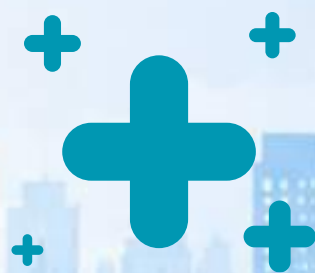




สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

โรคติดต่ออันตราย

วัณโรคดื้อยาหลายขนาน ชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB)

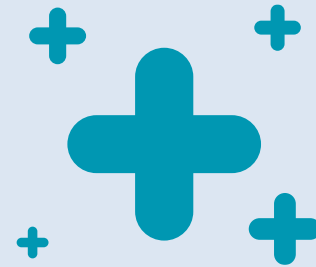


กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

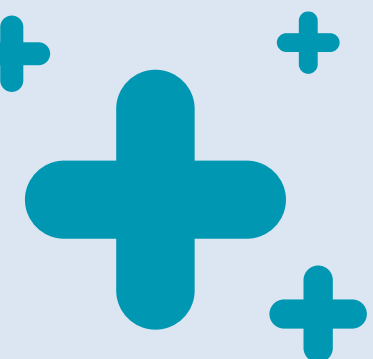


อัปเดต

โรคติดต่ออันตราย

14 ลำดับ ของประเทศไทย

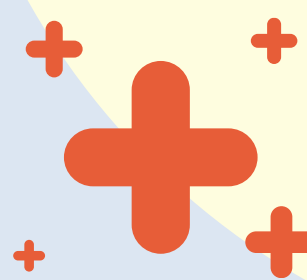
อ้างอิงตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558



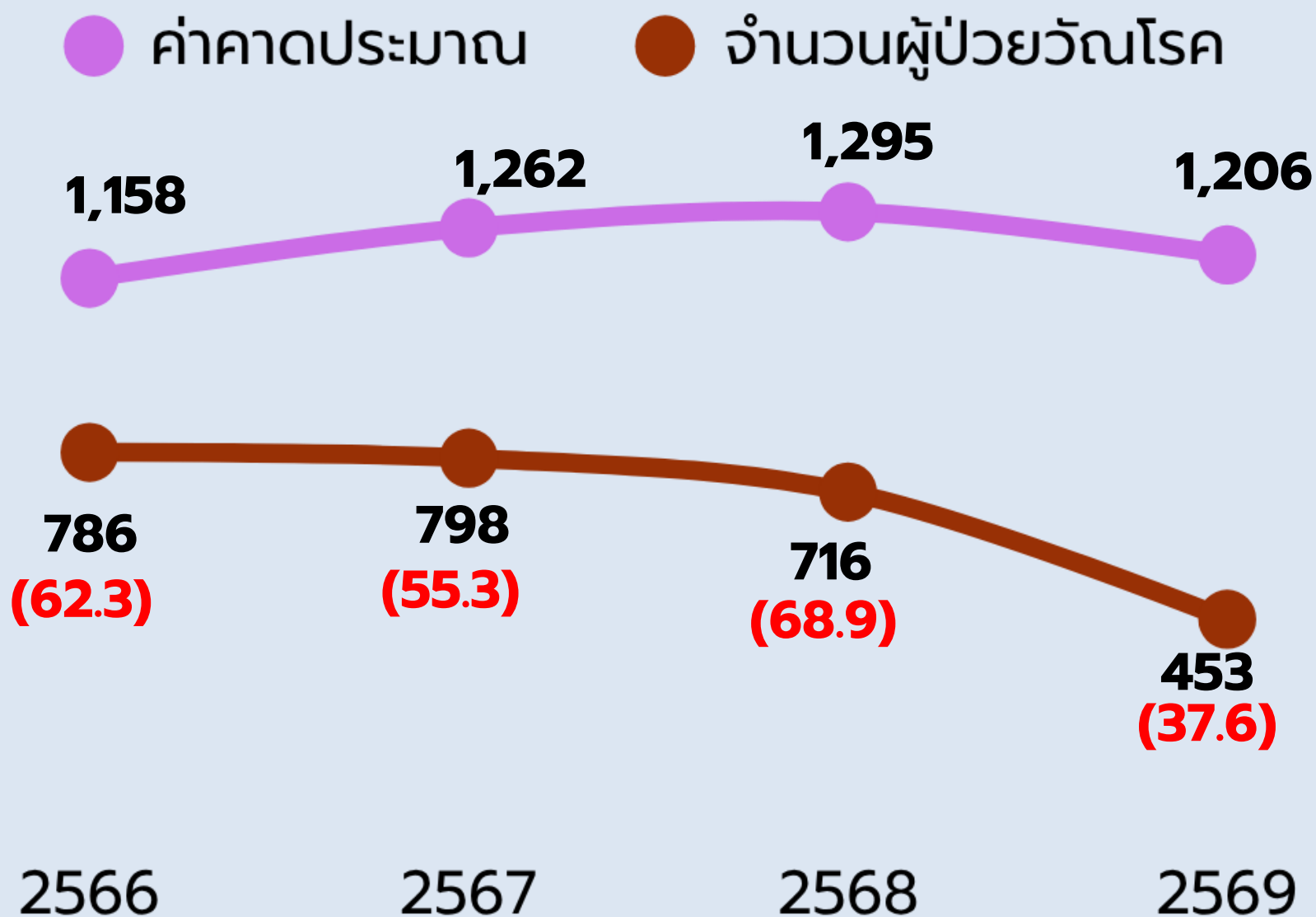
	1 กาฬโรค (Plague) โรคติดต่อแบคทีเรีย Yersinia pestis ติดต่อผ่านหมัดหนู ทำให้ติดเชื้อในกระแสเลือด หรือปอด อัตราตายสูง		8 มาร์บวร์ก (Marburg virus disease) โรคไวรัสกลุ่มเดียวกับอีโบล่า ก่อให้เกิดไข้เลือดออกรุนแรงเฉียบพลัน
	2 ไข้ทรพิษ/ฝีดาษ (Smallpox) โรคไวรัส Variola ติดต่อทางละอองฝอย มีผื่นตุ่มหนองทั่วตัว แม้หมดไปแล้ว แต่ยังเฝ้าระวังภัยชีวภาพ		9 อีโบล่า (Ebola virus disease) โรคไวรัสที่ทำให้เลือดออกหลายระบบ อวัยวะล้มเหลว และมีอัตราการเสียชีวิตสูง
	3 ไข้เลือดออกโครเมียน-คองโก (CCHF) โรคไวรัสจากเห็บ ติดต่อจากสัตว์สู่คน ทำให้ไข้สูงและเลือดออกหลายอวัยวะ		10 เฮนดรา (Hendra virus disease) โรคไวรัสจากม้าสู่คน ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ และระบบประสาท
	4 ไข้เวสต์ไนล์ (West Nile fever) โรคไวรัสที่มีอยู่เป็นพาหะ อาจทำให้สมองหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ		11 ซาร์ส (SARS) โรคทางเดินหายใจรุนแรงจากโคโรนาไวรัส ติดต่อทางละอองฝอย ทำให้ปอดอักเสบ
	5 ไข้เหลือง (Yellow fever) โรคไวรัสจากยุง ทำให้ตับอักเสบ ตัวเหลือง ตาเหลือง และอาจเสียชีวิต		12 เมอร์ส (MERS) โรคโคโรนาไวรัสจากอูฐ ทำให้ปอดอักเสบ รุนแรง และมีอัตราตายสูง
	6 ไข้ลาสซา (Lassa fever) โรคไวรัสจากหนู ติดต่อผ่านสารคัดหลั่ง ทำให้ไข้สูงและเลือดออก		13 วัณโรคดื้อยาหลายขนาน ชนิดรุนแรงมาก (XDR-TB) วัณโรคที่ดื้อต่อยาหลายชนิด รวมถึงยาหลัก ทำให้รักษายากและแพร่เชื้อได้
	7 นิปาร์ห์ (Nipah virus disease) โรคไวรัสจากค้างคาว ทำให้สมองอักเสบ รุนแรง อัตราตายสูง		14 ฮันตา (Hantavirus disease) โรคไวรัสจากหนู ทำให้เกิดภาวะไตวาย หรือกลุ่มอาการปอดรุนแรง



