

สถานการณ์วัณโรคในโรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐

สมบัติ รณนุกภาพไพศาล*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ดำเนินการเพื่อศึกษาสถานการณ์และวิทยาการระบาดของวัณโรค จากระบบเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการของโรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่งในจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐. ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยวัณโรคทุกคนที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาล ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลโนนสูง, โรงพยาบาลปักธงชัย, โรงพยาบาลห้วยแถลง และโรงพยาบาลสีคิ้ว. การเฝ้าระวังเป็นรูปแบบของโรงพยาบาล. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่บัตรผู้ป่วยนอก, บัตรบันทึกการบำบัดวัณโรค (TB ๐๑), ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB ๐๓) และทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยตรวจเสมหะจากห้องชันสูตร (TB ๐๔). วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยายเป็นจำนวน, ค่าร้อยละ, อัตรา, และอัตราส่วน.

ในภาพรวมทั้ง ๔ โรงพยาบาลในช่วง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐) มีอัตราป่วยวัณโรค ๑๔.๑, ๑๑๒.๑ และ ๘๑.๑ ต่อแสนประชากร, อัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๖๔.๕, ๑๐๐.๗, ๖๕.๐ ต่อแสนประชากร, อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคเท่ากับ ๘.๑, ๑๔.๐ และ ๑.๕ รายต่อแสนประชากรตามลำดับ, อัตราการรักษาได้ผลร้อยละ ๗๑.๕ และอัตราการรักษาหายขาด ๕๓.๕, มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยร้อยละ ๔.๗, ๕.๘ และ ๑๑.๐ ตามลำดับ. ในแต่ละสถานบริการมีอัตราการรักษาสำเร็จและอัตราการตาย ที่แตกต่างกัน. ส่วนหนึ่งที่มีผลอย่างมากคือ การติดเชื้อเอชไอวี, โดยสถานบริการที่มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการตายสูง (ร้อยละ ๔๔.๒) และอัตราการรักษาสำเร็จต่ำ.

อาชีพที่มีอัตราการรักษาสำเร็จสูงได้แก่ ข้าราชการ นักเรียน นักศึกษา (ร้อยละ ๑๐๐) และ นักโทษ (ร้อยละ ๕๑.๕) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ติดตามง่าย. ผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเป็นเบาหวานด้วยมีอัตราการรักษาสำเร็จสูงถึงร้อยละ ๑๐๐.

การรักษาระยะสั้นแบบมีผู้กำกับกินยานั้นจะได้ผลมากขึ้นถ้าการกำกับทำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งมีผลทำให้การรักษาหายขาดและการรักษาสำเร็จ เพิ่มขึ้นมากกว่า การกำกับโดยญาติ หรือ ไม่มีผู้กำกับ และมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ ๑.๓๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. การทำการกำกับโดยญาตินั้นให้ผลการรักษาสำเร็จไม่แตกต่างโดยนัยสำคัญทางสถิติกับการไม่มีผู้กำกับการกินยา.

คำสำคัญ: วัณโรค, ระบบเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการ, การรักษาโดยมีผู้กำกับการกินยา, โรงพยาบาลชุมชน

*โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

**Abstract Tuberculosis Situation in Four Community Hospitals in Nakorn Ratchasima Province, 2005-2007****Sombat Thananuparpaisal*****Nonesoong Hospital, Nakorn Ratchasima Province*

The aims of this research were to examine the situation and epidemiology of tuberculosis in four district hospitals in Nakhon Ratchasima Province in fiscal years 2005-2007. All tuberculosis patients registered between October 2004 and September 2007 were selected for the study.

The research instruments consisted of OPD card, treatment card, tuberculosis record, and sputum examination record. The data were analyzed by using descriptive statistics.

The results showed that prevalence rates were 74.3, 112.1, 81.1 per 100,000 population respectively in 2005-2007. Incidence rates were 64.9, 100.7, 69.0 per 100,000 and mortality rates were 8.1, 14.0, 3.5 per 100,000 respectively during that period. The success rate was 73.5 percent and cure rate was 53.5 percent. The percentages of HIV infection in tuberculosis cases were 4.7, 5.8 and 11.0, increasing by year, with a high mortality rate of 44.2 percent.

