

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตาในผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จันทวันต์ พาสพิณ¹อิสริย์ ปัญญาวรรณ²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (RRD) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุวิทยา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย 360 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะจอประสาทตาลอกระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคส แควร์ การทดสอบฟิชเชอร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก เพื่อหาอัตราส่วนความเสี่ยงของปัจจัยต่างๆ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของ RRD สูงกว่าชนิดที่ไม่ใช่ RRD ประมาณ 3 เท่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด RRD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคเบาหวาน ภาวะจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน สายตาสั้น การผ่าตัดตา และการบาดเจ็บที่ตา ส่วนการสูบบุหรี่และโรคเมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดภายในลูกตามีโอกาสเกิด RRD สูงกว่าผู้ที่ไม่มียังประวัติดังกล่าว 5.20 เท่า (95% CI = 1.39–18.82) ในขณะที่การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการลดโอกาสการเกิด RRD 0.13 เท่า (95% CI = –3.83 ถึง –0.26) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการเฝ้าระวังและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีประวัติการผ่าตัดตา สายตาสั้น เบาหวาน และการบาดเจ็บที่ตา นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการเกิด RRD

คำสำคัญ: ความชุก, ปัจจัยเสี่ยง, จอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา

วันที่รับบทความ

26 กรกฎาคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

21 สิงหาคม 2567

วันที่ตอบรับบทความ

26 สิงหาคม 2567

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: kpanyawan@gmail.com

โทร. 094-6165191

Prevalence and Risk Factors for Rhegmatogenous Retinal Detachment in Patients Admitted at Eye Ward, Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital

Chantawan Paspisanu¹Issaree Panyawan²

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to examine the prevalence and risk factors of rhegmatogenous retinal detachment (RRD) in patients admitted to the ophthalmology ward at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The sample consisted of 360 patients diagnosed with retinal detachment between January 1, 2022, and December 31, 2022. Data analysis employed descriptive and inferential statistics, including the chi-square test, Fisher's exact test, and logistic regression, to determine risk ratios for various factors at a 95% confidence interval.

Results showed that the prevalence of RRD was approximately three times higher than that of non-RRD types. Factors significantly associated with RRD occurrence included gender, age, alcohol, diabetes, diabetic retinopathy, myopia, eye surgery, and eye injury. Smoking and cancer were not statistically significantly associated with RRD occurrence. Patients with a history of intraocular surgery were 5.20 times more likely to develop RRD than those without such a history (95% CI = 1.39–18.82). Interestingly, smoking was significantly associated with a decreased chance of RRD by 0.13 times (95% CI = –3.83 to –0.26). The study findings highlight the need for surveillance and education for patients with RRD risk factors, especially those with a history of eye surgery, myopia, diabetes, and eye injury. Furthermore, the study suggests that additional research should be conducted to explore the relationship between smoking and RRD occurrence. This research provides valuable insights into the prevalence and risk factors of RRD, which can inform clinical practice and patient education strategies. The unexpected finding regarding smoking's potential protective effect against RRD warrants further investigation to understand the underlying mechanisms and confirm this association in larger, more diverse populations.

Keywords: prevalence, risk factors, rhegmatogenous retinal detachment

Received

26 July 2024

Revised

21 August 2024

Accepted

26 August 2024

¹Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital²Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Corresponding author e-mail: kpanyawan@gmail.com Tel. 094–6165191

