

รายงาน

ISSN 0125-7447

การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ปีที่ ๒๙
๑ พฤษภาคม ๒๕๔๑

ฉบับที่ ๑๘

NUMBER 18

VOLUME 29
MAY 1, 1998

สารบัญ
CONTENTS

สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย 2537 - 2540

253

สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย 2537 - 2540

The diphtheria situation in Thailand, 1994 - 1997

บทนำ

โรคคอตีบเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่ทำให้มีการป่วยและตายในเด็กสูงมากในอดีต สาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อ *Corynebacterium diphtheriae* ซึ่งค้นพบครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1883¹ เมื่อเกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ คออักเสบ เกิดการทำลายเยื่อในคอทำให้มีแผ่นเยื่อสีขาวเกิดขึ้นบริเวณ pharynx และ tonsil ถ้าเป็นมากก็จะแผ่ขยายไปยังหลอดลม ทำให้ผู้ป่วยมีการตีบตันของทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากเชื้อที่พบเป็นชนิดที่สร้าง exotoxin ผู้ป่วยก็อาจมีอาการแทรกซ้อน myocarditis และ neuritis ได้ด้วย² ต่อมาการรักษาและป้องกันโรคคอตีบได้พัฒนาขึ้น โดยเริ่มจากการค้นพบ antitoxin ซึ่งใช้ในการรักษาผู้ป่วยไม่ให้เกิดอาการรุนแรง ในปีค.ศ.1890 และ diphtheria toxiod ซึ่งใช้เป็นวัคซีนกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อสารพิษ ในปีค.ศ.1923 เมื่อวัคซีนได้รับการใช้อย่างกว้างขวางทั่วโลก อัตราป่วยจากโรคคอตีบจึงได้ลดเป็นอย่างมาก³ แต่เนื่องจากวัคซีน diphtheria toxiod นี้เป็นวัคซีนที่ใช้เพื่อป้องกันสารพิษที่จะทำให้เกิดอาการรุนแรง มิใช่ป้องกันการติดเชื้อโดยตรง ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้วก็ยังสามารถติดเชื้อ เกิดอาการอย่างไม่รุนแรง และเป็นพาหะนำโรคได้ แต่โอกาสการแพร่กระจายของเชื้อชนิดที่สร้างสารพิษจะมีลดลง⁴

ในประเทศไทยเริ่มใช้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในปี 2520 โดยเป็นวัคซีนเริ่มต้นหนึ่งในหกชนิด ในแผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง ความครอบคลุมของวัคซีนได้เพิ่มสูงขึ้นจาก 12% ในปี 2522 เป็นมากกว่า 80% ในปี 2532⁴ อัตราป่วยด้วยโรคคอตีบในช่วงก่อนปี 2520 ประมาณ 5 ต่อแสนประชากร ลดลงเหลือ 1 ต่อแสนประชากรในปี 2530 และ ลดลงอย่างรวดเร็วเป็น 0.05 ต่อแสนประชากรในปี 2536⁵ โรคคอตีบจึงได้รับความสนใจลดน้อยลงตามลำดับ

