

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT



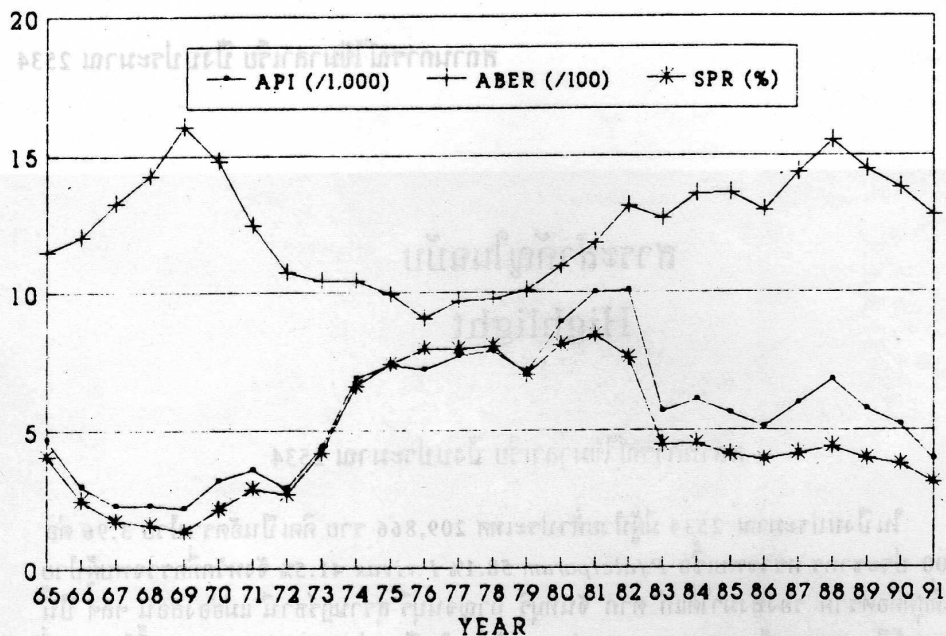
ในปีงบประมาณ 2534 มีผู้ป่วยทั่วประเทศ 209,866 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.96 ต่อ 1,000 ประชากร ตรวจพบเชื้อ *P.falciparum* 58.1% *P.vivax* 41.5% จังหวัดที่ตรวจพบผู้ป่วยมากที่สุดคือตราด รองลงมาได้แก่ ตาก จันทบุรี กาญจนบุรี สุราษฎร์ธานี แม่ฮ่องสอน ฯลฯ ปีนี้จำนวนผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 23.4 จากจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2533 ขณะนี้มีจังหวัดที่ปลอดจากการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียเป็นเวลานานแล้ว จำนวน 10 จังหวัดในเขตภาคกลาง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม นอกจากนี้ยังมีจังหวัดที่ปลอดจากการแพร่เชื้อไข้มาลาเรีย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 4 จังหวัด คือ ชัยนาท พิจิตร มหาสารคามและกาญจนบุรี

ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในปี 2534 นี้ เป็นผลกระทบมาจากการระบาดของไข้มาลาเรียบริเวณชายแดนจังหวัดตราด เนื่องจากมีประชาชนจากทุกภูมิภาคเข้าไปซุกพวยในประเทศกัมพูชา ระหว่างปี 2531 - 2533 เป็นสาเหตุให้การแพร่กระจายของเชื้อมาลาเรีย *P.falciparum* ที่ต้องยารักษาไปยังภาคต่างๆ อย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องเพิ่มขนาดของยาที่ใช้รักษาและรีบเร่งหายาชนิดใหม่ทดแทนยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

สถานการณ์ไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ 2534

ไข้มาลาเรียที่เป็นโรคหนึ่งซึ่งนำโดยแมลง มียุงก้นปล่องเป็นพาหะ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ได้ลดลงมากแล้วก็ตาม แต่โรคนี้ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากยังมีปัจจัยหลายๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ยังไม่สามารถกำจัดกวาดล้างโรคนี้ให้หมดไปจากประเทศไทยได้

