

สถานการณ์โรคหัดภายใต้โครงการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ ประเทศไทย ปี 2567

Situation report of Measles under Measles Elimination Program, Thailand, 2024

ปรากฏพิชญ์ วิหารทอง, ฉัตรมงคล สัมแป้น, ภูมิภัทร ยอดชมภู, ชยานิจ มหาสิงห์

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Prangnapitch Wihanthong, Chatmongkon Sompan, Pumipat Yodchompoo, Chayanit Mahasing

Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

✉ wnop_049@hotmail.com

สรุปสาระสำคัญ

ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบมีการระบาดของโรคหัดเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 4,338 ราย ผู้เสียชีวิต 11 ราย โดยมีรายงานผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ สูงสุดในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาศัยอยู่ใน 4 จังหวัดชายแดนใต้ คือ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และมักพบเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อนในโรงเรียนและชุมชน นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยและเหตุการณ์ระบาดกระจายอยู่ในอีกหลายจังหวัด แต่จำนวนผู้ป่วยไม่มากนักและสามารถควบคุมการระบาดได้ ข้อมูลจากการสอบสวนโรค พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับไม่ครบตามเกณฑ์ และจากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบความครอบคลุมของวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน และคางทูม เข็มที่ 2 (MMR2) หลายพื้นที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานสาธารณสุขและสถานบริการในพื้นที่ควรเพิ่มความเข้มข้นในการเฝ้าระวังโรคหัด เร่งรัดการให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มและรักษาระดับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในพื้นที่ ให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิด เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรงและควบคุมการแพร่กระจายโรคหัด หากพบผู้ป่วยไข้ออกผื่น หรือสงสัยหัด หรือ การระบาดเป็นกลุ่มก้อน ให้ดำเนินการสอบสวนโรคและเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงรายงานในฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด

Highlight

In 2024, the measles outbreak in Thailand escalated, with a total of 4,338 confirmed cases and 11 deaths. Cases began rising significantly in February, peaking between August and October 2024. Most patients were children under five years old, residing in the four southern border provinces: Pattani, Yala, Narathiwat, and Songkhla. Outbreaks were commonly reported in schools and communities. Additionally, cases and outbreaks were also reported nationwide. Epidemiological investigations revealed that most patients had not received the measles vaccine or had not completed the required doses. Data from the Health Data Center, MOPH, show that coverage of the second dose of the combined measles, mumps, and rubella vaccine (MMR2) remained below the standard threshold in many areas, contributing to the continued spread of measles. Healthcare facilities should strengthen measles surveillance, accelerate vaccination among target groups to increase vaccine coverage, and ensure proper diagnosis and treatment following clinical practice guidelines for measles, rubella, and congenital rubella syndrome. These measures aim to prevent severe illness and control the spread of measles. If suspected measles cases or outbreaks are identified, health officials should conduct epidemiological investigations, collect samples for laboratory confirmation, and report the cases in the national measles elimination database.