บทนำ

จอตาเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญในการมองเห็น ทำหน้าที่รับภาพและส่งสัญญาณไปยังสมอง จอตาลอกเป็นภาวะที่เยื่อตาชั้นนอก (vitreous) หลุดออกจากจอประสาทตา ส่งผลให้จอประสาทตาหลุดลอกออกจากผนังลูกตา ทำให้เกิดอาการมองเห็นภาพบิดเบี้ยว มองเห็นเป็นเงาดำ หรือสูญเสียการมองเห็นถาวรได้ จอตาลอกหรือจอประสาทตาลอกแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) จอประสาทตาลอกชนิดที่เกิดจากพังผืดดึงรั้ง (Tractional Retinal Detachment ;TRD) เป็นสาเหตุที่พบได้ไม่บ่อยมักพบในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตา 2) จอตาลอกชนิดที่เกิดจากสารน้ำรั่วซังใต้จอตาโดยไม่มีรูฉีกขาดที่จอตา (Exudative Retinal Detachment ;ERD) มักเกิดจากการอักเสบหรือมีเนื้องอกในตา และ 3) จอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (Rhegmatogenous Retinal Detachment ;RRD) พบได้บ่อยที่สุดและเป็นภาวะที่จำเป็นต้องรักษาอย่างเร่งด่วน¹

จอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (RRD) เป็นภาวะที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมได้แก่ การมองเห็นทั่วไป การดำรงชีวิต อารมณ์ จิตสังคมและเศรษฐกิจ¹ จากงานวิจัยพบว่า การมีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น (Vision-related quality of life ;VRQOL) ลดลงมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น การสูญเสียการมองเห็นที่รุนแรงขึ้น ระยะเวลาของโรคที่ยาวนานขึ้น และโรคจอประสาทตาที่เกี่ยวข้อง² ผู้ป่วยอาจสูญเสียการมองเห็นบางส่วนหรืออาจสูญเสียการมองเห็นทั้งตาบอด ซึ่งมีโอกาสรักษาให้หายได้ยากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ ภาวะนี้ยังอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น ความดันลูกตาสูง การติดเชื้อภายในลูกตา³ การกลับเป็นซ้ำ⁴ และนอกจากผลกระทบต่อความสามารถในการมองเห็นแล้ว RRD อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกเครียด วิตกกังวล หรือกลัวการสูญเสียการ

มองเห็น ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้² ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศตามมา

จากการศึกษา พบว่าความชุกของ RRD ทั่วโลกเฉลี่ยอยู่ที่ 12.17 รายต่อประชากร 100,000 คน (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 10.51–14.09)⁵ ความชุกของ RRD สูงที่สุดในยุโรป โดยมีอุบัติการณ์ 14.52 ต่อประชากร 100,000 คน (95% CI 11.79 – 17.88) รองลงมาคือภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก มีอุบัติการณ์ 10.55 ต่อประชากร 100,000 คน (95% CI 8.71 – 12.75) และภูมิภาคอเมริกา มีอุบัติการณ์ 8.95 ต่อประชากร 100,000 คน (95% CI 6.73 – 11.92) ประมาณ 1 ใน 10,000 คนเป็นโรค นอกจากนี้อุบัติการณ์ของ RRD เพิ่มขึ้นตามเวลา และอาจเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของอัตราการเกิดปัจจุบันภายใน 2 ทศวรรษข้างหน้า⁶ อุตการณ์ของ RRD แตกต่างกันไปตามเชื้อชาติ โดยพบมากในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ผู้ที่มีสายตาสั้นมาก ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นจอตาลอก และผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคบางชนิด เช่น โรคเบาหวาน โรคจอประสาทตาเสื่อมจากวัยสูงอายุ⁷ พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50⁸ ในขณะที่บางงานวิจัยได้กล่าวว่าการมีจอตาบางผิดปกติ การบาดเจ็บที่ดวงตา การเป็นต้อกระจก เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิด RRD การเป็น RRD ไม่เกี่ยวข้องกับอายุ และเพศ⁹

จากรายงานการศึกษาความชุกของการเกิด RRD ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย พบว่ามีอุบัติการณ์ประมาณ 1 :10,000 รายต่อปี^{10,11,12} ความชุกของโรค RRD ในประชากรไทยทั่วไปร้อยละ 0.3 และความชุกของรูรั่วในจอตาของประชากรทั่วไปร้อยละ 5–7¹³

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอต่ายังมีการศึกษาน้อยและมีผลการศึกษาที่