MALARIA EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF THAILAND , F.Y. 1965 - 1991



SOURCE : MALARIA DIVISION (FILE:MORB2)

ในประมาณ พ.ศ. 2494 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึงปีละ 4-5 หมื่นคน และมีอัตราป่วยประมาณ 300 ต่อ 1,000 ประชากร หลังจากได้เริ่มดำเนินการควบคุมไข้มาลาเรียทั่วประเทศ ปรากฏว่าอัตราตายจากโรคนี้ได้ลดลงมาก โดยในปี 2533 มีอัตราตายเป็น 2.3 ต่อ 100,000 ประชากร เท่านั้น ซึ่งนับว่าต่ำที่สุดเท่าที่เคยมีรายงานมา และอัตราป่วย (API) ในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง (ตามกราฟ) โดยในปีงบประมาณ 2534 มีผู้ป่วยทั่วประเทศ 209,866 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราป่วย หรือ Annual Parasite Incidence (API) 3.96 ต่อ 1,000 ประชากร จากผู้ป่วยพบเชื้อทั้งหมด 209,866 ราย ตรวจพบเชื้อมาลาเรียชนิด *P.falciparum* ร้อยละ 58.1 พบ *P.vivax* ร้อยละ 41.5 ที่เหลือเป็น *P.malariae* และเชื้อผสมสำหรับชนิด *P.ovale* ไม่พบในปีงบประมาณนี้ฤดูกาลที่พบผู้ป่วยมาก ได้แก่ ฤดูฝนระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม เนื่องจากโรคนี้สัมพันธ์กับยุงและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งปริมาณน้ำฝน ความชื้น และแหล่งเพาะพันธุ์ยุง จังหวัดที่ตรวจพบผู้ป่วยมาก ได้แก่ จังหวัดชายแดน เช่น ตราด ตาก จันทบุรี กาญจนบุรี (ดูตารางที่ 1) โดยที่ประมาณร้อยละ 66.6 ของผู้ป่วยทั้งหมดตรวจพบใน 10 จังหวัดดังกล่าว

ตารางที่ 1 รายชื่อ 10 จังหวัดเรียงตามลำดับจากมากที่สุดของจำนวนผู้ป่วยมาลาเรีย และอัตราป่วย (API) ในปีงบประมาณ 2534

ลำดับที่	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย	% ของ ประเทศ	จังหวัด	API ต่อประชากร 1,000 คน
1	ตราด	38,973	18.6	ตราด	203.30
2	ตาก	32,735	15.6	ตาก	82.19
3	จันทบุรี	15,187	7.2	แม่ฮ่องสอน	43.32
4	กาญจนบุรี	13,192	6.3	ระนอง	34.96
5	สุราษฎร์ธานี	10,111	4.8	จันทบุรี	34.61
6	แม่ฮ่องสอน	7,399	3.5	กาญจนบุรี	18.79
7	ปราจีนบุรี	6,119	2.9	กระบี่	16.23
8	นครศรีธรรมราช	5,913	2.8	ยะลา	14.34
9	ประจวบคีรีขันธ์	5,377	2.6	สุราษฎร์ธานี	14.13
10	ชุมพร	4,737	2.3	ประจวบคีรีขันธ์	12.67
	รวม	139,743	66.6		

เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ทั้งประเทศในปีงบประมาณ 2533 และ 2534 พบว่า ปี 2534 มีจำนวนผู้ป่วยลดลงถึง 64,014 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.3 ของจำนวนผู้ป่วย ในปีงบประมาณ 2533 การลดลงของผู้ป่วยนี้พบว่าลดลงโดยทั่วไปทุกภาคเป็นจำนวน 61 จังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดที่พบผู้ป่วยสูง 3 อันดับแรกของปีงบประมาณ 2533 คือ จังหวัดตราด (ลดลง 26,577 ราย หรือร้อยละ 40.5) จันทบุรี (ลดลง 4,281 ราย หรือร้อยละ 22) และตาก (ลดลง 3,813 ราย หรือร้อยละ 10.4) ซึ่งในปี 2531-2533 เคยมีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยสูงมาก อันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายของประชากร เพื่อประกอบอาชีพตัดไม้ในบริเวณชายแดนไทย-พม่า และจากการเคลื่อนย้ายของประชากรจากทุกภูมิภาคทั่วประเทศ (โดยเฉพาะจากอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก) เพื่อไปประกอบอาชีพขุดพลอยในประเทศกัมพูชาบริเวณจังหวัดตราด

