

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังของผลทางคลินิก ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่โรงพยาบาลนครปฐม ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2552

Retrospective Descriptive Study of Clinical Outcomes of CAPD Patients at Nakhon Pathom Hospital During 2008-2009

ธนพร อิมใจ พ.บ.,
ว.ว. อายุรศาสตร์
กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลนครปฐม

Thanaporn Imchai M.D.,
Thai Board of Internal Medicine
Division of Medicine
Nakhon Pathom Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนาเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ผลทางคลินิกของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องที่โรงพยาบาลนครปฐมระหว่าง ม.ค. 2551-ธ.ค. 2552 ซึ่งมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 27 รายเป็น 65 ราย โดยผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78 เป็นร้อยละ 89 ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในปี พ.ศ. 2551 และปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยหยุดการรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 87.5 ในปี พ.ศ. 2552 โดยผู้ป่วยบัตรต้นสังกัดมีระยะเวลาการรักษานานกว่าคือ 36.87 เดือน ในขณะที่บัตรประกันสุขภาพมีระยะเวลาการรักษาที่ 4.84 เดือน ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพปฏิเสธการรักษาร้อยละ 28.57 แสดงให้เห็นว่านโยบายภาครัฐบาลมีผลต่อการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในระยะต้น แต่การดูแลที่เกิดขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ตามมามีผลต่อการตัดสินใจในการหยุดการรักษาหรือมีผลให้หยุดการรักษา

คำสำคัญ: การล้างไตทางช่องท้อง, อัตราการหยุดการรักษา, ระยะเวลาการรักษา, ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ, ผู้ป่วยบัตรต้นสังกัด

ABSTRACT

Retrospective descriptive studying of clinical outcomes of CAPD (continuous ambulatory peritoneal dialysis) patients at Nakhon Pathom hospital during January 2008- December 2009. The CAPD patients have increased from 27 to 65 patients. The patient of National Health Security Office System increased from 78% to 89% and dropout rate increased to 87.5 % in 2009. The patient of Original Affiliation System had longer time on therapy than the patient of National Health Security Office System. (36.87 months VS 4.84 months) The

patient of National Health Security Office System rejected of the treatment 28.57%. In conclusion the government policy has the effect on the decision making of the patient on the first time. The obligation and quality of life of the patients and families had the effect on the dropout rate.

Keywords: CAPD, dropout rate, time on therapy, The patient of National Health Security Office System, The patient of Original Affiliation System

บทนำ

เนื่องจากในปัจจุบันมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย¹ ที่อยู่ในเขตจังหวัดนครปฐมมาขอรับบริการการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้อง²⁻³ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงเริ่มมีการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่มาขอรับบริการ งานวิจัยฉบับนี้ต้องการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการล้างไตทางช่องท้องในข้อมูลขั้นพื้นฐาน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการรักษาและกำหนดตัวควบคุม (CQI = continuous quality improvement) ที่จะมีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่มาใช้บริการล้างไตทางช่องท้อง
2. เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพการรักษาและกำหนดตัวควบคุม (CQI) ต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ retrospective descriptive study ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD stage 5)¹ ที่มาใช้บริการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง²⁻³ โรงพยาบาลนครปฐม โดยศึกษาจากประวัติที่บันทึกไว้ ระยะเวลาที่ทำ CAPD และหยุดการรักษาโดยการคำนวณดังนี้

(Formula developed by Ed .Vonesh's)⁴

Dropout rate (DOR) = $\frac{\text{No.Dropout (exclude KT)}}{\text{No. At Risk per year}}$

Dropout rate = จำนวนผู้ป่วยที่หยุดล้างไตทางช่องท้อง (ยกเว้นผู้ป่วยที่ไปเปลี่ยนไต)

No.At Risk per year: = $N1 + (N2/2 - N3/2)$

No.At Risk per year = จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะหยุดการรักษา

N1 = จำนวนผู้ป่วยต้นปี (number of patients at beginning of year)

N2 = จำนวนผู้ป่วยใหม่ในปีนั้น (number of new patients during the year)

N3 = จำนวนผู้ป่วยที่หยุดการรักษาทุกกรณีในปีนั้น (number of patients who leave for any reason during the year)

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยทำ CAPD จนหยุด (time on therapy = TOT, หน่วยเป็นเดือน = month)

