.

โรคไตเรื้อรัง

Chronic Kidney Disease: CKD

5

นพ.ประเสริฐ ธนกิจจารุ*
นพ.สแกนต์ บุณนาท* 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 สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมาจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดมาตลอดและรองลงมาสาเหตุจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก นอกจากนี้ยังพบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตระหว่างปี 2550-2554

*โรงพยาบาลราชวิถี

Thailand Medical Services Profile (TMSP) |

29

(ฉบับย่อและเพิ่มเติม)



โรคไตเรื้อรัง

เมื่อแจกแจงตามกลุ่มอายุพบว่ามียุคที่มากที่สุดในกลุ่มอายุ 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 นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน (2) การคัดกรอง ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขเน้นการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงคือในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใน service plan กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงต้องได้รับการตรวจคัดกรองโปรตีนในปัสสาวะและเจาะเลือด วัดระดับซีรัมครีเอตินิน และรายงานเป็น eGFR อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (3) การชะลอความเสื่อมไต เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังแล้ว สิ่งที่สำคัญคือ การป้องกันไม่ให้ไตเสื่อมมากขึ้นหรือเสื่อมลงในอัตราที่ช้าที่สุด กลยุทธ์หลักในการชะลอความเสื่อมไตคือ การกำหนดให้มีการจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ รพช. ทุกระดับ (F3 ขึ้นไป) และได้มีการกำหนดองค์ประกอบของคลินิกชะลอไตเสื่อม (4) การเตรียมผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต 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)

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ประมาณ 70,000 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้มีการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น มีการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยโรคไต จะมีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลประมาณ 250,000 บาทต่อปี ซึ่งจะทำให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแยกตามสิทธิการรักษาการบำบัดทดแทนไต โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้พบว่า ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนมากจะใช้สิทธิการเบิกจ่ายสิทธิจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องส่วนมากใช้สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต แม้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ยืนยาวเท่าคนปกติ ซึ่งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จากรายงานUSRDS ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 2550 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต มีอัตราการรอดชีวิตดีกว่าการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องอย่างชัดเจน โดยที่เวลา 5 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต มีอัตราการรอดชีวิตประมาณร้อยละ 75.0 เปรียบเทียบกับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องซึ่งมีอัตราการรอดชีวิตใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 34.0 โดยใน 3 ปีแรกผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีอัตราการรอดชีวิตดีกว่าการฟอกเลือดเล็กน้อย 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

Chronic Kidney Disease: CKD **TMSP**

ข้อมูลประสิทธิผลการรักษาที่มีในปัจจุบันนั้นยังไม่สามารถสรุปว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ การฟอกไตทางช่องท้อง เป็นการรักษาที่มีประสิทธิผลดีไปกว่ากัน เนื่องจากความแตกต่างของตัวผู้ป่วยที่ส่งผลต่อ อัตรารอดชีพและยังไม่มีการศึกษาที่เป็น randomized controlled trials (RCT) การศึกษาเบื้องต้นที่ทำการวิเคราะห์ ต้นทุนอรรถประโยชน์ของ CAPD กับ HD ในประเทศไทยโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิและข้อมูลอัตรารอดชีพที่รายงาน โดย USRDS ซึ่งเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่และมีการวิเคราะห์ที่ปรับด้วยปัจจัยอายุ เพศ เชื้อชาติ และการวินิจฉัย เบื้องต้นแล้ว แสดงอัตราตายเฉพาะกลุ่มใน 2 ปีแรก พบว่า CAPD มีอัตราตายต่ำกว่า HD ใน 2 ปีแรก แต่ในปีที่ 3 อัตราตายในกลุ่ม CAPD เพิ่มขึ้นจนกระทั่งสูงกว่า HD เล็กน้อย ในอัตราตายในปีที่ 4 เป็นต้นไป เป็นการรายงานอัตรา รอดชีพของกลุ่ม dialysis รวมทั้งหมด ไม่ได้จำแนกเป็นกลุ่ม ซึ่งในการวิเคราะห์นี้ได้กำหนดให้ค่าความน่าจะเป็นตั้งแต่ ปีที่ 4 เป็นต้นไปของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน นอกจากประสิทธิผลการรักษาที่ใกล้เคียงกันแล้ว ค่าอรรถประโยชน์ของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันเพียง 0.01 ซึ่งต่างกันเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่งผลให้ QALYs ที่คำนวณได้มีความแตกต่างกันเพียง เล็กน้อย ค่า ICER ของ CAPD เมื่อเปรียบเทียบกับ HD ที่วิเคราะห์ได้จากกรณีหลังมีค่ามากถึง 6.15 ล้านบาทต่อ QALY (เมื่อปรับลดในอัตราร้อยละ 3.0) ดังนั้นจึงควรมีการศึกษามากขึ้นเกี่ยวกับ อรรถประโยชน์ของผู้ป่วย CAPD และ HD เพิ่มเติมและทำการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาทั้งในกรุงเทพมหานครและในต่างจังหวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถแทน ประชากรผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทั้งหมดทั่วประเทศได้