A high success rate was found in the occupation of civil servants (100%), students (100%) and prisoners (91.9%). Tuberculosis cases with diabetes mellitus were also found to have a high success rate (100%). Directly observed therapy (DOT) by health personnel produced a relative risk of 1.33 significance compared with no direct observation. However, DOT, with observation by cousins, showed no significant difference compared with that produced by no direct observation.

Key words: tuberculosis, integrated tuberculosis surveillance system, district hospital

ภูมิหลังและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย. จากรายงานการค้นหารายผู้ป่วยที่กรมควบคุมโรคได้รับรายงานจากพื้นที่ต่าง ๆ ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ พบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ๓๓,๔๒๒ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๓.๓๗ ต่อประชากรแสนคน, เสียชีวิต ๒๑๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ๐.๓๔ ต่อประชากรแสนคน^(๑). ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยอยู่ในอันดับ ๑๗ ของ ๒๒ ประเทศที่มีสถานการณ์วัณโรครุนแรงที่สุด และคาดว่าใน พ.ศ. ๒๕๔๘ จะมีผู้ป่วยประมาณ ๑๓๑,๐๐๐ ราย (๒๐๔ ต่อประชากรแสนคน) เป็นผู้ป่วยใหม่ทุกประเภท ๙๑,๐๐๐ ราย (๑๔๒ ต่อประชากรแสนคน), ผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ ๔๑,๐๐๐ ราย (๖๓ ต่อประชากรแสนคน), ผู้ป่วยเสียชีวิต ๑๒,๐๐๐ ราย เป็นอัตราตาย ๑๙ ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยร้อยละ ๗.๖^(๒).

จากสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยที่แนวโน้มการ

แพร่ระบาดเริ่มสูงขึ้น กรมควบคุมโรคจึงดำเนินการโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการขึ้น เนื่องจากระบบเฝ้าระวังแบบเดิมผ่านรายงาน ๕๐๖ นั้นเฝ้าระวังได้เฉพาะผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดเท่านั้น, ตลอดจนไม่มีความเชื่อมโยงกับผลการรักษาหาย. โรงพยาบาลโนนสูงจังหวัดนครราชสีมาได้รับการคัดเลือกจากสำนักกระบวนวิทยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ให้เป็นโรงพยาบาลต้นแบบ ๑ ใน ๑๒ แห่งทั่วประเทศ ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๘^(๓). ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ได้ขยายเพิ่มโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมาอีก ๓ แห่ง ได้แก่โรงพยาบาลสีคิ้ว, ห้วยแถลง และปักธงชัย. ในการศึกษาครั้งนี้จึงประสงค์ที่จะประเมินสถานการณ์วัณโรคใน ๔ โรงพยาบาลต้นแบบในจังหวัดนครราชสีมา เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพ โดยมุ่งหวังให้บรรลุเป้าหมายการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ และมีอัตราการรักษา

สำเร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕^(๒,๕).

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา และการวิจัยเชิงวิเคราะห์. ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลที่ทำการเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการ ๔ แห่งของจังหวัดนครราชสีมา ใน พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ คือ อำเภอโนนสูง, ปักธงชัย, ห้วยแถลง และสีคิ้ว.