ประกอบกับท้องที่บริเวณดังกล่าวมีุงพาหะหลักชนิด *An.dirus* ซึ่งมีความสามารถในการนำเชื้อสูงอยู่ชุกชุม และที่สำคัญยังเชื่อมมาลาเรียในประเทศกัมพูชาเป็นสายพันธุ์ที่ต่อต่อยารักษา และบริเวณเหมืองพลอยในเขตประเทศกัมพูชานั้น ไม่มีการควบคุมมาลาเรียแต่อย่างใดทั้งสิ้น จึงทำให้การควบคุมไข้มาลาเรียบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา เป็นไปด้วยความลำบากยิ่ง

ดังนั้น จะเห็นว่าถึงแม้สถานการณ์โดยทั่วไปในปี 2534 จะดีขึ้น ผู้ป่วยลดลงมากก็ตาม แต่มีแนวโน้มของปัญหาเชื้อมาลาเรียมามากขึ้น

สำหรับจังหวัดต่างๆ ที่ปลอดจากการแพร่เชื้อไข้มาลาเรีย มาเป็นเวลานานแล้ว ได้แก่ 10 จังหวัดภาคกลาง ซึ่งอยู่ในระยะผสมผสานงานสมบูรณ์ (Full Integration) ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม

สำหรับจังหวัดอื่นๆ ที่อยู่ในระยะผสมผสานงานบางส่วน (Partial Integration) และปลอดจากการแพร่เชื้อมาแล้ว 3 ปีขึ้นไป ได้แก่ จังหวัดชัยนาท พิจิตร มหาสารคามและภูเก็ต ซึ่งคาดว่าในอนาคตอันใกล้จะได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะผสมผสานงานสมบูรณ์ต่อไป

อนึ่ง ในปีงบประมาณ 2534 นี้ กองมาลาเรียได้รวบรวมรายงานการค้นหาและให้บริการตรวจรักษาไข้มาลาเรียแก่ชาวต่างชาติ พบว่า มีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการที่บริเวณชายแดนของประเทศ รวมทั้งสิ้น 193,560 ราย (เพิ่มขึ้น 65,074 ราย หรือร้อยละ 50.65) ตรวจพบเชื้อมาลาเรีย 48,549 ราย (เพิ่มขึ้น 11,006 ราย หรือร้อยละ 29.32) เป็น *P.falciparum* 72.4% *P.vivax* 27.1% ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า กัมพูชา และลาว ตามลำดับ

การควบคุมไข้มาลาเรีย

การควบคุมไข้มาลาเรียนั้น จะมีการแบ่งท้องที่ออกเป็น 2 ลักษณะ ซึ่งสัมพันธ์กับการแพร่เชื้อไข้มาลาเรีย ดังนี้คือ

1. ท้องที่ควบคุมมาลาเรีย (Control Area) ได้แก่ ท้องที่ที่เป็นป่าเขา และชายแดน ซึ่งยังมีการแพร่เชื้อมาลาเรียอยู่เป็นประจำ ท้องที่ดังกล่าวนี้มีแผนการควบคุมไข้มาลาเรียระยะยาว เพื่อจะลดปัญหาไข้มาลาเรียให้น้อยลง ท้องที่นี้ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 24 ของประชากรทั้งประเทศ

