0125-7447 VOLUME 24 NUMBER 19 MAY 14, 1993

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

สาระสำคัญในฉบับ

Highlight

สถานการณ์ไข้มาลาเรีย ในปีงบประมาณ 2535

ปัญหาสำคัญของการเกิดโรคไข้มาลาเรียในปี 2535 นั้นเป็นผลกระทบมาจากการเคลื่อนย้ายของประชากรทุกภูมิภาคทั่วประเทศ ข้ามไปขุดพลอยในกัมพูชา ซึ่งเป็นแหล่งบริเวณที่มียุงพาหะหลักชนิด *An. dirus* มีความสามารถในการนำเชื้อสูงอยู่ชุกชุม และที่สำคัญเชื้อมาลาเรียในประเทศกัมพูชาชายแดนไทยเป็นเชื้อมาลาเรีย *P. falciparum* เป็นสายพันธุ์ที่ดื้อต่อยารักษาอีกทั้งบริเวณเหมืองพลอยแห่งนี้ ไม่มีการควบคุมมาลาเรียแต่อย่างใดทั้งสิ้น อีกสาเหตุหนึ่งคือการสู้รบในประเทศเมียนมาร์ ตามชายแดนไทย-เมียนมาร์ ก็ทำให้มี การแพร่ระบาดของไข้มาลาเรียบริเวณชายแดน เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ไข้มาลาเรีย ทั้งประเทศในปีงบประมาณ 2534 และปี 2535 แล้วพบว่า ปี 2535 จำนวนผู้ป่วยไข้มาลาเรีย ลดลงถึงร้อยละ 19.7

สถานการณ์ไข้มาลาเรีย ปีงบประมาณ 2535

ในปีงบประมาณ 2535 มีผู้ป่วยไข้มาลาเรียทั่วประเทศ 168,370 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.15 ต่อ 1,000 ประชากร ตรวจพบเชื้อ *P.falciparum* ร้อยละ 57.4 *P.vivax* ร้อยละ 42.1 จังหวัดที่ตรวจพบผู้ป่วยมากที่สุดคือ ตราด รองลงมา ได้แก่ ตาก กาญจนบุรี จันทบุรี และแม่ฮ่องสอน ฯลฯ ปีนี้มีจำนวนผู้ป่วยลดลง ร้อยละ 19.7 จากจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2534 ขณะนี้มีจังหวัดที่ปลอดจากการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียเป็นเวลานานแล้ว จำนวน 10 จังหวัด ในเขตภาคกลาง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม นอกจากนี้ยังมีจังหวัดที่ปลอดจากการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียมาเกินกว่า 3 ปี จำนวน 4 จังหวัด คือ ชัยนาท พิจิตร มหาสารคาม และภูเก็ต

ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในปี 2535 ยังคงเป็นผลกระทบมาจากการระบาดของไข้มาลาเรียบริเวณชายแดนจังหวัดตราด เนื่องจากมีประชาชนจากทุกภูมิภาคข้ามไปขุดพลอยในประเทศกัมพูชาในระหว่างปี พ.ศ. 2531-2533 เป็นสาเหตุให้เชื้อมาลาเรีย *P.falciparum* ที่ดื้อต่อยารักษาแพร่กระจายไปยังภาคต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนขนาดของยาที่ใช้รักษาและรีบเร่งหายาชนิดใหม่ทดแทนยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และอีกสาเหตุหนึ่งคือ ผลกระทบจากการสู้รบในประเทศเมียนมาร์ ตามชายแดนไทย - เมียนมาร์ ทำให้มีการแพร่ระบาดของไข้มาลาเรียบริเวณชายแดน นับตั้งแต่จังหวัดแม่ฮ่องสอนลงมาจนถึงจังหวัดระนอง

ไข้มาลาเรียเป็นโรคหนึ่งซึ่งนำโดยแมลง มียุงก้นปล่องเป็นพาหะ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้จะได้ลดลงมากแล้วก็ตาม แต่โรคนี้ก็ยังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ทั้งนี้เนื่องจากยังมีปัจจัยหลายๆ อย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ยังไม่สามารถกำจัดกวาดล้างให้หมดไปจากประเทศไทยได้

ในปี พ.ศ. 2494 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึงปีละ 4 - 5 หมื่นคน และมีอัตราป่วยประมาณ 300 ต่อ 1,000 ประชากร หลังจากได้เริ่มดำเนินการควบคุมไข้มาลาเรียทั่วประเทศปรากฏว่าอัตราป่วยจากโรคนี้ได้ลดลงมาก โดยพบว่าในปี 2534 มีอัตราตายเป็น 2.1 ต่อ 100,000 ประชากร เท่านั้น ซึ่งนับว่าต่ำที่สุดเท่าที่เคยมีรายงานมา และอัตราป่วย **Annual Parasite Incidence** ในช่วงระยะสิบปีที่ผ่านมานี้มีแนวโน้มลดลง โดยในปีงบประมาณ 2535 มีผู้ป่วยทั่วประเทศ 168,370 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราป่วย หรือ **API** 3.15 ต่อ 1,000 ประชากร