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

๑. บัตรผู้ป่วยนอก
๒. บัตรบันทึกการรักษาวัณโรค (TB ๐๑)
๓. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB ๐๓)
๔. ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยตรวจเสมหะจากห้องชันสูตร (TB ๐๔)

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการเฝ้าระวังแบบโรงพยาบาล และลงทะเบียนผู้ป่วยทุกรายที่วินิจฉัยได้ว่าเป็นผู้ป่วยวัณโรค, ใช้นิยามเพื่อการเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการที่ได้ทำการปรับปรุง ซึ่งผู้ป่วยที่ทำการลงทะเบียนและรายงานจะทำการติดตามจนสิ้นสุดกระบวนการรักษาและทราบผลการรักษาหรือเสียชีวิต. เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังบันทึกข้อมูลสู่ระบบคอมพิวเตอร์ โดยรวบรวมข้อมูลจากระบบทะเบียนของโรงพยาบาลจากบัตรผู้ป่วยนอก, บัตรรักษาผู้ป่วยวัณโรค (TB๐๑) และรายงานผลชันสูตร (TB ๐๔). วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ทั้งจัดเก็บทำฐานข้อมูล, ปรับปรุงข้อมูลและจัดทำรายงานผลการเฝ้าระวัง. ข้อมูลจากหน่วยเฝ้าระวังจะรายงานผ่านทางแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทุกเดือน. ข้อมูลที่จัดทำรายงานได้รับถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐ จะผ่านการตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงให้มีคุณภาพ แล้ววิเคราะห์ในภาพรวมของจังหวัด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อจัดทำฐานข้อมูลส่วนกลางที่พร้อมรับข้อมูลที่เข้ามาสำหรับการปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้ทันสมัย แล้วจัดทำเป็นรายงานส่งข้อมูลย้อนกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุก ๓ เดือน โดยเฉพาะหน่วยงานเฝ้าระวังที่ร่วมกันพัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการ. อีกทั้งดำเนินการส่งข้อมูลเพื่อเผยแพร่

แพร่ผ่านระบบออนไลน์บนเว็บไซต์ของสำนักระบาดวิทยา.

การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ค่าร้อยละ, อัตรา และอัตราส่วน นำเสนอข้อมูลโดยใช้ตารางและความเรียง และสถิติเชิงวิเคราะห์ คือ ความเสี่ยงสัมพัทธ์, ไล-สแควร์ และค่าพี.

ผลการศึกษา

การเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการจากอำเภอที่ทำการเฝ้าระวัง ๔ อำเภอจาก ๓๒ อำเภอของจังหวัดนครราชสีมาได้แก่ อำเภอโนนสูง ปักธงชัย ห้วยแถลง และสีคิ้ว ปีงบประมาณ ๒๕๔๘ -๒๕๕๐ พบข้อมูลดังแสดงในตารางที่ ๑.

เมื่อคำนวณเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรพบว่า มีอัตราป่วยวัณโรคสูงในอำเภอห้วยแถลง, อำเภอสีคิ้ว, อำเภอโนนสูง และอำเภอปักธงชัย ตามลำดับ, โดยอำเภอสีคิ้วมีอัตราป่วยสูงในพ.ศ. ๒๕๔๙ เนื่องจากมีทัศนสถานในอำเภอสีคิ้ว มีผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเป็นนักโทษในช่วง ๓ ปี ๕๑ คน และลงทะเบียนในพ.ศ. ๒๕๔๙ ถึง ๔๓ คน ดังรูปที่ ๑.

อัตราการรักษาสำเร็จเท่ากับอัตราการรักษาหายขาด + อัตราการรักษาครบกำหนด. การรักษาหายขาดหมายถึงผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาเป็นวัณโรคเสมหะบวก และมีผลการตรวจเสมหะเป็นลบ ๒ ครั้ง โดยต้องมีผลการตรวจเสมหะหนึ่งครั้งเป็นลบเมื่อสิ้นสุดการรักษา. การรักษาครบหมายถึงผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนการรักษาเป็นวัณโรคเสมหะบวก และมีผลการตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะต้นเป็นลบ แต่ในระยะการรักษาต่อเนื่อง ไม่มีผลการตรวจเสมหะ หรือมีเพียงหนึ่งครั้งที่เป็นลบ โดยที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์อัตราการรักษาสำเร็จไว้ที่ ร้อยละ ๘๕. ดังนั้นเมื่อแยกประเภทผู้ป่วยวัณโรคเฉพาะที่มีเสมหะบวก จึงสามารถคำนวณอัตราการรักษาสำเร็จได้ดังนี้