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส



ค่าคาดประมาณ/จำนวนผู้ป่วยวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรักษา จ.นราธิวาส พ.ศ. 2566-2569



❑ ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ
เทียบกับค่าคาดประมาณ (เป้าหมายร้อยละ 85)

ผลการคัดกรองวัณโรค ใน 7 กลุ่มเสี่ยง ปี 2569

กลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย (ราย)	CXR		ป่วย TB	
		ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
1.ผู้สัมผัส (ร่วมบ้าน -ใกล้ชิด)	2,412	876	36.3	12	1.37
2.ผู้ใช้สารเสพติด/ สุราเรื้อรัง	921	442	48.0	6	1.36
3.ผู้ต้องขัง	3,266	3,266	100	26	0.80
4.ผู้ติดเชื้อ HIV	1,758	1,221	69.5	1	0.08
5.ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันลดลง	10,225	4,406	43.1	3	0.07
6.ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วม	7,998	2,488	31.1	10	0.40
7.บุคลากรสาธารณสุข	5,069	4110	81.1	1	0.02
รวม	31,649	16,809	53.1	59	0.35

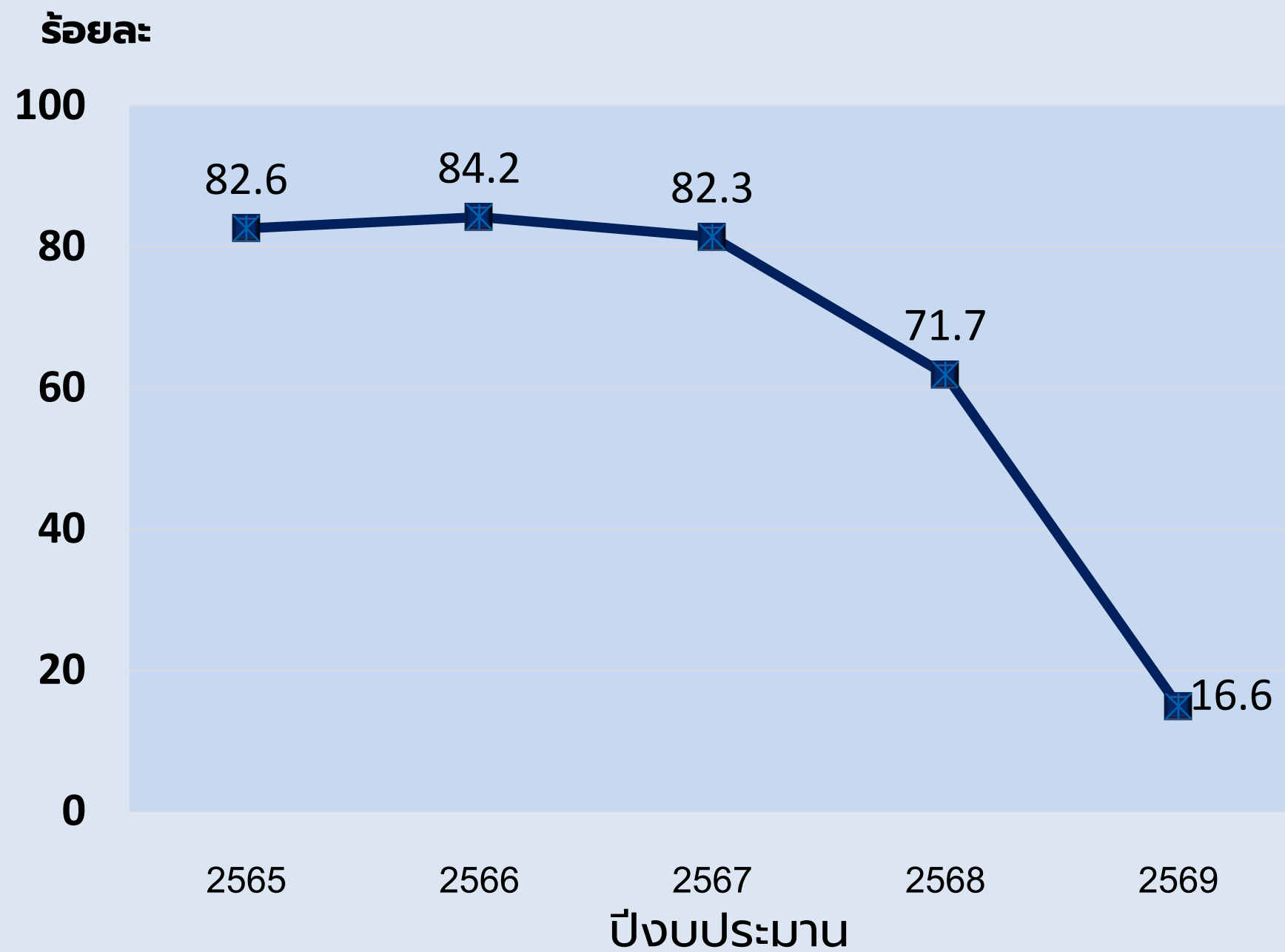
ที่มา : โปรแกรม NTIP ณ วันที่ 3 กรกฎาคม 2569



