

ປັດໃຈສ່ຽງທີ່ພົວພັນກັບການເປັນພະຍາດອັກເສບ ຮູບຮ່າງແບບກະທັນຫັນ ໃນຂະແໜງຫູດັງຄໍ, ໂຮງໝໍ້ມະໂຫສິດ, ສປປ ລາວ

ມິກ ສຸຂະວົງ¹, ກິງວິໄລ ວົງສາຄອນ¹, ມະນີວັນ ຜາລິວັນ¹, ບົວສອນ ສີຫາວົງ¹, ໂສສະອາດ ໄຊຍະສານ², ວັນເພັງ ຈັນໂພທອງ³,
ແສງທິບ ໄຊຍະສານ⁴

1. ຄະນະແພດສາດ, ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ, ສປປ ລາວ
2. ພະແນກຫູ ດັງ ຄໍ, ໂຮງໝໍ້ມະໂຫສິດ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ
3. ສະຖາບັນຄົ້ນຄວ້າ ແລະ ພັດທະນາການສຶກສາ, ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ, ສປປ ລາວ
4. ພະແນກເຂດນອກ, ໂຮງໝໍ້ຊຸມຊົນທາດຊາຍຟອງ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ.

ໄດ້ຮັບຕົ້ນສະບັບ ທີ 15 ກໍລະກົດ 2022, ໄດ້ຮັບບົດທົດກວດແກ້ຄືນ ທີ 25 ຕຸລາ 2022, ເຫັນດີໃຫ້ຈັດພິມ 15 ພະຈິກ 2022

ບົດຄັດຫຍໍ້

ຄວາມເປັນມາ ແລະ ຄວາມສໍາຄັນ: ການອັກເສບຮູບຮ່າງແບບກະທັນຫັນ (Acute otitis externa) ເປັນພະຍາດທີ່ພົວພັນກັບການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູບຮ່າງແບບກະທັນຫັນ ບຸກຄົນທົ່ວໄປ ມັນໄດ້ສົ່ງຜົນຕໍ່ການດໍາລົງຊີວິດ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງປະຊາຊົນ ສ່ວນຫຼາຍເກີດຈາກເຊື້ອແບັກທີເຣຍ, ເຊື້ອລາ, ເຊື້ອໄວຣັດ ແລະ ການລະຄາຍເຄື່ອງຈາກສານເຄມີຕ່າງໆ. ນອກນັ້ນຍັງເກີດຈາກການກະທົບກະແທກເຊັ່ນ: ການແຄະຫູ, ປັ້ນຫູ, ນໍ້າເຂົ້າຫູ ຫຼື ເຊັດຫູແຮງເກີນໄປ ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວທັນເວລາກໍຈະເກີດພາວະຮຸນແຮງແຊກຊ້ອນຕາມມາໄດ້.

ຈຸດປະສົງ: ເພື່ອສຶກສາປັດໃຈສ່ຽງທີ່ພົວພັນໃນການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູບຮ່າງແບບກະທັນຫັນ ໃນຂະແໜງຫູດັງຄໍ, ໂຮງໝໍ້ມະໂຫສິດ, ສປປ ລາວ.

ວິທີວິດທະຍາ: ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ໃນຮູບແບບພັນລະນານະຈຸດເວລາໃດໜຶ່ງ (Cross-sectional descriptive study) ໂດຍໃຊ້ວິທີການຄົ້ນຄວ້າແບບປະລິມານ (Quantitative), ການເກັບຂໍ້ມູນແມ່ນໃຊ້ແບບຟອມສອບຖາມສໍາພາດເຊິ່ງໜ້າ, ເຂົ້າຂໍ້ມູນໂດຍໂປຼແກມ Epi-data ແລະ ວິເຄາະຂໍ້ມູນໂດຍໃຊ້ໂປຼແກມ SPSS.

ຜົນການສຶກສາ: ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມທັງໝົດ 186 ຄົນ, 62.9% ແມ່ນເປັນພະຍາດອັກເສບຮູບຮ່າງແບບກະທັນຫັນ, ຫຼາຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງແມ່ນເພດຊາຍ, ອາຍຸສະເລ່ຍແມ່ນ 32 ປີ. ຜູ້ທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 15 ປີມີປັດສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດໄດ້ເຖິງ 1.40 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າກຸ່ມອາຍຸອື່ນໆ, ເພດຊາຍມີປັດສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດຫຼາຍກວ່າເພດຍິງໄດ້ເຖິງ 1.88 ເທົ່າ. ກຸ່ມອາຊີບທີ່ມີປັດສ່ຽງໃນການເກີດເປັນພະຍາດ ແມ່ນ ຊາວນາ/ກໍາມະກອນ/ແມ່ນເຮືອນ/ອື່ນໆ ແລະ ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ໃນເຂດນອກເມືອງ ຫຼື ຊົນນະບົດມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດໄດ້ເຖິງ 2.73 ເທົ່າ. ຜູ້ທີ່ລອຍນໍ້າ ແລະ ເດີນທາງເຂົ້າປ່າ ແລະ ພືດຕິກໍາແຄະຫູ ຫຼື ປັ້ນຫູມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດໄດ້ເຖິງ 1.61 ເທົ່າ. ຄົນເຈັບມັກເຮັດຄວາມສະອາດຫູດ້ວຍການໃຊ້ໄມ້ສໍາລິພັນຫູ ເຊິ່ງມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດໄດ້ເຖິງ 1.39 ເທົ່າ ແລະ ຄົນເຈັບຈໍານວນໜຶ່ງຍັງໃຊ້ກິບດໍາ ຫຼື ກິບໜີ້ບຸກຄົນ ແລະ ຫູ ເຊິ່ງເປັນສາເຫດຂອງການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູບຮ່າງແບບກະທັນຫັນໄດ້ເຖິງ 2.44 ເທົ່າ.

ສະຫຼຸບ: ຄົນເຈັບສ່ວນໃຫ່ຍແມ່ນມີອາການຫູອື້, ອາການເຈັບຫູ, ອາການຫູບວມ ຫຼື ແດງ, ການໄດ້ຍິນສຽງລຸດລົງ ແລະ ອາການຄັນຫູເປັນຕົ້ນ. ລັກສະນະດ້ານປະຊາກອນສາດ, ປະຫວັດຜ່ານມາ ແລະ ພືດຕິກໍາການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຫູ ແມ່ນມີຄວາມສໍາພັນກັບການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູບຮ່າງແບບກະທັນຫັນ.