ขัดแย้งกันอยู่ ในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องนี้จำกัด และยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่รายงานความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งเป็นแหล่งรักษาผู้ป่วยโรคตาในภาคเหนือของประเทศไทย ดังนั้น การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จะช่วยให้ทราบถึงสถานการณ์ของการเกิด RRD ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งนี้ และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและดำเนินงานป้องกัน RRD ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และสามารถใช้ในการอ้างอิงสำหรับการศึกษาอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดจอตาลอกชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ ร.พ.มหาราชนครเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) จากข้อมูลผู้ป่วยในเวชระเบียนจากโปรแกรม Digicard ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ย้อนหลัง 1 ปีตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจอตาลอกทุกชนิดทุกคน มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 360 คนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ

1. เป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565
2. ไม่จำกัดอายุ

3. มีข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยครบถ้วน ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัว ประวัติโรคประจำตัว และประวัติการรักษา เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์
2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1
3. ผู้ป่วยโรคต้อหิน ต้อกระจก ต้อเนื้อ

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ คณะแพทยศาสตร์เอกสารเลขที่ 016/2567 ชุดข้อมูลถูกจัดเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยที่ต้องใช้รหัสผ่านในการเปิด ผู้วิจัยจะเก็บรักษาชุดข้อมูลไว้เป็นเวลา 2 ปี และจะทำลายทิ้งโดยการลบไฟล์ออกจากคอมพิวเตอร์ หากจะจัดส่งชุดข้อมูลไปยังหน่วยงานหรือบุคคลอื่นภายนอกคณะแพทยศาสตร์ ผู้วิจัยจะต้องจัดทำเอกสารข้อตกลงการใช้และแบ่งปันข้อมูล (Data use and sharing agreement) และชุดข้อมูลที่จะจัดส่งจะต้องอยู่ในรูปแบบที่ไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูล ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้ รวบรวมข้อมูลเวชระเบียนออนไลน์จากโปรแกรม Digicard ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเป็นโรคเบาหวาน ภาวะการเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
2. แบบบันทึกข้อมูลทางจักษุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การมีภาวะสายตาสั้น ประวัติการผ่าตัดในลูกตา ประวัติการ

บาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา และมีเนื้องอกหรือเป็นมะเร็งในร่างกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content validity) ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจักษุ 1 ท่าน ได้ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 นำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำมาใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางจักษุวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher-exact test ในกรณีที่พบว่ามีค่าไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของ Chi-square test

3. วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD และใช้การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression) เพื่อหาอัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio) ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด RRD ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยด้าน เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นโรคเบาหวาน การเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะสายตาสั้น ประวัติการผ่าตัดในลูกตา และประวัติการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา มีความสัมพันธ์กับการเกิด RRD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่การสูบบุหรี่และการเป็นมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิด RRD ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด RRD (n=306 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	RRD (n=228)	ไม่ใช่ RRD (n=78)	
เพศ^a			.002
ชาย	148(64.91)	35(44.87)	
หญิง	80(35.09)	43(55.13)	
อายุ^b (ปี)			<.001
<60 ปี	99(43.42)	58(74.36)	
≥60 ปี	129(56.58)	20(25.64)	
การสูบบุหรี่^a			0.75
สูบ	16(7.02)	7(8.97)	
ไม่สูบ	212(92.98)	71(91.03)	
การดื่มแอลกอฮอล์^a			0.03
ดื่ม	52(22.81)	8(10.26)	
ไม่ดื่ม	176(77.19)	70(89.74)	
การเป็นโรคเบาหวาน^a			<.001
เป็น	35(15.35)	7(8.97)	
ไม่เป็น	193(84.65)	71(90.03)	

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	RRD (n=228)	ไม่ใช่ RRD (n=78)	
การเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ^a			<.001
เป็น	16(7.02)	71(91.03)	
ไม่เป็น	212(92.98)	7(8.97)	
การมีภาวะสายตาสั้น ^b			<.001
เป็น	22(9.65)	0(0.00)	
ไม่เป็น	206(90.35)	78(100)	
ประวัติการผ่าตัดในลูกตา ^a			<.001
เคย	79(34.65)	6(7.69)	
ไม่เคย	149(65.35)	72(92.31)	
ประวัติการบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา ^b			<.001
เคย	48(21.05)	3(3.85)	
ไม่เคย	180(78.95)	75(96.15)	
มีเนื้องอกหรือเป็นมะเร็ง ^b			0.57
เป็น	3(1.32)	0(0.00)	
ไม่เป็น	225(98.68)	78(100.00)	

