

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยโรคหนังเน่าซึ่งอาจเกิดจากการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช

คำจำกัดความสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งนี้

โรคหนังเน่า หมายถึง โรคที่มีการอักเสบของหนังและชั้นใต้ผิวหนัง (Cellulitis)¹ ที่รุนแรง และ/หรือการอักเสบของกล้ามเนื้อและเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ (Necrotizing Fasciitis) โดยการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอาจเป็นสาเหตุหนึ่ง ร่วมกับสาเหตุอื่น ๆ เช่นการติดเชื้อผ่านบาดแผลที่ผิวหนัง โรคนี้ไม่รวมถึงการอักเสบที่ผิวหนังในระดับตื้น (Dermatitis) ที่มีอาการเฉพาะแพ้ คัน หรือแสบ

สารกำจัดศัตรูพืช หมายถึง สารที่ใช้ฆ่าแมลง วัชพืช หนู รา สารกำจัดปลวก สารรักษาเนื้อไม้ หรือสารที่ใช้ฆ่าเห็บหมัดในสัตว์ต่าง ๆ แต่ไม่รวมปุ๋ยเคมี

คำแนะนำ ผู้สัมภาษณ์กรอกข้อมูลเองทั้งหมด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. วัน-เดือน-ปีที่สัมภาษณ์.....ผู้สัมภาษณ์ชื่อ.....
2. ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย (นาย/นาง/นางสาว).....
3. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
4. อายุ.....ปี หรือ วัน /เดือน/ ปี เกิด
5. น้ำหนักตัวกิโลกรัม ความสูงเซนติเมตร
6. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
7. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
8. อาชีพหลัก

<input type="checkbox"/> 1. เพาะปลูกโดยไม่ใช้สารกำจัดศัตรูพืช	<input type="checkbox"/> 2. เพาะปลูก โดยจ้างพ่นสารกำจัดศัตรูพืช ²
<input type="checkbox"/> 3. เพาะปลูก โดยพ่นสารกำจัดศัตรูพืชเอง	<input type="checkbox"/> 4. รับจ้างฉีดพ่นฯ
<input type="checkbox"/> 5. อาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องการเกษตร เช่นขับรถไถ ซ่อมรถเกี่ยวข้าว ระบุ.....	
<input type="checkbox"/> 6. อยู่ในครอบครัวเกษตรกร แต่ไม่ได้ทำการเกษตร เช่น เรียนหนังสือ ขายของฯฯ ระบุ.....	
<input type="checkbox"/> 7. ทำงานอื่น ๆ ในครอบครัวซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการเกษตรเลย ระบุ	
9. หากท่านมีอาชีพเพาะปลูก ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก (เลือกได้หลายข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. ทำนา
<input type="checkbox"/> 2. ทำไร่ ระบุตามพื้นที่ปลูกจากมากไปน้อย พืชชนิดที่ 1พืชชนิดที่ 2

¹ โรคหนังเน่า ในความหมายทั่วไปน่าจะมาหมายถึง Cellulitis แต่ทางการแพทย์มักหมายถึงกล้ามเนื้อและพังผืดเน่า (Necrotizing fasciitis) จึงใช้คำจำกัดความให้ครอบคลุมทั้งสองโรคไว้ก่อน

² ผู้ที่ระบุว่าจ้างพ่นสารฯ จะต้องไม่ผสมหรือพ่นสารเคมีเองเลย

3. ทำสวน ระบุตามพื้นที่ปลูกจากมากไปน้อย พืชชนิดที่ 1 พืชชนิดที่ 2
10. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่?
1. ไม่เคยสูบ 2. สูบวันละ.....มวน เป็นเวลาปี
3. เลิกสูบบุหรี่ปี ก่อนนี้เคยสูบบุหรี่.....มวน เป็นเวลา.....ปี
11. ท่านดื่มสุราหรือไม่
1. ไม่ดื่ม (น้อยกว่าเดือนละครั้ง) 2. เดือนละครั้ง
3. สัปดาห์ละครั้ง 4. มากกว่าสัปดาห์ละครั้ง
12. โรคประจำตัว (ตอบได้หลายข้อ)
1. เบาหวาน 2. ความดันโลหิตสูง
3. โรคหัวใจ (โปรดระบุชนิดเช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นหัวใจรั่ว).....
4. โรคไตเรื้อรัง 5. โรคเมะเร็ง (โปรดระบุชนิดและบ่งว่าหายแล้วหรือไม่).....
6. โรคไขมันในเลือดสูง 7. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
8. โรคระบบประสาท 9. โรคอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

ส่วนที่ 2 ประวัติการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชก่อนการเจ็บป่วย