ความเป็นมา

โรคหัดเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีความสามารถการแพร่กระจายเชื้อสูง เกิดจากเชื้อไวรัส Measles เป็นเชื้อไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอที่มีเยื่อหุ้ม (enveloped RNA Virus) อยู่ในตระกูล Paramyxovirus ติดต่อโดยการแพร่เชื้อทางอากาศ (air-borne transmission) หรือการสัมผัสกับสารคัดหลั่งโดยตรง (direct contact) จากการไอ จาม พูดคุยระยะประชิด หรือสัมผัส น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยโรคหัด 1 คน จะสามารถแพร่กระจายเชื้อให้คนอื่นได้มากถึง 18 คน และสามารถแพร่กระจายเชื้อ ได้ตั้งแต่ 4 วันก่อนผื่นขึ้น จนถึง 4 วันหลังจากผื่นขึ้น เชื้อหัดมีระยะฟักตัว 7–21 วัน (เฉลี่ยประมาณ 14 วัน) ผู้ป่วยมีอาการแสดงที่สำคัญ คือ ไข้ ผื่น ร่วมกับอาการ “3C” ได้แก่ ไอ (cough) น้ำมูกไหล (coryza) และ ตาแดง (conjunctivitis) อาการนำของผู้ป่วย คือ จะมีไข้สูงประมาณ 3–4 วัน หลังจากนั้นจึงมีผื่นลักษณะนูนแดงติดกันเป็นปื้น ๆ (maculopapular rash) โดยผื่นจะเริ่มขึ้นที่โหนก หน้า ลงมาที่ลำตัว และแขนขา จากนั้นผื่นจะมีสีเข้มขึ้น และค่อย ๆ ลอก ผื่นจะอยู่นานประมาณ 5–7 วัน ผู้ป่วยบางรายอาจตรวจพบ Koplik’s spots ซึ่งมีลักษณะเป็นจุดสีขาวเทาเล็ก ๆ หลาย ๆ เม็ด ที่กระพุ้งแก้มบริเวณฟันกรามล่าง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรคหัด โดย Koplik’s spots มักจะขึ้นใน 2–3 วันแรก และหายไปเมื่อผื่นขึ้นตามตัวแล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ปอดอักเสบและสมองอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต โดยเฉพาะในเด็กเล็ก โรคหัดสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการเจาะเลือด ภายใน 4–28 วันหลังจากผื่นขึ้น เพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ด้วยวิธี ELISA หากผลเป็นลบและแพทย์สงสัยโรคหัด ให้ตรวจยืนยันผลอีกครั้ง โดยเจาะเลือดซ้ำห่างจากการตรวจครั้งแรก 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจด้วยเทคนิค RT–PCR โดยเก็บตัวอย่างจากการป้ายลำคอ (throat swab) โพรงจมูก (nasal swab) หรือ โพรงหลังจมูก (nasopharyngeal swab) ภายใน 14 วันหลังผื่นขึ้น (ดีที่สุดในช่วง 5 วันแรกหลังผื่นขึ้น) การตรวจวิเคราะห์ด้วยเทคนิค RT–PCR แนะนำให้ตรวจเมื่อเกิดการระบาด หรือเป็นผู้ป่วยรายแรกของพื้นที่⁽¹⁾ โรคหัดสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับวัคซีน

จำนวน 2 ครั้ง เมื่ออายุ 9 เดือน และ 1 ปี 6 เดือน⁽²⁾

เนื่องจากหัดเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว และสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดให้โรคหัดเป็นโรคในนโยบายกำจัดกวาดล้าง ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี 2552 โดยมีเป้าหมายกำจัดโรคหัดให้หมดไป ภายในปี พ.ศ. 2569 ซึ่งประเทศไทยและประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก รวม 11 ประเทศ เห็นประโยชน์ว่า หากการกำจัดโรคหัดเป็นผลสำเร็จจะสามารถป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหัดของประชาชนในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก ได้มากถึง 500,000 คนต่อปี ซึ่งประเทศสมาชิกที่ได้การรับรองว่าดำเนินการกำจัดโรคหัดเป็นผลสำเร็จ จำนวน 5 ประเทศ คือ ศรีลังกา มัลดี ภูฏานติมอร์-เลสเต และเกาหลีเหนือ⁽¹⁾

สำหรับการเฝ้าระวังโรคหัดในประเทศไทย ใช้นิยามในการเฝ้าระวัง อ้างอิงตามองค์การอนามัยโลก ดังนี้

1. เกณฑ์ทางคลินิกและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.1 เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria): ผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโรคหัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ร่วมกับผื่นแดงชนิด maculopapular rash ขึ้น และอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ ไอมีน้ำมูก ตาแดง ตรวจร่างกายพบ Koplik’s spot