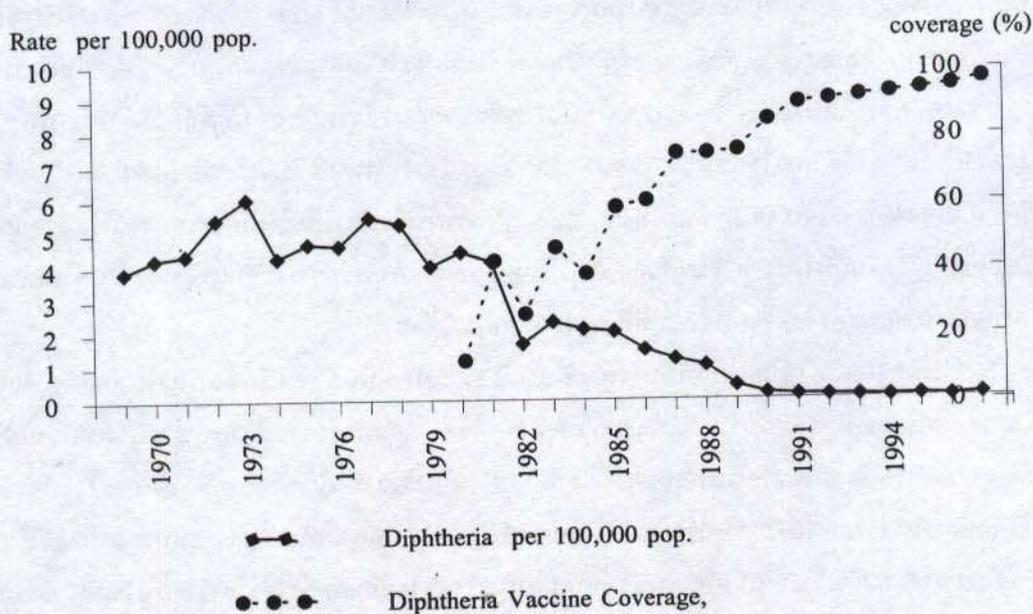
ในระหว่างปีทศวรรษ 1990 นี้ได้มีรายงานการเกิดโรคเพิ่มขึ้นในพื้นที่ประเทศรัสเซียเดิม เนื่องจาก การล่มสลายของการบริการทางสาธารณสุขและการอพยพมาอยู่รวมกันของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยมีอายุเพิ่มขึ้นกว่า

แต่เดิมและมีการระบาดกระจายเข้าไปในประเทศยุโรปตะวันออก ทำให้ความสนใจต่อโรคเพิ่มมากขึ้น ในประเทศไทยมีการระบาดเกิดขึ้นหลายครั้ง ทำให้เกิดคำถามว่า โรคคอตีบจะกลับมาเป็นปัญหาในประเทศไทยอีกครั้งหรือไม่ กองระบาดวิทยาได้เคยวิเคราะห์สถานการณ์โรคคอตีบ ในปี 2536 เสนอในรายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์เมื่อเดือนสิงหาคม 2538 ซึ่งในระหว่างนั้น เป็นระยะต้นของความตื่นตัวในเรื่องโรคคอตีบ ในระยะที่ผ่านมาได้มีการศึกษา และสอบสวนการระบาดอีกหลายครั้ง ซึ่งในบทความนี้ จะได้ทำการสรุปเสนอต่อ เนื่องจากเดิม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรค

สถานการณ์จากรายงานการเฝ้าระวังโรค (ข้อมูลจากกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มระบบรายงานเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ปี 2506 โดยช่วงแรกดำเนินการเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร ต่อมาในปี 2511 จึงได้ครอบคลุมทั่วประเทศ โรคคอตีบเป็นหนึ่งในโรคที่กำหนดให้มีการรายงานมาโดยตลอด อัตราการเกิดโรคในช่วงก่อนแผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อยู่ระหว่าง 4.26 - 6.02 ต่อแสนประชากร หลังแผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในปี 2520 อัตราการเกิดโรคคอตีบลดต่ำลง และต่ำกว่า 0.10 ต่อแสนประชากรตั้งแต่ ปี 2534 (รูปที่ 1) ส่วนอัตราป่วยตายในช่วงแรกของการรายงานต่ำกว่าร้อยละ 10 และเพิ่มสูงขึ้นมากในปีหลังๆ ซึ่งคงเนื่องจาก การวินิจฉัยโรคนี้น้อยลงมาก และมีการวินิจฉัยเฉพาะในรายที่มีอาการชัดเจน การเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดในช่วงฤดูฝน การเกิดโรคตามกลุ่มอายุมีแนวโน้ม พบผู้ป่วยในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่นมากขึ้น (รูปที่ 2) สัดส่วนของผู้ป่วยอายุมากกว่า 5 ปี เพิ่มจากร้อยละ 18 ในปี 2517 เป็นร้อยละ 67 ในปี 2539 สัดส่วนผู้ป่วยอายุมากกว่า 10 ปี เพิ่มจากร้อยละ 3 ในปี 2517 เป็นร้อยละ 24 ในปี 2539 (รูปที่ 3)

รูปที่ 1

Record Cases of Diphtheria Per 100,000 Population and Diphtheria Vaccine Coverage, by Year, Thailand, 1968 - 1996.



