

บทบรรณาธิการ

ความล้มเหลวของการฟื้นฟูสภาพสายตาในผู้ตาบอด จากต้อกระจกในทศวรรษที่ผ่านมา

นิสิต ลีละวงศ์ พ.บ.*

ในการสำรวจตาบอดและสาเหตุระดับชาติครั้งที่ 3 ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2537 นั้น เรามีคนตาบอดทั่วประเทศ 180,704 คน ในจำนวนนี้เป็นตาบอดจากโรคต้อกระจก (cataract blind) ที่เรียกว่า ต้อกระจกตกค้าง (backlog) เท่ากับ 134,903 คน หรือร้อยละ 74.65 ของทั้งหมด ขณะเดียวกันเรายังมีต้อกระจกเกิดใหม่ (new cases) 1 คนต่อประชากรทุก ๆ 1,000 คนต่อปีโดยเฉลี่ย หรือเกิดเพิ่มอีก 63,000 คน ทุก ๆ ปี (ประชากรไทย 63 ล้านคน)

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ผู้ป่วย cataract blind จะตายภายใน 5 ปี นับจากตาข้างที่สองบอดลง ดังนั้นถ้าเราสามารถผ่าตัดควบคุมต้อกระจกเกิดใหม่ไว้ให้ได้ คือผ่าตัดได้หมดทั้ง 63,000 คน backlog จำนวน 134,903 คน ก็จะหมดไปเองภายใน 5 ปี (คือตายเองหมด) แต่ใน 63,000 คนที่เกิดขึ้นใหม่นี้ ย่อมมีจำนวนหนึ่งที่เราไม่สามารถตามตัวมาผ่าตัดได้ ดังนั้นถ้าอัตราการผ่าตัดต้อกระจกจะเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 25 หรือประมาณ 78,750 คนต่อปี ต้อกระจกก็น่าจะต้องหมดไปไม่เกินปี พ.ศ. 2544 หรือ 7 ปีหลังปี พ.ศ. 2537

แต่ก็เกิดเหตุการณ์เสมือนช็อคขึ้นในวงการ

สาธารณสุขไทย เพราะเมื่อต้นปี พ.ศ. 2544 ที่ท่านอดีตนายกรัฐมนตรี พลเอกชวลิต ยงใจยุทธ นายแพทย์มิ่งคล ญ สงขลา จะเกษียณในเดือนกันยายนนั้น ท่านพบว่ายังมีคนตาบอดจากต้อกระจกตกค้างอยู่อีกแสนกว่าคน จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อรณรงค์ผ่าตัดต้อกระจกขึ้นในส่วนภูมิภาค และในปี พ.ศ. 2546 นี้ ก็จะมีโครงการผ่าตัดต้อกระจกถวายเป็นพระราชกุศล จำนวน 4 หมื่นกว่ารายแทรกเข้ามาอีก จึงดูจะเป็นปัญหาให้ต้องคิดกันว่า ทำไมสถิติคนตาบอดจากต้อกระจกจึงไม่ยอมลดลงในทศวรรษที่ผ่านมาเลย?

ถ้าจะพิจารณากันตามเหตุผล ก็น่าจะมีสาเหตุได้ดังนี้

1. สถิติของ WHO เรื่องอายุเฉลี่ยของ cataract blind จะตายภายใน 5 ปี ไม่ถูกต้อง
2. จำนวนคนตาบอดจากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2537 ผิดพลาด และควรมีมากกว่านี้
3. จำนวนผ่าตัดต้อกระจกต่อปีที่เราประเมินกันไว้ไม่ถูกต้อง ขอไล่ไปที่ละข้อดังนี้
 - 3.1 สถิติของ WHO ที่ cataract blind จะตายภายใน 5 ปีนี้ ยอมรับและใช้กันทั่วโลก จึงไม่ควรผิด

* ประธานชมรมต้อกระจกแห่งประเทศไทย (MPF Thailand)

