

ที่ สปสช. ๓.๖๕/๑๗๓

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง ตอบข้อหารือหรือการจัดทำโครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่

อ้างถึง หนังสือ สปสช. เขต ๑ เชียงใหม่ ที่ สปสช. ๕.๓๑/๙๙๒ ลงวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑ เชียงใหม่ แจ้งว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลนครลำปาง ขอหารือกรณีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง จัดทำแผนงาน/โครงการคัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงโรคปอดเขตเทศบาลนครลำปาง เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคปอด ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง และกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน COPD และ CKD ระดับ ๔ และระดับ ๕ ได้รับการตรวจคัดกรอง เชิงรุกในชุมชน ด้วยวิธีเอ็กซเรย์ปอดโดยโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี จังหวัดลำปาง และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลลำปางตามระบบต่อไป จะสามารถดำเนินการได้หรือไม่ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอเรียนว่า ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๔ กำหนดให้ “กองทุนหลักประกันสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น หรือสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขในพื้นที่...” ข้อ ๗ กำหนดให้ “เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ดังนี้ (๑) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น” ประกอบกับข้อ ๑๑ กำหนดให้ “คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ (๑) พิจารณาอนุมัติแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมให้ไปปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ของกองทุน” ซึ่งในการพิจารณาสนับสนุนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อจัดบริการสาธารณสุขหรือการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขนั้น ขอให้พิจารณาจากกิจกรรมบริการสาธารณสุขตามประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ประกอบด้วย จากข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้น จึงมีความเห็นต่อประเด็นข้อหารือ ดังนี้

๑. การจัดทำโครงการด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อจัดทำโครงการได้หรือไม่

/เห็นว่า...

เห็นว่า ความในข้อ ๒ วรรคเจ็ด “หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่ไม่ได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ส่วนสาธารณสุข เป็นต้น ประกอบกับข้อ ๗(๑) ของประกาศฯ กำหนดให้ “เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต...” ดังนั้น กรณีตามข้อหาหรือการจัดทำโครงการด้านการส่งเสริม ป้องกันโรคโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จึงสามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามนัยข้อ ๗ (๑) แห่งประกาศฯ พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้

๒. โครงการคัดกรองเชิงรุกด้วยวิธีเอ็กซเรย์ปอดกลุ่มเสี่ยงวัณโรคปอด หน่วยงานสาธารณสุข เช่น สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สามารถจัดทำโครงการดังกล่าวได้หรือไม่ จะเป็นการซ้ำซ้อนหรือไม่

เห็นว่า การสนับสนุนเงินกองทุนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่นั้น เป็นอำนาจดุลพินิจของคณะกรรมการกองทุนที่จะพิจารณาอนุมัติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน รวมถึงต้องพิจารณาความซ้ำซ้อนของการได้รับสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพจากหน่วยงานหรือกองทุนอื่นประกอบด้วย ดังนั้น กรณีการจัดทำโครงการคัดกรองเชิงรุกด้วยวิธีเอ็กซเรย์ปอดให้กับกลุ่มเสี่ยงวัณโรคปอด หากข้อเท็จจริงปรากฏว่าเป็นการจัดบริการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทางสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง ย่อมสามารถสนับสนุนได้ตามอำนาจและดุลพินิจของคณะกรรมการกองทุนที่จะพิจารณา

อย่างไรก็ตาม สำนักงานฯ มีข้อเสนอเพื่อให้คณะกรรมการกองทุนใช้ประกอบการพิจารณาอนุมัติโครงการเพิ่มเติม ดังนี้

๑. นอกจากการตรวจคัดกรองสุขภาพต่อการเกิดโรคแล้ว ควรมีการจัดการควบคุมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้แก่กลุ่มเป้าหมายทางสุขภาพ และจัดทำทะเบียนสุขภาพประกอบด้วยเพื่อเป็นการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยขอให้นำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๖ ของสำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข มาประกอบการพิจารณาสนับสนุน (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถเข้าถึงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๒. รายการค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองสุขภาพควรพิจารณาสนับสนุนเท่าที่จำเป็น เพื่อให้การจัดกิจกรรมดังกล่าวสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ตามความเหมาะสม ความจำเป็นของสุขภาพของกลุ่มบุคคลนั้นๆ และไม่เป็นภาระแก่งบประมาณกองทุนเกินสมควร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขอแสดงความนับถือ



(นายจักรกริช ใจวัคิรี)

ผู้ช่วยเลขาธิการ ปฏิบัติงานแทน

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักสนับสนุนระบบบริการสุขภาพชุมชน

ผู้ประสานงาน : นายอาทิตย์ วสุรัตน์/นางสาวจิรายู อยู่นันท์

โทร ๐๒-๑๔๑-๔๑๙๒

โทรสาร ๐๒-๑๔๓-๔๓๓๐

แนวทางการดำเนินงาน
ควบคุมวัณโรคแห่งชาติ
พ.ศ. 2556

บทที่ 3

การค้นหาและการตรวจวินิจฉัยวัณโรค

บทที่ 3

การค้นหาและการตรวจวินิจฉัยด้วยวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการปรากฏช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอยู่ในชุมชน และเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือเข้าไม่ถึงระบบบริการ ด้วยปัจจัยต่างๆ ทำให้ได้รับการค้นหาล่าช้า หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวม

