

วัณโรค...มหันตภัยใกล้ตัวคุณ

สมพงษ์ ศรีแสนปาง*

สมเดช พินิจสุนทร*

ประสพสุข ศรีแสนปาง**

*ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Tuberculosis : the danger close to you!

*Sompong Srisaenpang,MD

*Somdej Pinitsoonthorn, MD,MPH

**Prasopsuk Srisaenpang,BSc,MSc

**Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.*

***Department of Fundamental Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.*

Tuberculosis is the common fatal disease in many developing countries including Thailand where its trends in morbidity and mortality are increasing because of the epidemic of HIV infection throughout the countries. However, tuberculosis can be cured by completing ambulatory course of chemotherapy, regular drugs taking, within only four to six months. The majority of tuberculosis patients need no hospitalization for treatment. To control tuberculosis effectively, for preventing us and our relatives from illness and dying of tuberculosis, we need serious cooperation from the government and community to find out, as early as possible and as much as possible, the infectious cases of tuberculosis and sputum-smear positive patients, and render them permanently no longer infections by short course chemotherapy.

บทนำ

ในปัจจุบันนี้มีผู้ติดเชื้อวัณโรคทั่วโลกประมาณ 1,700 ล้านคน หรือทุกๆ 3 คนของพลเมืองโลกจะมีผู้ติดเชื้อวัณโรค 1 คน ในจำนวนนี้อาศัยอยู่ในประเทศ

แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ถึง 1 คนในทุกๆ 4 คนของผู้ติดเชื้อวัณโรค ผู้เชี่ยวชาญได้ประมาณว่าในปี พ.ศ.2533 มีผู้ที่ติดเชื้อจนล้มป่วยด้วยวัณโรคเกิดเพิ่มขึ้นทั่วโลกอีก 8 ล้านคน และจะตายด้วยวัณโรคมากกว่า

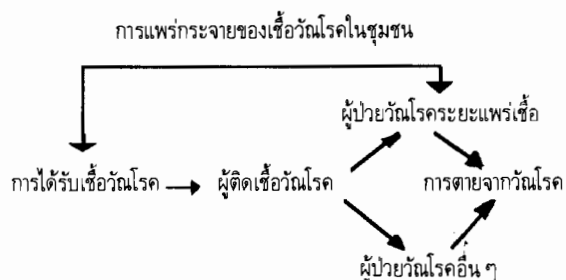
2 ล้าน 6 แสนคน^(1,2,3,4,5,6) ซึ่งถ้าคิดเทียบกับสาเหตุการตายอื่น ๆ แล้วจะพบว่าทุก ๆ 15 คนที่ตายในประเทศกำลังพัฒนา (ซึ่งรวมประเทศไทยด้วย) จะมีสาเหตุการตายมาจากวัณโรค 1 คนเสมอ^(2,7) ผู้เชี่ยวชาญได้คาดหมายว่า ผู้ที่ตายจากวัณโรคในทศวรรษนี้จะมีมากถึง 25 ล้านคน ซึ่งจะมากเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่จะตายด้วยโรคเอดส์ในช่วงเวลาเดียวกัน ในประเทศไทยวัณโรคเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยเป็นลำดับที่ 5 ของคนไทยในปี พ.ศ.2534 (รองจากโรคหัวใจ, อุบัติเหตุ & สารพิษ, มะเร็ง และโรคปอดบวมตามลำดับ)⁽⁸⁾ นอกจากนั้นวัณโรคยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย จากการศึกษาพบว่าเด็กในครอบครัวที่พ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งป่วยเป็นวัณโรคจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรงสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2.5 เท่า⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่าวัณโรคเป็นมหันตภัยร้าย ซึ่งคุกคามชีวิตและสุขภาพของเราที่ใกล้ตัวอย่างยิ่ง

วัณโรคคืออะไร?

วัณโรคเป็นโรคติดต่อร้ายแรงชนิดหนึ่ง ซึ่งเกิดจากเชื้อโรคที่มีขนาดเล็กมากจนเราไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า วัณโรคอาจเกิดขึ้นได้กับอวัยวะต่างๆ ในร่างกายหลายแห่ง เช่น เชื้อหุ้มสมอง เชื้อหุ้มหัวใจ ไต ต่อม้ำเหลือง กระดูก & ข้อ ผิวหนัง ฯลฯ แต่ที่เราพบได้บ่อยที่สุดคือ วัณโรคซึ่งเกิดขึ้นที่ปอด⁽⁹⁾

วัณโรคติดต่อได้อย่างไร?

