

วัณโรค : ภารกิจที่ยังไม่จบสิ้น



> นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์

1. ทำไมวัณโรคยังเป็นปัญหาในประเทศไทย

1.1 ปัญหาในสายตาชาวโลก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) จัดให้ไทยเป็น 1 ใน 22 ประเทศที่เป็นประเทศที่มีภาระเรื่องวัณโรคสูง¹ (High Burden Countries : HBCs) ซึ่งหากเราพิจารณาเกณฑ์ของ WHO แล้ว จะเห็นว่าการจัดลำดับ HBCs อาจไม่ยุติธรรมนัก เนื่องจากใช้เกณฑ์จากยอดจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ไม่ใช่จากอัตราป่วย ซึ่งอัตราป่วยในประเทศไทยต่ำกว่าประเทศเล็ก ๆ (ที่มีประชากรน้อย) อื่น ๆ อยู่มากในเอเชีย เช่น ดิมอร์ เนปาล ภูฏาน และเกาหลีเหนือ ในแอฟริกาอีกประมาณ 20 ประเทศ ที่มีอัตราป่วยสูงกว่าไทย ดังนั้นการอยู่ในรายชื่อของ HBCs อาจไม่ใช่ปัญหาสำคัญที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบใน HBCs แล้วประเทศไทยมี Success rate อยู่ในลำดับท้าย ๆ (ประมาณที่ 17 จาก 22 ประเทศ) เราจึงอาจกล่าวได้ว่า **Success rate ที่ต่ำคือปัญหาที่แท้จริงของประเทศไทย** ผู้เชี่ยวชาญจากหลายประเทศเคยตั้งคำถามว่า ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขที่ดีมาก ทำไมจึงไม่ประสบความสำเร็จในการผลักดันให้ Success rate มากกว่า 85%

1.2 ปัญหาที่แท้จริง

กล่าวได้ว่า Success rate ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย (Success rate ในประเทศไทยเฉลี่ยไม่เคยถึง 80%) คือปัญหาที่แท้จริง ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุ² แล้วพบว่า เนื่องจากอัตราตาย (ประมาณร้อยละ 8) อัตราขาดยา (ประมาณร้อยละ 7) และผู้ป่วยที่ไม่นำมาประเมิน (ประมาณร้อยละ 14) ส่วนการดื้อยานั้นยังไม่เป็นปัญหามากนักในประเทศไทย โดยการเฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรคที่ดำเนินการโดยสำนักวัณโรค พบอัตราดื้อยา MDR ประมาณร้อยละ 0.9 – 2 ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา และมีแนวโน้มคงที่ ดังนั้นผู้เรียบเรียงจะขอวิเคราะห์ถึงสาเหตุของ Success rate ที่ต่ำทีละประเด็น ดังนี้

- อัตราตาย จากการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 พบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยวัณโรคนั้น เนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย³ (ประมาณร้อยละ 50) หากมีการวิเคราะห์ข้อมูลในพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจพบว่า HIV เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยวัณโรคเช่นกัน

- อัตราขาดยาที่สูงเนื่องมาจากการที่เราไม่ใช้มาตรการ DOTS มาดำเนินการอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ผู้เรียบเรียงขอย้ำอีกครั้งว่า DOTS ไม่ใช่แค่ DOT ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

- ผู้ป่วยที่ไม่นำมาประเมินซึ่งสูงถึง ร้อยละ 14 เกิดขึ้นจากการที่จำนวนผู้ป่วยในรอบรายงานการค้นหา (Case Finding Cohort) ถูกนำมาประเมินในรอบรายงานผลการรักษา (Treatment Outcome Cohort) ไม่ครบถ้วน ซึ่งสาเหตุหลักของการประเมินไม่ครบถ้วนอาจกล่าวได้ว่า เนื่องมาจากมาตรฐานของระบบการบริหารจัดการในการติดตามประเมินผล (ซึ่งเป็น 1 ใน 5 องค์ประกอบของ DOTS) ที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยบางพื้นที่ที่มีระบบการติดตามงานจากเขต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) ไปยังพื้นที่ (จังหวัดและอำเภอ) อย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่บางพื้นที่ที่ใช้วิธีการรอรายงาน ประกอบกับการสะท้อนกลับของข้อมูลจากส่วนกลาง (สำนักวัณโรค) ไปยังเขต จังหวัด อำเภอ และผู้บริหารระดับสูงในส่วนกลาง ก็ยังไม่มีการดำเนินการที่ต่อเนื่องจริงจัง ซึ่งปัญหานี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากที่สุดอีกประการหนึ่ง

2. การแก้ปัญหา

จากการที่องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมวัณโรคในระดับนานาชาติ (WHO, IUATLD, CDC, KNCV, ATS, World Care Council และ Stop TB Partnership) ทำการทบทวนยุทธศาสตร์งานควบคุมวัณโรค โดยสรุปเป็นเอกสารที่เผยแพร่ไปทั่วโลก (Stop TB Strategy⁴, International Standards for TB Care⁵, Patients' Charter for TB care⁶) นำมาประยุกต์เข้ากับสภาพปัญหาในประเทศไทยแล้ว พอจะสรุปมาตรการการแก้ปัญหา Success rate ที่ต่ำในประเทศไทยได้ ดังนี้

2.1 ดำเนินการมาตรการ DOTS อย่างจริงจังและมีคุณภาพ

ในประเทศไทยเจ้าหน้าที่หลาย ๆ ส่วนมักเข้าใจว่า DOTS = DOT (การรักษาแบบมีผู้สังเกตโดยตรง) ซึ่งความเป็นจริงแล้ว DOTS มี 5 องค์ประกอบ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาเพิ่ม Success rate โดยตรง คือ ข้อ 1 พันธสัญญา (Political Commitment) ข้อ 3 การรักษาด้วยระบบมาตรฐานภายใต้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (DOT ในอดีต) และข้อ 5 การมีระบบการตรวจสอบประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เมื่อนำมาประยุกต์กับสภาพปัญหาในประเทศไทย กิจกรรมที่ควรดำเนินการคือ