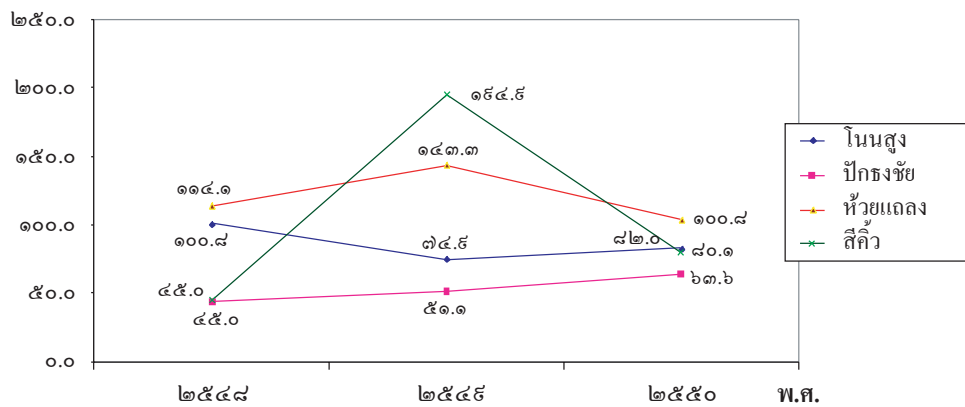
อัตราการรักษาสำเร็จในแต่ละปีจะแปรไปตามอัตราการเสียชีวิตด้วย โดยอำเภอสีคิ้วมีอัตราการรักษาสำเร็จในพ.ศ. ๒๕๕๐ ต่ำถึงร้อยละ ๕๐ และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ ๓๗.๕. เมื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคของอำเภอสีคิ้ว พบว่าใน พ.ศ. ๒๕๕๐ มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี



ตารางที่ ๑ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคแยกตามรายอำเภอในปึงบประมาณ ๒๕๔๘-๒๕๕๐

อำเภอ	จำนวนประชากร	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	รวม
โนนสูง	๑๑๒,๐๘๗	๑๑๓	๘๔	๕๓	๒๕๐
ปักธงชัย	๕๕,๘๕๕	๔๒	๔๕	๖๑	๑๕๒
ห้วยแถลง	๖๘,๓๘๕	๗๘	๕๘	๗๑	๒๐๗
สีคิ้ว	๕๔,๕๑๔	๔๓	๑๘๕	๗๖	๓๐๔
รวม	๓๓๑,๒๔๕	๒๗๖	๔๑๖	๓๐๑	๙๙๓
อัตราป่วยต่อแสนประชากร		๒๔.๓	๑๑๒.๑	๘๑.๑	
อัตราผู้ป่วยใหม่ต่อแสนประชากร		๖๔.๕	๑๐๐.๗	๖๕.๐	
อัตราการเสียชีวิตร้อยละ		๘.๑	๑๔.๐	๓.๕	

