



A Preliminary Report of the First Clinic of Men's Health in Thailand

ข้อมูลเริ่มต้นของคลินิกสุขภาพเพศชายแห่งแรกของประเทศไทย

สมพล เพิ่มพงศ์โกศล พ.บ.

กฤษฎะภักดิ์ เรืองโรจน์รุ่ง พ.บ.

บทนำ

คลินิกสุขภาพเพศชาย (Men's Health Clinic) ในโรงพยาบาลรามารัตนดิถีถือว่าเป็นคลินิกแห่งแรกในประเทศไทย โดยใช้ชื่อ "คลินิกชายวัยทอง" และให้บริการแก่ผู้ป่วยมาตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2542 โดยความร่วมมือระหว่างภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และหน่วยระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารัตนดิถี[1] ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 คลินิกดังกล่าวได้ถูกเปลี่ยนชื่อมาเป็น "คลินิกสุขภาพเพศชาย" และอยู่ในความดูแลของหน่วยระบบปัสสาวะ ภาควิชาศัลยศาสตร์ฯ อาจกล่าวได้ว่าคลินิกสุขภาพเพศชายของสถาบันนี้ ปัจจุบันมีอายุมากกว่า 8 ปีแล้ว อย่างไรก็ตามเท่าที่ผู้ประพันธ์ทราบ ยังไม่เคยมีการศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐานของคลินิกดังกล่าวและรายงานมาก่อนในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์แล้วพัฒนาคลินิกสุขภาพเพศชาย

ผู้มารับบริการและวิธีการ

ผู้ประพันธ์และทีมงานได้ดำเนินโครงการวิจัยชื่อ "2 ปีคลินิกสุขภาพเพศชาย (Men's Health Clinic) ในโรงพยาบาลรามารัตนดิถี (2547-2548)" โดยได้รับการอนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน ผู้ประพันธ์และทีมงาน

ได้เริ่มหาข้อมูลพื้นฐานของชื่อและที่อยู่ของผู้มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2549 จากหน่วยงานเวชศาสตร์สนทนาศาสตร์ หลังจากนั้นได้เก็บข้อมูลแบ่งออกเป็นสามขั้นตอนคือ

1. การเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน เพื่อค้นหาข้อมูลพื้นฐานของผู้มารับบริการประกอบด้วยสถานภาพ, อาชีพ และประวัติการเป็นโรคในอดีต, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ, ผลการตรวจฮอร์โมน, การวินิจฉัย ตลอดจนการรักษา

2. ส่งจดหมายพร้อมแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้มารับบริการดังกล่าวข้างต้น, ความเป็นอยู่, และสามแบบสอบถามมาตรฐานที่ครอบคลุมถึง ภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง (aging male score: AMS score), ภาวะความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ (ฉบับนานาชาติ: International prostate symptom score, IPSS score) และสุขภาพทางเพศของชายไทย

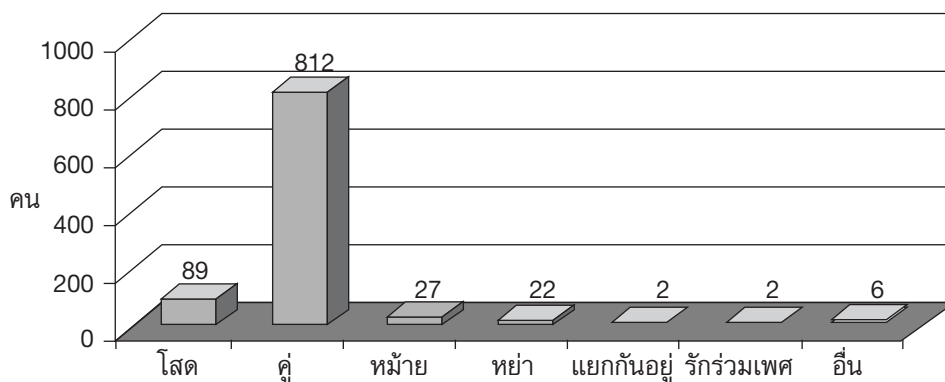
3. เก็บข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดอีกครั้งถ้ามารับบริการที่คลินิกสุขภาพเพศชายข้อมูลทั้งสามขั้นตอนจะนำมารวมกันในแบบเก็บข้อมูลที่ออกแบบด้วย program EpiData อย่างไรก็ตาม บทความนี้จะนำเสนอผลงานวิจัยของการเก็บข้อมูลขั้นต้นในขั้นตอนที่ 1

