

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ตุลาคม 2547 - กันยายน 2549

รจนา ขอนทอง

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) พบว่า มีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2547-2549 มีจำนวน 858 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมอพบกว่า จำนวน 341 ราย ร้อยละ 39.7 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.3 มีอายุระหว่าง 3 ถึง 85 ปี อายุเฉลี่ย 47.4 ปี อาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 52.5 รองลงมาอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 18.2 สำหรับผลทางการรักษาโดยใช้สูตรยา CAT1 (2HRZE/4HR) พบอัตราเสมอพบปราศจากเชื้อเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น (conversion rate) ร้อยละ 79.2 ในขณะที่อัตราการรักษาหาย (success rate) ร้อยละ 69.2 อัตราการขาดยา (default rate) ร้อยละ 2.4 อัตราการรักษาล้มเหลว (failure rate) ร้อยละ 5.3 และอัตราการตาย (death rate) ร้อยละ 12.8 ตามลำดับ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการค้นหารายป่วยและการดูแลรักษา โดยเฉลี่ยทั้ง 3 ปี ยังมีผลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ (85%) อาจเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเอดส์ร่วม จากการย้ายถิ่นฐาน และชราภาพ การขาดคนดูแลทั้งจากครอบครัวและชุมชน ดังนั้นควรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้น เช่น การอบรมแกนนำหมู่บ้าน การเพิ่มความเข้มข้นในการติดตามผู้ป่วยหลังจากกลับเข้าสู่ชุมชน การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยใหม่ได้รับยาอย่างครบถ้วน

คำสำคัญ:

การควบคุมวัณโรค, วัณโรคปอด

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ รายงานว่า 1 ใน

3 ของประชากรทั่วโลกมีการติดเชื้อวัณโรค ความชุก (prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 14.6 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่ (incidence) ประมาณ 8.6 ล้านคน (ค.ศ. 2005) เกือบครึ่งหนึ่ง ประมาณ 3.9 ล้านคนเป็นผู้ป่วย

ที่กำลังแพร่เชื้อ และอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตปีละ ประมาณ 1.7 ล้านคน ร้อยละ 98 อยู่ในประเทศที่ยากจน ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคชุกเป็นอันดับที่ 18 ของโลก ในจำนวน 22 ประเทศ ที่มีปัญหาด้านวัณโรคสูง คาดว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 91,000 ราย/ปี (142 ต่อแสนประชากร) และประมาณ 40,000 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีเสมหะบวก (63 ต่อแสนประชากร)

สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย จากสถิติของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2547, 2548 และ 2549 พบว่ามีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 31,821 ราย จำนวน 27,245 ราย และ 22,705 ราย เสียชีวิตจำนวน 182 ราย, 150 และ 131 ราย ตามลำดับ^(2,3) จึงมีสถิติจากวัณโรคสูงอยู่ในสิบอันดับแรกของอัตราการตายจากสาเหตุต่าง ๆ และสูงที่สุดในโรคติดเชื้อ การตรวจหาผู้ป่วยรายใหม่ การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นมีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งประเทศ และพบว่ายังมีปัญหาเกี่ยวกับอัตราการได้รับการรักษาครบถ้วน และการรักษาหาย เพียงร้อยละ 50-70 และเริ่มมีปัญหาจากการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในเขตที่มีการระบาดของโรคเอชไอวีสูง เช่น ภาคเหนือตอนบน⁽³⁾

สำหรับจังหวัดกำแพงเพชร อยู่ในภาคเหนือตอนล่างของประเทศ พบผู้ป่วยวัณโรค พ.ศ. 2547-2549 จำนวน 1,099 ราย⁽²⁾ โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและลงทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกำแพงเพชร ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 855 ราย ผู้ป่วยตรวจเสมหะพบเชื้อรายใหม่ จำนวน 341 ราย ที่ผ่านมารองพยาบาลกำแพงเพชร มีนโยบายการดำเนินงานคลินิกวัณโรค เพื่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคเป็นการเฉพาะดำเนินงานในรูปแบบคลินิกวัณโรคมีการประสานงานการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์อายุรกรรม พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่