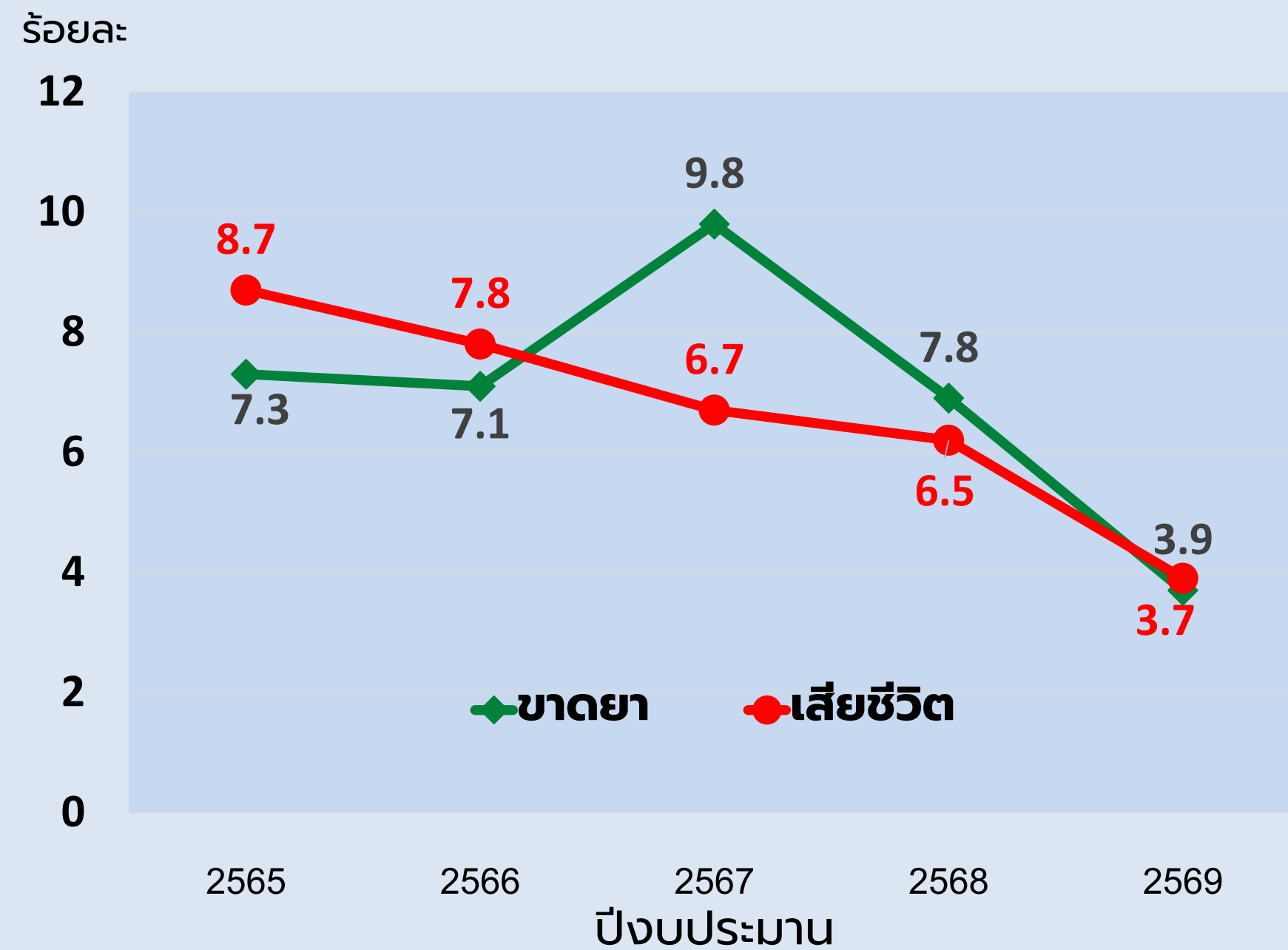
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

การรักษาวณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จ.นราธิวาส ปี 2565-2569

อัตราการักษาสำเร็จ ปี 2565 – 2569



อัตราการขาดยา และเสียชีวิต ปี 2565 – 2569





สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

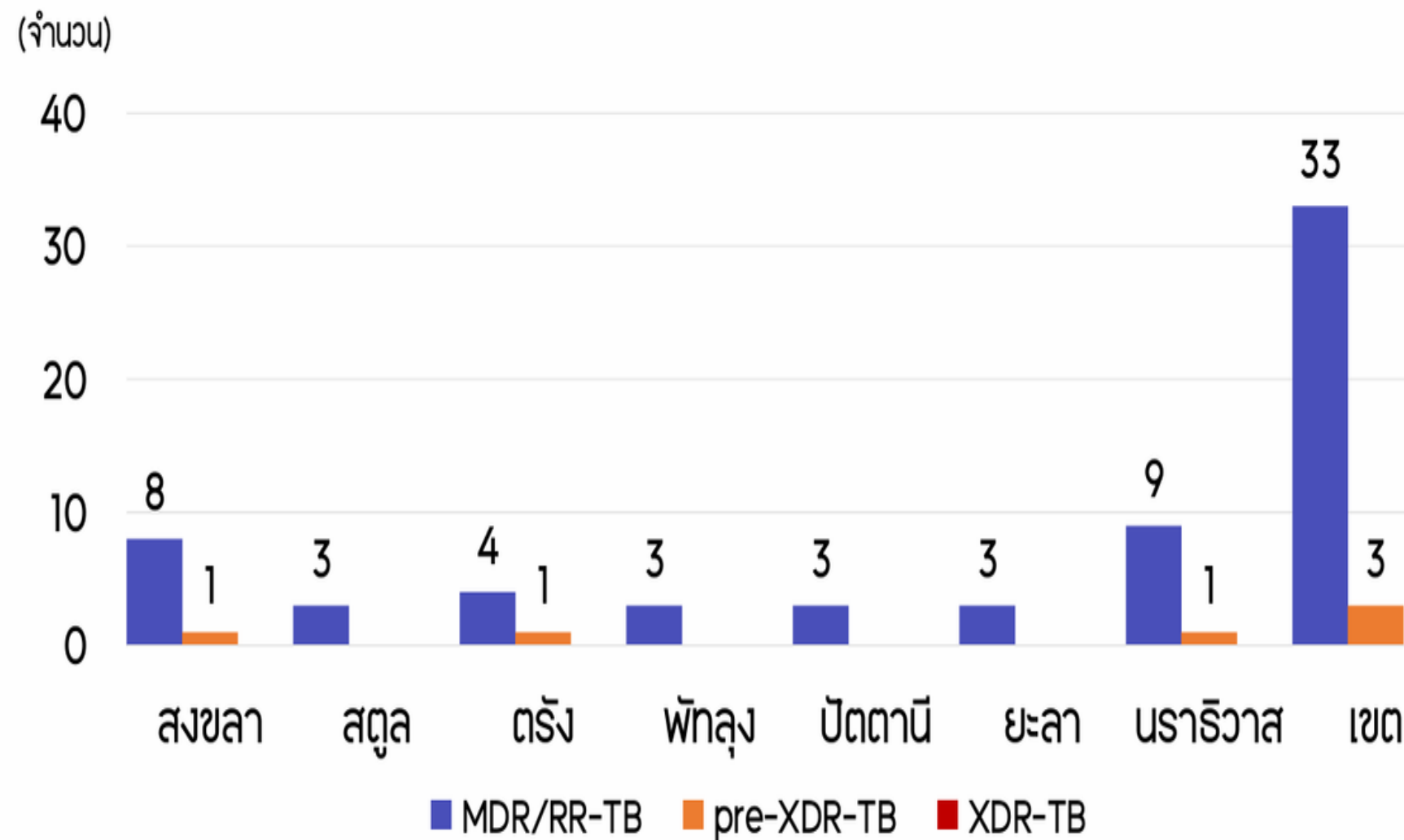
การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ รายอำเภอ จ.นราธิวาส ไตรมาส 1/69(เป้าหมาย ร้อยละ88)