การบริการดูแลรักษาที่ต้องได้รับการพัฒนา

1. การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง นอกจากการเน้นการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงแล้ว ควรเน้นเรื่องการใช้ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ steroids (NSAIDs) และ การใช้ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร ที่ไม่มีการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยของโรคไตเรื้อรัง และเป็นยาที่ยังไม่มีการควบคุม การขายผู้ป่วยหาซื้อเองได้ทั่วไป และมักใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน
2. การตรวจวินิจฉัยควรมีนโยบายสนับสนุนการตรวจระดับ creatinine ในเลือดด้วยวิธี enzymatic method และทำการสอบเทียบมาตรฐานห้องปฏิบัติการเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เพื่อลดความคลาดเคลื่อน ของการวินิจฉัย และติดตามการรักษา โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจรักษาที่อื่น
3. ควรมีการควบคุมคุณภาพการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ศูนย์บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (โดยเฉพาะในส่วนโรงพยาบาลของรัฐที่จ้างเหมาเอกชนมาจัดบริการ) และ ศูนย์บริการล้างไตทางช่องท้องอย่างเป็นระบบ และมีการบูรณาการเกณฑ์การตรวจรับรองคุณภาพหน่วย HD, PD และ KT และใช้บุคลากรร่วมกันระหว่างองค์กร ที่มีหน้าที่ตรวจรับรองคุณภาพ
4. ควรมีการทบทวนความเป็นธรรมในการให้บริการ ที่ยังมีความแตกต่างกันมากในด้านการเข้าถึงบริการและ การสนับสนุนและชดเชยค่าบริการdialysis ระหว่างสิทธิการรักษาต่างๆ
5. การให้วัคซีนที่จำเป็นเช่น HBV vaccine แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรเข้าไปอยู่ในสิทธิประโยชน์ที่สามารถ เบิกจ่ายได้ตามสิทธิการรักษา
6. ควรมีการจัดระบบบริการ HD เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ซึ่งนับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีชีวิต ที่ยืนยาวขึ้น
7. ควรมีการวางแผนรองรับการขยายบริการของหน่วย HD ที่มีการเพิ่มอย่างรวดเร็วเพื่อรองรับความต้องการ ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาตามมา คือ ปัญหาเรื่องมาตรฐานการให้บริการ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์



โรคไตเรื้อรัง

และพยาบาล ปัญหาสมองไหลจากภาครัฐมาอยู่หน่วยไตเทียมเอกชน ปัญหาการให้ภาคเอกชนเข้ามาใช้สถานที่ในการให้บริการในโรงพยาบาลรัฐ (outsourcing) แบบที่ไม่ถูกต้องตามระเบียบ

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

9. การขาดแคลนผู้บริจาคอวัยวะซึ่งเป็นอุปสรรคใหญ่ของการปลูกถ่ายไต มีปัญหาจาก 2 ส่วนคือ

9.1 ประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบริจาคอวัยวะและยังมีทัศนคติและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดความลังเลในการตัดสินใจบริจาค ซึ่งสามารถทำการแก้ไขด้วยการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ประชาชน และ รมรณรงค์อย่างจริงจัง

9.2 ผู้ให้บริการที่ยังขาดความเข้าใจในบทบาทการทำงาน การประสานงาน กฎระเบียบข้อบังคับ และขาดความตระหนักถึงความสำคัญ ซึ่งสามารถแก้ไขด้วยการจัดให้มีโครงสร้างและระบบงาน การกำหนดให้มีตำแหน่งพยาบาลผู้ประสานงานการรับบริจาคอวัยวะอย่างน้อย 1 คนต่อ 1 โรงพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง ชี้แจงกฎระเบียบข้อบังคับและสร้างความตระหนักแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

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

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

1. การสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการและกำหนดทิศทางร่วมกัน

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

3. ระบบการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการวิเคราะห์ข้อมูลให้ชัดเจนระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

4. การจัดระบบผู้รับผิดชอบด้านการรับ จัดเก็บและส่งข้อมูลที่ชัดเจนในทุกระดับ ทั้งในระดับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และ ระดับประเทศ

Chronic Kidney Disease: CKD **TMSP**

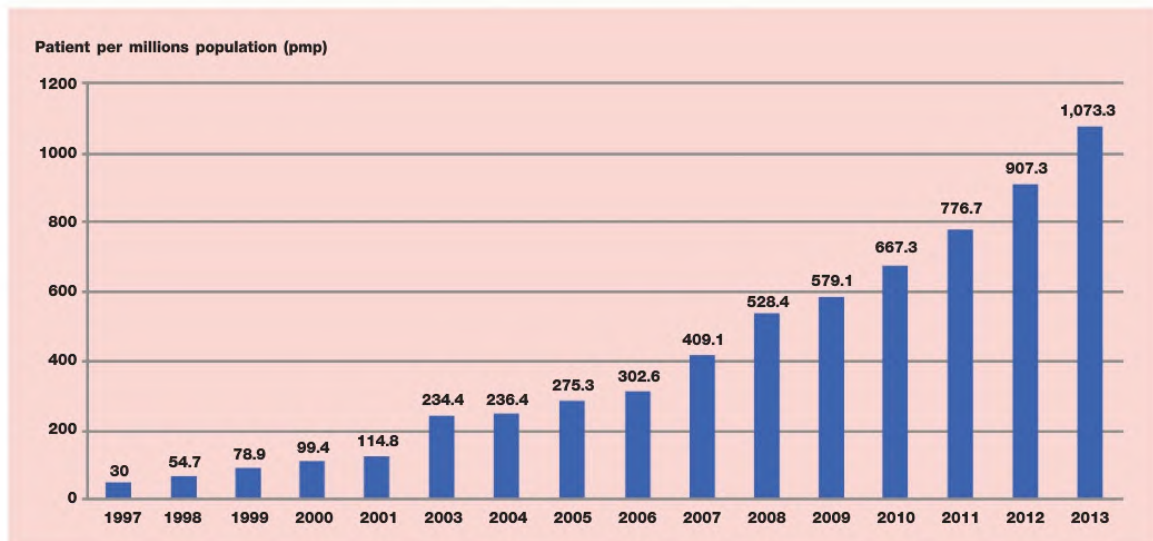
5. การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้แก่ผู้ป่วยในการวางแผนเข้าสู่การบำบัดทดแทนไตอย่างถูกต้องเพียงพอ และทันที่ต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีและเข้ารับการบำบัดทดแทนไต เพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการให้เข้ารับ การบำบัดทดแทนไตและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินรุนแรงในผู้ป่วย

การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยมีความชุกเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด จนทัดเทียมกับประเทศทางตะวันตกโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศ EU และตั้งแต่มีการประกาศนโยบาย PD first policy ในปี 2550 เป็นต้นมา ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยวิธี CAPD เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 24.9 ในปี 2556 หากยังคงมีอัตราการเพิ่มขึ้นของการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทยดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ก็เชื่อได้ว่า จะมีอัตราทัดเทียมประเทศในภาคพื้นอเมริกาเหนือได้อีก 2-3 ปีข้างหน้า แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดรักษาทดแทนไต และการรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรคไตมีค่าใช้จ่ายสูง เป็นภาระทางด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ ดังนั้นการป้องกัน การเกิดโรคและชะลอความเสื่อมของโรค CKD จึงมีประโยชน์ในการลดภาระทางเศรษฐกิจด้วย

จากบทความโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease : CKD) ในหนังสือ Thailand Medical Service Profile First Edition ทางคณะกรรมการผู้เขียนบทความ สาขาโรคไตเรื้อรัง ได้ปรับแก้และเพิ่มเติมข้อมูลใน บางหัวข้อ ดังต่อไปนี้

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ล้างไตทางช่องท้อง

จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า ผู้ที่เข้ารับบริการการบำบัดทดแทนไต (ฟอกเลือดด้วย เครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง หรือ ปลุกถ่ายไต) มีตั้งแต่ผู้ป่วยวัยเด็กและมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อยๆ ในทุกกลุ่มอายุ (ภาพที่ 5.1 และ ภาพที่ 5.2)

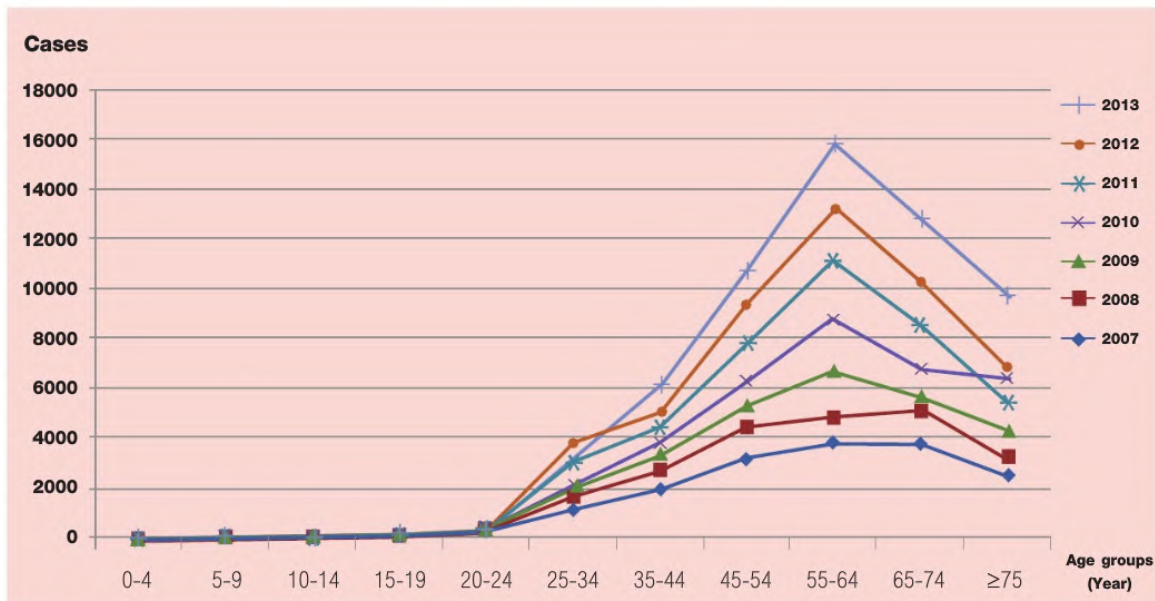


ภาพที่ 5.1 : ความชุกของผู้เข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ตั้งแต่ปี 1997-2013 (ต่อล้านประชากร)

ที่มา: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย



โรคไตเรื้อรัง



ภาพที่ 5.2 จำนวนผู้เข้ารับบริการด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือ ล้างไตทางช่องท้อง แยกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี 2007-2013

ที่มา : สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

Cost and Interventions

ข้อมูลสถิติปัจจุบันของประเทศไทยจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (TRT 2013) พบว่า มีความชุกของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตทั้งหมด 1073.3 รายต่อล้าน ประชากร แบ่งเป็นผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ล้างไตทางช่องท้อง และผู้ป่วยปลูกถ่ายไต เท่ากับ 545.2 148.6 และ 55.9 รายต่อล้านประชากรตามลำดับ (ตารางที่ 5.1)

เมื่อแบ่งสัดส่วนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแยกตามสิทธิการรักษาการบำบัดทดแทนไต พบว่าค่าใช้จ่ายผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนมากเบิกจ่ายจากสิทธิจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องส่วนมากใช้สิทธิการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตารางที่ 5.2 และ 5.3)

Chronic Kidney Disease: CKD **TMSP**

ตารางที่ 5.1 : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการการบำบัดทดแทนไต 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

Thailand Medical Services Profile (TMSP) |
(ฉบับย่อและเพิ่มเติม)

35



โรคไตเรื้อรัง

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)

Chronic Kidney Disease: CKD **TMSP**

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 ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ระบบยังไม่สมบูรณ์)
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 เติงขึ้นไป (A, S, M1, M2, F1, F2) ครบ 100% ในปี 2559 รพ.ระดับต่ำกว่า 60 เติง (F3) 50% ในปี 2560
คลินิกชะลอไตเสื่อมผ่านการประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	ตัวตั้ง : จำนวน รพ.ทั้งหมดที่มีการดำเนินการคลินิกชะลอไตเสื่อมและผ่านเกณฑ์ประเมินที่ระดับ >70 คะแนน x 100 ตัวหาร : จำนวน รพ.ทั้งหมดที่มีการดำเนินการคลินิกชะลอไตเสื่อม	รพ.ระดับ 60 เติงขึ้นไป (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 รพ.แม่ข่าย (M2) 50% ในแต่ละเขต ในปี 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



โรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 5.5: แสดงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ชื่อตัวชี้วัด	สูตรคำนวณ	เป้าหมาย
ผู้ป่วยมี BP < 140/90 mmHg	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและได้รับการวัด ความดันโลหิต ที่ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 mmHg x 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและได้รับการวัด ความดันโลหิตทั้งหมด	> 80%
ผู้ป่วยได้รับ ACEi/ARB	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับ ACEi/ARB x 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลทั้งหมด	> 60%
ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73 m ² /yr	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ serum creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 4 mL/ min/1.73 m ² /yr x 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ serum creatinine และมีผล eGFR ≥ 2 ค่า	> 50% ในปี 2559 > 65% ในปี 2560 และเพิ่ม เป้าหมายปีละ 1% จนเป็น 69% ในปี 2564
ผู้ป่วยมี Hb > 10 gm/dL	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ Hb และมีค่าผลการตรวจ > 10 gm/dL X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ Hb ทั้งหมด	> 60%
ผู้ป่วยมี HbA1c 6.5-7.5% (เฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน)	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 เฉพาะ ที่มีเบาหวานร่วม สัญชาติไทยที่มารับบริการ ที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ HbA1c และ มีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5% X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 เฉพาะที่มี เบาหวานร่วม สัญชาติไทยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ HbA1c ทั้งหมด	> 40%

Chronic Kidney Disease: CKD **TMSP**

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 HCO ₃ > 22 mEq/L	ตัวตั้ง : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ serum HCO ₃ และมีค่าผลการตรวจ > 22 mEq/L X 100 ตัวหาร : ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 1-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่ได้รับการตรวจ serum HCO ₃ 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%



โรคไตเรื้อรัง

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 และมีผลการ ประเมิน < 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 และมีผล การตรวจ ≤ 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 และอยู่ใน เกณฑ์ที่เหมาะสม (<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 : จำนวนผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดรายใหม่ด้วยสายฟอกเลือดด้วย non-cuffed หรือ cuffed double lumens catheter X 100 ตัวหาร : จำนวนผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้อง ฟอกเลือดรายใหม่ทั้งหมด	< 20%

Chronic Kidney Disease: CKD **TMSP**

ขณะนี้ตัวชี้วัดคุณภาพของระบบบริการโรคไตเรื้อรังในส่วนของร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรังและ ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ รวมทั้ง ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดยกเว้น ผู้ป่วยที่ได้รับการ emergency vascular access ก่อนเริ่มทำ RRT สามารถดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) ของกระทรวงสาธารณสุข และ นำมาวิเคราะห์ใน ระบบ health data center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขได้แล้ว ทำให้การรายงานเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ และสามารถลดภาระงานในการกรอกข้อมูลและจัดเก็บตัวชี้วัด แต่ยังคงมีปัญหาการลงหรือเชื่อมต่อข้อมูลจาก หน่วยงานเข้าสู่ระบบ hospital information system (HIS) ของแต่ละ รพ. และการเชื่อมต่อข้อมูล HIS ของแต่ละ รพ. ไปยังฐานข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอยู่บ้าง ซึ่งกำลังได้รับการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและครบถ้วน มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การติดตามประเมินผลยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน เป็นการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และประเมินผล จากแหล่งต่างๆ โดยคณะกรรมการ service plan สาขาไต และนำมาวางแผนการพัฒนาร่วมกับภาคีต่างๆ เพื่อสรุปผลและจัดทำ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนำเสนอผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ขาดที่ยังต้องได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับข้อมูลและการติดตาม ได้แก่

- ระบบรายงานตัวชี้วัดผ่านระบบ HDC ยังต้องมีการปรับปรุงในแง่ความเข้าใจของผู้รับผิดชอบข้อมูลระดับ รพ. ในการเชื่อมโยงข้อมูลจาก HIS รพ. เข้ามาในระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) โดยการ mapping ฐานข้อมูล ทั้ง 2 ให้ถูกต้อง ซึ่งผู้รับผิดชอบในส่วนกลางต้องทำความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดและ รพ.
- ยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนางานเช่นข้อมูลด้านบุคลากร และ ทรัพยากรทางการแพทย์ ในภาพ ราย รพ. รายจังหวัด และ รายเขต เพื่อนำมาใช้พิจารณาประกอบกับการรายงานตัวชี้วัดคุณภาพ บริการและผลลัพธ์
- ในส่วนกลางต้องจัดตั้งคณะทำงานในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นในการวางแผนบริหารจัดการและจัดทำ ข้อเสนอเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ
- ยังต้องการการพัฒนาฐานข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งการติดตามการรักษาและส่งต่อ

ข้อเสนอเพื่อการศึกษา วิจัย และจัดการความรู้

1. คุณภาพการบริการ และระบบข้อมูลและการติดตาม

1.1 ข้อเสนอดำเนินงานวิจัย

- 1.1.1 สาเหตุของโรคไตเรื้อรังที่เป็นปัญหาเฉพาะของแต่ละพื้นที่
- 1.1.2 ความสามารถในการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไต ความเหมาะสม และ คุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยในสิทธิการรักษาที่แตกต่างกัน
- 1.1.3 ความเพียงพอ สมรรถนะ ปัญหาและอุปสรรคในการดำรงทรัพยากรบุคคลในการให้บริการ
- 1.1.4 ค่าชดเชยการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในปัจจุบันของการให้บริการ HD, PD และการปลูกถ่ายไต
- 1.1.5 แนวทางที่เหมาะสมในการจัดการดูแลแบบ palliative care ให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต



โรคไตเรื้อรัง

1.2 ข้อเสนอแนะด้านการจัดการความรู้

1.2.1 ควรมีการประเมินรูปแบบของคลินิกโรคไตเรื้อรังต้นแบบ และนำไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของเขตสุขภาพแต่ละเขต และมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาการดำเนินงาน วิธีแก้ไข และ best practice ต่างๆ

1.2.2 ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคไตโดยเฉพาะเรื่องพื่นอกเหนือจากเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเช่น การใช้ยา NSAIDs ที่ไม่ถูกวิธี หรือแนะนำการจัดการอาการปวดโดยไม่ต้องใช้ยา NSAIDs การระวังการใช้ยาหม้อ ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตามมาตรฐาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่นการกินอาหารรสเค็ม เป็นต้น ลงไปในระดับชุมชนให้มากขึ้นโดยผ่านทางกลไกของ DHS