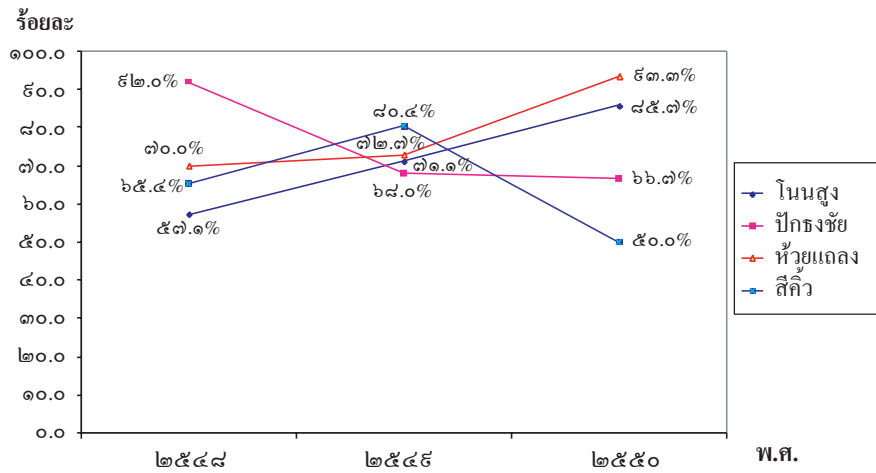
อัตราต่อแสน



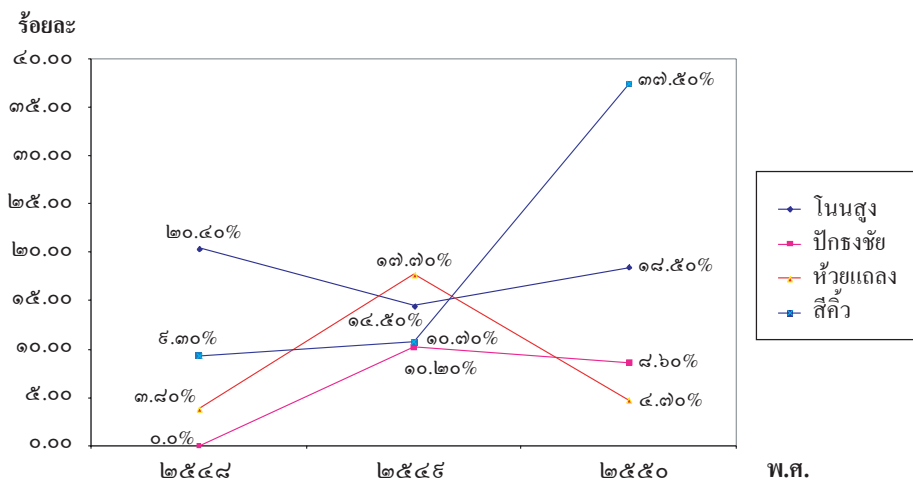
รูปที่ ๑ แสดงอัตราป่วยของวัณโรคต่อแสนประชากรแยกตามอำเภอ

ตารางที่ ๒ จำนวนรายและค่าร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค แยกตามอำเภอ

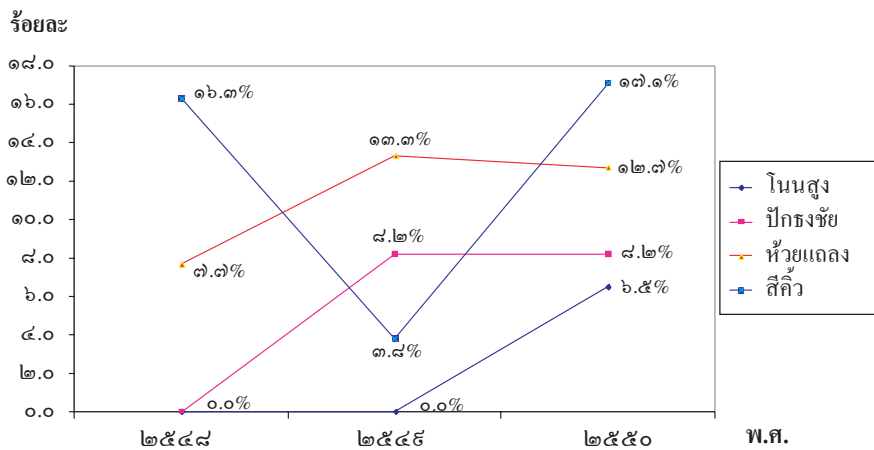
อำเภอ	เสมหะบวก	เสมหะลบ	รักษาล้มเหลว	วัณโรคนอกปอด	อื่นๆ	รวม
โนนสูง	๑๓๗ (๔๗.๒)	๘๘ (๓๐.๓)	๘ (๒.๘)	๒๕ (๘.๗)	๓๒ (๑๑.๐)	๒๕๐
ปักธงชัย	๕๓ (๖๑.๒)	๔๐ (๒๖.๓)	๒ (๑.๓)	๑๐ (๖.๖)	๗ (๔.๖)	๑๕๒
ห้วยแถลง	๕๔ (๓๘.๑)	๕๒ (๓๗.๒)	๑ (๐.๔)	๑๕ (๑๑.๑)	๘๑ (๖๖.๖)	๒๐๗
สีคิ้ว	๑๖๕ (๕๕.๖)	๗๔ (๒๔.๓)	๖ (๒.๐)	๓๐ (๙.๕)	๒๕ (๘.๒)	๓๐๔
รวม	๔๕๓ (๔๕.๖)	๒๕๔ (๒๕.๖)	๑๗ (๑.๗)	๘๔ (๘.๕)	๑๐๕ (๑๐.๖)	๙๙๓



