

ส่วนที่ ๒

สถานการณ์โรคติดต่อและภัยสุขภาพ



โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

โรคอาหารเป็นพิษ (Food Poisoning)

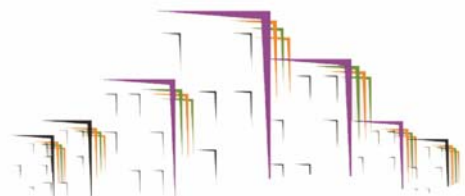
โรคอาหารเป็นพิษเป็นโรคที่อยู่ในรายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักระบาดวิทยา และมีอัตราป่วยเป็นอันดับต้นๆ ไม่เกิน ๑๐ อันดับแรกของโรคที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังจากข้อมูลของสำนักระบาดวิทยา ย้อนหลัง ๑๐ ปี (ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗) มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรตามลำดับ ดังนี้ ๒๔๗.๓๘, ๒๒๖.๖๒, ๒๑๖.๔๗, ๑๙๖.๓๖, ๑๗๗.๕๙, ๑๖๒.๙๘, ๑๗๑.๒๒, ๑๖๐.๓๑, ๑๘๕.๗๘, ๒๐๕.๕๑ และ ๒๐๙.๖๑ โดยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๘ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๔ นั้นมีอัตราป่วยลดลง และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๗ สถานการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษนั้นลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมีผู้เสียชีวิต ๒ ราย ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีผู้เสียชีวิต ๑ ราย และปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เสียชีวิต ๑ ราย

ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พื้นที่ที่มีอัตราป่วยมากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๓๒๘.๑๕ ต่อแสนประชากร ภาคเหนือ ๒๕๖.๕๘ ต่อแสนประชากร ภาคกลาง ๑๒๘.๕๘ ต่อแสนประชากร และภาคใต้ ๕๓.๘๐ ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษนั้น สามารถพบได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี (ร้อยละ ๑๒.๗๒) ๔๕ - ๕๔ (ร้อยละ ๑๒.๓๐) และมากกว่า ๖๕ ปี (ร้อยละ ๑๑.๓๐)

การเกิดเหตุการณ์การระบาดด้วยโรคอาหารเป็นพิษ มักเกิดเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ถึง ๒๕๕๖ พบว่ามีกรรายงานการระบาด ๑๑๗ เหตุการณ์ ซึ่งพบว่าการระบาดเกิดขึ้นกับนักเรียนสูงสุดมี ๔๐ เหตุการณ์เกิดกับนักเรียนในโรงเรียน ทั้งเกิดจากอาหารและนมในโรงเรียน และอีก ๘ เหตุการณ์ เกิดกับนักเรียนที่มีกิจกรรมในการเข้าค่าย ส่วนใหญ่การระบาดจะเป็นนักเรียนชั้นประถมและมัธยม คิดเป็นสัดส่วนของการเจ็บป่วยในนักเรียนเท่ากับร้อยละ ๔๑ ของการระบาดทั้งหมดในทุกกลุ่ม ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีจำนวนเหตุการณ์ทั้งหมด ๙๒ เหตุการณ์ โดยเกิดการระบาดกับนักเรียนในโรงเรียนและเข้าค่ายทัศนศึกษามากที่สุด จำนวน ๕๔ เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๗ ของเหตุการณ์ทั้งหมด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารในโรงเรียน

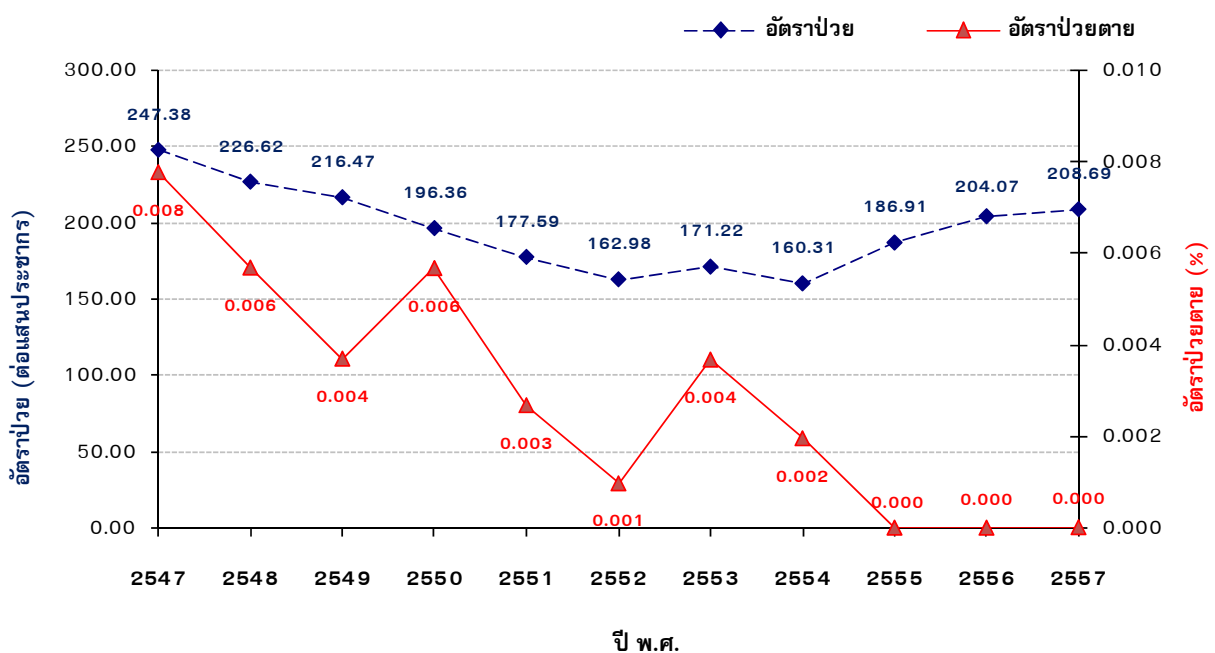
ผลการตรวจชนิดเชื้อก่อโรคที่ได้รับรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน ๖๑๔ ราย ร้อยละ ๐.๔๖ ของผู้ป่วยอาหารเป็นพิษทั้งหมดที่ได้รับรายงาน (๑๓๔,๕๑๖ ราย) ในจำนวนนี้ พบผู้ป่วยติดเชื้อ *Vibrio parahaemolyticus* มากที่สุดร้อยละ ๕๐.๑๖ รองลงมา ได้แก่ *Salmonella* spp. ร้อยละ ๒๕.๕๗, *Staphylococcus* spp. ร้อยละ ๒๑.๘๒, *Clostridium botulinum* ร้อยละ ๑.๑๔ และ *Clostridium perfringens* ร้อยละ ๐.๖๕

จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดเหตุการณ์ระบาดด้วยโรคอาหารเป็นพิษยังคงพบมากในกลุ่มเด็ก โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๗) สาเหตุส่วนใหญ่ยังคงเกิดจากโรคติดเชื้อแบคทีเรีย และเชื่อว่าเชื้อไวรัส น่าจะเป็นสาเหตุที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งของการเกิดโรคอาหารเป็นพิษในประเทศไทยด้วย แม้จะไม่มีรายงานเข้าสู่



ระบบเฝ้าระวังโรค เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่สามารถตรวจหาเชื้อไวรัสก่อโรคของระบบทางเดินอาหารได้ ทำให้ผลการตรวจพบเชื้อไวรัส ในกรณีที่เกิดการระบาดด้วยโรคอาหารเป็นพิษที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพื่อการสอบสวนโรค ดังนั้น ควรส่งเสริมการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่สุก และเพิ่งปรุงเสร็จใหม่ ๆ รวมทั้งการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน และสถานที่ประกอบอาหาร สำหรับงานเลี้ยงหรือเหตุการณ์ที่มีการรวมตัวของคนจำนวนมาก

ภาพที่ ๒ - ๑ แสดงอัตราป่วยและอัตราป่วยตายโรคอาหารเป็นพิษของประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗^๕

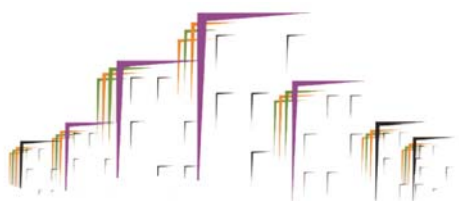


โรคอุจจาระร่วง (Diarrhea)

โรคอุจจาระร่วงจัดเป็นโรคที่มีอัตราการป่วยสูงระดับต้นๆ ของประเทศ แต่มีอัตราตายต่ำ และมีแนวโน้มของการเกิดโรคที่สูงขึ้น สาเหตุของอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ Rotavirus, Shigella, Salmonella, Escherichia coli, Campylobacter jejuni เป็นต้น

ในปี พ.ศ.๒๕๕๖ สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ๑,๑๓๕,๐๖๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๗๕๖.๔๘ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๑๓ ราย คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ ๐.๐๒ ต่อประชากรแสนคน แม้ว่าจะมีอัตราป่วยตายต่ำ แต่เมื่อพิจารณาสถานการณ์ย้อนหลังสิบปีที่ผ่านมา

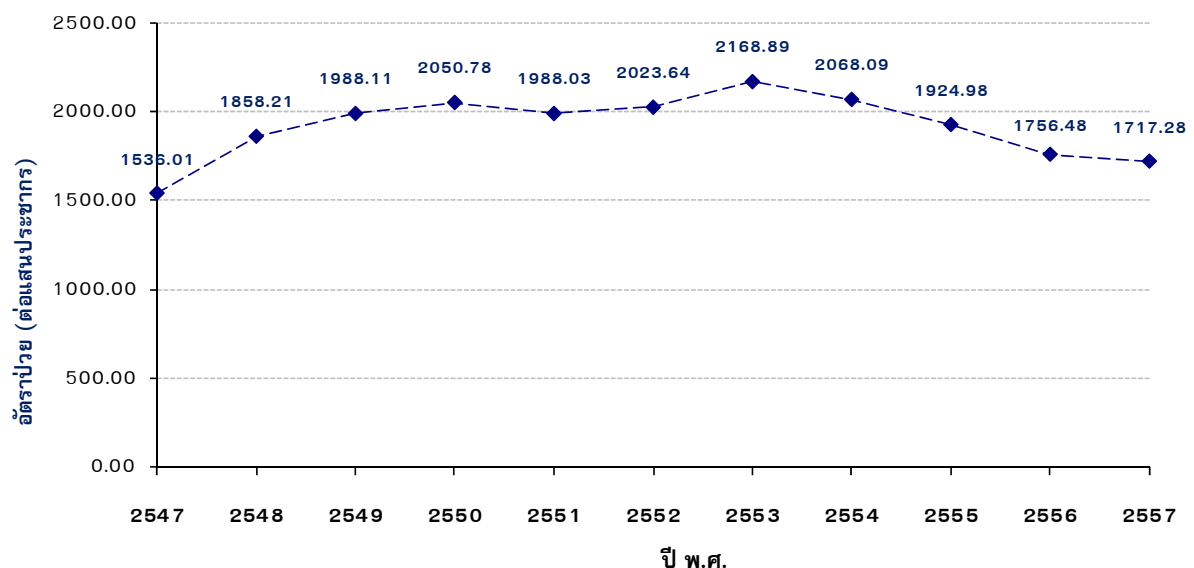
^๕ แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘



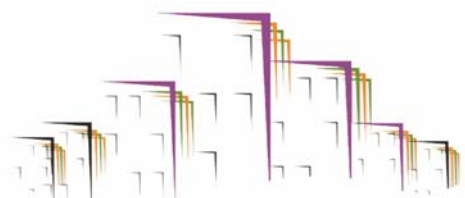
(พ.ศ. ๒๕๔๖ – ๒๕๕๖) พบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งมีอัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นมา อัตราป่วยเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่อง (ดังภาพที่ ๒ - ๒) ลักษณะการเกิดโรคในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยตลอดทั้งปีในภาพรวม ผู้ป่วยมักมีจำนวนสูงในเดือนมกราคม และหลังจากนั้นพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกครั้ง ในช่วงพฤษภาคมถึงมิถุนายน ก่อนจะเริ่มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงเดือนธันวาคม จำแนกตามกลุ่มอายุ กลุ่มอายุต่ำกว่า ๕ ปีมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ ๗๗๗๔.๗๗ ต่อประชากรแสนคนสูงสุดรองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ ๕-๙ ปี มีอัตราป่วยเท่ากับ ๒๑๙๓.๒๙, ๒๐๖๒.๐๕ ตามลำดับ อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ ๑ : ๑.๓๐ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทยร้อยละ ๙๘.๕๑ รองลงมาคือ พม่า กัมพูชา ลาว จีน/ฮ่องกง/ไต้หวัน เวียดนาม และมาเลเซีย ตามลำดับ