ຄໍາສັບຫຼັກ: ພະຍາດອັກເສບຮູບຮ່າງແບບກະທັນຫັນ, ປັດໃຈສ່ຽງ, ຂະແໜງຫູດັງຄໍ, ໂຮງໝໍ້ມະໂຫສິດ

*ຕິດຕໍ່ກັບຜູ້ຂຽນ: ມິກ ສຸຂະວົງ, ອີເມວ: Micksoukavong@gmail.com

ບົດນຳ

ພະຍາດຮູທູນອກອັກເສບກະທັນຫັນ (Acute otitis external) ຫຼື ເອີ້ນອີກຊື່ວ່າ “Swimmer’s ear” ເປັນພະຍາດທີ່ພົບເຫັນຫຼາຍໃນເດັກໄວລຸ່ມ ແລະ ຜູ້ໃຫ່ຍ ມັນເປັນການອັກເສບແບບກະຈາຍຂອງຮູທູນອກ. ໂດຍທົ່ວໄປແລ້ວສາເຫດແມ່ນມາຈາກຮູທູນປຸງກເປັນເວລາດົນ. ຮູທູນອກອັກເສບແບບກະທັນຫັນແມ່ນມັກເກີດມາຈາກການຕິດເຊື້ອແບັກທີເຣຍ ແລະ ເຊື້ອຣາຂອງຜິວໜັງ ແລະ ເນື້ອເຍື່ອໃຕ້ຜິວໜັງ ແລະ ຍັງມີປັດໃຈຫຼາຍຢ່າງທີ່ມີສ່ວນເຮັດໃຫ້ສ່ຽງຕໍ່ການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກລວມທັງພະຍາດເປົາຫວານ, ພະຍາດຜິວໜັງທີ່ມີຢູ່ກ່ອນແລ້ວ. ເຊື້ອແບັດທີເຣຍ ສ່ວນໃຫ່ຍແມ່ນມາຈາກການສຳຜັດທາງພາຍນອກເຊັ່ນ: ການລອຍນ້ຳ, ການບາກເຈັບ ແລະ ອື່ນໆ (Ansley, Mair, Namini, Lu, & LeBel, 2019).

ຮູທູນອກອັກເສບກະທັນຫັນ (Acute otitis external) ເປັນພະຍາດທີ່ພົບເຫັນເລື້ອຍໆ ຄົນເຈັບມີປະຫວັດປວດຫຼື ເຈັບຫຼື ຫຼັງຈາກນ້ຳເຂົ້າຫູແລ້ວເຊັດ ຫຼື ແຄະຫູ ໂດຍສະເພາະຫຼັງຈາກລອຍນ້ຳ. ການອັກເສບຂອງຮູທູນອກ ອາດເປັນການອັກເສບໂດຍທົ່ວໄປທັງຮູທູນຊັ້ນນອກ ຫຼື ເປັນການອັກເສບສະເພາະບໍລິເວນສ່ວນນອກຂອງຮູທູນອກ ໂດຍເປັນພຽງຮູຊຸມຂົນອັກເສບ ຫຼື ເປັນຝີ ຫຼື ອາດເປັນຮຸນແຮງຈົນລາມເຂົ້າໄປໃນຮູທູນກາງໄດ້ ມັນຈະທຳລາຍເສັ້ນປະສາດສະໝອງ, ອະໄວຍະວະອື່ນໆຮອບຫູ ຫຼື ອາດລາມໄປຍັງສະໝອງໄດ້ ໂດຍສະເພາະໃນຄົນເຈັບທີ່ມີອາຍຸສູງທີ່ເປັນໂລກເປົາຫວານ, ມະເຮັງ ທີ່ຮັບການສາຍແສງລັງສີ ຫຼື ໄດ້ຮັບເຄມີບຳບັດ ແລະ ຄົນເຈັບທີ່ໄດ້ຮັບຢາສະເຕລອຍເປັນເວລາດົນ (Paraya assansen, 2020).

ການອັກເສບຂອງ cutis ແລະ subcutis ຂອງຮູທູນອກເປັນອາການຫຼັກຂອງການອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ ຈະມີຜົນກະທົບຢູ່ເນື້ອເຍື່ອ ຫຼື ແກ້ວຫູອັກເສບ. 1 ໃນ 10 ຄົນຕ້ອງເຈັບປວດທໍລະມານກັບພະຍາດນີ້ ຢ່າງໜ້ອຍໜຶ່ງຄັ້ງໃນຊີວິດ ໃນນັ້ນການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນໃນ ກຸ່ມຄົນທີ່ໃຊ້ແຮງງານ ທີ່ຕ້ອງໄດ້ຮັບຢືນກັບສຽງດັງທຸກມື້ 37.5% (Mösges, Nematian-Samani, & Eichel, 2011).

ການອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ (Acute otitis external) ເປັນພະຍາດໜຶ່ງທີ່ມັກພົບໃນບຸກຄົນທົ່ວໄປ ມັນໄດ້ສົ່ງຜົນຕໍ່ການດຳລົງຊີວິດ ແລະ ສຸຂະພາບຂອງປະຊາຊົນສ່ວນຫຼາຍເກີດຈາກເຊື້ອແບັກທີເຣຍ, ເຊື້ອລາ, ເຊື້ອໄວຣັດ ແລະ ການລະຄາຍເຄື່ອງຈາກສານເຄມີຕ່າງໆ, ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບ

ການປິ່ນປົວທັນເວລາກໍຈະເກີດພາວະຮຸນແຮງແຊກຊ້ອນຕາມມາໄດ້ (Mösges et al., 2011).

ພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ (Acute otitis external of ear canal) ຄືການອັກເສບ ຫຼື ການຕິດເຊື້ອຂອງຮູທູນອກ ພາວະນີ້ເກີດຂຶ້ນຢ່າງກະທັນຫັນ ເປັນບັນຫາທາງຄຣິນິກທີ່ພົບເລື້ອຍໆ, ເຊິ່ງກ່ຽວຂ້ອງກັບປັດໃຈສ່ຽງທີ່ບ້ອງກັນໄດ້ ວັດຖຸປະສົງ ຈຸດມຸ່ງໝາຍຂອງການສຶກສານີ້ຄື: ເພື່ອກຳນົດແນວທາງປະຕິບັດທີ່ເປັນປັດໃຈສ່ຽງໃນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ, ຖ້າບໍ່ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວຖືກຕ້ອງທັນເວລາ ອາດນຳໄປສູ່ການສູນເສຍການໄດ້ຍິນໄປຕະຫຼອດຊີວິດໄດ້.

ຈາກການທົບເອກະສານຂ້າງເທິງເຫັນວ່າ ຢູ່ໃນສປປ ລາວ ໂດຍສະເພາະສາຍຂະແໜງການແພດ ຍັງບໍ່ທັນມີການຄົ້ນຄວ້າກ່ຽວກັບປັດໃຈທີ່ພົວພັນໃນການເກີດພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ, ດັ່ງນັ້ນການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ເປັນການສຶກສາທຳອິດທີ່ຈະຊ່ວຍໃຫ້ຮູ້ເຖິງປັດໃຈໃນດ້ານຕ່າງໆ ທີ່ມີຄວາມສຳພັນຕໍ່ການເກີດພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນໃນ ສປປ ລາວ. ເພື່ອຈະໄດ້ນຳເອົາຜົນການສຶກສາໄປໃຊ້ໃນການວາງແຜນປິ່ນປົວ, ບ້ອງກັນ ແລະ ຄວບຄຸມພະຍາດດັ່ງກ່າວໃນກຸ່ມເປົ້າໝາຍໄດ້ຢ່າງມີປະສິດທິພາບ.

ວິທີວິທະຍາການຄົ້ນຄວ້າ

ການອອກແບບການຄົ້ນຄວ້າ

ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ແມ່ນການສຶກສາຮູບແບບພັນລະນານະຈຸດເວລາໃດໜຶ່ງ (Cross-sectional descriptive study) ໂດຍໃຊ້ວິທີການຄົ້ນຄວ້າແບບປະລິມານ (Qualitative).

