

**แนวทางการดำเนินงานรักษาผู้ป่วยวัณโรค
สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย**

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ

ISBN 978-974-297-607-1

ชื่อหนังสือ **แนวทางการดำเนินงานรักษาผู้ป่วยวัณโรคสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/
สถานเฝ้าระวัง**

Title **Tuberculosis Treatment: Guidelines for Thai Health Center Staff**

ผู้เขียน **พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ**

Author **Phanchai Rattanasuwan**

จัดทำครั้งที่ **2**

เดือนที่จัดทำ **พฤษภาคม 2552**

จำนวน **200 เล่ม**

งบประมาณ **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช**

ISBN **978-974-297-607-1**

คำนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย อันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และแผนงานควบคุมวัณโรคยังดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ประเทศไทยได้นำกลยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Treatment, Short-course) ตามที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ มาปรับใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2539-2540 เป็นต้นมา โดยมีหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องหลายหลักสูตร ได้แก่ แพทย์, เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค, ผู้ประสานงานวัณโรคระดับต่างๆ, เจ้าหน้าที่ด่านชั้นสูตร และเจ้าหน้าที่ระดับศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีนอามัย (ศสช./สอ.) อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการจัดทำคู่มือมาตรฐานจากหน่วยงานส่วนกลางเพื่อประกอบการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ศสช./สอ. ซึ่งเป็นด่านหน้าที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการทำ DOT ให้ประสบผลสำเร็จ ผู้เขียนจึงจัดทำหนังสือแนวทางการดำเนินงานเล่มนี้ขึ้น เพื่อใช้ประกอบการฝึกอบรมและเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ ศสช./สอ. สำหรับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่รับผิดชอบของผู้เขียน คือ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับ DOTS/DOT และกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การค้นหาและการรักษา นอกจากนี้ ยังเพิ่มเติมเนื้อหาที่สำคัญซึ่งอาจแตกต่างจากการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ ที่ผู้เขียนรับผิดชอบ ได้แก่ การทำ DOT ให้ประสบความสำเร็จโดยเห็นเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง และเทคนิคการต่อรองกับผู้ป่วย โดยรวบรวมจากประสบการณ์จริงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ผ่านมา และมีตัวอย่างการจัดทำสำเนาบัตรการรักษาวัณโรคและการจัดทำสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคไว้ด้วย เพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถทำความเข้าใจกับกระบวนการการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้ครบวงจรจนสามารถประเมินผลการรักษาได้

อนึ่ง รายละเอียดเนื้อหาและนิยามบางส่วนในหนังสือเล่มนี้ อาจแตกต่างจากคู่มือการฝึกอบรม DOTS ของหน่วยงานส่วนกลาง เนื่องจากผู้เขียนพยายามอ้างอิงเนื้อหาจากแนวทางสำหรับแผนงานระดับชาติในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. 2003. Treatment of Tuberculosis, Guidelines for National Programmes.) เพื่อความเป็นสากลด้านนิยามและแนวปฏิบัติบางอย่าง แต่เนื้อหาหลักๆ ยังคงไม่แตกต่างกันมากนัก

ผู้เขียนหวังว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่ ศสช./สอ. และผู้สนใจ/ผู้เกี่ยวข้อง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายจนไม่เป็นปัญหาของชุมชนอีกต่อไป

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ

กุมภาพันธ์ 2550.

(พิมพ์ครั้งที่ 1)

Focused Frontline TB Care Provider: Heroes to fight TB

World TB Day 24 March 2005

"การทำ DOT อาศัยความเข้าใจมากกว่าความรู้"

คำกล่าวของ นายมงคลรัตน์ บุญญาอนุรักษ์

ขณะดำรงตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข 6

หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านปากนคร

อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช

15 สิงหาคม 2550

สารบัญ

	หน้า
คำย่อ	6
บทที่ 1 เป้าหมายและกลยุทธ์ DOTS	8
บทที่ 2 บทบาทของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย	10
บทที่ 3 นิยามต่างๆ ของวัณโรค	12
บทที่ 4 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงตั้งรับ	16
บทที่ 5 สูตรยารักษาวัณโรค	18
บทที่ 6 การทำ DOT และเทคนิคการต่อรอง	22
บทที่ 7 ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค	30
บทที่ 8 การกำกับติดตามการรักษาและการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษา	31
บทที่ 9 การทำสำเนาบัตรการรักษาวัณโรคและการทำสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค..	33
เอกสารอ้างอิง	38
ผู้เขียน	40

คำย่อ

- AFB** เชื้อย้อมติดสีทนกรด (Acid-fast bacilli) โดยการตรวจย้อมสีเสมหะดูด้วยกล้องจุลทรรศน์
- AFB+** ผลการตรวจเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือ Smear positive
- AFB-** ผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ หรือ Smear negative
- CAT** สูตรยารักษาวัณโรค (Category)
- CDC** ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, The United States of America)
- Cu** รักษาหาย (Cure)
- Com** รักษาครบ (Treatment completed)
- Def** ขาดยา >2 เดือนติดต่อกัน (Default)
- Die** ตาย (Died)
- DOT** การกำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้า (Directly-Observed Treatment)
- DOTS** กลยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Treatment, Short-course)
- E** อีแธมบิวทอล (Ethambutol)
- EPTB** วัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary tuberculosis)
- F** ล้มเหลว (Failure) หรือ รักษาล้มเหลว (Treatment Failure)
- H** ไอโซไนเอซิด (Isoniazid)
- HIV** เชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันบกพร่องในมนุษย์ (Human Immunodeficiency Virus)
- MDR** การดื้อยารักษาหลายขนาน (Multi-drug resistance)
- N** ใหม่ หรือ ผู้ป่วยใหม่ (New)
- NTP** แผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National TB Programme)
- O** อื่นๆ หรือ ผู้ป่วยประเภทอื่นๆ (Other)
- PTB** วัณโรคปอด (Pulmonary tuberculosis)
- PTB+** วัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (PTB, sputum smear-positive)
- PTB-** วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ (PTB, sputum smear-negative)
- R** กลับเป็นซ้ำ (Relapse)
- R** ไรแฟมปีซิน (Rifampicin)
- S** สเตรปโตมัยซิน (Streptomycin)

- TAD** รักษาซ้ำภายหลังขาดยา หรือ ขาดยา >2 เดือนติดต่อกันแล้วมารักษาอีก (Treatment after default)
- TAF** รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment after failure)
- TB** วัณโรค (Tuberculosis)
- TI** รับโอน (Transfer in)
- TO, To** โอนออกและยังไม่ทราบผลการรักษา (Transfer out)
- USA** ประเทศสหรัฐอเมริกา (The United States of America)
- UV** แสงอุลตราไวโอเล็ต (Ultraviolet)
- VCD** วิดีโอ ซีดี (Video compact disc)
- WHO** องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)
- Z** ไพราซิनाไมด์ (Pyrazinamide)
- จนท. เจ้าหน้าที่
- รพ. โรงพยาบาล
- ศสช. ศูนย์สุขภาพชุมชน
- สสอ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- สอ. สถานีอนามัย
- อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 1

เป้าหมายและกลยุทธ์ DOTS

เป้าหมายการควบคุมวัณโรคขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO (2003: 18)

1. อัตราการรักษาหาย (Cure rate) อย่างน้อยร้อยละ 85 ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ (sputum smear-positive) ที่ค้นหาได้
2. อัตราการค้นหายาอย่างน้อยร้อยละ 70 ของอุบัติการณ์ที่คาดว่าจะมีในกลุ่มผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคควรเร่งรัดเมื่อแผนงานวัณโรคแห่งชาติสามารถดำเนินการให้อัตราการรักษาหายอยู่ในระดับสูงได้แล้วทั่วประเทศ

กลยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Treatment, Short-course) ของ WHO (2003: 17)

องค์ประกอบของกลยุทธ์ DOTS มี 5 องค์ประกอบคือ

1. นโยบายในการดำเนินงานที่ยั่งยืนต่อเนื่อง
2. การตรวจชั้นสูตรเสมหะย้อมสีด้วยกล้องจุลทรรศน์อย่างมีคุณภาพ
3. การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ซึ่งรวมถึงการกำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้า (DOT หรือ Directly-Observed Treatment)
4. การมียารักษาที่มีคุณภาพและไม่ขาดแคลน
5. ระบบทะเบียนรายงานที่สามารถประเมินผลการรักษาผู้ป่วยทุกรายและประเมินผลการดำเนินงานของแผนงานในภาพรวมได้

การทำ DOT สำคัญที่สุด

การทำ DOT หรือ การมีพี่เลี้ยงดูแลกำกับกับการรับประทานยาต่อหน้าของผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่อยู่ใ้องค์ประกอบที่ 3 ของกลยุทธ์ DOTS ความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนเห็นว่า การทำ DOT มีความสำคัญมากที่สุดต่อการรักษาและการควบคุมวัณโรคให้ประสบผลสำเร็จ โดยการทำ DOT หมายถึง การสังเกตดูขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานและกลืนยา ซึ่งเป็นวิธีเดียวเท่านั้น ที่จะมัน

ใจได้ว่า ผู้ป่วยได้รับประทานยาจริงอย่างถูกต้อง ทั้งขนาดยา ชนิดยา และระยะเวลาของการรับประทานยาแต่ละมื้อ โดยทั่วไปแล้ว เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมมากที่สุดในการทำ DOT ให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้น คำว่า **"การทำ DOT"** ในหนังสือเล่มนี้ ผู้เขียนจึงหมายถึง **"การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นหลัก"** ยกเว้น กรณีที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้นที่อาจมอบหมายให้พี่เลี้ยงอื่นที่เชื่อถือได้ ซึ่งไม่ใช่ญาติผู้ป่วย ได้แก่ กรณีที่บ้านผู้ป่วยอยู่ไกลมากๆ จากสถานบริการด้านสุขภาพ (ดู บทที่ 6)

บทที่ 2

บทบาทของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย

บทบาทของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานีอนามัย (ศสช./สอ.)

1. ค้นหาผู้มีอาการนำสงสัยวัณโรคแบบตั้งรับ (ดู บทที่ 4)
2. ประสานงานรับส่งยารักษาวัณโรคและสำเนาบัตรการรักษาวัณโรคจากโรงพยาบาล **โดยไม่ให้ผู้ป่วยวัณโรคถือยาเอง**จากโรงพยาบาลมา ศสช./สอ. ยาวัณโรคควรจะถูกเก็บไว้ที่พีเลียง และหยิบมอบให้ผู้ป่วยเมื่อเวลาที่ผู้ป่วยมารับประทานยาต่อหน้าพีเลียงเท่านั้นตามข้อแนะนำของ WHO (2003: 48.) ดังนั้น เครือข่าย DOT ของแต่ละอำเภอ จำเป็นต้องประสานงานหารูปแบบที่ชัดเจนให้ได้ในการส่งยาจาก รพ. ไปยัง ศสช./สอ. โดยเร็วที่สุดทั้งเมื่อการวินิจฉัยผู้ป่วยในครั้งแรกและการส่งยาเดือนต่อ ๆ ไปในระหว่างการรักษาจนกว่าจะครบกำหนดการรักษา รูปแบบการส่งยาของแต่ละอำเภอจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับความพร้อมและสภาพพื้นที่ของแต่ละแห่ง บางแห่งอาจมีรถยนต์/รถจักรยานยนต์ ของ รพ. ไปส่งให้ หรืออาจเป็นรถของ สสอ. ไปส่งให้ หรือ จนท. จาก ศสช./สอ. บางแห่งอาจเป็นฝ่ายขึ้นมารับยาเองที่โรงพยาบาลหรือ สสอ. (หาก รพ. เอาไปให้ สสอ. เพื่อประสานงานส่งยาต่อไปให้เครือข่าย) ส่วนสำเนาบัตรการรักษานั้น รพ. จะจัดส่งไปพร้อมกับยาวัณโรคให้ ศสช./สอ. ในครั้งแรกที่วินิจฉัยผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้น ในระหว่างการรักษาจึงต้องมีการประสานงานระหว่าง รพ. กับเครือข่าย ศสช./สอ. เรื่องแนวทางการรักษาและผลเสมพะระหว่างการรักษาต่อไป เพื่อให้ จนท. ของ ศสช./สอ. ได้รับทราบการเปลี่ยนแปลงหรือความก้าวหน้าของการรักษาผู้ป่วย และจนท. ของ ศสช./สอ. ควรบันทึกผลเสมพะและการเปลี่ยนแปลงใดๆ ระหว่างการรักษาลงในสำเนาบัตรการรักษาและสำเนาทะเบียนการรักษาผู้ป่วยด้วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประสานงานทั้งหมดนี้ ควรมีการประสานงานเบื้องต้นโดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่มี ได้แก่ โทรศัพท์ หรือ วิทยุสื่อสาร ก่อนที่จะมีการส่งยาและสำเนาบัตรการรักษาไปจริงๆ เพื่อความสะดวกรวดเร็วของข้อมูลในการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ
3. กำกับดูแลการรับประทานยาต่อหน้า (DOT) ที่สถานบริการด้านสุขภาพหรือที่บ้านผู้ป่วย บทบาทนี้ นับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญที่สุดของ จนท. ของ ศสช./สอ. (ดู บทที่ 6)
4. ติดตามกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอโดยมีได้้นัดหมายตามเกณฑ์ของ NTP ในกรณีที่มอบหมายให้พีเลียงผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วยทำ DOT แทนเจ้าหน้าที่ (ดู บทที่ 6)
5. ประสานงานเพื่อให้การส่งคัมสงเคราะห์ผู้ป่วยวัณโรคที่มีฐานะยากจน อย่างน้อยในระหว่างการรักษา