2. ท้องที่กำจัดมาลาเรีย (Eradication Area) ได้แก่ ท้องที่ส่วนใหญ่ของประเทศคือ ที่ราบและบริเวณตัวเมือง ซึ่งปัญหาไข้มาลาเรียได้ลดลงจนมีการแพร่เชื่อน้อยมากหรือได้หยุดการแพร่เชื้อไปแล้ว จึงดำเนินการโดยป้องกันมิให้มีการแพร่เชื้อกลับเกิดขึ้นมาใหม่อีก ท้องที่กำจัดมาลาเรียนี้ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 76 ของประชากรทั้งประเทศ

กิจกรรมในการควบคุมไข้มาลาเรีย มีดังนี้

1. การควบคุมยุงพาหะ โดยเฉพาะในท้องที่ที่ยังมีการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียอยู่ จะดำเนินการดังนี้

(อ่านต่อหน้า 215)

สถานการณ์ไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ 2534

(ต่อจากหน้า 208)

1.1 การใช้สารเคมี เช่น คีทีที่ ให้ฤทธิ์ตกค้างอยู่ตามฝาผนังบ้านเรือนนาน 6 เดือน เพื่อลดอายุขัยของยุงพาหะ ซึ่งมีผลต่อการแพร่เชื้อได้ การพ่นหมอกควันเมื่อมีภาวะไข้มาลาเรียระบาด หรือในที่พักชั่วคราว ซึ่งไม่สามารถพ่นเคมีชนิดออกฤทธิ์ตกค้างได้

1.2 การใช้ฆูบสารเคมีฆ่าแมลง เช่น เพอร์เมทริน (permethrin) ซึ่งเป็นสารเคมีฆ่าแมลงในกลุ่มไพรีทรอยด์ (pyrethroid) มีฤทธิ์ฆ่าแมลง แต่สามารถย่อยสลายได้ง่ายในธรรมชาติ โดยกองมาลาเรียใช้เพอร์เมทริน 10% EC. ฆูบฆูบในปริมาณ 0.3 gm a.i./ตรม. ซึ่งไม่เป็นอันตรายต่อคนและสัตว์เลี้ยง ทั้งนี้ เพื่อใช้เสริมการพ่นสารเคมี ซึ่งแม้จะยังให้ผลดีในการลดอายุขัยของยุงพาหะ แต่ประชาชนปฏิเสธการพ่นเคมีสูงขึ้น

1.3 การใช้วิธีทางชีววิทยา เช่น ปล่อยปลากินลูกน้ำ ได้แก่ ปลาหางนกยูง ปลาแกมบุงเซีย ปลาหัวตะกั่ว ฯลฯ ลงในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะ

1.4 การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง โดยกลบ ถม ถากถางวัชพืชริมลำธาร เพื่อไม่ให้ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง

2. การค้นหาผู้ป่วย โดยการเจาะโลหิตตรวจหาเชื้อมาลาเรียจะดำเนินการทั้งทางตรง โดยส่งเจ้าหน้าที่เข้าไปทำการเจาะโลหิตผู้สงสัยว่าจะเป็นไข้มาลาเรีย หรือการออกปฏิบัติงาน มาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ และทางอ้อมโดยการให้บริการตรวจโลหิตที่สำนักงานมาลาเรียคลินิก ซึ่งมีที่ตั้งอยู่ในท้องที่การแพร่เชื้อสูง โรงพยาบาล สถานือนามัย ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครมาลาเรีย (อมม.)

3. การรักษาขั้นต้นและการรักษาขั้นหายขาด จะทำการรักษาขั้นต้นแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการ เจาะโลหิตที่มีอาการนำสงสัยว่าจะเป็นไข้มาลาเรียเท่านั้น ในกรณีที่ไม่สามารถตรวจวินิจฉัยเชื้อ มาลาเรียได้ทันที สำหรับผู้ป่วยหลังตรวจโลหิตพบเชื้อแล้วจะทำการรักษาให้หายขาดทันที ตามชนิดของเชื้อที่ตรวจพบดังนี้

