

การดำเนินงานคลินิกวัณโรค และการศึกษาผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่โรงพยาบาลสันทรายปี 2549

(Tuberculosis clinic and Extrapulmonary Tuberculosis case in Sansai 2006)

ยุทธศาสตร์ จันทร์ทิพย์ พ.บ.
โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

Yuttasart Junthip, M.D.
Sansai Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อเผยแพร่ และประเมินผลการดำเนินงานของคลินิกวัณโรคในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 มกราคม 2550 รวมทั้งนำเสนอกรณีผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่น่าสนใจจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดรวม 81 ราย มีผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรวม 6 ราย และเป็นทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอดร่วมกัน 3 ราย

ผลการศึกษาพบว่ามีอัตราการป่วยรายใหม่เท่ากับ 40 ต่อ 100,000 ประชากร ผลการตรวจเสมหะพบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคในปอดมีอัตราการตรวจพบเชื้อสูงถึง 76.54 % ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาโดยใช้ระบบยาระยะสั้น (Short Course Chemotherapy) ตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ และผลการดำเนินการอื่นๆ อยู่ในเกณฑ์ดี ในส่วนการรายงานผู้ป่วยวัณโรคข้อสะโพกเป็นการรายงานถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่มั่วด้วยอาการปวดข้อสะโพกขวา มา 5-6 เดือนโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่สามารถทำได้โดยง่ายจากการเอกซเรย์ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาส และเกิดความพิการ

คำสำคัญ: วัณโรคนอกปอด วัณโรคข้อสะโพก คลินิกวัณโรค

Abstract

This retrospective study represents data of the TB clinic in Sansai Hospital in October 1, 2005 to January 30, 2007. There was a total of 81 TB patients, 6 with Extra pulmonary TB and 3 patients with both intra and extra pulmonary TB. And 1 case was reported of TB in the right Hip joint for 5-6 months that led to life long deformity due to delayed diagnosis and treatment, which could have been diagnosed by plain film. In the TB clinic, there was 40:100,000 new cases with 76.54 % M+. All patients in clinic received Short Course Chemotherapy by NTP (National Tuberculosis Program of Thailand) under WHO recommendations.

Keywords: Extrapulmonary TB, TB Hip joint, TB clinic

บทนำ

วัณโรคเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโรคติดเชื้อที่เกิดกับประชากรของโลก ประมาณปีละ 3 ล้านคน โดยร้อยละ 98 อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย¹ WHO (The World Health Organization) ประมาณว่าประชากรโลก 1 ใน 3 ติดเชื้อวัณโรค² ยิ่งกว่านี้ในปี พ.ศ.2535 ยังมีรายงานการระบาดของวัณโรคที่เชื้อคือต่อขาหลายขนานในสหรัฐอเมริกา จนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศ เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2536 ว่าวัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินระดับโลกแล้ว¹⁰

สำหรับประเทศไทยนั้น ได้ดำเนินการแผนงานวัณโรคตามแนวขององค์การอนามัยโลกมาตั้งแต่ปี 2510 ถึง 2511 เป็นผลให้ลดอัตราป่วยวัณโรคลงได้อย่างช้าๆ ประมาณครึ่งหนึ่งเมื่อถึงปี 2534 แต่ถึงแม้ว่าจะนำระบบยารักษาวัณโรคที่มีประสิทธิภาพดีที่สุดในปัจจุบันมาใช้ วัณโรคยังคงติดอยู่ในสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประชากร การตรวจหาผู้ป่วยและการรักษา ด้วยระบบระยะสั้นยังคงครอบคลุมได้เพียง ร้อยละ 50 – 60 ของผู้ป่วยวัณโรคที่มีจำนวนประมาณ 75,000 – 100,000 รายต่อปี และยังมีปัญหาที่อัตราการได้รับการรักษาครบถ้วน และการรักษาหายเพียงร้อยละ 50 – 70¹¹ เป็นที่คาดคะเนว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในประเทศไทย จะถึงจุดสูงสุดประมาณ 120,000 รายในปี พ.ศ. 2544 และจะเริ่มลดลงอย่างช้าๆอันเกิดจากการที่ HIV/AIDS เริ่มระบาดน้อยลง³