อำเภอ	ขึ้นทะเบียน (จำนวน)	รักษาสำเร็จ (จำนวน/ร้อยละ)	กำลังรักษา (จำนวน/ร้อยละ)	เสียชีวิต (จำนวน/ร้อยละ)	โอนออก	ขาดยา
เมือง	23	6(26.1)	6(26.1)	4(17.4)	1(4.3)	6(26.1)
สุไหงโก-ลก	23	16 (69.6)	6(26.1)	0	1(4.3)	0
บาเจาะ	10	6 (60.0)	3(30.0)	0	0	1(10.0)
ระแงะ	17	10 (58.8)	6(35.3)	1(5.9)	0	0
รือเสาะ	13	6 (46.2)	1(7.7)	2(15.4)	0	4(30.8)
ศรีสาคร	7	1 (14.3)	5(71.4)	0	1(14.3)	0
แว้ง	6	5(83.3)	1(16.7)	0	0	0
สุคิริน	2	1 (50.0)	2(100)	0	0	1 (50.0)
สุไหงปาดี	9	8 (88.9)	1(11.1)	0	0	0
เจาะไอร้อง	4	3 (75.0)	0	1(25.0)	0	0
ยี่งอฯ	9	4 (44.4)	2(22.2)	1(11.1)	2(22.2)	0
ตากใบ	4	3 (75.0)	1(25.0)	0	0	0
จะแนะ	7	0	7(100)	0	0	0
รวมจังหวัด	134	69(51.5)	39(29.1)	9(6.7)	5(3.7)	12(9.0)

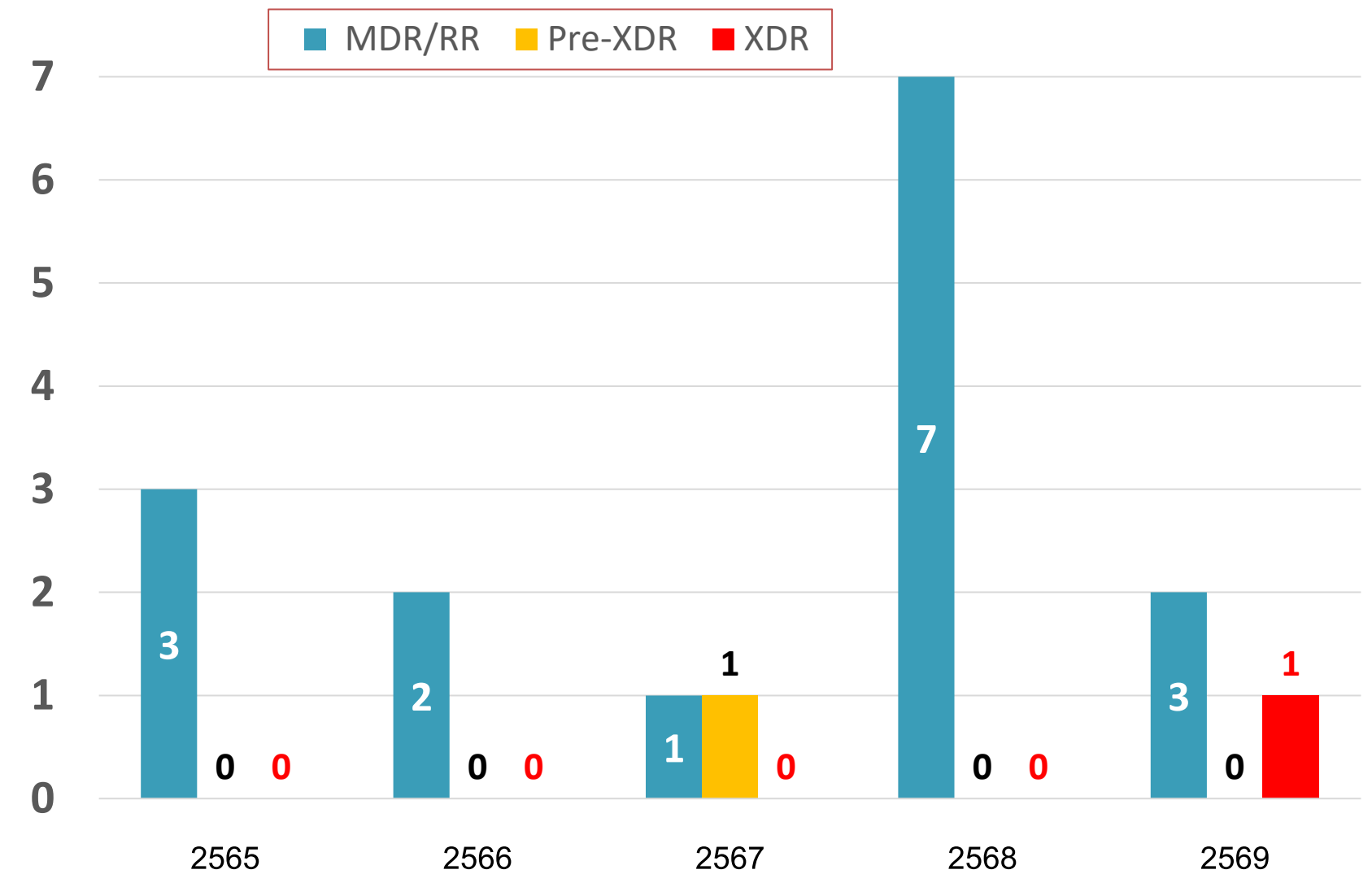


สถานการณ์วัณโรคดื้อยาจำแนกตามประเภท

จำนวนผู้ป่วย MDR/RR-TB/Pre-XDR-TB และ XDR-TB
เขตสุขภาพที่ 12 ปี 2568 (รายจังหวัด)