1.2 เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria) ในการตรวจวินิจฉัยโรคหัด จะใช้วิธีการตรวจหาภูมิคุ้มกันชนิด IgM ต่อเชื้อหัดในเลือดด้วยวิธี Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) ที่ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ/หรือ การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสหัด ด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction จากตัวอย่าง Throat หรือ nasal หรือ nasopharyngeal swab หรือการเพาะเชื้อหัดจากตัวอย่าง Throat swab หรือ Nasal swab โดยให้ผลบวกต่อเชื้อหัด

2. ประเภทผู้ป่วย (Case Classification)

2.1 ผู้ป่วยสงสัยหัด (Suspected) หมายถึง ผู้ที่มีอาการไข้ ร่วมกับมีผื่นแดงชนิด maculopapular rash ขึ้น หรือผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคหัด โดยผู้ป่วยสงสัยทุกรายควรได้รับการสอบสวนและเก็บตัวอย่างยืนยัน

2.2 ผู้ป่วยยืนยันด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัยร่วมกับมีผลยืนยันตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ

2.3 ผู้ป่วยยืนยันทางระบาดวิทยา (Epidemiologically linked case) หรือผู้ป่วยเข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยหรือมีอาการเข้าได้กับผู้ป่วยโรคหัดตามเกณฑ์ทางคลินิกที่ไม่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการ (ผลการตรวจเป็นลบ หรือไม่ได้เก็บตัวอย่าง) แต่จากการสอบสวนโรคมีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยันด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.4 ผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคหัด (Clinically compatible measles) หมายถึง ผู้มีอาการเข้าได้กับเกณฑ์ทางคลินิก

ทั้งนี้ เมื่อพบผู้ป่วยสงสัย ควรสอบสวนโรค ภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากที่ได้รับรายงาน และเก็บตัวอย่างเลือด เพื่อส่งตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อหัดทุกราย ในกรณีพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ตั้งแต่ 2 ราย ภายใน 21 วัน ในสถานที่เดียวกัน ควรสอบสวนการระบาดทุกเหตุการณ์ในทันที และเก็บตัวอย่างเลือด และ Throat/Nasal or nasopharyngeal swab เพื่อยืนยันการระบาดและสายพันธุ์ที่เป็นสาเหตุของการระบาดทุกเหตุการณ์

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง/ฐานข้อมูล

สถานการณ์โรคหัดของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 จากฐานข้อมูลโครงการกำจัดโรคหัด (Measle Elimination Online) กรมควบคุมโรค (ข้อมูล ณ วันที่ 13 มกราคม 2568) พบแนวโน้มการรายงานผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2567 และเพิ่มขึ้นสูงสุดในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567 แล้วจึงมีแนวโน้มลดลงจนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2567 โดยพบผู้ป่วยไข่ออกผื่นหรือสงสัยหัด ทั้งสิ้น 10,520 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 4,338 ราย ผู้ป่วยมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา 1,034 ราย และผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ทางคลินิก 2,861 ราย อัตราป่วยของผู้ป่วยยืนยันและผู้ป่วยที่มีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาคิดเป็น 8.13 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสัญชาติไทย (ร้อยละ 99) และอาศัย

อยู่ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ (ร้อยละ 96.21) มีอายุระหว่างแรกเกิด-57 ปี (มีฐาน 4 ปี 4 เดือน) กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 56.86) ทั้งนี้ยังพบผู้ป่วยกระจายใน 25 จังหวัดทั่วประเทศ ได้แก่ จังหวัดสตูล พัทลุง สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต นครศรีธรรมราช ตรัง ระนอง ชุมพร ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี นนทบุรี กรุงเทพฯ นครปฐม ปทุมธานี ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา นครนายก อุดรธานี ร้อยเอ็ด บุรีรัมย์ ขอนแก่น อุบลราชธานี สุโขทัย และแม่ฮ่องสอน ซึ่งจังหวัดที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ พบสัดส่วนผู้ป่วยในกลุ่มเด็กเล็กและเด็กโตใกล้เคียงกัน อีกทั้งยังพบในผู้ใหญ่เป็นสัดส่วนที่มากกว่าในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ คือ อายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 23.58 อายุ 10-14 ปี ร้อยละ 22.17 อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 16.04 และอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 16.51 จากการรายงานผู้ป่วยทั้งหมดพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ 501 ราย (ร้อยละ 9.32) จากการตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับวัคซีนจำนวน 4,976 ราย คิดเป็นร้อยละ 94

มีการรายงานผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน ทั้งหมด 390 เหตุการณ์ ประกอบด้วย โรงเรียน 223 แห่ง หมู่บ้าน 125 แห่ง ครอบครัว 33 แห่ง โรงงาน 4 แห่ง โรงพยาบาล 3 แห่ง หอพัก บุคลากรทางการแพทย์ 1 แห่ง และงานแสดงดนตรี 1 แห่ง โดยพบเหตุการณ์ระบาดมากที่สุดในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดปัตตานี 180 เหตุการณ์ ยะลา 87 เหตุการณ์ นราธิวาส 84 เหตุการณ์ และสงขลา 26 เหตุการณ์ และพบเหตุการณ์ระบาดของโรคหัดนอกพื้นที่ชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดสตูล 3 เหตุการณ์ ระยอง ราชบุรี สุราษฎร์ธานี จังหวัดละ 2 เหตุการณ์ ฉะเชิงเทรา ภูเก็ต แม่ฮ่องสอน และระนอง จังหวัดละ 1 เหตุการณ์

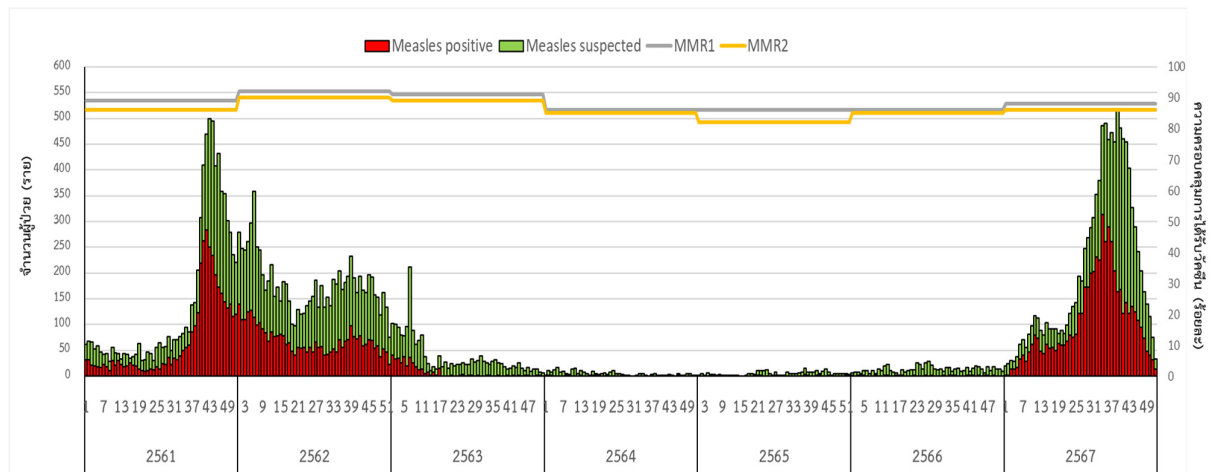
ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสงสัยหัดเสียชีวิต 11 ราย มีผลตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 6 ราย และมีอาการเข้าได้กับโรคหัด แต่ไม่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5 ราย ผู้เสียชีวิตอาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา 3 ราย สงขลา 3 ราย ปัตตานี 3 ราย นราธิวาส 1 ราย และสุราษฎร์ธานี 1 ราย โดยปัจจัยเสี่ยงของผู้เสียชีวิต ได้แก่ ไม่ได้รับวัคซีน 10 ราย และมีโรคประจำตัว 2 ราย (Systemic Lupus Erythematosus; SLE 1 ราย, ลิ้นหัวใจรั่ว 1 ราย)⁽³⁾

บทสรุปและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

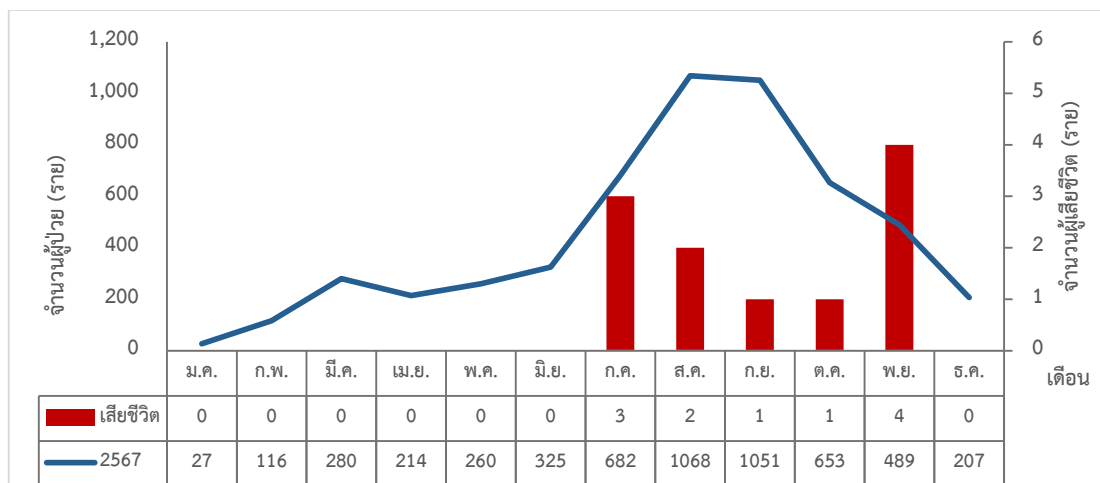
ปี พ.ศ. 2567 พบแนวโน้มการรายงานผู้ป่วยโรคหัดในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ต้นปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567 หลังจากนั้นเริ่มมีแนวโน้มลดลง (รูปที่ 1 และ 2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 5 ปี พบเหตุการณ์ระบาดของโรคหัดเป็นกลุ่มก้อนมากที่สุด ในโรงเรียน รองลงมาคือ ชุมชน นอกจากนี้ยังพบรายงานผู้ป่วยและเหตุการณ์ระบาดของโรคหัดในจังหวัดอื่น ๆ ทั่วประเทศ ในกลุ่มอายุที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย มีรายงานผู้เสียชีวิต 11 ราย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การไม่ได้รับวัคซีน

จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 พบว่า จังหวัดปัตตานี มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR 2) ร้อยละ 49.16, 41.58 และ 40.90 ตามลำดับ จังหวัดยะลา ร้อยละ 70.96, 71.21 และ 69.67 ตามลำดับ และ จังหวัดนราธิวาส ร้อยละ 57.21, 67.77 และ 54.20 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (เกณฑ์มาตรฐาน คือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95) นอกจากนี้ยังพบว่า 70 จังหวัดในประเทศไทย มีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน MMR2 ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน⁴ แสดงให้เห็นว่าในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในระดับต่ำ คือ พื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ จึงทำให้พบผู้ป่วยในเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้จากการศึกษาาระดับภูมิคุ้มกันโรคหัดในประชากรไทย พบว่า กลุ่มอายุ 10–14 ปี และวัยผู้ใหญ่ อายุ 15–34 ปี มีระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดน้อยกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี^(5,6) ในพื้นที่นอกจังหวัดชายแดนใต้ที่มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนสูงกว่าร้อยละ 60 จึงพบผู้ป่วยในเด็กโตและในผู้ใหญ่ ในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมากนัก เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันจากการได้รับวัคซีนลดลง ทำให้พบผู้ป่วยในกลุ่มนี้ประปรายในบางพื้นที่