การที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการค้นหาผู้ป่วยนั้น นอกจากประชาชนจะต้องเข้าใจถึงอาการของวัณโรค การเข้าถึงสถานบริการต้องมีความสะดวก ถ้าสถานบริการสาธารณสุขมีบริการด้านการรักษาที่ดีที่สามารถทำให้ประชาชนวางใจได้ การค้นหา ก็จะเพิ่มขึ้นเองโดยอัตโนมัติเพราะประชาชนจะมุ่งไปตรวจยังสถานบริการสาธารณสุขเหล่านั้นมากขึ้น ดังนั้นวิธีการเพิ่มประสิทธิภาพของการค้นหาผู้ป่วยที่ดีคือ การเพิ่มคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งควรประกอบด้วยบริการที่มีมาตรฐาน เข้าถึงได้ง่าย และบรรยากาศเป็นมิตร

3.1 การค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

แนวทางของการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

3.1.1 การค้นหาแบบตั้งรับ (patient-initiated pathway) เดิมใช้คำว่า passive case finding คือ การตรวจหาวัณโรคในผู้ที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข มีแนวทางดังนี้

- ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องวัณโรค เพื่อให้ประชาชนหรือผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรคหรือผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงอาการสงสัยวัณโรค สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยไปรับบริการตรวจวินิจฉัยที่สถานบริการสาธารณสุข
- พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้ ความเข้าใจจนสามารถค้นหาผู้มีอาการสงสัยวัณโรค เพื่อเก็บเสมหะส่งตรวจ หรือแนะนำ/ส่งต่อผู้มีอาการสงสัยวัณโรคให้ไปรับการตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาล
- เพิ่มศักยภาพของผู้ให้บริการสาธารณสุข ในเรื่องการตรวจวินิจฉัยวัณโรคที่รวดเร็วสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสงสัย
- พัฒนาศักยภาพของห้องปฏิบัติการให้มีคุณภาพ เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยมีความรวดเร็ว และถูกต้อง

3.1.2 การค้นหาโดยการคัดกรอง (screening pathway) เป็นการค้นหาผู้ป่วยแบบเข้มข้น (intensified case finding: ICF) ในกลุ่มประชากรหรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยวัณโรค และกลุ่มที่มีอาการแสดงที่เข้าได้กับวัณโรคหรือไม่เข้าในช่องทางของ patient-initiated แต่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยเป็นวัณโรค มีดังต่อไปนี้

- 1) ผู้สัมผัสวัณโรค (contacts of TB cases) ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี) หรือผู้สัมผัสวัณโรคที่อยู่
 - 2) ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค (clinical risk groups) ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรคปอดอักเสบจากฝุ่นทราย (silicosis) โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive lung disease) ผู้ติดเชื้อรา ผู้ป่วยทุพโภชนาการ (malnutrition) โรคที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
 - 3) ประชากรกลุ่มเสี่ยง (risk populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วย วัณโรค ผู้อาศัยในชุมชนแออัด ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ไร้ที่อยู่ ผู้อาศัยในค่ายอพยพ และประชากรข้ามชาติ
- กลุ่มที่ควรให้ความสำคัญ 3 อันดับแรก คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สัมผัสวัณโรค และผู้ต้องขังในเรือนจำ ซึ่งมีแนวปฏิบัติในการคัดกรองแตกต่างกันไป (ศึกษารายละเอียดในบทที่ 6 การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ และบทที่ 8 การควบคุมวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) เมื่อคัดกรองแล้วสงสัยวัณโรคต้องส่งเสมหะตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยวัณโรคต่อไป

สำหรับการค้นหาเชิงรุก (active case finding) เป็นการตรวจหาวัณโรคโดยเจ้าหน้าที่ออกไปตรวจหาผู้ป่วยในชุมชนหรือในกลุ่มประชากรเฉพาะ เป็นการค้นหาโดยการเอกซเรย์หรือตรวจเสมหะทุกรายเพื่อวินิจฉัยวัณโรคซึ่งมีความยุ่งยากและสิ้นเปลืองมาก ดังนั้นการค้นหาเชิงรุกจึงควรจะดำเนินการในพื้นที่ที่ต้องการเฝ้าระวังเนื่องจากมีความชุกของวัณโรคสูง หรือกรณีที่ต้องการศึกษาวิจัยเพื่อหาความชุกของวัณโรค (TB prevalence survey) เท่านั้น

อาการสงสัยวัณโรคปอด

อาการที่สำคัญของวัณโรคปอด คือ ไอเรื้อรังติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้คือ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีไข้ (มักจะเป็นตอนบ่าย เย็น หรือตอนกลางคืน) ไอมีเลือดปน (hemoptysis) เจ็บหน้าอก หายใจขัด ในกรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี อาการไอ ไม่จำเป็นต้องนานถึง 2 สัปดาห์ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน เป็นข้อบ่งชี้ที่ควรสงสัยว่าผู้ป่วยอาจกำลังป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วย

ผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค (TB suspect) แนะนำให้เก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค วิธีเก็บเสมหะอย่างถูกต้องมีความสำคัญเท่าๆ กับวิธีการตรวจอย่างถูกต้องในห้องปฏิบัติการ ถ้าได้ส่งตรวจ (specimen) ที่ด้อยคุณภาพ การตรวจจะไม่ได้ประโยชน์เต็มที่ และยังให้ผลการตรวจผิดพลาดได้ ภาชนะที่ใช้เก็บเสมหะควรใช้ขวดหรือถ้วยทำด้วยพลาสติก แก้ว หรือโลหะ ภาชนะควรมีปากกว้างและลึก