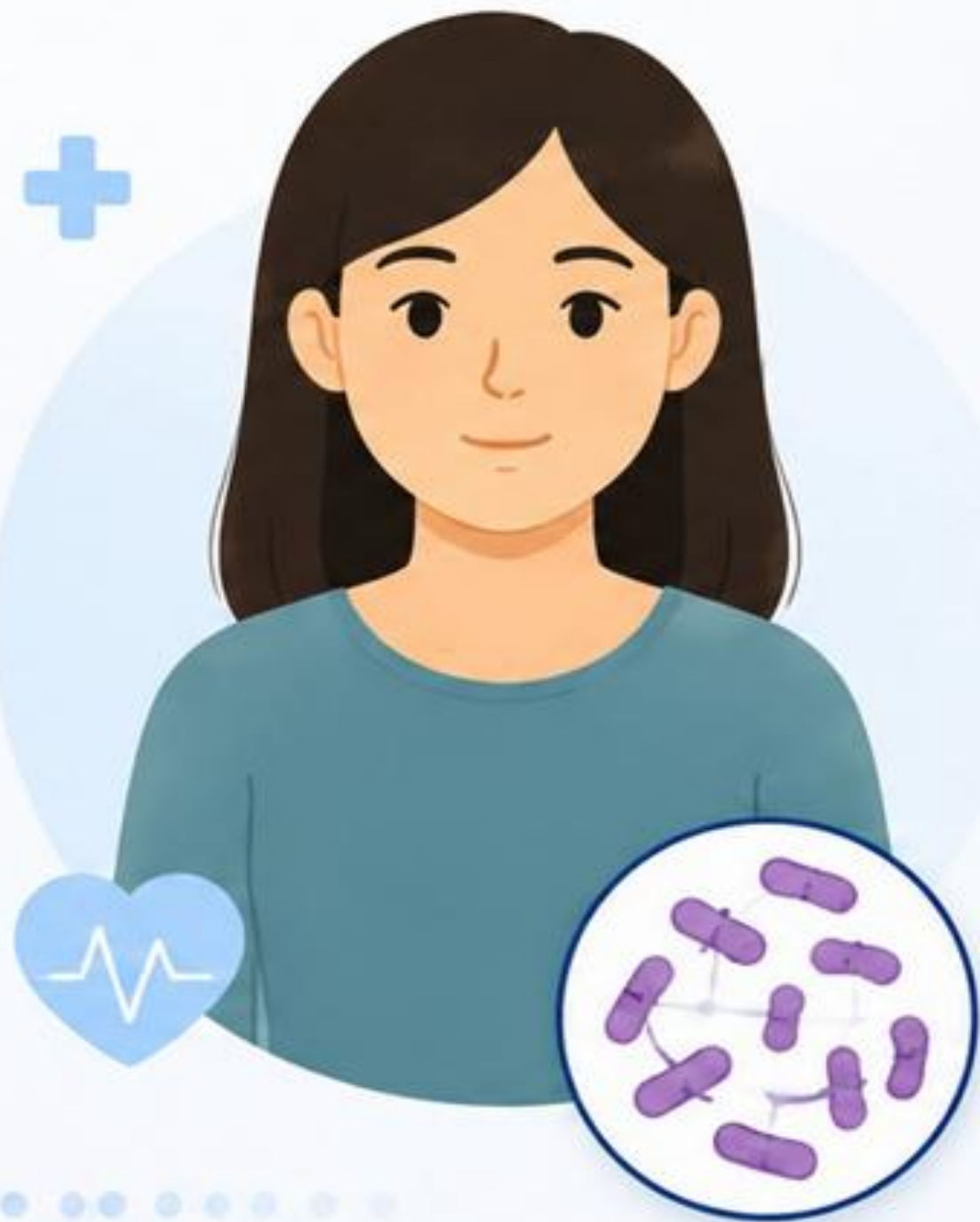


จำนวนผู้ป่วย MDR/RR-TB/Pre-XDR-TB และ XDR-TB
จังหวัดนราธิวาส (ปี 2565-2569)



ผู้ป่วย XDR-TB เสียชีวิต

ข้อมูลผู้ป่วย



เพศ/อายุ : เพศหญิง อายุ 25 ปี สัญชาติไทย



อาชีพ : ว่างงาน



ที่อยู่ : 153/2 ม.2 ต.ร่มไทร อ.สุพรรณ จ.นนทบุรี



สัทธิการรักษา : บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า



โรคประจำตัว : ไม่มี



อาการสำคัญก่อนมา รพ. : ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย



ประวัติโรคดื้อยา

- ✓ วินิจฉัย pre-XDR-TB ตั้งแต่ พฤษภาคม 2567
- ✓ ผลตรวจ NGS วันที่ 26 พ.ค. 2569 ยืนยันเป็น XDR-TB



ประวัติการรักษาวัณโรค (Time line)

ก.พ. – ก.ย. 2563



รพ.สุคริณ

สูตรยา HRZE

(Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide, Ethambutol)

✓ รับประทานครบตามแผนการรักษา

✓ AFB smear : ลบ

✓ วินิจฉัย : วัณโรคทั่วไป (TB)

มี.ค. 2565 – พ.ค. 2567



รพ.สุโหงโก-ลก

วินิจฉัย : RR/MDR-TB

สูตรยา

- Bedaquiline (Bdq)
- Levofloxacin (Lfx)
- Clofazimine (Cfz)
- Linezolid (Lzd)



ผลการรักษาไม่ดี

แนวโน้มล้มเหลวในการรักษา

21 พ.ค. 2567 เป็นต้นไป



รพ.สุโหงโก-ลก

วินิจฉัย : pre-XDR-TB

สูตรยา

- Amikacin (Am)
- Cycloserine (Cs)
- Ethionamide (Eto)
- Pyrazinamide (Z)