3.2 การสำรวจตาบอดแห่งชาติปี พ.ศ. 2537 ทำกันอย่างพิถีพิถันตามหลักวิชาการมากที่สุด และถือว่าดีกว่าการสำรวจครั้งที่ 1 และที่ 2 มาก จึงไม่น่าผิดพลาดอย่างใด

3.3 จักษุแพทย์ของประเทศเพิ่มขึ้นปีละ 30 กว่าคนทุกปี และปัจจุบันเรามีจักษุแพทย์ทั้งประเทศกว่า 700 คน มีการผ่าตัดต้อกระจกระหว่าง 60,000 คนในช่วงปี พ.ศ. 2537 และเพิ่มมาเป็นกว่าแสนคนต่อปีในปัจจุบัน จึงน่าที่จะเพียงพอที่จะคลุมต้อกระจกเกิดใหม่ได้ทั้งหมด

ถ้าพิจารณาตามนี้ เราอาจตัดข้อ 1 และ 2 ออกไปได้ทันที แต่ในข้อ 3 นั้นน่าจะมีปัญหาอยู่แม้เราจะเชื่อว่าจำนวนผ่าตัดที่พวกเราทั้งหมดร่วมกันทำนั้นมากพอที่จะคลุมต้อกระจกเกิดใหม่ไว้ได้ จะเป็นไปได้หรือไม่ที่แม้เราจะผ่ามาก แต่ผู้ที่เราผ่านั้นยังมีสายตาดำมืดถึงขั้นตาบอด หรือยังห่างจากระดับตาบอดมาก การจะลดสถิติคนตาบอดจึงไม่สามารถทำได้เลย

Phacoemulsification สิ่งมหัศจรรย์ในช่วง พ.ศ. 2543 ของสาขาจักษุวิทยา

ในช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา phacoemulsification เข้ามามีบทบาทในวงการจักษุวิทยา และจักษุสาธารณสุขของประเทศไทยเป็นอย่างมาก จนมีการใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วประเทศ การผ่าตัด phaco เป็นการผ่าตัดที่ได้รับการพัฒนาจนเกือบสมบูรณ์เต็มร้อยสำหรับโรคต้อกระจก คงขาดเพียงการทำให้มี accommodation ด้วยเท่านั้น และที่สำคัญมากคือเป็น การผ่าตัดที่สั่งได้ (promising operation) แม้ผู้ป่วยจะมีสายตา 20/30 ซึ่งถือว่าเป็นปกติในผู้สูงอายุ แต่แพทย์อาจรับรองกับผู้ป่วยได้ว่า เมื่อผ่าตัดแล้วจะเห็นได้ดีว่า และก็ได้ เพราะการเห็นแสงจ้าจะหมดไป การขับรถกลางคืนจะดีขึ้นมาก การอ่านแผ่นป้ายตรวจสายตาก็จะเห็นขอบภาพคมกว่า การผ่าตัดนี้จึงเป็นที่ชื่นชมของตัวแพทย์เอง เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและสังคมทั่วไป

ในการทำ phaco นั้น ถ้าแก้วตาโดยเฉพาะแกนในของต้อเนื้อ ซึ่งจะพบในต้อกระจกที่ยังเป็นน้อยไม่สุก จะทำผ่าตัดได้ง่ายและใช้เวลาน้อย ส่วนต้อที่ใกล้สุกหรือสุกเต็มที แกนในมักแข็ง แม้จะทำ phaco ได้ดีแต่จะ

ยากกว่า เสียเวลามากกว่า โดยเฉพาะในมือผู้ไม่ชำนาญ หรือผู้ที่ต้องการผ่าตัดหลาย ๆ รายในเวลาจำกัด ดังนั้น แพทย์ที่ต้องทำงานแข่งกับเวลา จึงชอบต้อที่ยังเป็นไม่มาก ซึ่งแน่นอนสายตาดำมืดจึงยังดีอยู่และห่างกัน มาก จากตา ที่เรียกว่า ตาบอด อยู่มาก จากสายตา 3/60 หรือ 10/200 หรือนับนิ้วมือได้ในระยะ 3 เมตร จากตา ที่เรียกว่า ตาบอด อยู่มาก

