

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ภายใต้รูปแบบการดำเนินงาน Non-Family DOT ของโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2550-2558

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ พ.บ., วท.ม. (ระบาศาตราวุฒยา)*

วิเชียร ตระกูลกลกิจ ส.บ.**

สากุล คมขำ ส.บ.**

เสริมสุข รัตนสุวรรณ ส.บ.***

*สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราชได้ดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้าแบบไม่มอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง (non-family DOT) มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 แต่ยังมีผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 25.61 โดยส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิต ทำให้จำเป็นต้องศึกษาแบบ retrospective cohort study เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยในปีงบประมาณ 2550-2558 มีจำนวนผู้ป่วยที่นำมาศึกษาได้ 1,002 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ทราบผลการตรวจเลือด HIV มีโอกาสเสี่ยง (relative risk) ในการเสียชีวิตสูงเป็น 5.40 เท่า (95% CI 3.68-7.91) และ 7.90 เท่า (95% CI 5.41-11.52) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV ดังนั้น จึงควรศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ร่วมกับการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ที่อาจจะช่วยลดโอกาสเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลงได้ และควรเน้นในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาให้มีการตรวจเลือด HIV ในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย เพื่อจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใดมีการติดเชื้อ HIV บ้าง และจะได้ให้การดูแลรักษาด้าน HIV อย่างเหมาะสมในการป้องกันการเสียชีวิตต่อไป

บทนำ

วัณโรคยังเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาด้านวัณโรคสูงทั้งสามด้านคือ ปัญหาวัณโรคสูง ปัญหาวัณโรคกับเอชไอวี และปัญหา

วัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานสูง¹ แผนงานวัณโรคแห่งชาติได้นำกลยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Treatment, Short-course) มาประยุกต์ใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา² กลยุทธ์ DOTS มีองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งคือ DOT (Directly-Observed Treatment) หรือการมีพี่เลี้ยงดูแล

ผู้ป่วยให้รับประทานยาต่อหน้า³ แต่หลายพื้นที่ได้ทำ DOT โดยมอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง⁴⁻⁵ ซึ่งอาจส่งผลให้ได้ผลการรักษาไม่ดี โรงพยาบาลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียง ได้เริ่มดำเนินการทำ DOT เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอท่าศาลาและอำเภอนบพิตำ โดยไม่มอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง หรือ non-family DOT⁶⁻⁷ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม พบว่าในปีงบประมาณ 2550-2557 โรงพยาบาลท่าศาลามีผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์สูงร้อยละ 25.61 ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 64.66 ของผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหมด⁸ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคที่โรงพยาบาลท่าศาลาหรือไม่ เพื่อจะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบ retrospective cohort study โดยเป็นการเก็บข้อมูลทบทวนย้อนหลังในทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2550-2558 (1 ตุลาคม 2549 ถึง 30 กันยายน 2558) รวมเป็นระยะเวลา 9 ปี ร่วมกับการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็น ได้แก่ บัตรการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ประเภทผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคือผู้ป่วยรายใหม่ (new) ทุกราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก (ย้อมเสมหะพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์) ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ (ย้อมเสมหะไม่พบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์) ผู้ป่วยทุกรายได้เริ่มการรักษาด้วยสูตร 2HRZE/4HR โดยในการรักษาเข้มข้นระยะแรกใช้เวลา 2 เดือนให้ยา 4 ขนาน คือ isoniazid (H), rifampicin (R), pyrazinamide (Z) และ ethambutol (E) และต่อด้วยการรักษาต่อเนื่องใช้เวลา 4 เดือนให้ยา 2 ขนาน คือ isoniazid (H) และ rifampicin (R)

นิยามประเภทผู้ป่วยการขึ้นทะเบียนรักษาและผลการรักษา เป็นไปตามนิยามของแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ⁹ และนิยามขององค์การอนามัยโลก¹⁰

นิยามของ “การเสียชีวิต” หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ ส่วน “การไม่เสียชีวิต” หมายถึง ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ตลอดระยะเวลาของการรักษาจนมีผลการรักษาวัณโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้จัดประเภทผู้ป่วยตามตัวแปรต้นที่สามารถเก็บข้อมูลมาได้ ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทผู้ป่วย สถานะการติดเชื้อ HIV จากนั้นจึงพิจารณาผลการรักษาของผู้ป่วยตามประเภทผู้ป่วยแต่ละรายนั้น หลังจากนั้น ได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการคำนวณอัตราเสี่ยง (relative risk) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval หรือ 95% CI) ซึ่งเป็นกรณีวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis)

โครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 071/ปี พ.ศ. 2559

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวนทั้งหมด 1,056 รายในรอบปีงบประมาณ 2550-2558 (ตารางที่ 1) แต่ไม่สามารถประเมินผลการรักษาวัณโรคได้จำนวน 54 ราย โดยส่วนใหญ่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเสมหะลบ ดังนั้น จึงคงเหลือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่สามารถนำมาศึกษาได้ 1,002 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตทั้งหมด 164 ราย (ร้อยละ 16.37) และไม่เสียชีวิต (ผลการรักษาเป็นอย่างอื่น) จำนวน 838 ราย (ร้อยละ 83.63)

ตารางที่ 1. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา ปีงบประมาณ 2550-2558

	ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่						ไม่ประเมินผล	รวม
	เสียชีวิต	ไม่เสียชีวิต						
		รักษาหาย	รักษาครบ	รักษาล้มเหลว	ขาดการรักษา	ส่งต่อไม่ทราบผล		
จำนวน	164	452	301	26	39	20	54	1,056
		838						1,002
ร้อยละ	16.37	83.63						100.00

ในระหว่างการดูแลรักษาวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) แต่ผู้ป่วยที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 15-54 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีอัตราเสี่ยง (relative risk) 1.68 เท่า นอกจากนี้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบและผู้ป่วยวัณโรคปอดปอดมีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก 1.97 เท่าและ 1.78 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ใช่ผลการตรวจเลือด HIV มีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีการติดเชื้อ HIV ถึง 5.40 เท่าและ 7.90 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา ปีงบประมาณ 2550-2558

ปัจจัย	ตัวแปร	จำนวนทั้งหมด	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราเสี่ยง Relative Risk	95% CI
เพศ	ชาย	730	124	1.16	0.83-1.60
	หญิง	272	40	กลุ่มอ้างอิง	-
อายุ	15-54 ปี	667	89	กลุ่มอ้างอิง	-
	55 ปีขึ้นไป	335	75	1.68	1.27-2.22
ประเภทผู้ป่วยวัณโรค	เสมหะบวก	592	71	กลุ่มอ้างอิง	-
	เสมหะลบ	246	58	1.97	1.44-2.69
	นอกปอด	164	35	1.78	1.23-2.57
การติดเชื้อ HIV	HIV ลบ	625	34	กลุ่มอ้างอิง	-
	HIV บวก	235	69	5.40	3.68-7.91
	ไม่มีผล	142	61	7.90	5.41-11.52

หมายเหตุ: 95% CI (95% confidence interval) คือ ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ตารางที่ 3. อัตราการทราบผลเลือด HIV อัตราการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มที่ทราบผลเลือด HIV และอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา ปีงบประมาณ 2550-2558 จำแนกรายปี

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	อัตราการทราบผลเลือด HIV (%)	อัตราการติดเชื้อ HIV (%)	อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มติดเชื้อ HIV (%)
2550	127	70.87	55.56	28.00
2551	143	79.72	37.72	25.58
2552	130	86.15	27.68	19.35
2553	108	93.52	24.75	32.00
2554	109	92.66	20.79	33.33
2555	93	91.40	10.59	11.11
2556	92	81.52	22.67	35.29
2557	104	92.31	22.92	45.45
2558	96	89.58	19.77	35.29
รวม	1,002	85.83	27.33	29.36

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเฉพาะที่ติดเชื้อ HIV มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วง 3 ปีล่าสุดที่ทำการการศึกษา คือ ปีงบประมาณ 2556-2558 โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 35.29-45.45 (ตารางที่ 3) อย่างไรก็ตาม อัตราการทราบผลการตรวจเลือด HIV มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับร้อยละ 90 เป็นส่วนใหญ่ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา นอกจากนี้ แม้ผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลจะมีอัตราการติดเชื้อ HIV ที่มีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังคงมีอัตราการติดเชื้อ HIV สูงอยู่ที่ระดับประมาณร้อยละ 20 ในช่วง 3 ปีล่าสุด