รูปที่ ๒ แสดงอัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวันโรคเสมหะหวก แยกตามสถานบริการและรายปี (n=๓๘๕)



รูปที่ ๓ แสดงอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวันโรค แยกตามสถานบริการและรายปี



รูปที่ ๔ แสดงค่าร้อยละของการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวันโรค เปรียบเทียบรายสถานบริการและรายปี



ตารางที่ ๓ ผลการรักษาแยกตามผลการตรวจแอนติเอชไอวี ราย (ร้อยละ)

	รักษาหายขาด	รักษาครบ	ล้มเหลว	ตาย	ขาดยาเกิน ๒ เดือน	โอนออก	เปลี่ยนวินิจฉัย	ไม่สมัครใจ
บวก	๓ (๑๖.๓)	๑๒ (๒๗.๕)	๐ (๐)	๑๕ (๔๔.๒)	๒ (๔.๖)	๓ (๗.๐)	๐ (๐)	๐ (๐)
ลบ	๓๔ (๔๖.๐)	๔๕ (๓๐.๔)	๓ (๑.๕)	๑๑ (๖.๘)	๕ (๕.๖)	๕ (๕.๖)	๔ (๒.๕)	๒ (๑.๒)
ไม่ได้ตรวจ	๑๔๑ (๒๔.๓)	๒๕๕ (๕๐.๘)	๒ (๐.๓)	๖๕ (๑๑.๒)	๓๑ (๕.๓)	๓๓ (๕.๗)	๑๐ (๑.๗)	๔ (๐.๗)

ตารางที่ ๔ ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก แยกตามปัจจัยอาชีพ, เป็นเบาหวาน, และการรักษาแบบมีผู้กำกับ ราย (ร้อยละ)

