



สถานการณ์และผลการดำเนินงานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในภาคเหนือตอนบน ปีงบประมาณ 2548-2553

Situation of Multidrug-Resistant Tuberculosis and Result of Implementation of Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment and Control Program in Upper Northern Thailand: Fiscal year 2005-2010

เสาวนีย์ วิมูลสันติ พ.บ.
พัฒนา โปธิแก้ว ส.ม.
ศักรินทร์ จันทรวงศ์ วท.ม.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีรายงานการแพร่ระบาดของวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในหลายพื้นที่เช่น ในโรงพยาบาล ในเรือนจำ และตาม
แนวชายแดน เป็นต้น การระบาดของวัณโรคดื้อยาหลายขนาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ทั้งการรักษาและควบคุมวัณโรคล้มเหลว
การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาเพื่อให้ทราบสถานการณ์ของวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และผลการดำเนินงานดูแล
รักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548-2553 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถ
นำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลและป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยา รวมทั้งทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อหาแนวทาง
แก้ไขต่อไป โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานผลทดสอบความไวต่อยา ห้องชันสูตรวัณโรคอ้างอิง สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 10 ข้อมูลจากแผ่นประวัติผู้ป่วยและจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย จำนวนทั้งสิ้น
349 ราย พบว่าร้อยละ 72.8 เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ความชุกของการตรวจ
พบวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนชนิดผู้ป่วยใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยคิดเป็นร้อยละ 0.2, 0.1, 0.2, 0.4
และ 0.5 ในปีงบประมาณ 2549-2553 ตามลำดับ จากการติดตามประเมินการรักษา พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยระบบยา
สำรองเพียงร้อยละ 75 มีผู้ป่วยที่ยังคงรักษาด้วยระบบยามาตรฐานต่อโดยไม่เปลี่ยนเป็นระบบยาสำรอง ร้อยละ 4.7 ผลสำเร็จของ
การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน อยู่ที่ร้อยละ 54.8 อัตราเสียชีวิต ร้อยละ 17.1 อัตราการรักษาล้มเหลว ร้อยละ 10.4 โดยมีผู้ป่วย
ที่มีการดื้อยาสำรองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.3 ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำเป็นต้องรักษาด้วยยาสำรอง เพื่อ
ลดความรุนแรงของโรคไม่ให้ลุกลามมากขึ้นจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต และลดโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคดื้อยาในสังคม นอกจากนี้ต้อง
พัฒนาระบบการบริหารจัดการให้ทราบผลทดสอบความไวต่อยาเพื่อแพทย์จะได้รักษาด้วยระบบยาสำรองอย่างรวดเร็ว และต้อง
เข้มงวดต่อการกำกับการกินยาและติดตามการเกิดอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด เนื่องจากถ้าผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้
เกิดวัณโรคดื้อยาสำรองเพิ่มขึ้น