*a = Chi-square, b = Fisher-exact test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ความชุกของจอตาลอกพบชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (Rhegmatogenous Retinal Detachment ;RRD): ชนิดที่ไม่ใช้รูฉีกขาด (Tractional Retinal Detachment ;TRD หรือ Exudative Retinal Detachment ;ERD) คิดเป็นร้อยละ 74.51 : 25.49

หรืออัตราส่วนของ RRD : TRD+ERD คือ 2.92 : 1 หรือ RRD มีจำนวนมากกว่า TRD และ ERD ประมาณ 2.92 เท่า หรือเกือบ 3 เท่า ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของ RRD (n=306 คน)

ชนิดของจอตาลอก	จำนวน	ร้อยละ
- ชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (Rhegmatogenous Retinal Detachment ;RRD)	228	74.51
- ชนิดที่ไม่ใช้รูฉีกขาด (Tractional Retinal Detachment ;TRD หรือ Exudative Retinal Detachment ;ERD)	78	25.49

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยในการทำนายการเกิด RRD ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโอกาส

ที่ลดลงของ RRD 0.13 เท่า (95%CI=-3.83 ถึง -0.26) และปัจจัยประวัติการผ่าตัดในลูกตาที่ส่งผลกระทบต่อ RRD หรือผู้ป่วยที่มีประวัติการผ่าตัดในลูก

ตามีโอกาสเกิด RRD มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติการผ่าตัดในลูกตา 5.20 เท่า (95%CI=1.39-18.82) ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ เบาหวาน การเป็น

โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา สายตาสั้น การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา และการเป็นมะเร็ง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยในการทำนายการเกิด RRD (n=306 คน)

ปัจจัย	Odds Ratio	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
เพศ	0.64	-1.46	0.56	0.39
อายุ	1.02	-0.04	0.07	0.53
สูบบุหรี่	0.13	-3.83	-0.26	0.03*
ดื่มแอลกอฮอล์	1.16	-1.24	1.55	0.83
การเป็นเบาหวาน	22102060.6	-14292.49	14326.32	0.99
การเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	<0.001	-14330.95	14287.86	0.99
ภาวะสายตาสั้น	677166200.0	-38673.03	38713.69	0.10
ประวัติการผ่าตัดในลูกตา	5.20	0.35	2.95	0.01*
การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุที่ลูกตา	1.15	-1.64	1.92	0.88
มีเนื้องอกหรือเป็นมะเร็ง	482608100.0	-194989.04	195029.03	0.10

*ที่ระดับนัยสำคัญ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ความชุกของ RRD มีจำนวนมากกว่า TRD และ ERD ประมาณ 2.92 เท่า หรือเกือบ 3 เท่า น้อยกว่าการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบอุบัติการณ์ของการผ่าตัด RRD: TRD เท่ากับ 20.72 : 1.25 หรือ incidence ของการผ่าตัดจอตาลอกชนิด RRD มีค่ามากกว่าการผ่าตัดจอตาลอกชนิด TRD จำนวน 16.58 เท่า⁷ จากการศึกษาประเทศไนจีเรีย พบว่าความชุกของอัตราการตาบอดในดวงตาข้างเดียว TRD + ERD มากกว่า RRD 2.59 เท่า¹⁴ ตาบอดทั้งสองข้างในผู้ป่วยจอตาลอกชนิด RRD ร้อยละ 85.7 TRD ร้อยละ 71.1 และชนิด ERD ร้อยละ 50 ความชุก อัตราการตาบอดใน RRD ที่สูงกว่าชนิดอื่นในงานวิจัยนี้อาจเนื่องมาจากธรรมชาติของโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่มีอยู่ในกลุ่ม

