

ISSN 0125-7447

VOLUME 25

NUMBER 14

April 8, 1994

สารบัญ

INDEX

รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์

โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ พ.ศ.2533-2536

193

กองระบาดวิทยา มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและองค์การอนามัยโลก

ขอเชิญเข้าร่วม

การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 12

3-5 สิงหาคม 2537

ณ โรงแรมรามารการ์เด็นส์ ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์

โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ พ.ศ.2533-2536

Rapid Rise of TB/HIV Chiang Rai Regional Hospital, 1990-1993

การแพร่ระบาดของไวรัสเอดส์หรือไวรัสเอดส์ในประเทศไทยเริ่มในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเมื่อประมาณปี พ.ศ.2531 (1) ต่อมาได้มีการระบาดเข้าไปในกลุ่มหญิงขายบริการและชายนักเที่ยวในทุกภาคของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 เป็นต้นมาพบว่า การติดเชื้อไวรัสเอดส์ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีอัตราสูงสุดในพื้นที่เหนือ (2,3,4,5)

การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ในเดือนมิถุนายน 2536 สำหรับการติดเชื้อเอดส์ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นจังหวัดเหนือสุดของประเทศไทยและมีประชากรประมาณ 1.2 ล้านคน พบดังนี้ โสเภณีทางตรงมีอัตราการติดเชื้อไวรัสเอดส์ร้อยละ 46.5 (54 จาก 116) โสเภณีแอบแฝง ร้อยละ 30.2 (67 จาก 222) ผู้ชายที่มาตรวจจากโรค ร้อยละ 16.2 (18 จาก 111) เลือดที่บริจาค ร้อยละ 1.7 (119 จาก 1122) หญิงที่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 6.2 (9 จาก 146) และผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 58.3 (7 จาก 12)

วัณโรคก็เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งของจังหวัดเชียงราย ข้อมูลจากทะเบียนวัณโรคของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ.2535 มีการรายงานผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากจังหวัดเชียงราย จำนวน 757 ราย โดยจังหวัดเชียงรายได้มีการให้ BCG แก่ทารกแรกเกิดเป็นประจำตั้งแต่ปี พ.ศ.2520 รายงานนี้เป็นการเสนอผลการวิเคราะห์ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 ถึง พ.ศ.2536

เพื่อประเมินผลกระทบของการแพร่ระบาดของการติดเชื้อไวรัสเอดส์ต่อสถานการณ์วัณโรค ทั้งนี้ ทางโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ ได้ดำเนินการให้มีการตรวจเลือด เพื่อหาการติดเชื้อไวรัสเอดส์ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย แบบ confidential testing ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2533

การวินิจฉัยวัณโรคในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ประกอบด้วย การซักประวัติและตรวจร่างกาย การตรวจทางเอ็กซเรย์ การตรวจเสมหะหาเชื้อ AFB และการตรวจทางพยาธิวิทยาในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ส่วนการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อไวรัสเอดส์นั้น ใช้การตรวจ Enzyme Immunoassay (EIA) โดยการตรวจดังกล่าว จะต้องให้ผลบวกต่อ EIA 2 ครั้งจึงจะถือว่าให้ผลบวกสำหรับเชื้อไวรัสเอดส์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 (4 จาก 260) ในปีงบประมาณ 2533 เป็นร้อยละ 31.4 (107 จาก 341) ในปีงบประมาณ 2536 โดยมีการเพิ่มขึ้นในแต่ละปีตามที่แสดงในรูปที่ 1 (Chi-square for linear trend, $p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อไวรัสเอดส์พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์มักจะมีอายุน้อยกว่า มีสัดส่วนที่เป็นเพศชายมากกว่า และมีอัตราการป่วยตายสูงกว่า ตามตารางที่ 1 การที่มีการเพิ่มขึ้นของวัณโรคในผู้ใหญ่ที่อายุน้อยโดยสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอดส์นี้ ทำให้การกระจายของจำนวนผู้ป่วยวัณโรคตามกลุ่มอายุเปลี่ยนแปลงไปโดยมี peak เพิ่มขึ้นอีกแห่งหนึ่ง ตามรูปที่ 2