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก ในอดีตประเทศไทยสามารถควบคุมวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับหนึ่ง แต่วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาใหม่ของงานสาธารณสุขในปัจจุบัน (Re-emerging disease) เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นตามการระบาดของโรคเอดส์ และตามด้วยปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานจากระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ขาดประสิทธิภาพ ปัจจุบันมีรายงานการแพร่ระบาดของเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในหลายพื้นที่เช่น ในโรงพยาบาล ในเรือนจำ และตามแนวชายแดน เป็นต้น การระบาดของวัณโรคดื้อยาหลายขนานเป็นสาเหตุให้ทั้งการรักษาและควบคุมวัณโรคล้มเหลว แผนงานวัณโรคแห่งชาติ ได้กำหนดตัวชี้วัดสำหรับการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย ให้อัตราการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานไม่เกินร้อยละ 2¹ สำหรับในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบนจากการทบทวนรายงานสถานการณ์วัณโรคดื้อยามีดังนี้ ภาสกร อัครเสวี ได้รายงานข้อมูลการดื้อยาของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ ศูนย์วัณโรคเขต 10 ในระหว่างปี พ.ศ. 2532-2535 จำนวน 867 ราย พบวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ถึงร้อยละ 4.3 ส่วนสถานการณ์วัณโรคดื้อยาในเรือนจำ ภาสกร อัครเสวี รายงานในปี พ.ศ. 2541 พบวัณโรคดื้อยาหลายขนานในเรือนจำแห่งหนึ่งของจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 7.14 สำนักวิจัยวัณโรค² รายงานการศึกษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงราย ที่มีผู้ป่วยวัณโรคในระหว่างปี 2539-2540 จำนวน 1,091 ราย พบมีการดื้อยาหลายขนาน ในกลุ่มติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.7 ในกลุ่มไม่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 4.4 และกลุ่มที่ไม่ทราบผลเอชไอวี ร้อยละ 6.4 โดยกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวี พบมีอัตราการดื้อยาหลายขนาน สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสถานการณ์โรคเอดส์ที่มีผลกระทบต่อภาระของวัณโรคในพื้นที่ภาคเหนือ ก็มีข้อมูลรายงานอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคสูงเช่นกันโดยจากรายงานสถานการณ์วัณโรคในพื้นที่เขต 10 ปี พ.ศ. 2550-2553 มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สูงถึงร้อยละ 31.9, 27.7, 19.8 และ 19.8 ตามลำดับ โดยสูงกว่าภาพรวมของประเทศที่

รายงานการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรค ในปี พ.ศ. 2549-2551 ที่ร้อยละ 27, 21 และ 18 ตามลำดับ

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงขนาดปัญหาวัณโรคที่จะต้องเผชิญในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ งานวัณโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 (สคร.10) ตระหนักถึงปัญหาการควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานที่จะเกิดขึ้น ในปีงบประมาณ 2544 ได้เริ่มดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ให้สามารถจัดบริการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในลักษณะเครือข่ายอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง โดยมีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน มีกิจกรรมการให้ความรู้และประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นระยะ ร่วมกับการนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน และจัดทำแบบบันทึกและรายงาน เพื่อให้มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกราย ปัญหาที่พบในระยะแรกคือประเทศไทยยังไม่มีแนวทางในการดูแลรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ทำให้การดำเนินงานดูแลรักษาของแต่ละสถานบริการไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จนกระทั่งในปีงบประมาณ 2548 สำนักวัณโรคได้จัดทำคู่มือแนวทางการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานของประเทศไทยขึ้น สคร.10 จึงชี้แจงและถ่ายทอดคู่มือแนวทางการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ให้โรงพยาบาลแม่ข่ายปฏิบัติตามแนวทางแห่งชาติ สำหรับด้านห้องปฏิบัติการชันสูตรวัณโรค สคร.10 ก็ได้มีการพัฒนาจนสามารถทำการทดสอบความไวต่อยา (drug susceptibility test : DST) ได้เองและให้การสนับสนุนการตรวจเพาะเชื้อและทดสอบความไวต่อยาในผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อทุกรายมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 จนถึงปัจจุบัน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของวัณโรคดื้อยาหลายขนานและประเมินการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ใน 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนโดยใช้ นิยามและการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานแนวทางแห่งชาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลและป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยา รวมทั้งทราบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน และหาแนวทางแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบสถานการณ์วัณโรคดื้อยาหลายขนานในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน ระหว่างปีงบประมาณ 2548-2553 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2547-30 กันยายน พ.ศ. 2553)
2. เพื่อทราบผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานของภาคเหนือตอนบน
3. เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ในการพัฒนาเครือข่ายในการควบคุมป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานในพื้นที่รับผิดชอบของ สคร. 10

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) รวบรวมจาก

- ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) จากรายงานผลทดสอบความไวต่อยา ห้องชันสูตรวัณโรคอ้างอิง สคร.10 และข้อมูลปฐมภูมิจากแผ่นประวัติผู้ป่วย (OPD card)
- ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (MDR TR.03) ที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

พื้นที่ดำเนินการรวบรวมข้อมูล คือโรงพยาบาลแม่ข่ายและศูนย์สาธิตบริการรวม 12 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ราชประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลแม่สาย โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลเชิงคำ โรงพยาบาลแพร์ โรงพยาบาลน่าน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ โรงพยาบาลลำพูน และศูนย์สาธิตบริการวัณโรค สคร.10

