

การรักษาวัณโรค: DOT vs. VOT

พันธัชชัย รัตนสุวรรณ พ.บ.,วท.ม.

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยการมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า หรือ DOT (Directly-Observed Treatment) ยังคงได้รับคำแนะนำในแนวทางการรักษาวัณโรคล่าสุด พ.ศ. 2560 (ค.ศ. 2017) ขององค์การอนามัยโลก แต่ปัจจุบันได้มีความพยายามพัฒนา VOT (Video-Observed Treatment) มาใช้แทน DOT เพื่อประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยวัณโรค อย่างไรก็ตาม ในรูปแบบการทำ DOT ที่ไม่มอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นพี่เลี้ยง (Non-Family DOT Model) พบว่า แม้ผู้ป่วยวัณโรคจะเดินทางมาที่สถานบริการทุกวัน แต่มีบางรายที่ไม่ได้รับประทานยาจริง หรือแสร้งรับประทานยาเท่านั้น นอกจากนี้ในการทำ DOT ควรมีการดูสีเสมหะว่ามีเปลี่ยนสีเสื่อมสภาพหรือไม่ ควรเก็บยาวัณโรคไว้ในสถานที่ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันยาเสื่อมสภาพ ควรสังเกตเฝ้าระวังการมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงให้ผู้ป่วย และยังเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีกับผู้ป่วยด้วย ดังนั้นไม่ควรใช้ VOT เป็นมาตรการหลักทดแทนการทำ DOT แต่ควรใช้เป็นเพียงมาตรการสนับสนุนการทำ DOT ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น

คำสำคัญ: กลยุทธ์ DOTS, การสังเกตดูผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาผ่านวิดีโอคอล

TB Treatment: DOT vs. VOT

Phanchai Rattanasuwan M.D., M.Sc.

School of Medicine, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

ABSTRACT

DOT (Directly–Observe Treatment) has been still recommended in the latest WHO’s TB Treatment Guidelines in 2017. But VOT (Video–Observed Treatment) has been developed to reduce time and travelling cost of TB patients. However, under the Non–Family DOT, some TB patients who came to health–service units every day did not actually take TB medicines. Furthermore, for providing DOT service, TB drugs should be inspected for changing colors or deterioration, TB drugs should be kept in the suitable place, severe drug side effects should be looked for and DOT can develop relationship with the patients. Therefore, VOT should not be the main measure in replacement of DOT, but it should only be the supporting activity to strengthen the effectiveness of DOT.

Key words: *DOTS (Directly–Observed Treatment, Short–course), VOT (Vvideo–Observed Treatment)*

ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 14 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ปัญหาวัณโรคเชื้อดื้อยาหลายขนานสูง และปัญหาวัณโรคร่วมกับ HIV สูง¹ ทำให้ยังมีความจำเป็นต้องใช้ DOT (Directly-Observed Treatment) หรือการมีพี่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อหน้า^{2,3} อันเป็นมาตรการสำคัญของกลยุทธ์ DOTS (Directly-Observed Treatment, Short-course) ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำสำหรับการควบคุมวัณโรค⁴ แม้ว่าองค์การอนามัยโลกได้ปรับเปลี่ยนชื่อกลยุทธ์อีกหลายครั้ง ได้แก่ The Stop TB Strategy ซึ่งมีกล่าวรายละเอียดเกี่ยวกับ DOT อยู่ด้วย⁵ หรือ The End TB Strategy ที่ไม่ได้กล่าวรายละเอียดเกี่ยวกับ DOT อยู่เลย⁶ แต่ในแนวทางการรักษาวัณโรคล่าสุดขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 (ค.ศ. 2017) ยังคงมีคำแนะนำอย่างชัดเจนเกี่ยวกับ DOT⁷ ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของกลยุทธ์ DOTS การทำ DOT จึงยังคงมีบทบาทที่สำคัญต่อการควบคุม วัณโรค โดยเฉพาะการทำ DOT ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่จะทำให้การรักษายากขึ้นและมีต้นทุนการรักษาสูงขึ้นมาก ในบทความนี้จึงขอเน้นแนวทางการทำ DOT ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เป็นหลัก ทั้งนี้ การทำ DOT เป็นเพียง “เครื่องมือ” ในการควบคุมวัณโรค ที่จำเป็นต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและไม่จำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงปริมาณโดยเฉพาะการศึกษาเชิงทดลองเพื่อพิสูจน์ว่า DOT มีความจำเป็นต้องดำเนินการหรือไม่³

