ข่าวกรองปรับมาตรการ/แนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค

เรื่อง: มาตรการหยุดยั้งวัณโรคดื้อยา

cdckp@hotmail.com

สหภาพ พูลเกษร

กลุ่มระบาดวิทยาโรคเอดส์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สถานการณ์

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆ ประเทศทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 17 จาก 22 ประเทศ ที่องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็นประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก[1] จากระบบรายงาน 506 ของสำนักระบาดวิทยา พบว่า อัตราป่วยวัณโรคทุกชนิดต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มจาก 38.00 ในปี พ.ศ. 2537 เป็น 49.97 ในปี พ.ศ. 2545 และเพิ่มเป็น 54.30 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ.2551 โดยมีรายงานผู้ป่วยโรควัณโรคทุกชนิด จำนวน 34,328 ราย[2] ซึ่งสาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลกเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และการดื้อต่อยารักษาโรควัณโรคของผู้ป่วย[3,4]

ปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug resistance tuberculosis; MDR-TB) ได้ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการควบคุมวัณโรคในหลายประเทศ เพราะทำให้การควบคุมวัณโรคทำได้ยากมากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาผู้ป่วยให้หาย ซึ่งต้องลงทุนสูง ทั้งด้านทรัพยากรบุคคล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยาต่างๆ[5] จากข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อต่อยาระดับประเทศของสำนักวัณโรค[6] กรมควบคุมโรค ซึ่งดำเนินการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2540-2541 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2544-2545 และครั้งที่ 3 พ.ศ. 2549-2550 พบว่า ในผู้ป่วยรายใหม่เป็นวัณโรคดื้อต่อยาหลายขนาน ร้อยละ 2.02, 0.93 และ 1.7 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวถึงแม้ว่าจะยังไม่มีปัญหาการดื้อยามากนักในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มประชากรทั่วๆไป แต่จากการศึกษาในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วย วัณโรคที่อยู่ในเรือนจำ โรงพยาบาลในเขตเมืองใหญ่ แนวชายแดน และพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูง ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาในการควบคุมวัณโรค พบอัตราการดื้อยาปฐมภูมิ ร้อยละ 5.00-7.00 ซึ่งสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ไม่เกิน ร้อยละ 3.00 และในผู้ป่วยวัณโรคที่เคยได้รับยามาก่อน (Acquired drug resistance) ก็พบอัตราการดื้อยาสูงกว่าผู้ป่วยใหม่หลายเท่า

สาเหตุของการดื้อยามาจากการรักษาที่ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ รวมถึงการได้รับการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือการรักษาที่ไม่ได้อยู่บนฐานของผลการตรวจการดื้อยาก่อนที่จะให้การรักษา[7] จากข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยรายใหม่เสมหะบวกของสำนักวัณโรค ปี พ.ศ. 2549 และ 2550 พบว่า ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 77.5 และ 77.0 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยองค์การอนามัยโลกที่ร้อยละ 85.0 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องปรับปรุงอย่างเร่งด่วน **โดยปัญหาการดื้อยาส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยกินยาไม่ครบตามที่กำหนด ซึ่งนอกจากจะทำให้การรักษาไม่สำเร็จแล้วยังทำให้เชื้อพัฒนาไปเป็นเชื้อสายพันธุ์ดื้อยาได้** และก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรงมากขึ้นตามมา[8] โดยอัตราการขาดยาของผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2549 และ 2550 ร้อยละ 5.7 และ 5.14 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดว่า อัตราการขาดยาของผู้ป่วย ควรอยู่ระหว่างร้อยละ 2.00-5.00[9] โดยในการบริหารจัดการผู้ป่วยดื้อยาหลายขนานจะมีความยุ่งยาก ซับซ้อน และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยดื้อยาหลายขนาน 1 ราย เป็นจำนวนเงิน 200,000 บาท ในขณะที่ค่ารักษาในผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปเป็นจำนวนเงินเพียง 2,000 บาท[10] และเฉพาะยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยดื้อยาหลายขนาน 1 ราย สามารถรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปได้ถึง 25-30 ราย[11] การป้องกันไม่ให้เกิดการดื้อยาในผู้ป่วยวัณโรคสามารถทำได้โดยการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวกให้หายขาดด้วยกลยุทธ์ DOTS ซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุด

ข้อเสนอแนะเพื่อปรับมาตรการควบคุมป้องกัน

1. สำหรับผู้ปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค ควรเน้นการกำกับการกินยาด้วยกลยุทธ์ DOTS โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงทุกรายให้ครบตามกำหนดตามแนวทางแห่งชาติสำหรับการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน

2. สำหรับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มประชากรทั่วๆไปผู้ปฏิบัติงานควบคุมวัณโรค ควรพิจารณาส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชนมีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยในชุมชนให้กินยาจนครบกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control 2008 Surveillance Planning Financing: WHO report 2008 . Geneva: World Health Organization, 2008.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค . สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2551. กรุงเทพฯ; 2552.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. (ฉบับปรับปรุง) กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2548.
4. World Health Organization. TB/HIV A Clinical Manual. Geneva: World Health Organization; 2004.

5. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางแห่งชาติสำการรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2551.
6. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. สถานการณ์และการควบคุมวัณโรค. (เอกสารอัดสำเนา).
7. ปิยะดา คุณาวรารักษ์. เอกสารโครงการวิจัย เรื่องประสิทธิภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยดื้อยาวัณโรคหลายขนาน ภายใต้ระบบ DOTS ในเขตภาคเหนือตอนบน. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่. (เอกสารอัดสำเนา).
8. เทอดศักดิ์ พราหมณะนันทน์. 125 ปี กับปัญหาวัณโรคในประเทศไทย. (เอกสารอัดสำเนา).
9. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ (TB/HIV). (เอกสารอัดสำเนา).
10. มนูญ ลีเชวงวงศ์. วัณโรคดื้อยามฤตยูร้ายตายใน 3 ปี. (เอกสารอัดสำเนา).
11. ยุทธิชัย เกษตรชัย. การจัดการวัณโรคดื้อยา. (เอกสารอัดสำเนา).

****

ข่าวระบาดใน/ต่างประเทศ

สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์

(Outbreak Verification Summary)

สุชาดา จันทสิริยากร วาที สิทธิ ดารินทร์ อารีย์โชคชัย

ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว สำนักระบาดวิทยา *Surveillance Rapid Response Team (SRRT), Bureau of Epidemiology*

✉ meow@health.moph.go.th

สถานการณ์โรคประจำสัปดาห์ที่ 8 ระหว่างวันที่ 21-27 กุมภาพันธ์ 2553 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ที่โรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลโนนธาตุ อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

วันที่ 17 – 19 กุมภาพันธ์ 2553 โรงเรียนจัดค่ายลูกเสือที่อำเภอหนองบุญนาค จังหวัดนครราชสีมา มีนักเรียน 100 คน และครู 8 คน ไปร่วมกิจกรรม ในจำนวนนี้ เริ่มป่วยด้วยอาการคล้ายโรคไข้หวัดใหญ่ระหว่างวันที่ 19 – 24 กุมภาพันธ์ 2553 รวม 33 ราย อัตราป่วยร้อยละ 30.56 อายุ 9 – 36 ปี เป็นนักเรียน 30 ราย ครู 3 ราย ทุกรายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง แพทย์รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 10 ราย ตรวจพบการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ฯ จำนวน 4 ราย หลังได้รับการรักษา ทุกรายอาการดีขึ้น ทีม SRRT ของอำเภอหนองสองห้องและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นสอบสวนและควบคุมโรคในพื้นที่ตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2553 พร้อมทั้งเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในชุมชน และขอความร่วมมือให้โรงเรียนหยุดทำการสอนชั่วคราวเป็นเวลา 1 สัปดาห์

2. สงสัยโรค Visceral Leishmaniasis (Kala-azar) 1 ราย ที่อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

ผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ 5 ปี มารดาสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการซีดลงได้ประมาณ 2 ปี และท้องโตขึ้นเรื่อยๆ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (วิ่งเล่นและรับประทานอาหารได้) ช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2553 จึงพาไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลควนกาหลง อาการไม่ดีขึ้น ต่อมาไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตามลำดับ ผลการย้อมตัวอย่างชิ้นเนื้อจากตับด้วย Giemsa Stain พบเชื้อ *Leishmania* spp. กำลังรอผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ จากการสอบสวนโรคเบื้องต้น ยังไม่สามารถระบุแหล่งโรค ผู้ป่วยไม่ได้เดินทางออกนอกพื้นที่ และไม่มีชาวต่างชาติเข้ามาในพื้นที่ ภายในบ้านค่อนข้างมืด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก และไม่ค่อยสะอาด บริเวณบ้านมีคอกวัวและกองขยะ ข้างบ้านเลี้ยงสุนัขและไก่แบบปล่อยอย่างละ 6 ตัว ทีม SRRT ของจังหวัดสตูลและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา กำลังสอบสวนโรคเพิ่มเติม รวมทั้งสุ่มจับแมลงริ้นฝอยทรายส่งตรวจเพื่อหาริ้นฝอยทรายชนิดที่เป็นพาหะนำโรคติดต่อ

โรค Leishmaniasis เกิดจากการติดเชื้อปาราสิตในกลุ่ม *Leishmania* spp. แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่Cutaneous Leishmaniasis และ Visceral Leishmaniasis (โรค Kala-azar)มีแมลงริ้นฝอยทราย (Sanflies) เป็นพาหะ คน แมว หนู และสุนัขเป็นรังโรคที่สำคัญ มีระยะฟักตัวประมาณ 10 วัน – 3 เดือน ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ต่ำๆ อ่อนเพลีย เซื่องซึม ตับโต ม้ามโต หรือต่อมน้ำเหลืองทั่วร่างกายโต ร่างกายซูบผอม บางรายมีอาการตัวเหลือง ผิวคล้ำ ผมแห้ง หรือจำนวนเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือดลดลงมากกว่าปกติ มีรายงานผู้ป่วยยืนยันที่ติดเชื้อในประเทศไทยแล้วจำนวน 7 ราย