เราอาจเขียนแผนภูมิวงจรการติดต่อของวัณโรคได้ง่าย ๆ ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงวงจรการติดต่อของวัณโรค

แหล่งแพร่เชื้อที่ทำให้มีการติดต่อของวัณโรคเกิดขึ้นก็คือ ตัวผู้ป่วยวัณโรคนั่นเอง ผู้ป่วยวัณโรคในแต่ละอวัยวะมีความสามารถในการทำให้เกิดการติดต่อของวัณโรคได้แตกต่างกัน ผู้ป่วยด้วยวัณโรคของเชื้อหุ้มสมอง เชื้อหุ้มหัวใจ ไต ต่อม้ำเหลือง กระดูก ข้อและผิวหนัง มีความสามารถในการทำให้เกิดการแพร่ระบาดของวัณโรคได้น้อยมาก จนแทบจะเรียกได้ว่า ไม่ทำให้เกิดการติดต่อไปยังบุคคลอื่นเลย แต่ผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ตรวจพบเชื้อวัณโรคจากเสมหะ โดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะทำให้เกิดการติดต่อของโรคได้สูงมาก⁽¹⁰⁾ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาไอ หรือจามที่ไม่ปิดปากและจมูก)^(2,4,11) เราเรียกผู้ป่วยวัณโรคปอด ดังกล่าวนี้ว่า **“ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ”**

ผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคเกิดขึ้นในชุมชน ยังมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อในชุมชนนั้นมากเท่าไร การแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคก็จะยังมีมากขึ้น และกว้างขวางขึ้นด้วย และโอกาสที่คนปกติจะได้รับเชื้อและกลายเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคก็จะมากขึ้นเป็นเงาตามตัวไปด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา 1 คน จะทำให้เกิดการติดต่อไปยังบุคคลรอบข้างได้ 10-14 คน ภายในเวลา 1 ปี⁽⁷⁾ แต่ถ้าผู้ป่วยนั้นได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็จะหยุดแพร่เชื้อวัณโรคไปยังบุคคลอื่นภายในเวลาเพียง 2-3 สัปดาห์เท่านั้น

โดยทั่วไปผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคเข้าไปในร่างกายในปริมาณที่มากพอจะติดเชื้อวัณโรค และประมาณ 6-8% ของผู้ติดเชื้อวัณโรคจะเปลี่ยนแปลงต่อไปจนล้มป่วยด้วยวัณโรคทำให้มีการผิดปกติต่างๆ ของวัณโรคเกิดขึ้น ในกรณีนี้เวลาโดยเฉลี่ยตั้งแต่ได้รับเชื้อจนป่วยเป็นวัณโรคจะประมาณ 1.4 ปี⁽⁷⁾ ส่วนผู้ติดเชื้อวัณโรคที่เหลืออีกกว่า 90% จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายมักจะสามารถกักขังหรือจำกัดบริเวณของเชื้อวัณโรคเอาไว้ได้ ทำให้เชื้อวัณโรคไม่สามารถเพิ่มจำนวน และแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ เชื้อวัณโรคจำนวนหนึ่งจะอยู่ในสภาวะ

