

การพัฒนาคุณภาพการรักษผู้ป่วยไตวาย ในประเทศไทย

พญ.อุษณา ลูวีระ*

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบปัญหาในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายในประเทศไทย เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

ผู้ป่วยไตวายคือ ผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของไตเสื่อมลง ซึ่งมี 2 ประเภท คือ ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน และ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วย 2 ประเภทนี้มีแนวทางในการดูแลรักษาแตกต่างกัน

1. ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันคือผู้ป่วยที่มีหน้าที่การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลา 3 เดือน ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลอุบัติการณ์ที่แน่นอนในประเทศไทย สุชาติ อินทรประสิทธิ์ และคณะ⁽¹⁾ คาดว่ามีประมาณร้อยละ 0.1 ของผู้ป่วยในที่รับไว้ในโรงพยาบาล หรือประมาณ 3,250 คนต่อปี หรือ 55 คนต่อล้านประชากร

ตารางที่ 1 สาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลัน

สาเหตุ	ร้อยละ
Acute tubular necrosis (ischemic)	73
Obstruction	10
Acute tubular necrosis (nephrotoxic)	6
Glomerulonephritis	5
Prerenal failure	4
Acute Interstitial nephritis	2

สาเหตุของไตวายเฉียบพลันจำแนกได้ตามตารางที่ 1 ซึ่งจะเห็นว่าส่วนใหญ่ ภาวะไตวายสามารถฟื้นได้เอง หรือแก้ไขให้ฟื้นคืนหน้าที่ได้

ร้อยละ 52 ของ Acute tubular necrosis (ischemic) ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะไตวายที่พบบ่อยที่สุดเกิดจากการติดเชื้อรุนแรง (ตารางที่ 2) การติดเชื้อนี้อาจจะเป็นภาวะแทรกซ้อนจากอุบัติเหตุ หรือหลังผ่าตัดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัดตับและหัวใจ รวมทั้งการติดเชื้อรุนแรงทุกชนิด เช่น Malaria, Leptospirosis

ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันมักจะเป็นผู้ป่วยวิกฤติ มีการเสื่อมของอวัยวะหลายแห่งพร้อมกัน (multiple organ dysfunction หรือ MOD) ทำให้อัตราตายสูงมาก

ตารางที่ 2 สาเหตุของ Acute tubular necrosis (ischemic)

สาเหตุ	ร้อยละ
Sepsis	52
Volume depletion	13
Hepatorenal syndrome	8
Decrease cardiac output	6

* หน่วยไต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, นายกสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

การพัฒนาคุณภาพการรักษผู้ป่วยไตวายในประเทศไทย

การป้องกันและรักษาอย่างทันท่วงทีจะช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของผู้ป่วยลงได้ และไตสามารถฟื้นทำหน้าที่ตามปกติได้ในเวลาต่อมา

การรักษาผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน เป็นการรักษาที่จำเป็นและคุ้มทุนโดยเฉลี่ยผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 11.2 วัน ร้อยละ 44 ของผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยการล้างเลือด (dialysis) ซึ่งแบ่งเป็น⁽²⁾

1. ล้างช่องท้อง (peritoneal dialysis)
2. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)
3. การรักษาด้วยไตเทียมต่อเนื่อง (continuous dialysis)

เนื่องจากวิธีที่ 3 ยังเป็นวิธีใหม่ และผลการรักษายังไม่แน่นอน จึงจะขอกว่าเฉพาะ 2 วิธีแรก

การล้างช่องท้อง (peritoneal dialysis)

วิธีการที่ใช้ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันคือ การล้างช่องท้องชั่วคราว (intermittent peritoneal dialysis)⁽³⁾ การรักษาโดยวิธีนี้ทำมานานแล้ว และมีการพัฒนาเรื่อยมา โดยทั่วไปจะทำครั้งละ 3-4 วัน ในบางรายที่ไตฟื้นช้า อาจต้องทำ continuous peritoneal dialysis

ภาวะแทรกซ้อนของการล้างช่องท้องที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะเลือดออก การทะลุของทางเดินอาหารและกระเพาะปัสสาวะ การติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) การอุดตัน และการรั่วของน้ำยาที่ใช้ล้างช่องท้อง