1.2.3 ควรมีการกำหนดรูปแบบของการให้ความรู้ด้านทางเลือกการบำบัดทดแทนไตแก่ผู้ป่วยที่ไม่ล่าเอียง นำเสนอข้อดี ข้อเสียตามข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่จริง เพื่อป้องกันการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้ให้บริการ

ยาและสารเสพติด

Drugs and Addictive Substance

6

นพ.วิโรจน์ วีระชัย* นพ.อังศุร ภัทรการ* นพ.ลำชา ลักขณาภิชนชัย* อ.ดร.ประภาพรรณ จูเจริญ**
 นพ.ชาญชัย ธงพานิช*** นพ.อภิศักดิ์ วิกยานุกุลลักษณ์**** พญ.ภัทรินทร์ ชมภูคำ*
 พญ.วรางคณา รักธงาม* นพ.อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์* ดุชนิย์ ชาญปรีชา*
 รุจิรา อาภาบุษยพันธุ์* วันเพ็ญ ใจปทุม* ระเียบ ใดแก้ว* สมบัติ มากัน*
 สำเนา นิลบรรพ์* ยาวอเรศว์ นาคะโยธินสกุล* สมบูรณ์ เกื้อกาแก้ว* รัชนิกร ชันต์*
 เสมอเหมือน โลหะกิจ* นันทา ชัยพิชิตพันธ์* ธัญญา สิงห์โต*

ยาและสารเสพติด ในโลกปัจจุบันมีหลากหลายประเภท ทั้งประเภทที่ถูกกฎหมายได้แก่ สุรา บุหรี่ และประเภทที่ผิดกฎหมาย ได้แก่ ผิ่น เฮโรอีน ผงขาว กัญชา ยาบ้า ยาไอซ์ ทั้งนี้ยาและสารเสพติดทุกประเภทย่อมมีผลต่อสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับความคิด ความจำและการตัดสินใจทั้งสิ้น ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดมีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ละเลยตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หงุดหงิด ก้าวร้าว ขาดเหตุผลและความรับผิดชอบ เป็นต้น ยาเสพติดยังก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติ ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ จากรายงานปัญหาเสพติดโลก เมื่อปี ค.ศ. 2012 พบว่า มีประชากร 271 ล้านคนทั่วโลกที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และมีผู้เสียชีวิตจากยาเสพติดปีละกว่า 300,000 ราย สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 คาดการณ์ว่า มีผู้เสพยา/ผู้ติดยาเสพติดมากถึง 3.7 ล้านคน

สุรานั้นเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย 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 จากการศึกษาภาวะโรคที่เกิดจากการดื่มสุราเมื่อปี พ.ศ.2552 พบปัจจัยเสี่ยงอันดับแรก คือการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพ (DALYs) ในเพศชายถึง 912,885 ปี หรือร้อยละ 15.7 ของการสูญเสียสุขภาพทั้งหมดซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของนานาชาติถึง 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



ยาและสารเสพติด

ประเทศไทยเมื่อปี 2552 พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในเพศชายจำนวน 20,842 ราย หรือร้อยละ 8.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลให้ชายไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงถึง 408,839 ปี (YLLs: Year of Life Lost) คิดเป็นร้อยละ 10.9 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าการดื่มสุราส่งผลให้ชายไทยมีชีวิตรอดอยู่กับความพิการสะสมถึง 504,046 ปี หรือคิดเป็นร้อยละ 24.4 ของปีแห่งการสูญเสียความพิการ (YLDs: Year Life Disability) จากสถิติพบว่าเพศชาย มีภาวะการติดสุราเป็นโรคอันดับ 1 ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) และความสูญเสียสุขภาพ (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 สอดคล้องกับข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยรายใหม่ 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 และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ร้อยละ 2.79 จากสถิติพบว่า กลุ่มผู้ติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 11.44 จากร้อยละ 25.0 ในปี 2555 เพิ่มเป็นร้อยละ 36.44 ในปี 2558 แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีการเสพติดรุนแรงขึ้น แม้รัฐบาลจะมีความพยายามในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดให้ลด ละ หรือเลิกใช้ยา และสารเสพติดก็ตาม อาจเป็นผลมาจากความไม่ตระหนักรู้ของกลุ่มผู้เสพติดที่ยังคงเห็นข้อดีของการใช้ยา และสารเสพติด หรือแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการของกลุ่มผู้เสพติด ดังนั้นแนวทางในการแก้ปัญหาในส่วนนี้คือการค้นหา-คัดกรองกลุ่มผู้เสพติดให้ได้โดยเร็ว และใช้เทคนิคเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing: MI) เพื่อให้ผู้เสพติดเกิดความตระหนักรู้ และเปลี่ยนแปลงตนเอง รวมถึงควรมีการเปิดช่องทางให้ผู้เสพติดสามารถเข้าถึงการบำบัดได้ง่าย เท่าเทียม และรักษาสีห์ผู้เสพติดด้วย

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ ปี 2554 - 2558 การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยการนำผู้เสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา พบว่า ผู้เข้าบำบัดรักษามีแนวโน้มที่สูงขึ้นจาก 187,246 คน ในปี 2554 เป็น 303,509 คน ในปี 2557 และในปี 2558 (ข้อมูลเดือนตุลาคม 2557 - กรกฎาคม 2558) มีผู้เข้าบำบัดรักษาจำนวน 168,667 คน และเมื่อพิจารณาการนำผู้เสพติดเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาในช่วงที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า อัตราผู้เข้ารับการรักษาในระบบบังคับบำบัดจะมากที่สุด โดยในปี 2554 อยู่ที่ร้อยละ 71.9 ขณะที่ระบบสมัครใจ อยู่ที่ร้อยละ 19.9 และเมื่อมีการปรับแนวทางที่เน้นการนำผู้เสพติดเข้าสู่การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจพบว่า สามารถนำผู้เสพติดของระบบสมัครใจเพิ่มสูงขึ้น 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 ที่ผ่านมาก่อร้อยละ 50 ของผู้บำบัดรักษาเป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ถึงแม้ว่าจะมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ จึงควรมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด รวมทั้งผู้เข้าบำบัดรักษาที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีที่ควรต้องได้รับการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน โดยในช่วงนี้มีอัตราการลดลงจากร้อยละ 1.1 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 0.7 ในปี 2558 กลุ่มอาชีพหลักยังคงเป็นกลุ่มอาชีพรับจ้าง ว่างาน และเกษตรกร ร้อยละ 43.9, 18.7 และ 14.7 ตามลำดับ แม้ว่าในช่วงนี้จะมีอัตราผู้เข้าบำบัด

