

ประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 ปี ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

ดิเรก กุลคิลกชัย

รพ. สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

ABSTRACT :

Kuladilochai D. Treatment in Pulmonary Tuberculosis : Two Years Experience at Somdejprasangkaraj 17 Hospital. (Region 7 Medical Journal 1995 ; 2 : 137-143.)

Department of Medicine, Somdejprasangkaraj 17 Hospital, Supanburi, Thailand.

The study was done in tuberculsis outpatient clinic during January 1992-December 1993 at Somdejprasangkaraj 17 hospital. In 134 patients, there were pulmonary case 87% and 86 pulmonary tuberulosis cases were treated by short course regimen, 2HRZE+4HR. The satudy show good follow up 59%, culture were positive in 55 cases, at least one drug resistance 27.2%, INH resistance 20% and MDR 7.2%. Good hospital administration and physician still need in control and treatment of tuberculosis cases.

บทคัดย่อ :

ดิเรก กุลคิลกชัย. ประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด 2 ปี ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17. (วารสารแพทย์เขต 7 2538 ; 2 : 137-143.)

กลุ่มงานอายุรกรรม, รพ. สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17, สุพรรณบุรี.

ศึกษาผู้ป่วยนอกในคลินิกวัณโรค ตั้งแต่ มกราคม 2535 - ธันวาคม 2536 มีผู้ป่วยรวมทั้งหมด 134 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดร้อยละ 87, ผู้ป่วยวัณโรคปอด 86 รายได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 2HRZE + 4HR. ผู้ป่วยวัณโรคปอดซึ่งรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นมาตามแพทย์นัดร้อยละ 59 เสมหะได้รับการเพาะเชื้อทุกรายและขึ้นอยู่จำนวน 55 ราย, พบเชื้อวัณโรคดื้อยาอย่างน้อย 1 ชนิด ร้อยละ 27.2, เชื้อวัณโรคดื้อยา INH ร้อยละ 20 และดื้อยาหลายขนาน (MDR) ร้อยละ 7.2 การศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบริการจัดการและงานวิชาการที่ต้องประสานกัน และปรับให้เข้ากับสถานการณ์ในการควบคุมรักษาวัณโรค

บทนำ

วัณโรคเป็นปัญหาที่สำคัญมากในอดีตและต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ในประเทศไทยวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ทำให้ประชากรไทยเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งในบรรดาโรคติดต่อทั้งหมด จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2520-2522 ในประชากร 79,250 คน พบเชื้อวัณโรคในเสมหะและการเพาะเลี้ยงร้อยละ 0.3 คิดคำนวณเป็นผู้ป่วยทั่วประเทศไทยในระยะแพร่เชื้อทั้งสิ้น 165,000 คน¹ ในปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยวัณโรค 3,700 คน คิดเป็นอัตราตายประมาณ 6.5 คนต่อประชากร 100,000 คน²

การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์วัณโรคในต่างประเทศและรายงานการระบาดของเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยา หลายชนิด รวมทั้งการติดเชื้อของไวรัสก่อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในประชากร ซึ่งส่วนหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นวัณโรคและเสียชีวิตในที่สุด ทำให้มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องควบคุมรักษาวัณโรคให้ได้ผลดี ประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยวัณโรค 2 ปี จะช่วยการวางแผนพัฒนางานได้ดี

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและติดตามผลการรักษาจากผู้ทำการศึกษา ณ คลินิกวัณโรคในช่วงระยะเวลา มกราคม 2535 จนถึง ธันวาคม 2536 โดยศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน (บัตรรายการการรักษาวัณโรคใบเขียว) จำนวนทั้งหมด 134 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 111 ราย หรือร้อยละ 83

ผลการศึกษา

ตำแหน่งวัณโรค

วัณโรคปอด 117 ราย = 87%

วัณโรคนอกปอดประกอบด้วย

วัณโรคต่อมน้ำเหลือง	5 ราย
วัณโรคเยื่อหุ้มปอด	4 ราย

วัณโรคกระดูกสันหลัง	3 ราย
วัณโรคหนองในเยื่อหุ้มปอด วัณโรคเยื่อหุ้มหัวใจ	
วัณโรคข้อเท้าและปอด วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง	
วัณโรคปอดและลำไส้ใหญ่ อย่างละ	1 ราย

