

# แพทย์กับการควบคุมวัณโรค

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ พ.บ.<sup>1</sup>

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ประมาณกันว่าเกือบร้อยละ 30 ของคนไทยติดเชื้อวัณโรค ในแต่ละปีมีคนไทยป่วยด้วยวัณโรคประมาณกว่า 80,000 ราย ประเทศไทยยังเป็นหนึ่งใน 22 ประเทศทั่วโลกที่มีปัญหาวัณโรคสูง แพทย์ในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วย จึงมีบทบาทที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคซึ่งรวมถึงการควบคุมวัณโรคด้วย โดยทั่วไปแพทย์มักคุ้นเคยกับการรักษาผู้ป่วย จึงถือว่าการรักษาผู้ป่วยวัณโรคก็เป็นการรักษาโรคๆ หนึ่ง ที่เมื่อสั่งการรักษาในใบสั่งยาแล้ว ผู้ป่วยคงมีความรับผิดชอบตัวเองในการรับประทานยาได้อย่างถูกต้อง หากไม่มาตามนัดเสียบ้าง ก็คงเหมือนๆ กับโรคอื่น ที่ค่อยแก้ไขปัญหากันไปเป็นรายๆ และคงมียาสำรองสูตรต่างๆ ที่จะให้แพทย์เลือกเพื่อรักษาอีกหลายสูตร ข้อเท็จจริง คือ ปัจจุบันถึงขณะนี้เรายังมีสูตรยารักษาผู้ป่วยวัณโรค ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ มีโอกาสหายถึงอย่างน้อยร้อยละ 90 เพียงสูตรเดียว คือ สูตรยาแนวที่หนึ่งขององค์การอนามัยโลก (Category 1) ขณะที่ยาสำรอง (Reserve drugs) ที่มีอยู่จะมีราคาสูงกว่ามาก แต่มีประสิทธิภาพในการรักษาต่ำกว่า, ต้องรับประทานนานกว่ามาก (อาจถึง 21 - 24 เดือน), ยามีลักษณะที่รับประทานยากกว่า และยังมีโอกาสเกิดฤทธิ์ข้างเคียงสูงกว่าสูตรยาแนวที่หนึ่ง การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในครั้งแรกให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ถูกต้อง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยวัณโรคส่วนหนึ่งจะรับประทานยาได้ไม่ถูกต้องและไม่ครบตามระยะเวลา อันเป็นผลมาจากปัจจัยทางด้านพฤติกรรมส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคมของผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่พบบ่อยได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้บางรายเลือกหรือหยุดยาบางขนานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์, ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อมีอาการดีขึ้น ก็รู้สึกเบื่อกับที่จะรับประทานยาต่อ, บางรายลืมหรือหลงลืมในการรับประทานยา, บางรายเป็นผู้สูงอายุหลงๆ ลืมๆ (อาจร่วมกับขาดผู้ดูแล), บางรายมีอาการทางจิตประสาท, บางรายเก็บรักษายาไว้ในที่ไม่เหมาะสม เช่น เก็บไว้ใต้หลังคามุงจากที่สัมผัสแสงแดดทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ, บางรายใจดีแบ่งปันยาให้บุคคลอื่นที่มีอาการไอคล้ายคลึงกัน ส่วนปัจจัยด้านสังคมของผู้ป่วย ได้แก่ สถานะครอบครัวยากจนมาก, ผู้ป่วยไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล, ผู้ป่วยเบิกค่ารักษาพยาบาลได้แต่ไม่มีเงินทดรองค่ายาไปก่อน, ญาติๆ ที่กลับมาจาก