สถานีนามัย อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังมีจุดอ่อนข้อบกพร่องต่าง ๆ ส่งผลให้อัตราความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคยังไม่ผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ดังนั้นจึงศึกษาผลการดำเนินงานคลินิกวัณโรค และการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยสูตรยา CAT1(2HRZE/4HR) เพื่อวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไข การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective descriptive study) โดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ของปีงบประมาณ 2547-2549 เพื่อประเมินผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประชากรที่ศึกษา

คือ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกกรายใหม่ทุกรายที่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ 2547-2549

การดำเนินงานในคลินิกวัณโรค

ทุกวันพฤหัสบดี ช่วงเช้า 8.00-12.00 น. ในกรณีผู้ป่วยตรวจพบจากแผนกผู้ป่วยนอกในวันอื่น ๆ จะมีพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้ลงทะเบียน

ขั้นตอนการทำงาน อย่างสังเขป คือ

1. ผู้ป่วยยื่นสมุดประจำตัวต่อพยาบาลประจำคลินิก
2. ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต
3. พบพยาบาลประจำคลินิกวัณโรค
 - คั่นเวชระเบียนผู้ป่วยนอก
 - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น เสมหะ,

CBC, BUN, Creatinine, LFT

- รับบัตรคิวในกรณีเจาะเลือดทั่วไป และได้รับการให้คำปรึกษา ลงลายมือชื่อในใบยินยอม กรณีเจาะเลือดเพื่อค้นหา HIV

- ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก
- 4. เข้ารับฟังการสอนสุขศึกษาจากพยาบาลประจำคลินิกโดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ที่มีผลเสมหะบวกหรือภาพรังสีปอดเข้าได้กับวัณโรคและแพทย์ได้วินิจฉัยแล้ว
- 5. พบพยาบาลประจำคลินิก
 - จ่ายยาต่อในกรณีผู้ป่วยรับยาเดิม พร้อมวันนัดผู้ป่วยครั้งต่อไป
- 6. ส่งพบแพทย์ กรณีได้รับการตรวจเลือด ตรวจเสมหะ ได้รับผลข้างเคียงจากการกินยา หรือกรณีผิดปกติ ได้แก่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมาก ผื่นคัน แพ้ยา หูอื้อ ตาบอดสี ปวดตามข้อ
- 7. พบพยาบาลประจำคลินิกอีกครั้งหลังจากพบแพทย์
- 8. กรณีผู้ป่วย ไม่มาตามนัด โทรศัพท์ติดตาม แจ้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในเขตรับผิดชอบ ประสานหน่วยงานเวชกรรมสังคม วิทยุติดตาม และส่งจดหมายตาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากสมุดทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค และสมุดบันทึกการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ปีงบประมาณ 2547-2549

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

คำนิยาม

- จำนวนผู้ป่วยที่นำมาประเมิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาใหม่ทั้งหมด (หักลบ) ผู้ป่วยโอนย้ายไปที่อื่น
- จำนวนผู้ป่วยที่ cure หมายถึง ผู้ป่วย new pulmonary M+ รักษาครบด้วยระบบยา CAT 1 (2HRZE/4HR) และผลตรวจเสมหะ เป็นลบ 2 ครั้ง (two occasions) และเป็นลบหนึ่งครั้งเมื่อสิ้นสุดการรักษา

(ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา คือ ผลเสมหะเมื่อเริ่มต้น ระหว่าง หรือสิ้นสุดของเดือนสุดท้ายของการรักษา)

จำนวนผู้ป่วยที่ complete treatment หมายถึง ผู้ป่วย new pulmonary M+ รักษาครบ ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุด initial phase เป็นลบ แต่ใน continuous phase ไม่มีผลตรวจเสมหะหรือมีเพียง 1 ครั้งที่เป็นลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่มีผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้น