และอาจไม่ได้รับการกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคโดยเชื้อจากธรรมชาติ เนื่องจาก เชื้อในธรรมชาติมีน้อยลง อย่างไรก็ตาม การศึกษาระดับภูมิคุ้มกันโรคไม่สามารถดำเนินการในพื้นที่นี้ได้ เนื่องจาก มีการดำเนินการฉีดวัคซีนเพื่อเพิ่มความครอบคลุมให้แก่ประชาชนในพื้นที่ไปแล้ว

เนื่องจากปัญหาการเปลี่ยนแปลงกลุ่มอายุเสี่ยงของผู้ป่วยในการระบาดครั้งนี้ และผู้ป่วยร้อยละ 40 มีประวัติได้รับวัคซีนครบหรือมากกว่า 3 เข็ม กองระบาดวิทยาจึงได้วิเคราะห์รายงานการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายปี 2536^๑ เพื่อตอบคำถามกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อโรคในภาพระดับประเทศ และ efficacy ของการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ซึ่งในปีนั้น มีรายงานผู้ป่วย 28 ราย ค้นรายงานสอบสวนโรคเฉพาะรายได้ 22 ราย พบว่า 10 รายไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ 9 รายได้รับวัคซีนแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ และ 3 รายได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์กับการไม่ได้รับวัคซีน โดยมีผู้ป่วยตาย 5 ราย ในกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน 1 ราย ในกลุ่มที่ได้รับวัคซีนแต่ไม่ครบตามเกณฑ์ และไม่มีผู้ป่วยตายในกลุ่มที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้วัคซีนของประเทศไทย มีผลในการช่วยควบคุมป้องกันโรคตรงตามวัตถุประสงค์ ข้อมูลด้านอายุพบกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 0.19 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี และ 10 - 14 ปี (0.13 และ 0.11 ต่อแสนประชากรตามลำดับ)

2538 การระบาดไม่รุนแรง

ในปี 2538 มีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 19 ราย กระจายอยู่ในทุกภาค โดยมีการเกิดโรคจังหวัดละ 1 - 2 ราย ยกเว้นจังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยจำนวน 6 รายจาก 3 อำเภอ เป็นการระบาดในกลุ่มประชาชนท้องถิ่นและสงบลงในเวลาสั้น^๑ จึงถือได้ว่าไม่มีการระบาดผิดปกติในปี 2538 และต่อเนื่องมาถึงปี 2539

2539 การระบาดจากประเทศลาว

การระบาดครั้งใหม่ในปี 2539 เริ่มต้นที่จังหวัดน่าน ซึ่งเป็นจังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคคอตีบมาตั้งแต่ปี 2531 ในเดือนกรกฎาคมถึงมิถุนายน 2539 ได้มีผู้ป่วยโรคคอตีบจากเขตประเทศลาว ซึ่งมีพื้นที่ติดต่อกับจังหวัดน่านเข้ามารับการรักษาในเขตจังหวัดน่านจำนวน 7 ราย โดยในระบายนั้นได้มีการระบาดของโรคในเขตลาวอยู่ ในเวลาใกล้เคียงกันได้เริ่มมีผู้ป่วยชาวไทย 5 ราย แต่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งอาจเนื่องจาก ทุกคนได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย มีประวัติสัมผัสกับชาวลาว ทำให้มีข้อสันนิษฐานว่าโรคคอตีบครั้งนี้ น่าจะสืบเนื่องมาจาก การระบาดในประเทศลาว ในขณะที่เดียวกันได้มีการรายงานโรคคอตีบหลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ อุบลราชธานี 2 ราย ยโสธร 1 ราย และ ศรีสะเกษ 1 ราย ซึ่งก็อาจจะสืบเนื่องมาจาก การระบาดในประเทศลาวได้เช่นกัน โดยตั้งข้อสังเกตว่ามีการเปิดจุดผ่านแดนระหว่างไทย-ลาว มีการคมนาคมขนส่งและสัญจรไปมา และมีการอพยพของชาวลาวเข้ามาทำงานจำนวนมาก ทำให้การถ่ายทอดโรคระหว่างประเทศเป็นไปได้ง่าย ในระหว่างนั้นปัญหาที่พบ คือ การขาดแคลน Diphtheria antitoxin ซึ่งได้รับการแก้ไขในเวลาต่อมา โดยในระยะแรกกรมควบคุมโรคติดต่อได้ขอยืมจากโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศเพื่อใช้ในโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วย และขอการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก เนื่องจาก บริษัทผู้แทนจำหน่ายไม่สามารถจัดหาให้ได้ในเวลารวดเร็ว¹¹ นอกจากนี้ การสอบสวนโรคมายังประสบปัญหาทางห้องปฏิบัติการเนื่องจาก เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์และความพร้อม นอกจากนี้เมื่อตรวจพบเชื้อแล้วบางรายไม่ได้ส่งตรวจ virulence test หรือ molecular typing ซึ่งจะช่วยบอกความรุนแรงของเชื้อที่ระบาดและที่มาของเชื้อได้

สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย 2537 - 2540

(ต่อจากหน้า)

2539 การระบาดในจังหวัดบุรีรัมย์

ในจังหวัดบุรีรัมย์ การระบาดเริ่มต้นขึ้นในช่วงเวลาเดียวกับจังหวัดน่าน มีการเริ่มป่วยตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม ถึง 19 สิงหาคม 2539 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 31 ราย มีผู้ป่วยด้วยอาการกลัมนเนื้อหัวใจอักเสบ 3 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต ในจำนวนนี้เป็นผู้ได้รับวัคซีนตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปอยู่ 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง จังหวัดบุรีรัมย์มีรายงานผู้ป่วยโรคคอตีบประปรายเกือบทุกปี พบผู้ป่วย 7 ราย ในปี 2532 และหลังจากนั้น พบปีละ 0 - 2 รายมาโดยตลอด ในช่วงปี 2538 ไม่มีรายงานผู้ป่วยเลย การระบาดครั้งนี้เริ่มต้นในชุมชนแออัดในเขตเทศบาล ในเด็กหญิงซึ่งถูกบิดามารดาทอดทิ้ง และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค ต่อมาโรคได้แพร่กระจายไปในเขตเทศบาล อำเภอเมือง และอำเภอเมืองซึ่งเป็นเขตติดต่อกัน โดยมีข้อสังเกตว่า การถ่ายทอดโรคอาจผ่านจากชุมชนสู่โรงเรียน เนื่องจาก เด็กในชุมชนเดียวกันจะกระจายอยู่ในหลายโรงเรียน และปะปนกับเด็กจากชุมชนอื่น ภายในเวลา 6 สัปดาห์การระบาดได้ขึ้นสูงสุด โดยมีผู้ป่วย 21 รายในช่วงเดือนกรกฎาคม ผู้ป่วยร้อยละ 74 อายุระหว่าง 5 - 14 ปี ปัญหาในการสอบสวนและควบคุมโรคที่สำคัญได้แก่ การเกิดโรคในช่วงแรกอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีที่อยู่อาศัยไม่แน่นอน ทำให้การค้นหาผู้สัมผัสทำได้ยากและไม่ครบถ้วน ประกอบกับความเข้าใจผิดว่าการถ่ายทอดโรคเกิดเฉพาะในเด็ก จึงมิได้จ่ายยาเพื่อควบคุมพาหะในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาผู้ป่วยกินยาไม่ครบ การให้วัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง แม้ว่าจะทำได้ดีกว่าการค้นหาผู้สัมผัส แต่บอกความครอบคลุมของวัคซีนที่แท้จริงไม่ได้ เนื่องจาก ประชากรไม่อยู่ในทะเบียน ในช่วงหลังแม้ว่าการค้นหาผู้สัมผัสจะครบถ้วนมากขึ้น ก็ยังมีปัญหาหอรอบเอาชาวบ้านที่ไม่ใช่ผู้สัมผัสโรคใกล้ชิดจริงเข้ามามาก ทำให้ยากแก่การควบคุมการกินยาให้มีประสิทธิภาพ ด้านการรักษาในช่วงแรกโรงพยาบาลประสบปัญหาการขาด Diphtheria antitoxin ซึ่งต่อมาได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคติดต่อ ดังที่กล่าวไว้แล้ว ด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงแรกมีปัญหาการเตรียม transport media และ media สำหรับเพาะเชื้อ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ขาดความพร้อม ต่อมาจึงได้รับความช่วยเหลือจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่งเจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติงาน และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในการส่งตรวจ virulence test และ molecular typing