ค่าใช้จ่ายในการล้างช่องท้องที่เป็นค่าอุปกรณ์และน้ำยา ครั้งหนึ่งอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ค่าใช้จ่ายที่สูงอีกส่วนหนึ่งคือค่าแรงเจ้าหน้าที่ เพราะต้องมีพยาบาลเฝ้าดูแลตลอดเวลา คอยถ่ายน้ำยาเข้าออกทุกครึ่งชั่วโมงถึงหนึ่งชั่วโมง จนกว่าไตจะฟื้น ในสภาพที่พยาบาลขาดแคลนและค่าแรงงานเพิ่ม ทำให้เกิดความยุ่งยากมากทีเดียว

การติดเชื้อในช่องท้อง (peritonitis) เกิดบ่อยมาก แม้จะใช้เทคนิคการปราศจากเชื้อแล้วก็ตาม อุบัติ

การณ์ขึ้นอยู่กับระยะเวลาทำการล้างช่องท้อง ยิ่งระยะเวลาสั้นขึ้นก็ยังมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น การรักษาต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีราคาแพงมาก เพราะเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งเชื้อโรคมักติดต่อยา ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นอีกประมาณ 10 วัน หลังหยุดการล้างช่องท้อง ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตจากการติดเชื้อในช่องท้องเพราะมีภาวะวิกฤติอยู่แล้ว

แม้ว่าการล้างช่องท้องจะทำงาน ทำได้ในโรงพยาบาลทั่วไป ไม่ต้องใช้เครื่องมือมาก แต่ค่าใช้จ่ายในด้านอุปกรณ์การแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ค่ายาปฏิชีวนะ และการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้นจากภาวะแทรกซ้อน ทำให้วิธีการนี้มีค่าใช้จ่ายสูงมาก อาจไม่เหมาะสมกับสภาวะปัจจุบัน

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันยังใช้ไม่แพร่หลาย ทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีเครื่องไตเทียม มีแพทย์โรคไต และมีพยาบาลที่เชี่ยวชาญทางไตเทียม

การฟอกเลือดจะใช้เวลาประมาณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 3-4 ชั่วโมง ในผู้ป่วยแต่ละคนจะฟอกเลือดโดยเฉลี่ยประมาณ 4-6 ครั้ง ไตจึงจะฟื้น อุปกรณ์ที่ใช้ได้แก่ double lumen catheter สำหรับเป็นตัวนำเลือดเข้าออกและตัวกรอง (dialyser) สำหรับฟอกเลือด แม้ว่าจะต้องใช้อุปกรณ์มาก และราคาแพง แต่ตัวกรองสามารถนำมาใช้ซ้ำได้หลายครั้ง ไม่ค่อยพบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ปัญหาที่สำคัญคือ การขาดแคลนแพทย์โรคไต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมในต่างจังหวัด

ความต้องการการฟอกเลือดด้วยไตเทียมมีประมาณ 220 dialysis/ล้านประชากร/ปี) ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากต่างจังหวัดมักจะต้องเข้ามารับการฟอกเลือดด้วยไตเทียมในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนก่อน ด้วยค่าใช้จ่ายที่สูงมากทำให้ผู้ป่วยพยายามหาทางย้ายไปรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ แต่ก็ประสบปัญหาเตียงไม่เพียงพอ

ทำให้การรักษาล่าช้า และอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 25-77 ดังนั้น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดตั้งหน่วยไตเทียม มีแพทย์โรคไต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม เพื่อรองรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน เหล่านี้

อุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เกินกำลังที่ผู้ป่วยที่ยากไร้จะจ่ายได้ เนื่องจากการรักษาที่จำเป็นและคุ้มค่า อีกทั้งเป็นการรักษาในช่วงเวลาที่ไม่นานนัก รัฐบาลและองค์กรเอกชนควรช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้อย่างเต็มที่ ปัจจุบันมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ได้ให้เงินช่วยเหลือโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน แต่ยังไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง

2. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังคือผู้ป่วยที่สูญเสียหน้าที่การทำงานของไตอย่างช้าๆ และถาวร โรคไตทุกชนิดทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังได้ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้สำรวจสาเหตุของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยบำบัดทดแทนไต เมื่อปี 2535 พบว่าร้อยละ 52 เกิดจาก chronic glomerulonephritis ร้อยละ 21 เกิดจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 11 เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁾

ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536 พบว่าอัตราการตายจากภาวะไตอักเสบและพิการ (รหัส 580-589) สูงเป็นอันดับ 9 โดยมีอัตราการตาย 7.1 ต่อแสนประชากร ในปี 2532 และเพิ่มเป็น 9.9 ต่อแสนประชากรในปี 2536 ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มโรค glomerulonephritis