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2531 ทางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ได้เริ่มรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นซึ่งประกอบด้วย isoniazid (INH), rifampicin, และ pyrazinamide (หรือ ethambutol) โดยในปีงบประมาณ 2536 พบว่าร้อยละ 96 ของผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ในปีงบประมาณ 2532 ทางโรงพยาบาลได้ริเริ่มให้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยวัณโรค ทำให้อัตราการรักษาครบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66 ในปีงบประมาณ 2531 เป็นร้อยละ 70-80 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2532 เป็นต้นมา อัตราการรักษาครบไม่แตกต่างกันในระหว่างผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อไวรัสเอดส์

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอดส์นั้น เป็นปัญหาที่ท้าทายระบบบริหารสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่ง ทางโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จึงได้ริเริ่มโครงการ การป้องกันวัณโรคด้วยยา INH ในผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2536 เป็นต้นมา โดยให้ขนาด 300 มก.ต่อวันเป็นเวลา 9 เดือน

ผู้รายงาน : นพ.วัฒน์ อุทัยวรวิทย์, นพ.วิชัย พานิช, พญ.พัชรี ชันติพงษ์, บุษบา ชัยมณี โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, Dr.Hideki Yanai, นพ.ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Baltimore MD, USA, นพ. ภาสกร อัครเสวี ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, นพ.นครชิต ติมปาญญนารัตน์, Dr.Timothy D Mastro The HIV/AIDS Collaboration นนทบุรี

(อ่านต่อหน้า 200)

การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ

LABORATORY SURVEILLANCE

ตารางที่ 3 สรุปผลการแยกเชื้อจุลินทรีย์และปรสิตที่ทำให้เกิดโรค ประเทศไทย
ประจำสัปดาห์ที่ 11 (13-19 มีนาคม 2537)

Table III Summary-Identification of Specified Bacteria,Virus and Protozoa ,Thailand,
Week ending , March 13-19, 1994(11th week)

Organism	Total	Cum	Positive*		Province	Cum Positive**	
	exam.	exam.	no.	%		no.	%
Rabies	134	1245	69	51.49	11	654	52.53
B.anthraxis	0	111	0	0.00	0	0	0.00
B.pertussis	0	207	0	0.00	0	0	0.00
C.diphtheriae	28	1118	0	0.00	0	0	0.00
E.histolytica	983	17890	14	1.42	5	211	1.18
Escherichia coli	2639	19058	16	0.61	6	540	2.83
Salmonella spp.	3223	29529	40	1.24	9	361	1.22
Salmonella typhi	3028	27707	0	0.00	0	17	0.06
Shigella spp.	3250	31048	30	0.92	12	356	1.15
S.aureus	2712	42732	62	2.29	17	1734	4.06
Streptococcus spp.	2328	41282	36	1.55	12	695	1.68
Vibrio para.	2259	32355	33	1.46	6	587	1.81
Plasmodium falciparum	4479	62277	15	0.33	7	474	0.76
Plasmodium vivax	4479	57771	2	0.04	2	138	0.24
Plasmodium unspecified	4479	60504	0	0.00	0	184	0.30
Trichinella spiralis	405	7908	0	0.00	0	0	0.00

* Province = จำนวนจังหวัดที่ตรวจพบเชื้อ, **Cum positive = จำนวนพบเชื้อสะสมตั้งแต่วันที่
แหล่งข้อมูลหน่วยชั้นสูตรสาธารณสุข กองมาตรฐานชั้นสูตรสาธารณสุข

ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ (ต่อจากหน้า 194)

