

## ผลสัมฤทธิ์การจัดการต่อกระจกแบบบูรณาการณ

## Results of Integrated Cataract Management

Sommanus Koysavat, M.D.\*

โสมนัส โกยสวัสดิ์, พ.บ.\*

\*โรงพยาบาลพลับพลาชัย อำเภอพลับพลาชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ 31250

\*Plabplachai Hospital, Plabplachai District, Buriram, 31250

\*Corresponding author, E-mail address: sommanus\_k@hotmail.com

### บทคัดย่อ

**หลักการและเหตุผล :** เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกวางไว้ ในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ.2563) ทุกประเทศมีอัตราตาบอด ไม่เกินร้อยละ 0.5 สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2549-2550 พบว่ามีอัตราตาบอด ร้อยละ 0.6 ล่าสุดผลการวิจัยสำรวจโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในปี พ.ศ.2556 พบว่า คนไทยมีความชุกตาบอดร้อยละ 0.6 สาเหตุจากต่อกระจกสูงถึง ร้อยละ 70

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการรักษาต่อกระจกด้วยการผ่าตัดแบบบูรณาการณ ร่วมกับมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) เพื่อหาความสัมพันธ์ระดับความรุนแรงของการมองเห็นก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจกที่ 1 สัปดาห์ 1 เดือนและ 6 เดือน

**สถานที่ศึกษา :** โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงพรรณนา แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง

**วิธีการศึกษา :** การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยต่อกระจกจำนวน 172 รายที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดต่อกระจกโดยมูลนิธิแพทย์อาสา สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ณ โรงพยาบาลพลับพลาชัย ระยะเวลาการศึกษา คือ พฤษภาคม พ.ศ.2558 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ระยะเวลา 7 เดือน

**ผลการศึกษา :** ผลการรักษาหลังผ่าตัดต่อกระจก กลุ่มที่ 1 สัปดาห์, 1 เดือนและ 6 เดือน สายตาดีขึ้นเท่ากับร้อยละ 80.4, 85.2, 87.4 ตามลำดับ ซึ่งการผ่าตัดครั้งนี้ผู้ป่วยต่อกระจกเป็นกลุ่มบอดร้อยละ 65.1 โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัด ซึ่งการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ของกลุ่มสายตาดีขึ้นหลังผ่าตัดต่อกระจก ที่ 1 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัด โดยพบว่าต่อกระจกกลุ่มไม่บอด (non-blinding) หลังผ่าตัดสายตาดีขึ้น มากกว่า

ต้อกระจกกลุ่มบอด (blinding cataract) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 แต่หลังผ่าตัดต้อกระจกที่ 1 เดือน และ 6 เดือนไม่ขึ้นอยู่กับระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัด

**สรุป** : การจัดการต้อกระจกแบบบูรณาการณั้กับระบบสุขภาพอำเภอ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาจักษุสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ โดยพบว่าการเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจกที่เร็วจะมีผลลัพธ์การมองเห็นได้ดีกว่าต้อกระจกกลุ่มบอด (blinding cataract)

**คำสำคัญ** : การจัดการต้อกระจกแบบบูรณาการณั้, การผ่าตัดต้อกระจก, ระบบสุขภาพสุขภาพอำเภอ

\*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลปลับพลายชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2560;32(3): 145-156.

## ABSTRACT

**Background** : Target of the World Health Organization (WHO) as “VISION 2020 : the Right to Sight” which aims to decrease rate of blindness to less than 0.5 percent worldwide. A survey between 2006-2007 in Thailand revealed rate of blindness was 0.59 percent and the recent study from Mettapracharak Watraikhing Hospital in 2013 was 0.60 percent. The major cause of blindness is cataract (70%).

**Objective** : 1) To study the results of integrated cataract surgery under the Princess Mother’s Medical Volunteer Foundation (PMMV)  
2) To study correlation between vision acuity before and after cataract surgery at first week, first month and six months.