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนใหม่เสมหะบวก ปี 2547-2549 (n = 341 ราย)

ข้อมูล	ปี 2547-2549	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	243	71.3
หญิง	98	28.7
อายุ (ปี)		
0-19	11	3.2
20-29	53	15.5
30-39	59	17.3
40-49	62	18.2
50-59	56	16.4
60-69	62	18.2
70-79	30	8.8
≥ 80	8	2.4
	min=13, max=85, mean=47.4, SD=17.1	
อาชีพ		
รับจ้าง	179	52.5
ทำนา ทำไร่ ทำสวน	62	18.2
อาศัยอยู่กับบุตร	35	10.3
นักเรียน นักศึกษา	21	6.2
ค้าขาย	18	5.3
นักบวช	13	3.7
ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ	9	2.6
อื่นๆ	4	1.2

สุดท้ายรักษา หรือ ผู้ป่วย new M- รักษาครบ ผู้ป่วย
วัณโรคปอดเสมหะลบ (new M-) รักษาครบ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวก จำนวน 341 ราย
ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.3 ช่วงอายุ 30-60 ปี
ร้อยละ 51.9 ถัดมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.4 กลุ่ม
เด็ก 0-19 ปี มีร้อยละ 3.2 อายุน้อยที่สุด 13 ปี มากที่สุด
85 ปี เฉลี่ย 47.4 ปี มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 52.5
รองลงมาอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 18.2 และอาศัยบุตร
ร้อยละ 10.3 (ตารางที่ 1)

ในปี 2547-2549 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน จำนวน 858

ราย เป็นผู้ป่วยใหม่มากที่สุด คือ ร้อยละ 84.6, 82.0 และ
84.3 ตามลำดับ รองลงมาเป็นกลุ่มขาดยามากกว่า 2
เดือน และกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งตัวเข้ามาตามลำดับ โดยมี
ผู้ป่วยที่รักษาครบแล้วกลับมาเป็นใหม่ (relapse case)
ปีงบประมาณ 2548 มากที่สุด 5.3 รองลงมาใน
ปีงบประมาณ 2547 ร้อยละ 3.0 พบว่าเกือบครึ่งได้
จากการวินิจฉัยโดยเสมหะบวกร่วมกับภาพถ่ายรังสี
ปอดเข้าหรือไม่เข้าได้กับรอยโรควัณโรค ร้อยละ 42.3
รองลงมาได้แก่การวินิจฉัยจากภาพถ่ายรังสีปอดเข้าได้
กับวัณโรคและผลเสมหะเป็นลบร้อยละ 39.0 มีจำนวน
ผู้ป่วยที่ตรวจเสมหะพบเชื้อ จำนวน 341 ราย (ตารางที่
2)

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนที่คลินิกวัณโรค

ข้อความ	ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประเภทการขึ้นทะเบียน							
New case	198	84.6	246	82.00	273	84.3	717
Relapse	7	3.0	16	5.33	3	0.9	
Failure	1	0.4	3	1.00	7	2.2	
Treatment after default	16	6.7	27	9.00	15	4.6	
Refer in	12	5.3	8	2.67	10	3.1	
Other	0	0.00	0	0.00	16	4.9	
การวินิจฉัย							
รายใหม่เสมหะบวกและตรวจได้ภาพรังสี ทรวงอก ±	114	48.7	116	38.7	128	39.5	(43.37)
ภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค และตรวจเสมหะเป็นลบ	95	40.6	117	39.0	121	37.3	(39.97)
จากผลการตรวจชิ้นเนื้อ	20	8.6	48	16.0	45	13.9	
การผลชิ้นเนื้อ ร่วมกับ ภาพถ่ายรังสี ทรวงอกเข้าได้กับวัณโรค หรือตรวจ เสมหะได้ผลบวก	5	2.1	19	6.3	6	1.9	
อื่น ๆ	0	0.0	0	0.0	24	7.4	
จำนวนการตรวจเสมหะ	234	-	300	-	324	-	858
จำนวนการพบเชื้อ	104	30.5	113	33.1	124	36.4	341