ปัจจุบันการทำ DOT ในประเทศไทยยังมีความหลากหลายในการปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2541 เป็นต้นมา ได้มีการพัฒนารูปแบบการทำ DOT โดยไม่มอบหมายให้ญาติผู้ป่วยเป็นที่เลี้ยง (Non-Family DOT Model) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำ DOT สำหรับการรักษาผู้ป่วยวัณโรค⁸⁻¹⁰ แต่นับถึงปัจจุบันก็ยังคงมีความพยายามพัฒนามาตรการรูปแบบต่างๆ เพื่อใช้แทน DOT สำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรค อาจเนื่องจากการมีแนวคิดที่ว่า DOT มีข้อจำกัดและความยุ่งยากหลายประการในการดำเนินการจริง VOT

(Video-Observed Treatment)¹¹ เป็นหนึ่งในมาตรการรูปแบบที่ได้รับการศึกษาและพัฒนาขึ้นมาไม่นานนี้ โดยอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยสนับสนุนในการลดข้อจำกัดด้านการเดินทางของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการทำ DOT ที่สถานบริการด้านสุขภาพ อีกทั้ง VOT ได้รับการแนะนำไว้ในเอกสารขององค์การอนามัยโลกด้วย⁶ ประเด็นที่น่าสนใจคือ VOT จะใช้ทดแทน DOT สำหรับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้หรือไม่

VOT อาจเรียกเป็น VDOT (Video DOT)¹² หรือ Video-Supported Treatment for TB⁷ เป็นการใช่วิดีโอคอล (video call) ผ่านทางโทรศัพท์มือถือประเภท smart phone หรืออุปกรณ์สนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ tablet หรือ computer ที่มีกล้องถ่ายวิดีโอให้เจ้าหน้าที่ได้สังเกตดูผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาผ่านวิดีโอคอล เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันได้ว่าผู้ป่วยวัณโรคได้รับประทานยา ทั้งนี้ จะมีความสะดวกกว่าการทำ DOT ที่ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องเดินทางทุกวันไปที่โรงพยาบาล หรือไปที่ PCU (primary care unit) ที่โดยทั่วไป คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อรับประทานยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ ทำให้เป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยวัณโรค โดย VOT ได้รับความรู้จากการศึกษาส่วนใหญ่มาจากประเทศพัฒนาแล้ว^{12,13} ที่มีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตสากลครอบคลุมอย่างกว้างขวาง ทำให้สะดวกต่อการดำเนินการ VOT ในการศึกษาเหล่านี้ได้กล่าวถึงข้อจำกัดสำคัญของการทำ VOT คือ ความเสถียรของระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต¹² ทำให้อาจไม่ได้ดูผ่านวิดีโอคอลในขณะที่รับประทานยาที่เป็น real time อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันก็มีความพยายามในการทำ VOT เป็น off-line บันทึกเก็บไว้ส่งให้เจ้าหน้าที่ดูในภายหลังได้

ในรูปแบบ Non-Family DOT¹⁰ ที่เน้นให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นที่เลี้ยงดูแลผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาต่อหน้า ผู้ป่วยวัณโรคจำเป็นต้องเดินทางไปสถานบริการด้านสุขภาพทุกวัน จากประสบการณ์ตรงพบว่า แม้ว่าผู้ป่วยวัณโรคจะยินยอมเดินทางมารับบริการ DOT ทุกวัน แต่ยังมีบางรายก็ไม่ได้มารับประทานยาจริง