ส่วนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่เป็นโรคไตอักเสบและไตพิการ (รหัส 580-587) มีอัตรา 65.4 ต่อแสนประชากรสำหรับทั้งประเทศ และ 111.7 ต่อแสนประชากรสำหรับกรุงเทพมหานคร ข้อมูลของกรุงเทพมหานครอาจจะสูงกว่าความเป็นจริงเนื่องจากมีผู้ป่วยจากต่างจังหวัดเข้ามารักษาด้วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วย

อายุน้อย มีร่างกายแข็งแรง รักษาโดยวิธีบำบัดทดแทนไตมักได้ผลดี

ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นมานานๆ จะเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยอายุยืนขึ้นก็จะมีอุบัติการณ์ของโรคไตวายเรื้อรังเพิ่มขึ้นเช่นประเทศที่พัฒนาแล้ว⁽⁵⁾ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น สถิติเมื่อพ.ศ. 2536⁽⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยในที่เป็นโรคเบาหวานมีจำนวน 40,592 คน หรือ 69.9 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยในที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 53,829 คน หรือ 92.7 ต่อแสนประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะไตวายเรื้อรังขึ้นในอนาคต

โรคนี้ในไตและท่อไต พบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ เป็นสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังในภูมิภาคนี้ๆ ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในช่วงปีพ.ศ. 2535-2537 พ่วยด้วยโรคนี้ในไตและท่อไตร้อยละ 1.2-1.6^(7, 8, 9) ถ้าคำนวณต่อจำนวนผู้ป่วยในทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2536 ซึ่งมี 3,130,247 คน จะมีผู้ป่วยโรคนี้ในไตและท่อไตประมาณ 46,953 คน/ปี ซึ่งจำนวนจริงน่าจะสูงกว่านี้ เพราะอุบัติการณ์ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงกว่าภาคอื่นๆ

การป้องกันโรคไตวาย

เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคไตชนิดใดก็ตาม การป้องกันไม่ให้ไตเสื่อมหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญมาก

ปัจจัยต่อไปนี้ ทำให้ไตเสื่อมหน้าที่เร็วขึ้น

1. ภาวะขาดน้ำ เบื่ออาหาร อาเจียน เสียเลือด
2. ยาที่เป็นพิษต่อไต เช่น NSAID, Aminoglycoside, ยารักษาโรคมะเร็ง, X-ray contrast media
3. ภาวะหัวใจล้มเหลว และไตเนื้องอก
4. ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
5. การอุดตันของทางเดินปัสสาวะ เช่น โรคนี้ในท่อไต มะเร็งในทางเดินปัสสาวะ ต่อมลูกหมากโต
6. อาหารที่มีโปรตีนและฟอสฟอรัสสูง
7. เบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ดี

การพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยไตวายในประเทศไทย

8. ภาวะติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะ และในที่อื่นๆ
9. การแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว
10. การแตกทำลายของกล้ามเนื้อ
11. Reflux nephropathy
12. เส้นเลือดตีบตัน หรือลิ่มเลือดอุดตัน
13. ภาวะแคลเซียม กรดยูริกและไขมันในเลือดสูง การป้องกันโรคไตวายอาจทำได้โดย

ก. การตรวจหาความผิดปกติแต่เริ่มแรก และให้การรักษาที่เหมาะสม

การตรวจไขวและเม็ดเลือดในปัสสาวะ การตรวจหาระดับ BUN และ creatinine ในเลือด การตรวจหาความผิดปกติอื่นๆ โดย X-ray, ultrasonography, renography จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก สามารถแก้ไขและป้องกันการเสื่อมหน้าที่ของไตได้

การคุมน้ำตาล และอาหารในโรคเบาหวานระยะเริ่มต้นที่มี microalbuminuria การควบคุมความดันโลหิตให้ดี การลดอาหารโปรตีน และอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ก็สามารถชะลอการเสื่อมของโรคไตได้ทุกชนิด

นอกจากนี้การให้ยาในการตรวจรักษาผู้ป่วย ควรทำด้วยความระมัดระวัง หลีกเลี่ยงยาที่เป็นพิษต่อไต

ข. การให้ความรู้แก่ประชาชน

การให้ความรู้แก่ประชาชนให้ดูแลรักษาตัวเอง ปฏิบัติตนให้ถูกต้องในเรื่องการช้ยา การรับประทานอาหาร การควบคุมความดันโลหิตด้วยตนเอง