คล้ายกับนอนหลับหรือจำสลับอยู่ในร่างกายของผู้ติดเชื้อนั้น⁽²⁾ ทำให้เกิดเป็นสภาวะสมดุลขึ้นระหว่างภูมิต้านทานของร่างกายกับเชื้อวัณโรค ผู้ติดเชื้อจึงไม่รู้สึกว่ามีอาการผิดปกติใดๆ และในคนส่วนใหญ่สภาวะสมดุลดังกล่าวจะคงอยู่เช่นนี้ไปตลอดจนผู้ติดเชื้อวัณโรคนั้นตายไปด้วยสาเหตุอื่นๆ เอง เช่น ตายจากความชรา, โรคหัวใจ, อุบัติเหตุ ฯลฯ แต่สำหรับผู้โชคร้ายจำนวนหนึ่งเมื่อวันเวลาผ่านไปในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตที่ภูมิต้านทานของเขาเหล่านั้นอ่อนแอลงไปมาก ๆ ด้วยสาเหตุใด ๆ อาทิเช่น ภาวะทุโภชนาการ การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ การขาดการพักผ่อนติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ ภาวะเครียดที่เกิดขึ้นกับร่างกายหรือจิตใจมาก ๆ การรับประทานยาที่มีฤทธิ์กดภูมิต้านทานของร่างกายติดต่อกันเป็นเวลานาน ๆ (พบได้บ่อยในยาชุด) ฯลฯ เชื้อวัณโรคก็อาจจะตื่นจากหลับและหลุดพ้นจากการกักขังของภูมิต้านทานของร่างกายหรือในอีกกรณีหนึ่งก็อาจจะได้รับเชื้อจากภายนอกเข้าสู่ร่างกายเข้าไปใหม่ และเชื้อเพิ่มทวีจำนวนมากขึ้น และแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ในร่างกาย ทำให้ผู้ติดเชื้อนั้นล้มป่วยเป็นวัณโรค⁽⁴⁾ และมีอาการผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นได้

วัณโรคมีอาการอย่างไร?

อาการผิดปกติในผู้ป่วยวัณโรคจะเป็นอย่างไรบ้างนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ เช่น อวัยวะที่ถูกรุกรานโดยเชื้อวัณโรค ระยะเวลาและความรุนแรงของการป่วยเป็นวัณโรค และยังมีความแตกต่างระหว่างบุคคลต่อบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเป็นต้น แต่ที่สำคัญที่สุดที่เราควรทราบก็คือ อาการผิดปกติของผู้ที่อาจป่วยเป็นวัณโรคระยะแพร่เชื้อ ซึ่งได้แก่อาการ **ไอเรื้อรังติดต่อกันนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ และ/หรือ อาการไอมีเลือดปนออกมากับเสมหะ (แม้เพียงครั้งเดียวก็ตาม)** เราเรียกบุคคลที่มีอาการผิดปกติดังกล่าวว่า **“ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ระยะแพร่เชื้อ”** หรืออาจเรียกสั้น ๆ ได้ว่า **“ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค”**⁽¹²⁾ บุคคลดังกล่าวนี้ ควรได้รับการ **ตรวจเสมหะ** เพื่อหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์อย่างน้อย **3 ครั้ง**⁽¹³⁾ เพื่อจะยืนยันได้อย่างมั่นใจว่าเป็นวัณโรคหรือไม่เป็นวัณโรคอันจะนำไปสู่การดูแลรักษาที่ถูกต้องต่อไป

เอดส์กับวัณโรคสัมพันธ์กันอย่างไร?