3.1 ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ *Plasmodium falciparum* จะได้รับการรักษาหายขาดด้วย MSP 3 เม็ด พร้อมกับ Primaquine 30 มก. เมื่อเดียว (เป็นขนาดที่ให้กับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป เด็กลดลงตามส่วน)

(MSP = Mefloquine + Sulfadoxine + Pyrimethamine หรือชื่อทางการค้าคือ Fansimef) ในรายที่เชื้อคือต่อยา MSP กล่าวคือ ตรวจพบเชื้อระยะไม่มีเพศซ้ำอีกภายหลัง รับประทานยานี้ไปแล้วระหว่าง 7-28 วัน หรือรายที่ไม่สามารถให้ยา MSP ได้ จะรักษาด้วยยา Quinine 600 มก. วันละ 3 มื้อ 3 วัน ร่วมกับ Tetracycline วันละ 1 กรัม นาน 7 วัน ในราย ที่ไม่สามารถกิน Tetracycline ได้ ต้องให้ Quinine เพียงอย่างเดียวนานถึง 7 วัน และทุกกรณี หากไม่มีข้อห้ามใช้ จะให้ Primaquine 30 มก. เมื่อเดียวในวันแรกด้วย

เนื่องจากในปี 2533-34 มีปัญหาเชื้อคือต่อยา MSP และ Quinine เกิดขึ้นที่บริเวณ ชายแดนไทย - กัมพูชา และไทย - พม่า (อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก) จากกรณีการข้ามแดน

ไปชุดพลอยในกัมพูชาดังกล่าวแล้ว ดังนั้น จึงมีคำแนะนำให้รักษาผู้ป่วยมาลาเรียซึ่งรับเชื้อจากบริเวณดังกล่าวดังนี้ กรณีที่รักษาค้วย MSP แล้วไม่หาย ควรรักษาซ้ำด้วย Quinine 7 วัน และ Tetracycline 7 วัน พร้อมๆ กัน ซึ่งให้ผลการรักษาดีกว่า Quinine 7 วัน เพียงอย่างเดียว หรือ Quinine 3 วัน ร่วมกับ Tetracycline 7 วัน และควรนัดผู้ป่วยตรวจโลหิตซ้ำ เพื่อรักษาจนกว่าจะแน่ใจว่าหายขาดและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อที่ต่ออายุ

3.2 ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ *Plasmodium vivax* และเชื้อชนิดอื่นๆ (ยกเว้น *P.falciparum*) จะได้รับยารักษาหายขาดด้วย Chloroquine 150 มก.เบส จำนวน 10 เม็ด ร่วมกับ Primaquine วันละ 15 มก. จำนวน 14 วัน (เป็นขนาดที่ใช้กับผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป เด็กลดลงตามส่วน)

3.3 หากพบเชื้อชนิดผสม ซึ่งมี *P.falciparum* อยู่ด้วย ให้รักษาแบบข้อ 3.1

4. การดำเนินการสอบสวนทางระบาดวิทยาขึ้นต้นกับผู้ป่วยพบเชื้อทุกราย และการสอบสวนทางระบาดวิทยาของแหล่งแพร่เชื้อในท้องที่มีปัญหาไข้มาลาเรียสูง หรือท้องที่มีการระบาด หรือมีการแพร่เชื้อกลับมาใหม่อีกเพื่อดำเนินการทำลายแหล่งแพร่เชื้อต่อไป

5. การให้สุขศึกษาแก่ประชาชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองจากไข้มาลาเรีย เช่น นอนในมุ้ง ใช้มุ้งชุบเคมีฆ่าแมลง (Pyrethroid) ทายากันยุง อาศัยและหลบนอนในบ้านที่พื้นเคมี ไปรับการเจาะโลหิตตรวจเมื่อสงสัยว่าจะเป็นไข้มาลาเรีย ตลอดจนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการควบคุมไข้มาลาเรียในหมู่บ้านของตนเอง เช่น ยินยอมให้พันสารเคมีตามบ้านเรือน กินยาให้ครบตามที่เจ้าหน้าที่แนะนำ ไปรับการตรวจโลหิตซ้ำตามนัดเพื่อแน่ใจว่าหายขาด