Admit 21 พ.ค. – 24 ก.ค. 2567
ก่อนส่งต่อ
รพ.สุคริณ

24 ก.ค. 2567 – 20 ม.ค. 2568



รพ.สุคริณ

- นอนรักษาตัวใน รพ. เนื่องจากเดินทางไกล
- ดูแลต่อเนื่อง



20 ม.ค. 2568

กลับบ้านและทำ DOTs
โดย รพ.สต.ร่มไทร

11 มิ.ย. 2568



คลินิกวัณโรค
รพ.สุโหงโก-ลก

- ผลการรักษาไม่ดี
- นอน รพ.สุโหงโก-ลก
- เฝ้าระวังและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด



Admit
รพ.สุโหงโก-ลก

เฝ้าระวังและติดตาม
อาการอย่างใกล้ชิด

11 มิ.ย. 2568 – 9 มิ.ย. 2569



26 พ.ค. 2569

ผล NGS
พบดื้อยา

- Rifampicin
- Fluoroquinolone (Lfx, Mfx)
- Amikacin/Capreomycin
- Bedaquiline
- Linezolid

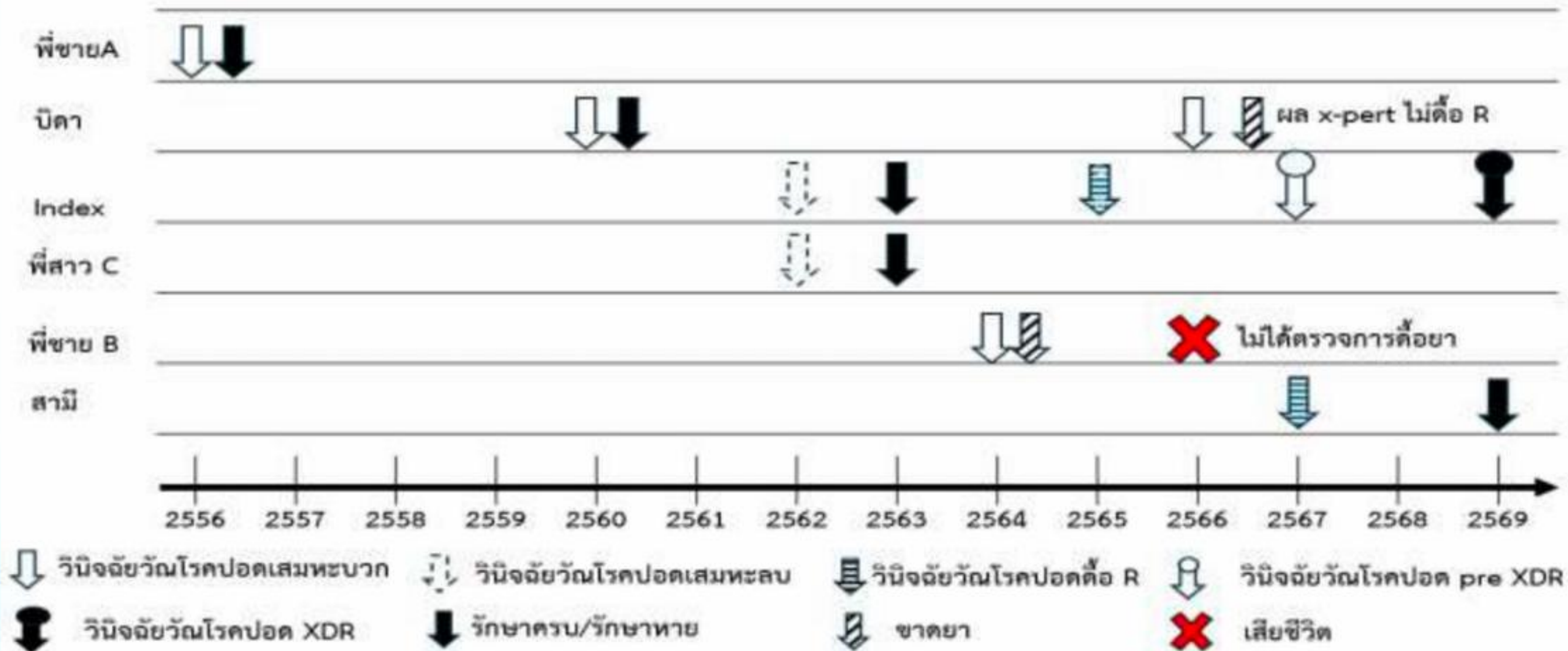
วินิจฉัย : XDR-TB



9 มิ.ย. 2569
เวลา 20.36 น.

เสียชีวิต
ระหว่างการรักษา

การวินิจฉัยและรักษาวัณโรคปอดของ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย (พ.ศ. 2556 - 2569)



ภาพรวม WHO Six Building Blocks ระบบบริการวัคซีนโรค



กรอบแนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัคซีนอย่างเป็นระบบ



บูรณาการทุกองค์ประกอบ เพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ เข้าถึงได้ และยั่งยืน



1. การบริการ (Service Delivery)

สรุปปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะเพื่อโอกาสการพัฒนา

มุ่งสู่การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ด้วย **Patient-Centered Care (PCC)**



! ปัญหาที่พบ



ปัญหาจากปัจจัยซับซ้อนหลายมิติ

ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะครอบครัวและผู้ดูแล
ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ความยากลำบากในการเดินทาง
และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ



การดูแลยังเน้นการกำกับการกินยาเป็นหลัก

มากกว่าการจัดการปัจจัยแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย
แบบองค์รวม



การเข้าถึงการกำกับการกินยา

และข้อจำกัดในการติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านบางราย
ที่อาจไม่อยู่ในพื้นที่ตลอดเวลา



ห้องแยกโรคที่ใช้ดูแลในบางช่วงไม่ใช่ AIIR

หรือห้องความดันลบ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อ
การแพร่กระจายเชื้อภายในโรงพยาบาล

✓ ข้อเสนอแนะเพื่อโอกาสการพัฒนา



ควรปรับแนวคิดจาก DOT ไปสู่ Patient-Centered Care (PCC)

โดยมองผู้ป่วยแบบองค์รวม ไม่ใช่เน้นเฉพาะการกินยา



บูรณาการการดูแลด้านเวชศาสตร์ครอบครัว สุขภาพจิต สังคมสงเคราะห์

และการสนับสนุนผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรกของการรักษา



ประเมินปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ภาระการเดินทาง และความพร้อมของครอบครัว

อย่างเป็นระบบ เพื่อออกแบบแผนดูแลรายบุคคล



บูรณาการการทำงานร่วมกับฝ่ายปกครองในการลงพื้นที่ค้นหา

กำกับการกินยา และติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ติดตามยากให้เข้าสู่ระบบการคัดกรอง



พัฒนาศักยภาพการแยกโรคสำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารุนแรง

โดยพิจารณาใช้ AIIR เป็นลำดับแรก หากไม่มี AIIR ควรจัดห้องแยกที่เหมาะสมที่สุด
ตามเกณฑ์ IPC/IC เช่น การระบายอากาศที่เหมาะสม จำกัดผู้เข้าเยี่ยม ใช้ N95 อย่างถูกต้อง
และมีการประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เช่น การเพิ่มห้องแยกติดกันสำหรับสามี/ญาติ
ที่จะเข้ามาเยี่ยม การใส่หน้ากาก N95 ก่อนการเข้าเยี่ยม.