ในจำนวนผู้ป่วยเสมหะบวกรายใหม่ 341 ราย มีผลการรักษาหายมากที่สุด ร้อยละ 69.2 รักษาครบ ร้อยละ 7.6 รวมเป็นความสำเร็จในการรักษา เท่ากับ ร้อยละ 76.8 รองลงมาเป็นผู้ป่วย ที่เสียชีวิต ร้อยละ 12.8 ขาดการรักษา ร้อยละ 2.4 รักษาล้มเหลว ร้อยละ 5.3 อัตราเสมหะปราศจากเชื้อเมื่อสิ้นสุดการรักษา (conversion rate) ร้อยละ 79.2 ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ WHO⁽¹⁾ (มากกว่าร้อยละ 85) ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยมากที่สุด คือ ตับอักเสบ ร้อยละ 53.8 คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ร้อยละ 23.1 พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.5 (ตารางที่ 3)

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษา รวม 8 ราย พบว่า ขาดการรักษาเมื่อรักษาได้ 2 เดือนมากที่สุด 4 ราย และ 3 เดือน 2 ราย และขาดการรักษาอย่างละรายในเดือนที่ 1 และ 4 สาเหตุการขาดการรักษา พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วจำนวน 2 ราย ไม่พบผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยชรา จำนวน 1 ราย ไปรับการรักษาโรงพยาบาลอื่น จำนวน 1 ราย ไปรับการรักษา ต่อที่ศูนย์วัณโรค จำนวน 1 ราย (ตารางที่ 4)

ครึ่งหนึ่งของผู้สังเกตการณ์กินยาเป็นญาติมากที่สุด

ตารางที่ 3 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกร (n = 341)

ผลการรักษา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผลการรักษา		
รักษาหาย	236	69.2
เสียชีวิต	44	12.9
รักษาครบ	26	7.6
ล้มเหลว	18	5.3
ขาดการรักษา	8	2.4
แพทย์รุนแรงต้องหยุดยา	6	1.8
ส่งต่อ	3	0.9
อัตราเสมหะปราศจากเชื้อเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นมากกว่าร้อยละ 85 (Conversion rate)	270/341	79.2
ผลข้างเคียงจากยาต้านวัณโรค (n=26 ราย)		
ตับอักเสบ	14	53.8
คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง	6	23.1
ผื่นคัน	2	7.7
ปวดข้อ	4	15.4
ผู้ป่วยเอชไอวี	29	8.5

ตารางที่ 4 การติดตามเยี่ยมบ้าน

สาเหตุที่ขาดการรักษา	จำนวน	ผลการปฏิบัติ
1. เสียชีวิตไปแล้ว	2	จำหน่ายออกจากทะเบียน
2. ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น	1	ส่งประวัติไปยังสถานพยาบาลอื่น ๆ
3. ผู้ป่วยอายุมากแล้ว	1	ให้คำแนะนำกับ ญาติ และผู้ป่วย หลังจากนั้น กำหนดวันมาตรวจตามนัด
4. ไม่ค่อยมีเวลาและเห็นว่ามาไม่ตรงนัดจึงไม่มา	1	หลังจากได้รับการอธิบายผู้ป่วยเข้าใจและมาตรวจตามนัด
5. ไม่พบผู้ป่วยที่บ้านย้ายออกจากพื้นที่	1	สอบถามเพื่อนบ้าน ให้ข้อมูลว่า ไม่ทราบที่ผู้ป่วยย้ายไปอยู่ที่ใด
6. ไปรับการรักษาต่อที่ศูนย์วัณโรค	2	ส่งประวัติไปยังศูนย์วัณโรค
รวม	8	

ตารางที่ 5 ผู้สังเกตการณ์กินยา และสาเหตุการเสียชีวิต

	ปี 2547-2549	
	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สังเกตการณ์		
1. ญาติ	172	50.5
2. ตนเอง	143	41.9
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	26	7.6
รวม	341	100.0
สาเหตุการเสียชีวิต		
การเจ็บป่วย	18	39.1
เสียชีวิตจากชราภาพ	16	17.4
การติดเชื้อเอชไอวี	15	32.6
อื่น ๆ	5	10.9
รวม	46	100.0