ສະຖານທີ່ ແລະ ໄລຍະເວລາການຄົ້ນຄວ້າ

ການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ແມ່ນໄດ້ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຢູ່ ພະແນກຫູດັງຄໍ, ໂຮງໝໍມະໂຫສິດ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ສປປ ລາວ. ກຳນົດໄລຍະເວລາ 10 ເດືອນ ເລີ່ມແຕ່ ເດືອນມີນາ ຫາ ເດືອນທັນວາ ປີ 2021 ແລະ ໄລຍະເວລາໃນການເກັບຂໍ້ມູນ ແມ່ນເລີ່ມແຕ່ວັນທີ 01 ກໍລະກົດ 2021 ຫາ 30 ສິງຫາ 2021.

ປະຊາກອນສຶກສາ

ປະຊາກອນກຸ່ມເປົ້າໝາຍແມ່ນຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ ທີ່ມາປິ່ນປົວຢູ່ພະແນກຫູດັງຄໍ, ໂຮງໝໍມະໂຫສິດ, ສປປ ລາວ. ຈຳນວນຂະໜາດຕົວຢ່າງທັງໝົດແມ່ນ 186 ຄົນ.

➢ ເງື່ອນໄຂຄົນເຈັບເຂົ້າຮ່ວມ (Inclusion criteria)

- ຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ.
- ຄົນເຈັບທີ່ມີອາການເຈັບຫູທີ່ມາກວດທຸກຄົນ.
- ຍິນຍອມ ແລະ ສະໝັກໃຈເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາ.

➢ ເງື່ອນໄຂຄົນເຈັບບໍ່ເຂົ້າຮ່ວມ (Exclusion criteria)

- ຄົນເຈັບໜັກທີ່ບໍ່ສາມາດຕອບຄໍາຖາມໄດ້.
- ຄົນເຈັບທີ່ບໍ່ສາມາດສື່ສານທາງດ້ານພາສາລາວໄດ້.
- ຜູ້ທີ່ບໍ່ສະໝັກໃຈ ຫຼື ບໍ່ຍິນຍອມເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້.

ການສຸ່ມຕົວຢ່າງ

ໃນການສຶກສາຄັ້ງນີ້ ເປັນການສຸ່ມຕົວຢ່າງແບບ Non-probability ໄດ້ໃຊ້ວິທີການເກັບຕົວຢ່າງແບບເຈາະຈົງທີ່ເອີ້ນວ່າ (Purposive sampling) ໂດຍເອົາຄົນເຈັບທີ່ເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບ ໂດຍບໍ່ຈຳກັດເພດ ແລະ ອາຍຸ ໃນຂະແໜງຫູດັງຄໍ, ໂຮງໝໍມະໂຫສິດ, ສປປ ລາວ ຕາມຈຳນວນຕົວຢ່າງທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້.

ວິທີການເກັບຂໍ້ມູນ

- ແນະນຳຕົວເອງ, ແຈ້ງຈຸດປະສົງຂອງການສຶກສາໃຫ້ຄະນະອຳນວຍການ ຫຼື ຫົວໜ້າພະແນກທີ່ຮັບຜິດຊອບໃນໂຮງໝໍມະໂຫສິດທີ່ໄດ້ຕິດຕໍ່ ແລະ ອະທິບາຍກ່ຽວກັບຈຸດປະສົງຂອງການຄົ້ນຄວ້າ ກ່ອນທີ່ຈະເຮັດການເກັບຂໍ້ມູນເພື່ອຂໍອະນຸຍາດໃນການເກັບຂໍ້ມູນ.
- ການເກັບຂໍ້ມູນແມ່ນໃຊ້ແບບຟອມສອບຖາມ ໂດຍການສຳພາດແບບເປັນສ່ວນບຸກຄົນ (ໜ້າຕໍ່ໜ້າ) ແລະ ໃຊ້ເວລາປະມານ 10 - 20 ນາທີ/ຄົນ.

ການວິທີວິເຄາະຂໍ້ມູນ

ການລົງລະຫັດແລ້ວປ້ອນຂໍ້ມູນ ໂດຍໃຊ້ໂປຣແກຣມ Epi-data ແລະ ວິເຄາະຂໍ້ມູນເພື່ອຫາຄ່າຕ່າງໆ ທາງສະຖິຕິດ້ວຍໂປຣແກຣມ SPSS ແລ້ວໃຊ້ສະຖິຕິເພື່ອວິເຄາະຂໍ້ມູນຄື:

ສະຖິຕິແບບພັນລະນາ (Descriptive Statistic) ຖ້າຫາກເປັນຂໍ້ມູນກຸ່ມແມ່ນລາຍງານເປັນຈຳນວນ, ເປີເຊັນ ແລະ ຂໍ້ມູນເປັນຂໍ້ມູນຕໍ່ເນື່ອງກໍຈະຈັດເປັນກຸ່ມກ່ອນແລ້ວລາຍງານເປັນຄ່າສະເລ່ຍ, ຄ່າບຸ່ງເບນມາດຕະຖານ, ຄ່າເຄິ່ງກາງ, ຄ່າຕໍ່າສຸດ, ຄ່າສູງສຸດ.

ສະຖິຕິອ້າງອີງທີ່ໃຊ້ໃນການວິເຄາະ Chi-square test, simple binary logistic regression ແລະ ຊ່ວງຄວາມເຊື່ອໝັ້ນ CI 95% ເພື່ອອະທິບາຍຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງຕົວຜັນແປຕົ້ນ ແລະ ການເປັນອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ. ໂດຍມີຄ່າຄວາມສຳພັນຕັ້ງໄວ້ທີ່ p-value <0.05.

ຈັນຍາທຳໃນການຄົ້ນຄວ້າ

ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ແມ່ນໄດ້ຖືກອະນຸມັດຈາກຄະນະກຳມະການຈັນຍາທຳການຄົ້ນຄວ້າ ຂອງ ມະຫາວິທະຍາໄລວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ ສະບັບເລກທີ 226/ຄຈຄ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ວັນທີ 12 ກໍລະກົດ 2021. ການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້ຈະບໍ່ສົ່ງຜົນກະທົບທາງດ້ານຮ່າງກາຍ ແລະ ຈິດໃຈຂອງຜູ້ທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາ ແລະ ບໍ່ແຕະຕ້ອງເຖິງຈັນຍາທຳແພດ, ການສຶກສານີ້ຈະມີຜົນປະໂຫຍດທາງອ້ອມແກ່ກຸ່ມຕົວຢ່າງທີ່ເຂົ້າຮ່ວມໃນການສຶກສາ ແລະ ເປັນຂໍ້ມູນພື້ນຖານທີ່ສຳຄັນໃນການສຶກສາຄັ້ງຕໍ່ໄປໃນຄະນະອື່ນໆ ຂອງມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ ແລະ ວົງການແພດລາວໃນອະນາຄົດ.