พอสมควร เพื่อให้ผู้ป่วย้วนเสมหะได้สะดวก ควรมีฝาเกลียวปิดที่ปิดได้แน่นเพื่อป้องกันการรั่วไหล มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางอย่างน้อย 3 เซนติเมตร และลึกไม่น้อยกว่า 2 เซนติเมตร หรือมีความจุประมาณ 50 มิลลิลิตร และก่อนส่งให้ผู้ป่วยควรปิดฉลากชื่อและเลขหมายที่ข้างภาชนะให้เรียบร้อยก่อน

ลักษณะเสมหะที่ดีมีคุณภาพคือ มีลักษณะเป็นเมือก เหนียว เป็นยาง ชุ่มชื้น มีสีเหลืองคล้ายหนอง ต้องได้จากการไอที่มาจากส่วนลึกของปอด ไม่ใช่มาจากทางเดินหายใจตอนบน หรือจากจากลำคอ

แนะนำให้เก็บเสมหะจำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง ดังนี้คือ

- ครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่สถานบริการสุขภาพ ให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะทันที (spot sputum) โดยบ้วนใส่ภาชนะแล้วส่งตรวจ
- ครั้งที่ 2 ในเช้าวันที่จะไปโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเมื่อตื่นนอนตอนเช้า (collected sputum) ก่อนแปรงฟัน บ้วนเสมหะใส่ภาชนะแล้วนำมาส่งตรวจ

ทั้งนี้หน่วยบริการต้องผ่านเกณฑ์การประเมินในระบบ EQA (external quality assurance) smear microscopy

32 การตรวจวินิจฉัยวัณโรค

3.2.1 การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์

การตรวจหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์เป็นวิธีการหลักของงานควบคุมวัณโรค โรงพยาบาลระดับต่างๆ สามารถให้บริการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้ รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บางแห่งสามารถให้บริการได้เช่นกัน แต่ส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องของการเก็บตัวอย่างที่มีคุณภาพส่งตรวจยังเครือข่ายของโรงพยาบาล โดยมีหน่วยงานที่ให้บริการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้นประมาณ 1,100 แห่ง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้กล้องจุลทรรศน์ชนิดธรรมดา (light microscopy) ในการตรวจดู smear ที่ย้อมสีด้วยวิธี Ziehl Neelsen (ZN) ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้กล้องจุลทรรศน์เรืองแสงชนิดใช้หลอด LED (fluorescent light-emitting diode) มาใช้ในการตรวจวินิจฉัยวัณโรค ที่สามารถเพิ่มความไวของการตรวจพบเชื้อมากขึ้น

ตารางที่ 1 การรายงานผลการตรวจสไลด์ด้วย วิธี ZN staining

จำนวนเชื้อที่พบ	ผล	Grading	จำนวนวงกล้องที่ตรวจ (อย่างน้อย)
0 AFB/100 วงกล้อง	Negative	-	200
1- 9 AFB /100 วงกล้อง	actual cell counts (นับจำนวน AFB ที่พบ)	actual cell counts (นับจำนวน AFB ที่พบ)	100
10 - 99 AFB /100 วงกล้อง	Positive	1+	100
1-10 AFB /วงกล้อง	Positive	2+	50
>10 AFB /วงกล้อง	Positive	3+	20

หมายเหตุ: acid-fast bacilli: AFB

ตารางที่ 2 การรายงานผลการตรวจสไลด์ด้วย วิธี fluorescence acid-fast staining

จำนวนเชื้อ AFB	การรายงานผล
0 AFB / 30 วงกล้อง	Negative
1 - 29 AFB / 30 วงกล้อง	นับจำนวน AFB ที่พบ
>29 AFB / 30 วงกล้อง	1+
1 - 10 AFB / วงกล้อง	2+
>10 AFB / วงกล้อง	3+

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรายงานผลการตรวจหาเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์

SCALE (1,000 x field = HPF)	MICROSCOPY SYSTEM USED		
	LIGHT MICROSCOPY (ZN Stain) 1,000 x magnification: 1 length = 100 HPF	FLUORESCENCE MICROSCOPY (Fluorescent Stain) 200-250 x magnification: 1 length = 30 fields	FLUORESCENCE MICROSCOPY (Fluorescent Stain) 400 x magnification: 1 length = 40 fields
Negative	0 AFB/1 length or 100 HPF	0 AFB/1 length or 30 fields	0 AFB/1 length or 40 fields
Scanty	1-9 AFB/1 length or 100 HPF	1-29 AFB/1 length or 30 fields	1-19 AFB/1 length or 40 fields
1+	10-99 AFB/1 length or 100 HPF	30-229 AFB/1 length or 30 fields	20-199 AFB/1 length or 40 fields
2+	1-10 AFB/1 HPF on average	10-100 AFB/1 length on average	5-50 AFB/1 length on average
3+	>10 AFB/1 HPF on average	>100 AFB/1 field on average	>50 AFB/1 field on average