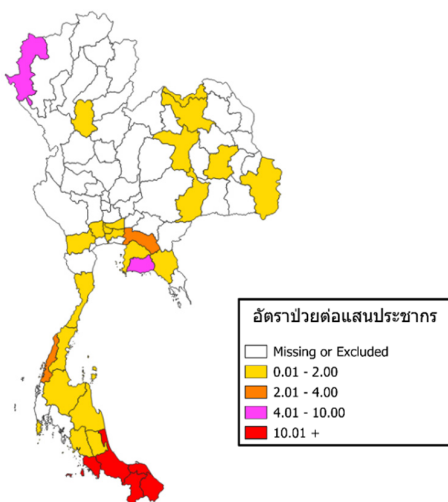
จากสถานการณ์ของโรคหัด ปี พ.ศ. 2567 คาดว่าจะพบรายงานผู้ป่วยและเหตุการณ์การระบาดของโรคหัด ในปี พ.ศ. 2568 อย่างต่อเนื่อง แต่มีแนวโน้มลดลงน้อยกว่าปี พ.ศ. 2567 อาจเนื่องมาจากประชาชน โดยเฉพาะในพื้นที่ 4 จังหวัดชายแดนใต้ เริ่มมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดทั้งจากการติดเชื้อและการได้รับวัคซีนที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การแพร่กระจายของเชื้อโรคในกลุ่มประชาชนดังกล่าวลดลง ทั้งนี้ ในพื้นที่ที่มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด เข็มที่ 2 น้อยกว่า ร้อยละ 95 ยังคงมีความเสี่ยงที่จะพบผู้ป่วยโรคหัด ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเสียชีวิต คือ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่ขาดสารอาหาร โดยเฉพาะวิตามินเอ⁽⁷⁾ การติดเชื้อโรคหัดจะก่อให้เกิดการสูญเสียปีชีวิตที่มีคุณภาพ (Quality-Adjusted Life Years; QALDs) เฉลี่ย 6.9 ปี (95% CI: 5.8–8.0)⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสำหรับครอบครัวและรัฐบาล เช่น ค่ายา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการจัดการการระบาด⁽⁷⁾ เช่น การควบคุมเหตุการณ์การระบาด และรณรงค์การให้วัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษาของ Broucker G พบต้นทุนเฉลี่ยต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหัด กรณีผู้ป่วยใน ประมาณ 10,920–12,700 บาท (\$312–363 USD) กรณีผู้ป่วยนอก ประมาณ 1,200 บาท (\$34 USD) สำหรับผู้ดูแลจะมีต้นทุนที่เกิดขึ้น ได้แก่ ค่ายา ค่าขนส่ง ค่าอาหาร การสูญเสียเวลาทำงาน และการสูญเสียรายได้ที่ต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็กที่ป่วย ซึ่งผู้ดูแลในชนบทจะมีต้นทุนสูงกว่าผู้ดูแลในเมือง เนื่องจากค่าขนส่งและเวลาเดินทางที่ยาวนานขึ้น สำหรับผลกระทบต่อเศรษฐกิจครัวเรือน พบว่า ร้อยละ 78 ของครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะเผชิญภาวะค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เกินกว่าความสามารถ (catastrophic health expenditure)⁽⁹⁾ และยังคงส่งผลกระทบต่อสังคม ได้แก่ การหยุดชะงักของการศึกษา เมื่อเด็กป่วยหรือมีการระบาดในโรงเรียน ส่งผลให้ต้องหยุดการเรียนการสอน และการสร้างความหวาดกลัวในชุมชน นอกจากนี้ การระบาดยังสร้างแรงกดดันต่อบุคลากรทางการแพทย์และระบบสาธารณสุข⁷



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยไข่ออกผื่นหรือสงสัยหัด จำแนกตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และวันเริ่มป่วยตามสัปดาห์การระบาด ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2567