แต่วัณโรคนอกปอดกลับไม่ลดจำนวนลงเหมือนวัณโรคปอดเลย อันเนื่องมาจาก การตรวจวินิจฉัยทำได้ยาก การยืนยันการวินิจฉัยต้องใช้หัตถการที่สร้างความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย(invasive procedure) ยาที่ใช้รักษา ก็ไม่มีสูตรที่แน่นอนเหมือนกับวัณโรคปอดทั่วไป นอกจากนี้วัณโรคนอกปอดหลายชนิดก็ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็วก่อนที่จะทำการรักษาได้ทัน เช่น วัณโรคของเยื่อหุ้มสมอง วัณโรคของเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้อัตราส่วนของวัณโรคนอกปอด ต่อวัณโรคปอดมี

แนวโน้มที่จะสูงขึ้น และเกิดปัญหาเช่นเดียวกันกับวัณโรคคือยาในอนาคต วัณโรคนอกปอดที่พบได้บ่อยๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาคือ วัณโรคต่อมน้ำเหลือง วัณโรคเยื่อหุ้มปอด วัณโรคของทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ วัณโรคกระดูกและข้อ วัณโรคในช่องท้อง วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น^{4,5}

ตารางที่ 1⁴. Tuberculosis by Form and Site of Disease, United States 1983

Form and Site	Number (%)
Total	23,846 (100 %)
Pulmonary	19,996 (83.9%)
Extra pulmonary	3850 (16.1%)
Lymphatic	1150 (29.9%)
Pleural	830 (21.6%)
Genitourinary	526 (13.7%)
Bone and joint	375 (9.7%)
Miliary	328 (8.5%)
Menigeal	172 (4.5%)
Peritonral	142 (3.7%)
Other	327 (8.5%)

ในประเทศไทยตามรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ.2004 พบว่ามีวัณโรคนอกปอดรวม 7,093 ราย คิดเป็น 7.93%¹³ โดยวัณโรคนอกปอดที่พบบ่อยที่สุดคือ วัณโรคต่อมน้ำเหลือง รองลงมาคือวัณโรคกระดูกและข้อ โดยตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือ กระดูกสันหลัง รองลงมาคือ ข้อสะโพก, ข้อเข่า, ข้อเท้า, ข้อ sacroiliac, ข้อมือ, ข้อศอกข้อไหล่ และกระดูกซี่โครงตามลำดับ ในสมัยหนึ่งวัณโรคกระดูกและข้อพบบ่อยในเด็ก แต่ในปัจจุบันพบในเกณฑ์อายุที่สูงขึ้น⁶

วัณโรคกระดูกและข้อยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบันของประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นข้อเดียว ทางเข้า

ของโรคส่วนใหญ่เข้าสู่โดยตรงโดยเข้ามาทางกระแสโลหิต (Early post primary haematogenous dissemination) รอยโรคเหล่านี้มักจะอยู่ในบริเวณที่มีความอึดตัวของ oxygen สูงซึ่งเหมาะกับการเจริญของโรค จึงมักพบบริเวณปลาย Metaphysis ในเด็ก และปลาย Mphysis หรือ Diaphysis ในผู้ใหญ่ มีน้อยรายที่เข้าจากต่อมน้ำเหลืองใกล้ๆ บริเวณที่เป็นโรค⁷

คำนิยาม⁸

1. วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis: PTB) คือ การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคใน เนื้อปอด ถ้าพบความผิดปกติที่ต่อมน้ำเหลืองข้างปอด (mediastinal and/or hilar) หรือน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) โดยไม่พบแผลในเนื้อปอดจะจัดอยู่ในประเภทของวัณโรคนอกปอด แต่ถ้าพบวัณโรคที่เนื้อปอดร่วมกับที่อื่น ๆ จะจำแนกเป็นวัณโรคปอด

2. วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis: EPTB) คือ การที่มีพยาธิสภาพวัณโรคที่อวัยวะอื่น ๆ ที่มีใช้เนื้อปอด เช่น ที่เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ผิวหนัง กระดูกและข้อ เยื่อหุ้มสมอง การวินิจฉัยขึ้นกับการตรวจเนื้อเยื่อของอวัยวะนั้น ๆ ร่วมกับอาการแสดงทางคลินิก ซึ่งแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยระบบยารักษาวัณโรค

3. เสมหะบวก (M+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวกอย่างน้อย 2 ครั้ง

ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวก 1 ครั้ง และภาพรังสีทรวงอก พบพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคระยะ

ลุกลามผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นบวก 1 ครั้ง และมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก 1 ครั้ง

4. เสมหะลบ (M-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ภาพรังสีทรวงอกพบพยาธิสภาพในเนื้อปอด ซึ่งแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดระยะลุกลาม ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะ และแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาวัณโรค ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะด้วยวิธี Direct smear เป็นลบอย่างน้อย 3 ครั้ง แต่ผลเพาะเชื้อเป็นบวก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา และรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ 1 ราย โดยทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 มกราคม 2550 (ปีงบประมาณ 2549) จากผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสันทราย จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดรวม 81 ราย มีผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรวม 6 ราย และเป็นทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอดร่วมกัน 3 ราย

ผลการศึกษา

พบว่า มีผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2548 ถึง 30 มกราคม 2550 (ปีงบประมาณ 2549) ที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสันทราย มีอัตราการป่วยรายใหม่เท่ากับ 40 ต่อ 100,000 ประชากร พบว่ามีลักษณะของผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสันทราย

ลักษณะทางคลินิก	เฉพาะวันโรคในปอด (%)	เฉพาะวันโรคนอกปอด (%)	วันโรคในปอดและนอกปอด (%)
เพศ			
ชาย	61(75.30%)	4(4.94%)	2(2.47%)
หญิง	11(13.58%)	2(2.47%)	1(1.23%)
อายุ			
11-20	4(4.94%)	0(0.00%)	0(0.00%)
21-30	9(11.11%)	3(3.70%)	1(1.23%)
31-40	12(14.81%)	0(0.00%)	1(1.23%)
41-50	16(19.75%)	2(2.47%)	1(1.23%)
51-60	12(14.81%)	0(0.00%)	0(0.00%)
61-70	5(6.17%)	0(0.00%)	0(0.00%)
71-80	11(13.58%)	1(1.23%)	0(0.00%)
81-90	3(3.70%)	0(0.00%)	0(0.00%)
ผลการตรวจเสมหะ			
พบเชื้อ(M+)	62(76.54%)	0(0.00%)	1(1.23%)
ไม่พบเชื้อ(M-)	10(12.34%)	6(7.40%)	2(2.47%)
ผลการตรวจเลือด			
HIV +	7(8.64%)	2(2.47%)	2(2.47%)
HIV -	18(22.22%)	2(2.47%)	1(1.23%)
ไม่ยินยอมตรวจ	47(58.02%)	2(2.47%)	0(0.00%)
สูตรยาที่รักษา*			
CAT 1	62(76.54%)	4(4.94%)	2(2.47%)
CAT 2	8(9.88%)	0(0.00%)	1(1.23%)
2 HRE/7 HR	1(1.23%)	2(2.47%)	0(0.00%)
2 HES/16 HE	1(1.23%)	0(0.00%)	0(0.00%)
ผลการรักษา**			
Cure	23(28.39%)	0(0.00%)	0(0.00%)
Complete	7(8.64%)	3(3.70%)	1(1.23%)
Failure	0(0.00%)	0(0.00%)	0(0.00%)
Default	0(0.00%)	0(0.00%)	0(0.00%)
Dead	10(12.34%)	1(1.23%)	0(0.00%)
Transfer	3(3.70%)	1(1.23%)	0(0.00%)
ยังไม่สิ้นสุดการรักษา	29(35.80%)	1(1.23%)	2(2.47%)

* การรักษาผู้ป่วยวัณโรค และตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกมีระบบยาที่
การรักษาผู้ป่วยโดยใช้ระบบยาระยะสั้น (Short Course ใช้รักษาอยู่ 4 ระบบ คือ
Chemotherapy) ตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ

CAT.1 2HRZE(S)/4HR สำหรับผู้ป่วยวัณโรคใหม่เสมหะบวก หรือผู้ป่วยวัณโรคที่ป่วยมาก

CAT.2 2SHRZE/1HRZE/5HRE ใช้กับผู้ป่วย Relapse (กลับเป็นซ้ำ), Failure (ล้มเหลว) หรือ Return after default (ขาดยาแล้วกลับมารักษา) ที่มีผลเสมหะบวก