1 นายแพทย์ 9 วช ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรุงเทพฯ ต้องการพาผู้ป่วยที่ยังอยู่ระหว่างการรักษาวัณโรคไปตรวจเช็คซ้ำอีกครั้งที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ แล้วแพทย์บอกว่าในเอกซเรย์ไม่มีรอยโรคอะไร (ผู้ป่วยและญาติไม่ให้ข้อมูลการรักษาวัณโรคปัจจุบันแก่แพทย์ที่กรุงเทพฯ) และแพทย์บอกผู้ป่วยว่าไม่ได้ป่วยอะไร ผู้ป่วยก็หยุดการรักษาไปเลย, ผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง อาจเพราะมีหน้าที่การงานดี หรือมีอาชีพค้าขาย/ปรุงอาหาร หรือบางรายติดเชื่อเฮดส์, บางรายมีลักษณะการทำงานที่ไม่สะดวกต่อการเดินทาง ไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น อาชีพประมง, ข้าราชการส่งของต่างจังหวัด, ทำงานเป็นเวร/กะ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ ล้วนมีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค แต่การรับประทานยาอย่างถูกต้องของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก ไม่เฉพาะต่อตัวผู้ป่วยเองที่จะได้หายจากวัณโรค แต่จะลดโอกาสการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาได้, ลดการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้สัมผัสรายอื่น และยังลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำได้ด้วย การรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะในการรักษาครั้งแรกนั้น จึงมีความสำคัญ หากผู้ป่วยรับประทานไม่ถูกต้อง จะมีผลเสียตามมาอีกมาก ทั้งในแง่ความทุกข์ทรมานของตัวผู้ป่วยเอง, งบประมาณในการดูแลรักษาที่ต้องเพิ่มขึ้นอย่างมาก และในแง่ของผลกระทบต่อครอบครัว, ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะมีผลกระทบต่อแพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพด้วยเช่นกันที่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยด้วยวัณโรคดื้อยา ซึ่งที่น่ากลัวอย่างยิ่งคือ MDR TB (Multi-drug resistant tuberculosis) นับว่าวัณโรคเป็นภัยสุขภาพที่อันตรายอย่างยิ่ง แต่ยังมีโชคดีที่ป้องกันได้ หากแพทย์ที่ดูแลตระหนักดีว่า การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้รับประทานยาอย่างถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรกมีความสำคัญและต้องไม่มีความผิดพลาด หากแต่ยังมีปัจจัยด้านพฤติกรรมและสังคมหลายอย่างที่อาจมีผลต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยได้ดังกล่าวแล้ว แพทย์จึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ประสบความสำเร็จทุกๆ ราย โดยต้องป้องกันและแก้ไขปัญหามากๆ อย่างที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องให้ได้ แพทย์และทีมสุขภาพที่ให้การรักษาในชุมชนควรวางแผนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกๆ รายอย่างละเอียดรอบคอบ (Intensive TB case management) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหของผู้ป่วยให้ได้ในทุกประเด็นที่อาจจะเกิดขึ้น แพทย์ควรสนับสนุนแนวทางการรักษาที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่า เป็นทางออกที่ดีที่สุดขณะนี้ คือ การรักษาโดยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า หรือ DOT (Directly-Observed Treatment) เพราะการให้บริการ DOT ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากพี่เลี้ยงมีความน่าเชื่อถือได้แก่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการรักษาหายได้สูงถึงกว่าร้อยละ 90 ตามประสิทธิภาพที่ควรจะเป็นของสูตรยาแนวที่หนึ่ง แต่หากไม่มีพี่เลี้ยงดูแลให้บริการ DOT โดยทั่วไปมักมีโอกาสหายเพียงประมาณร้อยละ 50 เท่านั้นเอง ซึ่งน้อยกว่าประสิทธิภาพจริงๆ ของสูตรยามาก หากแพทย์และทีมสุขภาพให้ความเอาใจใส่ป้องกัน

และแก้ไขปัจจัยด้านพฤติกรรมและสังคมดังกล่าวแล้วข้างต้น จะทำให้โอกาสที่ผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับการรักษาหายได้สูงใกล้เคียงกับประสิทธิภาพของสูตรยา แพทย์ผู้ดูแลจึงควรแสดงบทบาทนำในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้ดีที่สุด โดยประสานงานกับทีมสุขภาพของชุมชนอย่างใกล้ชิด เพื่อสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน รวมถึงตัวแพทย์เองและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะได้ปลอดภัยจากปัญหาวัณโรค โดยเฉพาะ MDR TB ให้ได้ ดังนั้น แพทย์ควรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างละเอียดรอบคอบแตกต่างจากโรคอื่น ๆ เพื่อการควบคุมวัณโรคไม่ให้เป็นปัญหาของสังคมไทยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. 2544. **ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT?**. วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2544; 22:195-198.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1994. **Improving patient adherence to tuberculosis treatment**. Revised 1994.
3. World Health Organization (WHO). 1996. **Guidelines for the management of drug-resistant tuberculosis**. WHO/TB/96.210 (Rev.1).
4. World Health Organization (WHO). 1999. **What is DOTS? - a guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS**. WHO/CDS/CPC/TB/99.270.
5. World Health Organization (WHO). 2003. **Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes**. Third edition. WHO/CDS/TB/2003.313.
6. World Health Organization (WHO). 2004. **Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, third edition**. Revision approved by STAG, June 2004. WHO/CDS/TB/2003.313.
7. World Health Organization (WHO). 2005. **WHO report 2005 - global tuberculosis control, surveillance, planning, financing**. WHO/HTM/TB/2005.349.