โดยสร้างทำเป็นรับประทานยาวันโรค แล้วเอายาไปทิ้งถังขยะ โดยทั่วไปมักเนื่องจากอาการข้างเคียงของยาวันโรคที่ผู้ป่วยต้องรับประทานหลายขนานพร้อมๆ กันทำให้ผู้ป่วยวันโรครู้สึกไม่สบายตัวอย่างมาก แต่ไม่ใช่อาการข้างเคียงรุนแรงและผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องหยุดยาวันโรค แต่ผู้ป่วยยังเดินทางมาที่สถานบริการทุกวัน เพราะเกรงใจเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังพบว่าต้องให้ความระมัดระวังและรอบคอบในเรื่อง “ลำดับขั้นตอน” ของการทำ DOT โดยต้องให้ผู้ป่วยวันโรคไปเอาน้ำดื่มมาหรือเจ้าหน้าที่มอบน้ำดื่มให้ผู้ป่วยวันโรคถือไว้ก่อนแล้วเจ้าหน้าที่ค่อยมอบยาวันโรคให้ผู้ป่วยรับประทานเพื่อเจ้าหน้าที่จะได้สังเกตการรับประทานยา “โดยตรงต่อหน้าจริง” ได้ แต่หากเจ้าหน้าที่มอบยาวันโรคแก่ผู้ป่วยไปก่อน แล้วผู้ป่วยออกไปเอาน้ำดื่มเพื่อรับประทานยาผู้ป่วยมักจะไปรับประทานยาเอง โดยเจ้าหน้าที่จะไม่ได้อุหรือสังเกตโดยตรงต่อหน้าว่าได้รับประทานยาจริงหรือไม่

อาสาสมัครชาวพม่า (เมียนมาร์) ท่านหนึ่งที่เคยมีประสบการณ์ทำ DOT ให้ผู้ป่วยวันโรคชาวพม่าได้กล่าวให้ข้อคิดสำคัญไว้ว่า พี่เลี้ยงที่ดูแลผู้ป่วยวันโรครับประทานยาต่อหน้า ต้อง “ตาไว” จ้องดูขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานยา มิฉะนั้น ผู้ป่วยวันโรคอาจไม่รับประทานยาจริงก็ได้¹⁰ นอกจากนี้ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค หรือ CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ของสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำแนะนำในปี พ.ศ. 2537 ว่า “ควรระวังเทคนิคที่ผู้ป่วยอาจใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการกลืนยา ได้แก่ แอบอมเม็ดยาไว้ในปากหรือคายเม็ดยาทิ้งเมื่อกลับออกไปแล้ว หรือแม้แต่บางรายอาจทำให้อาเจียนเอาเม็ดยาออกมาหลังจากออกจากสถานบริการไปแล้ว ดังนั้นเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้กลืนยา อาจจำเป็นต้องตรวจเช็คดูภายในปากผู้ป่วยหรือขอให้ผู้ป่วยรอประมาณครึ่งชั่วโมงก่อนออกจากสถานบริการเพื่อจะได้ละลายในกระเพาะอาหารของผู้ป่วยแล้ว”¹⁴ จากคำแนะนำนี้ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบควรตระหนักว่า แม้จะทำ DOT โดยให้ผู้ป่วยวันโรคเดินทางมาที่สถานบริการทุกวัน เจ้าหน้าที่ก็ต้องระมัดระวังรอบคอบในการดูแลผู้ป่วยวันโรคว่าได้รับ

ประทานยาจริงหรือไม่ ทั้งกรณีการสร้างรับประทานยาของผู้ป่วย และกรณีของลำดับขั้นตอนการทำ DOT แต่ถ้าทำ VOT โดยมองผ่านวิดีโอคอลขณะที่ผู้ป่วยวันโรครับประทานยา ผู้ป่วยที่ต้องการสร้างทำว่ารับประทานยา อาจอาศัยมุกมกล้อปิดบัง สร้างทำได้ง่ายกว่าการทำ DOT ต่อหน้าเจ้าหน้าที่จริงอย่างมาก

นอกจากนี้ แม้ว่าการดูแลการรับประทานยาวันโรคจริงจะสำคัญที่สุด แต่การทำ DOT ก็ไม่ใช่แค่การรับประทานยาต่อหน้า หากยังต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นของกระบวนการทำ DOT อีกด้วย ได้แก่

- การดูสีเม็ดยาก่อนให้รับประทานว่ามีลักษณะของการเสื่อมสภาพก่อนหมดอายุหรือไม่

- การเก็บยาวันโรคให้ถูกต้องโดยไม่ให้อุแสงแดดโดยตรงและไม่ให้อยู่ใกล้กับแหล่งความชื้น เช่น อ่างล้างมือ

- การสังเกตเฝ้าระวังดูแลอาการข้างเคียงรุนแรงจากยาวันโรค เช่น ตัวเหลืองตาเหลือง ผื่นคัน