บทบรรณาธิการ: ปัญหาวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอดส์ เป็นปัญหาที่ถูกพิสูจน์ว่ามีความเกี่ยวพันกันอย่างยิ่งจากการศึกษาในประเทศแถบทวีปแอฟริกา (6) ปัญหาดังกล่าว ได้รับการกล่าวถึงมากขึ้นเรื่อยๆ ในทวีปเอเชีย ซึ่งมีการระบาดของ การติดเชื้อไวรัสเอดส์อย่างแพร่หลาย บทความนี้แสดงให้เห็นชัดว่าปัญหาดังกล่าวได้เกิดขึ้นจริงในภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นศูนย์กลาง (epicenter) ของการระบาดของ การติดเชื้อไวรัสเอดส์แห่งหนึ่งในทวีปเอเชีย

ก่อนที่จะเริ่มการระบาดของ การติดเชื้อไวรัสเอดส์ในประเทศไทย โครงการควบคุมวัณโรค (National TB Program) ของประเทศไทยประสบผลสำเร็จพอสมควร การสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติพบว่า อัตราการตอบสนองทางผิวหนังต่อ tuberculin (> 10 มม.) ลดลงจากร้อยละ 78 ในปี พ.ศ. 2505 เหลือเพียงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2534 ในกลุ่มอายุ 20-39 ปี ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ด้วยในช่วงเวลาเดียวกัน อัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรครายปี (annual risk of infection) ได้ลดลงจากร้อยละ 3.8 เป็นร้อยละ 1.7 (7)

ข้อมูลจากโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์ว่า ทำให้การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยวัณ โรคจริง ไม่เพียงแต่การเพิ่มขึ้นของอัตราการติดเชื้อไวรัสเอดส์ในผู้ป่วย วัณโรคตามที่ได้มีรายงานในส่วนอื่นของประเทศเท่านั้น (8)

ฉะนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการศึกษาและพัฒนากลยุทธ์อื่นๆ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว เช่น การพัฒนาประสิทธิภาพของการค้นหาผู้ป่วย การเฝ้าระวังแบบแผนความไวต่อยาต้านวัณ โรค และการเฝ้าระวังการถ่ายทอดเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล นอกจากนั้นมีการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การป้องกัน วัณโรคด้วยยาต้านวัณโรคโดยเฉพาะ INH เป็นวิธีการที่ได้ผลในการป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ (9) จึงสมควรที่จะประเมินความเป็นไปได้และประสิทธิภาพของการให้ยาต้านวัณโรค เพื่อป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ในคลินิกให้คำปรึกษาในประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Weniger BG, Limpakarnjanarat K, Ungchusak K, et al. The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thailand, AIDS 1991; 5 (suppl. 2) : S71-S85.
2. Nopkesorn T, Mastro TD, Sangkharomya S, et al HIV-1 infection in young men in northern Thailand. AIDS 1993; 7:1233-1239.
3. Nelson KE, Celentano DD, Suprasert S, et al. Risk factors HIV infection among young adult men in northern Thailand. JAMA 1993; 270:955-960
4. Sirisopana N, Torugsa K, Carr J, et al. Prevalence of HIV-1 infection in young men entering the Royal Thai Army, IX International Conference on AIDS, Berlin, Germany, June 1993. Abstract PO-CO8-2778.
5. Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Yindeeyoungyeon W, Schmid S, Sarafian S, Weniger BG. STDs in female prostitutes in northern Thailand. IX International Conference on AIDS, Berlin, Germany, June 1993. Abstract PO-C10-2820.
6. De Cock KM, Soro B, Coulibaly IM, Lucas SB, Tuberculosis and HIV infection in sub-Saharan Africa, JAMA 1992; 268:1581-1587.
7. Payanandana V, Bamrungtrakul T, Konjanart S, Sriyabhaya N. Report on an internal evaluation of the National Tuberculosis Program, Thailand, 1993. TB Division, Thai Ministry of Public Health, 1993.
8. Wiriyakitjar D, Rattanadilok Na Phuket T, Rienthong J, Kowathana K, Surveillance of HIV infection among TB patients in Bangkok Chest Clinic, Thai AIDS J 1992; 4(1): 4-19
9. Pape JW, Jean SS, Ho JL, Hafner A, Johnson WD Jr. Effect of isoniazid prophylaxis on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection. Lancet 1993; 342:268-272.
10. Narain JP, Raviglione MC, Kochi A. HIV-associated tuberculosis in developing countries: epidemiology and strategies for prevention. Tubercle Lung Dis 1992; 73:311-321