จากผู้ป่วยพบเชื้อทั้งหมด 168,370 ราย ตรวจพบเชื้อมาลาเรียชนิด *P.falciparum* ร้อยละ 57.4 พบ *P.vivax* ร้อยละ 42.1 ที่เหลือเป็น *P.malariae* และเชื้อผสม สำหรับชนิด *P.ovale* ไม่พบในปีงบประมาณนี้ ฤดูกาลที่พบผู้ป่วยมาก ได้แก่ ฤดูฝนระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม เนื่องจากโรคนี้สัมพันธ์กับยุงและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปริมาณน้ำฝน ความชื้น และแหล่งเพาะพันธุ์ยุง จังหวัดที่ตรวจพบผู้ป่วยมาก ได้แก่ จังหวัดตราด ตาก กาญจนบุรี จันทบุรี (ดูตารางที่ 1) โดยที่ประมาณ ร้อยละ 72.1 ของผู้ป่วยทั้งหมดตรวจพบใน 10 จังหวัดดังกล่าว

(อ่านต่อหน้า 273)

สถานการณ์ไข้มาลาเรียในปีงบประมาณ 2535

(ต่อจากหน้า 266)

ตารางที่ 1 รายชื่อ 10 จังหวัดเรียงตามลำดับจากมากที่สุดของจำนวนผู้ป่วยมาลาเรีย และอัตราป่วย (API/1,000) ในปีงบประมาณ 2535

ลำดับที่	จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย (ตค.-กย.35)	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน (%)	ร้อยละของทั้งประเทศ	
				รายจังหวัด	ทบยอด
1.	ตราด	35,301	169.86	20.97	20.97
2.	ตาก	28,403	70.66	16.87	37.84
3.	กาญจนบุรี	13,784	18.89	8.18	46.02
4.	จันทบุรี	12,287	25.98	7.30	53.32
5.	แม่ฮ่องสอน	8,227	47.91	4.89	58.21
6.	ประจวบคีรีขันธ์	5,791	11.75	3.44	61.65
7.	ปราจีนบุรี	4,952	5.76	2.94	64.59
8.	ราชบุรี	4,685	6.20	2.78	67.37
9.	สุราษฎร์ธานี	4,436	6.11	2.63	70.00
10.	ศรีสะเกษ	3,540	2.86	2.10	72.07
	รวม	121,406		72.10	72.10

เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ทั้งประเทศในปีงบประมาณ 2534 และ 2535 พบว่า ปี 2535 มีจำนวนผู้ป่วยลดลงถึง 41,496 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.7 ของจำนวนผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2534 การลดลงของผู้ป่วยนี้พบว่าลดลงโดยทั่วไปทุกภาคเป็นจำนวน 63 จังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดที่พบผู้ป่วย 3 อันดับแรกของปีงบประมาณที่แล้ว คือ จังหวัดตราด (ลดลง 3,672 ราย หรือร้อยละ 9.4) ตาก (ลดลง 4,332 ราย หรือ 13.2) จันทบุรี (ลดลง 2,900 ราย หรือ ร้อยละ 19.1) ซึ่งในปี พ.ศ. 2531-2533 เคยมีการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยสูงมาก อันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายของประชากรจากทุกภูมิภาคทั่วประเทศ โดยเฉพาะจากอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อไปประกอบอาชีพขุดพลอยในประเทศกัมพูชาบริเวณจังหวัดตราด ประกอบกับท้องที่บริเวณดังกล่าวมียุงพาหะหลัก ชนิด *An.dirus* ซึ่งมีความสามารถในการนำเชื้อสูงอยู่ชุกชุม และที่สำคัญยิ่งคือเชื้อมาลาเรียในประเทศกัมพูชาติดชายแดนไทย บริเวณดังกล่าวเป็นสายพันธุ์ที่ดื้อต่อยารักษา และบริเวณเหมืองพลอยในเขตประเทศกัมพูชานั้น ไม่มีการควบคุมไข้มาลาเรียแต่อย่างใดทั้งสิ้น จึงทำให้การควบคุมไข้มาลาเรียบริเวณชายแดนไทย - กัมพูชา เป็นไปด้วยความลำบากยิ่ง ดังนั้น จะเห็นว่าถึงแม้สถานการณ์โดยทั่วไปในปี พ.ศ. 2535 จะดีขึ้น ผู้ป่วยลดลงมากก็ตาม แต่มีแนวโน้มของปัญหาเชื้อดื้อยาที่มากขึ้น