CAT.3 2HRZ/4HR สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลเสมหะลบ หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด

CAT.4 H alone หรือ Second line drug สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่การรักษาล้มเหลว โดยเฉพาะการล้มเหลวจาก CAT.2 ร่วมด้วย

(H=Isoniazid, R=Rifampicin, Z=Pyrazinamide, S=Streptomycin, E=Ethambutol, ตัวเลขหน้าตัวย่อของชื่อยา หมายถึงจำนวนเดือนที่ต้องรับประทานยาติดต่อกัน)

**** การประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค***

1. รักษาหายขาด (Cured) คือ ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะบวกตอนแรก ซึ่งเมื่อรักษาครบแล้วมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย อัตราการรักษาหายขาดไม่ควรต่ำกว่า 85%

2. รักษาครบ (Completed) คือ ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะบวกในตอนแรก และมีผลเสมหะเป็นลบเมื่อรักษาครบในช่วงเข้มข้น แต่ก็ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา หรือผู้ป่วยที่มีผลเสมหะลบเมื่อเริ่มรักษาและรักษาครบ

3. ล้มเหลว (Failure) คือ ผู้ป่วยเสมหะบวกในตอนแรกที่มีผลเสมหะ ยังคงหรือกลับเป็นบวกในเดือนที่ 5 ของการรักษาหรือหลังจากนั้น หรือผู้ป่วยเสมหะลบในตอนแรกแต่กลับมีผลเสมหะเป็นบวกหลังจากรักษาได้ 2 เดือน อัตราล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วยใหม่เสมหะพบเชื้อควรไม่เกิน 3%

4. สูญหาย (Default) ผู้ป่วยที่ขาดยานานเกิน 2 เดือนติดต่อกัน

5. ตาย (Died) ผู้ป่วยที่ตายขณะยังรักษาวัณโรค (ไม่คำนึงถึงสาเหตุของการตาย แต่ควรพยายามระบุถึงเหตุตายด้วย)

6. โอนออก (Transfer out) ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลของการรักษา

จากตารางจะเห็นว่ามีความแตกต่างในเรื่องของอัตราส่วนในเรื่องเพศโดยผู้ป่วยวัณโรคในปอดมีอัตราส่วนชายต่อหญิง 5.5 ต่อ 1 แต่กลุ่มอื่นๆอยู่ที่ 2 ต่อ 1, ผลการตรวจเสมหะพบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคในปอดมีอัตราการตรวจพบเชื้อสูง(M+) ถึง 76.54 % แต่ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด และเป็นทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอดส่วนใหญ่จะยินยอมตรวจเลือดเชื้อ HIV, ผลการรักษาพบว่ากลุ่มวัณโรคปอดมีการรักษาหายขาด(Cure rate) ได้ร้อยละ 28 แต่ไม่พบเลยในกลุ่มที่เหลือ แต่ก็พบว่าอัตราการเสียชีวิตภายหลังการรักษาในกลุ่มวัณโรคปอดมีอัตราที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆอย่างชัดเจน ส่วนในเรื่องของการกระจายของโรคตามกลุ่มอายุพบว่าทุกกรณีของการติดเชื้อสูงในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 21-50 ปี ซึ่งมีแนวโน้มที่น่าเป็นห่วง และสูตรยาที่ใช้ในการรักษาแทบจะไม่มีมีความแตกต่างในทั้ง 3 กลุ่ม ก็เป็นไปตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ และตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก

ตารางที่ 3 จำนวนการจำแนกอวัยวะของวัณโรคนอกปอดที่พบที่โรงพยาบาลสันทราย

อวัยวะของวัณโรคนอกปอด	จำนวน (เป็นทั้งวัณโรคในปอดและนอกปอด)
ช่องท้อง	4(1)
ต่อมน้ำเหลือง	2(1)
เยื่อหุ้มปอด	2
ข้อสะโพก	1(1)

ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคนอก ปอดนี้พบว่า 8 รายได้รับการวินิจฉัยจากการทำหัตถการที่ Invasive กับผู้ป่วยได้แก่ Lymph node biopsy ในกลุ่มที่เป็นวัณโรคต่อมน้ำเหลือง, Pleural tapping ในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคเยื่อหุ้มปอด, Abdominal paracentesis ในกลุ่มที่เป็นวัณโรคช่องท้องเพื่อนำชิ้นเนื้อมาส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และได้รับการตรวจวินิจฉัยอื่นที่ต้องอาศัยผู้ชำนาญการเฉพาะเช่นการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เนื่องจาก 8 รายนี้ผลการตรวจเสมหะเป็นลบ มีเพียง 1 ราย(ข้อสะโพก)ที่ไม่ต้องทำ Invasive procedure และผลเสมหะเป็นลบโดยสามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่หลังการเอกซเรย์ ซึ่งจะได้นำเสนอต่อเป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยคู่อายุ 49 ปีมาตรวจด้วยเรื่องมีอาการปวดสะโพกข้างขวาเดินไม่ได้เลยมา 4-5 วัน แต่ก่อนหน้านี้ปวดเป็นๆ หายๆ มา 5-6 เดือนโดยเฉพาะกลางคืนจะปวดจนนอนไม่ได้ ปฏิเสธประวัติอุบัติเหตุรุนแรง มีไข้เป็นบางวัน ผอมลง น้ำหนักลด 11 กิโลกรัม ใน 2 เดือน ไอมีเสมหะสีน้ำตาล ไปรักษาโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งบอกว่าเป็นโรคปอด ให้กินยามา 3 เดือน ส่วนที่ข้อสะโพกไม่ทราบว่าเป็นอะไร ได้ยาแก้ปวดมาทาน หลังทานทุเลาอาการปวดลง แต่หลังจากนั้นจะปวดมากขึ้นเรื่อยๆ หลังทานยาโรคปอดได้ 1 สัปดาห์มีคลื่นไส้ อาเจียนมาก อ่อนเพลียจึงหยุดยาแล้วกลับไปตรวจซ้ำ ไม่ได้ยาเพิ่มและไม่ได้ตรวจเรื่องสะโพกที่ปวดซ้ำ ได้ขอเอกซเรย์แต่ไม่ได้ตรวจ จึงมาขอตรวจที่โรงพยาบาลสันทราย ก่อนหน้านี้เคยเป็นโรคปอดรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนกินยา 6 เดือนเมื่อประมาณปี 45 ตรวจร่างกายแรก รับ มีไข้ 37.7 ตรวจพบว่าเสียงปอดข้างขวาได้ยินเสียงลดลง ไม่มี Trachea deviate กล้ามเนื้อไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย ข้อสะโพกมีลักษณะผิดปกติ ผู้ป่วยอยู่ในท่า Abduction, internal rotation ตรวจพบว่า Limit

range of motion ข้อสะโพกขวาในทุกทิศทาง ยกข้อได้ประมาณ 30 องศาจากพื้น มีบวมข้อสะโพกขวาด้านหน้า แต่ไม่มีอาการแดง ร้อน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดขาว(WBC) 10,800 เป็น Neutrophil 75 %, Lymphocyte 16%, Monocyte 6%, Eosinophil 3%, ความเข้มข้นของเลือด 29.1%, จำนวนเกร็ดเลือด 536,000 cell, ผล Erythrocyte Sedimentation rate = 75 mm/hr (ปกติ < 10 mm/hr) ผลการตรวจการทำงานของไต Total protein 8.80 gm%(6.4-8.2), Albumin 3.29 gm% (3.4-5.0), Globulin 5.51 gm%(2.4-3.5), Total Billirubin 1.15 mg%(0.0-1.0), Direct Billirubin 0.52 mg% (0.0-0.3), Alkaline phosphatase 147 IU/L (50.0-136.0), SGOT(ALT) 52 U/L(15.0-37.0), SGPT (ALT) 31 U/L(30.0-65.0), Sputum AFB 3+