เน้นช่วงเวลา 30 วันก่อนเริ่มมีอาการป่วย

1. ในช่วงเวลาดังกล่าว ท่านได้เกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
ระวังอย่าให้ขัดแย้งกับข้อมูลเรื่องอาชีพ
1. ผสมสารกำจัดศัตรูพืชโดยใช้มือเปล่า
2. ผสมสารกำจัดศัตรูพืชโดยใช้วัสดุเช่นกิ่งไม้ กวนสารฯ
3. อยู่ใกล้หรืออยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น ในระยะห่างประมาณ.....เมตร
4. สัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่นฯ เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ
5. ฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืชในแปลงเกษตรของตนเอง
6. รับจ้างฉีดพ่นสารกำจัดศัตรูพืช
7. เดินผ่านบริเวณไร่ นา สวนที่พ่นสารกำจัดศัตรูพืช (หลังพ่นได้.....วัน)
8. ซ่อมอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพ่นสารกำจัดศัตรูพืช หรือมีการปนเปื้อนสารเคมีดังกล่าว
9. สัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชซึ่งรั่วจากถังระหว่างพ่น
10. อื่น ๆ ระบุ.....
2. กิจกรรมที่มีการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญจากข้อ 1 คือข้อที่ (เลือกจากหัวข้อย่อย 1-10).....
ซึ่งเกิดขึ้นในวันที่โดยพืชที่เกี่ยวข้องคือ.....

3. ระบุสารเคมีที่ได้สัมผัสอย่างมีนัยสำคัญ ตอบได้หลายข้อ เรียงตามความสำคัญ หากมีรูปถ่ายบรรจุภัณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้จริงกรุณาแนบมาด้วย (ตอบได้หลายข้อ)
1. สารกำจัดแมลง ระบุชื่อทางเคมีแต่ละชนิด เช่น เมทโทมิล คลอร์ไพริฟอส ไซเปอร์เมทริน เป็นต้น ๖
(1).....(2).....(3).....
2. สารกำจัดวัชพืช (ยาฆ่าหญ้า) ระบุชื่อทางเคมีแต่ละชนิด เช่น ไกลโฟเสต พาราควอต 2,4 D, อาทราซีน เป็นต้น (1).....(2).....(3).....
3. สารกำจัดเชื้อรา ระบุชื่อทางเคมีแต่ละชนิด
4. สารกำจัดหนู กำจัดเห็บหมัด สารรักษาเนื้อไม้ ระบุชื่อทางเคมีแต่ละชนิด.....
4. หากท่านเป็นผู้ผสมสารกำจัดศัตรูพืช หรือพ่นสารฯ ท่านได้ทำสิ่งต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้หลายข้อ)
1. ใส่ถุงมือ
2. ใส่แว่นตา
3. ใส่หน้ากาก
4. ใส่เสื้อผ้ากันสารเคมี (เป็นพลาสติก)
5. ใส่เสื้อผ้าหนา แขนยาว กางเกงหนาขายาว
6. ใส่รองเท้าบูต
7. มีแผ่นพลาสติกกั้นระหว่างถังและผิวหนังที่หลัง
8. ล้างมือทันที ที่ผสมหรือพ่นสารฯเสร็จ
9. อาบน้ำ สระผม และเปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีหลังพ่นสารเคมีเสร็จ
10. อ่านฉลากที่บรรจุภัณฑ์ ก่อนใช้สารเคมีชนิดนั้นๆ
5. หากท่านเป็นผู้ผสมสารกำจัดศัตรูพืช หรือพ่นสารฯ ท่านได้งดทำสิ่งต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้หลายข้อ)
- ดื่มน้ำและอาหารระหว่างพ่นหรือผสมสารฯ
- สูบบุหรี่ระหว่างพ่นหรือผสมสารฯ
- บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างพ่นหรือผสมสารฯ

ส่วนที่ 3 อาการเริ่มแรกของการเจ็บป่วยหลังสัมผัสสารเคมี

1. อาการเริ่มแรกเช่นคัน แสบ ร้อน คือ.....เกิดขึ้นที่ (บริเวณใดของร่างกาย).....โดยเกิดขึ้นในเวลาชั่วโมงหลังสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช
2. อาการที่ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลเช่นปวด บวม ที่ขา แขน ใบหน้า อวัยวะเพศ หรืออวัยวะอื่น ๆ คือ (ระบุตำแหน่งที่ละเอียดและด้านซ้าย/ขวา)และเกิดขึ้นหลังสัมผัสสารฯ ได้ประมาณ.....ชั่วโมง
3. ตอนที่ท่านเริ่มมีอาการทางผิวหนังนั้น ท่านมีอาการอื่นร่วมด้วยหรือไม่(บรรยายหรือใส่รหัสอาการก็ได้ ดูได้จากรายการอ้างอิง ท้ายแบบสอบถาม (ส่วนที่ 4))
4. หลังเจ็บป่วย ท่านได้เข้ารับการรักษาที่ (ตอบได้หลายข้อ)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล. ชื่อ.....วันที่เข้ารับการรักษา.....
- โรงพยาบาลชุมชน ชื่อ.....วันที่เข้ารับการรักษา.....