หมายเหตุ: รายงานตามแนวทางของ WHO และ IUATLD

การรายงานผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์จะต้องรายงานภายในเวลา 24 ชั่วโมงให้กับหน่วยบริการ หลังจากได้รับตัวอย่าง และรายงานได้เพียงว่าพบเชื้อ AFB เท่านั้น การรายงานว่าเป็นเชื้อวัณโรค หรือ เชื้อมัยโคแบคทีเรียอื่นๆ ต้องนำไปเพาะเลี้ยงเชื้อและทำการทดสอบเพื่อพิสูจน์ยืนยันชนิดอีกครั้ง สำหรับห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถทำเพาะเลี้ยงเชื้อได้ การตรวจพบเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์เพียงอย่างเดียวสามารถใช้ในการวินิจฉัยวัณโรคได้โดยใช้ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก หรืออาการสงสัยเข้าได้กับวัณโรค การตรวจพบเชื้อ AFB ด้วยกล้องจุลทรรศน์จะต้องมีจำนวนเชื้อมากพอถึง 10,000 ตัว/เสมหะ 1 มิลลิลิตร ความแม่นยำของการตรวจขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ตรวจ การพบเชื้อใน smear แสดงว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรคและอยู่ในระยะแพร่เชื้อจำเป็นต้องให้การรักษาทันทีเพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ จำนวนเชื้อ AFB ที่พบยังแสดงถึงความรุนแรงของการติดเชื้อในผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องอ่าน และรายงานสิ่งที่ตรวจพบให้ถูกต้องมากที่สุด

- สมุดทะเบียนการตรวจเสมหะ (laboratory register book)

ห้องชันสูตรควรจัดทำสมุดทะเบียนการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคโดยเฉพาะ แยกจากการตรวจส่งตรวจอื่นๆ เพื่อเป็นหลักฐานในการตรวจสอบกับ treatment card เพื่อหา primary default และง่ายต่อการจัดทำรายงานประจำไตรมาส

- การพบเชื้อจำนวนน้อยๆ ที่ให้ระบุจำนวนที่พบ (scanty หรือ actual number)

องค์การอนามัยโลกกำหนดว่า การตรวจพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์จำนวนน้อยๆ หรือพบเพียง 1 ตัวสามารถรายงานเป็นผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก (sputum smear positive case) ได้

3.2.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray: CXR)

มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยวัณโรค แม้มีความไวค่อนข้างสูงแต่ความจำเพาะไม่สูงแม้แต่รังสีแพทย์หรือแพทย์ที่มีประสบการณ์มากๆ ยังจำแนกวัณโรคในระยะลุกลามจากวัณโรคระยะสงบหรือโรคอื่นๆ ได้ไม่ดีนัก มีประโยชน์ช่วยกรองหาผู้มีเงาผิดปกติได้ อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยวัณโรคจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีการตรวจเสมหะควบคู่ไปด้วยทุกครั้ง

3.2.3 การตรวจเสมหะโดยการเพาะเลี้ยงเชื้อ (culture)

เพื่อการยืนยันเชื้อวัณโรคและดูความมีชีวิตของเชื้อรวมทั้งการทดสอบความไว ในสภาพการณ์ปัจจุบัน นับว่าดีขึ้น เพราะโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาคสามารถตรวจเพาะเลี้ยงเชื้อได้จำนวน 74 แห่ง ประกอบด้วยหน่วยงานสังกัดกรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่างๆ และหน่วยงานสังกัดสำนักอนามัย สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นต้น มีหน่วยงานที่สามารถทำทดสอบความไวของเชื้อต่อยาแนวที่ 1 (drug susceptibility testing for first line drug) จำนวน 33 แห่ง และมีจำนวนหน่วยงานที่สามารถทำทดสอบความไวของเชื้อต่อยาแนวที่ 2 (drug susceptibility testing for second line drug) จำนวน 4 แห่ง

- การส่งตัวอย่างเพาะเลี้ยงเชื้อ ควรทำกรณีใด
 1. ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ (sputum smear negative pulmonary tuberculosis)
 2. ผู้ป่วย MDR-TB ที่ต้องตรวจเสมหะเพื่อติดตามการรักษาในช่วงที่มีผิดยา หลังจากนั้นทุกๆ 2 เดือนจนครบระยะเวลาการรักษา
 3. ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคนอกปอด เช่น วัณโรคต่อม้ำเหลือง วัณโรคเยื่อหุ้มปอดและอื่นๆ
- การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรคสำหรับการเพาะเลี้ยงเชื้อ

การเก็บสิ่งส่งตรวจต่างๆ จากร่างกายของผู้ป่วยเพื่อตรวจหาเชื้อวัณโรค จำเป็นจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง และควรระวังสิ่งส่งตรวจต่างๆ นั้น ในภาชนะที่ปราศจากเชื้อเพราะถึงแม้ในการ culture วัณโรคจะมีขั้นตอนในการลดการปนเปื้อน (decontamination) หากมีการปนเปื้อนมาก วิธีการลดการปนเปื้อนอาจจะได้ผล สิ่งส่งตรวจต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. สิ่งส่งตรวจที่ปราศจากการปนเปื้อนจากแบคทีเรียอื่นๆ เช่น น้ำไขสันหลัง น้ำจากเยื่อหุ้มปอด สามารถเพาะเลี้ยงบนอาหารเลี้ยงเชื้อได้ โดยไม่จำเป็นต้องผ่านวิธีการ decontamination
2. สิ่งส่งตรวจที่มีการปนเปื้อนจากแบคทีเรียอื่นๆ เช่น เสมหะ หนอง และอุจจาระ ซึ่งต้องมีการกำจัดเชื้อปนเปื้อนก่อนที่จะเพาะเลี้ยงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ

ส่วนในกรณีที่ไม่แน่ใจว่าสิ่งส่งตรวจนั้นๆ จะมีการปนเปื้อนหรือไม่ ให้ถือเสมือนว่าสิ่งส่งตรวจนั้นมีการปนเปื้อน

- วิธีการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยการเพาะเลี้ยงเชื้อ