**Setting** : Plabplachia Hospital.

**Research design** : Descriptive retrospective study.

**Method/material** : A study of 172 patients with cataract who underwent cataract surgery under The Princess Mother’s Medical Volunteer Foundation project at Plabplachia hospital during May to November 2015 (6 months totally).

- Results** : The results of post-operative cataract surgery at first week, first and six months found better vision improvement from 80.4 to 85.2 and 87.4 percent respectively without severely infective complication. This study also found a better correlation between visual acuity after cataract surgery at first week depending on the level of preoperative vision. Vision outcome after surgery of non-blinding cataract patient was significantly different than those of blinding cataract patient ( $p = 0.05$ ).
- Conclusion** : Integrated cataract management with district health systems is an effective model of ophthalmologic public health however depending on context of the area. Increased access to early cataract surgery was more effective than blinding cataract surgery.
- Key words** : integrated cataract management, cataract surgery, district health system.

\*Senior professional of general practice , Plabplachia Hospital. Buriram provincial health office.

Med J Srisaket Surin Biriram Hosp 2017;32(3): 145-156

## บทนำ

เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกวางไว้ในปี ค.ศ. 2020 ทุกประเทศมีอัตราตาบอดไม่เกินร้อยละ 0.5 สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ.2549-2550<sup>1</sup> พบว่ามีอัตราตาบอด ร้อยละ 0.6 หรือประมาณ 360,000 ราย ซึ่งเป็นอัตราที่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ล่าสุดผลการวิจัยสำรวจโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) ในปี พ.ศ.2556 พบว่า คนไทยมีความชุกตาบอดร้อยละ 0.6 สาเหตุจากต้อกระจกสูงถึงร้อยละ 70<sup>2</sup> ประเทศไทยมีศักยภาพในการผ่าตัดต้อกระจกถึงปีละกว่า 2 แสนราย ที่ผ่านมามีขีดจำกัดผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอดได้ปีละประมาณ 50,000

ราย ส่วนใหญ่ไม่ใช่ตาต้อกระจกชนิดบอด แต่ยังมีปัญหาผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอดบางส่วนประมาณ 70,000 ราย เข้าไม่ถึงบริการ มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นปีละประมาณ 60,000 ราย และยังมีผู้ที่สายตาเลือนรางจากต้อกระจกรอการรักษาอีกประมาณ 120,000 ราย หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ตาจะบอดถาวรได้<sup>3,4</sup>

ข้อมูลโรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์ (ธันวาคม พ.ศ.2557) พบว่ามีผู้ป่วยพิการตาบอดทุกสาเหตุ จำนวน 183 รายคิดเป็นร้อยละ 0.4 ต่อประชากรทั้งหมด จากการสำรวจผู้มีความผิดปกติด้านการมองเห็นวิธี snellen chart โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรมการคัดกรองต้อกระจก สำรวจในกลุ่มอายุมากกว่า

60 ปี เมื่อธันวาคม พ.ศ. 2557พบมีกลุ่มบอด (blinding cataract) 170 รายซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด อาจจะมีโอกาสทำให้คนตาบอดเพิ่มขึ้นอีก 170 รายรวมสะสมเป็น 353 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8 ซึ่งแนวโน้มอัตราการตาบอดจะมากกว่าเป้าหมายองค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ ในปี ค.ศ. 2020 ทุกประเทศมีอัตราการตาบอด ไม่เกินร้อยละ 0.5 และข้อมูลโรงพยาบาลพลับพลายที่ผ่านมาผู้ป่วยต่อกระจกมีอัตราการผ่าตัดต่อกระจกในเกณฑ์ต่ำทำให้มีผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอดสะสมสูง จึงเป็นสาเหตุที่ผู้วิจัยต้องการพัฒนาระบบการจัดการต่อกระจกแบบบูรณาการณในอำเภอพลับพลาย จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น

## วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการรักษาต่อกระจกด้วยการผ่าตัดแบบบูรณาการณร่วมกับมูลนิธิแพथ้อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.)
- 2) เพื่อหาความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของการมองเห็นก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจกที่ 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 6 เดือน