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน และให้การรักษาด้วยระบบยาแนวที่สอง , ผู้ป่วยที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทดสอบความไวต่อยา (drug susceptibility test: DST) ยืนยันว่าดื้อต่อยาอย่างน้อย 2 ขนานคือ INH และ Rifampicin ในระหว่างปีงบประมาณ 2548-2553 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2547-30 กันยายน พ.ศ. 2553)

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ชนิดการขึ้นทะเบียน และชนิดการรักษาใช้นิยามมาตรฐานจากหนังสือแนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2551) และ Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. EMERGENCY UPDATE 2008, Stop TB. World Health Organization ตามเอกสารอ้างอิงลำดับที่ 5 และ 6

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา ซึ่งได้แก่ ค่าสัดส่วน ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการศึกษา

ในรอบ 6 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารวม 349 ราย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.8 เป็นผู้ป่วยที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำแนกตามประเภทของการดื้อยา และปีงบประมาณ 2548-2553

ปีงบประมาณ	Definite MDR TB	Probable MDR TB	รวม
2548	19 (65.5%)	10 (34.5%)	29
2549	37 (72.5%)	14 (27.5%)	51
2550	35 (56.5%)	27 (43.5%)	62
2551	59 (83.1%)	12 (16.9%)	71
2552	58 (80.6%)	14 (19.4%)	72
2553	46 (71.9%)	18 (28.1%)	64
รวม	254 (72.8%)	95 (27.2%)	349

ลักษณะทางประชากร

ผู้ป่วยกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง โดยมีสัดส่วน ชายต่อหญิง เท่ากับ 3:1 กลุ่มอายุ 25-44 ปีมากที่สุด อายุเฉลี่ย 45.2 ปี อายุน้อยที่สุด 12 ปี และสูงสุด 87 ปี มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.8 ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 78 เป็นคนต่างชาติ ร้อยละ 15.2 และผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ 2.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามลักษณะประชากร

	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	260	74.5
	หญิง	89	25.5
ช่วงอายุ	0-14 ปี	1	0.3
	15-24 ปี	18	5.2
	25-34 ปี	72	20.6
	35-44 ปี	73	20.9
	45-54 ปี	37	10.6
	55-64 ปี	38	10.8
	65-74 ปี	38	10.8
	มากกว่า 74 ปี	10	2.9
อาชีพ	ไม่มีข้อมูล	11	3.2
	รับจ้าง	87	24.9
	เกษตรกร	40	11.5
	สูงอายุ	40	11.5
	ว่างงาน	28	8
	แม่บ้าน	15	4.3
	ค้าขาย	14	4
	ผู้ต้องขัง	13	3.7
	รับราชการ	10	2.9
	นักเรียน	10	2.9
อื่นๆ	31	8.9	
HIV Status	ไม่มีข้อมูล	61	17.5
	Negative	276	79.1
	Positive	55	15.8
	ไม่ทราบ	18	5.2
เชื้อชาติ/ชนิตประชากร	ไทย	273	78.2
	ต่างชาติ	53	15.2
	ชนเผ่า	13	3.7
	ผู้ต้องขัง	10	2.9

เมื่อจำแนกผู้ป่วย ตามชนิดการขึ้นทะเบียน โดยใช้นิยามมาตรฐานของแนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน (ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2551) พบว่าจำนวนของผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นชนิดรักษาล้มเหลวจากการรักษาครั้งแรก (After failure of first treatment) มากที่สุด ร้อยละ 27 รองลงมาคือ ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาด้วยระบบยา CAT 2 แล้วล้มเหลว (After failure of retreatment) ร้อยละ 24 และหลังจากที่ห้องปฏิบัติการวัณโรค สคร. 10 เริ่มให้บริการตรวจทดสอบความไวต่อยาได้ และให้บริการตรวจตัวอย่างที่พบเชื้อทุกราย (ทั้งผู้ป่วยรายใหม่ และที่เคยรักษามาก่อน) พบมีรายงานผู้ป่วยที่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าเป็นวัณโรคคือยาหลายขนาน (Definite MDR TB) ในผู้ป่วยชนิดรายใหม่รวมด้วย ดังตารางที่ 3