การเพาะเลี้ยงเชื้อ เป็นวิธีที่ต้องปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นอย่างดี และพร้อมด้วยสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตู้ปลอดเชื้อ biological safety cabinet (BSC) ที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในขณะปฏิบัติงาน ควรเป็นตู้ปลอดเชื้อ BSC class II ที่มีระบบการดูดกลับารูรักษาอย่างดี และต้องกำจัดเชื้อแบคทีเรียอื่นๆ ที่ปนเปื้อนมากับสิ่งส่งตรวจก่อนที่จะนำไปเพาะเลี้ยงเชื้อ เรียกว่า ขบวนการ decontamination procedure โดยมากมักจะใช้กับเสมหะ หนอง และอื่นๆ แต่ถ้าเป็นตัวอย่างที่เก็บมาด้วยวิธี aseptic technique เช่น cerebrospinal fluid (CSF) ก็สามารถเพาะลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ Lowenstein – Jensen (L-J) ได้โดยตรง การ culture ยังมีประโยชน์ในการจำแนกชนิดของเชื้อวัณโรคออกจากเชื้อมัคโคแบคทีเรียอื่นๆ ได้ และสามารถนำเชื้อที่เพาะเลี้ยงได้ไปทำทดสอบความไวต่อยาได้ อาหารเลี้ยงเชื้อที่นิยมใช้กันมากคือ L-J และ 2% Ogawa medium ซึ่งอาหารทั้งสองชนิดนี้จะมีไข่เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ แต่ในปัจจุบันมีการเพาะเลี้ยงเชื้อในอาหารเหลว BBL MGIT ที่ใช้กับเครื่องเพาะเลี้ยงเชื้ออัตโนมัติ Bactec MGIT 960 ที่ตรวจหาการเจริญของเชื้อโดยใช้หลักการของ Oxygen consuming ที่สามารถตอบผลที่รวดเร็วกว่าการเพาะเลี้ยงเชื้อบนอาหารแข็ง แต่มีราคาแพงกว่า

- การรายงานผลเพาะเลี้ยงเชื้อ

กรณีตั้งต้นจากเสมหะตรวจพบเชื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์ การเพาะเลี้ยงเชื้อวัฒนธรรมอาหารแข็งสามารถรายงานผลการตรวจพบเชื้อได้ในเวลา 4 สัปดาห์ แต่ต้องใช้เวลา 8 สัปดาห์ในการรายงานว่า ไม่พบเชื้อ (No growth) ส่วนการเพาะเลี้ยงในอาหารเหลวด้วย เครื่องเพาะเลี้ยงเชื้ออัตโนมัติ Bactec MGIT 960 สามารถรายงานผลการตรวจพบเชื้อได้ภายในเวลา 2 สัปดาห์ แต่ต้องใช้เวลา 6 สัปดาห์ในการรายงานว่า No growth

- การส่งเชื้อทดสอบความไวต่อยา (drug susceptibility testing: DST)

ควรทำกรณีที่สงสัยเชื้อวัณโรคดื้อยา ได้แก่

1. ผู้ป่วยมีประวัติรักษาล้มเหลว
2. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ
3. ผู้ป่วยขาดยากลับมารักษา มีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ
4. มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
5. ระหว่างการรักษา แต่มีผลเสมหะเป็นพบเชื้อภายหลังสิ้นการรักษาเดือนที่ 3

การรายงานผลการทดสอบความไวบนอาหารแข็งจะใช้เวลา 1 เดือน นับจากได้เชื้อวัณโรคจากการเพาะเลี้ยงเชื้อและพิสูจน์ยืนยันชนิดแล้ว หากทำการทดสอบในอาหารเหลวจะใช้นานน้อยกว่าประมาณ 12-14 วัน

3.2.4 การตรวจทางอนุชีววิทยา (molecular examination; nucleic acid amplification)

เป็น Rapid identification ที่มีความรวดเร็วในการช่วยวินิจฉัยเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) และตรวจการดื้อยาของเชื้อวัณโรค โดยผลการตรวจวินิจฉัยแต่ละชนิดขึ้นกับเทคนิคต่างๆ ที่นำมาใช้ โดยเฉพาะตัวอย่างส่งตรวจที่พบเชื้อ AFB จะมีความไวในการตรวจพบสูง ปัจจุบันการตรวจด้วยวิธีนี้มีหลายเทคนิค เช่น

- Xpert MTB/RIF เป็นเครื่องตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมแบบอัตโนมัติ ใช้เทคนิค real-time polymerase chain reaction โดยอาศัยชุดน้ำยาที่บรรจุภายในตลับสำเร็จรูป (cartridge) ควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจหาเชื้อวัณโรคและเชื้อวัณโรคดื้อยา rifampicin ในเวลาเดียวกัน โดยปฏิกิริยาของชุดน้ำยาและสิ่งส่งตรวจ (เสมหะ) จะเกิดขึ้นภายในตลับนั้น และเครื่องจะแปลผลว่า ตัวอย่าง (เสมหะ) นั้นมีเชื้อวัณโรคอยู่หรือไม่ และดื้อต่อยา rifampicin ด้วยหรือไม่ โดยใช้เวลา 100 นาที เครื่องมือมีความไวและความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 99 ข้อดีของการใช้เครื่อง Xpert MTB/RIF ในการตรวจวิเคราะห์คือ ช่วยในการวินิจฉัยได้ในเวลาไม่กี่ชั่วโมง และเป็นการทดสอบที่มีความไวและความจำเพาะสูงเมื่อตรวจจากสิ่งส่งตรวจโดยตรง เช่น เสมหะ หรือสิ่งส่งตรวจอื่นๆ แต่ข้อเสียคือ มีราคาที่สูงกว่า สามารถใช้เครื่อง Xpert MTB/RIF นี้ในกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่มหลักคือ

1. กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัยเป็นวัณโรคดื้อยา หรือเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรคดื้อยา เช่น ผู้ป่วย relapse, TAF หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยดื้อยาหลายขนาน
 2. กลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการรุนแรงและสงสัยว่ากำลังป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วย
 3. กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ แต่สงสัยว่าจะเป็นวัณโรค
- Genotype MTBDR (HAIN Test) ใช้เทคนิค line probe assay (LPA) ในการตรวจวิเคราะห์สารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยา isoniazid และ rifampicin โดยดูปฏิกิริยาการเกิดสีขึ้นบนแถบไนโตเซลลูโลสที่จำเพาะต่อเชื้อวัณโรคนั้น ใช้เวลาประมาณ 2 วัน มีความไวและความจำเพาะร้อยละ 98 สามารถใช้เครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วย 3 กลุ่มหลักเช่นเดียวกับการตรวจด้วยเครื่อง Xpert MTB/RIF

3.2.5 วิธีการอื่นๆ ที่ช่วยในการวินิจฉัยวัณโรค

- การทดสอบผิวหนัง (tuberculin skin test: TST) เป็นการทดสอบการติดเชื้อวัณโรค มีประโยชน์น้อยมากในการวินิจฉัยวัณโรค ยกเว้นในเด็กที่ไม่เคยได้รับวัคซีน BCG มาก่อน ในผู้ที่ได้รับ BCG มาก่อนการทดสอบ TST ที่ให้ผล “บวก” ไม่ได้บ่งชี้การเป็นวัณโรค ในทำนองเดียวกันกับผล “ลบ” ก็ไม่ได้แปลว่าไม่เป็นวัณโรค การทดสอบ TST จะมีประโยชน์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีน BCG ถ้าผลการทดสอบเป็น “บวก” จะบ่งชี้ถึงสภาวะการติดเชื้อวัณโรค ซึ่งมีโอกาสที่จะเป็นวัณโรคในระยะลุกลามง่ายกว่าผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามการให้วัคซีน BCG อาจจะทำให้การแปลผลในเด็กยากยิ่งขึ้น รวมทั้งภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้การแปลผลแตกต่างกัน
- การตรวจ interferon gamma release assay (IGRA) เป็นการทดสอบเพื่อวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) โดยอาศัยการ Incubate ตัวอย่างเลือดด้วย purified protein derivative (PPD) และ control antigen และทำการวัดปริมาณ interferon gamma (IFN- γ) ที่ปลดปล่อยมาจากเม็ดเลือดขาว lymphocyte ที่ถูก sensitized โดยใช้หลักการของ enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) ปัจจุบันการทดสอบนี้ยังไม่มีการใช้เพื่อยืนยันการป่วยเป็นโรค (active tuberculosis disease)

เอกสารอ้างอิง

1. ชัยเวช นุชประยูร. เชื้อวัณโรค. วัณโรค. สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. พิมพ์ครั้งที่ 5 : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พฤษภาคม 2546: ISBN 974-331-083-5.
2. ชัยเวช นุชประยูร. วัณโรคปฏิบัติการ. สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

3. ธนิตา เจริญทอง และคณะ. รายงานผลการดำเนินงานศึกษาวิจัยเรื่องการตรวจแบบเร็วเพื่อหาการดื้อยาไอโซไนอะซิดและไรแฟมพิซินของเชื้อวัณโรค. กลุ่มปฏิบัติการอ้างอิงชั้นสูตรวัณโรคแห่งชาติ สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2552.
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดำเนินงานด้านชั้นสูตรวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 4 : โรงพิมพ์การศาสนา มกราคม 2547: ISBN 974-297-224-9.
5. Kawai M., and Fujiki A. Minimum essential of laboratory procedure for tuberculosis control.
6. Kubica GP., Dye WE., Cohn ML., and Middlebrook G. Sputum digestion and decotamination with N-acetyl-L-cystein-soduim hydroxide for culture of mycobacteria. *Am Rev Respir Dis* 1963; 87: 775-9.
7. Kubica GP., Kaufman AJ., and Dye WE. Comments on the use of the new mucolic agent, N-acetyl-L-cystein, as a sputum digestant for the isolation of mycobacteria. *Am Rev Respir Dis* 1964; 89: 284-6.
8. Petroff, SA. A new and rapid method for the isolation and cultivation of tubercle bacilli directly from the sputum and fecae. *J Exp Med* 1915; 21: 38-42.
9. The Research Institute of Tuberculosis, JATA, 1988: p.53-4.
10. Van Deun A. and F. Portaels. Limitation and requirement for quality control of sputum smear microscopy for acid-fast bacilli. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998; 2(9):756 – 76.
11. Vestal A.L. Procedure for the isolation of mycobacteria DHEW publication No. (CDC) 79-8230 U.S. Dept of Health Education and Welfare Public Health Service. Atlanta, Georgia. 1978.P.129-30.
12. World Health Organization. Early detection of tuberculosis: An overview of approaches, guidelines and tools. WHO/HTM/STB/PSI/2011.21. World Health Organization 2011.