ຜົນການຄົ້ນຄວ້າ

ຄຸນລັກສະນະດ້ານປະຊາກອນສາດ

ຕາຕະລາງທີ 1 ສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ຄົນເຈັບອັກເສບຮູທູ ຈຳນວນ 186 ຄົນ, ມີອາຍຸສະເລ່ຍ (Median) 32 ປີ, ອາຍຸຕໍ່າສຸດ 1 ປີ ແລະ ສູງສຸດ 76 ປີ, ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມຫຼາຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງແມ່ນເພດຊາຍ (54.8%), ສະຖານະພາບຫຼາຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງແມ່ນ ໂສດ (50.0%). ເກືອບທັງໝົດແມ່ນຊົນເຜົ່າລາວລຸ່ມ ແລະ ນັບຖືສາສະໜາພຸດ, ລາຍຮັບຄອບຄົວສະເລ່ຍ (Median) ແມ່ນ 2,000,000 ກີບ/ເດືອນ ແລະ ສ່ວນຫຼາຍ (71.0%) ມີລາຍຮັບແຕ່ ≤ 2,500,000 ກີບ/ເດືອນ, ລາຍຮັບຕໍ່າສຸດ 1,000,000 ກີບ ແລະ ສູງສຸດ 7,000,000 ກີບ. ລະດັບການສຶກສາແມ່ນມັດທະຍົມຕົ້ນ (22.6%), ອາຊີບຫຼັກຂອງຄົນເຈັບແມ່ນນັກຮຽນ/ນັກສຶກສາ (25.3%) ແລະ ຄ້າຂາຍ (23.1%). ຫຼາຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຄົນເຈັບ (53.2%) ແມ່ນອາໄສຢູ່ໃນເຂດຕົວເມືອງ (ສະແດງລາຍລະອຽດ ຕາຕະລາງທີ 1).

ຕາຕະລາງທີ 1: ຄຸນລັກສະນະດ້ານປະຊາກອນສາດ

ຕົວຜັນແປ	ຈຳນວນ (n= 186)	ສ່ວນຮ້ອຍ (%)
ອາຍຸ (ປີ)		
≤ 15	54	29.0
16 – 35	55	29.6
≥ 36	77	41.4
Mean: 30.38, S.D: 19.16, Min-Max: 01-76		
ເພດ		
ຊາຍ	102	54.8
ຍິງ	84	45.2

ຕາຕະລາງທີ 1: ຄຸນລັກສະນະດ້ານປະຊາກອນສາດ (ຕໍ່)

ຕົວຜັນແປ	ຈຳນວນ (n= 186)	ສ່ວນຮ້ອຍ (%)
ສະຖານະພາບ		
ໂສດ	98	50.0
ແຕ່ງງານ	88	47.3
ຢ່າຮ້າງ	1	0.5
ແຍກກັນຢູ່	4	2.2
ຊົນເຜົ່າ		
ລາວລຸ່ມ	164	88.2
ມົ້ງ	14	7.5
ຄຶມຸ	6	3.2
ອື່ນໆ	2	1.1
ສາສະໜາ		
ພຸດ	159	85.5
ຮິນດູ	4	2.2
ຄຼິດສະຕຽນ	2	1.1
ອື່ນໆ (ຜີ)	21	11.2
ລາຍຮັບຄອບຄົວ		
≤ 2.500.000 ກີບ	132	71.0
> 2.500.000 ກີບ	54	29.0
ລະດັບການສຶກສາ		
ບໍ່ໄດ້ຮຽນ	10	5.4
ປະຖົມ	31	16.7
ມັດທະຍົມຕົ້ນ	42	22.6
ມັດທະຍົມປາຍ	30	16.1
ລະດັບຊັ້ນສູງ	11	5.9
ປະລິນຍາຕີ	40	21.5
ເໜືອປະລິນຍາຕີ	7	11.8
ອາຊີບປະຈຸບັນ		
ພະນັກງານລັດ/ເອກະຊົນ	25	13.4
ຄ້າຂາຍ	43	23.1
ຊາວນາ	7	3.8
ກຳມະກອນ	19	10.2
ແມ່ເຮືອນ/ພໍ່ເຮືອນ	9	4.8
ນັກຮຽນ/ນັກສຶກສາ	47	25.3
ອື່ນໆ (ເດັກນ້ອຍ)	36	19.4
ສະຖານທີ່ອາໄສ		
ເຂດນອກເມືອງ/ຊົນນະບົດ	87	46.8
ເຂດໃນຕົວເມືອງ	99	53.2

ລັກສະນະອາການທາງຄູນິກ

ຄົນເຈັບອັກເສບຮູທູສ່ວນໃຫ່ຍ ທີ່ມາຮັບການປິ່ນປົວມີລັກສະນະອາການທາງຄູນິກ. ເມື່ອວິເຄາະອາການເປັນຂັ້ງໄປພົບວ່າ: ຄົນເຈັບສ່ວນໃຫ່ຍ (83.3%) ແມ່ນມີອາການຫູອີ້, 81.7% ມີອາການເຈັບຫູ, 75.8% ມີອາການຫູບວມແດງ, 73.7% ແມ່ນມີການໄດ້ຍິນສຽງລຸດລົງ, 66.1% ແມ່ນມີອາການຄັນຫູ. ໜ້ອຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຄົນເຈັບ (42.5%) ແມ່ນມີອາການຮູທູແຕບ, 32.3% ມີຂີ້ຫູຫຼາຍ, 28.0% ມີນ້ຳໜອງໄຫຼອອກຈາກຫູ ແລະ 26.3% ແມ່ນມີນ້ຳໄຫຼອອກຈາກຫູ (ສະແດງລາຍລະອຽດ ຕາຕະລາງທີ 2).

ຕາຕະລາງທີ 2: ລັກສະນະອາການທາງຄູນິກ

ຕົວຜັນແປ	ບໍ່ມີອາການ		ມີອາການ	
	n	%	n	%
ອາການໄຂ້	173	93.0	13	7.0
ອາການຄັນ	63	33.9	123	66.1
ອາການຫູອີ້	31	16.7	155	83.3
ອາການເຈັບຫູ	34	18.3	152	81.7
ນ້ຳໄຫຼອອກມາຈາກຫູ	137	73.7	49	26.3
ນ້ຳໜອງໄຫຼອອກຈາກຫູ	134	72.0	52	28.0
ເລືອດໄຫຼອອກຈາກຫູ	175	94.1	11	5.9
ອາການຫູບວມ ຫຼື ແດງ	45	24.2	141	75.8
ການໄດ້ຍິນສຽງລຸດລົງ	49	26.3	137	73.7
ສຽງດັງ ຫຼື ກ່ອງໃນຫູ	159	85.5	27	14.5
ອາການວິນທົວ	170	91.4	27	14.5
ຮູທູແຕບ	107	57.5	79	42.5
ຂີ້ຫູຫຼາຍ	126	67.7	60	32.3
ມີປາດແຜ	140	75.3	46	24.7

ປັດໃຈສ່ຽງທີ່ມີຄວາມສຳພັນ ກັບການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ

ຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ມີອາຍຸ ຕໍ່າກວ່າ 15 ປີ ມີປັດໃຈສ່ຽງໃນການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກຫຼາຍກວ່າ ກຸ່ມອາຍຸ 16 – 35 ປີ ແລະ 35 ປີຂຶ້ນໄປເຖິງ 1.40 ເທົ່າ (OR= 1.40, CI 95%= 1.26-8.32, p-value= 0.030), ເພດຊາຍມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກຫຼາຍກວ່າເພດຍິງເຖິງ 1.88 ເທົ່າ (OR= 1.88, CI 95%= 1.45-10.70, p-value= 0.032), ກຸ່ມອາຊີບຊາວນາ/ກຳມະກອນ/ແມ່ເຮືອນ/ອື່ນໆ ມີປັດໃຈສ່ຽງໃນການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກຫຼາຍກວ່າ ກຸ່ມອາຊີບພະນັກງານ/ຄ້າຂາຍ/ນັກຮຽນເຖິງ 1.59 ເທົ່າ (OR= 1.59, CI 95%= 1.30-6.17, p-value= 0.045) ແລະ

ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ເຂດນອກເມືອງ ຫຼື ຊົນນະບົດ ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ ເມືອງເຖິງ 2.73 ເທົ່າ (OR= 2.73, CI 95%= 1.55-14.40, ຈະເປັນອັກເສບຮູທູນອກຫຼາຍກວ່າ ຜູ້ທີ່ອາໄສຢູ່ເຂດໃນຕົວ p-value= 0.035) (ສະແດງລາຍລະອຽດ ຕາຕະລາງທີ 3).

ຕາຕະລາງທີ 3: ຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງ ຄຸນລັກສະນະດ້ານປະຊາກອນສາດ ກັບ ການເປັນອັກເສບຮູທູນອກ

ຕົວຜົນແປ	ການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກ				P-value	OR	95% CI	
	ບໍ່ເປັນພະຍາດ		ເປັນພະຍາດ				LL	UL
	n	%	n	%				
ອາຍຸ (ປີ)					0.030			
≤ 15	22	11.8	32	17.2		ref		
16 – 35	19	10.2	36	19.4		1.40	1.26	8.32
≥ 36	28	15.1	49	26.3		0.35	0.67	1.98
ເພດ					0.032			
ຊາຍ	41	22.0	61	32.8		ref		
ຍິງ	28	15.1	56	30.1		1.88	1.45	10.70
ອາຊີບ					0.045			
ພະນັກງານ/ຄ້າຂາຍ/ນັກຮຽນ	38	20.4	77	41.4		1.59	1.30	6.17
ຊາວນາ/ກໍາມະກອນ/ແມ່ເຮືອນ	31	16.7	40	21.5		ref		
ສະຖານທີ່ອາໄສ					0.035			
ເຂດນອກເມືອງ/ຊົນນະບົດ	33	17.7	54	29.0		ref		
ເຂດໃນຕົວເມືອງ	36	19.4	63	33.9		2.73	1.55	14.40

*Chi-square test, p-value < 0.05

ຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ເດີນທາງເຂົ້າປ່າ ຫຼື ສວນ ໃນ 1 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ມີປັດໃຈສ່ຽງທີ່ຈະເປັນອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນເຖິງ 3.56 ເທົ່າຫຼາຍກວ່າຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ເດີນທາງເຂົ້າປ່າໃນປ່າ ຫຼື ສວນ (OR= 3.56, CI 95%= 1.08-16.92, p-value= 0.042), ສໍາລັບຄົນເຈັບທີ່ເຄີຍເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນມາກ່ອນມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນຄືນເຖິງ 2.27 ເທົ່າຫຼາຍກວ່າ ຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍເປັນມາກ່ອນ (OR= 2.27, CI 95%= 1.23-4.20, p-value= 0.008) ແລະ ຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ເຄີຍເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ 3 - 4 ເທື່ອ ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນພະຍາດຄືນ ຫຼາຍກວ່າກຸ່ມທີ່ເຄີຍເປັນ 1-2 ຄັ້ງເຖິງ 3.76 ເທົ່າ (OR= 3.76, CI 95%= 1.26-11.22, p-value= 0.017), ຄົນເຈັບທີ່ມີພະຍາດປະຈໍາໂຕ ມີປັດໃຈ

ສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນຫຼາຍກວ່າກຸ່ມທີ່ບໍ່ມີພະຍາດປະຈໍາໂຕເຖິງ 1.72 ເທົ່າ (OR= 1.72, CI 95%= 1.54-8.33, p-value= <0.001) (ສະແດງລາຍລະອຽດ ຕາຕະລາງທີ 4).

ຕາຕະລາງທີ 4: ຄວາມສຳພັນລະຫວ່າງ ປະຫວັດຜ່ານມາ ແລະ ການເປັນອັກເສບຮູຫຼຸນອກແບບກະທັນຫັນ

ຕົວຜັນແປ	ການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູຫຼຸນອກ				P-value	OR	95% CI	
	ບໍ່ເປັນພະຍາດ		ເປັນພະຍາດ				LL	UL
	n	%	n	%				
ການເຂົ້າປ່າ ຫຼື ສວນ ໃນ 1 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ					0.042			
ບໍ່ເຄີຍ	55	35.9	84	54.9		3.56	1.08	16.92
ເຄີຍ	1	0.7	13	8.5		<i>ref</i>		
ເຄີຍເປັນພະຍາດອັກເສບຮູຫຼຸນອກມາກ່ອນ					0.008			
ບໍ່ເຄີຍ	44	23.7	51	27.4		2.27	1.23	4.20
ເຄີຍ	25	13.4	66	35.5		<i>ref</i>		
ຈຳນວນການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູຫຼຸນອກ					0.017			
1 – 2 ຄັ້ງ	20	22.0	34	37.4		3.76	1.26	11.22
3 – 4 ຄັ້ງ	5	5.5	32	35.2		<i>ref</i>		
ມີພະຍາດປະຈຳໂຕ					<0.001			
ບໍ່ມີ	55	29.6	91	48.9		1.72	1.54	8.33
ມີ	14	7.5	26	14.0		<i>ref</i>		

*Chi-square test, p-value < 0.05

ກຸ່ມທີ່ລອຍນ້ຳໃນ 1 ອາທິດທີ່ຜ່ານມາແມ່ນມີປັດໃຈສ່ຽງໃນການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູຫຼຸນອກແບບກະທັນຫັນໄດ້ເຖິງ 2.78 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າກຸ່ມທີ່ບໍ່ໄດ້ລອຍນ້ຳ (OR= 2.78, CI 95%= 1.37-11.65, p-value= 0.028) ແລະ ຜູ້ທີ່ຖືກກະທົບ ໃນ 1 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ ແມ່ນມີປັດໃຈສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູຫຼຸນອກແບບກະທັນຫັນໄດ້ 3.78 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າຜູ້ທີ່ບໍ່ມີການກະທົບໃນ 1 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ (OR= 3.78, CI 95%= 1.48-9.61, p-value= 0.005), ຜູ້ທີ່ແຄະຫູ ຫຼື ປັ່ນຫູ ໃນ 1 ອາທິດທີ່ຜ່ານມາ ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູຫຼຸນອກແບບກະທັນຫັນໄດ້

ເຖິງ 1.61 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າຜູ້ບໍ່ແຄະຫູ ຫຼື ປັ່ນຫູ (OR= 1.61, CI 95%= 1.33-11.12, p-value= 0.011), ອາການຄັນຫູ/ຫູເປື້ອນເປັນສາເຫດໃນການແຄະຫູ ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນພະຍາດອັກເສບຮູຫຼຸນອກແບບກະທັນຫັນຫຼາຍກວ່າ ຜູ້ມີສິ່ງແປກປອມເຂົ້າຫູ/ນ້ຳເຂົ້າຫູ ເຖິງ 2.23 ເທົ່າ (OR= 2.23, CI 95%= 1.76-12.84, p-value= 0.025), ຄົນເຈັບສ່ວນຫຼາຍມັກເຮັດຄວາມສະອາດຫູໂດຍການໃຊ້ໄມ້ສຳລິພັນຫູ ແມ່ນມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນພະຍາດອັກເສບຮູຫຼຸນອກແບບກະທັນຫັນໄດ້ 1.39 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າຜູ້ບໍ່ໃຊ້ໄມ້ສຳລິພັນຫູ (OR= 1.39, CI 95%= 1.16-3.96, p-value= 0.042), (ສະແດງລາຍລະອຽດ ຕາຕະລາງທີ 5).