ค. การให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตวายแก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น นักกำหนดอาหาร และนักโภชนาการ จะช่วยชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตและประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษา

การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายหมายถึงผู้ป่วยที่ไตเสื่อมหน้าที่ไปมากกว่าร้อยละ 95 มีไตเหลือทำงานน้อยกว่าร้อยละ 5 หรือไม่ทำงานเลย หรือผู้ป่วยที่ถูกตัดไตออกทั้งสองข้าง

ผู้ป่วยพวกนี้จะมีอาการซีด อ่อนเพลีย บวม หอบเหนื่อย ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะซึมลง หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

ด้วยเทคโนโลยีในทางการแพทย์สมัยใหม่ การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอย่างครบวงจรสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ การรักษานี้เรียกรวมๆว่า การบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy) ซึ่งมี 3 ชนิด คือ

1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)
2. การล้างช่องท้องถาวร (continous ambulatory peritoneal dialysis หรือ CAPD)
3. การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)

ในปีพ.ศ. 2537⁽¹⁰⁾ พ.อ.หญิงประไพพิมพ์ ชีระคุปต์ ออนุกรรมการ dialysis และ transplantation ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ได้ทำการสำรวจจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ย้อนหลัง 5 ปี ได้จำนวนผู้ป่วย 1,995 ราย หรือเท่ากับ 35/ล้านประชากร มีอายุระหว่าง 7-88 ปี และส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 40-60 ปี ได้รับการรักษาด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1,052 ราย (53%) รักษาด้วยวิธีล้างช่องท้องถาวร 506 ราย (25%) และรักษาด้วยวิธีผ่าตัดปลูกถ่ายไต 437 ราย (22%) จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่มาได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นค่อนข้างรวดเร็วจาก 424 คน หรือ 8 ต่อล้านประชากรในปี 2532 เป็น 1,280 ราย หรือ 22 ต่อล้านประชากรในปี 2536 อย่างไรก็ตามอัตรานี้ต่ำกว่าประเทศที่เจริญแล้วอย่างมาก เช่น ญี่ปุ่นมีอัตราสูงถึง 1,076 ต่อล้านประชากรเมื่อปี 2537⁽¹¹⁾

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียระหว่าง CAPD กับ hemodialysis

	CPAD	Hemodialysis
สถานที่	- ทำที่บ้าน	- ต้องไปทำที่สถานพยาบาล สถานที่ทำมีน้อย
ผู้ทำ	- ผู้ป่วยหรือญาติทำเอง - ต้องเปลี่ยนน้ำยาเองวันละหลายครั้ง	- ไม่ต้องทำเอง - มีแพทย์พยาบาลดูแลใกล้ชิด - ใช้บุคลากรทางการแพทย์จำนวนมาก
ความสะดวก	- เป็นอิสระไม่ต้องหยุดงาน	- เสียเวลาทำงานสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง - ไม่สะดวกเมื่อต้องไปธุระไกลๆ หรือไปเที่ยว
การเจ็บตัว	- ต้องมีท่อ Tenckhoff Catheter ติดหน้าท้องตลอดเวลา - การใส่น้ำยาในช่องท้องทำให้อึดอัด เกิดใส่เลือดและปวดหลัง	- ไม่ต้องมีสายติดตัว - เจ็บตัวทุกครั้งจากการแทงเข็มเข้าเส้นเลือดเพื่อนำเลือดมาฟอก
อาหารและน้ำ	- รับประทานอาหารและน้ำได้มากกว่า	- ต้องดื่มน้ำน้อย วันละประมาณ 500-1000 มล. - งดอาหารเค็ม ผัก ผลไม้
ภาวะแทรกซ้อน	- ติดเชื้อง่ายทั้งในช่องท้องและที่ผิวหนัง - ทำให้เส้นเลือดที่เท้าตันง่ายและเกิด gangrene	- ไม่ค่อยติดเชื้อ
ผลลัพธ์	- ค่าเคมีในเลือดคงที่ - ชีตน้อยกว่า คุมความดันโลหิตได้ดีกว่า	
เหมาะสำหรับ	- เด็กเล็กและผู้ป่วยชราที่หัวใจไม่ดี	- ผู้ป่วยที่รอฟ่าตัดปลูกถ่ายไต

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบให้เห็นข้อดีข้อเสียของการใช้วิธีล้างช่องท้องถาวร (CAPD) กับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)