วิจารณ์

ในภาพรวมของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของโรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 16.37 (ตารางที่ 1) แต่การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเฉพาะผู้ติดเชื้อ HIV มีอัตราสูงมากถึงร้อยละ 29.36 (ตารางที่ 3) และมีแนวโน้มสูงขึ้น อาจกล่าวได้ว่า เกือบหนึ่งในสามของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ด้วยจะมีโอกาสเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรค โดยปีงบประมาณ 2557 มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 45.45 หรือเกือบครึ่งหนึ่ง ซึ่งนับว่าสูงมาก และในช่วง 3 ปีล่าสุดก็อยู่ในระดับไม่ต่ำกว่าร้อยละ 35 จึงควรทำการศึกษาค้นคว้าหาสาเหตุหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV เพื่อป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตลง

ในการศึกษานี้ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า เพศชายมีอัตราเสี่ยงที่จะเสียชีวิตไม่แตกต่างจากเพศหญิงโดยมี aOR (adjusted odds ratio) 0.51 (95% CI 0.25-1.48)¹¹

ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป พบว่า มีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิต 1.68 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 15-54 ปี (ตารางที่ 2) โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษาในพื้นที่ขอนแก่น ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี โดยมีค่า aOR 9.42 (95% CI 0.99-89.10)¹¹ ทั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาที่ขอนแก่นเป็นการเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุน้อย ทำให้ได้ค่าอัตราเสี่ยงสูงกว่าในการศึกษาน้อยอย่างชัดเจน ทำให้พอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุมากจะมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากเหล่านี้มักมีปัจจัยต่างๆ หลายอย่างนอกเหนือจากการป่วยเป็นวัณโรค ที่น่าจะมีผลทำให้เสียชีวิตได้ ได้แก่ ภาวะหรือโรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจพบร่วมด้วย จึงควรศึกษาหารายละเอียดเหล่านี้เพิ่มเติมร่วมกับควรใช้การ

วิเคราะห์เชิงสถิติที่ควบคุมปัจจัยรบกวน (confounders) เหล่านี้ด้วย จะทำให้ได้โอกาสเสี่ยงที่แท้จริงของการเสียชีวิตจากวัณโรคได้ ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีเสมหะลบและกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดนอกปอดในการศึกษานี้ พบว่า มีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก 1.97 และ 1.78 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ (ตารางที่ 2) ก็อาจเกิดจากการมีปัจจัยรบกวนอื่นๆ มาเกี่ยวข้องเช่นเดียวกัน จึงควรดำเนินการศึกษาเพิ่มเติมในทำนองเดียวกันด้วย อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบและวัณโรคปอดนอกปอดนี้มักมีการติดเชื้อ HIV ร่วมอยู่ด้วย จึงควรใช้การวิเคราะห์เชิงสถิติที่ควบคุมปัจจัยรบกวนการติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย น่าจะทำให้สามารถสรุปผลได้ชัดเจนยิ่งขึ้นด้วย

ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วยมีโอกาสเสี่ยงจะเสียชีวิตสูงมากเป็น 5.40 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV (ตารางที่ 2) และอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มที่ติดเชื้อ HIV นี้ยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วย (ตารางที่ 3) แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการให้ยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ก็ตาม แต่ผลการศึกษาในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบนในปี 2553 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV เสียชีวิตร้อยละ 11.0 ซึ่งน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ HIV เล็กน้อย (ร้อยละ 14.4)¹² ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาหารายละเอียดปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชิงลึกต่อไปว่า ทำไมผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV ในการศึกษานี้จึงมีความเสี่ยงจะเสียชีวิตสูงกว่าผลการศึกษานอื่น พร้อมทั้งควรทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งป่วยเป็นวัณโรคอยู่ด้วย เพื่อปรับปรุงหรือหาแนวทางที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อไป ส่วนกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีผลการตรวจเลือด HIV พบว่า จะยังมีโอกาสเสี่ยงจะเสียชีวิตสูงมาก โดยมี relative risk สูงถึง 7.90 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ติดเชื้อ HIV โดยมีผลสอดคล้องกับการศึกษาเดียวกันข้างต้นในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบนที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ทราบผลการติดเชื้อ HIV เสียชีวิตร้อยละ 23.9 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ HIV¹² ดังนั้น