ในปัจจุบันนี้สภาวะสมดุลระหว่างภูมิต้านทานของร่างกายมนุษย์กับเชื้อวัณโรคได้ถูกทำให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงกว่าเดิมเนื่องจากเชื้อเอดส์แพร่ระบาดอย่างกว้างขวางไปทั่วโลก ซึ่งทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายอ่อนแอลง^(6,14) องค์การอนามัยโลก ประมาณว่าในปี พ.ศ.2535 มีผู้ติดเชื้อวัณโรคและติดเชื้อเอดส์ร่วมกัน ทั้ง 2 อย่างกระจายอยู่ตามที่ต่าง ๆ ในโลกถึง 4 ล้านคน ซึ่ง 95% อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา⁽¹⁵⁾ การติดเชื้อเอดส์จะทำให้ผู้ที่เคยติดเชื้อวัณโรคอยู่เดิมเปลี่ยนไปเป็นผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้น⁽¹⁶⁾ และผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคเข้าไปใหม่ก็จะล้มป่วยเป็นวัณโรคได้รวดเร็วขึ้น บ่อยขึ้นและรุนแรงมากขึ้น^(7,14,15,17,18) ซึ่งจะส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากขึ้น จึงทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคในชุมชนกว้างขวางขึ้น และในที่สุดคนปกติทั่ว ๆ ไปก็จะมีโอกาสได้รับเชื้อ ติดเชื้อ และป่วยเป็นวัณโรคมากขึ้นไปด้วยเช่นกัน^(15,19) ประมาณว่าถ้าในชุมชนหนึ่งมีอัตราการติดเชื้อเอดส์ในประชากรเท่ากับ 10% จะส่งผลให้มีปริมาณผู้ป่วยวัณโรคในผู้ใหญ่ของชุมชนนั้นเพิ่มขึ้นจากเดิม 3 เท่า⁽¹⁹⁾ จากการศึกษาในประเทศแอฟริกา ทวีปอเมริกา พบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอดส์จะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค มากกว่าสตรีที่ไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ถึง 26 เท่า⁽²⁰⁾ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ติดเชื้อเอดส์ด้วย จะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ด้วยถึง 10 เท่า^(19,20) ในทางกลับกันพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์และวัณโรคร่วมกันจะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงอย่างเดียว กล่าวคือ อัตราการตายจะเท่ากับ 35% และ 4% ภายในเวลา 1 ปีตามลำดับ⁽⁵⁾ อนึ่ง พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วย จะมีโอกาสแพร่รักษาวัณโรคบางตัวสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วยถึง 18 เท่า⁽²²⁾ ทั้งยังมีโอกาสที่รักษาจะล้มเหลวและเป็นวัณโรคกลับซ้ำสูงกว่าอีกด้วย⁽²¹⁾

วัณโรครักษาหายขาดหรือไม่

จากการสำรวจของกองวัณโรคกรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ.2534-2535

พบว่าคนไทยเป็นผู้ติดเชื้อวัณโรคอยู่ถึง 16 ล้านคน จากประชากรทั้งหมดประมาณ 56 ล้านคน⁽¹²⁾ กองวัณโรคได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2534 จะมีผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อเกิดขึ้นใหม่ 49,238 คน แต่ในปีดังกล่าวสถานบริการสาธารณสุขสามารถค้นพบผู้ป่วยเพียง 31,482 คน ดังนั้นจึงยังคงมีผู้ป่วยที่ไม่ถูกค้นพบ และไม่ได้รับการรักษาอยู่อีกถึงกว่า 17,000 คน ทั่วประเทศ ยิ่งไปกว่านั้นในบรรดาผู้ป่วยที่ถูกค้นพบก็มีเพียง 70% เท่านั้นที่รักษาหายขาดและไม่แพร่เชื้ออีกต่อไป⁽⁸⁾ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือ 85% (และต่ำกว่า ในหลายประเทศที่ยากจนกว่าประเทศไทย เช่น ประเทศมาลาวี, โมแซมบิก, นิกากัว และ แทนซาเนีย ซึ่งมีอัตราการรักษาหายขาดและไม่แพร่เชื้อมากกว่า 80%^(3,23,24) จะเห็นได้ว่ายังคงมีผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อจำนวนมากที่ยังคงแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอยู่ในประเทศไทย

อันที่จริงแล้วยาที่ใช้รักษาวัณโรคในปัจจุบันมีประสิทธิภาพผลดีมาก⁽⁵⁾ ถ้าผู้ป่วยวัณโรคได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และครบถ้วนจะหายขาดจากโรคถึงเกือบ 100%^(2,6,8,11,13,25) ทั้งยังจะหยุดแพร่เชื้อไปยังบุคคลรอบข้างภายในเวลาอันรวดเร็วอย่างยิ่งด้วย⁽⁴⁾ นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยวัณโรค ยังสะดวกมากเพราะส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยวัณโรคจะไม่ต้องนอนรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล เพียงแต่ผู้ป่วยไปรับยาจากโรงพยาบาลเดือนละครั้งแล้วนำยากลับไปรับประทานที่บ้านภายในเวลาประมาณ 4-6 เดือนก็จะสามารถหายขาดจากโรคได้⁽¹²⁾ ทั้งนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าผู้ป่วยจะต้องกินยาตามที่แพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอจนครบตามกำหนดด้วย การที่ผู้ป่วยวัณโรคหยุดกินยาเองโดยแพทย์ไม่ได้แนะนำ หรือกินยาไม่สม่ำเสมอ เมื่อรู้สึกว่าการดีขึ้น จะทำให้โรคไม่หายขาด เป็นวัณโรคกลับซ้ำและอาจทำให้เชื้อวัณโรคที่เหลืออยู่ในร่างกายของผู้ป่วยนั้นดื้อต่อยาที่ใช้รักษา^(6,26) ทำให้การรักษาครั้งใหม่ยากขึ้นหรืออาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เลย พบว่าในผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคกลับซ้ำ อาจพบเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยาได้สูงถึง 52% ของผู้ป่วยดังกล่าว⁽²⁾ ในกรณีนี้ผลกระทบต่อชุมชนก็คือผู้ป่วยเหล่านี้จะเป็นแหล่งแพร่เชื้อวัณโรคชนิดที่ดื้อต่อยาเข้า