- การกำหนดให้มี Hospital TB Coordinator ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อเป็นการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงาน TB ในภาพรวมอย่างจริงจัง ซึ่ง Hospital TB Coordinator ที่จะเป็นผู้ที่ประสานงาน รวมทั้งการประเมินภาพรวมของงานดำเนินงาน TB ของโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- กำหนดให้มีการนิเทศตรวจสอบผลงานอย่างจริงจัง โดยในระยะ 1 - 3 ปีนี้ควรมีการนิเทศระดับอำเภอทุกไตรมาส ซึ่งอาจผสมผสานระหว่างการนิเทศและการจัด DOTS Meeting หมุนเวียนกันไป เพื่อเป็นการเรียนรู้วิธีการทำงานภายในพื้นที่
- กำหนดให้มีการประสานแจ้งข้อมูล (ที่ได้จากการนิเทศและ DOTS Meeting) ให้โรงพยาบาลเจ้าของพื้นที่ทราบเป็นระดับ เช่น เขตแจ้งจังหวัดและอำเภอเพื่อให้พื้นที่ทราบปัญหาที่แท้จริง
- จัดให้มีระบบการบริหารจัดการที่ดีทั้งในส่วนกลาง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ และสำนักงานวัณโรค) เขต (สำนักงานป้องกันควบคุมโรค) จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) อำเภอ (โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)

ในการประสานการใช้ข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับพื้นที่ โดยเฉพาะในส่วนกลางนั้น สำนักงานวัณโรคควรใช้ข้อมูลดังกล่าว Advocate ต่อผู้บริหาร (ปลัด อธิบดี ผู้ตรวจ ฯลฯ) อย่างเหมาะสม

2.2 มาตรการอื่น ๆ ที่ควรดำเนินการ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า HIV เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยวัณโรคสาเหตุหนึ่ง มาตรการที่ควรดำเนินการ คือ

- ให้คำปรึกษาเพื่อเจาะเลือดโดยวิธี Opt-Out (Provider-Initiated Counseling and Testing = PICT) ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย เพื่อทราบสถานการณ์ติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด
- ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ควรให้ยา ART⁷ และ Cotrimoxazole ตามข้อบ่งชี้โดยเร็วที่สุด เพื่อลดอัตราการตาย
- เพื่อเป็นเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต รวมทั้งการใช้โครงสร้างพื้นฐานอื่น ๆ ที่มีอยู่ให้เอื้อประโยชน์ต่อการควบคุมวัณโรค มาตรการอื่น ๆ ที่อาจดำเนินการควบคู่กันไป คือ
- พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย MDR-TB (Multiple Drug Resistance) และ XDR-TB (Extensive Drug Resistance)
- พัฒนาหน่วยงานชั้นสูตรเพื่อรองรับบริการการตรวจและทดสอบความไวต่อยา (Drug Susceptibility Testing : DST)
- เร่งรัดให้มีการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค (TB infection control) ในแหล่งเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เรือนจำ โรงพยาบาล เป็นต้น
- ติดตามประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทาง Disease management ของสปสช. อย่างเป็นระบบ
- พัฒนาความร่วมมือกับโรงพยาบาล หน่วยงานเอกชน และภาครัฐอื่น ๆ (Public-Private และ Public-Public Partnership : PPP)
- พัฒนาความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Global Tuberculosis Control : surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/2006.362).

2. Tuberculosis in Thailand: epidemiology and program performance, 2001-2005. Department of Disease Control, Ministry of Public Health
3. S. Akksilp, O. Karnkawinpong, J. Varma, et al. HIV voluntary counseling and testing in TB patients and high mortality among co-infected patients in Ubonratchathani Province, Thailand, 2003. Abstract presented in the IAC Conference, Bangkok 2004
4. Stop TB Strategy available at
http://www.who.int/tb/features_archive/stop_tb_strategy/en/index.html
http://www.who.int/tb/publications/2006/who_htm_tb_2006_368.pdf
5. International Standards for TB Care available at :
http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf
6. Patients' Charter for TB Care. Download available at :
www.worldcouncil.org/index.php?nSection=1&module=default&content=34
http://www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf
7. S. Akksilp, O. Karnkawinpong, W. Wattanaamornkiat, et al. Antiretroviral Therapy during Tuberculosis Treatment and Marked Reduction in Death Rate of HIV-Infected Patients, Thailand. Emerging Infectious Disease 2007; 7 (13):1001-1007.

Success and unfinished agenda in road traffic injury prevention

> นายแพทย์วิทยา ชาติบัญชาชัย

1. Principle role of MOPH in road traffic injury prevention

1.1 เป็นหน่วยงานหลักในการรวบรวมและนำเสนอข้อมูลการบาดเจ็บสู่สังคม

1.2 เป็นผู้นำในการวางแผน พัฒนาคำเนินการ ติดตาม ประเมินผล โดยประสานความร่วมมือกับภาคีอื่นๆ

1.3 ผลักดันให้เกิดองค์การความปลอดภัยทางถนนในทุกระดับ

1.4 ดำเนินงานเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน ในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

- ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ทั้งหมดของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงครอบครัว

- ผู้ป่วยและญาติที่เข้ามาใช้บริการในสถานที่ของกระทรวงสาธารณสุข

- primary care unit (PCU)

- เครือข่ายชุมชน