ประชากรที่ทำการศึกษา เช่น อายุ เพศ หรือการประสบอุบัติเหตุทางตา¹⁵

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับการเกิด RRD ได้แก่ เพศ อายุ การดื่มแอลกอฮอล์ การเป็นโรคเบาหวาน การเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ภาวะสายตาสั้น การผ่าตัดตา และการได้รับบาดเจ็บที่ตา ขณะที่การสูบบุหรี่และการเป็นมะเร็งไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิด RRD ผลการวิจัยอาจเนื่องมาจาก ปัจจัยด้านเพศชาย อายุมากกว่า 60 ปี มีวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราซึ่งเป็นที่ยอมรับในบางพื้นที่ของภาคเหนือ อาจส่งผลต่อสุขภาพดวงตาในระยะยาวมากกว่าเพศหญิง ผลการศึกษาพบการดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 80 อีกทั้งการประกอบอาชีพและสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่เพศชายมักทำงานกลางแจ้ง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมที่มีโอกาสได้รับ

บาดเจ็บบริเวณดวงตาได้ง่าย เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 65.36 และเป็นโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาร้อยละ 71.75 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD อาจรวมถึงสภาวะแวดล้อม เช่น ปัญหามลพิษทางอากาศจากหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็กในปัจจุบัน หรือที่เรียกว่า PM 2.5 อาจทำให้เกิดการระคายเคืองและอาการแทรกซ้อนต่อดวงตาได้ อาจเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ชายวัยสูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด RRD มากกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศได้แก่ ประเทศปากีสถานพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ RRD คือ อายุ การบาดเจ็บและการผ่าตัดลูกตา¹⁶ เพศชายเกิด RRD และเกิดจอตาแตกมากกว่าเพศหญิง¹⁷ การศึกษาในประเทศสกอตแลนด์ RRD เกิดขึ้นในเพศชายร้อยละ 62.8 และเพิ่มขึ้นมากที่สุดที่สุดในเพศชายอายุ 50–59 ($p = 0.0094$), 60–69 ($p = 0.0395$) และเพศหญิงอายุ 40–49 ($p = 0.0312$) และ 50–59 ($p = 0.0024$)¹⁸ ต่างจากการศึกษาของประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า RRD พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย¹⁹ และเพศหญิงมีโอกาสได้รับการผ่าตัดน้อยกว่าเพศชายร้อยละ 34 นอกจากนี้เพศหญิงยังมีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดล่าช้ากว่าเพศชายอีกด้วย²⁰ หรือการศึกษาของซาฮิดและคณะที่พบว่า อายุเพศ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ RRD และพบมากในผู้ป่วยอายุน้อย⁹

ปัจจัยในการทำนายการเกิด RRD คือ การมีประวัติการผ่าตัดในลูกตามีโอกาสเกิด RRD มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการผ่าตัดในลูกตา 5.10 เท่า (95%CI=1.39–18.82) มากกว่าการศึกษาในต่างประเทศที่พบความเสี่ยงของการเกิด RRD หลังการผ่าตัดเลนส์อยู่ที่ประมาณ 2.3 เท่า²¹ หรือจากการศึกษาความชุกของ RRD หลังการผ่าตัดแก้ไขสายตาคัดตด้วยการฝัง ICL (implantable collamer lens) ในผู้ป่วยที่มีสายตาสั้นสูงพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีโอกาสดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ไม่ผ่าตัดเพียง 1.39 เท่า²² ผลการศึกษาอาจเนื่องมาจากการผ่าตัดตา

ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างตา²³ การอักเสบ การเกิดพังผืด การเปลี่ยนแปลงในความดันลูกตา และการหลุดลอกของวุ้นตา การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สามารถทำให้จอตาเปราะบางและเสี่ยงต่อการฉีกขาดมากขึ้น ส่วนปัจจัยการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับโอกาสที่ลดลงของ RRD อาจเป็นไปได้ว่ามีความคลาดเคลื่อนในการให้ข้อมูล ความแม่นยำ ความละเอียดถูกต้องด้านการสูบบุหรี่หรือการเข้าใจไม่ตรงกันของการชักประวัติซึ่งต่างกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่เห็นว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการหลุดของจอประสาทตาในระยะเริ่มแรกและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อม (PVR)²⁴ นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็น RRD²⁵ และเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ภายหลังการผ่าตัดเพื่อเอาจอประสาทตาออกอีกด้วย²⁶