- โรงพยาบาลทั่วไป ชื่อ.....วันที่เข้ารับการรักษา.....
- โรงพยาบาลศูนย์ ชื่อวันที่เข้ารับการรักษา.....
5. ในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ท่านได้รับการรักษาต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้หลายข้อ)
1. การฉีดยาปฏิชีวนะ 2. การใส่เครื่องช่วยหายใจ
3. การล้างไต 3. การผ่าตัด ที่บริเวณ.....
6. อาการที่ยังคงมีอยู่ในระหว่างการสัมภาษณ์คือ
7. ท่านคิดว่าอาการหนังเน่าที่ท่านเป็นนั้นเกี่ยวข้องกับสารกำจัดศัตรูพืชหรือไม่
- เกี่ยว ไม่เกี่ยว ไม่ทราบ

ส่วนที่ 3 ประวัติจากบันทึกทางการแพทย์หรือการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์

1. ผู้ให้ข้อมูลคือ
- แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์แทนเจ้าของไข้ พยาบาล คำนจากเวชระเบียน
2. ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....
3. วันที่เข้ารับการรักษา.....
4. อาการที่มา (Chief Complaint) และการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness).....
5. การตรวจร่างกายแรกรับ
-
-
-
6. การวินิจฉัยเบื้องต้นขณะรับไว้รักษาตัว (Presumptive Diagnosis)
7. ผลการตรวจทางรังสีวิทยา
8. การวินิจฉัยเมื่อให้กลับ (Definitive Diagnosis)... ICD-10
9. โรคร่วม (Co morbidity)
10. อาการแทรกซ้อน (Complication)
11. การผ่าตัด เน้นที่การผ่าตัดหลักเช่นระบายหนองหรือรีดลดความดันของกล้ามเนื้อ
- ครั้งที่ 1 ชื่อการผ่าตัด.....วันที่.....ผลการผ่าตัดพบว่า
-
- ครั้งที่ 2 ชื่อการผ่าตัดวันที่ผลการผ่าตัดพบว่า
-
12. ยาปฏิชีวนะที่ให้คือ 1.....2.....3.....
13. การรักษาอื่น ๆ ที่สำคัญ เช่นใส่เครื่องช่วยหายใจ ฟอกไต เจาะคอ

14. ผลการรักษา

- 1.หายขาด 2.ดีขึ้น 3.ทรงตัว 4.ไม่สมัครใจอยู่ 5.ตาย

15. วันที่ให้กลับบ้าน

16. ผลการเพาะเชื้อในกระแสเลือด (ระบุทุกเชื้อ)

ตัวที่ 1.....ไวต่อยา

ตัวที่ 2ไวต่อยา.....

ตัวที่ 3ไวต่อยา.....

17. ผลการเพาะเชื้อจากบาดแผล (ระบุทุกเชื้อ)

ตัวที่ 1.....ไวต่อยา.....

ตัวที่ 2ไวต่อยา.....

ตัวที่ 3ไวต่อยา.....

18. ผลการตรวจสารกำจัดศัตรูพืชในเลือดหรือปัสสาวะ ชนิดการตรวจ

(เช่นใช้กระดาษทดสอบ).....วันที่ตรวจ

19. ผลการตรวจน้ำตาลในเลือด ครั้งที่สูงสุดระหว่างรักษา mg% วันที่

20. ผลการตรวจการทำงานของไต ครั้งที่สูงสุดระหว่างรักษา BUNmg% Creatininemg% วันที่.....

21. ความคิดเห็นของแพทย์ผู้รักษา

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 ตัวอย่างอาการผิดปกติที่พบบ่อยหลังการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช

- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| 1. ไอ | 14. ใจสั่น |
| 2. แสบจมูก | 15. เหนือออก |
| 3. เจ็บคอ คอแห้ง | 16. น้ำตาไหล |
| 4. หายใจติดขัด | 17. น้ำลายไหล |
| 5. เวียนศีรษะ | 18. น้ำมูกไหล |
| 6. ปวดศีรษะ | 19. หนังตากระตุก |
| 7. นอนหลับไม่สนิท | 20. ตาพร่ามัว |
| 8. คันผิวหนัง/ผิวแห้ง ผิวแตก | 21. เจ็บหน้าอก |
| 9. ผื่นคันที่ ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง | 22. แน่นหน้าอก |
| 10. ปวดแสบร้อน | 23. คลื่นไส้ |
| 11. ตาแดง/แสบตา/ คันตา | 24. อาเจียน |
| 12. อ่อนเพลีย | 25. ปวดท้อง ท้องเสีย |
| 13. อากาธา | 26. กล้ามเนื้ออ่อนล้า |

27. เป็นตะคริว

30. หมดสติ

28. มือสั่น

31. ไม่รู้สึกตัว

29. เดินโซเซ ลมชัก

บรรณานุกรม

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข: คลินิกสุขภาพ
เกษตรกร 2556.