ผลการวิจัย

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2549 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 1,100 คน สามารถเก็บประวัติได้ 965 คน และมีอายุเฉลี่ย 55.5 ปี (ระหว่าง 20-97.8) ประวัติการมารับบริการหนึ่ง สอง สาม และสี่ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18 (175 คน) 16.5 (160 คน) 8.4 (81 คน) และ 5.6 (54 คน) ตามลำดับ และมีผู้รับบริการมากที่สุด 31 ครั้ง จำนวน 1 คน มีผู้มารับบริการใหม่ 484 คน (50.2%) และผู้มารับบริการเก่า 481 คน (49.8%)

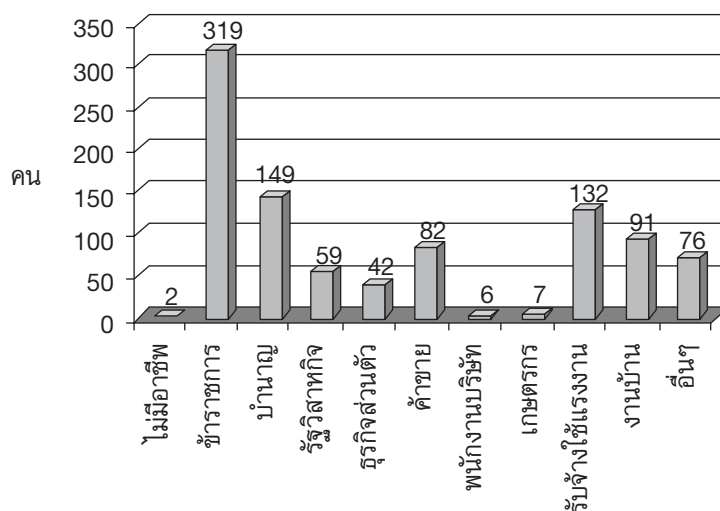
สำหรับการศึกษาอุบัติการณ์ (รูปที่ 3), ปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อย 8 อันดับแรกจากมากไปหาน้อย คือ ไขมันในเส้นเลือดสูง 412 คน (20.14%) โรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ 362 คน (17.7%) อาการผิดปกติทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง 321 คน (15.7%) ภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง 293 คน (14.32%) [Partial androgen deficiency in Aging Male (PADAM)], ภาวะกระดูกบาง (Osteopenia) 259 คน (12.7%) ความดันโลหิตสูง 230 คน

รูปที่ 1 สถานภาพผู้มารับบริการของคลินิกสุขภาพเพศชาย

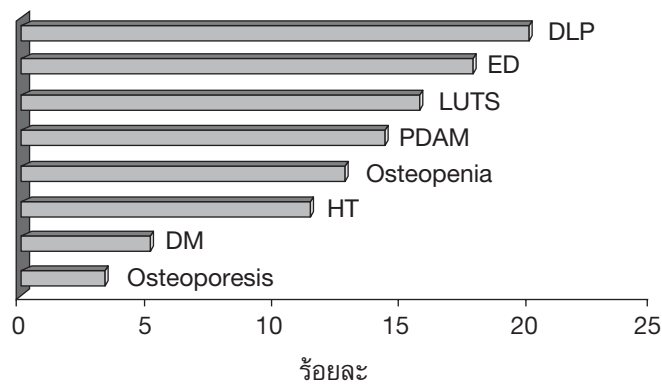


รูปที่ 1 แสดงสถานภาพผู้มารับบริการ และพบบ่อยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย คือ คู่ (84.2%) โสด (9.2%) หม้าย (2.8%) หย่า (2.6%) แยกกันอยู่ (0.2%) และรกร่วมเพศ (0.2%) ตามลำดับ