TOT = $\frac{\text{จำนวนวันที่รับการรักษา}}{30}$

30

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจะถูกนำเสนอในรูปของ descriptive statistics เป็นตาราง ในอัตราร้อยละ

ผลการศึกษา

ก่อน 31 ตุลาคม พ.ศ. 2551 โรงพยาบาลนครปฐม ยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการล้างไตทางช่องท้องกับ สปสช. มีผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพประสงค์ทำ CAPD 6 คน ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551-31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอีก 15 คน จำนวนผู้ป่วยในปี

พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วย 27 คนเป็นผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 78 และในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วย 65 คนเป็นผู้ป่วย บัตรประกันสุขภาพร้อยละ 89 อัตราผู้ป่วยเป็นหญิงมากกว่าชาย ผู้ป่วยเป็นเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ไตวาย ร้อยละ 62.96-69.23 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ เพิ่มขึ้นจาก 48 ปี เป็น 53 ปี อัตราหยุดการรักษาในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 0 อัตราหยุดการรักษาในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 87.5 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาจน

หยุด (time on therapy) ในผู้ป่วยบัตรต้นสังกัดอยู่ที่ 36.87 เดือน ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพอยู่ที่ 4.84 เดือน (ตาราง ที่ 1)

สาเหตุที่หยุดการรักษาที่ควบคุมได้ คือ เปลี่ยนไป ฟอกเลือด 2 ราย (ร้อยละ 7.14) แต่ต่อมา 1 ราย ญาติ ปฏิเสธการรักษา สาเหตุที่ควบคุมไม่ได้คือปฏิเสธการรักษา 8 ราย เสียชีวิตจากโรคร่วม 18 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	ปี พ.ศ. 2551	ปี พ.ศ. 2552
จำนวนผู้ป่วย	27	65
สิทธิ - ประกันสังคม - ต้นสังกัด - ประกันสุขภาพ	1 (4%) 5 (18%) 21 (78%)	1 (2%) 6 (9%) 58 (89%)
ชาย หญิง	13 (48%) 14 (52%)	28 (43%) 37 (57%)
เบาหวาน	17 (62.96%)	45 (69.23%)
อายุ 15-20 21-60 มากกว่า 60 อายุเฉลี่ย	0 20 (74%) 7 (26%) 48	1 (2%) 49 (75%) 15 (23%) 53
อัตราหยุดการรักษา DOR (%ต่อปี) N1 (ผู้ป่วยเก่า) N2 (ผู้ป่วยใหม่) N3 (หยุดการรักษาทั้งหมด) No. Dropout (หยุดการรักษายกเว้น KT)	0% 5 22 (UC21) 0 0	87.5% 27 38 (UC37) 28 28
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรับการรักษาจนหยุด (time on therapy = เดือน) - ต้นสังกัด - ประกันสุขภาพ	ไม่มีผู้ป่วยหยุดการรักษาในปี	36.87 4.84

ตารางที่ 2 สาเหตุการหยุดการรักษา (Dropout rate) ในปี 2552

จำนวนผู้ป่วย 28 ราย

สาเหตุควบคุม	สาเหตุควบคุมไม่ได้ (ราย)		โรคหัวใจ	โรคอื่นๆ
เปลี่ยนไป ทำฟอกเลือด (ราย)	ปฏิเสธ การรักษา	ติดเชื้อ (ปอดบวม, ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ, diabetic foot ulcer, ติดเชื้อในกระแสเลือด)		
2 (7.14%)	8 (28.57%)	9 (32.14%)	3 (10.72%)	6 (21.43%)

วิจารณ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดให้ผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพต้องรับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องเป็นวิธีแรกเท่านั้น⁵ แต่ในระยะแรกผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติของโรงพยาบาลนครปฐม ที่ประสงค์จะล้างไตทางช่องท้องต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองเพราะโรงพยาบาลนครปฐมยังมิได้เข้าร่วมโครงการล้างไตทางช่องท้องกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵⁻⁸ ทำให้ผู้ป่วยที่ประสงค์จะล้างไตด้วยวิธีนี้ได้รับการดูแลจากญาติและพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อจะได้ไม่ต้องกลับมาโรงพยาบาลบ่อย ซึ่งญาติผู้ป่วยที่ตัดสินใจร่วมดูแลก็ได้ประเมินตนเองแล้วว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตลอด หลังจากโรงพยาบาลนครปฐมเข้าร่วมโครงการล้างไตทางช่องท้องกับ สปสช. นั้นทาง สปสช. มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับทราบถึงนโยบายการรักษา ให้บำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนมากประสงค์จะเข้ารับบริการ เพราะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองญาติผู้ป่วยที่ร่วมดูแล จึงทำได้ไม่เต็มที่และไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่เคยปฏิบัติมา ทำให้มีการปฏิเสธการรักษาหลังจากที่เริ่มการรักษาไปแล้วจำนวน 8 ราย เพราะมีปัญหาเรื่องการดูแล และมี