รักษา โดยอาจต้องให้การสนับสนุนอย่างน้อยที่สุดในเรื่องค่าพาหนะเดินทางเพื่อมารับบริการ DOT ที่ ศสช./สอ. อาจพิจารณาให้การช่วยเหลือแบบร่วมกันจ่าย (Co-payment) ระหว่างผู้ป่วย/ญาติ ร่วมกับการช่วยเหลือที่จัดหาให้ เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติได้รับรู้ว่ามีส่วนรับผิดชอบต่อการรักษาด้วย แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยยากจนมากจริงๆ อาจจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือค่าพาหนะเดินทางทั้งหมด การให้การช่วยเหลือเช่นนี้ ไม่ควรให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยทุกๆ ราย แต่ควรพิจารณาให้เฉพาะรายที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น เพื่อไม่ให้ก่อให้เกิดเป็นภาระมากเกินไปของระบบให้บริการด้านสุขภาพ (ดู บทที่ 6)

6. ให้การจัดการดูแลรักษาฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค (ดู บทที่ 7)
7. ส่งผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาไปรับการตรวจเสมหะตามกำหนดระยะเวลาที่ รพ. (ดู บทที่ 8)
8. ติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาโดยเร็วที่สุด ในทางปฏิบัติหากทำ DOT อย่างจริงจังโดย จนท. เมื่อผู้ป่วยไม่มารับประทานยาตามกำหนดเวลาที่นัดกันไว้เช่นทุกๆ วัน จนท. จะทราบเป็นคนแรก จนท. ที่เป็นพี่เลี้ยง จึงต้องรีบติดตามผู้ป่วยให้มารับประทานยาโดยเร็วที่สุดภายในวันนั้น (ดู บทที่ 8)
9. จัดทำสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบ (ดู บทที่ 9)
10. จัดทำสำเนาบัตรการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (ดู บทที่ 9)
11. เบิกยาจากโรงพยาบาลเดือนละ 1 ครั้งระหว่างการรักษามาเพื่อทำ DOT จนท. ศสช./สอ. ควรเบิกล่วงหน้าก่อนยาหมดอย่างน้อย 4-5 วันในแต่ละเดือน เพื่อให้สามารถทำ DOT ได้อย่างต่อเนื่อง ยาวัณโรคที่ รพ. ส่งให้มา ศสช./สอ. นั้น ควรทำเป็น Daily packet คือ บรรจุยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานของละ 1 วัน เพื่อความสะดวกในการให้บริการ DOT โดยเฉพาะหากมีผู้ป่วยมารับบริการหลายๆ คน จะได้ไม่ต้องเสียเวลาในการนับจัดยาให้ผู้ป่วยแต่ละวัน และยังมีประโยชน์ในการกระบวนกรตรวจเยี่ยมนิเทศติดตามจาก รพ. เพื่อนับดูว่า ยาที่เหลือตรงกับจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานไปแล้วหรือไม่ การตรวจนับนี้จะทำได้สะดวกรวดเร็ว หากมีการทำเป็น Daily packet ของยาเปล่าที่ผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้ว จนท. ศสช./สอ. ควรเก็บไว้เป็นหลักฐานในการทำ DOT ด้วย
12. ประเมินข้อมูลทางระบาดวิทยาวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบของ ศสช./สอ. (ดู บทที่ 9)

บทที่ 3

นิยามต่าง ๆ ของวัณโรค

องค์การอนามัยโลก หรือ WHO (2003: 23) ได้กำหนดนิยามของผู้มีอาการนำสงสัยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคไว้ ดังนี้

ผู้มีอาการนำสงสัยวัณโรค (TB suspect) หมายถึง ผู้รับบริการที่มีอาการหรืออาการแสดงที่บ่งว่าอาจจะเป็นวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการไอติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนานมากกว่า 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยวัณโรค (Definite case of TB) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลเพาะเชื้อพบว่าเป็นผลบวกของ *Mycobacterium tuberculosis complex* สำหรับประเทศที่ไม่ได้ทำการเพาะเชื้อวัณโรคสำหรับวินิจฉัยทุกราย สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคได้โดยให้หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลเสมหะ **AFB** เป็นบวก 2 ตัวอย่างได้

การจำแนกประเภทผู้ป่วยวัณโรค (Disease Classification)

ผู้ป่วยวัณโรค แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. วัณโรคปอด (**Pulmonary TB** หรือ **PTB**)
2. วัณโรคนอกปอด (**Extrapulmonary TB** หรือ **EPTB**) ได้แก่ วัณโรคเยื่อหุ้มปอด, วัณโรคต่อมน้ำเหลือง, วัณโรคผิวหนัง, วัณโรคเยื่อหุ้มสมอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีทั้งวัณโรคปอดและวัณโรคนอกปอด ให้จัดกลุ่มเป็น "วัณโรคปอด" เนื่องจากวัณโรคปอดเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่สำคัญ จึงมีความสำคัญมากที่สุดทางด้านระบาดวิทยา, ด้านการควบคุมวัณโรค และทางด้านสาธารณสุข ส่วนวัณโรคนอกปอดจะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้น้อยมาก ๆ

โดยทั่วไป ทางระบาดวิทยาวัณโรค จะพบวัณโรคปอดได้ประมาณร้อยละ 80 และวัณโรคนอกปอดร้อยละ 20 แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จะพบว่า สัดส่วนของวัณโรคนอกปอดจะมากขึ้นได้ โดยบางพื้นที่ อาจมีสัดส่วนของวัณโรคนอกปอดสูงถึงกว่าร้อยละ 30

วัณโรคปอด สามารถแบ่งย่อยได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. **วัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ (PTB+)** ในทางปฏิบัติ มักจะวินิจฉัยได้ 2 กรณี คือ
 - ก. มีผลการตรวจเสมหะพบ AFB อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง (เป็น Definite TB case ด้วย)
 - ข. มีผลการตรวจเสมหะพบ AFB 1 ตัวอย่าง ร่วมกับมีภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคระยะลุกลาม (Active PTB)
2. **วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-)** เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เข้ากับนิยามของ PTB+ โดยจะรวมเอาการวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่มีผลการตรวจเสมหะ AFB ด้วย อย่างไรก็ตาม WHO (2003: 24) แนะนำการวินิจฉัยผู้ป่วย PTB- ที่ดีทางด้านคลินิกและสาธารณสุข ควรประกอบด้วย 4 อย่าง คือ มีผลการตรวจเสมหะไม่พบ AFB อย่างน้อย 3 ตัวอย่าง, มีภาพรังสีทรวงอกเข้าได้กับวัณโรคระยะลุกลาม (Active TB), ไม่ตอบสนองต่อการให้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง 1 ชุด (no response to a course of broad-spectrum antibiotics) และ แพทย์ตัดสินใจให้การรักษาวัณโรคตามระยะการรักษาของสูตรยาวัณโรค

การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Registering TB Cases)

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค มีนิยามทั้งหมด 6 ประเภท คือ

1. **ใหม่ (New ใช้คำย่อว่า N)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน หรือ เคยได้รับยารักษาวัณโรคมาแต่น้อยกว่า 1 เดือน
2. **กลับเป็นซ้ำ (Relapse ใช้คำย่อว่า R)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน โดยมีผลการรักษาเดิมเป็น "รักษาหาย" หรือ "รักษาครบ" และครั้งนี้มีผลเสมหะพบเชื้อ (โดยการตรวจ AFB หรือเพาะเชื้อ)
3. **รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment after failure ใช้คำย่อว่า TAF)** หมายถึง ผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาโดยสูตรยารักษาซ้ำ หลังจากมีผลการรักษาล้มเหลวในครั้งก่อน
4. **รักษาซ้ำภายหลังขาดยา หรือ คำเดิมคือ ขาดยา >2 เดือน ติดต่อกันแล้วมารักษาอีก (Treatment after default ใช้คำย่อว่า TAD)** หมายถึง ผู้ป่วยที่กลับมารักษาต่อ โดยมีผลเสมหะพบเชื้อ หลังจากขาดการรักษาไปเป็นระยะเวลา 2 เดือนหรือนานกว่า
5. **รับโอน (Transfer in ใช้คำย่อว่า TI)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานบริการอื่น ซึ่งมีการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ให้มารับการรักษาต่อ
6. **อื่น ๆ (Other ใช้คำย่อว่า O)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีนิยามเข้ากับข้อใดข้อหนึ่งข้างต้น โดย

รวมถึง ผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic case) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่ยังมีผลเสมหะพบเชื้อเมื่อสิ้นสุดการรักษาด้วยสูตรยารักษาซ้ำ

หมายเหตุ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด (EPTB) อาจจะเป็น "กลับเป็นซ้ำ", "รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว", "รักษาซ้ำภายหลังขาดยา" หรือ "ผู้ป่วยเรื้อรัง" ได้ แต่ควรจะพบได้น้อยและควรมีหลักฐานสนับสนุนทางการเพาะเชื้อหรือพยาธิวิทยา

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Treatment Outcomes)

ผลการรักษา สำหรับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ (AFB+) มีนิยามดังนี้

1. **รักษาหาย (Cure** ใช้คำย่อว่า **Cu**) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลเสมหะไม่พบเชื้อในเดือนสุดท้ายของการรักษาและมีผลเสมหะไม่พบเชื้ออีกอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนหน้านั้น (โดยผู้ป่วยต้องรับการรักษาครบตามกำหนดระยะเวลาการรักษา)
2. **รักษาครบ (Treatment completed** ใช้คำย่อว่า **Com**) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับการรักษาครบตามกำหนด แต่ไม่เข้ากับนิยาม "รักษาหาย" หรือ "ล้มเหลว"
3. **ล้มเหลว (Treatment failure** ใช้คำย่อว่า **F**) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาพบเชื้อ ณ เดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้นระหว่างการรักษา (และ **ล้มเหลว** ยังหมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมหะไม่พบเชื้อ หรือ AFB- ก่อนเริ่มการรักษา และมีผลเสมหะเปลี่ยนเป็นพบเชื้อ หรือ AFB+ หลังจากครบการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรก)
4. **ตาย (Died** ใช้คำย่อว่า **Die**) หมายถึง ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากเหตุผลใดๆ ก็ได้ ในระหว่างการรักษาวัณโรค
5. **ขาดยา >2 เดือนติดต่อกัน (Default** ใช้คำย่อว่า **Def**) หมายถึง ผู้ป่วยที่ขาดการรักษาเป็นระยะเวลา 2 เดือนขึ้นไปติดต่อกัน
6. **โอนออก (Transfer out** ใช้คำย่อว่า **TO** หรือ **To**) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการด้านสุขภาพอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งมีการทำทะเบียนและรายงานวัณโรค แต่ยังไม่ทราบผลการรักษา