	หาย	ครบ	ตาย	ขาดยา	อื่น ๆ	การรักษาสำเร็จ (%)					
อาชีพ											
เกษตรกร	๓๖ (๕๐.๗)	๓๕ (๒๓.๓)	๑๘ (๑๒.๐)	๓ (๔.๗)	๑๔ (๙.๓)	๓๔					
รับราชการ	๓ (๑๐๐)	๐	๐	๐	๐ ๑๐๐						
ค้าขาย	๓ (๕๐.๐)	๒ (๓๓.๓)	๐	๐	๑ (๑๖.๗)	๘๒.๓					
นักเรียนนักศึกษา	๒ (๑๐๐)	๐	๐	๐	๐	๑๐๐					
อิสระ	๓ (๓๗.๕)	๐	๒ (๒๒.๒)	๐	๐	๓๗.๕					
รับจ้าง	๕๘ (๕๖.๓)	๑๘ (๑๗.๕)	๑๑ (๑๐.๗)	๘ (๗.๘)	๘ (๗.๘)	๓๓.๘					
นักโทษ	๒๕ (๓๘.๕)	๕ (๑๓.๕)	๒ (๕.๕)	๑ (๒.๗)	๐	๕๑.๕					
แม่บ้าน	๑๐ (๔๑.๗)	๓ (๑๒.๕)	๓ (๑๒.๕)	๑ (๔.๒)	๓ (๑๒.๕)	๓๐.๕					
นักบวช	๑ (๑๒.๕)	๒ (๒๕.๐)	๓ (๓๗.๕)	๒ (๒๕.๐)	๐	๓๗.๕					
ไม่ทราบ	๑๕ (๓๖.๖)	๘ (๑๙.๕%)	๘ (๑๙.๕)	๓ (๗.๓)	๓ (๗.๓)	๕๖.๑					
เบาหวาน											
เป็น	๓ (๑๐๐)	๐ ๐	๐	๐	๑๐๐						
ไม่เป็น	๓๓ (๖๐.๐)	๕ (๙.๑)	๖ (๑๐.๙)	๒ (๓.๖)	๕ (๙.๔)	๖๙.๑					
ไม่ทราบ	๑๖๖ (๕๑.๔)	๓๒ (๒๒.๓)	๔๑ (๑๒.๗)	๒๐ (๖.๒)	๒๔ (๗.๔)	๓๓.๗					
DOT*											
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	๒๓ (๓๖.๗)	๓ (๑๐.๐)	๓ (๑๐.๐)	๑ (๓.๓)	๐	๘๖.๗					
ญาติ	๑๕๕ (๕๒.๐)	๖๖ (๒๑.๖)	๓๖ (๑๑.๘)	๑๖ (๕.๒)	๒๕ (๘.๕)	๓๓.๖					
ไม่มีผู้กำกับ	๒๔ (๔๙.๐)	๘ (๑๖.๓)	๘ (๑๖.๓)	๕ (๑๐.๒)	๔ (๘.๒)	๖๕.๓					
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td></td> <td>รักษาสำเร็จ</td> <td>รักษาไม่สำเร็จ</td> <td>ความเสี่ยงสัมพัทธ์</td> <td>ค่าพี</td> </tr> </table>								รักษาสำเร็จ	รักษาไม่สำเร็จ	ความเสี่ยงสัมพัทธ์	ค่าพี
	รักษาสำเร็จ	รักษาไม่สำเร็จ	ความเสี่ยงสัมพัทธ์	ค่าพี							
DOT*											
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	๒๖ (๘๖.๗)	๔ (๑๓.๓)	๑.๓๓	๐.๐๓๗							
ญาติ	๒๒๕ (๓๓.๕)	๘๑ (๑๒.๕)	๑.๑๓	๐.๒๓๒							
ไม่มีผู้กำกับ	๓๒ (๖๕.๓)	๑๗ (๓๔.๗)	๑								

* DOT = Directly observation treatment

ในผู้ป่วยวัณโรคสูงถึงร้อยละ ๑๗ สูงกว่าอำเภออื่น ๆ.

เมื่อศึกษาผลการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลแอนติเอชไอวีบวก ๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๔๘ มีผลแอนติเอชไอวีลบ ๑๖๑ คน และไม่ได้ตรวจ ๒๘๑ คน (รวมผู้ที่ไม่ยินยอมตรวจจำนวน ๕ คน). ถ้าคิดร้อยละเฉพาะกลุ่มที่ส่งเลือดตรวจพบว่ามียาต้านเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคสูงถึงร้อยละ ๒๑.๑ และผู้ป่วยมีผลการรักษาดังตารางที่ ๓.

วิจารณ์

ในภาพรวม ๔ โรงพยาบาลในช่วง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐) มีอัตราป่วยของวัณโรค ๗๔.๓, ๑๑๒.๑ และ ๘๑.๑ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งยังไม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (๒๐๔ ต่อประชากรแสนคน) และอัตราผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๖๔.๙, ๑๐๐.๗, ๖๙.๐ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งไม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (๑๔๒ ต่อประชากรแสนคน) เช่นนั้น. ในส่วนของการรักษาข้อมูลรวมทั้ง ๓ ปี มีอัตราการรักษาลำเร็จร้อยละ ๗๓.๕ และอัตราการรักษาหายขาดร้อยละ ๕๓.๕ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยกรมควบคุมโรคที่ต้องการอัตราการรักษาลำเร็จไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕^(๒,๕).