ผลการเอกซเรย์



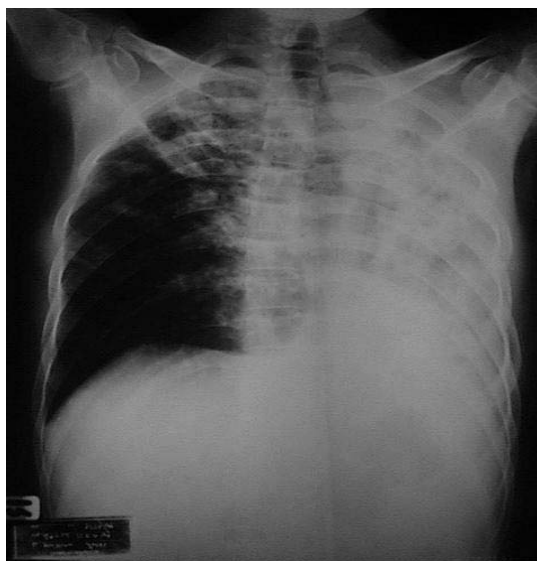
PELVIS; AP.

Normal Left hip joint.

Osteolytic destructions of right acetabulum and right femoral head with joint effusion of right hip.

Small ill-defined osteolytic lesions at right proximal femur.

IMP; Chronic or TB. Arthrits of right hip.



CXR; AP.

Opacifications and cavities in left lung. Mixed patchy-fibrotic-reticular and nodular infiltrations in right lung, more on RUL. Shifting of the middle to the left. Intact bone.

IMP; Suggested TB with destroy and volume loss of the left lung.

ในท้ายสุดผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด และวัณโรคข้อสะโพกขวา และได้รับการรักษาโดยการให้ยา CAT 2 สูตร 2HRZES/HRZE/5HRE หลังได้ยาอาการบวมบริเวณข้อสะโพกหายไป แต่ยังมีอาการปวดอยู่หลังนอน โรงพยาบาลเพื่อฉีดยา Streptomycin ครบผู้ป่วยก็ได้กลับบ้านแต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถเดินได้และไปรับการ DOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) ต่อที่สถานอนามัย

อภิปรายผล

ผลการดำเนินการโดยรวมพบว่าผลการดำเนินการของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลดำเนินการได้ Cure 28.4%, Complete 13.6 %, Died 13.6 %, Failed 0 %, Default 0 %, Transfer 4.9%, ยังไม่สิ้นสุดการรักษา 39.5% ซึ่งเมื่อเทียบกับระดับประเทศที่สรุปตามรายงาน Cohort

ปี 1998 WHO พบว่าประเทศไทยมีผลการรักษาจำนวนผู้ป่วย 7,962 รายผลการรักษา Cure 61%, Complete 6.2%, Died 7.6 %, Failed 1.5 %, Default 9.5 %, Transfer 2.4 %, Treatment Success 68 % ที่น่าจะได้ผลใกล้เคียงกัน ในการนี้ WHO ได้แบ่งประเทศต่างๆออกตามความก้าวหน้าในเรื่อง DOTS เป็น 6 กลุ่ม และจัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม Cat 3: มี 47 ประเทศคือพวกที่ DOTS coverage 10-90% ของประชากร เช่น ไทย จีน อินเดีย อินโดนีเซีย พม่า เนปาล ฟิลิปปินส์¹²

ในเรื่องการติดเชื้อวัณโรคนอกปอดก็ยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งที่แอบแฝงอยู่ เนื่องจากในปัจจุบันยังมีรายงานจำนวนผู้ป่วยต่อน้อยเพียง 10-20 % (ศูนย์วัณโรคเขต.3 ปี 2547=9.7 %, ศูนย์วัณโรคเขต. 7 ปี 2547=20%, จังหวัดแพร่ ปี 2547=12.76 %) เท่านั้น นอกจากนั้นการตรวจวินิจฉัยก็ค่อนข้างยุ่งยาก และต้องใช้ Invasive procedure เพื่อยืนยันผลการตรวจ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็ไม่ได้ถูกวินิจฉัยจากหลากหลายสาเหตุและมักจะปนเปื้อนกับวัณโรคปอด ซึ่งเมื่อทำการรักษาวัณโรคปอดแล้วก็ทำให้วัณโรคนอกปอดดีขึ้นด้วย ทำให้เราไม่ทราบตัวเลขที่แท้จริง และยังมีรายงานว่า การรับยาครบตามสูตรในผู้ป่วยกลุ่มนี้ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ค่อนข้างต่ำระหว่างร้อยละ 5.2-5.18 เท่านั้น และส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี¹⁴ แต่เมื่อผลการค้นหา และรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ผลดีมาก ๆ ขึ้น และตัวเลขของผู้ป่วยวัณโรคปอดลดลง ปัญหาของวัณโรคนอกปอดก็จะมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นตามมา^{4,5}

จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้ป่วยวัณโรค นอกปอดตามกรณีตัวอย่าง ได้รับการวินิจฉัย และรักษา ค่อนข้างช้า เพราะเมื่อกล่าวตามทฤษฎีแล้วรอยโรคบริเวณข้อมักจะเริ่มจากที่ได้กระดูกอ่อน (subchondral bone) หรือที่เนื้อเยื่อถุงหุ้มข้อ (capsule) ทำให้เกิด tubercle (granulomatous response มี lymphocytes, plasma cells, Langhan's และมี fibroblastic proliferation ต่อมาจะทะลุ

เยื่อข้อ(synovial) เข้าสู่ช่องของข้อต่อ Granulation นี้จะเข้าไปใต้กระดูกอ่อนตรงผิวข้อที่เชื่อมข้อ ติดกับกระดูก ทำให้กระดูกอ่อนลอกตัวออกจากกระดูก บางทีหลุดเป็น Loose body อยู่ในข้อ ลักษณะของวันโรคกระดูกมีการทำลายกระดูกเร็ว และถ้าวินิจฉัยช้าจะเกิดข้อเคลื่อนร่วมด้วย ส่วนรอยโรค Osteolytic ที่กระดูกยาวพบน้อยมาก และถ้าพบมักจะอยู่ที่บริเวณ Trochanter ของ Femur ซึ่งบอกได้ว่าเกิดจากการกระจายของเชื้อจากแหล่งอื่นผ่านมาทางกระแสเลือด^{6,7} ดังนั้นในผู้ป่วยรายนี้ที่พบการทำลายกระดูก Osteolytic ทั้ง Acetabulum และ Femur ทั้งในส่วน Head กับ Proximal sharp น่าจะบอกได้ว่ามีการกระจายจาก Active pulmonary Tuberculosis นั่นเองในเรื่องประวัติผู้ป่วยมักมีประวัติ Trauma เล็กน้อยต่อมาจะปวดมากขึ้น มีกล้ามเนื้อหดเกร็ง การเคลื่อนไหวของข้อสะโพกจะลดลง มักจะปวดตอนกลางคืนมาก ในเด็กเรียก Night cry ผู้ป่วยมักจะนอนงอสะโพกเพราะทำนี้ทำให้ Articular surface ของ femur เสียดสีกับ Acetabulum เพียง 1 ใน 3 เท่านั้น^{6,7} จะเห็นว่าผู้ป่วยกรณีตัวอย่างนี้อาการสอดคล้องกับของวันโรคข้อสะโพกมาตั้งแต่เริ่มต้น แต่มาได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่อเวลาผ่านไปค่อนข้างนานเพราะเมื่อมาได้รับการตรวจวินิจฉัยจากท่าโรงพยาบาลสันทรายผู้ป่วยอยู่ในลักษณะของความพิการที่จะอยู่คนที่ตลอดไปแล้วโดยจะพิการในท่า Abduction, internal rotation และ Flexion ของข้อสะโพก นอกจากนี้ยังเริ่มจะมี Compensatory lordosis ของกระดูกสันหลัง และมี Pathological dislocation ของข้อสะโพกแล้ว

ในส่วนของการรักษานอกจากการให้ยารักษาเหมือนในกรณีตัวอย่างนี้แล้ว ยังสามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ โดยถ้ามารักษาตั้งแต่โรคไม่เป็นอย่างหนักอาจผ่าตัด Arthrotomy หรือผ่าแบบ Mc. Murray osteotomy ร่วมกับการใช้ยาเพื่อให้โรคหยุดความก้าวหน้าและหายได้เร็วขึ้น แต่ในรายที่เป็นมานานก็สามารถผ่าตัดแบบที่ทำให้ข้อแข็ง(Arthrodesis) หรือผ่าแบบ Schanz osteotomy เพื่อแก้ความพิการเท่านั้น^{6,7} แต่ก็ไม่สามารถทำให้ข้อ