ຕາຕະລາງທີ 5: ຄວາມສໍາພັນລະຫວ່າງ ພຶດຕິກຳການເບິ່ງແຍງ ກັບ ການເປັນອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ

ຕົວຜັນແປ	ການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກ				P-value	OR	95% CI	
	ບໍ່ເປັນພະຍາດ		ເປັນພະຍາດ				LL	UL
	n	%	n	%				
ລອຍນໍ້າ ໃນ 1 ອາທິດຜ່ານມາ					0.028			
ແມ່ນ	15	8.1	21	11.3	<i>ref</i>			
ບໍ່	54	29.0	96	51.6	2.78	1.37	11.65	
ຖືກກະທົບ ໃນ 1 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ					0.005			
ແມ່ນ	6	3.2	31	16.7	<i>ref</i>			
ບໍ່	63	33.9	86	46.2	3.78	1.48	9.61	
ແຄະຫູ ຫຼື ບັນຫູ ໃນ 1 ອາທິດທີ່ຜ່ານມາ					0.011			
ແມ່ນ	39	21.0	52	28.0	<i>ref</i>			
ບໍ່	30	16.1	65	34.9	1.61	1.33	11.12	
ສາເຫດຂອງການແຄະຫູ ຫຼື ບັນຫູ					0.025			
ຄັນຫູ/ຫູເປື້ອນ	51	27.4	77	41.4	<i>ref</i>			
ມີສິ່ງແປກປອມເຂົ້າຫູ/ນໍ້າເຂົ້າຫູ	18	9.7	40	21.5	2.23	1.76	12.84	
ການເຮັດຄວາມສະອາດໂດຍໄມ້ສໍາລິ					0.042			
ແມ່ນ	62	33.3	91	48.9	<i>ref</i>			
ບໍ່	7	3.8	26	14.0	1.39	1.16	3.96	

ການສືບທອນ

ຜົນການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ ພົບວ່າສັດສ່ວນການພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ ຂອງຄົນເຈັບທີ່ມາຮັບການປິ່ນປົວຢູ່ຂະແໜງຫູດັງຄໍແມ່ນ 62.9% ຂອງຈຳນວນຄົນເຈັບທັງໝົດ 186 ຄົນ. ຄ້າຍຄືກັບການສຶກສາຂອງ ທ່ານ Peter S. Roland et al, 2016 ໃນຫ້ອງທົດລອງຂອງ ສູນການແພດດາລັດສ໌, ປະເທດອາເມລິການ ພົບວ່າ ມີການຕິດເຊື້ອເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກ 77.3% (Rowlands et al., 2016). ແຕກຕ່າງຈາກການສຶກສາຂອງ ທ່ານ Franci A Ibiyam et al, ໃນປີ 2016 ໃນໂຮງພໍ່ມະຫາໄລ Usmanu Danfodiyo ເມືອງ Sokoto ປະເທດໃນຈີເຣຍ ພົບວ່າ 37.4% ໄດ້ຮັບການບົ່ງມະຕິວ່າເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ ໂດຍໃຈຄວາມຫຼັກຂອງການສຶກສາ ແມ່ນໄດ້ເນັ້ນຄວາມສ່ຽງຂອງຄົນເຈັບ ຕໍ່ກັບການເກີດພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ ທີ່ເປັນຊຳຄືນອີກເທື່ອໜຶ່ງ (Francis A Ibiyam & Professor Basil Ezeanolue, 2016).

ຜູ້ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາຫຼາຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງແມ່ນເພດຊາຍ (54.8%) ແລະ ເພດຊາຍມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ ຫຼາຍກວ່າເພດຍິງ ເຖິງ 1.88 ເທົ່າ (OR= 1.88, CI 95%= 1.45-10.70, p-value= 0.032) ເຊິ່ງແຕກຕ່າງຈາກການສຶກສາຂອງ ທ່ານ

Franci A Ibiyam et al, ໃນປີ 2016 ສຶກສາໃນໂຮງພໍ່ມະຫາໄລ Usmanu Danfodiyo ເມືອງ Sokoto ປະເທດໃນຈີເຣຍ ພົບວ່າ ເພດຍິງ 560 ຄົນ (63.6%) ເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນຫຼາຍກວ່າ ເພດຊາຍ 320 ຄົນ (36.4%), ໃນອັດຕາສ່ວນຊາຍຕໍ່ຍິງ OR= 1:1.8 (Francis A Ibiyam & Professor Basil Ezeanolue, 2016).

ອາການທາງຄູນິກສະແດງໃຫ້ເຫັນວ່າ ຄົນເຈັບສ່ວນໃຫ່ຍ (83.3%) ແມ່ນມີອາການຫູອີ້, 81.7% ແມ່ນມີອາການເຈັບຫູ, 75.8% ແມ່ນມີອາການຫູບວມ ຫຼື ແດງ, 73.7% ແມ່ນມີການໄດ້ຍິນສຽງລຸດລົງ, 66.1% ແມ່ນມີອາການຄັນຫູ. ໜ້ອຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງຂອງຄົນເຈັບ (42.5%) ແມ່ນມີອາການຮູທູແຄບ, 32.3% ມີຂີ້ຫູຫຼາຍ, 28.0% ມີນ້ຳໜອງໄຫຼອອກຈາກຫູ ແລະ 26.3% ແມ່ນມີນ້ຳໄຫຼອອກຈາກຫູ ເກືອບຄ້າຍຄືກັບການສຶກສາຂອງ ທ່ານ Charles PS Hui et al., 2017 ກ່ຽວກັບການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ ພົບວ່າ ໂດຍປົກກະຕິຄົນເຈັບຈະມີອາການຫູອີ້ (70.4%), ອາການຄັນ (60.2%), ອາການເຈັບຫູ (67.7%), ການໄດ້ຍິນສຽງລຸດລົງ (78.6%) ແລະ ອາການບວມແດງ (72.3%) (Hui et al., 2017).