การศึกษานี้พบว่าตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2549 ซึ่งเป็นปีที่ สคร.10 มีแนวทางให้ส่งตรวจ DST ในทุกรายที่ตรวจพบเชื้อ ความชุกของ Definite MDR TB ในกลุ่ม Failure สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่ม Relapse และ New ดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วย Definite MDR-TB ที่ตรวจพบจำแนกรายจังหวัด ในพื้นที่เขต 10 พบว่า จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยโดยรวมมากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดเชียงราย ดังตารางที่ 5

สำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานของโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 ได้รับการรักษาด้วยระบบยาสำรอง มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับระบบยาสำรอง ร้อยละ 25 ดังตารางที่ 6

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาสำรอง จำนวน 63 ราย พบว่าเหตุผลที่ไม่ได้รับยาระบบสำรองเนื่องจากตายก่อนทราบผล DST ร้อยละ 30 รองลงมาคือ สูญหาย ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยมารับยาได้ ร้อยละ 26 แพทย์ตัดสินใจไม่เปลี่ยนระบบยาในการรักษา ร้อยละ 19 และผู้ป่วยปฏิเสธรักษา ร้อยละ 3

ในผู้ป่วยที่ตายก่อนการรักษา 19 รายพบว่ามี 10 ราย มีการติดเชื้อเอชไอวีรวมด้วย และ 3 รายเป็นผู้ต้องขังในกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์รักษาด้วยระบบยามาตรฐานต่อ 12 ราย ทุกรายพบเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนประเภทใหม่ ที่มีผล DST ก่อนการรักษาเป็น MDR TB 10 ราย และ 2 รายเป็น

ผู้ป่วยเป็นซ้ำ และเป็นผู้ต้องขังซึ่งแพทย์ผู้รักษาขอรอดูผลการรักษาด้วย CAT 2 ก่อน ผู้ศึกษาได้ติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่แพทย์ยังไม่รักษาจำนวน 10 รายที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่พบว่ามีการรักษาล้มเหลวจาก CAT 1 แล้ว 2 ราย และกลับเป็นวัณโรคภายในระยะเวลา 6-12 เดือน หลังจำหน่ายการรักษาอีก 3 ราย

ผู้ป่วยส่วนที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาสำรองที่ศึกษาทั้งหมด 191 ราย แบ่งวิเคราะห์เป็น 2 ช่วงคือ ผู้ป่วย

ที่ขึ้นทะเบียนในช่วงปี พ.ศ. 2548-2551 จำนวน 117 ราย ส่วนใหญ่ประเมินผลการรักษาได้แล้ว และ 6 รายแพทย์ยังให้ยารักษาต่อ มีผลสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 54.8 ผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 17.1 ผู้ป่วยที่มีการรักษาล้มเหลว ร้อยละ 10.4 ในกลุ่มนี้มีการดื้อยาเพิ่มขึ้นเป็น XDR-TB ร้อยละ 4.3 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน จำแนกตามประเภทของการดื้อยาและชนิดการขึ้นทะเบียน ตามนิยามมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2548-2553

ชนิดการขึ้นทะเบียน	ประเภทของการดื้อยา		รวม
	Definite MDR TB (%)	Probable MDR TB (%)	
after failure of first treatment patient	60 (63.8%)	34 (36.2%)	94 (100%)
after failure of retreatment patient	54 (64.3%)	30 (35.7%)	84 (100%)
relapse CAT4 patient	29 (70.7%)	12 (29.3%)	41 (100%)
new CAT4 patient	37 (100%)	0	37 (100%)
other	24 (70.6%)	10 (29.4%)	34 (100%)
treatment after default CAT4 patient	21 (80.8%)	5 (19.2%)	26 (100%)
transfer In	0	1 (100%)	1 (100%)
ไม่มีข้อมูล	29 (90.6%)	3 (9.4%)	32 (100%)
ผลรวมทั้งหมด	254 (72.8%)	95 (27.2%)	349 (100%)