## นิยามศัพท์

การผ่าตัดผู้ป่วยโรคต่อกระจกโดยมูลนิธิแพथ้อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) หมายถึง รูปแบบการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคต่อกระจก จำนวนมากในคราวเดียว โดยการบริหารจัดการระบบ ตั้งแต่การค้นหาผู้ป่วยในชุมชน การตรวจประเมินเบื้องต้น เพื่อคัดกรองสภาพความพร้อมของผู้ป่วย การ

หมุนเวียน จัดลำดับ ส่งหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าและออกจากเตียง ผ่าตัด การควบคุมระบบเอกสาร การจัดสถานที่ การออกใบนัด การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การสอนสุขศึกษา แก่ผู้ป่วยและญาติ การจำหน่ายผู้ป่วย โดยความร่วมมือแพथ้อาสาจากมูลนิธิมูลนิธิแพथ้อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.)

## วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยต่อกระจกจำนวน 172 รายในเขตอำเภอพลับพลาย จังหวัดบุรีรัมย์ที่เข้าร่วมโครงการผ่าตัดต่อกระจกโดยมูลนิธิแพथ้อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ณ สถานที่โรงพยาบาลพลับพลาย ระยะเวลาการศึกษา คือ พฤษภาคม พ.ศ.2558 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ระยะเวลา 7 เดือน

### Inclusion criteria

- อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
- ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อกระจกโดยจักษุแพทย์และได้รับการผ่าตัดต่อกระจกโดยแพथ้อาสาจากมูลนิธิแพथ้อาสาในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ณ โรงพยาบาลพลับพลาย อำเภอพลับพลาย จังหวัดบุรีรัมย์
- ได้รับการติดตามระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดต่อเนื่องครบอย่างน้อย 3 ครั้ง (1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 6 เดือน)

### Exclusion criteria

- ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติประสออุบัติเหตุบาดเจ็บที่ตาข้างที่จะผ่าตัดหรือเคยทำหัตถการที่ตามาก่อน

- ผู้ป่วยรับประทานยาที่มีผลต่อการมองเห็น เช่น ยาสเตียรอยด์ หรือคลอโรควิน ต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน
- ผู้ป่วยที่มีประวัติแพทย์เคยวินิจฉัยเป็นโรคจอประสาทตาเสื่อม

## ขั้นตอนและเครื่องมือในการศึกษา

1. ประเมินสถานการณ์และวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยต่อกระจกในพื้นที ร่วมกับคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ดำเนินการคัดกรองต่อกระจกในพื้นที โดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยต่อกระจกและวางแผนการดูแลรักษา

2. เชื่อมโยงปัญหาและผลลัพธ์ บูรณาการร่วมระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ (district health system) เชื่อมโยงปัญหา ระบุวิธีการต่างๆ ที่น่าจะใช้แก้ปัญหาได้เลือกผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

3. เสนอโครงการผ่าตัดต่อกระจกในพื้นทีไปยังมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) โดยผ่านความเห็นชอบจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เนื่องจากผู้ป่วยต่อกระจกชนิด blinding และ low vision ที่เข้าเงื่อนไขการผ่าตัดมีจำนวนมาก และมีฐานะยากจน มีปัญหาเรื่องการเดินทาง ขาดผู้ดูแลหลังผ่าตัด โดยเสนอเป็นโครงการขออนุมัติ และได้รับการสนับสนุนโครงการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นครราชสีมา

4. ดำเนินการคัดกรองโรคต่อกระจกข้ที่โรงพยาบาลพลับพลายชัย โดยยึดตามระบบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) เพื่อค้นหาผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สายตา (VA) น้อยกว่า 20/200 หรือ