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดปราจีนบุรี อัตราป่วยเท่ากับ ๔๑๗๒.๙ ต่อประชากรแสนคนรองลงมา คือ จังหวัดฉะเชิงเทรา แม่ฮ่องสอน ภูเก็ต ระยอง ตาก สมุทรสาคร สมุทรสงคราม อ่างทอง และมหาสารคาม ตามลำดับ โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ ๓๖๕๗.๒๖, ๓๖๐๓.๑๕, ๓๔๖๐.๗๑, ๓๒๗๐.๖๘, ๓๑๖๔.๔๑, ๓๐๗๓.๑๒, ๓๐๑๖.๓, ๒๙๙๐.๑๔ และ ๒๙๐๒.๕๘ ตามลำดับ ซึ่งพื้นที่ที่มีอัตราป่วยสูงส่วนใหญ่เป็นจังหวัดท่องเที่ยว เช่น จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดที่เป็นเขตติดต่อกับประเทศพม่า หรือจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติหรือแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมาก เช่น ระยอง สมุทรสงคราม การเกิดโรคมาจากการบริโภคอาหาร และน้ำที่ไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะน้ำสำหรับอุปโภคและบริโภค ซึ่งไม่ได้ผ่านการเติมคลอรีนหรือการต้ม การบริโภคอาหารที่ไม่ได้ปรุงสุก ดังนั้น ควรมีการรณรงค์ให้มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารอย่างถูกสุขลักษณะ และปรุงสุกใหม่ ๆ เน้นย้ำเรื่องการล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนประกอบอาหาร ทั้งก่อนและหลังบริโภคอาหาร

ภาพที่ ๒ - ๒ แสดงอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗^๒



^๒ แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘



โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นวิธีการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้น เพื่อป้องกันโรคล่วงหน้าก่อนที่ร่างกายจะได้รับเชื้อก่อโรค ซึ่งเป็นเครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ใช้การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเป็นมาตรการสำคัญของประเทศด้วยการให้วัคซีนชนิดต่างๆ แก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนอยู่ในระดับสูงในระดับที่จะสามารถป้องกันโรคได้ เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนมีภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับเพียงพอต่อการป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนได้

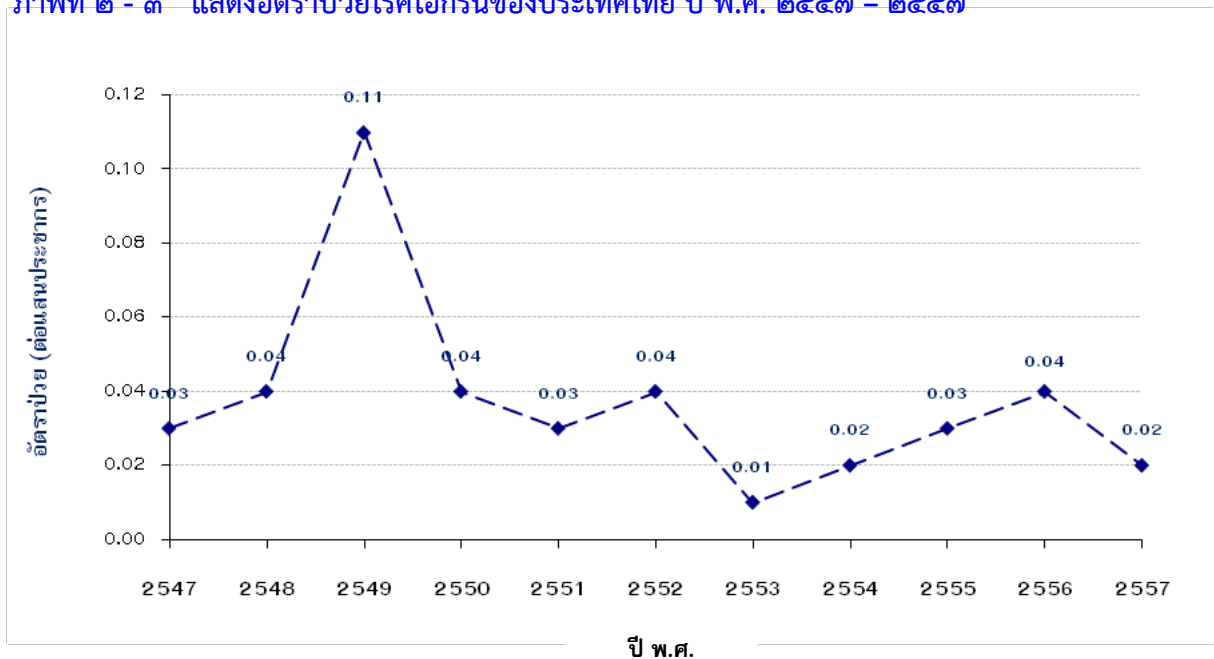
โรคไอกรน (Pertussis)

รายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคไอกรน สำนักระบาดวิทยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗ พบผู้ป่วยตั้งแต่ ๖ - ๗๒ รายต่อปี คิดเป็นอัตราป่วยตั้งแต่ ๐.๐๑ - ๐.๑๑ ต่อประชากรแสนคน โดยในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ มีการระบาดเกิดขึ้นพบผู้ป่วย ๗๒ ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ ๐.๑๑ ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้แนวโน้มของโรคลังสูงขึ้นต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ จนถึงปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ได้รับรายงานผู้ป่วย ๒๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๐๔ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๒ ราย อัตราป่วยตายร้อยละ ๘ (ดังภาพที่ ๒ - ๓)

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบผู้ป่วยสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ๑๑ ราย อัตราป่วย ๐.๐๕ ต่อประชากรแสนคน ภาคกลาง ๑๐ ราย และภาคเหนือ ๔ ราย ไม่พบผู้ป่วยในภาคใต้ ผู้ป่วยเป็นเพศชาย ๑๓ ราย เพศหญิง ๑๒ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ ๑ : ๑.๑ มีสัญชาติไทยร้อยละ ๑๐๐ การเกิดโรคส่วนใหญ่พบในเด็ก ๐-๔ ปี อัตราป่วย ๐.๔๑ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป, ๕๕-๖๔ ปี, ๔๕-๕๔ ปี, ๓๕-๔๔ ปี, ๑๐-๑๔ ปี และ ๕-๙ ปี อัตราป่วยเท่ากับ ๐.๐๒ ต่อประชากรแสนคน จากรายงานการสอบสวนพบ ๙ เหตุการณ์ จากจังหวัดกรุงเทพมหานคร ๒ เหตุการณ์ ราชบุรี ชลบุรี บึงกาฬ พิจิตร อำนาจเจริญ แม่ฮ่องสอน และนครนายก จังหวัดละ ๑ เหตุการณ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี Real-time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ให้ผลบวก ๗ ราย พบพาหะในผู้สัมผัสรวม ๓ ราย ผู้ป่วยและพาหะทุกราย ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคมามาก่อน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบเป็นเด็กอายุต่ำกว่า ๔ ปี โดยเฉพาะเป็นผู้ป่วยที่อายุต่ำกว่า ๒ เดือน ยังไม่ถึงเกณฑ์ได้รับวัคซีน หรือเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ ดังนั้น จึงควรเร่งรัดและสนับสนุนการให้วัคซีนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และเมื่อพบผู้ป่วยต้องสอบสวนโรคทุกราย รวมทั้งค้นหาผู้สัมผัสที่อาจเป็นพาหะนำโรค เพื่อให้ได้รายละเอียดของปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคตามความเหมาะสมต่อไป



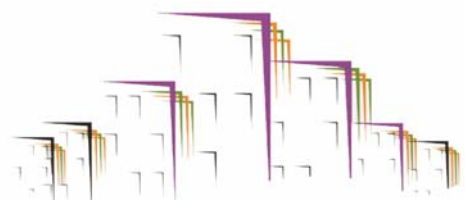
ภาพที่ ๒ - ๓ แสดงอัตราป่วยโรคไอกรนของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗^๗

โรคคอตีบ (Diphtheria)

โรคคอตีบเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันสามารถก่อโรคได้หลายระบบ โดยพบได้มากในระบบทางเดินหายใจ ส่วนบนเกิดจากการติดเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* ซึ่งเป็นแบคทีเรียแกรมบวกรูปแท่ง สามารถสร้างสารพิษก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ และเสียชีวิตได้ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วโรคมียัอัตราป่วยตายประมาณร้อยละ ๕ - ๑๐ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า ๕ ปี หรือมากกว่า ๔๐ ปี อาจมีอัตราป่วยตายได้มากถึงร้อยละ ๒๐

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยจากระบบเฝ้าระวัง และผู้ป่วยยืนยันจากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance) ของสำนักระบาดวิทยา รวม ๓๑ ราย อัตราป่วย ๐.๐๔ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๗ ราย อัตราตาย ๐.๐๑ ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ ๒๒.๕๘ ในปีนี้มีการรายงานโรคคอตีบมาจากทุกภาค ส่วนใหญ่ได้รับรายงานมาจากภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กและกลุ่มผู้ใหญ่ ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ใหญ่ที่อาจจะไม่ได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบในอดีต จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคคอตีบ ดังนั้น ความครอบคลุมของวัคซีนเป็นปัจจัยป้องกันต่อบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และเกิดการระบาดของโรคคอตีบในอนาคตได้ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยปี พ.ศ. ๒๕๕๖

^๗ แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗

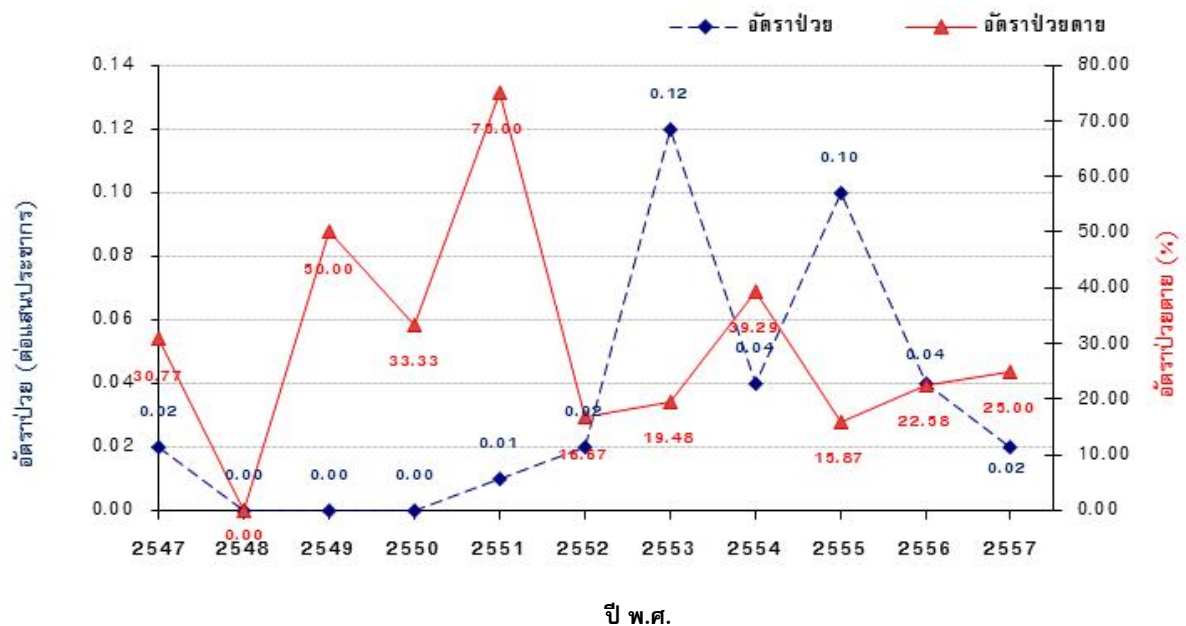


มากกว่าช่วงปี พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๕๒ (ช่วงก่อนที่จะพบการระบาดในภาคใต้) แต่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบผลบวกเพียงร้อยละ ๐.๐๑๓ อาจเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ที่มีความตระหนักต่อการให้การวินิจฉัยโรคคอตีบมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงอัตราป่วยตายของโรคคอตีบในประเทศไทย พบว่าสูงกว่าอัตราป่วยตายจากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention) ซึ่งเท่ากับ ๕ - ๑๐ เท่านั้น (ดังภาพที่ ๒ - ๔)

แนวโน้มผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๕๒ พบผู้ป่วยปีละไม่เกิน ๑๓ ราย อัตราป่วย ๐.๐๐ - ๐.๐๒ ต่อประชากรแสนคน แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีการระบาดของโรคคอตีบที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และพบการระบาดอีกในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้รับรายงานผู้ป่วยจำนวนมากจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใหญ่และสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคส่วนใหญ่ คือ ST243 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่แตกต่างกับการเกิดโรคในภาคใต้ ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อสายพันธุ์ ST248 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็ก โดยพบเพศชาย ๑๙ ราย เพศหญิง ๑๒ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ ๑ : ๑.๖ กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปี อัตราป่วยเท่ากับ ๐.๒๖ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๕ - ๙ ปี, ๑๐ - ๑๔ ปี, ๒๕ - ๓๔ ปี, ๑๕ - ๒๔ ปี, และ ๓๕ - ๔๔ ปี เท่ากับ ๐.๒๒, ๐.๑๐, ๐.๐๓, ๐.๐๓, และ ๐.๐๒ ตามลำดับ โดยในกลุ่มผู้ป่วยอายุ ๐ - ๔ ปี มีอัตราป่วยตายร้อยละ ๓๐.๐ สัดส่วนอาชีพที่พบสูงสุดคือ นักเรียน และเด็กในปกครอง อาชีพละร้อยละ ๓๘.๗๑ รองลงมา คือ เกษตรกรรม รับจ้าง งานบ้าน (๙.๖๘, ๖.๔๕ และ ๖.๔๕) ตามลำดับ สัดส่วนสัญชาติที่พบสูงสุดคือ ไทย ๙๓.๕๕ รองลงมา คือ พม่า ๖.๔๕