จังหวัดต่างๆ ที่ปลอดจากการแพร่เชื้อไข้มาลาเรียมาเป็นเวลานานแล้ว ได้แก่ 10 จังหวัดภาคกลาง ซึ่งอยู่ในระยะผสมผสานงาน (Integration) ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ปทุมธานี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี นครปฐม สมุทรปราการ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม สำหรับจังหวัดอื่นๆ ที่อยู่ในระยะเตรียมผสมผสานงานบางส่วน (Pre Integration) และ

ปลอดจากการแพร่เชื้อมาแล้วเกินกว่า 3 ปี ได้แก่ จังหวัดชัยนาท พิจิตร มหาสารคาม และภูเก็ต จะได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะผสมผสานงานเมื่อสิ้นแผนฯ 7 ในงบประมาณ 2539

การบริการตรวจรักษาไข้มาลาเรียแก่ชาวต่างชาติ ในปีงบประมาณ 2535 มีชาวต่างชาติเข้ามารับบริการ รวมทั้งสิ้น 256,569 ราย ตรวจพบเชื้อมาลาเรีย 48,492 ราย ส่วนใหญ่พบเชื้อชนิด *P.falciparum* (ร้อยละ 69.6) รองลงมาพบเชื้อ *P.vivax* (ร้อยละ 29.6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงเป็นชาวพม่า กัมพูชา และลาว ตามลำดับ

การควบคุมไข้มาลาเรีย

ในปีงบประมาณ 2534 กองมาลาเรียได้ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานควบคุมไข้มาลาเรีย และได้ปรับปรุงวิธีการแบ่งแยกท้องที่ปฏิบัติงาน เพื่อคัดเลือกมาตรการที่จำเป็นและเหมาะสมในแต่ละท้องที่ใหม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การแบ่งท้องที่ปฏิบัติงาน

1. ท้องที่ควบคุม (Control area ชื่อย่อ CA) ส่วนใหญ่สภาพภูมิประเทศเป็นท้องที่ป่าเขาและชายแดน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

1.1 ท้องที่ควบบคุมที่มีการแพร่เชื้อ (Transmission area) เป็นท้องที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมไข้มาลาเรีย เนื่องจากเป็นแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรีย แบ่งเป็น

1.1.1 ท้องที่แพร่เชื้อตลอดปี (Perennial transmission area ชื่อย่อ A1) เป็นท้องที่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อในท้องที่ตลอดปี หรืออย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป รวมทั้งผู้ป่วยจากท้องที่อื่นเข้ามาติดเชื้อในท้องที่นี้

1.1.2 ท้องที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล (periodic tranmission area ชื่อย่อ A2) เป็นท้องที่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อในท้องที่เฉพาะบางเดือน ตั้งแต่ 5 เดือนต่อปีลงมา รวมทั้งผู้ป่วยจากท้องที่อื่นเข้ามาติดเชื้อในท้องที่นี้

1.2 ท้องที่ควบคุมไม่มีการแพร่เชื้อ (Non-transmission area) เป็นท้องที่ที่สามารถหยุดยั้งการแพร่เชื้อได้แล้ว แต่สภาพท้องที่ยังเอื้ออำนวยที่จะเกิดการแพร่เชื้อกลับมาใหม่ แบ่งเป็น

1.2.1 ท้องที่ไม่มีการแพร่เชื้อ - เสี่ยงสูง (High risk area ชื่อย่อ (B1) เป็นท้องที่ไม่มีการติดเชื้อมานาน 3 ปี อาจตรวจพบยุงพาหะหลักหรือพาหะรอง หรือไม่พบยุง แต่สภาพภูมิประเทศเหมาะสมกับการเพาะพันธุ์ยุง (high + moderate receptivity)

1.2.2 ท้องที่ที่ไม่มีการแพร่เชื้อ - เสี่ยงต่ำ (Low risk area ชื่อย่อ B2)เป็นท้องที่ที่ไม่มีการติดเชื้อมานาน 3 ปี ไม่พบยุงพาหะหลักหรือพาหะรอง แต่ตรวจพบยุงสงสัยจะเป็นยุงพาหะรองไม่พบยุงสงสัยก็ได้ (Low + non receptivity)

2. ท้องที่เตรียมผสมผสาน (Pre integraion area ชื่อย่อ PA) เป็นท้องที่ทั้งอำเภอ ซึ่งดำเนินการควบคุมจนไม่มีการแพร่เชื้อหรือเป็น B2 มาอย่างน้อย 3 ปี ดำเนินงานให้ปลอดมาลาเรีย ในความรับผิดชอบของสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม

- การค้นหาผู้ป่วยทางอ้อม เฉพาะที่ สอ. รพช. สำหรับอาสาสมัครไม่มีการเจาะโลหิต
- การรักษา จ่ายยารักษาขั้นหายขาดแก่ผู้ป่วยทุกราย ส่วนยารักษาขั้นต้นเฉพาะสถานีอนามัยที่ไม่มีกล้องจุลทรรศน์