Table 1 : Comparisons of characteristics of TB patients by HIV sero-status

Characteristics	HIV (+) TB patients (n=190)	HIV (-) TB patients (n=970)	Statistics and remarks (OR): Odds ratio of being a certain status for HIV (+) compared with HIV (-)
Age			
- mean	31.9	48.5	Student's T-Test $P < 0.001$
- median	30	50	
Sex			
- male	168 (88.4%)	677 (69.8%)	OR of being male = 3.30 95%CI (2.03, 5.41), $p < 0.0001$
- female	22	293	
Race			
- Thai	180	866	OR of being Thai = 2.16 95%CI (1.07, 4.49), $P = 0.02$
- Hill tribe	9	102	
- Foreigners	1	2	
AFB			
- Positive	80	423	OR of being AFB (+) excluding unknown = 0.96 95%CI (0.69, 1.34) $p = 0.82$
- Negative	103	525	
- Unknown	7	22	
Site			
- Pulmonary	166	879	OR of Pulmonary TB vs Extra Pulmonary TB = 0.72 95%CI (0.43, 1.19), $p = 0.17$
- Lymph Node	16	54	
- Meningitis	7	20	
- Other TB	1	17	
CD 4 count level			
- < 200	23 (60.5%)	0 (0%)	Limited to among newly diagnosed TB cases during Apr.- Sep., 1992
- 200 - 399	8 (21.1%)	4 (9.1%)	
- > 400	7 (18.4%)	40 (90.9%)	
Compliance rate (Completion rate)	77.8%	80.9%	OR of completion of treatment = 0.83 95%CI (0.38, 1.83) $p = 0.60$
Mortality rate	65.7%	11.2%	OR of death = 16.4 95%CI (19.9, 27.2) TB patients who have lower CD4 have a higher mortality rate.

Fig. 1 TB cases, Chiangrai Hospital
(FY1985-1993)

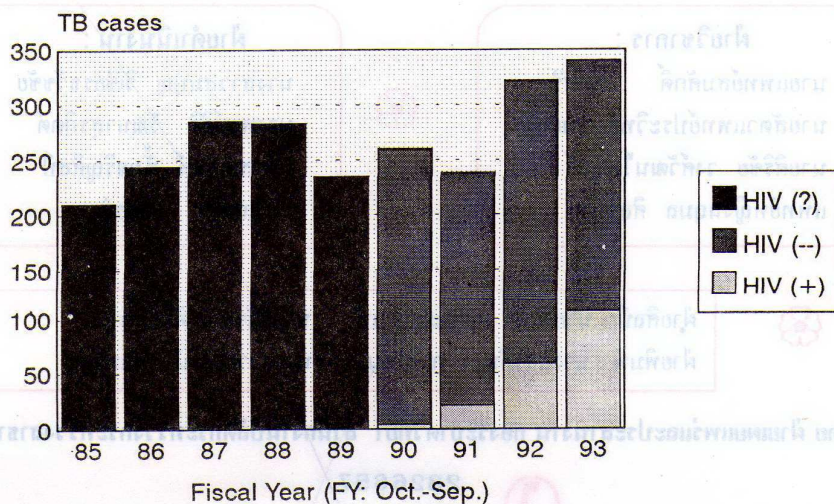


Fig. 2 Age distribution of TB cases
Chiangrai Hospital (FY1990-1993)