6/60 ควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 180 mg% ความดันโลหิตน้อยกว่า 180/100 mmHg งดยาละลายลิ่มเลือดอย่างน้อย 7 วัน สภาวะร่างกายไม่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดแบบ Local หรือ Topical anesthesia (การใช้ยาชาเฉพาะที่) พร้อมตรวจวัดเลนส์ ล้างท่อน้ำตาข้างที่จะผ่าตัด กำหนดเวชภัณฑ์แต่ละรายที่พร้อมยินยอมรับการรักษา ออกใบนัดกำหนดวันผ่าตัด พร้อมแจ้งการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

5. นัดผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนผ่าตัด 1 วันที่โรงพยาบาลพลับพลายชัย โดยแบ่งผู้ป่วยจำนวน 172 รายที่สมัครใจและมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เป็น 2 รุ่นโดยวางแผนการผ่าตัดเป็น 2 วัน ซึ่งการบริหารการจัดการแยกได้ดังนี้

- ด้านอาคารสถานที่ บุคลากรด้านการพยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลพลับพลายชัย

- ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ พร้อมระบบที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด และทีมแพทย์/พยาบาลที่ผ่าตัดต่อกระจก ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) และโรงพยาบาลบุรีรัมย์

6. วันผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งเดียวเป็นจำนวนมาก ดังนั้นระบบการควบคุมเอกสาร การผ่าตัดและดูแลหลังผ่าตัด ยึดตามระบบมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.)

7. เยี่ยมบ้านภายใน 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทีมหมอครอบครัว (FCT: family care team) ทุก รพ.สต. เพื่อดูแลให้คำแนะนำและป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด

8. นัดตรวจหลังผ่าตัดที่โรงพยาบาล  
พลับพลาชัย หลังผ่าตัดวันที่ 1 สัปดาห์ 1 เดือน  
และ 6 เดือน

9. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

- สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน  
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- สถิติการวิเคราะห์ ได้แก่ chi-square

### ผลการศึกษา

จากการคัดกรองต้อกระจกโดยพยาบาล  
ระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า  
60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,646 ราย คิดเป็นร้อยละ  
59.4 จากผู้สูงอายุทั้งหมด (4,454 ราย) พบว่า  
ระดับสายปกติ (high vision) คิดเป็นร้อยละ 73.6  
ระดับสายตาเสื่อม-เสื่อมมาก (low vision- visual  
disability) คิดเป็นร้อยละ 20 และระดับสายตา  
บอด (blind) คิดเป็นร้อยละ 6.4

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยต้อกระจกที่ผ่านการคัดกรองและยินยอมการผ่าตัดโดยมูลนิธิแพทย์  
อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ณ โรงพยาบาลพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์

VA	ระดับการมองเห็น (Thailand)	จำนวน	ยินยอมผ่าตัด จำนวน(ร้อยละ)
<20/70-20/200	Low vision	516	60(34.9)
<20/200-10/200	Visual disability	13	
<10/200-NPL	blind	170	112 (65.1)
	<b>รวม</b>	<b>699</b>	<b>172 (24.6)</b>

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มสายตาบอด  
(blind) ยินยอมรับการผ่าตัดต้อกระจกมากที่สุด  
คิดเป็นร้อยละ 65.1 ส่วนกลุ่มสายตามัว (low  
vision-visual disability) ยินยอมรับการผ่าตัด

ต้อกระจก คิดเป็นร้อยละ 34.9 ตามลำดับ โดย  
พบว่าอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ อายุ 73 ปี อายุมากที่สุด  
91 ปี อายุน้อยที่สุด 41 ปี

**ตารางที่ 2** แสดงการจำแนกวิธีการผ่าตัดต้อกระจกแบ่งตามช่วงอายุต่างๆ

ช่วงอายุ	วิธีการผ่าตัด			รวม จำนวน (ร้อยละ)
	Phaco* จำนวน (ร้อยละ)	Manual SICS <sup>†</sup> จำนวน (ร้อยละ)	ECCE <sup>‡</sup> จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ <50 ปี	0	3(1.7)	0	3(1.7)
อายุ 50-60 ปี	2 (1.2)	5 (2.9)	0	7 (4.0)
อายุ 61-70 ปี	12 (7.0)	44 (25.6)	0	56 (32.7)
อายุ 71-80 ปี	11 (6.4)	65 (37.8)	0	76 (44.2)
อายุมากกว่า 80 ปี	1 (0.6)	29 (16.9)	0	30 (17.4)
<b>รวม</b>	<b>26 (15.1)</b>	<b>146 (84.9)</b>	<b>0</b>	<b>172 (100)</b>