นอกจากนี้ ยังมีนิยามคำว่า **ผลสำเร็จของการรักษา (Treatment success)** หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วยที่ "รักษาหาย" กับจำนวนผู้ป่วยที่ "รักษาครบ" ผลสำเร็จของการรักษา นี้ WHO มักจะอนุโลมใช้ในกรณีการประเมินผล NTP ไม่ใช่เป็นเป้าหมายที่ WHO กำหนดจริงๆ โดยเป้าหมายที่

WHO กำหนดจริงๆ คือ อัตราการรักษาหาย (Cure rate)

สำหรับกรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อและผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด เราไม่สามารถประเมินผลการรักษาเป็น "รักษาหาย" (Cure) ได้ แต่สามารถประเมินผลการรักษาเป็นอย่างอื่น ๆ ได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อข้างต้น

บทที่ 4

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงตั้งรับ (Passive TB case fining)

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงตั้งรับ ที่สามารถดำเนินการได้ในระดับ ศสช./สอ. คือ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการนำสงสัยวัณโรค โดยใช้อาการไอเรื้อรังติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ เป็นเกณฑ์ที่สำคัญในการคัดกรอง หากมีอาการนี้ร่วมกับการมีอาการร่วมอื่นๆ หรือไม่ก็ตาม ต้องพิจารณาส่งไปรับการตรวจเสมหะ AFB อย่างน้อย 3 ตัวอย่างที่ รพ. โดยอย่างน้อย 1 ใน 3 ตัวอย่างต้องเป็นเสมหะที่ผู้ป่วยขากในตอนเช้า (Early morning sputum หรือ Collection sputum) หากผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางไป รพ. เจ้าหน้าที่ ศสช./สอ. อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยขากเก็บเสมหะ จนครบ 3 ตัวอย่างแล้วส่งไปตรวจที่ รพ. เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วย การเก็บเสมหะระหว่างรอให้ครบ 3 ตัวอย่างสามารถเก็บไว้ในตู้เย็นช่องธรรมดาได้ แต่ควรแยกเก็บให้มิดชิดและเป็นสัดส่วนแยกชัดเจนจากอาหาร, เครื่องดื่มและสิ่งของอื่นๆ ที่เก็บในตู้เย็นเดียวกันนั้น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อวัณโรคจากตัวอย่างเสมหะ และควรรวบรวมตัวอย่างเสมหะทั้งหมดนำส่งตรวจที่ รพ. ภายใน 7 วัน

คำแนะนำบางประการในการขากเก็บเสมหะของผู้ป่วยที่ ศสช./สอ. โดยทั่วไป จนท. มักแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการนำสงสัยว่าอาจเป็นวัณโรค ไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยจึงมักไปขากเสมหะที่โรงพยาบาล แต่บางกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้สะดวก จนท. จำเป็นต้องแนะนำให้ผู้ป่วยขากเก็บเสมหะจนครบ 3 ตัวอย่าง เพื่อ จนท. จะได้นำส่งเสมหะไปตรวจที่ รพ. โดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปเอง โดยมีคำแนะนำการเก็บตัวอย่างเสมหะที่ ศสช./สอ. ดังนี้

1. สถานที่ขากเก็บเสมหะควรอยู่นอกอาคาร, มีอากาศถ่ายเทสะดวกและแสงแดดส่องถึง (UV ในแสงแดด สามารถฆ่าเชื้อวัณโรคในละอองเสมหะได้) ห้ามผู้ป่วยขากเก็บเสมหะในห้องน้ำของสถานบริการด้านสุขภาพอย่างเด็ดขาด เนื่องจากห้องน้ำมักมีอากาศถ่ายเทไม่สะดวก จึงเป็นแหล่งช่วยแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ง่าย ในขณะที่ผู้ป่วยขากเสมหะ ไม่ควรมีผู้อื่นอยู่ด้วยในบริเวณนั้นด้วย
2. หากเป็นการขากเก็บเสมหะที่สถานบริการ (Spot specimen) ผู้ป่วยควรบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดก่อนขากเก็บเสมหะ เพื่อป้องกันเศษอาหารในช่องปากของผู้ป่วยไปทำให้การอ่านผลเสมหะผิดพลาดได้ ผู้ป่วยควรไอลึกๆ เพื่อขับเสมหะออกมา ถ้าเก็บเสมหะจริงๆ ยังไม่ได้ เช่น ใต้เป็นน้ำลาย ควรให้ผู้ป่วยพยายามขากเก็บเสมหะใหม่
3. ถ้าเป็นการขากเก็บเสมหะมาจากบ้าน (Early morning specimen หรือ Collection sputum)

ควรแนะนำให้ผู้ป่วยตั้งตลับเสมหะไว้ที่ข้างเตียงนอน เพราะเมื่อตื่นนอน ผู้ป่วยจะสามารถ
ขากเก็บเสมหะได้ทันที โดยไม่ต้องบ้วนปากหรือไปทำกิจกรรมอย่างอื่นก่อน เพราะหากบ้วน
ปากหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ก่อน ผู้ป่วยมักจะขากเสมหะที่ขังเก็บสะสมอยู่ในหลอดลมตลอดทั้ง
คืนทิ้งไปหมด ทำให้เมื่อขากเก็บเสมหะจะได้เสมหะไม่มีคุณภาพดีนัก ซึ่งเปรียบเสมือนการ
ขากเสมหะตอนกลางวันที่สถานบริการ (Spot specimen) นั่นเอง ดังนั้น การขากเก็บเสมหะ
ตอนเช้า ต้องขากเก็บทันทีเมื่อตื่นนอน

บทที่ 5

สูตรยารักษาวัณโรค

ในบทนี้จะเป็นรายละเอียดสูตรยาที่ใช้ทั่วไป สำหรับผู้ป่วยวัณโรค หากเจ้าหน้าที่ต้องการรายละเอียดสูตรยาอื่นๆ โปรดศึกษาเพิ่มเติมได้จากเอกสารอ้างอิงหรือจากแพทย์ผู้สั่งการรักษา

สูตรยารักษาวัณโรค จะเขียนด้วยตัวอักษรย่อภาษาอังกฤษ โดยทั่วไปมีการรักษา 2 ระยะ ซึ่งขึ้นอยู่กับเครื่องมือ / ได้แก่ 2HRZE/4HR ระยะการรักษาทั้งสองระยะ มีดังนี้

1. **ระยะเข้มข้นระยะแรก (Initial intensive phase)** ส่วนใหญ่ประมาณ 2-3 เดือน โดยมียาที่ใช้ประมาณ 3-5 ตัว
2. **ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase)** ส่วนใหญ่ประมาณอย่างน้อย 4-6 เดือน ยกเว้น สูตรการรักษายาแนวที่สอง ที่มักมีระยะต่อเนื่องอย่างน้อยประมาณ 18 เดือน ยาที่ใช้ในการรักษาต่อเนื่อง มักจะใช้อย่างน้อย 2-3 ตัวขึ้นไป

ตัวย่อในสูตรยา มีรายละเอียด คือ ตัวเลขที่อยู่หน้าสูตรยาแต่ละระยะการรักษา เป็นจำนวนเดือนที่ให้การรักษา ได้แก่ 2HRZE มีระยะเวลาการรักษานาน 2 เดือน และ 4HR มีระยะเวลาการรักษานาน 4 เดือน ส่วนตัวย่อภาษาอังกฤษตัวพิมพ์ใหญ่ หมายถึงยารักษาแต่ละตัว โดย H หมายถึง ไอโซไนเอซิด (Isoniazid), R หมายถึง ไรแฟมปีซิน (Rifampicin), Z หมายถึง ไพราซิनाไมด์ (Pyrazinamide), E หมายถึง อีแธมบิวทอล (Ethambutol) และ S หมายถึง สเตร็ปโตมัยซิน (Streptomycin)

ตัวอย่าง ได้แก่ 2HRZE/4HR หมายถึง การรักษาวัณโรคที่ใช้เวลาการรักษานานทั้งหมด 6 เดือน โดยเป็นการรักษาเข้มข้นระยะแรก 2 เดือน ใช้ยารักษา 4 ตัว คือ ไอโซไนเอซิด (Isoniazid), ไรแฟมปีซิน (Rifampicin), ไพราซิनाไมด์ (Pyrazinamide) และอีแธมบิวทอล (Ethambutol) แล้วต่อด้วยการรักษาต่อเนื่องอีก 4 เดือน ซึ่งมียาที่ใช้ 2 ตัว คือ ไอโซไนเอซิด (Isoniazid) และไรแฟมปีซิน (Rifampicin)

หากมีตัวเลขห้อยอยู่ข้างล่างตัวอักษรย่อชื่อยาภาษาอังกฤษ หมายถึง จำนวนวันของการให้ยา รับประทานต่อสัปดาห์ ได้แก่ $2H_3R_3Z_3E_3/4H_3R_3$ หมายถึง การรักษาเข้มข้นระยะแรกโดยให้ยา H, R, Z และ E รับประทานสัปดาห์ละ 3 วัน โดยทั่วไปเป็นทุกๆ วันจันทร์, พุธ และศุกร์ เป็นระยะเวลา 2 เดือน และต่อด้วยการรักษาต่อเนื่องโดยให้ยา H และ R รับประทานสัปดาห์ละ 3 วันเช่นเดียวกันอีกนาน 4 เดือน การรักษาแบบนี้ เรียกว่าเป็นการรักษาแบบเว้นระยะ (Intermittent regimen) หากไม่มีตัวเลขห้อยอยู่ท้ายตัวอักษรย่อชื่อยา ได้แก่ 2HRZE/4HR หมายถึงการให้ยาผู้

ป่วยรับประทานทุกวัน (Daily regimen) ซึ่งเป็นสูตรยาที่ใช้กันมากที่สุดในประเทศไทยในปัจจุบัน

CAT	ประเภทผู้ป่วยวัณโรค	สูตรยารักษาวัณโรค
1	1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (PTB+) 2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-) ที่มีรอยโรคมากในปอด 3. ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด (EPTB) ที่รุนแรง (Severe forms) หรือ ที่ร่วมกับการติดเชื้อ HIV	2HRZE/4HR หรือ 2HRZE/6HE (ในการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรก อาจใช้ S แทน E ได้)
2	1. กลับเป็นซ้ำ 2. รักษาซ้ำภายหลังขาดยา 3. รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (บางกรณี)	2HRZES/1HRZE/5HRE
3	1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-) ที่ในปอดมีรอยโรคน้อย (Limited), ไม่มีแผลโพรง และไม่ติดเชื้อ HIV 2. ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด (EPTB) ที่ไม่รุนแรง 3. ผู้ป่วยเด็กที่เป็นวัณโรคปฐมภูมิ (Primary TB)	2HRZ/4HR
4	1. ผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรัง (Chronic) 2. ผู้ป่วย MDR TB ซึ่งยืนยันการวินิจฉัยหรือสงสัย (Suspected)	ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ให้การรักษา