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัด จำแนกรายเดือน ปี พ.ศ. 2567



จังหวัด	อัตราป่วยโรคหัดต่อแสนประชากร 10 อันดับแรก
ยะลา	265.66
ปัตตานี	255.74
นราธิวาส	164.31
สงขลา	33.10
สตูล	10.14
ระยอง	6.61
แม่ฮ่องสอน	6.61
ระนอง	3.62
ฉะเชิงเทรา	3.15
ภูเก็ต	1.89

รูปที่ 3 อัตราป่วยโรคหัดต่อแสนประชากร (ผู้ป่วยยืนยัน และผู้ป่วยเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา) รายจังหวัด ปี พ.ศ. 2567

ข้อเสนอแนะ

เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและการระบาดของโรคหัด มุ่งสู่เป้าหมายการกำจัดโรคหัดตามพันธสัญญานานาชาติ ประชาชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ควรร่วมมือกันในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคหัด ดังนี้

1. ควรเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดให้ประชาชน โดยส่งเสริมให้ผู้ปกครองพาบุตรหลานเข้ารับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด หัดเยอรมัน คางทูม (MMR) จำนวน 2 ครั้ง เมื่ออายุ 9 เดือน และ 1 ปี 6 เดือน ตามกำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ เร่งรัดความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 ให้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคหัดในเด็ก และส่งเสริมให้ประชาชนวัยผู้ใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มกระตุ้น เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้อยู่ในระดับที่สามารถป้องกันโรคได้
2. เพิ่มความเข้มข้นของการเฝ้าระวังโรคไข่ออกผื่น เพื่อตรวจจับการระบาด อย่างรวดเร็ว
3. ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคหัด ควรมีการสอบสวนและตอบโต้การระบาดอย่างรวดเร็ว เพื่อควบคุมการระบาดไม่ให้ขยายวงกว้างอย่างทันที่
4. สื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคหัด ให้กับประชาชน เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยงในการเกิดโรค และวิธีป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยจากโรคหัด และป้องกันการแพร่ระบาดในชุมชน

Reference

1. Ministry of Public Health, Thailand, Department of Disease Control, Division of Epidemiology. Guidelines for Surveillance and Investigation of Measles and Rubella in Pregnant Women. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology; 2024. (in Thai)
2. Ministry of Public Health, Thailand, Department of Disease Control, Division of Communication Disease. Thailand National Immunization Schedule, 2024. [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 18]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=15103
3. Ministry of Public Health, Thailand, Department of Disease Control, Division of Epidemiology. Measle Elimination Online. [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://apps-doe.moph.go.th/measles>
4. Ministry of Public Health, Thailand. Health Data Center [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 13]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>
5. Takkinsatian P, Wannaphahoon K, Upapan P, Senawong S, Prommalikit O. Measles seroprevalence in Thailand: are adolescents and young adults at risk of measles? Singapore Med J. 2024; 65(6): 340–7.
6. Puthanakit T, Anugulruengkitt S, Angsuwatcharakon P, Bunjongmanee P, Kowitdamrong E, Primsirikunawut A, Intarakhao S, Chetsonwisorn P, Sophonphan J, Tangsathapornpong A. Low Measles Seropositivity Rate among Thai Adolescents in the Thai National Immunization Program. Vaccines (Basel). 2022; 10(8): 1269.
7. Lanke R, Chimurkar V. Measles Outbreak in Socioeconomically Diverse Sections: A Review. Cureus. 2024; 16(6): e62879.
8. Thorrington, D. The social and economic impact of community-based transmission of vaccine preventable influenza and measles [PhD thesis]. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2016. DOI: <https://doi.org/10.17037/PUBS.03234043>
9. Broucker G, Ahmed S, Hasan MZ, Mehdi GG, Del Campo JM, Ali MW, et al. The economic burden of measles in children under five in Bangladesh. BMC Health Serv Res. 2020; 20: 1026.