ประเทศไทยมีเครื่องไตเทียมจำนวน 247 เครื่อง

ตารางที่ 4 จำนวนเครื่องไตเทียมในประเทศไทย

ที่ตั้ง	จำนวนสถาบัน	รัฐ/เอกชน	จำนวนเครื่อง (เครื่อง)
กรุงเทพฯ	29	รัฐ	67
		เอกชน	131
ต่างจังหวัด	13	รัฐ	42
		เอกชน	7
รวม	42		247

ส่วนใหญ่เป็นของภาคเอกชนที่อยู่ในกรุงเทพฯ (ตารางที่ 4) การเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัด อาจจะทำให้มีจำนวนเครื่องไตเทียมเพิ่มมากขึ้น เป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยที่รอกำตัดปลูกถ่ายไตโดยสามารถฟอกเลือดระหว่างรอไตได้ ปัญหาสำคัญคือ การขาดแคลนแพทย์โรคไต และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม อีกทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงในโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรับการรักษาได้

สำหรับการล้างช่องท้องถาวร (CAPD) นั้นส่วนใหญ่จะทำโดยรพ.รัฐในกรุงเทพฯ (363 ราย) และต่างจังหวัด (118 ราย) มีเพียง 25 รายเท่านั้นที่ทำในรพ.เอกชน

จากข้อมูลเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2537

การพัฒนาคุณภาพการรักษามะเร็งไตวายในประเทศไทย

ประเทศไทยทำผ่าตัดปลูกถ่ายไตไปแล้วมากกว่า 703 ราย⁽¹²⁾ และมีชีวิตอยู่ 534 ราย ประมาณ 2 ใน 3 ใช้ไตจากผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ (living related donor) และ 1 ใน 3 ใช้ไตจากญาติพี่น้อง (living related donor) มีการผ่าตัดประมาณปีละ 100 ราย ผลการผ่าตัดดีเทียบเท่าต่างประเทศทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลการผ่าตัดผู้ป่วยที่ได้รับไตจากญาติพี่น้องจะดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเนื้อเยื่อคล้ายกันมากและเข้ากันได้ดี อัตรา graft survival ในผู้ป่วยที่ได้รับไตจากญาติพี่น้องมีค่า 95-100% ที่ 1 ปีและ 5 ปี อัตราในผู้ป่วยที่ได้รับไตจากผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่มีเพียง 60-86% ที่ 1 ปี และ 60-70% ที่ 5 ปี⁽¹³⁾

สุชาติ อินทรประสิทธิ์⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยวิธีต่างๆไว้ดังนี้ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเดือนละ 24,000 บาทในรพ.เอกชน และ 12,000 บาทในรพ.รัฐบาล การล้างช่องท้องถาวรเดือนละ 14,000 บาท การผ่าตัดปลูกถ่ายไตเดือนละ 18,000 บาทในช่วง 3 เดือนแรก 16,000 บาทในช่วง 3 เดือนถัดมา 14,000 บาทในช่วงครึ่งปีหลัง 10,000 บาทในช่วงปีที่สอง และ 8,400 บาทหลังจากปีที่สอง

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตมีคุณภาพชีวิตดีที่สุด⁽¹⁵⁾ เมื่อเปรียบเทียบในเรื่องค่าใช้จ่ายจะพบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับการล้างช่องท้องถาวรเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องใช้น้ำยาจากต่างประเทศ ส่วนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีค่าใช้จ่ายลดลง เพราะมีการใช้ตัวกรอง (dialyser) ซ้ำหลายๆ ครั้ง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 วิธีแล้ว การผ่าตัดปลูกถ่ายไตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ไตจากญาติ จะเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เพราะเสียเวลาฟอกเลือดน้อยเกิดการสลัดไตทั้ง (rejection) น้อย นอกจากนี้ การรักษาโดยการฟอกเลือดและการล้างช่องท้องถาวร ต้องฉีดยา Erythropoietin ทุกสัปดาห์ รวมค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีกประมาณเดือนละ 6,000-8,000 บาท

ข้อเสนอแนะ

ในสภาวะเศรษฐกิจปัจจุบันของประเทศไทย ควรสนับสนุนให้มีการผ่าตัดปลูกถ่ายไตในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี โดยใช้ทั้งไตจากญาติและจากผู้บริจาคที่ยังมีชีวิตอยู่แล้ว ขณะนี้ศูนย์รับบริจาคอวัยวะของสภาการแพทย์กำลังรณรงค์เพื่อเพิ่มการบริจาคอวัยวะจากผู้เสียชีวิตด้วยโรคสมองตายทั่วประเทศ