\*Phaco = phacoemulcification

<sup>†</sup>ECCE = Extracapsular lens extraction

<sup>‡</sup>MSICS = Manual Sutureless Mature Cataract Surgery

จากตารางที่ 2 วิธีการผ่าตัดต้อกระจกที่  
 จักษุแพทย์จากมูลนิธิแพทย์อาสาในสมเด็จพระ  
 ศรีนครินทร์บรมราชชนนี (พอ.สว.) เลือกใช้มาก  
 ที่สุด ร้อยละ 84.9 คือวิธีการผ่าตัดต้อกระจกแผล  
 เล็กโดยไม่ใช้เครื่องสลายต้อกระจก (Manual  
 small incision cataract surgery :MSICS) และ

วิธีการผ่าตัดตรงลงมา ร้อยละ 15.1 คือวิธีการผ่าตัด  
 ต้อกระจกแบบแผลเล็กแต่ใช้เครื่องมือปล่อย  
 ultrasound ออกไป emulsify nucleus ให้และ  
 หรือเป็นก้อนเล็กๆ และดูดออกมา (phacoemul-  
 cification)

**ตารางที่ 3** ผลการติดตามผลการรักษาต้อกระจก ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ 1 เดือนและ 6 เดือน

ผลการรักษาต้อกระจก	ผลการรักษาหลังผ่าตัดต้อกระจก		
	1 สัปดาห์	1 เดือน	6 เดือน
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>กลุ่มที่สายตาดีขึ้น (VA)</b>			
กลุ่มที่ 1 VA 20/100	38(20.7)	26(14.2)	25(13.7)
กลุ่มที่ 2 VA 20/70	101 (54.9)	117 (63.9)	106 (57.9)
กลุ่มที่ 3 VA 20/30	9(4.9)	13(7.1)	29(15.8)
<b>รวม</b>	<b>148 (80.4)</b>	<b>156 (85.2)</b>	<b>160 (87.4)</b>
<b>กลุ่มที่สายตาไม่ดีขึ้น (VA)</b>			
VA <20/200	36(19.6)	27(14.8)	23(12.6)
<b>จำนวนการมาติดตาม (follow up)</b>			
จำนวนผู้ป่วยที่มาตามนัด	172(100)	171(99.4)	171(99.4)
จำนวนดวงตา	184(100)	183(99.5)	183(99.5)
	<b>ดวงตาที่ผ่าตัดต้อกระจก</b>	<b>ผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจก</b>	
กลุ่มบอด (blinding cataract)	116(63.0)	112(65.1)	
กลุ่มไม่บอด (non blinding cataract)	68(37.0)	60 (34.9)	
<b>total</b>	<b>184(100)</b>	<b>172 (100)</b>	

จากตารางที่ 3 จากการติดตามหลังผ่าตัดต้อกระจกผู้ป่วยจำนวน 172 ราย 184 ดวงตา (ผ่าตัดต้อกระจก 2 ข้างในครั้งเดียว 12 ราย) โดยวัดค่า VA พบว่ากลุ่มที่สายตาดีขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 87.4 คือระดับสายตาดูหลังผ่าตัด 6 เดือน

รองลงมา ร้อยละ 85.2คือระดับสายตาดูหลังผ่าตัด 1 เดือน และน้อยที่สุด ร้อยละ 80.4 คือระดับสายตาดูหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ ซึ่งการผ่าตัดครั้งนี้ ผู้ป่วยต้อกระจกเป็นกลุ่มบอด (blinding cataract) ร้อยละ 65.1

**ตารางที่ 4** แสดงค่าร้อยละและค่าโคสแควร์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัดและผลของการมองเห็นหลังผ่าตัดต่อกระจก ที่ 1 สัปดาห์, 1 เดือนและ 6 เดือน