การรักษา ในผู้ป่วยวัณโรคปอด 117 ราย ใช้ระบบยาดังนี้
ระบบ 2HRZE + 4HR 86 ราย (อาจรักษานานกว่า 6 เดือน ถ้ามีข้อบ่งชี้)

ระบบ 2HRZ + 4HR	19 ราย
ระบบ 2HRZE + 2HR	1 ราย
ระบบ 2HRZ + 2HR	7 ราย
ระบบ ยาอื่น ๆ	4 ราย

(H = INH = Isoniazid, R = RIF = Rifampin, Z = PZA = Pyrazinamide, E = EMB = Ethambutol)

ผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาในระบบยา 2HRZE + 4HR

ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาในระบบยา 2HRZE + 4HR ทั้งหมด 86 ราย มีการตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค หรือตรวจวินิจฉัยพบว่าพบเชื้อวัณโรคจากโรงพยาบาลอื่น 83 ราย หรือร้อยละ 96

ผู้ป่วยมีการตรวจติดตามผลการรักษาด้วยผู้ทำการศึกษาค้นเดียว ตรวจเสมหะทุกครั้งก่อนพบแพทย์ ตรวจรังสีวิทยาเมื่อข้อบ่งชี้และพยายามส่งเพาะเชื้อวัณโรคทุกรายเมื่อวินิจฉัยเริ่มแรก และตรวจซ้ำ เมื่อมีข้อบ่งชี้ผลการติดตามการรักษา ตามตารางที่ 1

ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาในระบบยา 2HRE + 2HR หรือ 2HRZE + 2HR

ผู้ป่วยกินยาครบ 4 คน จาก 8 คน หรือกินยาครบร้อยละ 50

ผู้ป่วยกินยา 1 เดือน 3 ราย และผู้ป่วยกินยา 1.5 เดือน 1 ราย

ผลการเพาะเชื้อวัณโรค

ผู้ป่วยทุกรายพยายามส่งเสมหะเพาะเชื้อเมื่อได้รับ

การวินิจฉัยครั้งแรก และส่งเสมหะเพาะเชื้อซ้ำเมื่อมีข้อบ่งชี้
 เสมหะจะถูกรวบรวมจากผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อได้จำนวน
 มากพอจะนำส่ง เพื่อการชันสูตรยังกองวัณโรค กรม
 ควบคุมโรคติดต่อ ส่วนใหญ่ผลการเพาะเชื้อจะได้รับหลัง
 จากเริ่มการรักษาประมาณ 3-4 เดือนขึ้นไป ได้ส่งเสมหะ
 เพาะเชื้อวัณโรค 7 ครั้ง จำนวน 85 ตลับ ทุกตลับจะตรวจ
 พบเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพาะเชื้อขึ้น 55 ตลับ

หรือเพาะเชื้อวัณโรคขึ้นร้อยละ 65 เพาะเชื้อวัณโรคไม่ขึ้น
 27 ตลับ มีสิ่งปนเปื้อน 3 ตลับ

ผลการทดสอบความไวของเชื้อวัณโรค

เชื้อวัณโรคจะถูกทดสอบความไวต่อยา SM, INH,
 RIF และ EMB ได้ผลดังตารางที่ 2 และ 3 หรือมีผู้ป่วย
 15 รายจาก 55 ราย ที่พบเชื้อวัณโรคดื้ออย่างน้อย 1
 ชนิด หรือร้อยละ 27.2 เชื้อวัณโรคดื้อยาต่อ INH ร้อยละ

ตารางที่ 1 การติดตามผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

เดือนที่กินยา	คน	ร้อยละ
น้อยกว่าหรือเท่ากับ		
1 เดือน	14	16.87
2 เดือน	8	9.63
3 เดือน	4	4.82
4 เดือน	5	5.95
5 เดือน	1	1.20
6 เดือน	38	45.78
6 เดือนหรือมากกว่า และครบตามแพทย์สั่ง	11	13.25
6 เดือนหรือมากกว่า และขาดการรักษา	0	0.00
ขอส่งตัวไปรักษายัง โรงพยาบาลใกล้บ้าน	2	2.40