สูตรยารักษาวัณโรคที่สำคัญ คือ **CAT 1** คือ **2HRZE/4HR** เป็นสูตรยาที่ใช้กันบ่อยที่สุดโดยใช้สำหรับรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (PTB+), ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-) ที่มีรอยโรคมากในปอด และกรณีผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด (EPTB) ที่รุนแรง (Severe forms) หรือที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย การใช้สูตรที่มีไรแฟมพิซินทั้ง 6 เดือนนี้ เราจำเป็นต้องทำ DOT ตลอดระยะเวลาการรักษา 6 เดือน เพราะถือว่าไรแฟมพิซินเป็นยาที่ดีที่สุดขณะนี้ เราจึงจำเป็นต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้องจริง เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อต่อยาไรแฟมพิซิน เมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้นของการรักษา 2 เดือน ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ (AFB-) แล้ว ให้เปลี่ยน

การรักษาเข้าสู่ระยะต่อเนื่องได้เลย แต่หากตรวจเสมหะผู้ป่วยยังคงพบเชื้อในเสมหะ (AFB+) แพทย์จะขยายระยะเวลาการรักษาระยะเข้มข้นออกไปอีก 1 เดือน คือ ให้ HRZE ต่ออีก 1 เดือน เมื่อครบ 3 เดือนแล้ว สามารถเปลี่ยนการรักษาเข้าสู่ระยะต่อเนื่องได้เลย ไม่ว่าผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 จะพบเชื้อหรือไม่ก็ตาม แต่ควรตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุด 3 เดือนนี้ด้วย เพื่อประเมินว่าผลเสมหะกลับเป็นลบหรือไม่เมื่อสิ้นสุดการรักษา ระยะเข้มข้นระยะแรก แต่จะไม่มีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนชนิดยารักษาจากการรักษาจากระยะเข้มข้นระยะแรกเป็นการรักษาต่อเนื่องแต่อย่างใดอีก

สำหรับกรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (PTB+) ที่ จนท. สามารถต่อรองให้ทำ DOT ได้เพียงในการรักษา ระยะเข้มข้นระยะแรกเท่านั้น อาจเนื่องจากเหตุผลหลายๆ ประการของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อจำกัดด้านอาชีพ (เช่น ออกเรือประมง, ขับรถยนต์ส่งของต่างจังหวัด) แพทย์ควรพิจารณาเลือกใช้สูตรยา **2HRZE/6HE** โดยทำ DOT เพียง 2 เดือนแรกหรืออาจถึง 3 เดือน หากผลเสมหะยังพบเชื้อ (AFB+) เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ซึ่งจำเป็นต้องขยายระยะเวลาการรักษา ระยะเข้มข้นระยะแรกออกไปอีก 1 เดือน หลังจากนั้น เมื่อเข้าสู่การรักษาต่อเนื่อง ก็พิจารณาให้ยารักษาวัณโรคครั้งละ 2 สัปดาห์ - 1 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยไปรับประทานเองได้ โดยไม่ต้องทำ DOT โดยยาที่ให้คือ ไอโซไนเอซิด (Isoniazid) และอีแธมบิวทอล (Ethambutol) แต่มีระยะเวลาการรักษานาน 6 เดือน รวมระยะเวลาการรักษาทั้งสิ้น 8-9 เดือน อย่างไรก็ตาม สูตรยาที่ใช้ HE จะมีประสิทธิภาพของการรักษาดีกว่าสูตรที่ใช้ HR โดยสูตรที่ใช้ HE จะมีผลการรักษา รวมของ "ล้มเหลว" กับ "กลับเป็นซ้ำ" ร้อยละ 11 ซึ่งสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญกว่าสูตรที่ใช้ไรแฟมปีซิน (R) ตลอดการรักษา 6 เดือน ที่มีผลการรักษา รวมนี้เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น

สูตรยารักษา **CAT 2** ใช้สูตรยา **2HRZES/1HRZE/5HRE** โดยทั่วไปใช้สำหรับผู้ป่วยวัณโรค "กลับเป็นซ้ำ", "รักษาซ้ำภายหลังขาดยา" และ "รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว" (ในบางกรณี) สูตรการรักษาแบ่งเป็น 2 ระยะเช่นเดียวกัน คือ ระยะเข้มข้นระยะแรก (Initial intensive phase) นาน 3 เดือน โดยใน 2 เดือนแรกมีการฉีด สเตรปโตมัยซิน (S) ด้วยร่วมกับการให้รับประทานยาอีก 4 ตัว คือ H, R, Z และ E เมื่อครบ 3 เดือน หากผลเสมหะไม่พบเชื้อ (AFB-) ก็เปลี่ยนการรักษาเข้าสู่ระยะต่อเนื่อง (Continuation phase) โดยใช้ยา 3 ตัว คือ H, R และ E เป็นระยะเวลานาน 5 เดือน แต่หากผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ยังคงพบเชื้อ (AFB+) ก็ขยายการรักษา ระยะเข้มข้นออกไปอีก 1 เดือน โดยใช้ยา 4 ตัว คือ H, R, Z และ E เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 4 แล้ว ไม่ว่าผลเสมหะ AFB จะพบเชื้อหรือไม่ก็สามารถเปลี่ยนเป็นการรักษาต่อเนื่องอีก 5 เดือนโดยใช้ยา 3 ตัวได้เลย แต่ควรตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 4 นี้ด้วย เพื่อประเมินว่า ผลเสมหะเปลี่ยนแปลงเป็นไม่พบเชื้อ (AFB-) แล้วหรือไม่ แต่ไม่มีผลต่อการตัดสินใจการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาจากระยะเข้มข้นเข้าสู่ระยะต่อเนื่องแต่อย่างใด

สำหรับสูตรการรักษา **CAT 3** ซึ่งใช้สูตรยา **2HRZ/4HR** WHO แนะนำให้ใช้ได้บางกรณี คือ

กรณีแรกผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-) ที่ในปอดมีรอยโรคน้อย (Limited), ไม่มี
แผลโพรง และไม่ติดเชื้อ HIV กรณีที่สอง คือ ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด (EPTB) ที่ไม่รุนแรง และกรณี
สุดท้ายที่ใช้ได้ คือ ผู้ป่วยเด็กที่เป็นวัณโรคปฐมภูมิ (Primary TB)

ส่วนสูตรการรักษา **CAT 4** สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหรือเรื้อรัง ที่แพทย์ผู้ดูแลจะจัดสูตรยา
ตามความเหมาะสม จึงไม่ขอกล่าวรายละเอียดในที่นี้

บทที่ 6

การทำ DOT และเทคนิคการต่อรอง

การทำ DOT ให้ประสบความสำเร็จและเทคนิคการต่อรองกับผู้ป่วย

เป้าหมายสำคัญ คือ การทำให้ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคยินยอมหรือยอมรับการมารับประทานยาต่อหน้า จนท. ที่ ศสช./สอ. หรือสถานบริการด้านสุขภาพอื่นๆ

การทำ DOT ให้ประสบความสำเร็จและเทคนิคการต่อรอง มีดังต่อไปนี้

1. ผู้ทำหน้าที่ต่อรองต้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจและตั้งเป้าหมายความสำเร็จอย่างชัดเจน ในการต่อรอง และควรมีประสบการณ์ในการต่อรองมาก่อน หากยังไม่มีประสบการณ์ในการต่อรอง ควรร้องขอให้เจ้าหน้าที่อื่นๆ มาช่วยกันต่อรองอย่างน้อย 2-3 คน ถ้า จนท. ไม่มุ่งมั่น, ไม่ตั้งเป้าหมายความสำเร็จที่ชัดเจน หรือไม่มีประสบการณ์ในการต่อรอง การเจรจาต่อรองกับผู้ป่วย มักจะมีโอกาสล้มเหลวได้สูงมาก เนื่องจากผู้ป่วยจะอ้างเหตุผลนานับประการ จน จนท. จำเป็นต้องยินยอมให้ผู้ป่วยรับประทานยาที่บ้านได้ (ดู สารพัดเหตุผลที่ จนท. นำมาอ้างเพื่อไม่ทำ DOT ท้ายบทนี้)
2. เหตุผลที่อ้างในการต่อรองผู้ป่วยได้บ่อยที่สุด คือ เรื่องฤทธิ์ข้างเคียงหรือการแพ้ยา เนื่องจากผู้ป่วยต้องรับประทานยาวัณโรคอย่างน้อย 3-4 ขนาน โดยเฉพาะในการรักษา ระยะเข้มข้นระยะแรก (Initial intensive phase) การรับประทานยาเองที่บ้าน อาจเกิดฤทธิ์ข้างเคียงอันตรายจากยาตัวใดตัวหนึ่งได้ หากมารับประทานยาต่อหน้า จนท. ที่สถานบริการด้านสุขภาพ จนท. จะได้ช่วยสังเกตการแพ้ยาได้ เพราะฤทธิ์ข้างเคียงจากยาบางอย่าง อาจอันตรายทำให้เสียชีวิตได้ หากสังเกตพบล่าช้า ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงทางตับ (ตัวเหลืองตาเหลือง) หรือ ฤทธิ์ข้างเคียงบางอย่างอาจทำให้พิการได้ ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงทางตาหรือหู ส่วนเหตุผลอื่นๆ ที่อาจใช้อ้างในการเจรจาต่อรองได้ ได้แก่ การรับประทานยาในการรักษาครั้งแรกของผู้ป่วยวัณโรคทุกรายมีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจาก การรักษาในครั้งแรกนี้ มีโอกาสได้รับการรักษาหายสูงที่สุดถึงร้อยละ 90-95 หากมารับประทานยาต่อหน้า จนท. ทุกวัน จะได้ช่วยกันทำให้การรับประทานยาถูกต้องจริง มีโอกาสรักษาหายได้สูงจริง แต่หากรับประทานยาเองที่บ้าน อาจหลงลืมการรับประทานยา ทำให้มีโอกาสรักษาหายได้น้อยลงมาก เหลือเพียงประมาณร้อยละ 50 และมีโอกาสเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาด้วย นอกจากนี้ การรักษา

ในรอบหลังๆ จะต้องรับประทานยานานถึงประมาณ 2 ปี ซึ่งต้องฉีดยาอย่างน้อย 3 – 6 เดือนด้วย, ราคายากี้อาจแพงถึง 2 แสนบาท, โอกาสแพ้ยาก็มากกว่า และจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานมีมากกว่า การอธิบายต่อรองเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยินยอมหรือยอมรับการบำบัด DOT ได้

3. การต่อรองต้องแสดงให้ผู้ป่วยเห็นถึงความปรารถนาดีและเอื้ออาทรเอาใจใส่จาก จนท. ว่า ต้องการให้ผู้ป่วยหายจากวัณโรค, ไม่เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา และไม่แพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปยังบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวได้อีกต่อไป
4. ผู้ป่วยบางรายอาจมีฐานะยากจน ไม่มีเงินค่าพาหนะเดินทางมารับบริการ DOT ที่สถานบริการด้านสุขภาพได้ทุกวัน จนท. ควรประสานงานด้านสังคมสงเคราะห์ให้ผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เดินทางมารับบริการ DOT ให้ได้อย่างน้อยในระหว่างการรักษา
5. ผู้ป่วยบางรายอาจอาศัยอยู่ไกลมากจากสถานบริการด้านสุขภาพ จนท. อาจจำเป็นต้องหาพี่เลี้ยงอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่ญาติผู้ป่วยให้ช่วยทำ DOT ที่ใกล้บ้านผู้ป่วย แต่ จนท. ต้องมั่นใจว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงต้องมีความเข้าใจและเชื่อถือได้ในการดูแลการรับประทานยาต่อหน้าจริง ๆ หากยังไม่มีประสบการณ์ในการทำ DOT มาก่อน จนท. ต้องไปเยี่ยมดูแลบ่อยๆ 2-3 วันต่อครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่า พี่เลี้ยงเข้าใจและทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ไม่แอบให้ยาผู้ป่วยไปรับประทานเองที่บ้าน หลังจากนั้น จนท. ต้องไปเยี่ยมพี่เลี้ยงและผู้ป่วยตามข้อแนะนำใน NTP คือ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรก 2-3 เดือน (Initial intensive phase) โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า และเยี่ยมอีกเดือนละอย่างน้อย 1 ครั้งในการรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation phase)
6. จะมีผู้ป่วยจำนวนน้อยรายที่ไม่ว่าต่อรองและช่วยเหลืออย่างไร ก็ไม่ยอมรับการทำ DOT จนท. และทีมงานต้องแสวงหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยเหล่านี้แต่ละรายให้ได้ โดยอาจต้องขอความช่วยเหลือจากญาติผู้ป่วย, ผู้นำชุมชน, ผู้นำศาสนา หรือผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาหายไปแล้วในชุมชน เพื่อให้ช่วยต่อรองกับผู้ป่วยรายนั้นๆ ต่อไป คำตอบสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเหล่านี้มักมีลักษณะเฉพาะเหมาะสมกับรายนั้นๆ ที่ทีมงานต้องค้นหาให้ได้ จนท. และทีมงานต้องใจเย็นและละเอียดรอบคอบในการหาแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย อย่าใจร้อนรีบตัดสินใจให้ยาผู้ป่วยไปรับประทานเองที่บ้าน ควรปรึกษากันในทีมงานให้ดีและอาจต้องใช้เวลาบ้างเพื่อให้บริการ DOT ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยทุกราย
7. กลวิธีที่บาง รพ. ทำเพื่อชักจูงโน้มน้าวให้ผู้ป่วยมารับบริการ DOT ให้ได้ เพื่อทำให้การ