แม้ว่าในการศึกษาที่โรงพยาบาลท่าศาลาครั้งนี้จะพบว่า มีอัตราการทราบผลตรวจเลือด HIV สูงถึงประมาณร้อยละ 90 ในช่วงหลายปีล่าสุดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นมา (ตารางที่ 3) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายดำเนินการที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์โรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 ที่กำหนดเป้าหมายไว้ว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคควรมีผลตรวจ HIV บันทึกไว้ในฐานข้อมูลผู้ป่วยโรค ใน พ.ศ. 2561¹³ แต่ก็ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเน้นในการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาให้มีการตรวจเลือด HIV ในผู้ป่วยโรค “ทุกราย” ตามที่กำหนดไว้ในคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาโรค ปี 2560¹⁴ อันน่าจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้อีก เพราะในกลุ่มที่ไม่มีผลตรวจเลือด HIV นี้ อาจมีผู้ป่วยหลายรายที่มีการติดเชื้อ HIV ร่วมอยู่ด้วย หากพบว่ารายใดมีการติดเชื้อ HIV ก็จะได้ให้การดูแลด้านการติดเชื้อ HIV ไปด้วยในขณะที่กำลังรักษาโรค ก็น่าจะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตลงได้

อัตราการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโรค ในช่วง 2 ปีแรกที่ทำศึกษา คือ ปีงบประมาณ 2550-2551 มีอัตราที่สูงมาก คือ ร้อยละ 55.56 และ 37.72 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) อาจเนื่องมาจากยังมีความครอบคลุมของการเจาะเลือดตรวจ HIV ยังไม่สูงนัก (ไม่ถึงร้อยละ 80) กล่าวคือ อาจได้เจาะเลือดตรวจเฉพาะกลุ่มที่มีความสงสัยหรือมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ HIV ทำให้อัตราการติดเชื้อ HIV จึงสูงไปด้วย แต่เมื่อมีความครอบคลุมของการเจาะเลือดตรวจ HIV มากยิ่งขึ้นก็ในปีงบประมาณต่อๆ มา ก็ดูเหมือนว่ามีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 3) แต่ก็ยังคงอยู่ในระดับประมาณร้อยละ 20 ซึ่งยังสูงอยู่กว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ ที่มีอัตราการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโรคร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2558¹⁵ ดังนั้น การพิจารณาให้ยาป้องกันการป่วยเป็นโรคกับผู้ติดเชื้อ HIV ที่ยังไม่ป่วยเป็นโรค ก็อาจจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะลดการป่วยโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV นี้ได้¹⁶

ข้อจำกัดสำคัญของการศึกษาแบบ retrospective cohort study คือ ความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในงานบริการปกติ ทำให้มีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของข้อมูล

เพราะไม่ได้วางแผนเพื่อการศึกษาวิจัยเป็นหลักมาก่อน ทำให้ได้ปัจจัยที่มีข้อมูลค่อนข้างครบถ้วนสมบูรณ์เพียง 4 ปัจจัยเท่านั้นสำหรับการศึกษานี้คือ เพศ อายุ ประเภทผู้ป่วยโรค และสถานะติดเชื้อ HIV แต่จุดแข็งของรูปแบบการศึกษาแบบนี้ คือ สามารถคำนวณอัตราเสี่ยงเป็น relative risk ได้ ซึ่งดีกว่าการศึกษาแบบย้อนหลังหรือ case-control study ที่คำนวณอัตราเสี่ยงได้เป็นเพียง odds ratio เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาและวางแผนในการวิเคราะห์ข้อมูลแบบตัวแปรหลายตัว (multi-variate analysis) เพื่อจะควบคุมตัวแปรกวนที่อาจมีอยู่ (potential confounders) จะทำให้ได้ผลการศึกษาที่ดีมากขึ้น