ควรสนับสนุนให้มีการบริจาคไตจากญาติเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ที่บริจาคไตไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ได้รับการชดเชยหยุดพักหลังการผ่าตัด และได้รับการประกาศเกียรติคุณ เป็นต้น

ภาคเอกชนและสำนักงานประกันสังคมควรช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ เพื่อลดปัญหาสังคมที่จะตามมา เพราะผู้ป่วยอายุน้อย อยู่ในวัยทำงาน เป็นกำลังสำคัญในการเลี้ยงดูครอบครัว ทั้งนี้อาจช่วยเหลือเป็นระยะเวลา 1 ปี จนผู้ป่วยสามารถทำงานช่วยเหลือตนเองได้

เพื่อส่งเสริมการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและช่วยเหลือสถาบันที่ทำงานนี้ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย และกระทรวงการคลัง ควรร่วมมือช่วยกันหาทางจัดตั้งเป็นกองทุนซึ่งมีการบริหารจัดการที่ดี

ควรสนับสนุนให้มีการเพิ่มการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่มีขีดความสามารถในการผ่าตัดปลูกถ่ายไตและฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เช่น ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข มีขีดความสามารถในการรักษามะเร็งไตไตทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง เพื่อเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยในต่างจังหวัด สกัดกั้นการหลั่งไหลของผู้ป่วยเข้ามาในกรุงเทพฯ อันจะเป็นการประหยัดทรัพยากรต่างๆ และทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น อัตราการเสียชีวิตลดลง

เอกสารอ้างอิง

1. Indraprasit S., Salsulsaenggrapha A. "Acute renal faillure in Thailand. Retrospective review at single medical center." (Abstract) Thailand seminars in Nephrology. Pattaya Thailand; December 2-4, 1995: p 93.
2. ดุสิต ล้ำเลิศกุล. "The choice of renal replacement therapy." *การรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติด้วยไตเทียม*. บก. ดุสิต ล้ำเลิศกุล, เกรียง ตั้งสง่า, ประเสริฐ ธนกิจจากร, ดิเรก บรรณจักร. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์. บทที่ 1 หน้า 5-21.
3. พรรณนุปลา ชูวิเชียร. "Intermittent Peritoneal Dialysis." *การรักษาโดยวิธี Hemodialysis และ CAPD*. บก. อุษณา ลูวีระ, พรรณนุปลา ชูวิเชียร สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2536; หน้า 134-135.
4. อุษณา ลูวีระ. "การรักษาโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยวิธีทดแทนไตในประเทศไทย" *การรักษาโดยวิธี Hemodialysis และ CAPD* บก. อุษณา ลูวีระ, พรรณนุปลา ชูวิเชียร สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2536; หน้า 147-159.
5. Port FK. "The end stage renal disease program trends over the past 18 years." *American Journal of Kidney Disease* Vol xx: No 1 Suppl 1 (July 1992): pp 3-7.
6. กระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2536*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538; หน้า 5, 210, 211.
7. รายงานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2535. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์; หน้า 105.
8. รายงานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2536. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์; หน้า 96.
9. รายงานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 2537. กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์; หน้า 95.
10. ประไพพิมพ์ ชีระคุปต์, พรรณนุปลา ชูวิเชียร, อุษณา ลูวีระ. "การรักษาผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ด้วยการบำบัดทดแทนไต" *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2538)*: หน้า 22-28.
11. Takamitsu Y. "Present status of Medical care for ESRD in Japan." *Journal of Japanese Society for Dialysis Therapy* 1 (1995): 110-112.
12. อุษณา ลูวีระ. "สถานะภาพการปลูกถ่ายไตในปัจจุบัน." *Organ Procurement*. บก. โสภณ จิรสิริธรรม, พรเทพ เปรมโยธิน, กิตติชัย เหลืองทวีบุญ, ศิริวรรณ จิรสิริธรรม สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2538; หน้า 13-24.
13. Terasaki P. et al. "Long term effect of HLA matching in Organ transplantation." (Abstract) The 4th Congress of the Asian Society of Transplantation. Seoul, Korea; August 27-30, 1995: p 4.
14. Indraprasit S. "Expense and Quality of life of postrenal transplantaion." (Abstract) 9th Asian Colloquium in Nephrology. Seoul, Korea; May 17-21, 1992.
15. Lee HN. "Quality of Ilfe after renal transplantation." (Abstract) The 4th congress of the Asian Society of Transplantation. Seoul, Korea; August 27-30, 1995: p 16.