ระดับสายตาหลังผ่าตัด	ผลการรักษาหลังผ่าตัดต่อกระจก				Chi-square
	Non - blinding		Blinding		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ผลการรักษาหลังผ่าตัดต่อกระจก ที่ 1 สัปดาห์</b>					
กลุ่มสายตาที่ดีขึ้น	55	80.9	89	76.7	P < 0.05*
กลุ่มสายตาไม่ดีขึ้น	13	19.1	27	23.3	
รวม	68	100	116	100	
<b>ผลการรักษาหลังผ่าตัดต่อกระจก ที่ 1 เดือน</b>					
กลุ่มสายตาที่ดีขึ้น	58	85.3	96	83.5	P > 0.10
กลุ่มสายตาไม่ดีขึ้น	10	14.7	19	16.5	
รวม	68	100	115	100	
<b>ผลการรักษาหลังผ่าตัดต่อกระจก ที่ 6 เดือน</b>					
กลุ่มสายตาที่ดีขึ้น	59	86.8	101	87.9	P > 0.10
กลุ่มสายตาไม่ดีขึ้น	9	13.2	14	12.1	
รวม	68	100	115	100	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มสายตาที่ดีขึ้นหลังผ่าตัดต่อกระจก ที่ 1 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 โดยพบว่าต่อกระจกกลุ่มไม่บอด (non-blinding) หลังผ่าตัดสายตาดีขึ้นร้อยละ 80.9 มากกว่าต่อกระจกกลุ่มบอด (blinding cataract) หลังผ่าตัดสายตาดีขึ้นร้อยละ 76.7 ในขณะที่ติดตามหลังผ่าตัดต่อกระจกที่ 1 เดือนและ 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่สายตาดีขึ้นหลังผ่าตัดต่อกระจกไม่ขึ้นอยู่กับระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัด ทั้งกลุ่มไม่บอด (non-blinding)

และกลุ่มบอด (blinding) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

จากการติดตามภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดต่อกระจกมีภาวะแทรกซ้อน rupture posterior capsule จำนวน 6 ดวงตา คิดเป็นร้อยละ 3.4 และมี zonule dehiscence จำนวน 4 ดวงตาคิดเป็นร้อยละ 2.3 ส่วนหลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน delayed IOL (re-operation) จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 0.5 และมี retained cortex (re-aspiration) จำนวน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 0.5 และพบว่าไม่มีการติดเชื้อหรือมีภาวะ

แทรกซ้อนที่รุนแรงหลังมีการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดครบ 6 เดือน

### การอภิปรายผลการรักษาและข้อเสนอแนะ

1. ประเด็นร้อยละของกลุ่ม blinding cataract ที่ได้รับการผ่าตัดครั้งนี้ยังน้อย คิดเป็นร้อยละ 65.1 สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2557<sup>9</sup> พบว่ารายงานแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระจกชนิด blinding cataract คิดเป็นร้อยละ 36.05 และไตรมาสที่ 1 และ 2 ปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 36.96, ร้อยละ 37.19 สาเหตุประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงบริการน้อยและตัดสินใจผ่าตัดน้อย จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ร้อยละ 25.4 ตัดสินใจผ่าตัดขึ้นอยู่กับความพร้อมของครอบครัว สอดคล้องตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว<sup>13</sup> กล่าวไว้ว่า เมื่อใดที่หมอครอบครัวได้รับความไว้วางใจให้เข้าไปปฏิบัติหน้าที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัว เมื่อนั้นครอบครัวจะกลายเป็นยาบำบัดขนานพิเศษแก่ผู้ป่วยที่เราดูแลทำให้การเข้าถึงบริการมากขึ้น

### แนวทางแก้ไข

- เพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองต่อกระจกในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งขณะนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชนได้ดำเนินการแล้ว แต่ผลลัพธ์ยังไม่ครอบคลุม