สู่ชุมชน⁽²⁶⁾ ซึ่งเมื่อคนในชุมชนที่ได้รับเชื้อที่ดื้อยาก็เข้าไปแล้วล้มป่วยก็จะป่วยเป็นวัณโรคชนิดที่ดื้อต่อยาด้วย ทำให้รักษาได้ยาก หรืออาจจะรักษาให้หายขาดไม่ได้เลย เช่นกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยด้วยเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปจะมีอัตราการตายสูงถึง 40-60%⁽²⁾ ดังนั้นการกินยาอย่างสม่ำเสมอและครบตามกำหนดของผู้ป่วยวัณโรคแต่ละคน จึงมีความสำคัญมากมิเพียงแต่ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงบุคคลใกล้ชิดและชุมชนโดยส่วนรวมอีกด้วย ดังนั้นหากท่านหรือบุคคลใกล้ชิดของท่านป่วยเป็นวัณโรค จึงต้องพยายามทุกวิถีทางที่จะช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยได้กินยาทุกชนิดตามกำหนดเวลาที่แพทย์แนะนำโดยเคร่งครัด และหากมีอาการผิดปกติใดๆ เกิดขึ้นไม่ควรหยุดกินยาเอง แต่ควรปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษาอยู่ เพื่อขอคำแนะนำในการแก้ไขที่ถูกต้องต่อไป

เราควรทำอะไร?

เพื่อให้เราหรือบุคคลที่เราจะต้องป่วยหรือตายจากวัณโรค คำตอบในสถานการณ์เช่นนี้ก็คือ เราทุกคนต้องให้ความสำคัญต่อการควบคุมวัณโรค และร่วมมือกันอย่างจริงจังในการตัดวงจรการติดต่อของวัณโรคให้ขาดสะบั้นลง ซึ่งสามารถทำได้โดยการลดแหล่งแพร่เชื้อวัณโรคที่อยู่รอบข้างเราลงให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ นั่นคือการร่วมมือกันค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อให้ได้มากที่สุด และเร็วที่สุด แล้วช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นให้ได้รับการรักษาจนหายขาดและไม่แพร่เชื้ออีกต่อไป^(4,11,27) ผลเสียจากการไม่สามารถตัดวงจรติดต่อของวัณโรคให้ขาดสะบั้นลงได้ อาจดูได้จากตัวอย่าง ในกรณีของประเทศสหรัฐ-อเมริกา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 เป็นต้นมาผลจากความล้มเหลวในการตัดวงจรการติดต่อของวัณโรค ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น 18% มีอัตราการเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคในประชากรบางกลุ่มสูงกว่าในประเทศซึ่งยากจนที่สุดในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนามีอัตราการรักษาหายขาดไม่แพร่เชื้อในผู้ป่วยวัณโรคในหลายเมือง เช่น ชิคาโก, นิวยอร์ก ฯลฯ เพียงประมาณ 50-60%, เท่านั้น นอกจากนั้นยังทำให้เกิดความสูญเสีย