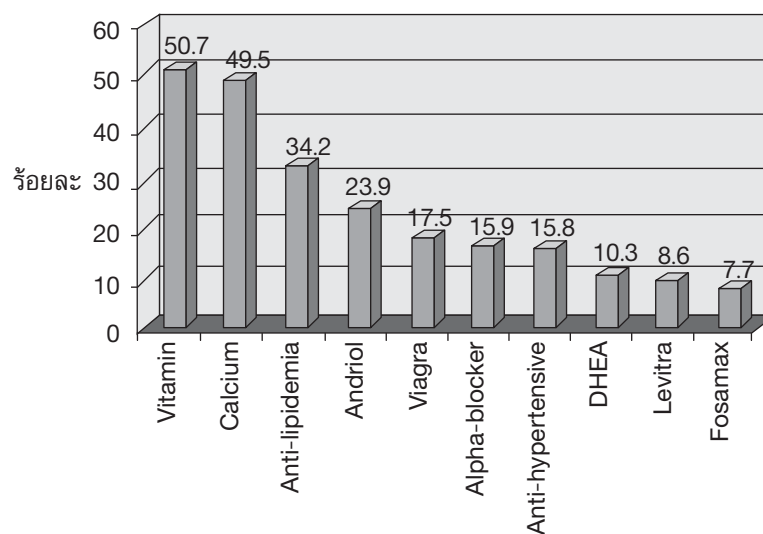
รูปที่ 2 อาชีพผู้มารับบริการของคลินิกสุขภาพเพศชาย



รูปที่ 2 แสดงถึงอาชีพผู้มารับบริการ โดยมากกว่าร้อยละ 50 จะเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (ข้าราชการ 33.1% บำนาญ 15.4% รับจ้างใช้แรงงาน 13.7% งานบ้าน 9.4% ค้าขาย 8.5% และรัฐวิสาหกิจ 6.1%)

รูปที่ 3 ปัญหาที่พบบ่อย[8] อันดับแรกของคลินิกสุขภาพเพศชาย

Note: DLP = Dyslipidemia, ED = Erectile dysfunction, LUTS = Lower urinary tract symptoms, PDAM = Partial androgen deficiency in Aging Male, HT = Hypertension, DM = Diabetic mellitus

รูปที่ 4 ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้ยาในคลินิกสุขภาพเพศชาย

(11.2%) โรคเบาหวาน 102 คน (4.98%) และภาวะกระดูกพรุน 66 คน (3.23%) [Osteoporosis] อย่างไรก็ตาม มีผู้มารับบริการที่แข็งแรงไม่มีปัญหาดังกล่าวข้างต้น 85 คน จาก 965 คน (8.8%)

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ย $\pm$ SD ของการตรวจทางด้านห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษของผู้มารับบริการที่ได้รับ พบว่า Body Mass index คือ 24.7 ± 3.2 , Systolic blood pressure 132.4 ± 17.7 mmHg, Diastolic blood pressure 82.67 ± 12.7 mmHg, Hemoglobin 14.9 ± 7.7 g/dL, Hematocrit $42.96 \pm 13\%$, FBS (Fasting blood sugar,

NaF) 104.96 ± 46.7 mg/dL, Urea 14.6 ± 5.1 mg/dL, Creatinine 1.09 ± 0.43 mg/dL, Uric acid 8.05 ± 22.9 mg/dL, Total bilirubin 0.9 ± 1.11 mg/dL, Direct bilirubin 0.23 ± 0.25 mg/dL, Cholesterol 220.4 ± 41.1 mg/dL, Triglyceride 148.1 ± 95.3 mg/dL, HDL 50.4 ± 14.2 mg/dL, LDL 146.4 ± 38.04 mg/dL, EKG abnormal 166 คน (17.02%), Total bone mineral density (BMD) 0.15 ± 0.15 SD, Total body fat 25.95 ± 6.57 , Waist -0.47 ± 1.2 SD, Spine -0.1 ± 1.5 SD, Hip -0.78 ± 2.2 SD, Total testosterone 502.4 ± 200.1 ng/dL, ค่าต่ำสุดของ testosterone 48 ng/dL, ค่า

สูงสุดของ testosterone 1,100 ng/dL, SHBG 38.07±24.46 nmol/L, Total PSA 1.75±2.24ng/ml