กลับมาเหมือนเดิมได้ ดังนั้นการที่จะสามารถวินิจฉัย และรักษาได้อย่างรวดเร็วก็จะมีประโยชน์กับผู้ป่วยมากในเรื่องการลดความเสี่ยงต่อความพิการได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วรวิทย์ โฆะวัชรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทรายที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบคุณคุณรุ่งสินี อ่ำชาฤทธิ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขชุมชนทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวันโรคเป็นอย่างดี รวมถึงให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. ภาสกร อัครเสวี. ระบาดวิทยาและแนวโน้มของวันโรคในประเทศไทย. ใน: บัญญัติ ปรีชญานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, สงคราม ทรัพย์เจริญ(บรรณาธิการ). วันโรค พิมพ์ครั้งที่ 4. สมาคมปราบวันโรคแห่งประเทศไทยใน พระบรมราชูปถัมภ์. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542; 32-61.
2. ระบาดวิทยา และขนาดของปัญหาวันโรค. ใน: การรักษาวันโรค: แนวทางสำหรับแผนงานระดับชาติ. ศูนย์เอกสารองค์การอนามัยโลก สำนักงานวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข .2540; 1.
3. อรรถพล ชีพสัตยากร. สถานการณ์วันโรค ในประเทศไทย ณ ปีแห่งสุขภาพดีถ้วนหน้า พุทธศักราช 2543. วารสารวันโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต. 2549; 27(1): 21-28.
4. Philip. C. Hopewell .Tuberculosis and Nontuberculosis Mycobacterial Infections. In: Jay H. Stein eds. Internal Medicine 3rd Edition. USA: Little, Brown and company (Inc.)1990; 1534-1552.
5. Norman Horne. Tuberculosis and Other Mycobacterium Diseases. In: Gordon C. Cook.

- Manson's Tropical Diseases 20th Edition. London: WB Company Ltd.1996; 971-1015.
6. นที รัชพลเมือง, วัฒนชัยและโรจน์วิชย์. วัณโรคกระดูกและข้อ. ใน : สมชัย บวรกิตติ, นันทา มาระเนตร์, รั้งสรศักดิ์ ปุຍປາคม, อรรถ นานา, สุชัย เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ). ตำราวัณโรคนอกปอด. กทม : โรงพิมพ์อักษรสมัย จำกัด. 2532; 173-190.
 7. นที รัชพลเมือง. วัณโรคกระดูกและข้อ. ใน: บัญญัติ ปริษณานนท์, ชัยเวช นุชประยูร, สงคราม ทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ). ตำราวัณโรค สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ พิมพ์ครั้งที่ 4 . โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542; 394-410.
 8. กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. Available from [URL=http://www3.easywebtime.com/aids_tb/artc_07.html].
 9. ข้อเสนอโครงการวิจัย เรื่อง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามกลยุทธ์ DOTS แผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ในเขตสาธารณสุข 2. Available from [URL=<http://203.157.45.67/group/support/research49/DOTs.htm>].
 10. ลำดวน นาสิริกุล. วัณโรค. ใน: ห้องสมุด E-LIB. Available from [URL =http://www.elib-online.com/doctors45/ped_tb001.html].
 11. สมาคมอุรเวชช์. TUBERCULOSIS แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค. Available from [URL=http://med_sakolhospital.tripod.com/tb.html]
 12. ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร. WHO REPORT 2001: GLOBAL TUBERCULOSIS CONTROL. Available from [URL=<http://dpc3.ddc.moph.go.th/tb/tbmatrix.htm>].
 13. WHO Regional Office for South-East Asia. TB in South-East Asia. Available from [http://www.searo.who.int/en/Section10/Section2097/Section2100_10643.htm].
 14. องค์กร ประพันธ์วงศ์, พัฒนา โพธิ์แก้วและอังคณา ชีรสวัสดิ์. ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดและการติดเชื้อไวรัสเอดส์ใน 6 จังหวัดของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. วารสารสถาบันโรคทรวงอก ปีที่ 2 ฉบับที่ 2. 2547; บทคัดย่อ.