ทางเศรษฐกิจไปโดยเปล่าประโยชน์อีกเป็นมูลค่าถึง 15,000 ล้านบาท⁽²⁾

บุคคลที่เราควรสอดส่องหา และแนะนำให้เขาไปรับการตรวจ เพื่อให้สามารถค้นพบผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อตั้งแต่เริ่มเป็นโรคก็คือ ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ซึ่งได้แก่บุคคลที่ไอเรื้อรังนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ และ/หรือ ไอมีเลือดปนออกมากับเสมหะดังได้กล่าวไปข้างต้นแล้ว ซึ่งจากการสำรวจของกองวัณโรคพบว่ามีคนไทย 24 คน จะมีผู้มีอาการสงสัย วัณโรคอยู่ 1 คน และถ้าตรวจเสมหะผู้มีอาการสงสัยวัณโรค 21 คน จะพบผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ 1 คน⁽¹²⁾ ซึ่งถ้าหากรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ให้หายขาดได้ 1 คนก็จะสามารถป้องกันบุคคลรอบข้างไม่ให้ติดเชื้อจากเขาได้ถึง 14 คนภายในเวลา 1 ปี⁽⁷⁾ นั่นหมายความว่าถ้าในรอบ 1 ปี เราได้แนะนำให้ผู้มีอาการสงสัยจะเป็นวัณโรคไปรับการตรวจสมหะ 3 คน เราจะป้องกันคน 2 คน (ซึ่งอาจรวมถึงตัวเราเองด้วย) ไม่ให้ต้องติดเชื้อวัณโรคได้

อนึ่งเราควรให้ความสนใจในการทำให้บุตรหลานของเราได้รับการฉีดวัคซีนบีซีจี (ซึ่งเป็นวัคซีนที่ปลอดภัยราคาถูก⁽²⁸⁾) และใช้กันอย่างกว้างขวางมากที่สุดในโลกประมาณว่าเด็ก 7 คนใน 10 คนทั่วโลกที่เกิดในปี พ.ศ. 2530 จะได้รับการฉีดวัคซีนบีซีจี⁽⁴⁾ ซึ่งจะช่วยให้อุบัติการณ์ของร่างกายสามารถจัดการกับเชื้อวัณโรคได้รวดเร็วขึ้นมาก ทำให้สามารถลดความรุนแรงในการเกิดวัณโรคลงได้ และยังสามารถป้องกันการเกิดวัณโรคเชื้อหุ้มสมอง และวัณโรคปอดชนิดแพร่กระจายในเด็ก ซึ่งมีอัตราผู้ป่วยตายสูงได้อีกด้วย^(2,3,13) นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงและแนะนำบุคคลที่ใกล้ชิดให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเช่นการเที่ยวหญิงบริการทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่มีใช้ภรรยาของตนเอง การมีรักร่วมเพศ หรือการฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด ฯลฯ ทั้งนี้เพราะผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคได้สูงขึ้นมาก^(7,18,19) และยังมีอัตราการรักษาให้หายขาดจากวัณโรคได้ต่ำกว่าคนทั่วไปอีกด้วย^(5,19)

โดยสรุป

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและพบได้บ่อยในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทยด้วย ซึ่งใน

ปัจจุบันมีแนวโน้มของการป่วยและการตายสูงขึ้น เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ซึ่งเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ แต่วัณโรคก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการกินยาอย่างสม่ำเสมอ และครบตามกำหนดโดยใช้เวลาเพียงประมาณ 4-6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องนอนรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล การจะควบคุมวัณโรคให้ได้ผลเพื่อป้องกันไม่ให้เราหรือบุคคลใกล้ชิดต้องป่วยหรือตายจากวัณโรคจะต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกฝ่ายทั้งรัฐบาลและประชาชน ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อให้พบเร็วที่สุดและจำนวนมากที่สุด แล้วช่วยเหลืดูแลผู้ป่วยที่ค้นพบให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และครบตามกำหนดจนหายขาดจากวัณโรคและไม่แพร่เชื้ออีกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Allen BW. Tuberculosis bacteriology in developing countries. Med Lab Sci 1984;41 : 400-9.
2. Bloom BR, Murray CJL. Tuberculosis : commentary on a reemergent killer. Science 1992; 257 : 1055-64.
3. Kochi A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. (Leading article). Tubercle 1991; 72 : 1-6
4. Rodrigues LC, Smith PG. Tuberculosis in developing countries and methods for its control. Trans Roy Soc Trop Med Hyg 1990 ; 84 : 739-44
5. Sudre P, ten Dam G, Kochi A. Tuberculosis : a global overview of the situation today. Bull WHO 1992 ; 70 : 149-59
6. World Health Organization. Guidelines for tuberculosis treatment in adults and children in national tuberculosis programmes. WHO document WHO/TUB 91.161, 1991: 1-24.
7. Murray CJL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries : burden, intervention and cost. Bull Int Union Tuberc Lung Dis 1990;65 : 6-24.
8. Payanandana V, Bamrungtrakul T, Konjanart S, et al. Report on an internal evaluation of the national tuberculosis programme, Thailand, 1993. Bangkok : Tuberculosis Division, 1993.
9. Davies PDB. Clinical presentation of tuberculosis. Br J Hosp Med 1971;5:749-60.
10. Shaw JB, Wynn-Williams N. Infectivity of pulmonary