ตารางที่ 4. ความชุกของผู้ป่วย Definite MDR TB ในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนประเภท New cases, Failure และ Relapse จำแนกตามปีงบประมาณที่ตรวจพบ ปีงบประมาณ 2549-2553

ประเภทการขึ้นทะเบียน	ปีงบประมาณ				
	2549	2550	2551	2552	2553
New cases	0.2%	0.1%	0.2%	0.4%	0.5%
Failure	29.5%	31.7%	72.5%	30.7%	28.8%
Relapse	2.8%	3.6%	3.8%	7.3%	3.4%

ตารางที่ 5. จำนวนผู้ป่วย Definite MDR TB ที่ตรวจพบในผู้ป่วย จำแนกรายจังหวัด และปีงบประมาณที่ตรวจพบ ปีงบประมาณ 2548-2553

ปีงบประมาณ	2548	2549	2550	2551	2552	2553	รวม
เชียงใหม่	8	19	7	18	26	8	86
เชียงราย	7	4	10	16	12	23	72
ลำปาง	0	5	0	5	2	1	13
ลำพูน	1	1	3	6	4	4	19
แม่ฮ่องสอน	0	5	1	1	0	2	9
น่าน	0	0	8	3	5	2	18
แพร่	1	2	4	7	4	3	21
พะเยา	2	1	2	3	5	3	16
รวม	19	37	35	59	58	46	254

ตารางที่ 6. จำนวนผู้ป่วยชนิด Definite MDR TB ที่ตรวจพบ และจำนวน/ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาสำรอง จำแนกตามปีงบประมาณ 2548-2553

ปีงบประมาณ	2548	2549	2550	2551	2552	2553	รวม
ตรวจพบ	19	37	35	59	58	46	254
ได้รับการรักษา	19	23	30	44	39	36	191
ด้วย CAT4 (%)	(100%)	(62.2%)	(85.7%)	(74.6%)	(67.2%)	(78.3%)	(75.2%)

ตารางที่ 7. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย Definite MDR TB จำแนกตามผลการรักษา ปีงบประมาณ 2548-2551

ผลการรักษา	2548	2549	2550	2551	รวม
Cure	9	5	7	11	32 (27.4%)
Complete treatment	2	7	12	11	32 (27.4%)
Treatment success	11	12	19	22	64 (54.8%)
Death	4	6	5	5	20 (17.1%)
Default	1	3	2	4	10 (8.5%)
Failure treatment	2	2	2	6	12 (10.4%)
XDR-TB	0	1	1	3	5 (4.3%)
On treatment	0	0	0	6	6 (5.1%)
Transfer out (ไม่ทราบผล)	1	0	2	2	5 (4.3%)
รวม	19	23	30	45	117 (100%)

วิจารณ์

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบนในรอบ 6 ปีที่ผ่านมา จำนวน 349 ราย ร้อยละ 72.8 เป็น Definite MDR TB ลักษณะทางประชากร เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 45.2 ปี อาชีพรับจ้างมากที่สุด ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.8 ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 78 ชนิดการขึ้นทะเบียนเป็นชนิดรักษาล้มเหลวจากการรักษาครั้งแรกมากที่สุด สอดคล้องกับรายงานของ อติภา กมลวัฒน์⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยมีประวัติการรักษามาก่อนมีความเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แนวโน้มผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นมา เนื่องจาก สคร.10 สามารถตรวจทดสอบ DST ได้เอง เมื่อพิจารณาจากชนิดของผู้ป่วย พบว่าความชุกของวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนชนิดผู้ป่วยใหม่ มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยคิดเป็นร้อยละ 0.2, 0.1, 0.2, 0.4 และ 0.5 ในปีงบประมาณ 2549-2553 ตามลำดับ แต่ยังต่ำกว่าที่องค์การอนามัยโลก กำหนดว่า ถ้าความชุกของวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนชนิดผู้ป่วยใหม่ ในพื้นที่ใด มากกว่าร้อยละ 3 จะถือว่าเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข⁴ และต่ำกว่าข้อมูลจากการสำรวจวัณโรคดื้อยาของประเทศไทย โดยสำนักวัณโรคครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2548-2549 ที่มีความชุกของวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนชนิดผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 1.65² และที่รายงานโดย โรงพยาบาลมะการักษ์⁶ ที่ความชุกของวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนชนิดผู้ป่วยใหม่ ปีพ.ศ. 2553 สูงถึงร้อยละ 7.8 การศึกษานี้พบว่า ความชุกของ Definite MDR TB ในกลุ่ม Failure สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่ม Relapse และ New โดยมีความชุกตั้งแต่ ร้อยละ 28.8-31.7 แต่ในปีงบประมาณ 2551 พบว่าความชุกของ Definite MDR TB ในกลุ่ม Failure สูงถึงร้อยละ 72.5 เนื่องจากในปีงบประมาณ 2551 สคร.10 จัดทำโครงการการศึกษาประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ในเขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ทำให้มีการส่งเสมหะตรวจมากขึ้น จึงพบความชุกของ Definite MDR TB ในกลุ่ม Failure สูงกว่าปี