ต่อรองจะง่ายขึ้น ได้แก่

- ให้ผู้ป่วย (และญาติ) ดู VCD เรื่อง โรคนี้ต้องมีเธอ ของกองวัณโรค (เป็นชื่อเดิม โดยชื่อปัจจุบัน คือ สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค)
- ให้ผู้ป่วยดูแผนภูมิทางเลือกว่า หากใช้บริการ DOT มีโอกาสหายร้อยละ 90-95 แต่หากบริหารตนเองที่บ้าน มีโอกาสหายเพียงร้อยละ 50
- แพทย์ผู้ให้การวินิจฉัยครั้งแรกกล่าวเกริ่นหน้ากับผู้ป่วยเพียงว่า การรักษาโดยไปรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ที่ ศสช./สอ. จะทำให้มีโอกาสหายได้สูงมาก ซึ่งมักช่วยทำให้การต่อรองของ จนท. กับผู้ป่วยง่ายขึ้นมาก

อย่างไรก็ตาม หากอำเภอใดมีการทำ DOT โดย จนท. เริ่มต้นได้และมีตัวอย่างที่ชัดเจนระยะหนึ่งแล้ว การต่อรองกับผู้ป่วยวัณโรครายต่อๆ มา จะง่ายขึ้น เพราะผู้ป่วยและชุมชนเริ่มรับรู้ว่าการรักษาโดยการรับบริการ DOT ที่สถานบริการด้านสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้สูงจริง การต่อรองจึงมักยุ่งยากแต่ในช่วงแรกๆ ของการทำ DOT โดย จนท. แต่ระยะหลังๆ ต่อมาจะต่อรองง่ายขึ้นมาก

ขั้นตอนการทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่

การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ 4 ขั้นตอนของ CDC (1999: 100-101) มีข้อแนะนำไว้ดังนี้

1. ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับประทานยาต่อหน้า จนท. ต้องสอบถามผู้ป่วยเรื่องอาการแพ้ยา ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับความรู้เรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยาวัณโรคทั้งประเภทไม่รุนแรงและรุนแรง หากผู้ป่วยมีอาการแพ้ยาที่รุนแรง ต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาทันทีและส่งปรึกษาแพทย์
2. ตรวจสอบชนิดและขนาดจำนวนยาวัณโรคทุกครั้งว่า ถูกต้องตรงกับผู้ป่วยแต่ละรายหรือไม่
3. สังเกตกำกับดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาวัณโรคต่อหน้า จนท. โดย จนท. หรือผู้ป่วยไปเอาน้ำมาก่อนที่จะให้ยาผู้ป่วย แล้ว จนท. ต้องสังเกตการรับประทานยาของผู้ป่วยต่อหน้าโดยตรงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มให้ยาแต่ละเม็ดแก่ผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยกลืนยาเสร็จ
4. บันทึกการรับประทานยาต่อหน้าของผู้ป่วยทุกครั้ง หากผู้ป่วยไม่มารับประทานยาต่อหน้า ต้องรีบติดตามผู้ป่วยมารับประทานยาโดยเร็วที่สุด

นอกจากนี้ ในทุก ๆ ครั้งที่ผู้ป่วยมารับประทานยาต่อหน้า จนท. จำเป็นต้องสอบถามถึงอาการทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยว่า มีอาการดีขึ้นหรือไม่ ได้แก่ อาการไอ อ่อนเพลีย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และควรให้กำลังใจในการรับประทานยาต่อเนื่องจนครบกำหนดการรักษา การถามอาการต่าง ๆ และการให้กำลังใจ แสดงถึงความห่วงใยที่ จนท. มีต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยประทับใจและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและรู้สึกกระตือรือร้นอยากมารับประทานยาทุกวัน เนื่องจาก ผู้ป่วยตระหนักและรับรู้ว่ามีคนห่วงใยและเอาใจใส่ในตนเอง

บทบาทที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของ จนท. ในการเป็นพี่เลี้ยง คือ การเก็บรักษายาวัณโรคไม่ให้ อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเสื่อมคุณภาพก่อนหมดอายุ (ในอดีตเราเคยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเก็บยาไว้ที่เพิงหลังคามุงจากที่สัมผัสความร้อนจากแสงแดดโดยตรงทุกวัน จนยาเสื่อมคุณภาพ) จนท. จึงควรเก็บรักษายาวัณโรคไว้ในสถานที่เหมาะสม ได้แก่ ไม่ให้ยาสัมผัสกับแสงแดดโดยตรง หรือไม่วาง/จัดเก็บยาไว้ใกล้อ่างน้ำล้างมือ นอกจากนี้ จนท. ต้องหมั่นสังเกตลักษณะทางกายภาพที่มองเห็นได้ เช่น สี หรือลักษณะเม็ดหรือเนื้อยา ว่าผิดปกติอย่างไรหรือไม่ในทุก ๆ ครั้งที่แกะหีบยา ก่อนให้ผู้ป่วยรับประทาน หากมีความผิดปกติใดๆ ต้องรีบแจ้ง รพ. โดยด่วน อย่าให้ผู้ป่วยรับประทานเด็ดขาด บางครั้งที่เราพบว่า ยาเปลี่ยนสี หรือละลายก่อนหมดอายุ แม้มีการเก็บรักษาอย่างดีแล้วก็ตาม

การมอบหมายให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วยทำ DOT แทนเจ้าหน้าที่

การมอบหมายให้ผู้อื่นทำ DOT แทน จนท. มีหลักการและแนวปฏิบัติที่ต้องยึดถือ ดังนี้

1. ต้องกระทำในกรณีที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น ได้แก่ ผู้ป่วยอาศัยอยู่ห่างไกลจากสถานบริการด้านสุขภาพเป็นระยะทางมากกว่า 10 กิโลเมตร หรือการคมนาคมจากบ้านผู้ป่วยมาสถานบริการด้านสุขภาพไม่สะดวกมาก
2. ไม่มอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยงโดยเด็ดขาด หากมี จนท. ด้านสุขภาพเป็นญาติของผู้ป่วยด้วย ก็อย่ามอบหมายให้ จนท. คนนั้นทำหน้าที่พี่เลี้ยง ทีมบริการ DOT ต้องหาคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง เนื่องจาก ญาติผู้ป่วยจะมีความผูกพันทางอารมณ์กับผู้ป่วย และไม่สามารถทำ DOT ได้
3. คัดเลือกพี่เลี้ยงอย่างรอบคอบระมัดระวัง พี่เลี้ยงต้องมีความน่าเชื่อถือในการปฏิบัติงาน และถ้าเป็นไปได้ควรเลือกผู้ที่มีความอาวุโส ซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและคนในชุมชน โดยทั่วไป จนท. มักจะคัดเลือก อสม. เป็นอันดับแรก ดังนั้น อสม. ที่คัดเลือกมาทำหน้าที่พี่เลี้ยง ต้องมีคุณสมบัติดังกล่าวด้วย
4. จนท. ต้องให้ความรู้ ความสำคัญ และแนวปฏิบัติของการทำ DOT จน จนท. มั่นใจว่า พี่

เลี้ยงที่คัดเลือกมา จะสามารถปฏิบัติงาน DOT ได้อย่างถูกต้องและเข้าใจกระบวนการอย่างแท้จริง ถ้าเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ชัดเจนว่าเคยทำ DOT สำเร็จมาก่อนแล้ว จนท. จะยิ่งมั่นใจได้ว่าพี่เลี้ยงคนนั้นจะทำ DOT ให้ผู้ป่วยรายต่อๆ ไปได้ดี

5. จนท. ต้องมั่นใจว่าพี่เลี้ยงมีความตระหนักและเข้าใจว่าต้องติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับประทานยาในแต่ละวันให้กลับมารับบริการ DOT ในวันนั้นทันที
6. เจ้าหน้าที่ต้องสุ่มเยี่ยมพี่เลี้ยงและผู้ป่วยโดยไม่แจ้งล่วงหน้า (**Surprise visit**) เพื่อให้เกิดความมั่นใจในกระบวนการทำ DOT ว่าถูกต้องอย่างจริงจัง (ตามเกณฑ์ของ NTP คือ สุ่มเยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรกและสุ่มเยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งในการรักษาระยะต่อเนื่อง) การสุ่มเยี่ยมพี่เลี้ยงและผู้ป่วยโดยไม่แจ้งล่วงหน้า มีแนวทางการปฏิบัติ คือ จนท. ควรไปดูว่า ยาวัดโรคยังคงถูกเก็บไว้ที่พี่เลี้ยง (โดยทั่วไป คือ อสม.) หรือไม่, จำนวนยาที่เหลือตรงกับจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับประทานยาไปแล้วหรือไม่ (ควรบรรจุยาเป็น Daily packet คือ ซองละ 1 วันเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการตรวจนับยา), พี่เลี้ยงได้บันทึกกิจกรรมการทำ DOT ในบัตร DOT (DOT card) หรือไม่, ผู้ป่วยมารับประทานยาเวลาใดและมีปัญหาใดๆ ในการทำ DOT หรือไม่ เช่น การแพ้ยา นอกจากนี้ จนท. ต้องสุ่มไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยด้วย เพื่อตรวจสอบข้อมูลว่าตรงกับข้อมูลที่ได้รับจากพี่เลี้ยงหรือไม่ ได้แก่ เวลาที่ไปรับประทานยา, ปัญหาในการรับบริการ DOT และอาจขอดูสิปัสสาวะผู้ป่วยเพื่อยืนยันการรับประทานยา (ปัสสาวะของผู้ป่วยจะเป็นสีส้มแดง หากผู้ป่วยรับประทานยาไรแฟมพิซิน แต่หากปัสสาวะไม่เป็นสีส้มแดง ก็ต้องพิจารณาพยานหลักฐานแวดล้อมอื่นๆ ประกอบด้วยก่อนตัดสินว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา เนื่องจาก ผู้ป่วยบางรายอาจขับยาออกเร็วและทำให้ไม่เห็นปัสสาวะเป็นสีส้มแดงได้) การสุ่มเยี่ยมเช่นนี้ ควรกระทำบ่อยๆ โดยเฉพาะในระยะแรกๆ ของการรักษา และจะยังมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับพี่เลี้ยงที่ยังไม่มีประสบการณ์การทำ DOT มาก่อน
7. จนท. ต้องให้ความมั่นใจและคำปรึกษาแก่พี่เลี้ยงในเรื่องการแพ้ยาหรือปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วยได้