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด RRD โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติการผ่าตัดในลูกตา เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาอย่างใกล้ชิด
2. ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) เพื่อติดตามผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงและศึกษาการพัฒนาของ RRD ในระยะยาว รวมถึงศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัดกรองและป้องกัน RRD ในประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
3. ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และ RRD โดยควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอื่นๆ ให้มากขึ้น เพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่เพื่อสุขภาพโดยรวม
4. ควรให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและอาการเบื้องต้นของ RRD เพื่อให้สามารถสังเกตอาการและเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาที่ และ

ส่งเสริมการตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการ
ดูแลสุขภาพตาในกลุ่มเสี่ยง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
แบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)
ซึ่งทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้ทั้งหมด
และอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในข้อมูลที่ได้จาก

เวชระเบียนที่อาจไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะการให้ข้อมูล
เกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่ม
แอลกอฮอล์ของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ หอผู้ป่วยจักษุ งานการพยาบาล
ผู้ป่วยทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล และผู้ร่วมวิจัยที่ทำให้
งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Kashyap A, Sharma KN. Retinal detachment demystified: Doctor's secret guide. Virtued Press; 2023.
2. Du Y, Mo X-H, Li X-L, Zeng J, Luo W, Huang M-L. Vision-related quality of life and depression in rhegmatogenous retinal detachment patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019 [cited 2024 June 2]; 98: e14225. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000014225>
3. Han X, Ong J-S, An J, Craig JE, Gharahkhani P, Hewitt AW, et al. Association of myopia and intraocular pressure with retinal detachment in European descent participants of the UK biobank cohort: A Mendelian randomization study. *JAMA Ophthalmol*. 2020; 138: 671.
4. Sung J-Y, Lee M-W, Won Y-K, Lim H-B, Kim J-Y. Clinical characteristics and prognosis of Total Rhegmatogenous retinal detachment: a matched case-control study. *BMC Ophthalmol*. 2020 [cited 2024 June 9]; 20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12886-020-01560-4>
5. Ge JY, Teo ZL, Chee ML, Tham Y-C, Rim TH, Cheng C-Y, et al. International incidence and temporal trends for rhegmatogenous retinal detachment: A systematic review and meta-analysis. *Surv Ophthalmol*. 2024;69(3): 330-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.survophthal.2023.11.005>
6. Ludwig CA, Vail D, Al-Moujahed A, Callaway NF, Saroj N, Moshfeghi A, et al. Epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment in commercially insured myopes in the United States. *Sci Rep*. 2023 [cited 2024 June 9]; 13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-35520-x>
7. van Leeuwen R, Haarman AEG, van de Put MAJ, Klaver CCW, Los LI, Dutch Rhegmatogenous Retinal Detachment Study Group. Association of rhegmatogenous retinal detachment incidence with myopia prevalence in the Netherlands. *JAMA Ophthalmol*. 2021; 139: 85.
8. Nielsen BR, Alberti M, Bjerrum SS, la Cour M. The incidence of rhegmatogenous retinal detachment is increasing. *Acta Ophthalmol*. 2020; 98: 603-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/aos.14380>