สรุปผลการดำเนินงานควบคุมไข้มาลาเรียในปีงบประมาณ 2534 มีจำนวนประชากรอยู่ในเขตปฏิบัติงานระยะต่างๆ และผลการปฏิบัติงานมีดังนี้

1. จำนวนประชากรในเขตปฏิบัติงานระยะต่างๆ

1.1 จำนวนประชากรในเขตปฏิบัติงานทั่วประเทศ	53,051,104 คน
1.2 จำนวนประชากรในเขตปฏิบัติงานควบคุม	12,768,124 คน
- จำนวนประชากรในเขตที่ได้รับการพ่นเคมี	3,317,668 คน
1.3 จำนวนประชากรในเขตปฏิบัติงานกำจัด	40,282,980 คน
- จำนวนประชากรในระยะผสมผสานงานบางส่วน	30,159,830 คน
- จำนวนประชากรในระยะผสมผสานงานสมบูรณ์	10,123,150 คน

2. ผลการปฏิบัติงาน

จำนวนฟิล์มโลหิตที่ได้รับการตรวจหาเชื้อมาลาเรีย	6,793,221 ฟิล์ม
จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าเป็นไข้มาลาเรีย	209,866 ราย
จำนวนผู้ป่วยได้รับเชื้อ <i>P.falciparum</i>	121,859 ราย
จำนวนผู้ป่วยได้รับเชื้อ <i>P.vivax</i>	87,086 ราย
จำนวนผู้ป่วยได้รับเชื้อ <i>P.malariae</i>	50 ราย

จำนวนผู้ป่วยได้รับเชื้อผสม	871 ราย
จำนวนผู้ป่วยได้รับการรักษาขั้นต้น	2,578,504 ราย
จำนวนผู้ป่วยได้รับการรักษาขั้นหายขาด	206,818 ราย
จำนวนผู้ป่วยได้รับเชื้อมาลาเรียโดยคิดเชื้อในท้องถิ่น (Indigenous)	48,104 ราย (29.2%)
จำนวนผู้ป่วยได้รับเชื้อมาลาเรียโดยคิดเชื้อต่างท้องถิ่นในประเทศ (Bxzyo)	65,468 ราย (39.7%)
จำนวนผู้ป่วยได้รับเชื้อมาลาเรียจากนอกประเทศ (Bf)	48,791 ราย (29.6%)
จำนวนผู้ป่วยได้รับเชื้อมาลาเรียโดยวิธีอื่นๆ และสอบสวนไม่ได้	2,360 ราย (1.4%)
อัตราการเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ใน 1 ปี (API)	3.96
อัตราการตรวจโลหิตจากการค้นหาผู้ป่วยต่อประชากร 100 คน ใน 1 ปี (ABER)	12.81
อัตราการตรวจพบเชื้อมาลาเรียต่อจำนวนฟิล์มโลหิต 100 ฟิล์ม (SPR)	3.09

หมายเหตุ ในปีงบประมาณ 2534 ไม่พบผู้ป่วยได้รับเชื้อ *P. ovale*

3. คำจำกัดความ

SPR (Slide Positivity Rate) = อัตราการตรวจพบเชื้อมาลาเรีย ต่อจำนวนฟิล์มโลหิต 100 ฟิล์ม

ABER (Annual Blood Examination Rate) = อัตราการตรวจโลหิตจากการค้นหาผู้ป่วยต่อประชากร 100 คน ใน 1 ปี

API (Annual Parasite Incidence) = อัตราการเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ใน 1 ปี

รายงานโดย

นางสาวสิริพร ชาศะปัทมะ ฝ่ายระบาดวิทยา กองมาลาเรีย
แพทย์หญิงกรรทอง ทิมสาร ฝ่ายระบาดวิทยา กองมาลาเรีย

#####