- การติดตาม/สอบสวน ไม่มีการติดตามผู้ป่วย แต่สอบสวนผู้พบเชื้อทุกราย เพื่อให้รู้ว่าไปติดเชื้อมาจากท้องที่ใด

- การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่สื่อตามความจำเป็นเท่านั้น

- ควบคุมยุงพาหะ ไม่มีความจำเป็นต้องควบคุม ยกเว้นพิสูจน์ได้ว่ามีแหล่งแพร่เชื้อเกิดขึ้นใหม่ ทางส่วนมาลาเรียจะเข้าไปดำเนินการเอง

3. ท้องที่ผสมผสาน (Integration area ชื่อย่อ IA) เป็นท้องที่ทั้งจังหวัด ซึ่งเคยเป็นท้องที่ PA มาอย่างน้อย 3 ปี และจังหวัดสามารถดำเนินการเองได้เป็นอย่างดี ภายใต้ความรับผิดชอบของสาธารณสุขจังหวัด กิจกรรมส่วนใหญ่เหมือนกับท้องที่ PA เว้นแต่การเจาะโลหิตที่สถานีอนามัยเลือกทำเป็นบางพื้นที่และไม่มีการใช้ยารักษาขั้นต้นในท้องที่นี้

มาตรการควบคุมไข้มาลาเรีย

ก. มาตรการต่อยุงพาหะ (Vector Control Measures) การควบคุมยุงพาหะมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความหนาแน่นและลดอายุขัยของยุงพาหะ รวมทั้งลดการสัมผัสระหว่างยุงพาหะกับคน มาตรการในการควบคุม ได้แก่ การพ่นเคมีให้มีฤทธิ์ตกค้างตามบ้าน และกระท่อม ซึ่งอยู่ในท้องที่ควบคุมที่มีการแพร่เชื้อตลอดปี และท้องที่แพร่เชื้อบางฤดูกาล การใช้สารเคมีชุบ/พ่นมุ้ง การพ่นหมอกควันในท้องที่ที่เป็นชุมชนหนาแน่น และประชาชนปฏิเสธการพ่นเคมีชนิดตกค้างสูง การควบคุมทางชีววิธี โดยใช้ปลากินลูกน้ำฯ

ข. มาตรการต่อเชื้อมาลาเรีย (Antiparasite Measures) ดำเนินการค้นหาผู้ป่วย โดยเจาะโลหิตตรวจหาเชื้อและให้การรักษา โดยไม่คิดมูลค่า ทั้งทางตรง โดยการเข้าไปหาผู้ป่วยในท้องที่และทางอ้อม โดยจัดตั้งมาลาเรียคลินิก ที่สำนักงานมาลาเรียทุกแห่ง และในหมู่บ้านไข้สูงบางหมู่บ้านตามความเหมาะสมทั่วประเทศ รวมมาลาเรียคลินิกทั้งสิ้น 508 แห่ง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถมารับบริการได้ที่สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย รวมทั้งที่อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน และอาสาสมัครมาลาเรีย

การใช้ยารักษาผู้ป่วย จะจ่ายยารักษาขั้นต้นหลังเจาะโลหิต ซึ่งไม่ทราบผลฟิล์มโลหิต มีวัตถุประสงค์ ถ้าผู้ถูกเจาะโลหิตมีเชื้อมาลาเรียจะได้ลดอาการทั่วไป ลดความรุนแรงของโรค และลดความสามารถในการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น จะจ่ายยารักษาหายขาดแก่ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อในฟิล์มโลหิตทุกราย ตามชนิดของเชื้อมาลาเรียที่ตรวจพบ ผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อทุกราย หลังจากได้รับยารักษาหายขาด จะต้องติดตามผู้ป่วยทุกราย โดยนัดผู้ป่วยมาเจาะโลหิตซ้ำ เพื่อต้องการทราบว่าหายขาดจากมาลาเรียหรือยัง ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการสอบสวนขั้นต้น เพื่อจะได้ทำการสอบสวนแหล่งแพร่เชื้อ ในกรณีมีการติดเชื้อในท้องที่ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป

ค. มาตรการต่อคน กิจกรรมหลัก ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ เป็นการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจไปสู่ประชาชนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รู้จักป้องกันตนเอง รีบเจาะโลหิต เมื่อมีอาการหรือสงสัยจะเป็นไข้มาลาเรีย กิจกรรมการรณรงค์ไข้มาลาเรียในหมู่บ้านที่มีการแพร่เชื้อ การให้สุขศึกษาในโรงเรียนในหมู่บ้าน ในแหล่งท่องเที่ยว รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมไข้มาลาเรีย

รายงานโดย กองมาลาเรีย กรมควบคุมโรคติดต่อ

##################