ຄົນເຈັບທີ່ເຄີຍເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນມາກ່ອນມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນຄືນເຖິງ 2.27 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າ ຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍເປັນມາກ່ອນ (OR= 2.27, CI 95%= 1.23-4.20, p-value= 0.008) ຄ້າຍຄືກັບການສຶກສາຂອງ ທ່ານ Michael A. Weingarten, 2018 ສຶກສາກ່ຽວກັບ ສາເຫດຂອງການເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກຫຼັງຈາກ ລອຍນ້ຳ ພົບວ່າຈຳນວນ 230 ຄົນທີ່ເຂົ້າຮ່ວມການສຶກສາມີ 43.6% ທີ່ເຄີຍເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກມາກ່ອນ ແລະ ກຸ່ມທີ່ເຄີຍເປັນພະຍາດມາກ່ອນມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນ ພະຍາດຄືນໄດ້ເຖິງ 2.33 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າຜູ້ທີ່ບໍ່ເຄີຍເປັນ ພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກມາກ່ອນ (OR= 2.33, CI 95%= 1.78-13.44) (Weingarten, 2018).

ກຸ່ມທີ່ລອຍນ້ຳໃນ 1 ອາທິດທີ່ຜ່ານມາແມ່ນມີປັດໃຈ ສ່ຽງໃນການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບ ກະທັນຫັນໄດ້ເຖິງ 2.78 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າກຸ່ມທີ່ບໍ່ໄດ້ລອຍນ້ຳ (OR= 2.78, CI 95%= 1.37-11.65, p-value= 0.028) ຄ້າຍ ຄືກັບການສຶກສາຂອງ ທ່ານ Van Asperen et al., 2019 ພົບວ່າ ການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແມ່ນມີຄວາມ ສຳພັນກັບການລອຍນ້ຳໃນ 2 ອາທິດທີ່ຜ່ານມາ ຫຼາຍກວ່າ ກຸ່ມທີ່ບໍ່ໄດ້ລອຍນ້ຳ (OR= 5.55, CI 95%= 4.90-24.20) (van Asperen et al., 2019).

ຄົນເຈັບຜູ້ທີ່ມີພຶດຕິກຳແຄະຫູ ຫຼື ບັນຫູ ໃນ 1 ອາທິດ ທີ່ຜ່ານມາ ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນ ອກແບບກະທັນຫັນໄດ້ 1.61 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າຜູ້ບໍ່ແຄະຫູ ຫຼື ບັນຫູ (OR= 1.61, CI 95%= 1.33-11.12, p-value= 0.011) ເກືອບຄ້າຍຄືກັບການສຶກສາການຕິດເຊື້ອຂອງພະຍາດ ອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນຂອງ ທ່ານ Hirsch BE, 2015 ພົບວ່າ 68.4% ແມ່ນໄດ້ແຄະຫູໃນ 1 ອາທິດທີ່ຜ່ານ ມາ ແລະ ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກ ແບບກະທັນຫັນໄດ້ເຖິງ OR= 2.72 ເທົ່າ ຫຼາຍກວ່າຜູ້ທີ່ບໍ່ ແຄະຫູ (Hirsch, 2015).

ສາເຫດຫຼັກຂອງການແຄຫູ ແມ່ນອາການຄັນຫູ/ຫູ ເປື້ອນ (68.8%) ແມ່ນມີຄວາມສ່ຽງທີ່ຈະເປັນພະຍາດ ອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນຫຼາຍກວ່າ ຜູ້ມີສິ່ງແປກປອມ ເຂົ້າຫູ/ນ້ຳເຂົ້າຫູ ເຖິງ 2.23 ເທົ່າ (OR= 2.23, CI 95%= 1.76-12.84, p-value= 0.025) ເກືອບຄ້າຍຄືກັບການສຶກສາ ຂອງ ທ່ານ Mohammed Abdullahi et., 2016 ກ່ຽວກັບ ປັດໃຈສ່ຽງຂອງພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ ໃນສະຖາບັນການສຶກສາຂອງປະເທດໄນຈີເຣຍ ພົບວ່າ ສາເຫດຂອງການເຮັດຄວາມສະອາດຫູ ໃນການແກ້ບັນຫາ

ອາການຄັນຫູ 47 ຄົນ (53.4%), ຫູເປື້ອນ 32 ຄົນ (36.4%) (Abdullahi & Aliyu, 2016).

ຂໍ້ຈຳກັດໃນການຄົ້ນຄວ້າ

ກຸ່ມຕົວຢ່າງໃນການສຶກສາໃນຄັ້ງນີ້ແມ່ນຄົນເຈັບ ອັກເສບຮູທູນອກ ຫຼື ຄົນເຈັບຫູ ບາງຄົນມີອາການເຈັບຫູໜັກ ຫຼື ບໍ່ສະດວກທີ່ຈະຕອບຄຳຖາມ ເຮັດໃຫ້ບໍ່ສາມາດສົນທະນາ ຖາມ-ຕອບ ຕາມແບບຟອມສອບຖາມ, ສະນັ້ນ ຈິ່ງອາດເຮັດ ໃຫ້ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງອາດຈະບໍ່ມີຄວາມໄກ້ຄຽງກັບພຶດຕິກຳຕົວ ຈິງກໍເປັນໄປໄດ້.

ຂໍ້ສະເໜີແນະນຳລັບການຄົ້ນຄວ້າໃນອະນາຄົດ

ຄວນມີການໃຫ້ຄວາມຮູ້, ການແນະນຳກ່ຽວກັບການ ເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຫູທີ່ຖືກຕ້ອງ ເປັນປະຈຳເລື້ອຍໆໃຫ້ແກ່ ຄົນເຈັບທີ່ມາຮັບການປິ່ນປົວໃຫ້ຫຼາຍຂຶ້ນ ໂດຍສະເພາະເພັ້ນ ໃສ່ເພດຊາຍ ແລະ ເດັກນ້ອຍທີ່ມີອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 15 ປີ ເນື່ອງ ຈາກວ່າຜົນການຄົ້ນຄວ້າຄັ້ງນີ້ເຫັນວ່າ ເພດຊາຍມີປັດໃຈສ່ຽງ ຫຼາຍກວ່າເພດຍິງ ແລະ ກຸ່ມອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 15 ປີ ທີ່ມີພຶດຕິ ກຳການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຫູບໍ່ຖືກຕ້ອງ.

ສະຫຼຸບ

ຄົນເຈັບສ່ວນໃຫ່ຍແມ່ນເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກ ແບບກະທັນຫັນ, ຫຼາຍກວ່າເຄິ່ງໜຶ່ງແມ່ນເພດຊາຍ, ອາຍຸ ສະເລ່ຍແມ່ນ 32 ປີ. ອາການຄັນຫູທີ່ພົບເຫັນນຳຄົນເຈັບ ແມ່ນອາການຫູອີ້, ອາການເຈັບຫູ, ອາການຫູບວມ ຫຼື ແດງ, ການໄດ້ຍິນສຽງລຸດລົງ ແລະ ອາການຄັນຫູເປັນຕົ້ນ. ລັກສະນະດ້ານປະຊາກອນສາດ, ປະຫວັດຜ່ານມາ ແລະ ພຶດຕິກຳການເບິ່ງແຍງສຸຂະພາບຫູແມ່ນມີຄວາມສຳພັນກັບ ການເກີດເປັນພະຍາດອັກເສບຮູທູນອກແບບກະທັນຫັນ.