พบผู้ป่วยได้ตลอดปี ไม่มีแนวโน้มการเกิดโรคตามฤดูกาล ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคใต้ ๐.๑๖ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคเหนือ และภาคกลาง คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๐๖, ๐.๐๓ และ ๐.๐๑ ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๑๐ จังหวัด ได้แก่ สตูล ยโสธร บึงกาฬ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส ตาก สงขลา อุตรธานี และนครราชสีมา อัตราป่วยเท่ากับ ๐.๙๖, ๐.๙๓, ๐.๔๘, ๐.๔๔, ๐.๔๐, ๐.๓๙, ๐.๓๘, ๐.๒๙, ๐.๑๓ และ ๐.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จากรายงานสิ่งส่งตรวจกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีตัวอย่าง Throat swab ส่งตรวจจำนวน ๖๓๐ ตัวอย่าง และ Nasopharyngeal swab จำนวน ๑ ตัวอย่าง ให้ผลบวกต่อเชื้อ *Corynebacterium diphtheria* และ diphtheria toxin จำนวน ๘ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๑๓ จากตัวอย่าง Throat swab ส่งตรวจทั้งหมด

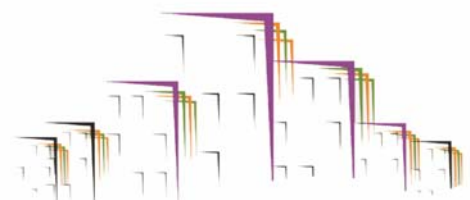


ภาพที่ ๒ - ๔ แสดงอัตราป่วยและอัตราป่วยตายโรคคอตีบของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗^๕

โรคคางทูม (Mumps)

โรคคางทูมเป็นโรคติดต่อจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Paramyxovirus ก่อให้เกิดการอักเสบของต่อมน้ำลาย มีระยะฟักตัวตั้งแต่ ๑๒ - ๒๕ วัน (โดยเฉลี่ยประมาณ ๑๖ - ๑๘ วัน) เชื้อไวรัสสามารถติดต่อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งโดยการสัมผัสโดยตรง และการปนเปื้อนสิ่งคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจ หรือน้ำลาย ผู้ป่วยมักมีอาการต่อมน้ำลายบวมโต เจ็บ อาจมีไข้ต่ำ ๆ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ในผู้ป่วยวัยรุ่นชาย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อัมพาตอักเสบได้ร้อยละ ๒๕ เป็นต้น ประเทศไทยเริ่มมีการเฝ้าระวังโรคคางทูม ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๔ โดยพบว่ามีแนวโน้มอัตราป่วยของโรคเพิ่มขึ้น จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๔๐ เป็นต้นมา มีการให้บริการวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ทั่วประเทศ ทำให้อุบัติการณ์ของโรคคางทูมลดลง และในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ในกลุ่มเด็กอายุ ๙ - ๑๒ เดือน ได้เปลี่ยนจากการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัด เป็นวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมันด้วย ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๔๙ พบว่า แนวโน้มอัตราป่วยของโรคคางทูมลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๑ อัตราป่วยกลับเพิ่มสูงขึ้นและสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เท่ากับ ๓๒.๑๒ ต่อประชากรแสนคน หลังจากปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้นมาแนวโน้มผู้ป่วยโรคคางทูมลดลงอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีผู้ป่วย ๕,๙๒๑ ราย อัตราป่วย ๙.๑๖ รายต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยแต่ละเดือนในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ต่ำกว่าปีอื่น ๆ ในช่วง ๔ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๕) (ดังภาพที่ ๒ - ๕)

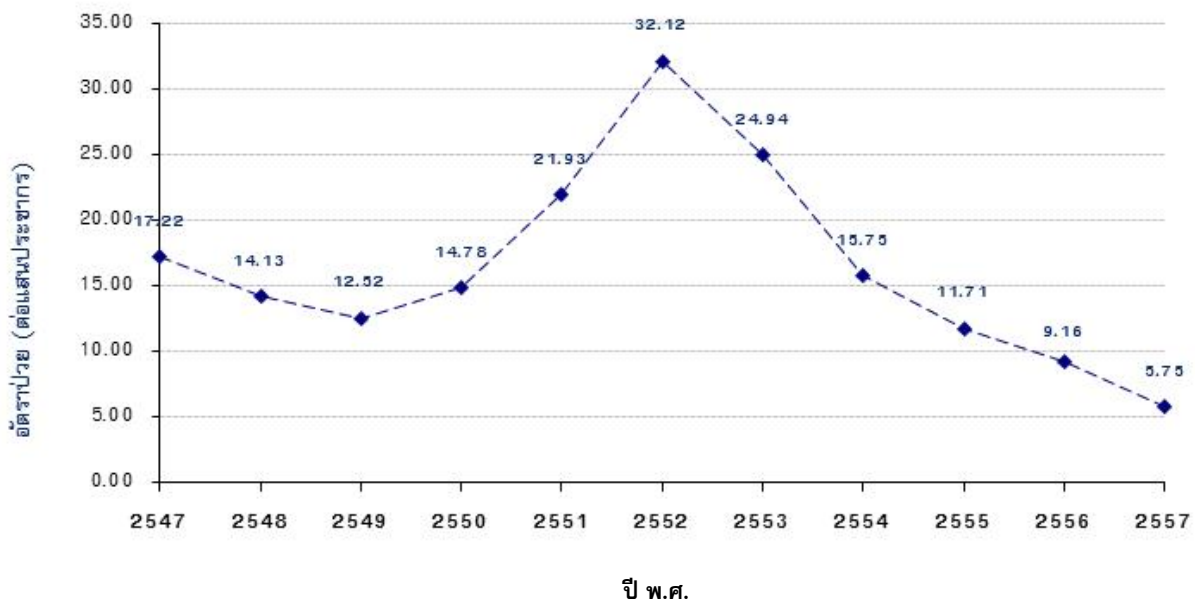
^๕ แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗



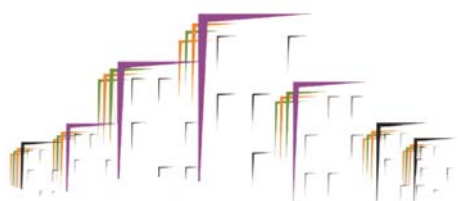
โรคคางทูมเป็นโรคที่พบได้ตลอดปี แต่มักพบมากใน ๒ ช่วง คือ ระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน และกรกฎาคมถึงกันยายน พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ ๑: ๑.๑ พบอัตราป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุ ๕ - ๙ ปี เท่ากับ ๔๕.๗๔ ต่อประชากรแสนคนรองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปี (๓๙.๕๑) และ ๑๐ - ๑๔ ปี (๑๖.๙๓) อาชีพที่ป่วยมากที่สุดคือ นักเรียน ร้อยละ ๔๙.๗๙ รองลงมา คือ ในปกครอง (๒๔.๙๓) และรับจ้าง (๑๐.๔๗) ส่วนบุคลากรสาธารณสุขมีอัตราป่วยร้อยละ ๐.๑๒

แนวโน้มอัตราป่วยโรคคางทูมรายภาค พบว่า ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๖ อัตราป่วยในภาคเหนือมีแนวโน้มลดลง ตรงกันข้ามกับภาคใต้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นมา โดยพบว่าเป็นปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ๒๒.๘๑ ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ภาคเหนือ (๑๑.๑๐) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๖.๓๙) และ ภาคกลาง (๕.๒๒) (รูปที่ ๕) จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ๕ อันดับแรก คือสตูล (๕๘.๘๐) พัทลุง (๔๕.๗๑) สงขลา (๓๘.๔๓) เชียงราย (๒๘.๒๗) และนราธิวาส (๒๘.๒๒) สำหรับรายงานการระบาดของโรคคางทูมในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มี ๑ เหตุการณ์ ในช่วงเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ ในจังหวัดปัตตานี นีรวมผู้ป่วย ๒๓ ราย อายุระหว่าง ๓ - ๑๒ ปี เหตุการณ์ระบาดเกิดในโรงเรียน โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบคือเด็กไม่เคยได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเล่นคลุกคลี และใช้สิ่งของร่วมกันเหตุการณ์ดังกล่าวยืนยันการระบาดโดยการเก็บตัวอย่างซีรัมจากผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสคางทูม ในด้านการป้องกันควบคุมโรค ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในพื้นที่ได้ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก ทำความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้และติดตามประวัติการรับวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง

ภาพที่ ๒ - ๕ แสดงอัตราป่วยโรคคางทูมของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗^๙



^๙ แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗



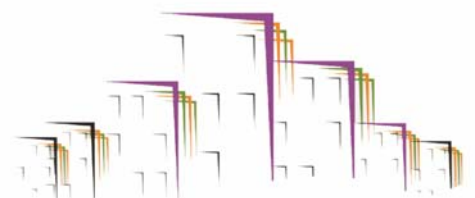
โรคหัดเยอรมัน (Rubella)

ในปี พ.ศ. ๒๕๒๙ แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของประเทศไทย เริ่มให้วัคซีนหัดเยอรมันในนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๖ ให้วัคซีนหัดเยอรมันในนักเรียนทั้งหญิงและชายชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ และเปลี่ยนเป็นวัคซีนรวมป้องกันหัด - หัดเยอรมัน - คางทูม ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ล่าสุดตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เปลี่ยนการให้วัคซีนป้องกันโรคหัด เป็นวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด - หัดเยอรมัน - คางทูมในเด็กอายุ ๙ เดือน แสดงว่าชายที่มีอายุตั้งแต่ ๗ - ๒๖ ปี และหญิงที่มีอายุตั้งแต่ ๗ - ๓๖ ปี รวมทั้งเด็กอายุ ๙ เดือน ถึง ๒ ปี เป็นกลุ่มอายุที่ควรจะได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันแล้ว

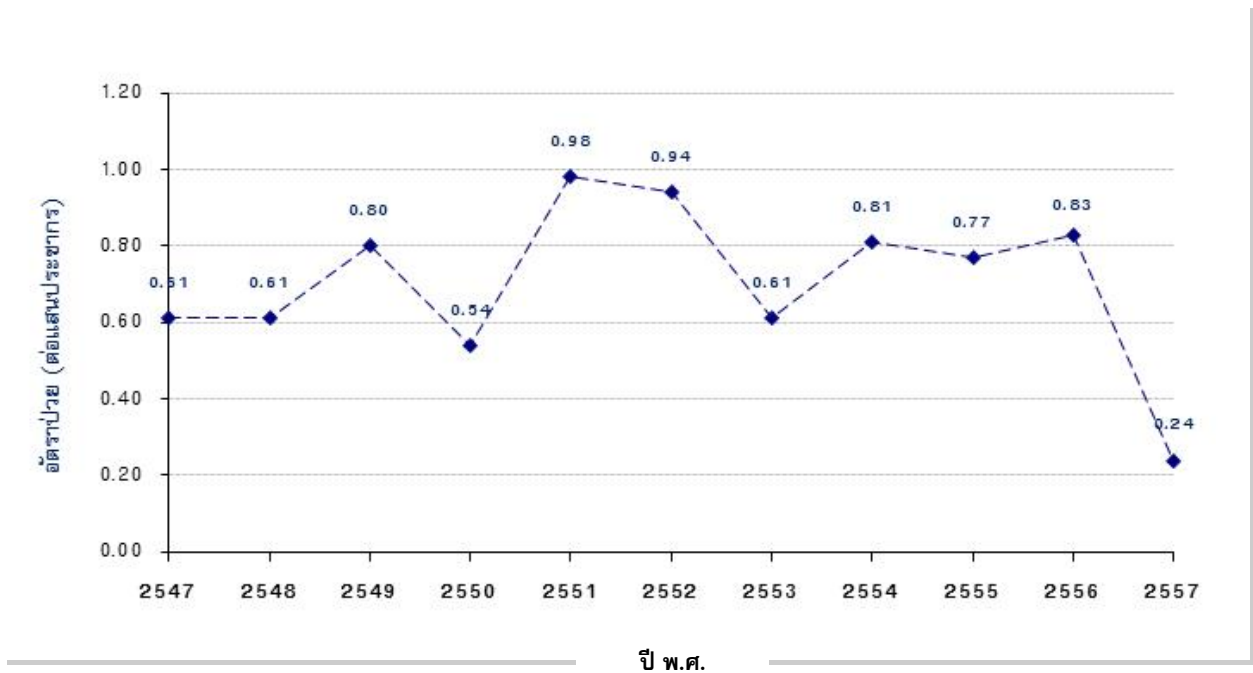
ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๖ อัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ และแนวโน้มค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ - ๒๕๕๖ โดยปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคหัดเยอรมันจำนวน ๕๓๙ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๘๓ ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยตลอดปี สูงสุดในเดือนมิถุนายน ๑๐๕ ราย กรกฎาคม ๙๖ ราย และสิงหาคม ๕๖ ราย ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ๑ : ๑.๓ กลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปีมีอัตราป่วยสูงสุดทุกปี ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบกลุ่มอายุ ๕ - ๙ ปี และ ๑๐ - ๑๔ ปี สูงกว่าทุกปีใน ๕ ปีที่ผ่านมา อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปี เท่ากับ ๒.๐๙ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ ๑๐ - ๑๔ ปี (๑.๓๘), ๕ - ๙ ปี (๑.๓๕), ๒๕ - ๓๔ ปี (๑.๒๔) และ ๑๕ - ๒๔ ปี (๑.๑๓) ผู้ป่วยเป็นนักเรียนร้อยละ ๓๑.๑๗ รองลงมา ได้แก่ รับจ้าง (๒๓.๙๓) เกษตรกรรม (๑๐.๐๒) ข้าราชการ (๔.๖๓) ไม่ทราบ/ในปกครอง (๑๕.๗๗) อื่น ๆ ไม่ระบุ (๑๒.๖๒) (ดังภาพที่ ๒ - ๖)

ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด ๑.๖๘ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง (๐.๙๙) ภาคใต้ (๐.๕๑) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๐.๓๕) ในปีนี้มีอัตราป่วยลดลงในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือแต่ภาคเหนือพบผู้ป่วยมากขึ้นในรอบ ๕ ปีที่ผ่านมา จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๑๐ อันดับแรก ได้แก่ ลำพูน ๓๔.๕๗ ต่อประชากรแสนคน ระยอง (๓.๒๐) จันทบุรี (๒.๔๙) เพชรบุรี (๒.๓๔) ปทุมธานี (๑.๘๒) เชียงใหม่ (๑.๖๙) แม่ฮ่องสอน (๑.๖๓) ภูเก็ต (๑.๓๗) กรุงเทพฯ (๑.๓๒) และสระบุรี (๑.๒๗)

จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาบ่งชี้ว่าพบผู้ป่วยตลอดปี กลุ่มเสี่ยงต่อการระบาดอยู่ในช่วงอายุ ๑๕ - ๓๔ ปี ในภาคเหนือพบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นผิดปกติในจังหวัดลำพูนถึง ๑๔๐ ราย เนื่องจากมีการระบาดของโรคไข่ออกผื่นที่อาการเข้าได้ตามนิยามของโรคหัดเยอรมันในช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม แต่ไม่มีผลการชันสูตรทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ซึ่งอาจเป็นการระบาดด้วยโรคอื่นได้ในการระบาดส่วนใหญ่มักเกิดในสถานที่ที่มีคนอยู่รวมกันจำนวนมาก อาการของโรคหัดเยอรมันคล้ายกับอาการโรคไข่ออกผื่นชนิดอื่น เช่น โรคไข้วัดช้อยงลาย (Chikungunya fever) จึงจำเป็นต้องตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการเพื่อความถูกต้อง แต่การควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้ทันที โดยพิจารณาลักษณะอาการและอาการแสดง รวมถึงประวัติการได้รับวัคซีนร่วมด้วย จะทำให้ควบคุมโรคหัดเยอรมันได้อย่างทันเวลาและมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ ๒ - ๖ แสดงอัตราป่วยโรคหัดเยอรมันของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗^{๑๐}

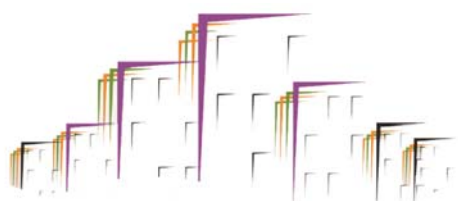


โรคโปลิโอ (Poliomyelitis)

องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายที่จะกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ ซึ่งประเทศไทยได้ตอบสนองต่อเป้าหมายดังกล่าว และได้เริ่มแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพร้อมกับเริ่มต้นให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ (OPV) ซึ่งเป็นหนึ่งในวัคซีนพื้นฐานตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ได้มีการเพิ่มมาตรการขึ้นอีกระดับ คือ การกำหนดวันรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอประจำปีทั่วประเทศขึ้น (National Immunization Day : NID) ภายหลังจากดำเนินงานรณรงค์ฯ ต่อเนื่องทุกปี จนพบผู้ป่วยรายสุดท้ายในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ จากสถานการณ์ที่เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นเช่นนี้ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ จึงเริ่มกำหนดให้มีการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอประจำปีเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง (Sub-National Immunization Day: sNID) เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ดำเนินการได้ตรงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด จนกระทั่งไม่พบผู้ป่วยโปลิโอรายใหม่ในประเทศตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๑ เป็นต้นมา

การรายงานผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วย AFP (ตามนิยามของการเฝ้าระวัง คือ ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า

^{๑๐} แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗



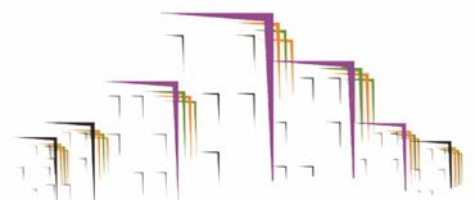
๑๕ ปี ที่มีอาการอ่อนแรงของขา หรือแขน หรือทั้งขาและแขน ซึ่งอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัยของแพทย์ ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการจากการบาดเจ็บรุนแรง ซึ่งนำไปสู่อาการอัมพาตหรืออ่อนแรง) จำนวน ๒๓๕ ราย อัตราการรายงาน ๒.๐๒ ต่อประชากรแสนคนที่อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี จังหวัด ที่มีจำนวนรายงานผู้ป่วย AFP มากที่สุด ได้แก่ นครราชสีมา ๑๓ ราย กรุงเทพฯ ๑๑ ราย เพชรบูรณ์ และสุราษฎร์ธานี จังหวัดละ ๑๐ ราย ราชบุรีและอุบลราชธานี จังหวัดละ ๘ ราย สงขลา นครสวรรค์ และสระบุรี จังหวัดละ ๗ ราย

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีข่าวการระบาดของโรคโปลิโอในประเทศซีเรีย ซึ่งประเทศดังกล่าวมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมใน ๔ มาตรการหลักของโครงการกวาดล้างโปลิโอในภาวะปกติได้ เนื่องจากการเกิดความไม่สงบภายในประเทศ ทำให้โรคโปลิโอกลับมาระบาดซ้ำได้ จึงเป็นความเสี่ยที่ยังคงมีอยู่ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEARO) ร่วมกับประเทศสมาชิกอื่น ๆ อีก ๙ ประเทศ โดยมีประเทศอินเดียเป็นประเทศสุดท้ายที่ไม่พบเชื้อไวรัสโปลิโอติดต่อกันมา ๓ ปีแล้ว และทางองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ภูมิภาคนี้ปลอดจากโปลิโอเมื่อต้นปี พ.ศ. ๒๕๕๗ อย่างไรก็ตามทุกประเทศสมาชิกต้องดำเนินการตาม ๔ มาตรการหลักต่อไป จนกว่าองค์การอนามัยโลกจะประกาศว่าโปลิโอได้ถูกกวาดล้างหมดไปจากโลกนี้แล้ว

สำหรับประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโปลิโอรายสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ที่จังหวัดเลย และหลังจากนั้นประเทศไทยไม่มีรายงานผู้ป่วยโปลิโออีกเลย ภายใต้ระบบเฝ้าระวังที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามประเทศไทยนั้นเป็นประเทศเปิด มีชาวต่างชาติเดินทางเข้าออกเป็นจำนวนมาก ฉะนั้นโอกาสที่จะมีผู้นำเชื้อโปลิโอเข้ามาในประเทศไทยนั้นจึงมีความเป็นไปได้ และจะป้องกันการนำเชื้อโปลิโอเข้ามาในประเทศไทยได้ยาก เนื่องจากผู้ติดเชื้อมากกว่าร้อยละ ๙๐ ไม่มีอาการแต่สามารถแพร่เชื้อได้ ดังนั้น จึงต้องคงมาตรการเฝ้าระวังหากมีการนำเชื้อโปลิโอเข้ามาแล้วจะตรวจจับได้อย่างรวดเร็วไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อต่อไป ซึ่งทางองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ดำเนินกิจกรรมใน ๔ มาตรการหลักให้เข้มแข็งจึงจะสามารถป้องกันได้ คือ

- การให้วัคซีนในระบบปกติ
- การรณรงค์ให้วัคซีนทั่วประเทศ
- การเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP
- การสอบสวนและควบคุมโรคเมื่อมีรายงานผู้ป่วย AFP

สำหรับการดำเนินงานของประเทศไทยนั้น ยังพบผู้ป่วย AFP บางรายที่ไม่ได้รายงานเข้าระบบเฝ้าระวังเนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่เข้าใจว่าไม่ต้องรายงานผู้ป่วย AFP ในกรณีที่ทราบผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย AFP รายนั้นแล้ว จึงต้องเน้นการทำความเข้าใจกับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่พบผู้ป่วย ให้เข้าใจหลักการของการกวาดล้างโรคและรายงานผู้ป่วยตามนิยามโดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัยเพื่อให้ระบบเฝ้าระวังมีความไวมากเพียงพอและนำไปสู่การสอบสวนและควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว

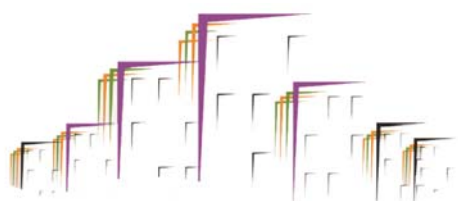


โรคหัด (Measles)

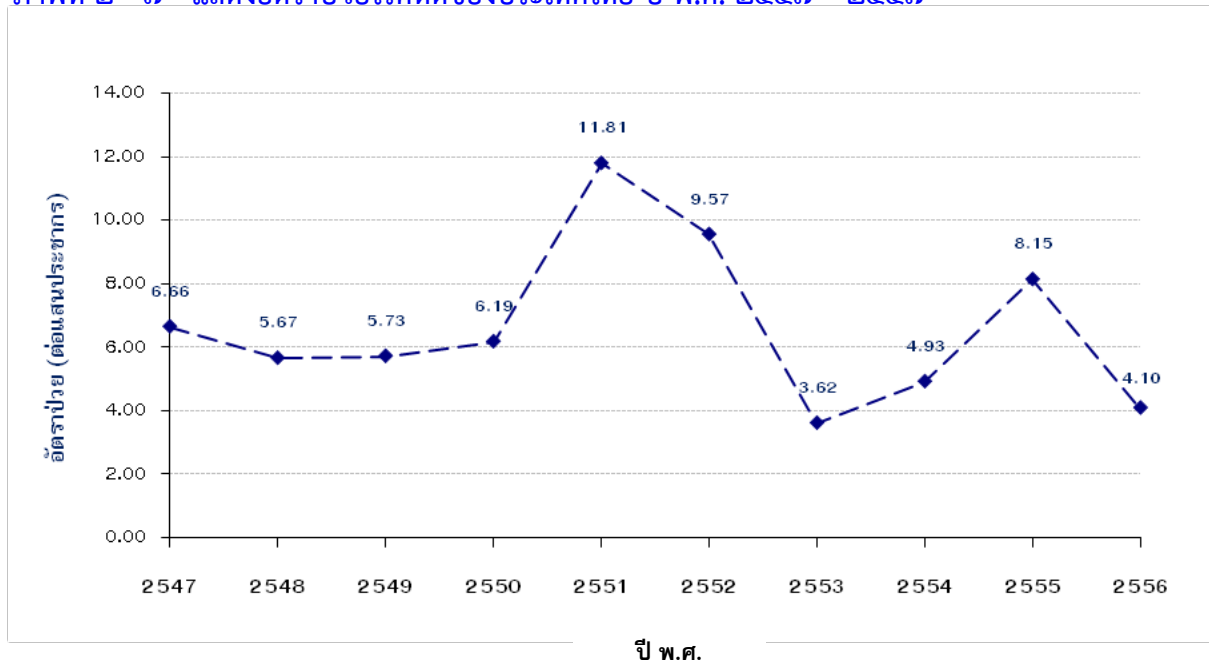
ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักโรคระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคหัดในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน ๕๐๖) รวมจำนวนทั้งสิ้น ๒,๖๔๗ ราย อัตราป่วย ๔.๑๐ ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต โดยภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคกลาง อัตราป่วย ๕.๖๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคใต้ (๔.๓๓) ภาคเหนือ (๓.๑๗) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๒.๙๘) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๑๐ ลำดับแรก ได้แก่ ชลบุรี ๓๑.๗๓ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ระยอง (๑๖.๙๔) ภูเก็ต (๑๕.๖๑) ปราจีนบุรี (๑๔.๕๓) บุรีรัมย์ (๑๑.๔๐) ลำพูน (๑๐.๖๒) แม่ฮ่องสอน (๗.๗๔) พระนครศรีอยุธยา (๗.๖๗) นราธิวาส (๗.๔๘) และปทุมธานี (๗.๔๗) กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ กลุ่มอายุ ๐ - ๔ ปี เท่ากับ ๒๐.๗๐ ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๕ - ๙ ปี (๗.๗๓) ๑๕ - ๒๔ ปี (๖.๕๙) ๑๐ - ๑๔ ปี (๖.๒๖) สัดส่วนสัมฤทธิ์ที่พบสูงสุด คือ ไทยร้อยละ ๙๓.๘๕ รองลงมา คือ พม่า (๕.๒๗) และกัมพูชา (๐.๓๖) จำนวนเพศหญิงน้อยกว่าเพศชายเล็กน้อย อัตราส่วน ๑ : ๑ สำหรับรายงานการระบาดของโรคหัดจากการตรวจสอบข่าวการระบาด รวม ๗ เหตุการณ์ มีผู้ป่วย ๓ - ๗๓ รายต่อเหตุการณ์ การระบาดเกิดขึ้นที่จังหวัดชลบุรี และมหาสารคามจังหวัดละ ๒ เหตุการณ์ ระยอง สุรินทร์ และกำแพงเพชร จังหวัดละ ๑ เหตุการณ์ เป็นการระบาดในกลุ่มพนักงานในโรงงาน/สถานประกอบการ ๓ เหตุการณ์ เรือนจำ สถานคุมประพฤติ (ศูนย์อบรม) ๒ เหตุการณ์ โรงเรียนและชุมชนชาวไทยแห่งละ ๑ เหตุการณ์ ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง ๘ เดือนถึง ๓๘ ปี จากรายงานสอบสวนโรคพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจากการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ พบจำนวนผู้ป่วยโรคหัดต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง (พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๕) โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๖ อัตราป่วยของโรคหัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ๒ ช่วง โดยช่วงแรกอัตราป่วยเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ สูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ อัตราป่วยเท่ากับ ๑๑.๘๑ ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๓ แนวโน้มเริ่มลดลงมีอัตราป่วยระหว่าง ๔.๐๕ - ๙.๕๗ ต่อประชากรแสนคน ช่วงที่สองอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เท่ากับ ๔.๙๓ ต่อประชากรแสนคน สูงสุดในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เท่ากับ ๘.๑๕ ต่อประชากรแสนคน แต่ยังคงต่ำกว่า ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีแนวโน้มลดลงอีกครั้งหนึ่งอัตราป่วย ๔.๑๐ ต่อประชากรแสนคน (ดังภาพที่ ๒ - ๗)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นมา ประเทศไทยได้เข้าสู่โครงการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยสงสัยโรคหัดทุกรายต้องได้รับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ จากข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้ง ๑๔ แห่ง ภายใต้โครงการกำจัดโรคหัด ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีการส่งตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgM (Measles IgM) จำนวน ๙๘๖ ตัวอย่าง ให้ผลบวก ๓๕๓ ตัวอย่าง (คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๘)