เป้าหมาย

ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ลดการแพร่เชื้อ เพิ่มโอกาสการรักษาหาย และยกระดับคุณภาพบริการ





2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)



พัฒนาศักยภาพบุคลากร สร้างความปลอดภัย และทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม



ปัญหาที่พบ



- บุคลากรต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน
เสี่ยงต่อการติดเชื้และเกิดภาวะหมดไฟ
(Burnout)



- การใช้ N95 และมาตรการ Infection
Prevention and Control (IPC)
ยังปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ



- ทีมจิตเวชและสังคมสงเคราะห์เข้ามามีส่วนร่วมล่าช้า
ทำให้การดูแลด้านจิตใจและสังคมไม่ครอบคลุม



ข้อเสนอแนะเพื่อโอกาสการพัฒนา



- สนับสนุนทีม MCATT และ Social Worker
ให้ร่วมดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มรักษา ตามแนวทาง
Patient-Centered Care (PCC)



- พัฒนาระบบอบรมและติดตามมาตรฐาน IPC
อย่างต่อเนื่อง พร้อมประเมินความเสี่ยงบุคลากร



- ดำเนินการคัดกรอง IGRA/TST และติดตาม
CXR ตามแนวทางในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง



- พิจารณาให้ TB Preventive Treatment
ในบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ ตามแนวทาง WHO 2024



เป้าหมาย



บุคลากรปลอดภัย มีทีมสหวิชาชีพเข้มแข็ง
ลดการติดเชื้อ เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวัณโรค



3. ระบบสารสนเทศและข้อมูลสุขภาพ (Health Information System)

"พัฒนาระบบข้อมูลให้รวดเร็ว เชื่อมโยง และสนับสนุนการรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ"



● ปัญหาที่พบ

-  **ข้อมูลผลตรวจล่าช้า**
ผล WGS และการยืนยัน XDR-TB ใช้เวลาหลายเดือน
ส่งผลให้การเริ่มรักษาและการปรับสูตรยาล่าช้า
-  **Universal DST ยังไม่ครอบคลุม**
ผู้ป่วยวัณโรคยังไม่ได้รับ DST ครบทุกราย
ไม่สามารถค้นหาการดื้อยาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อดื้อยา
-  **Documentation และ Expert Consultation ยังไม่เป็นระบบ**
การบันทึกข้อมูลการจัดกระจาย ไม่มี Timeline
การวินิจฉัยและรักษาที่ชัดเจน
การติดตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญทำได้ยาก

● ข้อเสนอแนะเพื่อโอกาสการพัฒนา

- ✓ **ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับ Universal DST** (ตรวจ Rifampicin resistance ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย)
- ✓ **พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับจังหวัด**
 - วันที่เริ่มรักษา
 - ผลตรวจ AFB / Culture / LPA / DST / NGS / WGS
 - วันรายงานผล
 - ประวัติการปรับสูตรยา
- ✓ **จัดทำ Timeline ผู้ป่วยรายบุคคล** แสดง
Diagnosis → Laboratory → DST/WGS → Expert Consultation → Treatment Adjustment → Clinical Progress
- ✓ **พัฒนาระบบ TB Resistance & Consultation Timeline**
เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญสามารถติดตามผู้ป่วยได้แบบ Real-time



 **เป้าหมาย** ข้อมูลรวดเร็ว เชื่อมโยง ครบถ้วน → วินิจฉัยเร็ว
→ ปรับสูตรยาเร็ว → ลดการแพร่เชื้อ → เพิ่มโอกาสรักษาหาย



4. ยา เทคโนโลยี และเวชภัณฑ์ (Medical Products & Technologies)

เพิ่มการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว เพื่อยกระดับการรักษาวัณโรคดื้อยา



ปัญหาที่พบ



พบการกลายพันธุ์ของยีน Rv0678

ซึ่งสัมพันธ์กับการดื้อ Bedaquiline และ Clofazimine ทำให้การเลือกสูตรยามีความซับซ้อนมากขึ้น



ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างรอการจัดหายา

XDR-TB สูตรใหม่ เช่น Delamanid และ Pretomanid



การเข้าถึงยาเฉพาะทางยังใช้เวลานาน

และยังไม่มีระบบ fast track ที่ชัดเจนเพียงพอสำหรับเคสวิกฤต

ข้อเสนอแนะเพื่อโอกาสการพัฒนา



พัฒนาระบบ Fast Track



สำหรับการอนุมัติและจัดหายา XDR-TB โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี clinical progression



จัดให้มีระบบสำรองยา

ระดับประเทศ

สำหรับกรณีเร่งด่วนและการรักษาเร่งด่วน



กำหนดแนวทางเร่งด่วน



เมื่อผล WGS หรือ DST

ระดับประเทศ



ยืนยันการดื้อยาใหม่ เช่น ดื้อ Bedaquiline หรือ Clofazimine



เชื่อมโยงผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการกับระบบ

จัดหายา

เพื่อให้เมื่อผลยืนยันออกแล้วสามารถเริ่มกระบวนการจัดหายาได้ทันที



เป้าหมาย



เข้าถึงยาเร็ว → เริ่มรักษาเร็ว → ลดการเสียชีวิต → ลดการแพร่เชื้อ → เพิ่มโอกาสรักษาหาย



5. การคลังสุขภาพ (Health Financing)

ลดภาระค่าใช้จ่าย สนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มโอกาสการรักษาสำเร็จ

● ปัญหาที่พบ

-  **ภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยสูง**
ค่าเดินทาง, ค่าครองชีพ, ค่าใช้จ่ายระหว่างการรักษาระยะยาว
-  **ผลกระทบต่อครอบครัว**
ขาดรายได้, สูญเสียโอกาสในการทำงาน
ผู้ดูแลต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย
-  **ความต่อเนื่องในการรักษาได้รับผลกระทบ**
ภาระทางเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยบางรายขาดนัด
เสี่ยงต่อการรักษาไม่ครบและการดื้อยา
-  **การช่วยเหลือยังไม่ครอบคลุม**
การสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นรายครั้ง
ยังไม่มีระบบช่วยเหลือระยะยาวที่เพียงพอ