ร้อยละ 50.4 รองลงมาคือตนเอง จะเห็นได้ว่าผู้สังเกตการณ์ที่เป็นเจ้าหน้าที่มีส่วนที่น้อยมากเพียงร้อยละ 7.6 สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยมากที่สุด ร้อยละ 39.1 รองลงมาคือ การเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 32.6 (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ไม่เคยรักษามาก่อน ร้อยละ 83.6 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ 3.0 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ใช้วิธีการเพาะเชื้อจากเสมหะร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอก^(4,5) ร้อยละ 39.7 เป็นผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน จำนวน 341 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.7 (ตารางที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁶⁾ ซึ่งการศึกษาที่อื่นพบว่าอายุของผู้ป่วยมักอยู่ในช่วงเกิน 50 ปี สำหรับอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 52.5 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 18.2 การศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยวัณโรคมีอาชีพรับจ้าง มี

ผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีที่อยู่ชัดเจน เร่รอนไปทำงานในที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มติดเชื่อเอชไอวี ซึ่งจากการศึกษาของ นีอร อริโยทัย และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการขาดการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อรายใหม่ คือ อาชีพ รายได้ และแหล่งเงินสำหรับค่ารักษา ค่าเดินทาง ผู้ป่วยบางรายแต่เดิมมีงานทำ แต่หลังจากป่วย จำเป็นต้องหยุดงานบ่อย บางส่วนถูกจ้างเหมาจากเพื่อนร่วมงาน และส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สะดวกมารับยาตามกำหนดเวลา รายได้ลดลง ต้องออกจากงาน รู้สึกเป็นภาระและท้อใจ จนในที่สุดจึงไม่มาพบแพทย์ และขาดการรักษา^(8,9) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 341 ราย มีการตรวจเลือดเพื่อค้นหาเชื้อเอชไอวีเพียง 134 ราย และผลเลือดพบว่าติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 29 ราย ร้อยละ 8.5 (ตารางที่ 4) อาจจะมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีอีกในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจเลือด และสิ่งที่ควรพัฒนาต่อไป คือ ความร่วมมือระหว่างคลินิกวัณโรคและคลินิกเอชไอวี โดยเฉพาะคลินิกวัณโรคต้องมีการค้นหาผู้ป่วยให้มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมีผลการรักษาที่ไม่ดี มีอัตราการตายสูง (40.8%) มีอัตราการรักษาหายต่ำมาก (40.8%)⁽⁶⁾ และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะเลือดแล้วมีผลเลือดเป็นลบ มีอัตราประสบความสำเร็จในการรักษามากกว่าผู้ที่มีเลือดบวกประมาณ 2.8⁽¹⁰⁾ และในขณะนี้คลินิกวัณโรคได้มีเป้าหมายในการตรวจเลือดหาเชื้อ HIV ในผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นโรคเอชไอวีร่วม โดยก่อนการเจาะเลือดจะมีการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยทุกราย พร้อมให้ผู้ป่วยหรือญาติ ลงรายชื่อเป็นหลักฐานไว้ด้วย จะเป็นสิ่งที่จะช่วยเพิ่มผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีได้เพิ่มขึ้น

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน พบว่ามีอัตราความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 69.2 ยังต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกอย่างมากที่กำหนดไว้⁽¹⁾ เท่ากับร้อยละ 85 และผลการศึกษานี้มีการค้นหาผู้ป่วยได้

มากกว่า ร้อยละ 70 เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แต่พบว่ามียัตราผลสำเร็จในการรักษาน้อยมาก ซึ่งอาจมีแนวโน้มที่ทำให้เกิดผู้ป่วยวัณโรคต้อยามากขึ้นในอนาคต⁽¹¹⁾ เป็นสิ่งที่ควรตระหนักอย่างยิ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานควบคุมป้องกันวัณโรค