- เพิ่มงบประมาณค้นหาและดูแลก่อน-หลังผ่าตัดในลักษณะ Long term care

(LTC) เฉพาะกลุ่มต่อกระจกชนิดบอดตกค้าง (Backlog Blinding Cataract) โดยใช้รูปแบบระบบสุขภาพอำเภอ (District health system) ชุมชนและ ท้องถิ่นมีส่วนร่วม ซึ่งปัจจุบัน สปสช. สนับสนุนงบประมาณในส่วนเฉพาะในส่วนของการผ่าตัด 7,000 บาท/ครั้ง สำหรับสถานบริการที่รับผ่าตัด ปัจจุบันยังไม่มีงบสนับสนุนงบประมาณในการค้นหา ส่งตัว ดูแลก่อนและหลังผ่าตัดต่อกระจก ซึ่งในทางปฏิบัติในพื้นที่/หน่วยบริการ (คปสอ.) จะดูแลค่าใช้จ่ายส่วนนี้โดยเสนอเขตสุขภาพกำหนดเป็นประเด็น backlog blinding cataract เป็นปัญหาพื้นที่ในส่วนงบประมาณ PPA หรือ LTC งบประมาณที่ควรสนับสนุนค่าอาหาร-ค่าเดินทางในการติดตามการรักษาตามนัดไม่น้อย 1,000 บาท/ราย/5 ครั้ง และค่าสนับสนุนในการเยี่ยมบ้านดูแลหลังผ่าตัดทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 300 บาท เป็นเงิน 1,200 บาท รวมงบประมาณที่ควรสนับสนุน 2,200 บาท/ราย

2. ประเด็นผลลัพธ์การมองเห็นหลังการผ่าตัด จากงานวิจัยฉบับนี้พบว่า พบว่ากลุ่มที่สายตาดีขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 87.4 คือระดับสายตาหลังผ่าตัด 6 เดือน รองลงมา ร้อยละ 85.2 คือระดับสายตาหลังผ่าตัด 1 เดือน สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิรักษ์ ชัยวีรทัศนะ<sup>12</sup> พบว่า หลังผ่าตัดต่อกระจกที่ 1 เดือน ผู้ป่วยสายตาดีขึ้นร้อยละ 85.9 โดยพบว่าระดับสายตาที่ไม่ดีขึ้นหลังผ่าตัดต่อกระจกที่ 6 เดือนเท่ากับร้อยละ 12.1 สอดคล้องงานวิจัยของ Robert Lindfield<sup>14</sup> โดยพบว่าระดับสายตาไม่ดีขึ้น (VA <20/200) หลังการผ่าตัดต่อกระจกในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางสูงกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

(WHO)<sup>15</sup> ใช้เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 5 และจากงานวิจัยฉบับนี้พบความสัมพันธ์กลุ่มสายตาดำที่ตีขึ้นหลังผ่าตัดต้อกระจก ที่ 1 สปีดาร์ขึ้นอยู่กับระดับการมองเห็นก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 โดยพบว่าต้อกระจกกลุ่มไม่บอด (non-blinding) หลังผ่าตัดสายตาดำที่ตีขึ้นร้อยละ 80.9 มากกว่าต้อกระจกกลุ่มบอด (blinding cataract) หลังผ่าตัดสายตาดำที่ตีขึ้นร้อยละ 76.7 ดังนั้นจึงเป็นโอกาสที่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกระทรวงสาธารณสุขจะปรับกลยุทธ์เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต้อกระจก เพื่อลดอัตราตาบอดในประเทศไทย โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว “ดูแลตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง ทุกเรื่อง ผสมผสาน การเข้าถึงบริการ ประสานการปรึกษาและส่งต่อ”