อื่นๆ จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุดอาจเนื่องจากอยู่ในจังหวัดที่เป็นพื้นที่ตั้งของ สคร. 10 ทำให้เข้าถึงการตรวจทดสอบความไวต่อยาได้มากกว่าจังหวัดอื่น

ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานผู้ป่วยที่มีรายงานผล DST เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานควรได้รับการรักษาด้วยระบบยาสำรองทุกรายเพื่อตัดวงจรแพร่เชื้อ จากการติดตามประเมินผลการรักษา พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยระบบยาสำรองเพียงร้อยละ 75 ต่ำกว่ารายงานการศึกษาสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 โดย นิรมล พิมน้ำเย็น⁷ ที่รายงานผลผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน MDR TB ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างในปีงบประมาณ 2548-2552 จำนวน 89 รายได้รับการรักษา 81 รายคิดเป็นร้อยละ 91 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่า ร้อยละ 30.2 ตายก่อนทราบผล DST ข้อมูลจากการทบทวนประวัติการรักษาพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่พบคือความล่าช้าในการรักษา ข้อมูลจากจากการนิเทศติดตามการดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยบางรายเพาะเชื้อไม่ขึ้น (no growth) ทำให้ต้องเก็บตัวอย่างส่งซ้ำอีกหลายครั้ง โดยแพทย์จะยังไม่เปลี่ยนระบบยาที่ใช้ในการรักษาจนกว่าจะทราบผล DST ทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการกำเริบมากขึ้นจนเสียชีวิตไปก่อน และปัจจัยสำคัญที่พบคือในระยะแรกของการดำเนินงาน สถานบริการบางแห่งขาดระบบการประสานข้อมูลผล DST ระหว่างเจ้าหน้าที่ชั้นสูตร กับพยาบาลคลินิก วัณโรค ผล DST ที่ส่งไปให้จะถูกเก็บไว้ในแฟ้มของห้องปฏิบัติการโดยไม่ได้แจ้งให้ผู้ส่งทราบทันทีที่ทราบผล ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาช้าจนเสียชีวิตไปก่อน หลังพบปัญหานี้ สคร. 10 ได้ปรับระบบการรายงานผล โดยงานชั้นสูตร สคร. 10 จะรายงานผล DST ให้ทั้งห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล และคลินิกวัณโรคทราบพร้อมกัน เพื่อให้คลินิกวัณโรคติดตามผู้ป่วยที่มีผลดื้อยามารับการรักษาโดยเร็ว ผู้ป่วยอีกกลุ่มที่ควรให้ความสำคัญคือกลุ่ม Definite MDR TB ที่แพทย์ยังไม่เปลี่ยนการรักษาเป็นระบบยาสำรอง จากการติดตามข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร้อยละ 50 (5 ใน 10 ราย) มีผลการรักษาล้มเหลวและกลับเป็นซ้ำในระยะเวลา 1 ปีหลังจำหน่าย ดังนั้นการรักษาด้วยระบบยาสำรองใน