- tuberculosis in relation to sputum status. *Am Rev Tuberc* 1954;69:724-32.
11. Styblo K. Selected papers volume 24: Epidemiology of tuberculosis. Hague : Royal Netherlands Tuberculosis Association, 1991.
 12. วัลลภายะนันท์. การสำรวจวัณโรคในประเทศไทยครั้งที่ 3 พ.ศ.2534-2535. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2535.
 13. Enarson D, Jentgens H, Oberhoffer M, et al. Tuberculosis guide for high prevalence countries. Paris : International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 1991.
 14. Reider HL, Cauthen GM, Comstock GW, et al. Epidemiology of tuberculosis in the United States. *Epidemiol Rev* 1989;11:79-98.
 15. Narain JP, Raviglione MC, Kochi A . HIV-associated tuberculosis in developing countries : epidemiology and strategies for prevention. *Tuber Lung Dis* 1990 ; 65 : 28-31.
 16. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 1989;320:545-50.
 17. Allen S, Batungwanayo J, Kerlikowske K, et al. Two years incidence of tuberculosis in cohorts of HIV-infected and uninfected urban Rwandan women. *Am Rev Respir Dis* 1992;146:1439-44.
 18. Gicquel B. RFLP typing of the *Mycobacterium tuberculosis* bacilli. (Leading article). *Tuber Lung Dis* 1993 ; 74 : 223-4.
 19. De cock KM, Badi N, Ryder RW, et al. A retrospective cohort study of the risk of tuberculosis among women of childbearing age with HIV infection in Zaire. *Am Rev respir Dis* 1991 ; 143 : 501-4.
 20. Braun MM, Badi N, Ryder RW, et al. A retrospective cohort study of the risk of tuberculosis among women of childbearing age with HIV infection in Zaire. *Am Rev Respir Dis* 1991 ; 143 : 501-4.
 21. Perriens JH, Colebunders RL, Karahunga C, et al. Increased mortality and tuberculosis treatment failure rate among human immunodeficiency virus (HIV) seropositive compared with HIV seronegative patients with pulmonary tuberculosis treated with 'standard' chemotherapy in Kinshasa, Zaire. *Am Rev Respir Dis* 1991; 144 : 750-5.
 22. Nun P, Kibuga D, Gathua S, et al. Cutaneous hypersensitivity reactions due to thiacetazon due in HIV-1 seropositive patients treated for tuberculosis. *Lancet* 1991 ; 627-30.
 23. Chum HJ. The Tanzania National Tuberculosis/Leprosy Programme in the face of HIV infection. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis* 1990/1991 (Suppl) ; 66 : 53-5.
 24. Nuyangulu DS, Nkhoma WN, Salaniponi FML. Factors Contributing to a successful tuberculosis control programme in Malawi. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis* 1990/1991 (Suppl) ; 66: 45-6.
 25. Blot K, Colebunders R, Van Ham G, et al. Treating tuberculosis in HIV-positive Africans. (Correspondence). *Lancet* 1991 ; 338 : 1150-1.
 26. Glassroth J. Tuberculosis in the United States : Looking for a silver lining among the clouds. (Editorial). *Am Rev Respir Dis* 1992 ; 146 : 278-9.
 27. Grange JM. Drug resistant and tuberculosis elimination. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis* 1990 ; 65 : 57-9.
 28. Comstock GW. Identification of an effective vaccine against tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1988 ; 138 : 479-80.