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากแนวโน้มอัตราตาบอดในประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ไม่ลดลงคือร้อยละ 0.6 ในปี 2555 ถึงแม้จะมีการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.ในการผ่าตัดต้อกระจก 7,000 บาท/รายและมีการผ่าตัดต้อกระจกประมาณ 200,000 ราย/ปี แต่การผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (blinding cataract) ยังน้อยอยู่ร้อยละ 37.1 ในปี 2558<sup>2,3,4,11</sup> สาเหตุหลักประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการผ่าตัดได้ ซึ่งมีปัจจัยหลากหลาย เช่น ความยากจนการไม่มีผู้ดูแล ความกลัวการผ่าตัด เป็นต้นดังนั้นการจัดการผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบบูรณาการณเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่จะแก้ปัญหาอัตราการตาบอด ดังนั้นประเด็นการวิจัยครั้งต่อไปที่ควรทำได้แก่

1) งบประมาณสนับสนุนการส่งเสริมแนะนำ ดูแลก่อนและหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกในชุมชนมีผลให้อัตราการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอด (blinding cataract) เพิ่มขึ้น

2) การให้คำปรึกษาก่อนผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว เน้นระบบครอบครัว (Family system) ในระบบสุขภาพอำเภอ (District health system) เป็นผลให้อัตราการผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอดเพิ่มขึ้น

3) ความสัมพันธ์ของผลลัพธ์การผ่าตัดต้อกระจกโดยประเมินจากด้านคลินิกและการรายงานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างไร

## เอกสารอ้างอิง

1. Jenchitr W, Hanutsaha P, Iamsirithaworn S, Parnrat U, Choosri P, et al. (2007) The National Survey of Blindness Low Vision and Visual Impairment in Thailand 2006–2007. Thai J Pub Hlth Ophthalmol 21:11–94.
2. อานนท์ ศักดิ์วีระวิทย์. ประเด็นปัญหาโครงการผ่าตัดต้อกระจก สปสช. (งบหมวดเฉพาะโรค) ความผิดพลาดเชิงนโยบาย (ตั้งใจหรือผิดพลาด) [Internet]. Available from: <http://www.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=958000061944>.
3. เร่งผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด หลังพบตกค้าง 7 หมื่นคน-Manager Online [Internet]. 17:59:00+07:00 [cited 2016 Dec 23]. Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/958000061237>.

4. ชำนิ จิตตรีประเสริฐ. กระจกทรวงสาธารณสุข สร้างหน่วยผ่าตัดต่อกระจกเคลื่อนที่ไฮเทครุกบริการที่โรงพยาบาลชุมชน. สารกรรมกรแพทย์ 2558;21:1:4.
5. WHO | What is VISION 2020? [Internet]. WHO. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://www.who.int/blindness/partnerships/vision2020/en/>.
6. WHO | Global data on visual impairment [Internet]. WHO. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/>.
7. Resnikoff S, Pascolini D, Etya'ale D, Kocur I, Pararajasegaram R, Pokharel GP, et al. Global data on visual impairment in the year 2002. Bull World Health Organ. 2004 Nov;82(11): 844–51.
9. GLOBALDATAFINALforweb.pdf [Internet]. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>.
10. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. กรุงเทพมหานคร : บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิซซิง จำกัด ; 2557. หน้า 59-133.
11. ผ่าต้อกระจก สปสช.ไม่ลดตาบอด ผุดโครงการใหม่เร่งคัดกรอง ส่งผ่าใน 30 วัน [Internet]. Manager Online. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9580000066155>.
11. WHO | Global data on visual impairment [Internet]. WHO. [cited 2016 Mach 20]. Available from: <http://www.who.int/blindness/publications/globaldata/en/>.
12. Abhirung chiwiratana. Integrated Cataract Management. Thai journal of public health ophthalmology 2009;22:32-41.
13. สายพิน หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัว ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน;2549.
14. Lindfield R, Vishwanath K, Ngounou F, Khanna RC. The challenges in improving outcome of cataract surgery in low and middle income countries. Indian J Ophthalmol. 2012;60(5):464–9.
15. Informal Consultation on Analysis of Blindness Prevention Outcomes (1998: Geneva S, Deafness WP for the P of B and. Informal Consultation on Analysis of Blindness Prevention Outcomes, Geneva, 16-18 February 1998. 1998 [cited 2016 Mar 20]; Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67843>.