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต ๑ เชียงใหม่
วันรับ - 2 APR 2018
เลขที่รับ..... 744/61

ที่ กท ๑๗๕/๒๕๖๑

กองทุนหลักประกันสุขภาพ
(ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง

๒๕ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอร้องหรือการทำโครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขต ๑ เชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการ คัดกรองเชิงรุกด้วยวิธีเอกซเรย์ปอดกลุ่มเสี่ยงวัณโรคปอดเขตเทศบาลนครลำปาง
จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง ได้จัดทำแผนงาน /โครงการ คัดกรองเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงวัณโรคปอดเขตเทศบาลนครลำปาง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคปอด ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียง และ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน , COPD ,CKD ระดับ ๔ และ CKD ระดับ ๕ ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีเอกซเรย์ปอด เชิงรุกในชุมชน โดยโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ลำปาง และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ รพ. ลำปางตามระบบ โครงการดังกล่าวได้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง เพื่อเป็นค่าตรวจเอกซเรย์ปอดพร้อมอ่านผล เชิงรุกในชุมชนนั้น จึงขอร้องดังนี้

๑. การจัดทำโครงการด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สามารถขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนฯ เพื่อจัดทำโครงการได้หรือไม่

๒. โครงการ คัดกรองเชิงรุกด้วยวิธีเอกซเรย์ปอดกลุ่มเสี่ยงวัณโรคปอด หน่วยงานสาธารณสุข เช่น หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สามารถจัดทำโครงการดังกล่าว ได้หรือไม่ จะเป็นการซ้ำซ้อนหรือไม่

ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมโปรดติดต่อ นางจิตาพร เอกธวัชปราณี ตำแหน่ง เลขานุการ คณะอนุกรรมการฝ่ายเลขานุการ กองทุนฯ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ ๐๘๑-๘๘๒๗๙๘๘ หมายเลขโทรศัพท์สำนักงาน ๐๕๔-๒๓๗๒๓๗ ต่อ ๕๑๐๔

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ตอบข้อหารือเป็นลายลักษณ์อักษร และหากผลเป็นประการใดโปรดแจ้งให้เทศบาลนครลำปางทราบด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายกิตติภูมิ นามวงศ์)

ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

(ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง

(นางรัชมิวัลย์ ปานรูป)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ปฏิบัติงานแทน

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

งานกองทุนหลักประกันสุขภาพ

โทร. ๐๕๔ - ๒๓๗๒๓๗ ต่อ ๕๑๐๔

โทรสาร ๐๕๔ - ๒๓๗๒๓๓

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑ เชียงใหม่

① เรนผู้รับ ผู้ใจหมาย
- กองทุนฯ - ลำปาง ของเขต
พื้นที่โครงการคัดกรอง
กลุ่มเสี่ยง Tb
- แผนการแจ้ง อบต. ลำปาง

314161

แบบเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กองทุนหลักประกันสุขภาพ (ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง

เรื่อง ขอเสนอแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คัดกรองเชิงรุกด้วยวิธีเอ็กซเรย์ปอดกลุ่มเสี่ยงวัณโรคปอดเขตเทศบาลนครลำปาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ประธานกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง

ด้วย หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มงาน (ระบุชื่อ) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง มีความประสงค์ จะจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม คัดกรองเชิงรุกด้วยวิธีเอ็กซเรย์ปอดกลุ่มเสี่ยงวัณโรคปอดเขตเทศบาลนครลำปาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง เป็นเงิน ๖๘,๐๐๐ บาท โดยมีรายละเอียดแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

๑. หลักการและเหตุผล

วัณโรคเป็นโรคติดต่อร้ายแรงชนิดหนึ่ง ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา อาจพิการและเสียชีวิต และถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด ก็อาจทำให้เชื้อโรคค้อยาที่ใช้ในการรักษาและอาจแพร่เชื้อโรคให้กับบุคคลอื่นๆเช่นคนในครอบครัวหรือคนรอบข้าง และต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก ตัวผู้ป่วยเองจะมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ขาดโอกาสในการทำมาหาเลี้ยงชีพ มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาได้อย่างทันเหตุการณ์ ทำให้มีการแพร่เชื้อโรคให้กับคนรอบข้างได้อย่างรวดเร็ว

สถานการณ์วัณโรคอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ จนถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐ โดยพบผู้ป่วยวัณโรค แล้วจำนวน ๒๗๘ ราย เป็นชาย ๑๙๒ รายและหญิง ๘๖ ราย ผลอัตราการรักษาสำเร็จ (Success rate) ที่ร้อยละ ๗๗.๗ อัตราตายร้อยละ ๑๔.๒ นอกจากนี้ยังพบสถานการณ์วัณโรคค้อยา (MDR TB) ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลลำปาง จำนวน ๑๐ ราย เสียชีวิต ๑ ราย อยู่ในเขตอำเภอเมืองจำนวน ๕ ราย (เป็นผู้ต้องขัง ๑ ราย ในเรือนจำกลางลำปาง) ที่เหลืออยู่ตำบลกล้วยแพะ ตำบลปงแสนทอง ตำบลบ้านเอื้อม และตำบลบ้านแลง แห่งละ ๑ รายตำบลที่มีผู้ป่วยสูงสุดคือ ตำบลชมพู อัตราป่วย ๑๑.๗๑ ต่อแสนประชากร (จำนวน ๒๗ ราย) รองลงมาคือตำบลบ่อแก้ว อัตราป่วย ๙.๕๔ ต่อแสนประชากร (จำนวน ๒๕ ราย) ตำบลพิชัย อัตราป่วย ๘.๖๗ ต่อแสนประชากร(จำนวน ๒๐ ราย) และตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบสูงสุดสามลำดับแรก คือกลุ่มอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป อัตราป่วย ๒๕.๑๖ ต่อแสนประชากร(จำนวน ๕๘ ราย) รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๕๕ - ๕๙ ปี อัตราป่วย ๑๐.๔๑ ต่อแสนประชากร (จำนวน ๒๔ ราย) และกลุ่มอายุ ๖๐ - ๖๔ ปี อัตราป่วย ๑๐.๔๑ ต่อแสนประชากร(จำนวน ๒๔ ราย) ตามลำดับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในปี ๒๕๖๐ พบว่า ผลงานการคัดกรองในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านยังต่ำ มีการส่งตรวจ CXR และ AFB ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงต่ำกว่าปกติและการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ค่อนข้างน้อย และการพบผู้ป่วยเชิงรุกน้อย