ຄຳຂອບໃຈ

ຜູ້ເຮັດການຄົ້ນຄວ້າຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈ ແລະ ຮູ້ ບຸນຄຸນເປັນຢ່າງສູງມາຍັງທ່ານຄະນະບໍດີ ຄະນະແພດສາດ, ຂໍສະແດງຄວາມຮູ້ບຸນຄຸນເປັນຢ່າງສູງມາຍັງອາຈານທີ່ປຶກສາ, ອາຈານທີ່ສິດສອນທັງພາຍໃນ ແລະ ຕ່າງປະເທດ ທີ່ໄດ້ ສິດສອນ ແລະ ຖ່າຍທອດຄວາມຮູ້ໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າໂດຍຕິ ຕະຫຼອດມາ. ຂໍສະແດງຄວາມຂອບໃຈມາຍັງການຈັດຕັ້ງທຸກ ພາກສ່ວນທີ່ໄດ້ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຳນວຍຄວາມ ສະດວກໃນດ້ານຕ່າງໆ ຕະຫຼອດໄລຍະຂອງການສຶກສາໃນ ຄັ້ງນີ້.

ຂໍ້ຄັດແຍ້ງ

ການສຶກສາຄັ້ງນີ້ແມ່ນໄດ້ຂຽນຂຶ້ນດ້ວຍຕົນເອງ ແລະ ໄດ້ຮັບການກວດແກ້ຈາກອາຈານທີ່ປຶກສາທັງ 3 ທ່ານ, ພ້ອມດ້ວຍຄະນະບໍດີ ຄະນະແພດສາດ ແລະ ຜູ້ກວດສອບທັງ 3 ທ່ານ, ສໍາລັບການສຶກສານີ້ແມ່ນບໍ່ມີຂໍ້ຂັດແຍ້ງໃດໆກັບຈັນຍາທໍາທາງດ້ານການແພດ.

ເອກະສານອ້າງອີງ

1. Abdullahi, M., & Aliyu, D. (2016). Risk factors of acute otitis externa seen in patients in a Nigerian tertiary institution. *Sahel Medical Journal*, 19(3), 146-149. doi:10.4103/1118-8561.192395
2. Agius, A. M., Pickles, J. M., & Burch, K. L. (2019). A prospective study of otitis externa. *Clin Otolaryngol Allied Sci*, 17(2), 150-154. doi:10.1111/j.1365-2273.2019.tb01063.x
3. Ansley, J. A.-O., Mair, E. A., Namini, H., Lu, C. H., & LeBel, C. (2019). OTO-201 for the Treatment of Acute Otitis Externa: Results from a Phase 3 Randomized Clinical Study. (1943-572)
4. Cassisi, N., Cohn, A., Davidson, T., & Witten, B. R. (2015). Acute otitis externa: clinical and microbiologic findings in the course of a multicenter study on a new otic solution. *Annals of Otolology Rhinology Laryngology Suppl*, 86(3 Pt 3 Suppl 39), 1-16. doi:10.1177/00034894770863s201
5. Francis A Ibiyam, O. G., & Professor Basil Ezeanolue, J. O. (2016). Acute otitis externa as seen at the university of Nigeria
6. Hirsch, B. E. (2015). Infections of the acute external ear. *Amarica Journal Otolaryngol*, 13(3), 145-155. doi:10.1016/0196-0709(92)90115-a
7. Hui, C. P., Canadian Paediatric Society, I. D., & Immunization, C. (2017). Acute otitis externa. *Paediatrics & child health*, 18(2), 96-101. doi:10.1093/pch/18.2.96
8. Mösges, R., Nematian-Samani, M., & Eichel, A. (2011). Treatment of acute otitis externa with ciprofloxacin otic 0.2% antibiotic ear solution. *Therapeutics and clinical risk management*, 7, 325-336. doi:10.2147/TCRM.S6769
9. Paraya assansen. (2020). Acute otitis external in Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Siriraj E-public Library.
10. Rowlands, S., Devalia, H., Smith, C., Hubbard, R., & Dean, A. (2016). Otitis externa in UK general practice: a survey using the UK General Practice Research Database. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 51(468), 533-538.
11. Russell, J. D., Donnelly, M., McShane, D. P., Alun-Jones, T., & Walsh, M. (2016). What causes acute otitis externa? *Journal Laryngol Otolology*, 107(10), 898-901. doi:10.1017/s0022215100124739
12. van Asperen, I. A., de Rover, C. M., Schijven, J. F., Oetomo, S. B., Schellekens, J. F., van Leeuwen, N. J., . . . Sprenger, M. W. (2019). Risk of otitis externa after swimming in recreational fresh water lakes containing *Pseudomonas aeruginosa*. *Bmj*, 311(7017), 1407-1410. doi:10.1136/bmj.311.7017
13. Weingarten, M. A. (2017). Otitis externa due to *Pseudomonas* in swimming pool bathers. (0035-8797)

Risk Factor Associated with Acute Otitis External at ENT Department, Mahosot Hospital, Lao PDR

Mick Soukavong¹, Kongvilay Vongsakhone¹, Manivanh phalyvanh¹, Buasone Syhavong¹,
Saysaarth xayyan², Vanhpheng Chanphothong³, Sengthip Xayyan⁴

1. Faculty of Medicine, University of Health Sciences, Vientiane Capital, Lao PDR
2. Ear Nose Throat Department, Mahosot Hospital, Lao PDR
3. Institute of Research and Education Development (IRED), University of Health Sciences, Vientiane Capital, Lao PDR
4. Out-patient Department, Hartxayfong health center, Vientiane Capital, Lao PDR

Received 15 July 2022; received in revised form 25 October 2022; accepted for publication 15 November 2022

Abstract

Background and rationale: Acute otitis externa is a disease that significantly affects the life and health of people, mostly caused by bacteria, fungi, virus and irritation from chemicals. Besides that, it can also be caused by trauma such as ear picking, spinning ears, swimmer's ear and wiping the ear too hard, and if not treated in time serious complications are possible.

Objective: To study the risk factors associated with acute otitis externa at the ENT Department, Mahosot Hospital.

Methodology: This study was cross-sectional, descriptive study among patients with ear-ache and acute otitis externa. Data were collected by using questionnaire interviewed face to face and by ear examination. The data were entered into Epi-data and analyzed by using SPSS software.

Results: Of 186 participants, 62.9% had otitis externa, with a mean (95%CI) age of 32 (01-76) years. The commonest age group was those aged less than 15 years old with 29%. Males were 1.88 times more likely to present with otitis externa than females. Occupational groups at risk of disease are farmers/laborers/housewife/others and those living in rural areas was 2.7 times having acute otitis externa. Those who had swum or had travelled in the forest and ear picking had a higher frequency of acute otitis externa (1.6 times) and patients who regularly cleaned their ears with a cotton swab were 1.39 times of having otitis externa and some patients who used hair clip for ear picking had a higher frequency of acute otitis externa (2.44 times).

Conclusion: Most of patients have common clinical manifestations of which are tinnitus, earache, swelling or redness of the ears, hearing loss and itching. Demographic characteristics, history, and ear health care behaviors are associated with acute otitis external.

Copyright: © 2022 Soukavong *et al.* This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Licence, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Keywords: Otitis external, risk factor, Ear Nose Throat or ENT Department, Mahosot Hospital.

***Corresponding author:** Mick Soukavong, Email: Micksoukavong@gmail.com