ผลต่อรายได้ของญาติที่ต้องมาดูแล มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคร่วมเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับมาโรงพยาบาลหลังจากที่เป็นโรครุนแรงแล้ว เช่น diabetic foot ulcer จนกลายเป็น cellulitis การติดเชื้อทางเดินหายใจจนปอดบวม การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจนช็อก น้ำท่วมปอดจนเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว ซึ่งขณะเริ่มต้นระบบนั้นยังไม่มีข้อกำหนดจาก สปสช. ที่สามารถเปลี่ยนวิธีการรักษาเป็นการฟอกเลือดชั่วคราวได้ จากผลของการศึกษานี้ สปสช. จึงควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยค่าใช้จ่ายและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องทั่วประเทศและวิเคราะห์เชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาการใช้งบประมาณของแผ่นดินให้เกิดประโยชน์และพัฒนาระบบวิธีการรักษาบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมรวมทั้งพัฒนาระบบการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดปริมาณผู้ป่วยต่อไป ด้านหน่วยบริการควรมีการพัฒนาระบบการคัดกรอง มีการให้ความรู้เบื้องต้นเป็นระยะรวมทั้งรวบรวมข้อมูลทางสถิติในด้านการรักษา และผลลัพธ์ของการรักษา⁹⁻¹⁰

เอกสารอ้างอิง

1. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and

- stratification. Am J Kidney Dis. 2002;39(2 suppl 1):S1-266.
2. Post TW, Rose BD. Overview of the management of chronic kidney disease in adults. Up To Date. 2010;1-26.
 3. ณัฐวุฒิ ไตวน้ำชัย, พิสุทธิ กตเวทิน, สมชาย เอี่ยมอ่อง. Overview Renal Replacement Therapy. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง และคนอื่นๆ., บรรณาธิการ. Text-book of Peritoneal Dialysis. แท้กซ์ แอนด์ เจอร์นัล; 2551. หน้า 1-17.
 4. Edward Vonash. Statistic Method of Estimating Survival in PD: How to Read Between the lines? 28th Annual dialysis Conference; 2008 March 2-4; Rosen Shingle Creek Resort. Orlando Florida; 2008.
 5. ประทีป ธนกิจเจริญ และคนอื่นๆ. Development of CAPD first policy in Thailand. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง และคนอื่นๆ., บรรณาธิการ. Textbook of Peritoneal Dialysis. แท้กซ์ แอนด์ เจอร์นัล; 2551. หน้า 19-23.
 6. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคนอื่นๆ. การเข้าถึงบริการทดแทนไตอย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงนโยบาย. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2548.
 7. ทวี ศิริวงศ์. CAPD in Thailand: Role and Experience in of Srinagarind Hospital. ใน: สมชาย เอี่ยมอ่อง, เกรียง ตั้งสง่า, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, บรรณาธิการ. โรคไต: กลไก พยาธิสรีรวิทยา การรักษา. แท้กซ์ แอนด์ เจอร์นัล; 2550. หน้า 337-51.
 8. สรุปผลโครงการพัฒนาดันแบบการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธี CAPD นำร่องในพื้นที่ 3 แห่ง. เอกสารโรงพยาบาลศรีนครินทร์. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน); 2549.
 9. Oreopoulos DG. Why the high Drop-out rate on CAPD? Editorials. Perit Dial Int. 1982;2:57-8.
 10. Kawaguchi Y, Ishizaki T, Imada A, et al. Searching for the reasons for drop-out From peritoneal dialysis: a nationwide survey in Japan. Perit Dial Int. 2003;23(suppl 2):S175-7.