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค มีความจำเป็นอย่างมาก แม้ว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินทางมารับบริการ DOT ได้ทุกวันที่สถานบริการด้านสุขภาพ เพราะจะเป็นการประเมินสภาพทั่วๆ ไปของผู้ป่วยได้แก่ สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย มีอากาศถ่ายเทสะดวกหรือไม่ มีผู้สัมผัสเป็นเด็กเล็กในบ้านหรือไม่

(โดยเฉพาะอายุ 5 ปีลงมาที่สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ) อาชีพรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ในการเดินทางไปรับบริการ DOT หรือไม่ เป็นต้น การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค จึงควรดำเนินการเป็น การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้หาย (Cure) จากวัณโรคให้ได้ จน ไม่เป็นปัญหาการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและป้องกันการไม่ให้เกิด MDR TB ด้วย การดูแลหรือ สงเคราะห์ช่วยเหลือควรต้องกระทำอย่างน้อยในระยะเวลาของการรักษาวัณโรค จนกว่าผู้ป่วยจะหาย ได้อย่างจริงจัง

สารพัดข้ออ้างของ จนท. เพื่อไม่ทำ DOT

ในประสบการณ์ตรงของผู้เขียน ได้รับความคิดเห็นจาก จนท. ระดับปฏิบัติมาบ่อยๆ จนท. มัก มีเหตุผลที่กล่าวอ้างกัน เพื่อไม่ทำ DOT ให้ผู้ป่วย ได้แก่

1. อ้างว่าผู้ป่วยรับปากว่าสามารถรับประทานยาได้เองอย่างถูกต้องแน่นอน การอ้างเช่นนี้เป็น **เหตุผลที่ฟังไม่ขึ้น** เนื่องจาก เป็นธรรมดาที่คนทุกคนต้องรับปากอยู่แล้ว
2. อ้างว่าเชื่อใจ/ไว้วางใจผู้ป่วยได้ มองหน้าผู้ป่วยก็รู้ใจแล้วว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้อง ใน ความเป็นจริง หากไม่เห็นกับตาว่าผู้ป่วยรับประทานยาจริง อย่าหลงเชื่อเป็นอันขาด ไม่ว่า เรื่องรับประทานยาหรือเรื่องอื่นๆ บ่อยครั้งที่เราพบ จนท. อ้างว่า **ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ ดูแลตนเองได้** แต่ตัวอย่างมีอยู่แล้วว่า ผู้ป่วยมารับยาจาก รพ. ทุกเดือน แต่ไม่รับประทาน ยา เมื่อ จนท. ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านกลับพบว่า ยาที่รับไปยังมีเหลืออยู่อีกเป็นจำนวนมาก
3. อ้างว่า**สงสารผู้ป่วย**ที่ต้องเดินทางมาทุกวัน แต่ จนท. ควรสงสารชุมชนและตัว จนท. เอง มากกว่า เพราะมีโอกาสสูงที่ผู้ป่วยซึ่งรับประทานยาเอง จะรับประทานยาไม่ถูกต้องแล้วมี โอกาสเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา เป็นอันตรายอย่างยิ่งทั้งต่อชุมชนและตัว จนท. รวมถึงครอบครัว ของ จนท. เองด้วย
4. อ้างว่าผู้ป่วย**ไม่ได้อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ** เพียงแต่อาศัยอยู่ใกล้ ศสช./สอ. เขตต่อแดน เท่านั้น การทำ DOT ให้ผู้ป่วยที่ยังอยู่ใกล้ ศสช./สอ. ของ จนท. จะเกิดผลดีทั้งต่อตัว จนท. เองและครอบครัว รวมถึงชุมชนใกล้เคียงด้วย หากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการ DOT ที่ดี จะมี โอกาสเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาเป็นอันตรายอย่างยิ่งต่อผู้อาศัยรอบข้างใกล้เคียง
5. อ้างว่า**ญาติดูแลดีมาก** หรือ ญาติรับปากจะดูแลการรับประทานยาให้ดีที่สุด ในทางปฏิบัติ จริงแล้ว มักไม่ได้ดูแลกันจริง ดังนั้น ควรเป็นความรับผิดชอบของระบบสุขภาพและ จนท. ใน การให้บริการ DOT ที่มีคุณภาพ เพื่อให้ชุมชนสังคมปลอดภัยจากวัณโรค
6. อ้างว่า**ควรให้เกียรติผู้ป่วย** โดยการให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองที่บ้าน กรณีนี้ จนท. ควร

พิจารณาให้เกียรติผู้ป่วยด้วยการให้บริการ DOT ที่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้จริงถึงอย่างน้อยร้อยละ 90 แต่หากผู้ป่วยรับประทานยาเองที่บ้าน มีโอกาสหายได้เพียงประมาณร้อยละ 50 อย่างไหนจะเป็นการให้เกียรติผู้ป่วยมากกว่ากัน

7. อ้างว่า**ไม่คุ้มทุนหรือไม่คุ้มค่า**ที่จะให้ผู้ป่วยเดินทางมารับบริการ DOT ที่สถานบริการด้านสุขภาพ เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางเอง การให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองที่บ้าน (เหมือนเช่นการรักษาโรคอื่นๆ) จะดีกว่าหรือไม่ ในทางปฏิบัติจริง เราพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค "ส่วนใหญ่" จะเข้าใจและยอมรับค่าใช้จ่ายส่วนนี้เองได้ด้วยความเต็มใจ หากจนท. มีความเข้าใจและตระหนักร่วมกับมีเทคนิคการต่อรองที่ดีกับผู้ป่วย ดังนั้น ท่านที่กังวลในข้อประเด็นนี้ควรสบายใจได้ ประเด็นที่ท่านต้องพิจารณาให้รอบคอบ ก็คือ **ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างแตกต่างจากโรคอื่น ๆ** หากท่านเข้าใจเหตุผลนี้ ท่านก็จะทราบ ว่า ทำไมเราต้องให้บริการ DOT ที่มีคุณภาพแก่ผู้ป่วย ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย ไม่ควรจะเป็น "ข้อจำกัด" ในการควบคุมวัณโรค การทำ DOT อย่างมีคุณภาพจะช่วย ให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายได้สูง, หยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต่อไปได้จริง, ลดโอกาสการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ แต่เหตุผลการหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปยังผู้อื่น เพียงเหตุผลเดียว ก็น่าจะเป็นพอที่จะเห็นภาพแล้วว่า มีความคุ้มทุนขนาดไหน คนอื่นๆ รอบข้างก็ไม่จำเป็นต้องติดเชื้อหรือป่วยเป็นวัณโรคต่อไปอีก นอกจากนี้ WHO (2003: 12) ได้อ้างอิงถึงการศึกษาของธนาคารโลกที่พบว่า กลยุทธ์ DOTS (ซึ่งมี DOT อยู่ด้วย) เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ด้านสุขภาพที่มีความคุ้มทุนที่สุดในการดำเนินงาน การทำ DOT จึงมีความคุ้มทุนและคุ้มค่าเป็นอย่างยิ่ง
8. อ้างว่า**ผู้ป่วยขาดอิสระความเป็นตัวของตัวเอง**ในการรับประทานยา (Autonomy loss) จนท. ต้องพิจารณาบทบาทหลักการควบคุมวัณโรคว่า ผู้ป่วยไม่มีสิทธิละเมิดชุมชน **สิทธิของชุมชนย่อมมาก่อนสิทธิของผู้ป่วย** (อิสระส่วนบุคคล) หากผู้ป่วยมีอิสระรับประทานยาเองแล้วรักษาไม่หาย ย่อมละเมิดสิทธิของชุมชน เพราะ เขาจะเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อวัณโรคดื้อยา ซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่ง
9. อ้างว่า**ผู้ป่วยรักตัวเอง** ไม่น่าจะมีปัญหาในการรับประทานยา คนทุกคนย่อมรักตัวเอง โดยเฉพาะเมื่ออาการป่วยดีขึ้น ก็รักตัวเองที่จะขี้เกียจหรือเบื่อกที่จะรับประทานต่อไป อันจะเกิดผลเสียหายต่อชุมชนจากอันตรายของเชื้อวัณโรคดื้อยา
- 10.อ้างว่า **ไม่เห็นจะต้องเอาใจผู้ป่วยวัณโรคกันมากนัก** แต่หากเราไม่ดูแลผู้ป่วยให้ดี ผลเสียจากเชื้อวัณโรคดื้อยาก็คงเกิดกับ จนท. และครอบครัวของ จนท. เองด้วย
- 11.อ้างว่า **จำนวน จนท. ที่ ศสช./สอ. มีน้อย หรือไม่มีเวลา** แต่มีตัวอย่าง ศสช./สอ. ที่มี

จนท. เพียง 1-2 คน ก็ทำ DOT ได้ หาก จนท. ตระหนักและเข้าใจว่า ทำ DOT เพื่อชุมชน และเพื่อตัว จนท. เองด้วย แต่บางแห่งมี จนท. 4-5 คนหรือถึง 10 คนก็ทำ DOT ไม่ได้ ถ้าไม่ตระหนักและไม่เข้าใจ ดังนั้น จำนวน จนท. ไม่ใช่ตัวชี้วัดว่าจะทำ DOT ได้หรือไม่

- 12.อ้างว่า **ผู้ป่วยอยู่ไกลมาก** แต่มีตัวอย่างแล้วว่า หาก จนท. เข้าใจดีเรื่อง DOT ระยะเวลาไม่ใช้ปัญหาอุปสรรคของการทำ DOT แต่หาก จนท. ไม่เข้าใจหรือไม่ตระหนักเรื่อง DOT แล้วผู้ป่วยที่อาศัยอยู่หน้า ศสช./สอ. ก็ไม่ได้รับบริการ DOT ที่มีคุณภาพแต่อย่างใด บางครั้ง ผู้ป่วยสามารถเดินทางมาที่ ศสช./สอ. ได้ทุกวัน แต่ จนท. มิได้สนใจที่จะทำ DOT ผู้ป่วยจึงต้องไปหยิบยารับประทานเองโดยไม่ได้พบกับ จนท. ก็มี ดังนั้น หาก จนท. มีความตระหนักและเข้าใจ แม้ว่าผู้ป่วยที่ป่วยหนักไม่สามารถเดินทางมารับบริการ DOT ที่ ศสช./สอ. ได้ ก็มีตัวอย่างว่า จนท. ได้เดินทางเอายาไปทำ DOT ที่บ้านผู้ป่วยทุกวัน แม้ระยะทางห่างจาก ศสช./สอ. หลายกิโลเมตรก็ตาม
- 13.อ้างว่า **ผู้ป่วยจะเสียเวลาและลำบาก** ในการเดินทางมารับบริการ DOT ที่สถานบริการด้านสุขภาพ ประเด็นนี้ จนท. ได้คิดแทนผู้ป่วย เพื่อ จนท. จะได้สบายไม่ต้องเสียเวลาและลำบาก ในการทำ DOT เอง โดยขอยืมผู้ป่วยไว้บังหน้าหรืออ้าง เพราะหลายกรณี พบว่า จนท. คลินิกวัณโรคของ รพ. อธิบายและต่อรองกับผู้ป่วยจนผู้ป่วยเข้าใจ, เต็มใจ และมีความพร้อมมากโดยยินดีที่จะเดินทางมารับบริการ DOT แต่ได้รับการปฏิเสธจาก จนท. ศสช./สอ. ว่า ขอให้กลับไปเถอะ เนื่องจากทราบดีว่า ผู้ป่วยเสียเวลาและลำบากมาก คำถามคือ ใครเสียเวลาและลำบากจริง?
- 14.อ้างว่า **ไม่ใช่งานนโยบายเร่งด่วน** งานนโยบายเร่งด่วนอื่นมีมาก จริงๆ แล้ว วัณโรคเป็นเรื่องเร่งด่วนใกล้ตัว จนท. หากดูแลไม่ดี จนท. เองจะเสี่ยงต่อ MDR TB
- 15.อ้างว่า **รพ. ไม่เคยส่งหรือไม่เคยแจ้งว่ามีผู้ป่วยวัณโรค**ในพื้นที่รับผิดชอบ ปัจจุบัน พบว่ามี จนท. ของ ศสช./สอ. หลายพื้นที่ที่ตระหนักถึงภัยของวัณโรค และไม่ว่าผู้ป่วยจะรับการรักษาที่ รพ. ไต (บาง ศสช./สอ. มีหลาย รพ. คาบเกี่ยวพื้นที่อยู่) เขาจะติดตามช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกรายโดยไม่อ้างประเด็นนี้ เพราะเขาตระหนักดีว่า วัณโรคเป็นภัยใกล้ตัว
- 16.อ้างว่า **ศูนย์วัณโรคต้องทำ DOT เอง** ไม่ต้องให้หน่วยงานอื่น ๆ ทำ การทำ DOT ที่สถานบริการใกล้บ้าน ก็เพื่อความสะดวกของผู้ป่วย และประโยชน์ที่เกิดขึ้นก็จะเกิดกับตัว จนท. และชุมชนเองด้วย อีกประการสำคัญ คือ ศสช./สอ. จะได้รับความเชื่อถือจากผู้ป่วยและชุมชนด้วยว่า สามารถรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้หายได้จริง ไม่ต้องไปถึงศูนย์วัณโรคที่มีอยู่จำนวนน้อยมากทั้งประเทศในปัจจุบัน