ในผู้รับบริการที่มีปัญหา PADAM และเคยได้รับฮอร์โมนเพศชายชนิด testosterone undecanoate [Andriol] 231 คน (ร้อยละ 23.94 ของผู้มารับบริการ) ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 57.7 ปี (31-77.7) และมีเพียง 8 (3.5%) คนเท่านั้นที่เริ่มให้ด้วยการ loading dose มีการทานยา 1, 2, 3 และ 4 เม็ดต่อวัน คือ 81, 157, 10 และ 5 คนตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการที่ยังรับฮอร์โมนตลอดคือ 117 คน มีรายงาน 2 รายที่มีผลเลือดหน้าที่ตีบผิดปกติหลังทานยา อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่ามียารายงานผู้ได้รับยาฮอร์โมนเพศชายเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก นอกจากนี้มีผู้รับบริการได้รับ Dehydroepiandrosterone (DHEA) 99 คน (10.3%), Bisphosphonates [Fosamax] 74 คน (7.7%), alpha-blocker 153 คน (15.9%), 5 α -reductase inhibitor [Finasteride] 8 คน (0.8%), anti-lipidemia 301 คน (31.2%), antihypertensive drug 152 คน (15.8%), Vitamin 489 คน (50.7%), Calcium 482 คน (49.5%), และ phosphodiesterase type 5 (PDE-5) inhibitor ได้แก่ Sildenafil [Viagra] 169 คน (17.5%), Vardenafil [Levitra] 83 คน (8.6%), Cialis 36 คน (3.7%)

วิจารณ์

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพชายสูงวัย ด้วยการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพชายวัยทองในปี พ.ศ. 2544 โดยเริ่มจัดตั้งในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย และขยายต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน/สถานอนามัย ตามลำดับ[2] และจากการสำรวจในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขระดับต่างๆ ในปี พ.ศ. 2545 มีคลินิกส่งเสริมสุขภาพชายวัยทอง 280 แห่ง อย่างไรก็ตามยังไม่มีผลการสำรวจข้อมูลของคลินิกเหมือนการศึกษาในส่วนคลินิกส่งเสริมสุขภาพชายสูงวัยในระดับโรงเรียนแพทย์หรือมหาวิทยาลัยนั้นโรงพยาบาลรามาริบัติเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 เป็นแห่งแรกของประเทศไทย ดังนั้นการเก็บข้อมูล และการวิจัย ซึ่งนำมาถึงการพัฒนาคลินิกสุขภาพเพศชายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ชื่อ “คลินิกสุขภาพเพศชาย” ที่ปัจจุบันนำไปใช้ในโรงพยาบาลรามาริบัติ มีการเรียกชื่ออื่นๆ อีกมากมาย เช่น “คลินิกชายวัยทอง”, “คลินิกส่งเสริมสุขภาพชายวัยทอง” หรือ

“คลินิกชายสูงวัย” แต่คลินิกทั้งหมดดังกล่าวมีจุดประสงค์ที่เหมือนหรือคล้ายกัน อย่างไรก็ตามมีผู้ให้บริการและผู้รับบริการส่วนหนึ่งยังมีความรู้ความเข้าใจในคลินิกไม่ตรงกันจากการศึกษานี้มีผู้มารับบริการไม่ใช่ว่าด้วยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือมีปัญหาฮอร์โมนต่ำเพียงอย่างเดียว มีปัญหาโรคอื่นๆ อีก เช่น ไขมันในเส้นเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และภาวะกระดูกบางหรือพรุน อนึ่งข้อมูลดังกล่าวมิได้แสดงว่าในผู้รับบริการมีปัญหาโรคมากกว่าหนึ่งโรคในคนเดียวกัน นอกจากนี้ผู้รับบริการมากกว่า 50% ของคลินิกมีสถานะคู่และเป็นข้าราชการอาจเป็นเหตุผลการรักษาผู้รับบริการมีลักษณะเฉพาะพิเศษที่แตกต่างจากคลินิกอื่นๆ