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อลดความรุนแรงของโรคไม่ให้ลุกลามมากขึ้นจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต และลดโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคดื้อยาในสังคมได้ นอกจากนี้การไม่รักษาตามมาตรฐานยังมีความเสี่ยงต่อการฟ้องร้องจากผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากปัจจุบันประชาชนเข้าถึงข้อมูลการรักษามากขึ้น ในผู้ป่วย Definite MDR TB ที่ได้รับระบบยาสำรอง ผลสำเร็จของการรักษาของกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2548-2551 คิดเป็นร้อยละ 54.8 แต่เมื่อพิจารณาอัตราการรักษาหาย (cure) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา พบว่ามีเพียงร้อยละ 27.4 เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ได้รับการรักษาครบตามระยะเวลาที่กำหนด แต่ไม่ได้ส่งตัวอย่างเสมหะติดตามการรักษาไปทำการเพาะเชื้อ ทำให้ไม่สามารถประเมินเป็นอัตราการรักษาหาย ตามนิยามมาตรฐานได้ เมื่อรวมผู้ป่วยที่รักษาหายและครบได้เป็นผลสำเร็จของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 54.8 ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับที่เคยมีรายงานในปี พ.ศ. 2539 โดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทา มาระเนตร์⁸ รายงานอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ที่รักษาในโรงพยาบาลศิริราช ร้อยละ 67 สำหรับอัตราเสียชีวิตระหว่างรักษาของการศึกษานี้ พบร้อยละ 17.1 สูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยใหม่เสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2552 ที่รายงานอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 12.0⁹ ส่วนอัตราการรักษาล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 10.4 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีการดื้อยาสำรองเพิ่มขึ้น จนเป็น XDR-TB ร้อยละ 4.3

สรุป

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำเป็นต้องรักษาด้วยระบบสำรอง เพื่อลดความรุนแรงของโรคไม่ให้ลุกลามมากขึ้นจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต และลดโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคดื้อยาในสังคม นอกจากนี้ต้องพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้ทราบผลทดสอบความไวต่อยา เพื่อแพทย์จะได้รักษาด้วยระบบยาสำรองอย่างรวดเร็ว และต้องเข้มงวดต่อการกำกับการกินยาและติดตามการเกิดอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด เนื่องจากถ้าผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดวัณโรคดื้อยาสำรองเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับสถานบริการ

1. ค้นหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานในเชิงรุก และพิจารณาส่ง DST ทุกรายในผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานโดยการคัดกรองหาเชื้อวัณโรคดื้อยาตั้งแต่เริ่มแรก ให้ความสำคัญกับการซักประวัติผู้ป่วยวัณโรค โดยถามประวัติการรักษาวัณโรค หากเคยรักษาควรถามข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการกินยา รวมถึงขอข้อมูลจากสถานพยาบาลที่เคยรักษา นำมาพิจารณาในการวางแผนการรักษา กรณีผู้ป่วยรายใหม่ต้องซักถามประวัติความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนาน เช่น การสัมผัสผู้ป่วย MDR TB, การติดเชื้อเอชไอวี เคยต้องโทษในเรือนจำและ มาจากชายแดน เป็นต้น
2. ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานด้วยระบบยาสำรอง ต้องมีการประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกำกับการกินยาอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิด XDR-TB รวมทั้งการบริหารจัดการในการตรวจเสมหะติดตามในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อให้สามารถประเมินผลการรักษาได้ตามมาตรฐาน
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครบ/หายแล้ว ควรมีการนัดตรวจซ้ำเพื่อติดตามดูอาการหลังการจำหน่ายการรักษาเพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ
4. พัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการให้มีศักยภาพในการเพาะเลี้ยงเชื้อ และทดสอบความไวต่อยา เพื่อให้สามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วประเทศได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการดื้อยาในรูปแบบอื่นนอกจากวัณโรคดื้อยาหลายขนาน เช่น การดื้อยาตัวใดตัวหนึ่งโดยเฉพาะ ยาสำคัญ INH, rifampicin, streptomycin และอื่นๆ เพื่อให้มีข้อมูลของพื้นที่ (local data) ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำว่าการมีข้อมูลของพื้นที่ สามารถนำมาใช้อ้างอิงในการพิจารณาปรับสูตรยาในผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบผล DST เพื่อลดการรักษาซ้ำในกรณีที่ต้องรอผล เนื่องจากการเพาะเชื้อไม่ขึ้น¹⁰