- เป็นโอกาสในการสร้างสัมพันธภาพ และความผูกพันอันดีกับผู้ป่วยวันโรค อันจะนำไปสู่การสร้างความน่าเชื่อถือของสถานบริการด้านการรักษาวันโรคและบริการสุขภาพด้านอื่นๆ ในภาพรวมของหน่วยงาน

จากประสบการณ์ตรงประกอบกับข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ ข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ไม่ควรใช้ VOT เป็นมาตรการหลักทดแทนการทำ DOT แต่ควรใช้เป็นเพียงมาตรการ “สนับสนุน” การทำ DOT ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น โดยควรพิจารณาประยุกต์ใช้ได้ 2 กรณี คือ

1. เมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต้องการติดตามกำกับกำกับการดำเนินงาน DOT ของ รพ.สต. ในขณะที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำ DOT ให้กับผู้ป่วยวันโรคที่เดินทางมาทุกวัน โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามารถดูผ่านวิดีโอคอลได้โดยตรงว่า เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ทำ DOT ให้ผู้ป่วยวันโรคจริงอย่างไร

2. เมื่อเจ้าหน้าที่ได้มอบหมายให้อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ทำ DOT แทนเจ้าหน้าที่ใน “กรณีจำเป็นจริงๆ เท่านั้น” ได้แก่ ผู้ป่วยวันโรคอาศัย

อยู่ไกลจากสถานบริการด้านสุขภาพโดยมีการคมนาคมที่ยากลำบากมาก หรือเป็นผู้ป่วยวัณโรคติดเชื้ออย่างไ้ก็ตามเจ้าหน้าที่ควร “คัดเลือก อสม. ที่เชื่อถือได้” อย่่างรอบคอบให้เป็นพี่เลี้ยงแทน ในกรณีนี้ เจ้าหน้าที่จะได้อาศัย VOT เพื่อติดตามดูว่า อสม. ได้ทำ DOT ให้กับผู้ป่วยวัณโรคอย่างจริงจังและถูกต้องหรือไม่ อย่่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: WHO. WHO/HTM /TB/ 2017.23. 2017.
2. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programs. 3rd ed. Geneva: WHO. WHO/CDS/TB/2003. 313. 2013.
3. Rattanasuwan P. TB treatment with DOT: RCT vs. effective program management. Walailak J Sci & Tech 2015; 12: 581–5.
4. World Health Organization. WHO Report on the tuberculosis epidemic: DOTS stop TB at the source. Geneva: WHO. WHO/TB/95.183. 1995.
5. World Health Organization. The Stop TB Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva: WHO. WHO/HTM/TB/2006.368. 2006.
6. World Health Organization. The End TB Strategy: Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2018 May 9]. 2p. Available from: http://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1
7. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care, 2017 update. Geneva: WHO. WHO/HTM/TB/2017. 05. 2017.
8. พันธัชชัย รัตนสุวรรณ, ชลดา ยวนแหล, ผกาวัลย์ แดหวา. การดำเนินงาน DOT (Directly-Observed Treatment) โดยมอบหมายการเป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติผู้ป่วย: รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2542–2543. สงขลานครินทร์เวชสาร 2545; 20: 69–78.
9. 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.
10. พันธัชชัย รัตนสุวรรณ. Non-family DOT: แนวทางการควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://goo.gl/i66SEG>
11. World Health Organization. Handbook for the use of digital technologies to support tuberculosis medication adherence. Geneva: WHO. WHO/HTM/TB/2017.30. 2017.
12. Chuck C, Robinson E, Macaraig M, Alexander M, Burzynski J. Enhancing management of tuberculosis treatment with video directly observed therapy in New York City. Int J Tuberc Lung Dis 2016; 20: 588–93.
13. Wade VA, Karnon J, Elliott JA, Hiller JE. Home videophones improve direct observation in tuberculosis treatment: a mixed methods evaluation. PLoS ONE [internet]. 2012 [cited 2018 May 9]; 7(11):e50155. doi.org/10.1371/journal.pone.0050155.
14. Centers for Disease Control and Prevention, United States of America. Improving patient adherence to tuberculosis treatment, revised 1994. Atlanta: CDC; 1994.