Body Mass Index (BMI) คือค่าที่คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูงซึ่งบ่งบอกถึงไขมันในร่างกาย (body fatness) BMI ไม่ได้วัดไขมันในร่างกายโดยตรงแต่จากการวิจัยแสดงว่า BMI สัมพันธ์กับไขมันในร่างกายจาก underwater weighing และ dual energy x-ray absorptiometry (DXA)[3] ในการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ย BMI และ Total body fat ของผู้รับบริการมีแนวโน้มที่มากกว่าค่าปกติและปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุดคือไขมันในเส้นเลือดสูงดังนั้นความพร้อมในการดูแลรักษาทั้งการให้คำแนะนำในแนวทางที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการกลุ่มดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างมาก นอกจากนี้มีสิ่งที่น่าสนใจในการรักษา เช่น มียารักษาใน 6 อันดับแรกที่ใช้คือ vitamin, calcium, anti-lipidemia, ฮอร์โมนเพศชาย และยารักษาต่อมลูกหมากโต มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้รับบริการได้รับ vitamin และ calcium

โดยทั่วไปวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งคลินิกคือเพื่อส่งเสริมและให้ความรู้ด้านสุขภาพของชายสูงวัย เพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึงการป้องกันโรคและค้นหาผู้เริ่มเจ็บป่วย อันเป็นผลนำซึ่งคุณภาพชีวิตของชายสูงวัยที่ดีขึ้น[4] ดังนั้นคลินิกจึงมีความจำเป็นในวางแผนอนาคตที่จะมีการสำรวจความคาดหวัง หรือความพึงพอใจทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาคลินิกให้ดีขึ้นตลอดจนทำให้ผู้ให้บริการระดับปฏิบัติงาน เช่น แพทย์พยาบาล หรือทีมงานสามารถปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ ปัจจุบันคลินิกสุขภาพเพศชายในโรงพยาบาลรามาริบัติ มีแพทย์ที่ให้การรักษาคือ แพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะและให้บริการอาทิตย์ละครั้งวันช่วงบ่ายวันศุกร์ แต่จำนวนผู้รับบริการยังมีสัดส่วนมากกว่าผู้ให้บริการ ซึ่งอาจเกิดจากผู้รับบริการมีมากขึ้นตามอายุและมีความสนใจในสุขภาพมากขึ้น



ในขณะที่จำนวนผู้ให้บริการระดับปฏิบัติงานมีความสนใจน้อยอยู่ ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากการศึกษาย้อนหลังและจำเป็นที่ต้องศึกษาต่อไปเพื่อตอบคำถามอื่นๆ อีกมากมาย

บทสรุป

คลินิกสุขภาพเพศชายมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาเรื่องการขาดฮอร์โมนเพศชายไม่ได้เป็นปัญหาหลักของคลินิก การทำงานคลินิกสุขภาพเพศชายจึงจำเป็นต้องมีความรู้หลายสาขาร่วมกัน

Acknowledgement

ผู้ประพันธ์และทีมงานขอขอบคุณ ศ.นพ.หะทัย เทพพิสัย, ศ.นพ.วีระสิงห์ เมืองมัน, ศ.นพ. กฤษฏา รัตนโอฬาร และศ.นพ.สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ ขอขอบคุณ นางวณิชยา บำเพ็ญบุญ และ นางคมขำ แก้วชูเงิน ที่ช่วยร่วมดูแลผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพเพศชายอย่างเต็มที่ ตลอดจน

บริษัท ออร์แกนอน ประเทศไทย ที่สนับสนุนในด้านบุคลากรและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลรามธิบดี ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ภาควิชาศัลยศาสตร์. เรื่องการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติรักษาชาย-หญิงวัยทอง. การอบรมทางวิชาการ; 2544; โรงพยาบาลรามธิบดี; 2544. หน้า 20.
2. อรุษา เทพพิสัย. เสริมสร้างคุณภาพชีวิตในวัยทอง. กรุงเทพฯ: เทคนิค 19; 2005.
3. Mei Z, Grummer-Strawn LM, Pietrobelli A, Goulding A, Goran MI, Dietz WH. Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. **Am J Clin Nutr.** 2002; 75: 978-85.
4. บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์, สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ. การจัดตั้งคลินิกสุขภาพเพศชาย. กรุงเทพฯ: บ.บีออนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2002.