ในส่วนของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ๘.๑, ๑๔.๐ และ ๓.๕ รายต่อแสนประชากรใน พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ ตามลำดับ เทียบกับอัตราการเสียชีวิตของประเทศไทยเท่ากับ ๑๔ ต่อประชากรแสนคน^(๒)

มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับร้อยละ ๔.๗, ๕.๘ และ ๑๑.๐ ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับระดับประเทศร้อยละ ๗.๖. การคำนวณค่าร้อยละนี้ได้รวมกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจเข้าไปด้วย. กรณีที่ไม่รวมผู้ที่ไม่ได้ตรวจจะเท่ากับ ๓๒.๕, ๑๗.๓ และ ๒๔.๘ ในแต่ละปีตามลำดับ และเมื่อดูแนวโน้มแล้วพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละปี.

ในแต่ละสถานบริการมีอัตราการรักษาลำเร็จและอัตราการตายที่แตกต่างกัน. ส่วนหนึ่งที่มีผลอย่างมากคือ การติดเชื้อเอชไอวี โดยสถานบริการที่มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี

จะมีอัตราการตายสูง และอัตราการรักษาลำเร็จต่ำ. ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๔๔.๒. ใกล้เคียงกับการศึกษาของภัททริา ทางรัตนสุวรรณ^(๕) จึงควรได้เน้นการตรวจหาระดับ CD4 และให้ยาโคไทมมอกซาไซล ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ^(๖)

อาชีพที่มีอัตราการรักษาลำเร็จสูงได้แก่ข้าราชการนักเรียนนักศึกษา และ นักโทษ. ในส่วนของนักโทษนั้น น่าจะเกิดจากการดูแลให้ยาอย่างใกล้ชิด และไม่สามารถเดินทางไปไหนได้ จึงทำให้มีอัตราการรักษาลำเร็จสูงถึงร้อยละ ๙๑.๙ ซึ่งคล้ายกับในกลุ่มของผู้ป่วยวัณโรคซึ่งเป็นเบาหวานด้วย มีอัตราการรักษาลำเร็จสูงถึงร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งน่าจะเกิดจากเหตุผลที่ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มักจะได้รับยาจากสถานบริการมาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่เกิดปัญหาในการรับยาวัณโรคต่อเนื่อง และมีการติดตามโดยสถานบริการได้ง่าย.

การรักษาโดยมีผู้กำกับการใช้ยา จะได้ผลมากขึ้นถ้าเป็นการกำกับโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะมีผลทำให้การรักษาหายขาดและการรักษาลำเร็จเพิ่มขึ้นมากกว่า การกำกับโดยญาติหรือไม่มีผู้กำกับ และมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ ๑.๓๓ ซึ่งหมายถึงว่าการกำกับการรักษา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับผลสำเร็จมากกว่าการไม่มีผู้กำกับการกินยาเท่ากับ ๑.๓๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่การกำกับโดยญาตินั้น มีผลการรักษาลำเร็จไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากกรณีไม่มีผู้กำกับการกินยา.

กิตติกรรมประกาศ

กลุ่มงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนายแพทย์ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ ให้คำแนะนำในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้.

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี ๒๕๔๘ Annual Epidemiological Surveillance Report ๒๐๐๖. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๕๐.



๒. World Health Organization. Global tuberculosis control : surveillance, planning, financing. WHO report 2007. Geneva, (WHO/HTM/TB/2007.376). Available from : http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/pdf/full.pdf เข้าถึงเมื่อ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑
๓. สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการนิเทศงานเฝ้าระวังวัณโรคแบบบูรณาการ. นนทบุรี : งานโรคบาติวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มงานพัฒนาระบบและมาตรฐานงานโรคบาติวิทยา สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐.
๔. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. (ฉบับปรับปรุง); ๒๕๔๘.
๕. ภัททริา ทางรัตนสุวรรณ. ประสิทธิผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS) ในอำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๘ ปี ๒๕๔๕-๒๕๔๙. วารสารควบคุมโรค ๒๕๕๐;๓๓:๒๕๕-๖๗.
๖. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือแนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ; ๒๕๔๘.