เมื่อการผ่าตัดนั้นสั่งได้และทำได้ไม่ยาก แพทย์จึงมี reward มาก เกือบทั้ง 100 ของอาจารย์แพทย์ของสถาบันที่ผลิตจักษุแพทย์ของประเทศจึงหันมาทำวิธีนี้กันหมด โดยไม่คำนึงว่าศิษย์ที่ออกไปจะทำวิธีอื่นโดยเฉพาะวิธีธรรมดาเป็นหรือไม่จึงมีคำพูดที่จริงถึงแค้นตนว่า “ใครทำ phaco ไม่เป็น ต้องเป็นหมอตาชั้น 2” ประกอบกับการแก่งแย่งชิงดี ซึ่งเป็นนิสัยของมนุษย์ อันก่อให้เกิดทุกข์นั้น แท้จริงมิได้เป็นทุกข์อย่างถึงที่สุด เพราะทุกข์อย่างที่สุดของมนุษย์คือ “ความกลัว” จึงทำให้ต้องคิด....

กลัวว่าจะสู้เขาไม่ได้

กลัวจะไม่มีผู้ป่วยมากเท่าเขา

กลัวชาวบ้านหรือหมอในโรงพยาบาลด้วยกันจะหาว่าไม่เก่ง

กลัวผู้ป่วยที่เราตรวจไว้ จะถูกเขาแย่งไปผ่า

กลัวว่าเดือนนี้ จะมียอดผ่าได้ไม่ครบ 20 คน ไม่ครบ 40 คน - 60 คน

ทำให้มีการนำผู้ป่วยที่มีสายตาดำมืด 20/50, 20/40, 20/30 หรือ 20/20-1 มาผ่าตัดกันมากขึ้น ๆ การผ่าตัดผู้ป่วยที่ยังเห็นดีเช่นนี้ จึงพบได้บ่อยมากในเมืองใหญ่ ๆ ทั่วไป เช่น กรุงเทพมหานคร และกำลังระบดไปสู่จังหวัดที่มีจักษุแพทย์เกิน 1 คนขึ้นไปหลายจังหวัด เรื่องเช่นนี้มีในอเมริกาเป็นเจ้าตำหรับมาก่อน จนพวกเขาตั้งชื่อเรียกกันว่า Californial cataract

เมื่อมีการผ่าตัดต้อกระจกเช่นนี้ ขณะที่สายตายังไม่ถึงขั้นตาบอดอย่างนี้มากพอ แม้จำนวนผ่าตัดจะสูงมากเพียงใด ก็มีได้เป็นการลดสถิติคนตาบอดจากต้อกระจกที่ยังมีตกค้างอยู่เลย

Phacoemulsification เหมาะสมกับงานด้านจักษุสาธารณสุขหรือไม่

เมื่อ phaco สามารถกำจัดต้อกระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว จึงเหมาะกับการใช้ในมวลชน แต่โดยที่จะต้องมีการเปลี่ยน phaco lip, phaco pencil, cassetta kit ทุกราย จึงเหมาะสมควรกับประเทศที่ร่ำรวย และผลิตอุปกรณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ได้เองเท่านั้น แต่ถ้ามีคำถามว่า phaco เหมาะสมกับงานจักษุสาธารณสุขของประเทศไทยในขณะนี้หรือไม่? ขอตอบฟันธงทันทีว่า ไม่ เหตุผลคือประเทศไทยเป็นเพียงประเทศกำลังพัฒนา ที่มีได้ร่ำรวยอะไร ทุกอย่างต้องซื้อเขาทั้งหมด ที่สำคัญ เรายังมีคนจนรวมทั้งผู้มีรายได้น้อยกว่าร้อยละ 70 ของประชากรทั่วประเทศ