บทที่ 7

ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จะมีฤทธิ์ข้างเคียงจากยาวัณโรค จนท. ผู้ดูแลและทำ DOT จำเป็นต้องมีความรู้และสามารถให้การดูแลแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด

- ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค แบ่งเป็น 2 ชนิด ซึ่งต้องให้การดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ดังนี้
1. ฤทธิ์ข้างเคียงรุนแรง (**Major side effects**) เป็นฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ทำอันตรายต่อร่างกายรุนแรง ซึ่งจะต้องหยุดยารักษาวัณโรคทันที และส่งไปพบแพทย์ อาการเหล่านี้ ได้แก่ ผื่นคัน (จากยา S, H, R, Z), อาการหูอื้อ (Deafness) หรือ วิงเวียนศีรษะ (Dizziness) จาก ยาสเตรปโตมัยซิน (S), อาการตัวเหลืองตาเหลือง หรือ Jaundice (จากยา H, Z, R), อาการบวมพร่องทางการมองเห็น จากยาอีแทมบูทอล (Ethambutol) นอกจากนี้ ยังอาการช็อค ร่วมกับมีผื่นและไตวาย จากยาไรแฟมพิซิน (R) เป็นต้น
 2. ฤทธิ์ข้างเคียงไม่รุนแรง (**Minor side effects**) เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่ทำให้ร่างกายมีความผิดปกติบ้างไม่มาก ในกรณีนี้ การให้การรักษาตามอาการก็เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้ามีการอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจ จะทำให้การรักษาได้ผลมาก โดยไม่จำเป็นต้องหยุดยาวัณโรค อาการเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 35 โดยมักเกิดขึ้นในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการรักษาวัณโรค หลังจากนั้น อาการที่เกิดขึ้นก็มักจะหายไปเอง การทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จะช่วยสังเกตอาการที่ไม่รุนแรงนี้ และสามารถให้ความมั่นใจผู้ป่วยว่าสามารถรับประทานยาต่อได้ ฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่รุนแรง ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร (คลื่นไส้ อาเจียน หรือ ปวดมวนท้อง), ปวดข้อ (จากยาไพราซิโนไมด์ หรือ Z แก้ไขโดยให้ยาแก้ข้ออักเสบ), อาการปัสสาวะเป็นสีส้มแดง (จากยาไรแฟมพิซิน หรือ R), อาการร้อนวูบวาบบริเวณเท้า (Burning sensation in the feet จากยา ไอโซไนเอซิด หรือ H แก้ไขโดยให้ Pyridoxine วันละ 100 mg)

บทที่ 8

การกำกับติดตามการรักษา และการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษา

การกำกับติดตามการรักษา (Monitoring Treatment)

ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยวัณโรค องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มีการกำกับติดตามการรักษาด้วยการตรวจเสมหะ AFB เป็นหลัก โดยแบ่งเป็น 2 กรณีด้วยกัน ดังนี้

ก. กรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ (PTB+)

ครั้งที่ตรวจ เสมหะ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
วัตถุประสงค์ของ การตรวจเสมหะ	เพื่อวินิจฉัย ผู้ป่วย	เพื่อทราบว่าผลเสมหะกลับเป็นลบ (ไม่พบเชื้อ หรือ AFB-) หรือไม่ และ พิจารณาการปรับเปลี่ยนการรักษา เข้าสู่ระยะต่อเนื่อง	เพื่อทราบว่ามีการ รักษาล้ม เหลวหรือไม่	เพื่อประเมิน ผลการ รักษาว่า รักษาหาย หรือไม่
CAT 1 ตรวจเสมหะเดือนที่	เดือนที่ 0 ก่อนเริ่มการ รักษา	สิ้นสุดเดือนที่ 2 (และสิ้นสุดเดือนที่ 3 หากเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ยังมี AFB+)	เดือนที่ 5	เดือนสุดท้าย
CAT 2 ตรวจเสมหะเดือนที่	เดือนที่ 0 ก่อนเริ่มการ รักษา	สิ้นสุดเดือนที่ 3 (และสิ้นสุดเดือนที่ 4 หากเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 ยังมี AFB+)	เดือนที่ 5	เดือนสุดท้าย

ข. กรณีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (PTB-)

ครั้งที่ตรวจเสมหะ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
วัตถุประสงค์ของการตรวจเสมหะ	เพื่อวินิจฉัยผู้ป่วย	เพื่อทราบว่ามีการรักษาล้มเหลวหรือไม่
CAT 1 หรือ CAT 3 ตรวจเสมหะเดือนที่	เดือนที่ 0 ก่อนเริ่มการรักษา	สิ้นสุดเดือนที่ 2

การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษา

ในการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยาที่ได้รับประทานทุกวันในปัจจุบัน เรามักไม่ต้องการให้ผู้ป่วยวัณโรคขาดการรักษาหรือไม่มารับประทานยาต่อหน้าแม่เพียงหนึ่งวัน แต่การขาดการรักษา ก็อาจพบได้บ้างด้วยเหตุสุดวิสัย แม้ จนท. จะพยายามป้องกันอย่างดีทุก ๆ ด้านแล้วก็ตาม โดยทั่วไปหากผู้ป่วยวัณโรคไม่มารับประทานยาต่อหน้าในวันใดวันหนึ่ง จนท. หรือพี่เลี้ยงจะเป็นคนแรกที่ทราบ และต้องติดต่อหรือติดตามผู้ป่วยให้มารับประทานยาในวันนั้น ๆ ให้ได้ การไม่มารับประทานยามักเกิดจากผู้ป่วยลืมที่จะมารับประทานยานั้นเอง สำหรับผู้ป่วยบางรายที่ จนท. หรือพี่เลี้ยงติดต่อหรือติดตามไม่พบในวันนั้นหรือวันต่อมาอาจด้วยเหตุผลใดก็ตาม เมื่อสามารถติดตามผู้ป่วยให้กลับมาได้ในระยะเวลาสั้นน้อยกว่า 2 สัปดาห์ จนท. สามารถให้รับประทานยาต่อได้เลยตามปกติ (ห้ามให้ยาทบขนาดที่ขาดไป) ในกรณีเช่นนี้ ระยะเวลาการรักษาโดยรวมจึงทอดยาวออกไปบ้าง แต่หากผู้ป่วยกลับมาเมื่อระยะเวลานาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคที่ รพ. แม่ข่าย เพื่อวางแผนการรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

บทที่ 9

การทำสำเนาบัตรการรักษาวัณโรค และการทำสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ความจำเป็นในการทำสำเนาบัตรการรักษาวัณโรค

แผนงานวัณโรคแห่งชาติ หรือ NTP ไม่ได้กำหนดให้ ศสช./สอ. จัดทำบัตรการรักษาวัณโรคและทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค แต่ รพ. จะทำสำเนาบัตรการรักษาผู้ป่วยวัณโรคแต่ละรายมาให้ ศสช./สอ. และส่งมาพร้อมกับยารักษาวัณโรค เจ้าหน้าที่ ศสช./สอ. จึงต้องเพิ่มเติมข้อมูลผู้ป่วยในระหว่างการรักษาไว้ในสำเนาบัตรการรักษาวัณโรค จนกว่าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากทะเบียนรักษาต่อไป การทำสำเนาบัตรการรักษาวัณโรคนี้ จะช่วยให้ จนท. ทราบข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป เช่น ชื่อ เพศ อายุ ที่อยู่
- ข้อมูลด้านการป่วยวัณโรคของผู้ป่วย เช่น ผลเสมหะก่อนการรักษา สูตรยาที่ใช้ น้ำหนักตัวก่อนเริ่มการรักษา ประเภทผู้ป่วยวัณโรค
- ข้อมูลผู้สัมผัสวัณโรคในบ้านผู้ป่วย
- ข้อมูลด้านการป่วยโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน เอ็ดส์
- ความก้าวหน้าในด้านการรักษาผู้ป่วย เช่น การทำ DOT การเปลี่ยนแปลงผลเสมหะระหว่างการรักษา น้ำหนักตัวผู้ป่วยระหว่างการรักษา เพิ่มขึ้นหรือลดลง (เจ้าหน้าที่อาจบันทึกในช่องหมายเหตุ)
- ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ดังนั้น การทำสำเนาบัตรการรักษาวัณโรค จะช่วยให้ จนท. สามารถดูแลผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างต่อเนื่อง ครบวงจร จนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ในที่สุด

ความจำเป็นในการทำสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค

สำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ ศสช./สอ. ทราบข้อมูลว่า ในรอบระยะเวลาหนึ่ง โดยทั่วไป คือ ทุก 3 เดือน หรือ 1 ปีมีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบที่รายเป็นประเภทใดบ้าง เสมหะพบเชื้อ/ไม่พบเชื้อก่อนการรักษาจำนวนกี่ราย รพ. ใดให้การรักษบ้าง มีผลการรักษาในที่สุดเป็นอย่างไร เช่น รักษาหายกี่ราย ตายกี่ราย ขาดยากี่ราย ทำให้สามารถ

ประเมินสถานการณ์ทางระบาดวิทยาและผลการดำเนินงานวัณโรคของพื้นที่ได้ ได้แก่

- จำนวนผู้ป่วยวัณโรคในรอบหลายปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นหรือลดลง และมีปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องอะไรบ้าง
- หากผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้รับการรักษาหลายรายในรอบ 2 – 3 ปีที่ผ่านมา ชุมชนก็อาจมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้อย่างได้
- หากผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาหายเป็นส่วนใหญ่ (อย่างน้อยร้อยละ 85 ของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่เสมอพบเชื้อ) ชุมชนก็มีแนวโน้มปัญหาวัณโรคจะลดลงได้

ข้อเสนอแนะบางประการในการกำเนาะทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค

โดยทั่วไป ช่องข้อมูลต่างๆ ในสำเนาบัตรการรักษาวัณโรคและสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค มักไม่ยุ่งยากซับซ้อนที่ จนท. จะทำความเข้าใจเองได้ โดยอาจศึกษาจากนิยามต่างๆ ในหนังสือเล่มนี้ แต่มีประเด็นสำคัญเรื่องการบันทึกผลการตรวจเสมหะระหว่างการรักษา ไม่ได้มีข้อเสนอแนะไว้ในตัวทะเบียนเอง รายละเอียดในการปฏิบัติ คือ การบันทึกผลเสมหะในช่อง "ผลการตรวจเสมหะ" เพื่อการติดตามระหว่างการรักษา หากผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 ของ CAT 1 หรือ สิ้นสุดเดือนที่ 3 ของ CAT 2 (โปรดดูตัวอย่างผู้ป่วยรายที่ 2 ชื่อ มรรค นานาผล ช่อง "ผลการตรวจเสมหะ" ช่องย่อย "2(3) 3(4)" ในตัวอย่างสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค) ยังคงเป็นบวก (AFB+) แพทย์จะขยายการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรกออกไปอีก 1 เดือน เช่น กรณีตัวอย่างของ มรรค นานาผล ให้ลงผลเสมหะเป็น 1+/ เพื่อจะได้ลงผลเสมหะอีกครั้งในอีก 1 เดือนถัดมา ในกรณีนี้ เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 4 (ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาด้วย CAT 2) ผลเสมหะเป็นลบ (AFB-) จึงลงผลเสมหะว่า 1+/Neg แต่ถ้าผลเสมหะเป็นลบ (AFB-) ตั้งแต่สิ้นสุดเดือนที่ 2 ใน CAT 1 หรือสิ้นสุดเดือนที่ 3 ใน CAT 2 ก็ลงผลไปเลยว่าเป็น Neg ไม่ต้องใช้เครื่องหมาย / (เช่น กรณีของตัวอย่างผู้ป่วยรายแรก ชื่อ แอนนา แซ่กว้าง ที่ได้รับการรักษาด้วย CAT 1) โดยสรุป ความหมายของ 2(3) คือ ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 (และสิ้นสุดเดือนที่ 3 หากขยายการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรกออกไป 1 เดือน) สำหรับ CAT 1 ส่วนความหมายของ 3(4) คือ ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 3 (และสิ้นสุดเดือนที่ 4 หากขยายการรักษาระยะเข้มข้นระยะแรกออกไป 1 เดือน) สำหรับ CAT 2 นั้นเอง

หาก จนท. ของ ศสช./สอ. มีข้อสงสัยประการใดในการบันทึกรายละเอียดของผู้ป่วยในสำเนาบัตรการรักษาวัณโรคหรือสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค ก็สามารถปรึกษากับ จนท. คลินิกวัณโรค ของ รพ. ได้

ตัวอย่างการทำสำเนาบัตรการรักษาวัณโรคและสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ก. ตัวอย่างสำเนาบัตรการรักษาวัณโรค (ด้านหน้า)

53

Tuberculosis Treatment Card

C₁₃

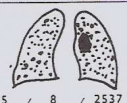
การจำแนกผู้ป่วย วัณโรคปอด วัณโรคนอกปอด (ระบุ.....)
 การขึ้นทะเบียนรักษา ใหม่ กลับเป็นซ้ำ ล้มเหลว ขาดยา > 2 เดือน ติดต่อกันแล้วมารักษาอีก รับโอน อื่นๆ
 การจำหน่าย รักษาหาย รักษาครบ ตาย ล้มเหลว ขาดยา > 2 เดือน ติดต่อกัน โอนออก

ผลการตรวจเสมหะ
 ต้องการตรวจเสมหะเดือนที่..... 0, 2 (3), 5, 6 สำหรับ CAT 1
 0, 3 (4), 5, 8 สำหรับ CAT 2
 0, 2 สำหรับ CAT 3

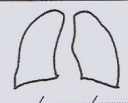
เดือนที่	ว/ด/ป	ผลการตรวจเสมหะ			Lab No.	เดือนที่	ว/ด/ป	ผลการตรวจเสมหะ			Lab No.
		spot	collect	culture				spot	collect	culture	
0	25/8/37	+	#		236						
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

ชื่อ-สกุล..... น.ส.น้อย เล็กน้อย
 ที่อยู่..... 1018 หมู่ที่ 2 ต.บุดี
 อ.เมือง จ.ยะลา
 อาชีพ..... ค้าขาย
 เพศ ชาย หญิง อายุ..... 18 ปี

District TB. No. 27 สถานบริการทำ DOTS..... สอ.ต.บุดี



XN.
25 / 8 / 2537



/ /

อาการ

ไอ 1 วัน/เดือน

เสมหะสี..... ขาว วัน/เดือน

เสมหะเป็นเลือด, มีเลือดปน วัน/เดือน

เจ็บหน้าอก วัน/เดือน

เหนื่อย, หอบ วัน/เดือน

ไข้ วัน/เดือน

อื่นๆ..... น.น.ลด, กลืนไม่ได้, ท้องเสีย

ประวัติการได้รับวัคซีน BCG

เคย ผลเป็น BCG มี

ไม่มี

ไม่เคยได้รับ

ประวัติการได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อน..... ไม่เคยรักษา

ประวัติโรคอื่น..... ไม่มี

ประวัติแพ้ยา..... ไม่มี

จำนวนผู้สัมผัสโรคอายุ > 6 ปี/และได้รับการตรวจ..... - / -

จำนวนเด็กสัมผัสโรคอายุ < 6 ปี/และได้รับการตรวจ..... - / -

การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ..... Urine sugar = Neg

ผลการทดสอบความไวต่อยารักษาวัณโรค

ว/ด/ป	H	R	E	S	K	C	Z
/ /							
/ /							

F : LUNGTH

หมายเหตุ ให้บันทึกผลเสมหะบวกด้วยสีแดง

ข. ตัวอย่างสำเนาบัตรการรักษาวัณโรค (ด้านหลัง)

50

การรักษา ผู้ทำหน้าที่กำกับการกินยา 1.....นางรอชานี ยะโก๊ะ.....
 2.....นายสวัสดิ์ ชัยน.....
 3.....

C₁₀

Categories of treatment CAT1 CAT2 CAT3 CAT4 LONG COURSE

น้ำหนัก.....40.....กก.

ขนาดยา	ขนาดยา	ขนาดยา
RMP	450	มก./วัน
INH	300.	มก./วัน
PZA	1500	มก./วัน
EMB	1000	มก./วัน
SM		มก./วัน

1. Initial phase

เดือน	วัน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ก.ค.				X	/	/	/	/	/	/	/	/	0	/	/	/	/	/	/	0	/	/	/	/	/	/	/	/	0	/	/	/
ส.ค.		/	/	/	/	X	0	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ก.ย.		/	/	/	0	/	/																									

2. Continuation phase

เดือน	วัน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ก.ย.							X	0	/	/	/	/	/	0	0	/	/	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0	/	/	/
ต.ค.		0	/	/	/	/	/	/	0	/	/	0	/	/	/	X	/	/	/	/	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
พ.ย.		/	0	/	/	/	0	0	/	/	/	0	/	/	/	/	/	/	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ธ.ค.		/	/	/	/	/	/	/	/	0	0	/	/	/	/	0	/	/	/	/	/	/	X	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ม.ค. 38		/	/	0	/	/	0	0	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	//							

หมายเหตุ.....

F : Result

หมายเหตุ ทำเครื่องหมาย X เป็นวันเริ่มต้นการรับประทานยาในแต่ละเดือน
 / เป็นวันที่ผู้ป่วยมารับประทานยาต่อหน้า
 0 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับประทานยาในวันนั้น
 // เป็นวันสุดท้ายของการรับประทานยาของผู้ป่วย

ค. ตัวอย่างสำเนาทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ปี 2534

วัน/เดือน/ปี ที่ลงทะเบียน	District TB No.	ชื่อ-นามสกุล	เพศ	อายุ	ที่อยู่	ตำบล	วัน/เดือน ที่เริ่มรักษา	การนัด ผู้ป่วย	ประเภทผู้ป่วย	ผลการตรวจเพาะ				ผลการรักษา				
										0	๑(3)	๒	เมื่อสิ้นสุด การรักษา					
22/7	269	แอนนา แซกทง	ญ	33	ต.ม.8 อ.ทามัน		16/7 CAT_1	P <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> จำนวน:.....	N <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	2+ Lab.Serial No.	Neg Lab.Serial No.	2245 No.	Neg Lab.Serial No.	1281 No.	1646 No.	2245 No.	462 No.	Cu <input checked="" type="checkbox"/> Com <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Def <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/>
22/7	270	มารดา นานาผล	ช.	56	12 ม. 10 อ.ทามัน		16/7 CAT_2	P <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> จำนวน:.....	N <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	3+ Lab.Serial No.	Neg Lab.Serial No.	1760 No.	1851 No.	2247 No.	463 No.	1489 No.	1+ Neg Lab.Serial No.	Cu <input checked="" type="checkbox"/> Com <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Def <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/>
22/7	271	อัญชลี คงมิก	ญ	43	11 ม. 9 อ.ทามัน		17/7 CAT_3	P <input checked="" type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> จำนวน:.....	N <input checked="" type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	Neg x-ray Lab.Serial No.	Neg Lab.Serial No.	1653 No.	1291 No.	1653 No.			Neg x-ray Lab.Serial No.	Cu <input type="checkbox"/> Com <input checked="" type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Def <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/>
							CAT	P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> จำนวน:.....	N <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TAD <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>									Cu <input type="checkbox"/> Com <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Def <input type="checkbox"/> To <input type="checkbox"/>

หมายเหตุ

CAT - Category 1 2 3

การจับตามผู้ป่วย

P = Pulmonary TB
EP = Extrapulmonary TB
C = Cavity
NC = Non Cavity

ประเภทผู้ป่วย

N = New
R = Relapse
T In = Transfer in
O = Other

TAD = Rx after default
F = Failure
O = Other

ผลการรักษา

Cu = Cure
Com = Complete
Die = Died
F = Failure
Def = defaulted
To = Transfer out

หมายเหตุ ให้บันทึกผลเสมหะบวกด้วยสีแดง

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. 2541. **แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการควบคุมวัณโรคตามแนวทางใหม่**ของประเทศไทย และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับเขตและจังหวัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กระทรวงสาธารณสุข. 2546. **Management of Tuberculosis, Modified WHO Modules of Managing Tuberculosis at District Level.** โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับแก้ไข).
- กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2545. **Managing Tuberculosis at District Level, A training course.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1 มีนาคม 2545.
- ปฐมมา วรดี, พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. 2545. การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรคที่มากินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ณ ศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. 2544. **ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT?** วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2544; 22:195-198.
- พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. 2548. **หลักการควบคุมวัณโรค ประสพการณ์ 10 ปี.** นครศรีธรรมราช: โรงพิมพ์เม็ดทราย. พิมพ์ครั้งที่ 2: เมษายน 2548.
- พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, ชลดา ยวนแหล, ผกาวัลย์ แดหว่า. 2545. การดำเนินงาน DOT (Directly Observed Treatment) โดยมอบหมายการเป็นพี่เลี้ยงให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2542-2543. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2545;20(2):69-78.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1994. **Improving Patient Adherence to Tuberculosis Treatment.** Revised 1994.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1999. **Self-Study Modules on Tuberculosis: Patient Adherence to Tuberculosis Treatment.** Atlanta, Georgia, USA.
- 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.

World Health Organization (WHO). 2003. **Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes**. Third Edition. Italy: Jotto Associati s.a.s.-Biella-Italy.

World Health Organization (WHO). 2004. **Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes, Third Edition**. Revision approved by STAG, June 2004.

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. 2000. **Stopping Tuberculosis**.

ผู้เขียน



ชื่อ-สกุล	นายพันธ์ชัย รัตนสุวรรณ
ตำแหน่ง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน
สังกัด	กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่	อาคารศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ถนนเทวบุรี หมู่ที่ 7 ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทรศัพท์และโทรสาร	0-7535-6549
โทรศัพท์มือถือ	08-6742-1075, 08-3389-6254
Homepage	www.geocities.com/phanchai
E-mail address	ดูใน Homepage
พื้นที่รับผิดชอบ	7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน คือ นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี, ชุมพร, ระนอง, กระบี่, พังงา และภูเก็ต

ออกแบบปก/รูปเล่ม/จัดพิมพ์ที่

โรงพิมพ์เม็ดทราย: 1648 ถ.ราชดำเนิน ต.ท่าวัง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

โทรศัพท์: (075) 341-475, 081-8925960