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองลำปาง เห็นความสำคัญในการเร่งรัด ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มผู้สัมผัสร่วม

บ้าน ในพื้นที่เขตเทศบาลนครลำปาง โดยขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดทำ เอกซเรย์เคลื่อนที่เชิงรุก แก่กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ เพื่อความสะดวกและการเข้าถึงบริการของกลุ่มนี้ได้มากขึ้น

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
๒. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคปอดได้รับการคัดกรองด้วยวิธีเอ็กซเรย์ปอด

ตัวชี้วัด

- กลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการเอ็กซเรย์ปอด ร้อยละ ๙๐

๓. กลุ่มเป้าหมาย รวม ๔๐๐ คน โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักที่สำคัญดังนี้

- ๑) กลุ่มผู้สูงอายุ
 ๑. ติดบ้าน
 ๒. ติดเตียง
- ๒) กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป
 ๑. เบาหวาน
 ๒. COPD
 ๓. CKD ระดับ ๔
 ๔. CKD ระดับ ๕
- ๓) กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ๒ ปีย้อนหลัง(๕๙-๖๐)

๔. วิธีการดำเนินงาน (เขียนรายละเอียดทุกกิจกรรม ตามลำดับขั้นตอนก่อน-หลัง)

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับตำบลประกอบด้วยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม, ทีมศสม.ทั้ง ๒ แห่ง ,ตัวแทน อสม. และตัวแทนเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่
๒. คณะทำงานร่วมประชุมเพื่อวางแผนในการดำเนินงาน การเตรียมกลุ่มเป้าหมาย การประชาสัมพันธ์โครงการและการนัดหมายการออกตรวจเอกซเรย์ ในแต่ละพื้นที่
๓. ทีมคณะทำงานติดต่อประสานงานกับ ศูนย์เอ็กซเรย์เคลื่อนที่จากโรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี ลำปาง
๔. ดำเนินงานตามแผนการออกตรวจวินิจฉัยด้วยการเอ็กซเรย์ปอดให้กับผู้สงสัย,กลุ่มเสี่ยงเป้าหมายโดย รถโมบายจาก รพ.ค่ายสุรศักดิ์มนตรี เชียงรุกในชุมชนเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มเสี่ยง
๕. รพ.ค่ายฯ อ่านผลการตรวจส่งให้ รพ.สต.เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ รพ.ลำปางตามระบบ
๖. คณะทำงานมีการติดตามประเมินผล และคืนข้อมูลด้านผลการตรวจเอกซเรย์แก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่
๗. สรุปรายงานเป็นรูปเล่มเสนอกองทุนสุขภาพตำบล

๕. ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๑

๒. สถานที่ดำเนินการ

พื้นที่โรงพยาบาลนครลำปาง

๑. ศสม.ม่อนกระถิง
๒. ศสม.หัวเวียง

๓. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพ (ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง จำนวน ๖๘,๐๐๐ บาท
รายละเอียด ดังนี้

- ค่าตรวจเอ็กซเรย์ปอดพร้อมอ่านผล ๔๐๐ ราย ๆ ละ ๑๗๐ บาท เป็นเงิน ๖๘,๐๐๐ บาท

๔. การประเมินผล

- ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการเอ็กซเรย์ปอด ร้อยละ ๙๐

๕. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. กลุ่มเสี่ยงต่อวัณโรคได้รับการเอ็กซเรย์ปอดเพื่อรับการรักษาที่รวดเร็ว
๒. มีการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รวดเร็วและกรณีพบผลผิดปกติได้รับการรักษาตามระบบอย่าง

ต่อเนื่อง

(ลงชื่อ) ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นายสรราช อินทวงค์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทร ๐๘๘-๒๖๘๒๒๔๗

(ลงชื่อ) ผู้รับผิดชอบโครงการ

(นายสุเทพ อินวัน)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เบอร์โทรฯ ๐๘๔-๗๒๓๒๑๔๘

(ลงชื่อ) ผู้เสนอโครงการ

(นายชาญยุทธ์ คำวรรณ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ

เบอร์โทรฯ

(ลงชื่อ) ผู้ให้ความเห็นชอบโครงการ

(นายสุรทัศน์ พงษ์นิกร)

ประธานคณะกรรมการฝ่ายกลั่นกรองโครงการ/กิจกรรม
กองทุนหลักประกันสุขภาพ (ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง

(ลงชื่อ) ผู้อนุมัติโครงการ

(นายกิตติภูมิ นามวงศ์)

ประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
(ระดับท้องถิ่น) เทศบาลนครลำปาง