ภาพที่ ๒ - ๗ แสดงอัตราป่วยโรคหัดของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๗^{๑๑}

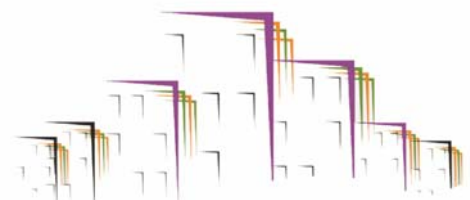


โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

โรคทริคิโนสิส (Trichinosis)

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคทริคิโนสิส ๑๙ ราย เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว ๑ ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต คิดเป็นอัตราป่วย ๐.๐๓ ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๖ อัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับรายงานจากภาคเหนือ คือ จังหวัดน่าน ๑๓ ราย และเชียงใหม่ ๖ ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ ๒.๗๒ และ ๐.๓๖ ตามลำดับ อำเภอปัว จังหวัดน่าน มีรายงานการเกิดโรคติดต่อกัน ๒ ปี พบผู้ป่วยเพศชาย ๑๑ ราย เพศหญิง ๘ ราย อัตราส่วนหญิงต่อชาย ๑ : ๑.๔ กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ กลุ่ม ๖๕ ปีขึ้นไป และอายุ ๕๕ - ๖๔ ปี จำนวนผู้ป่วย กลุ่มละ ๕ ราย อัตราป่วย ๐.๑๐ และ ๐.๐๘ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ รองลงมา คือกลุ่ม และ ๔๕ - ๕๔ ปี จำนวนผู้ป่วย กลุ่มละ ๔ ราย อัตราป่วย ๐.๐๔ ต่อประชากรแสนคน และมีการระบาดในเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายนมีผู้ป่วยมากที่สุด ๑๒ ราย (ดังภาพที่ ๒ - ๘)

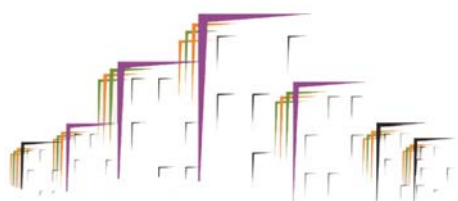
^{๑๑} แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗



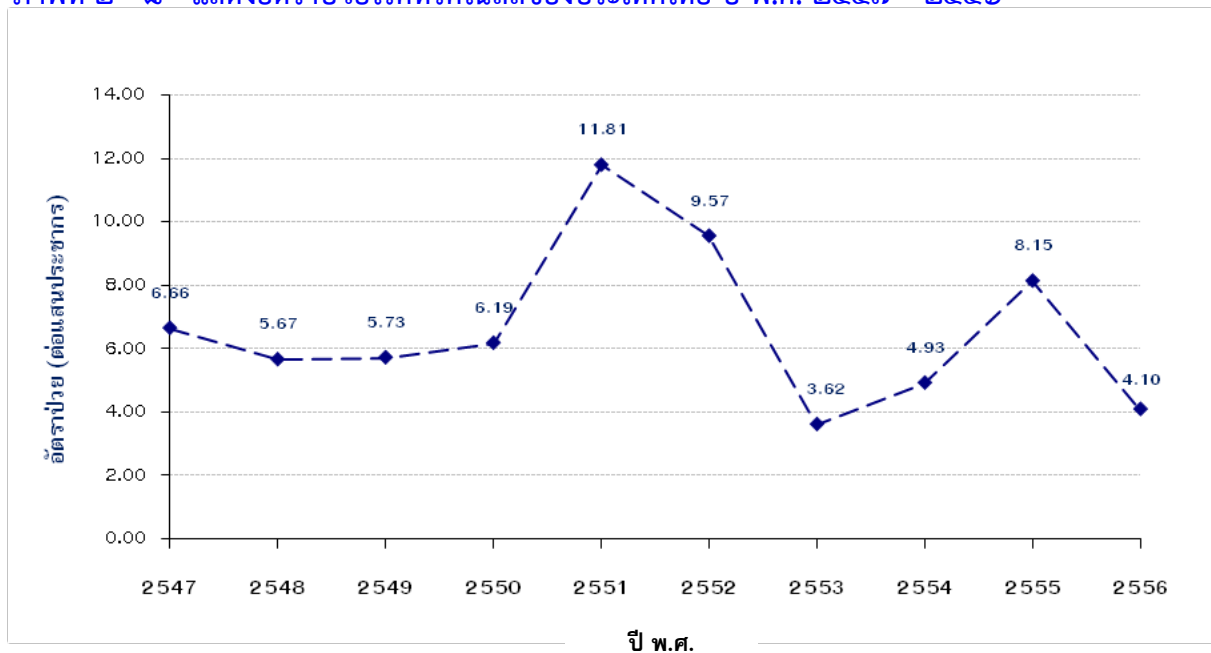
จากการสอบสวนการระบาดของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ที่อำเภอปัว จังหวัดน่าน พบการระบาดที่บ้านศาลา บ้านปงสนุก บ้านปงหนึ่ง บ้านทุ่งชัย บ้านสบปัว บ้านดอนแก้ว และบ้านวังม่วง ตำบลเจดีย์ชัย มีผู้ป่วยจำนวน ๕๒ ราย เป็นชาย ๓๓ ราย หญิง ๑๙ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อชายเท่ากับ ๑ : ๑.๗ ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง ๑๖ - ๘๒ ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๕๑ - ๖๐ ปี และอายุมากกว่า ๖๐ ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย ผลการสุ่มตรวจเม็ดเลือดขาว ชนิดอีโอซิโนฟิลในผู้ป่วยและผู้สัมผัส จำนวน ๓๑ ราย พบว่า ๓๐ ราย ร้อยละ ๙๖.๗๗ มีค่าสูงกว่าค่าปกติ และค่าครีเอตินินพอสโพลีเปสในผู้ป่วย ๓๑ ราย จาก ๓๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๑๗ ซึ่งสูงกว่าค่าปกติ สาเหตุการเกิดโรคครั้งนี้เนื่องจากชาวบ้านนาคำ ได้นำสุกรพื้นเมืองจากบ้านปงสนุก ตำบลเจดีย์ชัย มาฆ่าแหละแล้วนำมาประกอบอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ในช่วงงานบวงสรวงพระธาตุประจำปี เมื่อวันที่ ๒๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

นอกจากนี้ ยังพบการระบาดที่อำเภอแม่สาย ที่บ้านเมืองงามตำบลท่าตอนจังหวัดเชียงใหม่ พบผู้ป่วยจำนวน ๒๖ ราย เป็นชาย ๑๕ ราย หญิง ๑๑ ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย เท่ากับ ๑:๑.๔ ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง ๙ - ๗๔ ปี ค่ามัธยฐานอายุ ๔๓ ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการมีไข้ บวมที่หน้าตา ใบหน้า และลำตัว ท้องเสีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย และปวดเมื่อย ผลการสุ่มตรวจเม็ดเลือดขาวชนิดอีโอซิโนฟิลในผู้ป่วยจำนวน ๑๓ ราย พบว่า ๑๑ ราย ร้อยละ ๘๔.๖๒ มีค่าสูงกว่าค่าปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยการตรวจซีรัมชนิด IgG ด้วยวิธี ELISA ในผู้ป่วย ๑๓ ราย พบว่า ๖ ราย ร้อยละ ๔๖.๑๕ ให้ผลบวก สาเหตุการเกิดโรคครั้งนี้เนื่องจากชาวบ้าน ขนเผ่ากระเหรี่ยง นับถือศาสนาคริสต์ ได้นำสุกรพื้นเมืองจากบ้านใหม่หมอกจ๋าม ตำบลท่าตอน มาฆ่าแหละแบ่งกันในกลุ่มญาติพี่น้องแล้วนำมาประกอบอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ในช่วงเทศกาลอีสเตอร์เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

สถานการณ์การเกิดโรคทริคิโนซิสในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานเนื้อสุกรที่ไม่ผ่านการปรุงสุก พื้นที่เกิดโรคเป็นพื้นที่ซ้ำในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ คือ จังหวัดน่าน ซึ่งเป็นจังหวัดทางภาคเหนือที่มีรายงานผู้ป่วยโรคทริคิโนซิสติดต่อกันเกือบทุกปี ซึ่งแสดงว่ายังมีสัตว์รังโรคอยู่ และการระบาดมักเกิดในช่วงเทศกาลเสมอ



ภาพที่ ๒ - ๘ แสดงอัตราป่วยโรคทริคิโนซิสของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๖^{๑๒}



โรค布鲁เซลโลซิส (Brucellosis)

โรค布鲁เซลโลซิส เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Brucella* ซึ่งมีด้วยกันหลายสายพันธุ์ (Species) และมักจะพบจำเพาะในสัตว์แต่ละชนิด เช่น *Br. Abortus* พบในโค กระบือ *Br. Suis* พบในสุกร *Br. Canis* พบในสุนัขและ *Br. Melitensis* พบในแพะและแกะ ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ก่อความรุนแรงในคน อย่างไรก็ตามสายพันธุ์ของเชื้อที่พบจำเพาะในสัตว์แต่ละชนิด อาจติดต่อไปยังสัตว์ต่างชนิดได้ การติดต่อสามารถติดต่อผ่านโดยการกินการสัมผัสกับสารคัดหลั่งและการหายใจ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับสัตว์ดังกล่าว เช่น เกษตรกรที่เลี้ยงหรือดูแลสัตว์ สัตวแพทย์ สัตวบาล ผู้ที่ทำงานในห้องปฏิบัติการ และผู้ค้าหรือแลกเปลี่ยนสัตว์ จะเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งผู้ที่ นิยมรับประทานผลิตภัณฑ์จากสัตว์ที่ไม่ผ่านการปรุงให้สุกและเหมาะสม ก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมีเช่นเดียวกัน

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวัง (รง.๕๐๖) พบผู้ป่วยโรค布鲁เซลโลซิส ๑๐ ราย จากจังหวัดราชบุรี ๓ ราย เพชรบุรี ๓ ราย กาญจนบุรี ๒ ราย ระยอง ๑ รายและประจวบคีรีขันธ์ ๑ ราย ผู้ป่วยเพศหญิง ๒ ราย เพศชาย ๘ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย ๑ : ๔ มีอายุระหว่าง ๓ - ๖๖ ปี (มัธยฐานอายุ ๓๗ ปี) โดยพบผู้ป่วยในระหว่างเดือนมีนาคม - ธันวาคม

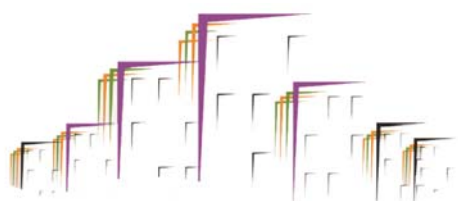
^{๑๒} แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗

สถานการณ์การเกิดโรคบรูเซลโลสิส ในประเทศไทย พบว่าจังหวัดกาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี และเพชรบุรี ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีเกษตรกรเลี้ยงแพะจำนวนมาก เนื่องจากปัจจุบันรัฐบาลมีการส่งเสริมให้เกษตรกรเลี้ยงแพะ ส่งให้โรงงานอุตสาหกรรมผลิตอาหารฮาลาล เพื่อการส่งออก ทำให้มีเกษตรกรรายใหม่หันมาเลี้ยงแพะเป็นมากขึ้น โดยเฉพาะจังหวัดกาญจนบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ซึ่งเคยมีโรคนี้อันตรายมาาก่อนแล้วหลายครั้ง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นมา โดยมักพบในผู้เลี้ยงหรือเจ้าของฟาร์ม โดยการสัมผัสสารคัดหลั่งจากแพะ โดยเฉพาะการล้วงรก ทำคลอด รีดนม หรือฆ่าแพะ โดยไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ทำให้มีโอกาสสูงที่มีการติดเชื้อระหว่างการทำงาน นอกจากนี้ ด้วยลักษณะของโรคซึ่งมีระยะฟักตัวนาน ๑ - ๒ เดือน และอาการแสดงทางคลินิกของโรคที่ไม่จำเพาะทำให้ยากแก่การวินิจฉัย ดังนั้น การแนะนำให้ความรู้ในการป้องกันตนเองแก่เกษตรกรผู้เลี้ยงแพะ จึงยังมีความสำคัญโดยเฉพาะเกษตรกรรายใหม่

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

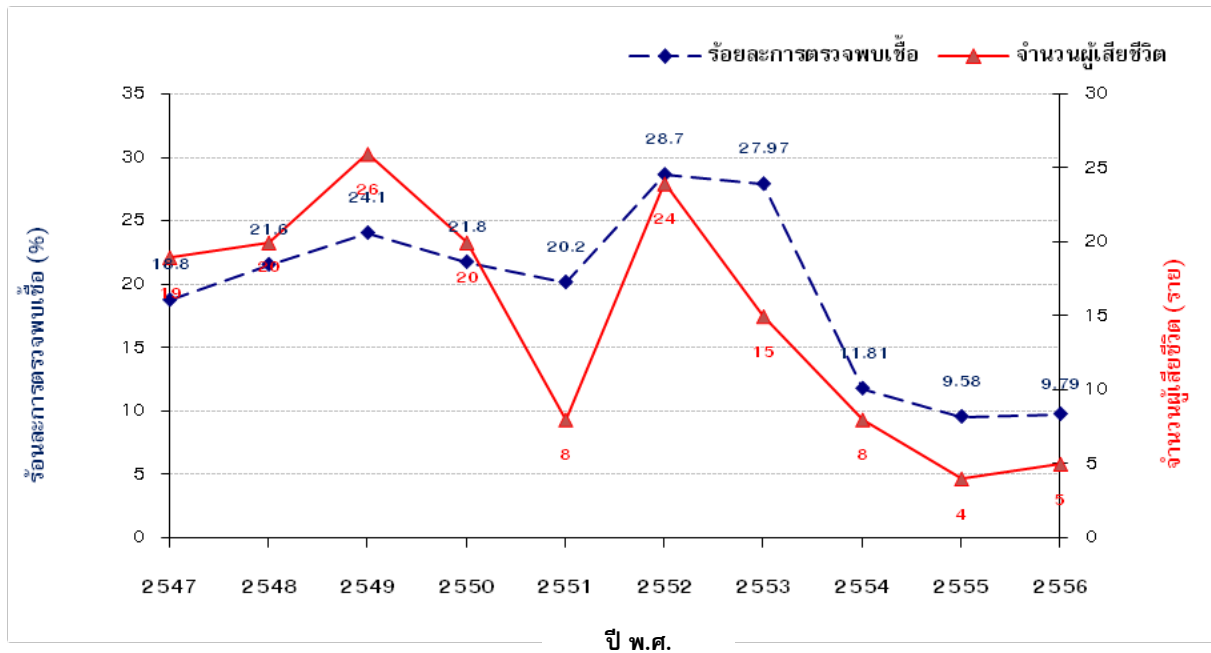
ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน ๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ๐.๐๑ ต่อประชากรแสนคน จาก ๔ จังหวัด ได้แก่ ปราจีนบุรี ๒ ราย สระแก้ว ๑ ราย ศรีสะเกษ และสงขลา จังหวัดละ ๑ ราย ผู้ป่วยตายเป็นเพศชาย ๔ ราย เพศหญิง ๑ ราย จากจำนวนผู้ป่วยตายทั้ง ๕ ราย ได้รับเชื้อพิษสุนัขบ้าจากสุนัข ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๐ และแมว ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๐ สุนัขดังกล่าวเป็นสุนัขมีเจ้าของ ๒ ตัว ร้อยละ ๕๐ ไม่มีเจ้าของ ๒ ตัว ร้อยละ ๕๐.๐๐ และเป็นแมวที่มีเจ้าของ ๑ ตัว ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งสัตว์ทุกตัวไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ลักษณะของการรับเชื้อเป็นแผลลึกและฉีกขาด ๓ ราย เป็นแผลขีดข่วน ๒ ราย ในตำแหน่งของบาดแผล คือ บริเวณข้อพับแขน ริมฝีปาก นิ้วเท้า ทั้งสิ้น ๓ ราย ร้อยละ ๖๐ และ ๒ ราย ไม่ทราบตำแหน่งของบาดแผล ระยะฟักตัวของโรคเร็วที่สุด ๑๐ วัน นานที่สุด ๘๔ วัน ค่ามัธยฐาน (Median) ๓๓ วัน ช่วงเวลาแสดงอาการของโรคน้อยสุด ๒ วัน นานที่สุด ๑๓ วัน ค่ามัธยฐาน ๔ วัน ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้ง ๕ ราย ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหรืออิมมูโนโกลบูลินหลังจากได้รับเชื้อ นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่ได้ติดเชื้อจากในประเทศจำนวน ๒ ราย คือ ผู้ป่วยตายจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนลาว จำนวน ๑ ราย ที่เข้ามารักษาและเสียชีวิตที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เมื่อเดือนพฤษภาคม และคนไทยจำนวน ๑ ราย ที่ถูกสุนัขกัด ในสาธารณรัฐประชาชนลาวฝั่งตรงข้ามกับจังหวัดอุบลราชธานี แล้วกลับมาแสดงอาการป่วยและตายด้วยโรคนี้นั้นในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อเดือนพฤศจิกายน ผู้ป่วยตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าทั้ง ๒ รายนั้นจัดเป็นผู้ป่วยที่รับเชื้อมาจากนอกประเทศ (Imported cases) จึงไม่นับเป็นผู้ป่วยของประเทศไทย

จำนวนผู้ป่วยตายตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๖ เท่ากับ ๒๔, ๑๕, ๘, ๕ และ ๕ ราย ตามลำดับ แนวโน้มอัตราและจำนวนของผู้ป่วยตาย แม้ว่าโรคพิษสุนัขบ้ามีแนวโน้มลดลง แต่ปัญหาสำคัญที่พบ คือ พื้นที่ที่เกิดโรคมักเป็นพื้นที่ซ้ำซาก เช่น จังหวัดสงขลา และศรีสะเกษ รวมถึงพื้นที่ที่เป็นบริเวณเขตชายแดน ซึ่งอาจมีการแพร่โรคข้ามเขตพรมแดนประเทศได้เช่นกัน ดังนั้นเพื่อเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีแผนที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า ให้หมดจากประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จะต้องอาศัยความร่วมมือกันของหลายหน่วยงานจากหลายองค์กร เช่น หน่วยงานและองค์กรทางสาธารณสุข ปศุสัตว์ และการปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงความร่วมมือ



ประชาชนในทุกท้องถิ่นของประเทศด้วย เพื่อให้การควบคุมโรคเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ถึงเป้าหมายถึงในการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย (ดังภาพที่ ๒ - ๙)

ภาพที่ ๒ - ๙ แสดงจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า และร้อยละการตรวจพบเชื้อในสัตว์ของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ - ๒๕๕๖^{๑๓}

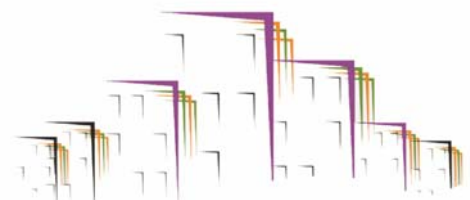


โรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัสซูอิส (Streptococcus suis) หรือโรคไขุ่หูดับ

โรคติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส หรือโรคไขุ่หูดับ เกิดจากการรับประทานที่ปรุงจากเนื้อหรือเลือดสุกร ที่มีเชื้อ *Streptococcus suis* ปนเปื้อน เช่น ลาบ หลู้ ส้าดิบ เป็นต้น และเชื้อสามารถผ่านเข้าทางบาดแผลหรือรอยถลอกตามร่างกาย ตลอดจนเข้าทางเยื่อตาได้ ผู้ป่วยร้อยละ ๕๔ - ๘๐ จะสูญเสียการได้ยินจนถึงหูหนวกถาวรภายใน ๒๔ ชั่วโมง ร้อยละ ๓๐ - ๕๐ มีผลต่อระบบประสาททำให้มีอาการง่วง คลื่นเหียนวิงเวียน ภายหลังที่หายจะมีความผิดปกติในการทรงตัวและการได้ยิน ในรายที่รุนแรงอาจมีการติดเชื้อในกระแสโลหิต อวัยวะภายในอักเสบ มีจำเริญทั่วตัว ซ็อก ร้อยละ ๘๕ จะมีอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคนี้มีอัตราการตายสูง ร้อยละ ๕ - ๒๐

โรคไขุ่หูดับพบผู้ป่วยตลอดปี และมีรายงานสูงตั้งแต่เดือนมีนาคมสูงสุดถึงเดือนพฤษภาคม หลังจากนั้นเริ่มพบผู้ป่วยลดลงจนถึงเดือนธันวาคม ผู้ป่วยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย

^{๑๓} แหล่งข้อมูล : รายงานเฝ้าระวังโรค (รง.๕๐๖) สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗



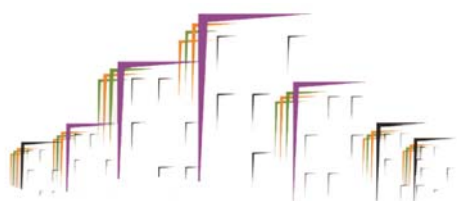
กลุ่ม ๕๕ - ๖๔ ปี (คิดเป็นร้อยละ ๐.๗๑), ๔๕ - ๕๔ ปี (๐.๕) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักกระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้หูดับจากระบบเฝ้าระวังจาก ๘ จังหวัด จำนวน ๑๘๙ ราย อัตราป่วย ๐.๒๙ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๑๑ ราย อัตราป่วยตายเป็นร้อยละ ๕.๘๒ พบผู้ป่วยมากที่สุดในภาคเหนือ อัตราป่วย ๑.๓๖ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๐.๑) ภาคกลาง (๐.๐๓) และภาคใต้ไม่มีรายงานผู้ป่วย (ดังภาพที่ ๑) จังหวัดอุดรดิษฐ์ มีอัตราป่วยสูงสุด ๗.๑๖ ต่อประชากรแสนคน นครสวรรค์ (๔.๖๖) เชียงใหม่ (๒.๑๑) เพชรบูรณ์ (๑.๘๑) ตาก (๑.๑๓) พะเยา (๐.๘๒) พิษณุโลก (๐.๗๐) และสุโขทัย (๐.๓๓) นครราชสีมา (๐.๗๓) ปราจีนบุรี (๐.๖๓)

ผู้ป่วยสัญชาติไทย ๑๘๘ ราย ร้อยละ ๙๙.๔๗ และมาเลเซีย ๑ ราย (ร้อยละ ๐.๕๓) อาชีพที่พบสูงสุดคือ รับจ้าง ร้อยละ ๓๗.๕๗ รองลงมา คือ งานบ้าน (ร้อยละ ๒๗.๕๑) และเกษตรกรกรรม (ร้อยละ ๑๙.๕๘) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ ๘๙.๔๒ ในเขตเทศบาล ร้อยละ ๑๐.๕๘ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ ๗๘.๘๔ รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ ๑๗.๔๖) คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ ๒.๒๑)

สำนักกระบาดวิทยา ได้รับรายงานการสอบสวนโรคไข้หูดับ ๓๒ เหตุการณ์ ส่วนใหญ่เป็นรายงานการสอบสวนเฉพาะราย ๓๐ เหตุการณ์ และรายงานระบาดการ ๒ เหตุการณ์ จาก ๓๒ เหตุการณ์นั้น มีผู้ป่วยรวม ๓๖ ราย เสียชีวิต ๓ ราย จังหวัดที่มีผู้ป่วยจากการรายงานสอบสวนโรคมากที่สุด คือ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๒๘ ราย ลำพูน ๔ ราย สระแก้ว อุดรดิษฐ์ ตาก ราชบุรี จังหวัดละ ๑ ราย ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ ๑๙ - ๙๐ ปี โดยมีรายงานในกลุ่มอายุ ๔๕ - ๖๐ ปี จำนวน ๑๙ ราย รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ ๑๙ - ๔๔ ปี จำนวน ๑๑ ราย และอายุมากกว่า ๖๐ ปี จำนวน ๖ ราย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารลาบสุกรดิบ ๑๘ ราย หลู้ ๓ ราย ลาบควาย ๒ ราย หัวหมูต้มไม่สุก ๒ ราย ประกอบอาหาร ๑ ราย ไม่ระบุ ๔ ราย โดยมีระยะฟักตัวเฉลี่ย ๓ วันก่อนป่วย และประวัติการดื่มสุรา โดยมีการดื่มเป็นประจำ ๑๐ ราย ดื่มเป็นบางครั้ง ๒ ราย

จากรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันพบเชื้อ *Streptococcus suis* ๒๐ ตัวอย่าง ระบุเป็น *Streptococcus suis* type ๒ จำนวน ๖ ตัวอย่าง type ๑ จำนวน ๔ ตัวอย่าง และ *Streptococcus gram-positive cocci* ๒ ตัวอย่าง

โรคไข้หูดับ นับว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ในประเทศไทย มีรายงานครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ จากการตรวจพบเชื้อทางห้องปฏิบัติการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีการเฝ้าระวังโรคนี้นในบางพื้นที่ สำนักกระบาดวิทยา จึงได้นำโรคนี้นเข้าอยู่ในระบบการเฝ้าระวัง (รง.๕๐๖) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ดังนั้น ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังเชิงรับอาจยังไม่สะท้อนสถานการณ์การเกิดโรคที่แท้จริง เครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการน่าจะมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในการเพิ่มความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวัง เพื่อให้ทราบสถานการณ์การเกิดโรคที่แท้จริงได้ ปัจจุบันจังหวัดที่มีการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ มีความสนใจหรือมีขีดความสามารถวิเคราะห์เชื้อ *Streptococcus suis* ได้ ก็จะมีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หูดับเข้ามาในระบบมากขึ้น ดังเช่นในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์ นครราชสีมา หรืออุดรดิษฐ์ ดังนั้น การพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ จึงควรจะเป็นแนวทางสำคัญในพัฒนางานระบาดวิทยาของโรคไข้หูดับต่อไป

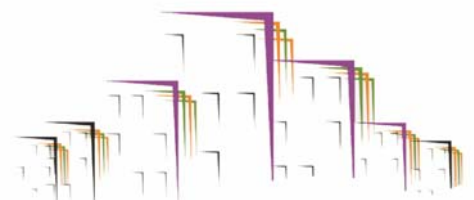


โรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis)

โรคเลปโตสไปโรสิสเป็นโรคของสัตว์ที่สามารถติดต่อมาสู่คน (Zoonotic Disease) ซึ่งเกิดจากเชื้อแบคทีเรียเลปโตสไปรา (*Leptospira* spp.) โดยเชื้อเลปโตสไปราชนิดที่ก่อให้เกิดโรคมีย ๖ สปีชีส์ ได้แก่ *Leptospira interrogans*, *L. kirschneri*, *L. noguchii*, *L. borgpetersenii*, *L. santarosai* และ *L. weilii* ก่ออาการหลากหลายขึ้นกับชนิดของเชื้อ (serovars) และเชื้อที่ถูกปล่อยออกมาจากปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อและปนเปื้อนอยู่ในน้ำ ดินที่เปียกชื้น หรือพืชผัก เชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนัง รอยแผล รอยขีดข่วน และเยื่อบุตา จมูก ปาก นอกจากนี้ยังสามารถเข้าทางผิวหนังปกติที่อ่อนนุ่ม เนื่องจากอยู่ในน้ำนานๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักติดเชื้อทางอ้อมขณะย่ำดินโคลน แชน้ำท่วม วายน้ำ หรืออาจติดโรคโดยตรงจากการสัมผัสเชื้อในปัสสาวะสัตว์ เนื้อสัตว์ที่ปนเปื้อนเชื้อ หรือบางรายเชื้ออาจเข้าร่างกายโดยการกินอาหารหรือน้ำ หรือการหายใจเอาละอองนิวเคลียสจากของเหลวที่ปนเปื้อนเชื้อเข้าไปได้

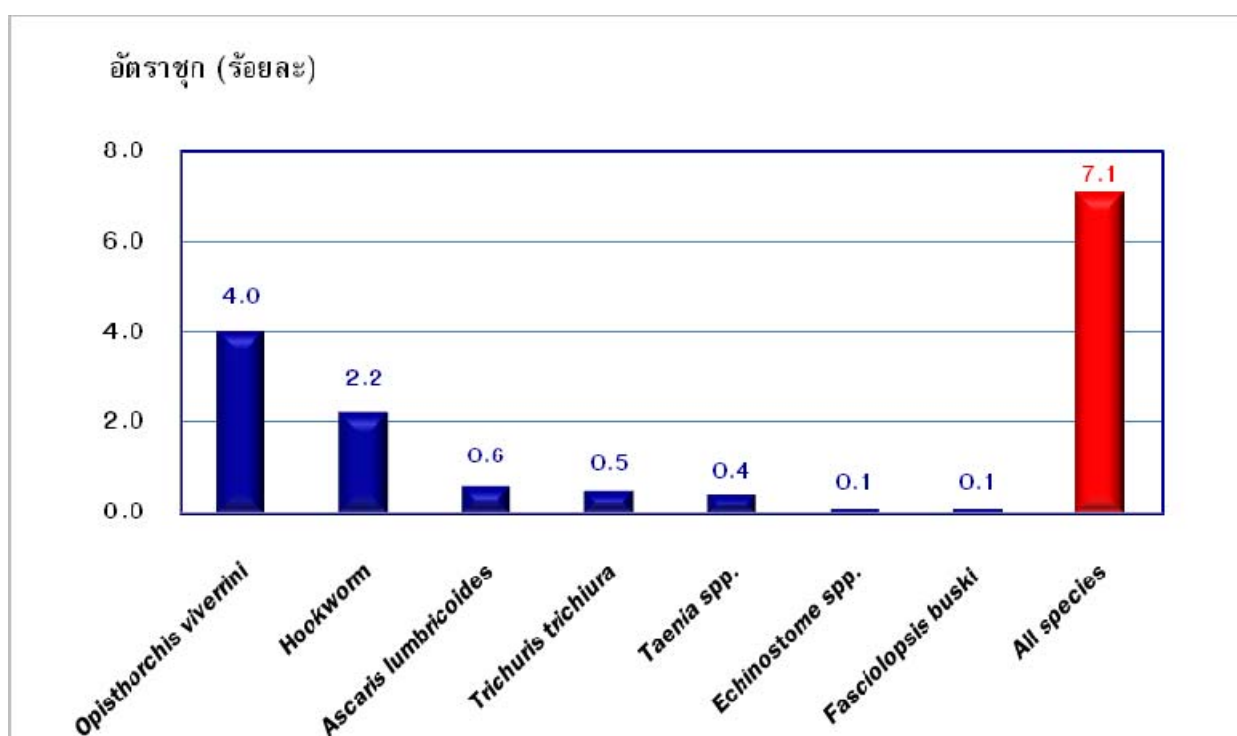
ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ สำนักโรคระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสจากเกือบทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้นจากภาคกลาง ๔ จังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วย ได้แก่ สมุทรสาคร สมุทรสงคราม อ่างทอง และประจวบคีรีขันธ์ พบผู้ป่วย ๓,๑๐๓ ราย เสียชีวิต ๓๐ ราย อัตราป่วย ๔.๘๐ ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย ๐.๐๕ ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๙๗ ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ๖๒๐ ราย เพศชาย ๒,๔๘๓ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ ๑ : ๔ ผู้ป่วยในกลุ่มอายุ ๕๕ - ๖๔ ปี มีอัตราป่วยสูงสุด ๗.๓๗ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๔๕ - ๕๔ ปี (ร้อยละ ๗.๐๙) และกลุ่มอายุ ๓๕ - ๔๔ ปี (ร้อยละ ๕.๙๑) อาชีพที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ เกษตรกรรมร้อยละ ๕๖.๐๗ รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ ๒๒.๒๗) และนักเรียน (๑๐.๓๘) โดยพบผู้ป่วยในช่วงฤดูฝน มากกว่าฤดูร้อน และฤดูหนาว การกระจายของผู้ป่วยแยกตามรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ ๘.๒๗ ต่อประชากรแสนคน แต่มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีก่อน รองลงมาเป็นภาคใต้ ๗.๘๔ ภาคเหนือ ๓.๙๖ ภาคกลาง ๐.๕๖ ต่อประชากรแสนคน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ป่วยลดลงต่อเนื่อง อาจเนื่องมาจากเป็นพื้นที่ที่พบเชื้อมีติดต่อกัน จนกลายเป็นโรคประจำถิ่น ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ในภูมิภาคนี้มีภูมิคุ้มกันต่อโรคมมากขึ้น เมื่อติดเชื้อมักไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง จึงไม่ได้เข้ามารักษาในสถานพยาบาล

สำหรับ อัตราป่วยและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรสิส ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๒๕๕๖ มีอัตราป่วยอยู่ระหว่าง ๕.๑๒ - ๔.๘๐ ต่อประชากรแสนคน และอัตราตายอยู่ระหว่าง ๐.๐๗ - ๐.๐๕ ต่อประชากรแสนคน

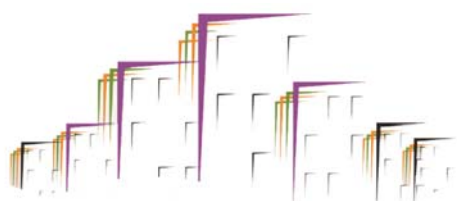


รายงานการสำรวจชุมชนเพื่อศึกษาสถานการณ์โรคหนอนพยาธิ โรคโปรโตซัวในสำไส้ของประชาชนคนไทย ในพื้นที่ ๗๕ จังหวัดของประเทศไทย และปัจจัยกำหนดการเป็นโรค ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ผลการศึกษาเชิงสถานการณ์ หรืออัตราชุกของโรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวลำไส้ โดยทำการศึกษาวิจัยจากประชากรเพศชายและหญิง อายุ ๖ เดือนขึ้นไป ในพื้นที่ ๗๕ จังหวัด กำหนดการเก็บตัวอย่างประชาชนที่สามารถเป็นตัวแทนระดับเขต ๑๒ เขต เก็บตัวอย่างอุจจาระ และทำการสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรม จำนวน ๖,๙๐๗ ตัวอย่าง ผลการศึกษาพบอัตราชุกของโรคหนอนพยาธิในประชาชนไทย เท่ากับ ร้อยละ ๗.๑ เมื่อพิจารณาผลการตรวจวินิจฉัยรายชนิดหนอนพยาธิ พบกว่า อัตราชุกของพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) พบมากที่สุด ร้อยละ ๔.๐ รองลงมาคือพยาธิปากขอ (Hookworm) ร้อยละ ๒.๒ พยาธิไส้เดือน (*Ascaris lumbricoides*) ร้อยละ ๐.๖ พยาธิแส้ม้า (*Trichuris trichiura*) ร้อยละ ๐.๕ พยาธิตืด (*Taenia spp.*) ร้อยละ ๐.๔ และพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดใหญ่ (*Echinostome spp.*, *Fasciolopsis buski*) มีอัตราชุกของโรคเท่ากัน ร้อยละ ๐.๑ ตามลำดับ (ดังภาพที่ ๒ - ๑๐)

ภาพที่ ๒ - ๑๐ อัตราความชุกการตรวจพบเชื้อหนอนพยาธิของประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ^{๑๔}



^{๑๔} แหล่งข้อมูล : รายงานการสำรวจความชุกโรคหนอนพยาธิ สำนักโรคติดต่อทั่วไป ข้อมูล ณ วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗



ภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ เกิดวิกฤตการณ์จากภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ (Public Health Emergency) ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายด้านสุขภาพต่อประชาชน ดังนั้น สำนักโรคติดต่อทั่วไป ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้มีการประสานการดำเนินงานในการจัดการต่อเหตุดังกล่าว โดยเฉพาะการป้องกันควบคุมโรค เพื่อเป็นการลดหรือหลีกเลี่ยงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

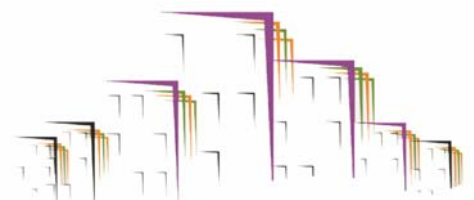
๑. ภาวะฉุกเฉินจากการระบาดของโรค

ในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ เกิดวิกฤตการณ์จากภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ (Public Health Emergency) ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสียหายด้านสุขภาพต่อประชาชน ซึ่งสำนักโรคติดต่อทั่วไป ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงได้มีการประสานการดำเนินงานในการจัดการต่อเหตุดังกล่าว โดยเฉพาะการป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อเป็นการลดหรือหลีกเลี่ยงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยแบ่งออกเป็น

โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola)

จากกรณีพบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศแถบแอฟริกาตะวันตก ได้แก่ กินี ไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน และเมืองลากอส ประเทศไนจีเรีย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูงเฉียบพลัน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และเจ็บคอ ตามด้วยอาการอาเจียน ท้องเสีย และมีผื่นนูนแดงตามตัว ในรายที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิต จะพบมีเลือดออกง่าย โดยอาจมีเลือดออกภายในและภายนอกร่างกาย มักเกิดร่วมกับภาวะตับถูกทำลาย ไตวาย หรือก่อให้เกิดอาการของระบบประสาทส่วนกลาง ช็อก และเสียชีวิต สถานการณ์การระบาดของโรค โดยรายงานจากองค์การอนามัยโลก (ข้อมูล ณ วันที่ ๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗) พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสอีโบลารวม ๘,๓๙๙ คน เสียชีวิต ๔,๐๓๓ คน อัตราป่วยตายประมาณร้อยละ ๕๐ โดยพบสถานการณ์รุนแรงที่สุด และยังมีการระบาดในวงกว้าง โดยประเทศกินี ไลบีเรีย เซียร์ราลีโอน ประเทศสหรัฐอเมริกา และสเปนที่มีรายงานบุคลากรสาธารณสุขติดเชื้อจากผู้ป่วย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญระบุว่าอาจเกิดจากจุดอ่อนของเจ้าหน้าที่ในขั้นตอนการถอดอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะนำมาเป็นกรณีศึกษา เพื่อถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทยเข้มงวดขั้นตอนปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่กำหนดให้พึงระวังแม้จะมีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ แต่ต้องใช้อุปกรณ์ให้ถูกต้องตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด

ถึงแม้โรคนี้อยู่ไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในประเทศที่เกี่ยวข้องทั้งในคนและในสัตว์ ติดตามสถานการณ์การระบาดโรคนี้อย่างใกล้ชิด และได้ออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๓ เพื่อให้เจ้าหน้าที่พนักงานสาธารณสุขมีอำนาจในการคัดกรองและติดตามผู้เดินทางมาจากพื้นที่โรคระบาดดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนถึงปัจจุบันคัดกรองผู้เดินทางไปแล้ว ๒,๑๒๖ ราย ทุกรายมีสุขภาพดี จนถึงขณะนี้ยังไม่พบการติดเชื้อในประเทศไทย

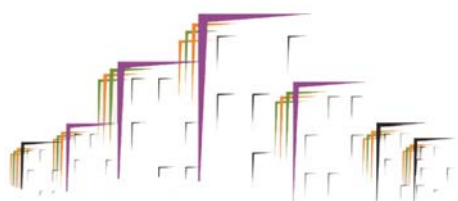


นอกจากนี้ ยังได้ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งวิทยาลัยแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งองค์กรนานาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา วางระบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคที่รวดเร็ว รวมทั้งวางระบบการรักษาและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยมีมาตรการเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ๕ ด้าน ได้แก่

๑. การจัดระบบเฝ้าระวังโรคทั้งในคนและในสัตว์ มีระบบการคัดกรองที่ด่านควบคุมโรคที่โรงพยาบาลรวมทั้งในชุมชน
๒. การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการเตรียมห้องแยกผู้ป่วยการดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางมาตรฐาน รวมถึงการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด
๓. การพัฒนาระบบการตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รับผิดชอบร่วมกับมหาวิทยาลัยและหน่วยงานอื่นๆ เป็นเครือข่ายห้องปฏิบัติการของประเทศ สามารถตรวจยืนยันเชื้อได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง
๔. การสื่อสารให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนในการป้องกันโรค ตลอดจนสื่อสารถึงผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง จากการสำรวจพบว่า ประชาชนร้อยละ ๘๐ มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า
๕. การบริหารจัดการแบบบูรณาการหลายภาคส่วนโดยมีศูนย์ประสานปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่กรมควบคุมโรค ซึ่งบูรณาการการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถประสานสั่งการ เชื่อมโยงการทำงานทั้งประเทศ กรณีพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า นอกจากนี้ ได้มีการเตรียมพร้อมระบบรับส่งต่อผู้ป่วย ผักซั่มแผนใน ๓๐ จังหวัด ที่มีความเสี่ยงที่อาจมีผู้เดินทางจากเขตติดโรค เข้ามายังประเทศไทยทั้งทางอากาศ ทางบก และทางเรือ

โรคโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ ๒๐๑๒ (Middle East Respiratory Syndrome)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๒ เป็นเชื้อสายพันธุ์หนึ่งในกลุ่มไวรัสโคโรนา เริ่มมีการพบผู้ป่วยครั้งแรกในเดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๕ มีการรายงานผู้ป่วยรายแรกในประเทศแถบตะวันออกกลาง โดยขณะนี้ มีรายงานการติดเชื้อจากคนสู่คนในวงจำกัด องค์การอนามัยโลกรายงานพบผู้ป่วยยืนยัน ๗๖๐ ราย เสียชีวิต ๓๒๔ ราย (ข้อมูลถึงวันที่ ๑๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗) คิดเป็นอัตราป่วยตายน้อยละ ๔๓ การระบาดในประเทศซาอุดีอาระเบียขณะนี้ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๗ ในแถบตะวันออกกลางพบว่าการระบาดเกิดขึ้น ๒ ช่วงของปี คือ เดือนเมษายนถึงมิถุนายน และเดือนสิงหาคมถึงกันยายน ขณะนี้ จึงอาจถือได้ว่าเข้าสู่ฤดูกาลระบาดของโรค โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวนอกจากนี้พื้นที่ระบาดตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นต้นมาพบว่าอยู่ใกล้กับเมือง Mecca ที่ประกอบพิธีฮัจจ์คือเมือง Taif และเมือง Raniah ซึ่งตั้งอยู่ใน Mecca province เช่นเดียวกันและในสัปดาห์ที่ผ่านมายังมีรายงานผู้ป่วยในเมือง Madinah ซึ่งเป็นเมืองที่มีการประกอบพิธีส่วนหนึ่งด้วยโดยที่ประเทศซาอุดีอาระเบียมีการคัดกรองผู้ป่วยที่สนามบินตอนขาเข้าประเทศแต่ไม่มีการคัดกรองซ้ำ ในขณะที่เข้าร่วมพิธีฮัจจ์ มีเพียงคำแนะนำสำหรับผู้เดินทางเรื่องสุขอนามัยและการให้ไปพบแพทย์เมื่อมีอาการป่วยผู้ที่ไปร่วมแสวงบุญ จึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโดยเฉพาะผู้เดินทางส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว



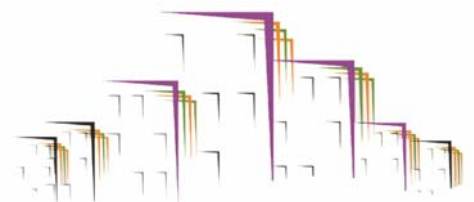
กระทรวงสาธารณสุข จึงขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ดังนี้

๑. ดำเนินการเฝ้าระวังโรค การรายงาน และการค้นหาผู้ป่วย
๒. แจ้งเตือนบุคลากรทางการแพทย์และสถานพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาล และใช้แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาลในระดับสูง เช่นเดียวกับเคยปฏิบัติมาก่อน
๓. ประชาสัมพันธ์คำแนะนำแก่ผู้เดินทางไปกลับต่างประเทศ

๒. ภาวะฉุกเฉินจากภัยธรรมชาติ

ภัยธรรมชาติที่ส่งผลกระทบและก่อให้เกิดวิกฤติการณ์ต่อสุขภาพประชาชน คือ สถานการณ์ภัยหนาว ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗ หลายพื้นที่มีอากาศหนาวเย็น โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางวัน และช่วงเช้า มีพื้นที่ประกาศภัยหนาวใน ๔๕ จังหวัด ประชาชนได้รับผลกระทบประมาณ ๒๕ ล้านคน จากการเฝ้าระวังผู้เสียชีวิตจากภัยหนาว สำนักโรคควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ถึง ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๗ มีรายงานผู้เสียชีวิตที่สงสัยว่าอาจเกี่ยวเนื่องจากภาวะอากาศหนาวทั้งหมด ๘๒ ราย ในพื้นที่ ๓๑ จังหวัด เป็นชายร้อยละ ๙๓ อายุต่ำสุด ๑๒ วัน สูงสุดอายุ ๙๓ ปี ผลการสอบสวนพบมี ๖๔ รายที่ยืนยันว่าเสียชีวิตจากปัจจัยเสี่ยงเสริมร่วมกับภาวะอากาศหนาวด้วย โดยกว่าครึ่งเสียชีวิตในบ้านหรือกุฏิวัด จังหวัดที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอากาศหนาวมากที่สุด คือ เชียงใหม่ ๙ ราย เลย สระแก้ว จังหวัดละ ๖ ราย นครราชสีมา ๕ ราย แพร่ บึงกาฬ ศรีสะเกษ จังหวัดละ ๔ ราย ปัจจัยเสี่ยงเสริมที่เป็นต้นเหตุการเสียชีวิตในช่วงภัยหนาวในปี นี้ มาจาก ๔ สาเหตุใหญ่ สวมเครื่องนุ่งห่มไม่เพียงพอร้อยละ ๔๘ การดื่มสุราร้อยละ ๑๙ ดื่มสุราร่วมกับมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ร้อยละ ๑๗ และมีโรคประจำตัวร้อยละ ๑๖ จำแนกรายโรคที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงร้อยละ ๒๑ โรคหัวใจ ร้อยละ ๑๗ พิกการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ร้อยละ ๑๗ เบาหวานร้อยละ ๑๔ ลมชักหรือลมบ้าหมูร้อยละ ๑๐ หอบหืด ร้อยละ ๙ ตับอักเสบร้อยละ ๗ และพิษสุราเรื้อรังร้อยละ ๕

ภัยหนาวในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการเสียชีวิตในช่วงเดียวกันของปีที่ผ่านมา พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตสูงกว่า ๔ เท่าตัว ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าสภาพอากาศในปีนี้นหนาวเย็นครอบคลุมเกือบทุกจังหวัด ในทุกภาคของประเทศ คือ ประมาณร้อยละ ๘๐ ของพื้นที่ ยกเว้นภาคใต้ และในหลายพื้นที่มีอุณหภูมิติดลบต่ำกว่าศูนย์องศาเซลเซียส เช่น เชียงราย เชียงใหม่ เลย เป็นต้น



๓. ภาวะฉุกเฉินจากอุบัติเหตุ

วันที่ ๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗ ได้เกิดเหตุเพลิงไหม้ที่โรงงานกำจัดกำมะถันและไนโตรเจน ในเครือบริษัท ไออาร์พีซี จำกัด (มหาชน) บริษัทผู้ประกอบการอุตสาหกรรมปิโตรเคมี ตั้งอยู่บนถนนสุขุมวิท หมู่ ๕ ตำบลเชิงเนิน จังหวัดระยอง ที่เกิดเหตุเป็นโรงงานหน่วยปรับปรุงคุณภาพน้ำมันเตา (Vacuum Gas Oil Hydro Treating Unit : VGOHT) เพื่อป้อนหน่วย แครกเกอร์ผลิตเป็นสารโพรไพลีนเป็นหลักที่โรงงานของที่ปนเปื้อนมากับน้ำมัน และก๊าซขนาดใหญ่ เนื้อที่ประมาณ ๑๐๐ ไร่ ต้นเพลิงเกิดขึ้นบริเวณอาคารแปรสภาพคอมไบน์แก๊ส เนื่องจากเป็นหน่วยกำจัดกำมะถันและไนโตรเจน ซึ่งเป็นสารอินทรีย์ระเหยง่าย ทำให้มีมีกลุ่มควันสีดำและมีกลิ่นเหม็นขยายวงกว้างกินพื้นที่ประมาณ ๔ - ๕ กิโลเมตร มีพนักงานบริษัทได้รับบาดเจ็บจำนวน ๓ ราย ตรวจวัดสภาพอากาศโดยรอบโรงงานทันทีที่เกิดเหตุ เพื่อตรวจสอบผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม เบื้องต้นพบว่า มีผลกระทบต่อสภาพอากาศโดยช่วงเกิดเหตุค่ามาตรฐานฝุ่นขึ้นไประดับสูงสุดเทียบจากกราฟวัดค่าอากาศ แต่ภายใน ๑ ชั่วโมง ค่ามาตรฐานฝุ่นลดลง และช่วงเช้าวันต่อมา (วันที่ ๑๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๗) พบว่าค่ามาตรฐานฝุ่นกลับมาเป็นปกติ

สำนักโรคติดต่อทั่วไป ร่วมกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดชลบุรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ระยอง สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด เทศบาลนครระยอง สถานีตำรวจภูธรจังหวัด สำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดระยอง สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้ร่วมดำเนินการเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่

๑. การสนับสนุนวิชาการเกี่ยวกับอันตรายของสารเคมี โดยมีการจัดทำเป็นระบบ Flat sheet ซึ่งเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถสนับสนุนข้อมูลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทันที
๒. จัดทำ Protocol ในการประเมินการสัมผัสสารเคมี เพื่อทำการเฝ้าระวังประชาชนที่สัมผัสสารเคมีหรือมลพิษที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพโดยตรง
๓. การตรวจวัด biomarker ในประชาชน เพื่อติดตามผลกระทบด้านสุขภาพประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง
๔. การกำหนดให้เจ้าหน้าที่มาทำการตรวจเฝ้าระวังสุขภาพ หากต้องมีการเข้าพื้นที่เกิดเหตุและได้รับสารเคมี และมลพิษเข้าสู่ร่างกาย