สำหรับอัตราการเปลี่ยนแปลงจากบวกรเป็นลบ (sputum conversion rate) เมื่อสิ้นสุทธาระยะเข้มข้น ร้อยละ 79.2 ซึ่งมีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลก1 อาจเนื่องจากพบว่าอัตราตายมีค่าสูงมาก พบผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 44 ราย คิดเป็น 12.8 (ตารางที่ 3) ผลการค้นหาสาเหตุการตายจากการติดตามผู้ป่วยพบว่า เสียชีวิตจากชราภาพ การเจ็บป่วย และเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี^(10,12) (ตารางที่ 5) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 18 ราย ร้อยละ 5.3 มีผลการรักษาล้มเหลว ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการกินยาวัณโรค และอาการท้อแท้จากผลข้างเคียง ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยา โดยผลข้างเคียงที่พบมากคือ ตับอักเสบ ร้อยละ 53.9 (ตารางที่ 3) อาการข้างเคียงของยาวัณโรค ส่งผลต่อสภาพจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยอย่างมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้ากลับมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดยา เกิดเชื้อดื้อยา นำไปสู่การปรับเปลี่ยนสูตรยาในที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วยที่ขาดการรักษา จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.4 (ตารางที่ 3) โดยมีการขาดยาเมื่อผู้ป่วยรักษาไปแล้ว 2 เดือนมากที่สุด 4/8 (ตารางที่ 4) ใกล้เคียงกับการศึกษาของกิตติพันธ์ เอี่ยมรอดที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคมักขาดยาเมื่อได้รับการรักษาไปแล้ว 2-3 เดือน (ช่วง 3 เดือนแรก) มากที่สุด⁽¹³⁾ ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องทานยาปริมาณมาก เกิดผลข้างเคียงมาก และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของโรคหรือมีอาการแสดงของโรคน้อยมักจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่าผู้ที่มีอาการแสดงของโรคอย่างชัดเจน⁽¹⁴⁾ ดังนั้นการเพิ่มความเข้มข้นในการให้สุขศึกษาในคลินิก การติดตามผู้ป่วยในระยะเข้มข้นมีความสำคัญมาก

ในส่วนผู้กำกับการกินยาของผู้ป่วยวัณโรคในการศึกษานี้ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สังเกตการณ์รับประทานยา (DOTS) คือ ญาติของผู้ป่วยเอง และอีกเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่มีผู้สังเกตการณ์ (ตารางที่ 5) ซึ่งเมื่อศึกษาผลการศึกษาที่ผ่านมา⁽¹⁵⁾ พบว่า ผู้ดูแลกำกับการรักษาวัณโรคส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว^(13,15) ส่งผลให้ผู้ป่วยมียัตราการขาดยาค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ป่วยกินยาไม่ครบขนาด บางทีเลือกกินเฉพาะบางขนาน บุคคลที่ทำหน้าที่ให้ DOTS ควรเลือกญาติเป็นอันดับท้ายสุด และควรเลือกเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรประจำสถานีนามัย โรงพยาบาล หรือ อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ครู พระสงฆ์ เป็นอันดับแรก แต่ถ้าไม่สามารถเลือกได้ พยาบาลประจำคลินิกควรให้ความรู้ อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงหลักการและวิธีการปฏิบัติ และมีการติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอจากเจ้าหน้าที่สถานีนามัย โดยการประสานงานผ่านงานเวชกรรมสังคม โดยเฉพาะในช่วงระยะเข้มข้น^(7,16,17)