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่พบเชื้อมียา ในยาแต่ละชนิด

ยาที่เกิด Complete Resistance	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
INH	11
RIF	4
SM	7
EMB	3

ตารางที่ 3 แสดงผลความไวของเชื้อวัณโรคต่อยาทั้ง 15 ราย

ผู้ป่วยรายที่	Drug Sensitivity			
	SM	INH	RIF	EMB
1	CR	CR	CR	CR
2	S	CR	CR	CR
3	CR	S	S	S
4	S	CR	CR	S
5	S	CR	S	S
6	S	CR	S	S
7	S	CR	S	S
8	S	CR	S	S
9	S	CR	S	S
10	CR	S	S	S
11	S	CR	S	S
12	S	CR	S	S
13	CR	CR	S	S
14	CR	S	S	S
15	CR	CR	CR	CR

S = Sensitive, CR = Complete Resistance

20 และเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (INH + RIF) ร้อยละ 7.2 โดยทุกราย ที่ดื้อยา RIF จะดื้อต่อยา INH ด้วยและพบดื้อยาอย่างน้อย 1 ขนานจากสูตรยา 2 HRZE + 4HR จำนวน 11 ราย หรือร้อยละ 20

วิจารณ์

การรักษาวัณโรคเป็นที่ยอมรับและตระหนักมานานว่า นอกจากเป็นการรักษาเพื่อหวังผลให้ผู้ป่วยหายจากโรคแล้ว ยังเป็นการตัดวงจรการแพร่กระจายของโรค ทำให้คนที่ไม่ติดโรคไม่เป็นโรค นับว่าการรักษาวัณโรคไม่ใช่งานรักษาอย่างเดียว แต่เป็นงานป้องกันด้วย รายงาน

ฉบับนี้เป็นการรักษาแบบตั้งรับผู้ป่วยมารับยาครบตามแพทย์นัดร้อยละ 59 ซึ่งยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากรายงานฉบับอื่น³ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษาล้มเหลวคือผู้ป่วยขาดการติดต่อ ไม่มารับยา โดยมีอัตราการขาดการติดต่อในผู้ป่วย 1 ถึง 2 เดือนแรกร้อยละ 26.5 อัตราการขาดการติดต่อจะต่ำในเดือนที่ 3 ถึงเดือนที่ 5 รวมกัน 3 เดือน เท่ากับร้อยละ 11.97 และพบว่าหากผู้ป่วยมารับยาตาม 6 เดือนขึ้นไปแล้วจะไม่มีผู้ใดไม่มาตามนัด

ดังนั้นอัตราการหายน่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หากมีมาตรการทำให้ผู้ป่วยกินยาในช่วง 1 ถึง 2 เดือนแรก หรือความพยายามที่จะให้ผู้ป่วยกินยาครบนั้นจะต้องให้

ความสำคัญให้มากกับการเริ่มต้นรักษา แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยทุกท่านจะต้องพยายามอย่างดีที่สุดจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าใจพอใจ และเชื่อมั่นในการบริการการรักษาว่า เขาจะหายจากโรคและควรมีความพยายามหลายประการเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษา เช่น การเพิ่มความรู้สึกรับผิดชอบต่อหน้าที่ของแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ผลคาดหวังต่อการรักษาที่ไม่สม่าเสมอหรือขาดหาย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การใช้สูตรยาที่ง่าย ระยะเวลารักษาสั้น ไม่แพง ไม่เปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตผู้ป่วย การนับเม็ดยาและตรวจระดับยา เมื่อมาตามนัด ระบบการติดตามเมื่อไม่มาตามนัดที่มีประสิทธิภาพ⁴