สรุป

จากการศึกษาแบบ retrospective cohort study นี้ พบว่าผู้ป่วยโรคที่ติดเชื้อ HIV มีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตเป็น 5.40 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคที่ไม่มีการติดเชื้อ HIV จึงควรศึกษาเพิ่มเติมว่าทำไมผู้ป่วยโรคที่ติดเชื้อ HIV จึงมีโอกาเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ติดเชื้อ HIV รวมทั้งควรทบทวนกระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV ซึ่งป่วยเป็นโรคด้วย เพื่อหาแนวทางปรับปรุงประสิทธิภาพการดูแลรักษาให้ดีขึ้น ซึ่งน่าจะช่วยป้องกันการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ ส่วนผู้ป่วยโรคที่ไม่มีการตรวจเลือด HIV มีโอกาสเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงถึง 7.90 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคที่ไม่มีการติดเชื้อ HIV ดังนั้น จึงควรเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาให้มีการตรวจเลือด HIV ในผู้ป่วยโรคทุกราย เพื่อจะทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรครายใดมีการติดเชื้อ HIV บ้าง และจะได้ให้การดูแลรักษาตาม HIV อย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการเสียชีวิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์กิตติ รัตนสมบัติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคของโรงพยาบาลเพื่อทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. WHO/HTM/TB/2017.23. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. สำนักวัณโรค. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ. ทำไมต้องรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วย DOT? วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2544; 22: 195-8.
4. กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด, ปราณีย์ อ้ายจุ่ม. การควบคุมวัณโรคตามแนวทางการรักษาวัณโรคแบบมีพีเลี้ยง (DOTS) จังหวัดตาก ปีงบประมาณ 2544-2546. วารสารวัณโรคโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2547; 25: 193-8.
5. Anuwatnonthakate A, Limsomboon P, Nateniyom S, et al. Directly observed therapy and improved tuberculosis treatment outcomes in Thailand. PLoS ONE 2008;3: e3089. doi:10.1371/journal.pone.0003089
6. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, ชลดา ยวนแหล, ผกาวัลย์ แดหาว. การดำเนินงาน DOT (Directly-Observed Treatment) โดยมอบหมายการเป็นพีเลี้ยงให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2542-2543. สงขลานครินทร์เวชสาร 2545; 20: 69-78.
7. Rattanasuwan P, Yuanlae C, Daewa P, Imduang K. 12-Year treatment outcomes of tuberculosis patients: a full-scale non-family DOT model in Thailand. Walailak J Sci Tech 2015; 12: 587-93.
8. พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, วิเชียร ตระกูลกลกิจ, สากล คมขำ, เสริมสุข รัตนสุวรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลการรักษาวัณโรคที่ไม่พึงประสงค์ภายใต้รูปแบบการทำ DOT ที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: การศึกษาแบบ retrospective cohort. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560; 24: 57-64.
9. สำนักวัณโรค. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ 2551. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
10. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. 3rd ed. WHO/CDS/TB 2003.313. Geneva: World Health Organization; 2003.
11. วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23: 22-34.
12. พัฒนา โพธิ์แก้ว, อภิญา เชื้อสุวรรณ, วรรัตน์ อิ่มสงวน, และคณะ. การศึกษาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในพื้นที่เขตภาคเหนือตอนบน. วารสารวัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต 2556; 34: 51-62.
13. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564. เอกสารอิเล็กทรอนิกส์. <https://www.tbthailand.org/> สืบค้นข้อมูลวันที่ 3 มกราคม 2561.
14. สำนักวัณโรค. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2560.
15. สำนักวัณโรค. ผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรคประเทศไทย ปีงบประมาณ 2552-2558. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
16. World Health Organization. Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva: World Health Organization; 2011.

Abstract: Rattanasuwan P*, Trakulkolkit W**, Komkarm S**, Rattanasuwan S***. Factors Associated with Deaths of New TB Patients under Non-Family DOT, Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province, the Fiscal Year 2007-2015. Thai J Tuberc Chest Dis Crit Care 2018; 37: 35-41.

**School of Medicine, Walailak University, Nakhon Si Thammarat.*

***Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat, Ministry of Public Health.*

****Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health.*

Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat province, has implemented non-family DOT for treating TB patients since the fiscal year 2007. However, the undesirable TB treatment outcomes have been as high as 25.61% with a high proportion of death. Therefore, the retrospective cohort study was needed to find out factors that might be associated with deaths among new TB patients. During the fiscal year 2007-2015, one thousand and two cases were included in the study. HIV-positive TB patients and TB patients without HIV results had the probabilities of death with relative risks 5.40 times (95% CI 3.68-7.91) and 7.90 times (95% CI 5.41-11.52) respectively, compared with HIV-negative TB patients. Factors associated with TB deaths among HIV-infected cases should be further studied and HIV care should be reviewed to improve effectiveness of care. Furthermore, HIV counseling should be intensified for all TB patients to get their HIV status for providing HIV care to prevent deaths.