9. Shahid A, Iqbal K, Iqbal SM, Ghaffar Z, Tariq M, Jehanzeb Tahir M, et al. Risk factors associated with rhegmatogenous retinal detachment. Cureus. 2022 [cited 2024 June 26]; Available from: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.23201>
10. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลราชวิถี. รายงานสถิติประจำปีงบประมาณ 2564. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=21649>
11. งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีนครินทร์. สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1pAU6Y9PFJvqnxUtt56sXSpiuw9rnNyh2/view>
12. Somboonthanakij, S., Chanwimol, K., & Jiranaisilawong, P. Impact of the COVID-19 pandemic on the number, clinical characteristics, surgical types, and anatomical outcome of patients with primary rhegmatogenous retinal detachment during and after COVID-19 lockdown in Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand, 2023; 106: 467–475.
13. ญาณภา อินทจักร. ผลการผ่าตัดรักษาโรคจอตาลอกหลุดชนิดมีรูในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปี พ.ศ. 2561. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563; 39: 202–212.
14. Ibanga A, Okonkwo ON, Oviernia W, Oyekunle I, Akanbi T, Nkanga D, et al. The fellow eye of retinal detachment patients: Vision and clinical presentation. Niger J Clin Pract. 2023; 26: 1342–7. Available from: http://dx.doi.org/10.4103/njcp.njcp_101_23
15. Ratra D. Principles of vitrectomy for diabetic tractional retinal detachment. Singapore: Springer Nature Singapore; 2023.
16. Wasim S, Ghayoor I, Shakir M, Afza R, Ali W. Factors predisposing to rhegmatogenous Retinal Detachment in a tertiary care hospital of Pakistan: <http://doi.org/10.36351/pjo.v37i2.1172>. pak J Ophthalmol. 2021; 37. Available from: <http://dx.doi.org/10.36351/pjo.v37i2.1172>
17. Saraf SS, Lacy M, Hunt MS, Lee CS, Lee AY, Chee YE, et al. Demographics and seasonality of retinal detachment, retinal breaks, and posterior vitreous detachment from the Intelligent Research in Sight Registry. Ophthalmol Sci. 2022; 2: 100145. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xops.2022.100145>
18. El-Abiary M, Shams F, Goudie C, Yorston D. The Scottish RD survey 10 years on: the increasing incidence of retinal detachments. EYE. 2023; 37: 1320–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41433-022-02123-1>
19. Ideta H, Yonemoto J, Tanaka S, Hirose A, Oka C, Sasaki K. Epidemiologic characteristics of rhegmatogenous retinal detachment in Kumamoto, Japan. Arbeitsphysiologie. 1995; 233: 772–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/bf00184088>

20. Callaway NF, Vail D, Al-Moujahed A, Ludwig C, Ji MH, Mahajan VB, et al. Reply to comment on: Sex differences in the repair of retinal detachments in the United States. *Am J Ophthalmol*. 2021; 224: 345–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajo.2020.09.013>
21. Olsen T. The incidence of retinal detachment after cataract surgery. *Open Ophthalmol J*. 2012; 6: 79–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.2174/1874364101206010079>
22. Arrevola-Velasco L, Beltrán J, Rumbo A, Nieto R, Druchkiv V, Martínez de la Casa JM, et al. Ten-year prevalence of rhegmatogenous retinal detachment in myopic eyes after posterior chamber phakic implantable collamer lens. *J Cataract Refract Surg*. 2023; 49: 272–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/j.jcrs.0000000000001099>
23. Sultan ZN, Agorogiannis EI, Iannetta D, Steel D, Sandinha T. Rhegmatogenous retinal detachment: a review of current practice in diagnosis and management. *BMJ Open Ophthalmol*. 2020; 5:e000474. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjophth-2020-000474>
24. Xiang J, Fan J, Wang J. Risk factors for proliferative vitreoretinopathy after retinal detachment surgery: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023; 18: e0292698. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0292698>
25. Charters L. Identifying risk factors for development of rhegmatogenous retinal detachments in fellow eyes. *Modern Retina*. 2022 [cited 2024 June 26]. Available from: <https://www.modernretina.com/view/identifying-risk-factors-for-development-of-rhegmatogenous-retinal-detachments-in-fellow-eyes>
26. Essex RW, Okada M, Paul R, Sumpton C, Hicks A. Daily tobacco smoking is associated with retinal detachment surgery failure. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2020 [cited 2024 June 26]; 61: 1411–1411. Available from: <https://iovs.arvojournals.org/article.aspx?articleid=2769668>