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์เจริญ ชูโชติถาวร สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ นายแพทย์ยุทธชัย เกษตรเจริญ แพทย์หญิงศรีประภา เนตรนิยม ผู้ทรงคุณวุฒิ กรม

ควบคุมโรค แพทย์หญิงเพชรวรรณ พึ่งรัศมี ศูนย์วัณโรคยะลา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 และเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลแม่ข่ายในเขตภาคเหนือตอนบน ทั้ง 11 แห่ง

เอกสารอ้างอิง :

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน MDR TB. 2551
2. สำนักวิจัยวัณโรคเขียงราย. รายงานการศึกษาวัณโรคดื้อยา จังหวัดเขียงราย. 2541.
3. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. EMERGENCY UPDATE 2008, Stop TB Department World Health Organization (HTM/STB: tbdocs@who.int).
4. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์ 2551.
5. อติภา กมลวัฒน์, นาดยา พันธุ์รอด, เสวต ชำนาญกรม. สถานการณ์วัณโรคดื้อยา ในสถานบริการเขต ตรวจราชการเขตตรวจสาธารณสุขที่ 13 ตั้งแต่ปี 2546-2550. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2551; 3:199-206.
6. รายงานการสอบสวนการระบาดของวัณโรคดื้อยา อ.มะการักษ์ จ.กาญจนบุรี (กรกฎาคม-พฤศจิกายน 2553) เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาแนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนานอย่างเป็นระบบ วันที่ 8-9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 โรงแรมเอกไพลิน ริเวอร์แคว อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี.
7. นิรมล พิมพ์น้ำเย็น, ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. สถานการณ์วัณโรคดื้อยา ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2553; 2:62-70.
8. Nanta Maranetra .Treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Thailand: present situation of MDR-TB in Asian countries and the possibility of MDR-TB treatment by new quinolones. Editor(s): Hadiarto M. (Jakarta).Chemotherapy. 1996; 42 (Suppl. 3):10- 5 Available from: <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=Ausgabe&Ausgabe=245490&ProduktNr=223834>.
9. งานวัณโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10. สรุปผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ปีงบประมาณ 2553.
10. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2008. Geneva, World Health Organization. (WHO/HTM/TB/2008)

Abstract : Viboonsanti S, Pokaew P, Chanwong S. Situation of Multidrug-Resistant Tuberculosis and Result of Implementation of Multidrug-Resistant Tuberculosis Treatment and Control Program in Upper Northern Thailand: Fiscal year 2005-2010. Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care 2011; 2: 19-28.

Office of Disease Prevention and Control Region 10Th Chiangmai. Ministry of Public Health.

This retrospective descriptive study was conducted to analyze the situation of multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) in the upper northern, Thailand between 2005-2010 and to study implementation of MDR-TB treatment and control program including treatment outcome for applicable planning and determination program. This study collected data from drug susceptibility test (DST) reports of laboratory unit of the Office of Disease Prevention and Control Region 10th (DPC.10), OPD. cards, tuberculosis records and reports from main network hospitals in the upper northern, Thailand. The result of this study revealed that there were 349 smear positive cases sent to culture and DST and 72.8% were the definite MDR-TB. The trend of prevalence of MDR-TB among new cases was increase (0.2, 0.1, 0.2, 0.4 and 0.5%) from year 2005-2010.

The monitoring implementation of MDR-TB treatment and control program revealed that only 75% received second line anti-TB drug. There were 4.7% remaining received standard regimen instead of second line regimen. The success rate of this study was 54.8% the dead rate was 17.1%. Failure rate was 10.4% and in this failure group 4.3% turned to XDR-TB. Thus MDR-TB cases should receive appropriate second line drugs to prevent morbidity and mortality and to prevent social transmission. The administration of early DST report was so crucial and impact to early second line drug treatment. The major consideration of care was strictly DOT in MDR-TB patients including monitoring adverse drug reaction of second line drug to prevent XDR-TB problem in the future.