มีข้อตำหนิว่า phaco ช่วยให้แพทย์ทำผ่าตัดต้อกระจกเร็วเกินควร ก่อนที่สายตาจะลดลงถึงขั้นตาบอดมาก จึงไม่ได้แก้ปัญหาคนตาบอดของชาตินั้น ความจริงคำถามว่าหาไม่ถูกต้อง ถ้าคนส่วนหนึ่งของประเทศถูกผ่าตัดต้อกระจกเมื่อเขายังเป็นน้อย เขาเหล่านี้ก็ไม่ต้องเกิด nearly mature หรือ mature หรือ hyper mature cataract กันอีก รวมทั้งไม่ต้องมีตาบอดจากต้อกระจกอีกต่อไป ดังนั้น แม้ phaco จะไม่สามารถลดสถิติของคนตาบอดได้ในช่วงแรก แต่ ในระยะยาว phaco ก็ไม่ทำให้จำนวนคนตาบอดเพิ่มอีก หรือเท่ากับลดจำนวนตาบอดจากต้อกระจกได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม สิ่งที่มี phaco ขาด คือ appropriate technology ที่เราถือเป็นหัวใจของการบริการมวลชน

Phaco ไม่สามารถตอบสนองหลักการสำคัญของจักษุสาธารณสุขในบ้านเราอย่างน้อย 3 ประการดังนี้

1. แพง ต้องใช้จ่ายมากทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
2. ยุ่งยาก ยิ่งเป็นเครื่องมือที่มีความสลับซับซ้อนเพียงใด ยิ่งแก้ยาก ซ่อมยาก แต่โดยที่เครื่องมือต้องใช้ในมนุษย์ ข้อระมัดระวังในการจะถ่ายทอดเชื้อโรคจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปยังผู้ป่วยอื่น ๆ โดยผ่านทางเครื่องมือจะต้องเข้มงวดมากเป็นพิเศษ
3. Scientifically sound การใช้ syringe แก้วฉีดยาโดยเปลี่ยนแต่เพียงหัวเข็มเป็นเรื่องผิดทั้งทฤษฎีและหลักการที่แพทย์เราไม่ทำกัน เพราะถ้าเรา

โดนกับตัว โดนกับครอบครัวเราก็ต้องไม่ยอม จึงคิดว่าจะไม่มีการนำ phaco pencil และสายต้อที่ใช้แล้ว ไปใช้กับผู้ป่วยรายต่อ ๆ ไป และถ้าแก้ไขไม่ได้ ก็เลิกใช้ก็คิดว่า เพราะท่านอาจถูกดำเนินคดีทั้งความแพ่งและความอาญา และพาลเดือดร้อนไปถึงท่านผู้อำนวยการในโรงพยาบาลของท่าน และพยาบาลที่ช่วยท่านเองทำงาน จะต้องตกเป็นจำเลยด้วยกันทั้งหมด

แล้วคนตาบอดจากต้อกระจกที่เป็น backlog อยู่ไหน เป็นใคร? อยู่ที่ไหน? ทำไมจึงไม่ไปขอรับการผ่าตัด?

เป็นใคร? ตอบว่า เป็นผู้ยากจน

อยู่ที่ไหน? ตอบว่า ที่คนจนเขาอยู่กัน

คือทั่วไปทั้งแผ่นดินไทยนี้แหละ ในกรุงเทพมหานครก็อยู่ในสลัม บ้านนอก ก็อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารและห่างไกล ท้องไร่ท้องนาและตามป่าเขา

ทำไมไม่ไปขอรับการผ่าตัด? ตอบว่า “ไปมาแล้ว แต่หมอบอกว่าไม่มีที่ ให้ไปดูใหม่ ก็ไปดูตามนัด เพราะเราอยากมองเห็น เขาขอให้ไปซื้อเลนส์พิเศษของโรงพยาบาลมีแต่ใช้ไม่ได้ มันไม่มีเงินจริง ๆ ค่ารถที่มานี้ก็ต้องไปกู้เขามาแปดร้อย เลยต้องกลับ ไม่ผ่าเผื่อมันแล้ว อีกไม่นานก็ตาย แก่บ้านนี้แล้ว”