✓ ข้อเสนอแนะเพื่อโอกาสการพัฒนา

-  **สนับสนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็น**
ค่าเดินทาง, ค่าครองชีพ, ค่าใช้จ่ายระหว่างรักษา
สำหรับผู้ป่วยดัดตั้งจ่ายการแม่เตะการรักษาระยะยาว
-  **เชื่อมโยงระบบช่วยเหลือ ร่วมกับ Patient-Centered Care (PCC)** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม
-  **พัฒนาระบบ Social Risk Assessment**
ประเมินฐานะทางเศรษฐกิจ, รายได้, ภาระครอบครัว
เพื่อกำหนดรูปแบบแนวรสนับสนุนเหมาะสม
-  **จัดตั้งกองทุนหรือกลไกช่วยเหลือ**
สำหรับผู้ป่วย MDR-TB, Pre-XDR TB,
XDR-TB ที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง



🎯 เป้าหมาย



ลดภาระค่าใช้จ่าย → เพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา → ลดการขาดยา → ลดการแพร่เชื้อ → เพิ่มโอกาสรักษาหาย



6. ภาวะผู้นำและการบริหารจัดการ (Leadership and Governance)



⚠️ ปัญหาที่พบ



ระบบ Consult ผู้เชี่ยวชาญมีอยู่แล้ว แต่ขาดรูปแบบสรุปข้อมูลมาตรฐาน ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือ timeline ไม่ชัดเจน



ระบบส่งตรวจ WGS และการรายงานผล ยังใช้เวลานาน



ระบบเข้าถึงยา XDR-TB ยังมีความล่าช้า



Universal DST ยังไม่ได้ถูกกำกับให้เป็นมาตรฐานในทางปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และผู้ป่วยวัณโรคในครอบครัวเดียวกัน



💡 ข้อเสนอแนะโอกาสพัฒนา

1

ผลักดัน
Universal DST



สำหรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
ทุกราย อย่างน้อย
Rifampicin resistance

2

พัฒนาระบบ
Regional TB Expert
Consultation



ให้เป็นมาตรฐาน โดยมี
แบบฟอร์มสรุปเคสและ
timeline ก่อนปรึกษา
ทุกครั้ง

3

ลดระยะเวลา
การส่งตรวจ WGS
และการรายงานผล



โดยกำหนด fast track
สำหรับผู้ป่วย
MDR/Pre-XDR/XDR-TB

4

พัฒนาระบบ
Fast Track
สำหรับยา XDR-TB



ตั้งแต่ระดับเขต
ถึงระดับประเทศ

5

เพิ่มศักยภาพ
AIR และมาตรการ
Infection Control



ในโรงพยาบาลที่ดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

6

ส่งเสริม
Patient-Centered
Care



เป็นแนวทางหลักในการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีปัญหา
ซับซ้อน



ผลลัพธ์ที่คาดหวัง



วินิจฉัย
รวดเร็ว



รักษาได้
ทันเวลา



ลดการ
แพร่เชื้อ



เพิ่มคุณภาพ
การดูแลผู้ป่วย



ระบบมีมาตรฐาน
เดียวกันทั่วประเทศ



ยกระดับการควบคุม
วัณโรคอย่างยั่งยืน



ปัญหา-ประเด็นขอความร่วมมือ

ปัญหาด้านการขาดยา ไม่กินยาต่อหน้า และการกินยาไม่สม่ำเสมอ

1. การกำกับการกินยา (DOT - Directly Observed Treatment) :

- DOT โดยเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนแรก
- Community & Family DOT สร้างความเข้มแข็งและประเมินศักยภาพของพี่เลี้ยง (อสม. หรือญาติ) ให้เข้าใจความสำคัญของการกินยาต่อเนื่อง

2. Video DOT (VDOT) :

- นำเทคโนโลยีมาใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง หรือ กลุ่มวัยทำงานที่ต้องออกไปประกอบอาชีพ

3. ระบบติดตามเชิงรุก (Active Tracing) :

ใช้ฐานข้อมูล NTIP ตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัดแบบ Real-time หากพบผู้ป่วยไม่มารับยาตามกำหนด ต้องมีกลไกแจ้งทีม SRRT หรือ อสม. ลงพื้นที่ติดตามภายใน 48-72 ชั่วโมง และจัดทำทะเบียนการติดตามการขาดยา จนครบ 2 เดือน



ปัญหา-ประเด็นขอความร่วมมือ

4. การจัดการผลข้างเคียง :

- ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติล่วงหน้า เกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจพบได้ และจัดช่องทางติดต่อด่วน (เช่น Hotline หรือ LINE ของคลินิกวัณโรค) เพื่อให้คำปรึกษาและปรับการรักษาได้ทันที ป้องกันผู้ป่วยตัดสินใจหยุดยาเอง

5. วิเคราะห์ปัญหาอื่นๆ

- ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะครอบครัวและผู้ดูแล ขัดจำกัดด้านเศรษฐกิจ ความยากลำบากในการเดินทาง และยาเสพติด

* ใช้ทีมสหวิชาชีพ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สุขภาพจิต สังคมสงเคราะห์ และการสนับสนุนผู้ดูแล ตั้งแต่ระยะแรกของการรักษา



ปัญหา-ประเด็นขอความร่วมมือ

ปัญหาด้านผู้สัมผัสร่วมบ้าน :

- จัดทำทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค และติดตาม CXR ทุก 6 เดือนเป็นเวลา 2 ปี
- กรณีไม่ให้ความร่วมมือ ต้องอาศัยเครือข่าย/ปกครอง และใช้อำนาจตามพรบ.โรคติดต่อ

ปัญหาด้านลดอัตราการเสียชีวิต

การเสียชีวิตส่วนใหญ่ เกิดจากการค้นพบโรคช้า (Late diagnosis) อาการรุนแรง หรือ มีโรคร่วมที่ควบคุมไม่ได้

1. การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active Case Finding - ACF):

- เน้นการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) และตรวจเสมหะ (Xpert MTB/RIF) ในกลุ่มเป้าหมาย 7 เสี่ยงสูงให้ครอบคลุม เพื่อให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2. การจัดการโรคร่วม (Integrated Care):

- ประสานงานคลินิกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คลินิกวัณโรค / คลินิก NCDs / มินิรัฐญารักษ์ และ คลินิกยาต้านไวรัส เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย TB-HIV และ TB-NCDs ควบคู่กันอย่างเป็นระบบ

**Thank
You**