Drugs and Addictive Substance **TMSP**

รักษายาบำบัดลง แต่ยังคงเป็นตัวยาที่มีผู้เสพมากที่สุด ร้อยละ 80.3 ซึ่งยังไม่มีตัวยาใดมาแทนที่ รองลงมาคือ กัญชา มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษา ร้อยละ 6.1 และไอซ์ มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษา ร้อยละ 4.4 นอกจากนี้ยังพบว่า เกือบทุกตัวยา มีอัตราผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น ยกเว้นยาบ้า และพืชกระท่อมที่มีอัตราผู้เข้าบำบัดรักษาลดลง

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงการเสียชีวิตและความพิการอันเนื่องมาจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย จึงขาดข้อมูลที่จะใช้ในการคำนวณภาระโรคจากการติดยา และสารเสพติด แต่ในปี 2522 สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ มีการศึกษาภาระโรคจากการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายในเพศชาย ร้อยละ 0.7 และเพศหญิงร้อยละ 0.1 ของภาระโรคจาก 14 สาเหตุความเสี่ยงที่ศึกษามีค่า = 45,147 ปี มีการสูญเสียสูงสุดในช่วงอายุ 30 – 44 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับภาระโรคกับปัจจัยอื่นๆ การใช้สารเสพติดอยู่ในอันดับที่ 12 จาก 14 ปัจจัยความเสี่ยง ซึ่งมีค่าต่ำมาก ซึ่งการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ 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) สิ่งสำคัญคือ ผู้เสพติดเหล่านี้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ด้วย

ในประเทศไทยพบว่าการประเมินผลของเศรษฐศาสตร์สุขภาพในผู้ติดยาและสารเสพติด 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 การติดตามการรักษา เฉลี่ยคนละ 1,234.46 บาท ระบบบังคับบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก เฉลี่ยคนละ 2,628.95 บาท บำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน เฉลี่ยคนละ 65,190.73 บาท ระบบต้องโทษ เฉลี่ยคนละ 19,058.23 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของศิริแพทย์ อุษณีย์ และจารุวัฒน์ในปี 2552 ที่มีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วงเดียวกัน ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ต้นทุนรวมต่อคนในการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยในมีต้นทุนสูงกว่าการดูแลผู้ป่วยนอกในทุกๆ ระบบ ต้นทุนการบำบัดผู้ป่วยเสพติดที่มีอาการทางจิตสูงกว่าผู้ป่วยเสพติดที่ไม่มีอาการทางจิต การไม่กลับไปเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้นต้นทุนการบำบัดจะน้อยลง และผู้ป่วยระบบสมัครใจเลิกใช้ยาเสพติดได้มากกว่าผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด ซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการบำบัดด้วย

ทั้งนี้การกระทรวงสาธารณสุขมีเจตนารมณ์และให้ความสำคัญกับการพัฒนานโยบายให้ผู้ป่วยเสพติดได้รับการดูแลช่วยเหลือเท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคอื่นและให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุมสร้างหลักประกันได้ว่าผู้ป่วยเสพติดจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานที่ดี โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ ผู้ป่วยสามารถเลิกใช้ยาเสพติดได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในส่วนของผู้ป่วยเสพติดที่ยังไม่สามารถเลิกใช้ยาเสพติดอย่างเด็ดขาด กระทรวงได้มีการพัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่ออื่นในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดโดยวิธีการฉีด ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว หรือใช้สารเสพติดทดแทนภายใต้การกำกับของแพทย์ รวมถึงการพัฒนาแบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอื่นๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของบุคคลในสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยเสพติดปรับตัวเองให้ลด



ยาและสารเสพติด

การใช้ยาเสพติดลง อารมณ์สถานภาพตนเองไม่กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ จนจิตใจเข้มแข็งพอที่จะเลิกใช้นาเสพติดด้วยความสมัครใจ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด มีเป้าหมายใน 4 ระดับคือ 1) ลดอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด และผู้เสพติดสามารถเข้าถึงสิทธิการในการดูแลสุขภาพ 2) ป้องกัน และดูแลการติดเชื้อที่สำคัญในผู้ใช้ยาเสพติดโดยวิธีการฉีด (โดยเฉพาะโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเลือด) 3) จูงใจให้ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด ออกจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย และหยุดฉีด โดยใช้ยาทดแทน 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเสพติดด้วยวิธีการฉีดสามารถปรับตัวได้ ลดการใช้ยาเสพติดลง อารมณ์สถานภาพไม่ใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน 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 และป้องกันการเสพติดซ้ำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ยุทธศาสตร์ตามกรอบแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 - 2562 คือ

1. ยุทธศาสตร์การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด
2. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติด
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 การแก้ไขปัญหายาเสพติด
 - ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม
3. ด้านการปราบปรามยาเสพติด ประกอบด้วย
 - ยุทธศาสตร์ที่ 4 การควบคุมตัวยาและผู้ค้ายาเสพติด
 - ยุทธศาสตร์ที่ 5 ความร่วมมือระหว่างประเทศ
4. ด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย
 - ยุทธศาสตร์ที่ 8 การบริหารจัดการอย่างบูรณาการ