ความจริงปัญหานี้มีมาก่อน 30 บาทรักษาทุกโรค ยิ่งตอนนี้ ยิ่งยากมากที่คนจนจะได้ทำ โรงพยาบาลรัฐขาดทุนจนเกือบไม่มีเงินใช้จ่าย ถ้าจะรับคนจนมาผ่าก็จะยิ่งขาดทุนกันใหญ่ จึงต้องเลือกเอาพวกที่เบิกราชการได้ เบิกประกันได้ หรือพวกที่มีเงินเป็นค่ายา ค่าเลนส์ แก้วตาเทียมไปก่อน ส่วนคนจนต้องคอยโอกาสเมื่อเขาจะทำกิจกรรมถวายเป็นพระราชกุศลนั้นแหละ เขาจึงจะเรียก

อย่างไรก็ตามก็ไม่ทราบว่าจะมีปัญหาหรือไม่ ที่คนมีเงินหรือคนเบิกได้จะทำ phaco แต่คนจนนั้นต้องทำ ECC BC IOL มันเป็น 2 มาตรฐานชัด ๆ

กฎหมายรัฐธรรมนูญหมวด 3 เรื่องสิทธิและเสรีภาพของชาวไทย

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล จากสถานบริการ

สาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชน มีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายกำหนด

สรุป

ความล้มเหลวของการฟื้นฟูสภาพสายตาใน ผู้ตาบอดจากต้อกระจกในทศวรรษที่ผ่านมา เกิดจาก :

1. ที่มีการผ่าตัดต้อกระจก ขณะที่ต้อยังไม่สุก สายตายังเสียไม่มากพอ เป็นเหตุให้ไม่สามารถลดอัตราคนตาบอดจากต้อกระจกได้ การผ่าตัดด้วยวิธี phacoemulcification เป็นการทำลายหลักการของ appropriate technology ทางจักษุสาธารณสุข ที่เราเคยใช้อย่างได้ผลดีมาตลอดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 ทั้งยังอาจก่อให้เกิดปัญหาระยะยาวสำหรับประเทศไทยเรา ซึ่งจะต้องเฝ้าดูกันต่อไป

2. ผู้ป่วยยากไร้และมีรายได้น้อย ได้รับการบริการผ่าตัดน้อยลงกว่าที่ควร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจักษุแพทย์รุ่นใหม่ ผ่าตัดต้อกระจกได้ด้วยวิธี phaco เพียงอย่างเดียว และเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าการผ่าตัดด้วยวิธีนี้มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งย่อมไม่เหมาะสมกับประเทศที่ขาดเงินและต้องซื้อจากเขาทุกอย่าง

ความคิดเห็น

ชมรมต้อกระจกแผลเล็ก มีความเห็นว่า ถึงเวลาแล้วที่ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย คณะกรรมการจัดทำหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านทางจักษุวิทยาของแพทยสภา และสมาชิกของราชวิทยาลัยจักษุฯทุกท่าน จะต้องผลึกกำลังกัน โดยลึมนึกถึงประโยชน์ของตนชั่วคราว แล้วมองให้เห็นถึงปัญหาของชาติและบ้านเมือง ชมรมขอยืนยันว่าจักษุแพทย์ทุกคนควรทำ

phacoemulcification ใน private practice ให้ได้ จึงจำเป็นที่จะต้องเรียน รู้ แต่สำหรับมวลชนที่มีผู้ยากไร้ และมีรายได้น้อยถึงร้อยละ 70 ของประเทศนั้น ยังจำเป็นที่จะต้องใช้วิธีที่ ง่ายกว่า ถูกกว่า และเหมาะสมกว่า ส่วนต่อไปเมื่อประเทศร่ำรวยขึ้น เราอาจมาพิจารณานำเอา phacoemulcification มาเป็นนโยบายหลักของประเทศในการแก้ไขปัญหาต้อกระจก