รายงานฉบับนี้แสดงผลการเพาะเชื้อและผลความไวต่อยาหลักทั้ง 4 ชนิดด้วยการบริหารจัดการ เท่าที่จะทำได้ ในโรงพยาบาลขนาด 180 เตียง เพาะเชื้อวัณโรคปีนี้เป็น 55 ตลับ จาก 85 ตลับ หรือเท่ากับร้อยละ 64.7 ทั้ง ๆ ที่ทุกตลับตรวจพบเชื้อวัณโรคจากกล้องจุลทรรศน์ แสดงว่าการบริหารจัดการเท่าที่ทำได้ยังไม่เพียงพอเพราะเราควรเพาะเชื้อวัณโรคไว้บ้าง หรือร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคจากเอกซเรย์ปอดแต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ และควรเพาะเชื้อทุกตลับหรือร้อยละ 100 ในเสมหะที่พบเชื้อจากกล้องจุลทรรศน์

ในโรงพยาบาลที่มีคุณภาพของการให้บริการมากขึ้น จะเห็นความสำคัญของการทำ Bronchoscope เพราะไม่เพียงจะลดภาวะแทรกซ้อนของยาที่ใช้โดยไม่จำเป็น และลดความพิการจากการรักษาซ้ำ ยังช่วยในกรณีของผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคแต่มีภาวะคอตีบหลายขนาน และมีการติดเชื้ออื่นร่วมด้วย เช่นในผู้ป่วยภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ⁵

การรักษานั้นได้พยายามอิงเกณฑ์มาตรฐานการรักษาของกองวัณโรคมากที่สุด และกองวัณโรคได้กรุณาจัดหายาให้ทางโรงพยาบาลได้เบิกใช้ ในขณะที่ท้องตลาดเองก็ไม่มียาที่ดีกว่ากองวัณโรคจัดให้ แต่มีข้อน่าสังเกต 3 ประการ คือ

1. ในช่วงต้นของรายงานนี้ใช้ยาแบบ 2HRZ +

4HR จำนวน 19 ราย ซึ่งในขณะนั้น⁶ มาตรฐานทั่วไปที่ใช้ทั้งในและต่างประเทศใช้ระบบยา 2HRZE + 4HR จนกระทั่งมีการประชุมสัมมนาวัณโรคแห่งชาติ ครั้งที่ 3 เมื่อ 4-5 พฤศจิกายน 2534 จึงมีการเปลี่ยนระบบยาเป็น 2HRZE + 4HR

2. ระบบยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน⁷ (ทั้ง 2HRZE + 4HR สำหรับผู้ป่วยตรวจพบเชื้อ และ 2HRZ + 2HR สำหรับผู้ป่วยตรวจไม่พบเชื้อ) มาตรฐานของต่างประเทศใช้สำหรับผู้ป่วยมีโอกาสดื้อยาต่อ INH มากกว่าร้อยละ 4 ถ้าหากตรวจพบว่ามีการดื้อยาต่อ INH จะใช้ระยะ maintenance เป็น 4 RZ แทน 4HR⁸ ซึ่ง ในรายงานนี้มีเชื้อดื้อยาต่อ INH ร้อยละ 20 และรายงานอื่น ๆ ในประเทศไทยก็มีเชื้อดื้อยาต่อ INH มากกว่าร้อยละ 4^{9,10} และระบบยา 2HRZE + 4HR นี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระยะเวลาในการรักษาในแต่ละความรุนแรงของวัณโรคปอด¹¹

3. ในสถานการณ์ปัจจุบัน แม้มีการคาดการณ์จากกองวัณโรคว่าวัณโรคจะเพิ่มความสำคัญ เมื่อภาวะที่มีการแพร่กระจายเชื้อ HIV เปลี่ยนจากระยะไม่มีอาการเป็นระยะที่มีอาการ แต่ความเป็นจริงที่พบคือ แพทย์ในโครงการเพิ่มพูนทักษะ แพทย์ให้ทุน ปี 1 ซึ่งใกล้ชิดกับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ เมื่อสงสัยหรือตรวจพบวัณโรคจะส่งผู้ป่วยปรึกษาฝ่ายส่งเสริมสุขภาพหรือเวชกรรมสังคม โดยที่แพทย์ไม่สามารถจะจ่ายยาที่เหมาะสม ให้แก่ผู้ป่วยได้ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเองก็ไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงขนาดยาชนิดและระยะเวลาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