ในปัจจุบันพบว่าการทำงานในคลินิกวัณโรค มีการดำเนินงานเพียงสัปดาห์ละ 1 วัน เวลา 08.30 น. - 12.00 น. การมีเวลาน้อยส่งผลให้ระยะเวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคและญาติมีจำกัดมาก ดังนั้นการศึกษาระบบการเพิ่มความเข้มข้นในการให้ DOTS แก่ผู้ป่วยวัณโรคควรมีการวิเคราะห์ วิธีการเพิ่มการมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้ DOTS โดยเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน อย่างเป็นระบบต่อไป 1. ควรเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกให้มากขึ้น หรือเพิ่มช่องทางในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค 2. จัดทำ TB counseling call เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติมีแหล่งเข้าถึงข้อมูล โดยเฉพาะเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค จะได้รับคำแนะนำในทันที เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยให้น้อยที่สุด 3. เพิ่มความเข้มข้นในการติดตามผู้ป่วย เช่น ติดตามด้วยการใช้โทรศัพท์ การใช้วิทยุสื่อสาร เขียนจดหมายถึงที่อยู่ของผู้ป่วย โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุม กำกับดูแล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในชุมชน มีการอบรมผู้นำชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจในดูแลผู้ป่วย ติดตั้งระบบการประสานงานจากชุมชนสู่หน่วยงานของรัฐ ตั้งแต่สถานีอนามัยโรงพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ

2. ควรเน้นถึงกระบวนการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคและกลับคืนสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้ควรเน้นในเรื่องของการกินยาต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ แผนการรักษาของแพทย์ การติดต่อแพร่เชื้อของวัณโรค นอกจากนั้นควรให้สุขศึกษาซ้ำเมื่อผู้ป่วยมารับยาในเดือนหลัง จะช่วยให้ผู้ป่วยรับยาเพิ่มขึ้น

3. ควรศึกษาหาสาเหตุของผู้ป่วยที่ขาดการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังการรักษาได้เพียง 2-3 เดือน เพื่อนำมาวางแผนแก้ปัญหาในการดำเนินงานต่อไป

4. ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ในแต่ละเดือน เพื่อทราบถึงสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวตลอดจนปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่เป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติให้เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือมากขึ้น

5. ควรเพิ่มจำนวนวันในการให้บริการในคลินิกวัณโรคให้มากขึ้น หรือ จัดให้มี DOTS corner ในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เตรียมพร้อมเพื่อดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกวัน โดยเฉพาะเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือมีสายดาวน์เพื่อให้คำปรึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์กำชัย รังสิมันต์ไพบูลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่อนุญาตให้ทำการศึกษา พยาบาลประจำคลินิกวัณโรคทุกท่าน เจ้า-

หน้าที่งานศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis control-WHO report 2001. Geneva. Switzerland WHO/CDS/TB/2001; 278.
2. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค 2546-2549. [online] 2550. [สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2551] : แหล่งข้อมูล; URL : <http://203.157.15.4> (03/04/2008)
3. ชัยเวช นุชประยูร. การรักษวัณโรคปอดในปัจจุบัน. ใน : เวชปฏิบัติในคลินิกเฉพาะโรค. วิทยา ศรีดามา, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548. หน้า 232-41.
4. Bellin E, Fletcher D, Safyer S. Abnormal chest x-rays in intravenous drug users: implications for tuberculosis screening programs. Am J Public Health 1993; 5:698-700.
5. บัญญัติ ปริญญาพันธ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอด. ใน : นลินี อัสวาทิ, สุรณี เทียนกริม, ศศิธร ลิขิตนุกูล, อัญญา วิกากุล, บรรณาธิการ: ประสานการณ์ด้านโรคติดต่อในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย; 2542. หน้า 276-81.
6. ชัยศิลป์ คำด้วง. ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในโรงพยาบาลสตูล (ตุลาคม 2542-กันยายน 2545). วารสารวัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2547; 25 (4):199-206.
7. นีอร อริยทัช, บุญเชิด กัดด้วง, วารี ธนะสมบุรณ์, สุดใจ คงสามสี. การขาดการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่. วารสารวัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2546; 24 (1):167-73.
8. อุทัยวรรณ กาณจนพิงคะ. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของ DOTS โดยเจ้าหน้าที่ และ DOTS โดยญาติในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร 2543. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2546; 24 (1):255-62.
9. McKenzie A, Kashef I, Jon DT, Valdis E K, Lois AD, Beverly M, et al. Transmission network analysis to complement routine tuberculosis contact investigations. American Journal of Public Health 2006; 97(3):470-7.
10. เจริญ ชูโชติถาวร. วัณโรคในผู้ใหญ่. ใน: พรรณทิพย์ ฉายากุล, ชัยณัฐ พันธุ์เจริญ, ชุษณา สวนกระต่าย, สุรณี เทียนกริม, ยุพิน สุพุทธมงคล, ศศิธร ลิขิตนุกูล, บรรณาธิการ. ตำราโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย; 2548. หน้า 683-715.
11. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. ข้อเสนอวัณโรคคือยาหลายชนิด. วารสาร

- วัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2550; 28 (2):7-11.
12. วิจัยกษมา หุตานนท์, ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, สุภรัตน์ บุญนาค. การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวมโดยชุมชนมีส่วนร่วม (กรณีศึกษาอำเภอเมืองและอำเภอชัยบุรี จังหวัดปทุมธานี). วารสารวัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2549; 27 (4):327-42.
 13. กิตติพิทักษ์ เอี่ยมรอด, ปราณีย์ อ้ายจุ่ม. การควบคุมวัณโรคตามแนวทางการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยง (DOTS) จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2544-2546. วารสารวัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2547; 25 (4):194-8.
 14. ชีร์วัฒน์ วลัยเสถียร, ศรีมงคล ประยูรยวง. สภาพทางสังคมของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน MDR-TB ของศูนย์วัณโรคเขต 5 นครราชสีมา พ.ศ. 2547. วารสารวัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2548; 26 (4):251-8.
 15. โอภาส การณ์กวินพงศ์. การเพิ่มประสิทธิภาพงานควบคุมวัณโรคด้วยวิธีการรักษาแบบมีที่เลี้ยงโดยการติดตามประเมินผลเชิงรุกแบบใหม่. วารสารวัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2548; 26 (3):199-209.
 16. เกียรติกำจร กุศล, ชัยยศ อุเต็น. กรณีศึกษา: การศึกษาการสนับสนุนจากบุคลากรทีมสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลท่าศาลา. วารสารวัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต; 2548; 26 (1):1-9.
 17. สุภาพ รอนศึก, ฤทัยวรรณ บุญเป็นเดช, สุภรัตน์ บุญนาค, วิจัยกษมา หุตานนท์. การสร้างประชาสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาวัณโรคและโรคเอดส์ ตำบลบางเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ปี 2547. วารสารวัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2548; 26 (4):271-86.

Abstract Tuberculosis Control in Kamphaeng Phet Hospital, from October 2004 to September 2006

Rotjana Khontong

Department of Medicine, Kamphaeng Phet Hospital, Kamphaeng Phet

Journal of Health Science 2008; 17:537-46.

The World Health Organization restated global targets for tuberculosis control to treat successfully 85 percent of detected smear-positive TB cases. The objective of this study was to evaluate on case finding and cure rate of pulmonary tuberculosis in Kamphaeng Phet hospital from September 2004 to October 2006.

The study revealed a total number of TB registered patients on 2004-2006 of 858 cases and reported 341 or 39.7 percent positive sputum in TB suspects mostly male 71.3 percent employed 52.5 percent aged from 13 to 85 years. The new cases of pulmonary tuberculosis (New M+) were treated with 2HRZE/4HR. The resulting were success rate 69.2 percent, conversion rate 79.2 percent, default rate 2.4 percent, failure rate 5.3 percent and death rate 12.8 percent. Generally, it showed a low cure rate. The retrieval activity was addressed through the telephone, the radio program, letter and home visit strategies of the public health station. The factors correlation of the default rate increase was related to death, absence and old age. The author suggests that the strategy indicates community participation and service activities should be strengthened among key community leaders. Health officers and village health volunteers have to supply adequate care and enough medicine to new patients.

Key words: tuberculosis control, pulmonary tuberculosis