Drugs and Addictive Substance **TMSP**

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดนับเป็นหนึ่งในนโยบายของรัฐบาล ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจึงจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ และร่วมกันแก้ไขปัญหาการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดแต่ละประเภท จึงควรมีแนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเสพติดเหล่านั้นให้ปลอดภัยจากอาการ อาการแสดง และภาวะของโรคเสพติด ทั้งนี้คุณภาพการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติด และกิจกรรมการบำบัด (Intervention) ที่พัฒนาขึ้นเพื่อสะท้อนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเห็นถึงวิธีการปฏิบัติ 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 หรือมาตรการทางสังคมหรือครอบครัวที่จูงใจให้ผู้ป่วยมารับการบำบัดรักษาโดยสามารถเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของภาครัฐ โรงพยาบาลเอกชน และศูนย์ฟื้นฟูฯ ของรัฐร่วมกับเอกชนอีกด้วย

2. ระบบบังคับบำบัด หมายถึงผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาด้วยระบบบังคับบำบัดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ผู้ติดยาเสพติดที่ถูกจับในฐานะผู้เสพ จะถูกนำเข้ารับการบำบัดฯ ในระบบนี้ และหากผู้เข้ารับการบำบัดฯ มีผลการรักษาเป็นที่น่าพอใจ ก็จะถูกปล่อยตัวโดยไม่ถูกดำเนินคดี การนำผู้เสพติดเข้าบังคับบำบัด เริ่มจากการที่ผู้เสพติดถูกจับกุมตามฐานความผิดที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติฟื้นฟูฯ พ.ศ.2545 และเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ศาลจะสั่งให้พนักงานคุมประพฤติตรวจพิสูจน์ว่าเป็นบุคคลที่เป็นผู้เสพติดจริง ผู้เสพติดจะถูกกักกันไว้ในสถานที่ที่รอตรวจพิสูจน์ พนักงานคุมประพฤติจะต้องจัดทำข้อมูลให้แล้วเสร็จภายใน 15 วัน หากไม่เสร็จสามารถขยายได้อีก 15 วัน แต่รวมแล้วไม่เกิน 45 วัน และเสนอข้อมูลดังกล่าวต่อคณะกรรมการฟื้นฟูฯ เพื่อวางแผนการฟื้นฟูฯ และส่งผู้เข้ารับการฟื้นฟูฯ ในสถานที่ที่เหมาะสม 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 และสามารถขยายระยะเวลาการฟื้นฟูฯ ได้ครั้งละ 6 เดือน แต่รวมแล้วต้องไม่เกิน 3 ปี ซึ่งในการดำเนินงานได้บูรณาการทรัพยากรบุคคลและสถานที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การฟื้นฟูฯ แบบควบคุมตัวมีประสิทธิภาพ

3. ระบบต้องโทษ หมายถึงผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาในระบบต้องโทษ เป็นการให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ได้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดและถูกคุมขังซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลภายใต้ขอบเขตข้อบังคับของกฎหมาย เรือนจำหรือทัณฑสถานได้จัดให้มีการบำบัดฟื้นฟูฯ ขึ้นภายในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ในกรณีที่เป็นเยาวชนอายุไม่เกิน 18 ปี จะได้รับการบำบัดรักษาในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลยาเสพติด เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการแก้ไขปัญหาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข โดยการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพ การให้บริการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด เพื่อให้



ยาและสารเสพติด

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

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

เป้าประสงค์

1. ปัญหา ยาเสพติดและสารเสพติดลดลง
2. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และมีความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในครอบครัวชุมชน
3. บุคลากรและสถานพยาบาลมีศักยภาพ และเพียงพอต่อสภาพปัญหา
4. ผู้ป่วยยาและสารเสพติดระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐานครอบคลุมบริการด้านการส่งเสริม 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 และไม่เสพติดยาซ้ำ ร้อยละ 80
6. สถานพยาบาลยาเสพติดได้รับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) ร้อยละ 70

แผนการพัฒนา

1. ด้านบุคลากร พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพ เพียงพอตามความจำเป็นในสถานพยาบาลแต่ละระดับ รวมทั้งมีระบบการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน
2. ด้านสถานที่ พัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีความพร้อมตามเกณฑ์มาตรฐานสามารถรองรับผู้ป่วยตามสภาพปัญหา ความรุนแรงของการเสพติดยา และรองรับการรับส่งต่ออย่างสมบูรณ์ภายในเขตพื้นที่จังหวัดและเขตบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ

Drugs and Addictive Substance **TMSP**

3. ด้านกระบวนการ พัฒนาสถานพยาบาลแต่ละระดับให้มีกระบวนการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน สร้างความปลอดภัย ลดขั้นตอน ลดค่าใช้จ่าย มีการบูรณาการร่วมกับครอบครัว โรงเรียน สังคม ชุมชนตลอดจน สถานประกอบการ ก่อให้เกิดทัศนคติการยอมรับและให้โอกาส ถือผู้เสพเป็นผู้ป่วยมีใช้อาชญากรรม และให้เข้ารับการบำบัด รักษาด้วยความสมัครใจเป็นเบื้องต้น

จากนโยบายในการแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดของประเทศไทย แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด/ผู้ติดยาเสพติด (Demand) ตามคำสั่งศูนย์อำนวยการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ ที่ 82/2546 ลงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 เรื่อง แนวทางการจัดทำระบบข้อมูลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ได้มอบหมายให้ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้ง กระทรวงยุติธรรม มหาดไทย กลาโหม และ กรุงเทพมหานคร ฯลฯ ได้ดำเนินการพัฒนาแบบรายงานในระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ขึ้น โดยมีการเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ช่วงการประกาศสงครามยาเสพติดในปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันและยังคงมีการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้ระบบการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ที่เป็น ผู้เสพ ผู้ติดยา ผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ทั้ง 3 ระบบ คือระบบสมัครใจ ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ โดยรายงานผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต <http://antidrug.moph.go.th> มีศูนย์ข้อมูลระดับจังหวัด/อำเภอ เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่ประสานงานติดตามและตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงาน เฝ้าระวัง แก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ วางแผนกำหนดเป้าหมาย สถานการณ์ แนวโน้มด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันกลุ่มเสี่ยงของประเทศไทย การติดตามประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดของ ประเทศ รวมทั้งสำนักงบประมาณได้นำข้อมูลจากระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ไปเป็นข้อมูลหลักในการจัดสรรงบประมาณด้านการบำบัดรักษาในแต่ละหน่วยงาน

ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) เป็นระบบรายงานที่ครอบคลุมใน กระบวนการตั้งแต่ การค้นหาผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด การคัดกรองผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด แบบการบันทึกประวัติ แบบการบำบัดรักษา แบบบันทึกการจำหน่ายและแบบการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนการเฝ้าระวัง และกำกับดูแลช่วยเหลือผู้เข้าไปเกี่ยวข้องกับสารเสพติดอย่างครบวงจร

2. เพื่อให้มีข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยทั้งประเทศ เป็นฐานข้อมูลกลาง สำหรับการกำหนดนโยบาย แผนงาน และงบประมาณสนับสนุนการให้บริการบำบัดรักษายาเสพติด และป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

ระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) มีการจำแนกการรายงานเป็น 5 แบบรายงาน ดังนี้

บสต.1 คือ แบบรายงานเบื้องต้นในการค้นหารายชื่อยาเสพติดหรือการรายงานตัวผู้ขาย/สารเสพติดใน หมู่บ้าน/ชุมชนของทุกพื้นที่

บสต.2 คือ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

บสต.3 คือ แบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด

บสต.4 คือ แบบจำหน่ายเพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด

บสต.5 คือ แบบติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดเป็นแบบบันทึกการติดตามการรักษาต่อเนื่อง โดยเกณฑ์การติดตามผู้ผ่านการบำบัดแล้ว จำนวน 7 ครั้งใน 12 เดือน



ยาและสารเสพติด

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีระบบรายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด (บสต.) ที่ครอบคลุมในกระบวนการบำบัดรักษาและดูแลช่วยเหลือผู้ใช้ยาและสารเสพติด ผ่านเครือข่าย อินเทอร์เน็ต ได้แก่

1. การค้นหา โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมรายงานข้อมูลให้ชุดปฏิบัติการดูแลผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด เพื่อใช้ ประโยชน์ในการเฝ้าระวังในพื้นที่ และศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอ/เขต รวบรวมส่งเฉพาะแบบสรุปการรายงานเบื้องต้น การใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด

2. การจำแนกคัดกรองเพื่อส่งต่อเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ หน่วยสนับสนุนข้อมูลทำการ เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด บสต.2 เข้าสู่ระบบการรายงานยาเสพติด

3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ในกรณีที่ผู้เสพ/ผู้ติดยา เข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้หน่วยงานที่ทำหน้าที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรวมทั้งหน่วยบำบัดรักษา และฟื้นฟู สมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดทุกแห่ง ทำการบันทึกและรายงาน ด้วยแบบรายงานการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด บสต.3 และกรณีส่งต่อเพื่อการรักษา เนื่องจาก ผู้ป่วยย้ายที่อยู่ จึงขอย้ายที่บำบัด หรือเนื่องจากต้องไปบำบัดในหน่วย ที่มีศักยภาพที่สูงขึ้น หน่วยบำบัดที่ทำการส่งผู้ป่วยต้องบันทึก บสต.3 (ในส่วนส่งต่อ) เข้าสู่ระบบรายงานยาเสพติด

4. การจำหน่ายผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพสู่ชุมชน เมื่อสิ้นกระบวนการบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ทั้งแบบครบกำหนดหรือไม่ครบกำหนด ในแต่ละระบบหน่วยบำบัดที่ทำการบำบัด ผู้ป่วยต้องจัดทำข้อมูลตามแบบจำหน่าย เพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด บสต.4 เข้าสู่ระบบรายงาน ยาเสพติด

5. การติดตามผลหลังการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ผู้ติดยาเสพติดหลังการจำหน่าย เมื่อได้รับรายงาน บสต.4 ที่บันทึกสาเหตุการจำหน่ายเป็นแบบ “ครบกำหนด” ให้ชุดปฏิบัติการดูแลผู้เสพ / ผู้ติดยา สารเสพติดของ ศพส.กทม. ศพส.น.1-9 ศพส.จ. ศพส.อ. ประสานทีมติดตามระดับพื้นที่เพื่อติดตามให้ความช่วยเหลือ ผู้ป่วย หน่วยบำบัดใดเป็นผู้ติดตามหน่วยนั้นต้องรายงานผลการติดตามในแต่ละครั้ง ตามแบบการติดตามผลการบำบัด รักษาผู้ป่วยสารเสพติด บสต.5

ในกรณีที่ผู้ใช้สารเสพติดบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สำเร็จ หรือผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพสำเร็จ แต่ไม่สามารถติดตามได้ครบตามกำหนด ซึ่งการติดตามผลควรติดตามให้ได้ 7 ครั้ง หรืออย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี เมื่อกลับเข้าสู่ชุมชนให้ดำเนินการตามระบบการค้นหาผู้ใช้สารเสพติดของชุมชนใหม่ แต่หากบุคคลนั้น ยังอยู่ในชุมชน ให้คงรายชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อ ตามแบบ บสต.1 และดำเนินการเพื่อให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาต่อไป เนื่องจากกระบวนการบำบัดรักษาและติดตามการรักษายังไม่สิ้นสุด

การติดตามการรักษา หมายถึง การติดตามดูแลผู้ติดยาและสารเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และคืนสู่ ครอบครัว โดยให้การช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจ สนับสนุน ส่งเสริม ให้ผู้ที่ผ่านการบำบัด รักษาสามารถหยุดการใช้ยาและสารเสพติด ไม่กลับไปเสพติดยา ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ภายหลังจากผ่านกระบวนการบำบัดรักษากับสถานพยาบาลเรียบร้อยแล้วใช้ระยะเวลาการติดตาม 1 ปี โดยทีมผู้ให้บริการ จะมีการสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานผู้เกี่ยวข้อง