ดังนั้น การใช้ยาน้อยชนิดกว่าที่ควรจะใช้ การใช้ยาระยะเวลาด้านกว่าที่ควรจะใช้ ความพร้อมของบุคลากรต่อลำดับความสำคัญของปัญหา วัณโรคยังเป็นปัญหาของประเทศไทยอีกนาน

เราพึงระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคจำนวนมากในปัจจุบันเป็นผลมาจากการแพทย์และการสาธารณสุขที่ล้มเหลวในอดีต¹²

ผู้ศึกษาขอเสนอวิธีการวัดประสิทธิภาพการควบคุม

วัณโรคสำหรับ รพช./รพท. โดยแบ่งเป็นงานวิชาการ และ
งานบริการจัดการ ดังนี้

งานวิชาการ

1. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการเพาะเชื้อ
และตรวจสอบความไวของเชื้อวัณโรคต่อ ยาที่ใช้รักษา

2. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบโรคร่วม
เช่น เบาหวาน ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

3. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการทำ Bron-
choscope

4. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคคนนอกปอด

งานบริการจัดการ

1. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่มารักษาตามนัด

2. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ยอมรับการส่งต่อ
ไปรักษาที่อื่น เช่น ศูนย์วัณโรค เมื่อมีปัญหาการรักษาที่
ซับซ้อน

3. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่สามารถทำ Direct
observed therapy

4. ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาด้วย
2nd line drug

5. ปริมาณงานการให้การักษาแบบป้องกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 และเจ้าหน้าที่กองวัณโรค
ทุกท่าน ที่ได้ร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

เอกสารอ้างอิง

- Daramas S, Kanjanart S, Sunakorn B. Second tuber-
culosis baseline in Thailand. Thai J Tuberc Chest Dis
1980 ; 4 : 179-91.
- Payanandana V, bamrungtrakul T, Kanjandart S,
Sriyabhay N. Report on Internal evaluation of the
national tubercosis programme. Bangkok ; 1993 : 15.
- Thomas MD. Tuberculosis. In:Isselbacher, braumwald,
eds. Harrison's Principles of internal medicine. New-
york : McGraw-Hill, 1994 ; 716.
- LB Reichman. The single most important remaining
problem in contemporary medicine. Thai J Tuberc
Chest Dis 1994 ; 15 : 1-4.
- Neil WS, William NR. Current approaches to diagnosis
of action pulmonary tuberculosis. Am J Respir Crit
Care Med 1994 ; 149 : 204-67.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
คู่มือการปฏิบัติงานเรื่อง วัณโรค การรักษาด้วยระบบ
ระยะสั้น 2531. กรุงเทพฯ : กองวัณโรค, 2531 : 44.
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
คู่มือการปฏิบัติงานเรื่อง การเร่งรัดงานวัณโรค ใน
สถานการณ์ระบาดของโรคเอดส์ 2537. กรุงเทพฯ :
กองวัณโรค, 2537, 83.
- Americcan Thoracic Society. Treatment of tuberculosis
and tuberculosis infection in adults and children. Am
J Respir Crit Care Med 1994 ; 144 : 1359-74.
- นันทา มาระเนตร. ระบาดวิทยาวัณโรค อดีต
ปัจจุบัน และอนาคต. เอกสารประกอบการอบรมระยะ
สั้น Update in internal medicine. 7-11 พฤศจิกายน
2537 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- Punnatok J, Fuangtong P, Wang sangien M. Primary
drug resistance in newly diagnosis untreated tuber-
culosis in Central Ches Hospital 1979-1981. Thai J
Tuberc Chest Dis 1985 ; 2 : 69-77.
- A Study of correlation between primary drug
resistance and result of treatment in patients with
pulmonary tuberculosis. Thai J Tuberc Chest Dis
1994 ; 4 : 167-80.
- Margaret AH, Thomas RF. Tuberculosis transmission
in the 1990s. N Engl J Med 1994 ; 330 : 1751.