2540 ยังไม่มีการระบาดใหญ่

ในปี 2540 นี้การเกิดโรคยังมีอยู่ประปรายใน 15 จังหวัด จนถึงเดือนพฤศจิกายนนี้มีรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 23 ราย บางรายเป็นผู้ใช้แรงงานต่างชาติ การปฏิบัติงานทั้งในด้านการสอบสวน ควบคุมโรค และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นไปในทางที่ดีขึ้นทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามยังคงมีปัญหายูบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้นหาผู้สัมผัสและพาหะนำโรค โดยเจ้าหน้าที่มักมีความเข้าใจว่าผู้ใหญ่ไม่เป็นพาหะนำโรค ทำให้ไม่ได้ให้ยาป้องกันโรคในกลุ่มผู้ใหญ่ และมีความเข้าใจว่าวัคซีนสามารถควบคุมป้องกันการระบาดได้ทันที จึงระดมฉีดวัคซีนมากกว่าค้นหาพาหะ

การศึกษาเพิ่มเติม

ในปี 2539 เนื่องจาก การระบาดของโรคซึ่งกระจายเข้ามาจากประเทศลาว ทำให้เกิดปัญหาขึ้นว่าประชาชนไทยอาจจะป่วยด้วยโรคคอตีบมากขึ้น เนื่องจากการควบคุมโรคในประเทศลาวคงจะยังทำได้ไม่ดีนัก เมื่อมีการเปิดจุดผ่านแดนต่างๆ ก็ทำให้ผู้ป่วยในลาวข้ามมารักษาตัวในไทยมากขึ้น และโอกาสการสัมผัสกับชาวลาวยุติมาติดต่อกับชายก็มากขึ้น หากมีกลุ่มประชากรไทยบางส่วนไม่มีภูมิคุ้มกันต่อการเกิดโรค การระบาดจะเกิดมากขึ้น กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ, กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกองชีววัตถุ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ทำการศึกษาหาภาวะภูมิคุ้มกันต่อการเกิดโรคคอตีบในประชากร

ไทย โดยเลือกทำการศึกษาในอำเภอห้วยใหญ่ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งเป็นพื้นที่ติดชายแดนลาว (แขวงสุวรรณเขต ซึ่งยังมีโรคคอตีบระบาดอยู่) ขณะนี้ยังอยู่ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล ในเบื้องต้นพบว่า กลุ่มอายุที่ระดับภูมิคุ้มกันไม่สามารถป้องกันโรคได้สูงสุดคือกลุ่มอายุ 20 - 39 ปี (25%) และกลุ่มอายุ 10 - 19 ปี (15%) เป็นข้อมูลที่จะช่วยประกอบการตัดสินใจให้วัคซีนเพิ่มเติมในกลุ่มนี้

สรุปและวิจารณ์

ในปัจจุบันการระบาดของโรคคอตีบดูเหมือนจะทวีความรุนแรงขึ้น ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปีจะไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่พบการระบาดใหญ่บ่อยครั้ง ชาวต่างชาติดูเหมือนจะมีส่วนทำให้เกิดการระบาดของโรค โดยเป็นผู้นำโรคข้ามแดน และเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อโรค เพราะมีความครอบคลุมของวัคซีนต่ำ ในขณะที่ได้มีชาวต่างชาติจำนวนมากอพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทย ในปี 2539 ประมาณว่า มีจำนวนถึง 700,000 คน จึงควรมีการเฝ้าระวังการเกิดโรคให้ครบถ้วน หากมีการเกิดโรคสูงในกลุ่มนี้อาจมีความจำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรค ก่อนเข้าประเทศ ประชาชนไทยในถิ่นที่มีโอกาสสัมผัสกับชาวต่างชาติ เช่น ชาวลาว ก็ควรดำเนินการให้ความครอบคลุมของวัคซีนอยู่ในเกณฑ์สูง เพื่อลดการแพร่กระจายโรค กลุ่มประชากรไทยที่มีการโยกย้ายถิ่นและด้อยโอกาสก็เป็นอีกกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรค เนื่องจาก มักอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม และทั้งกลุ่มมีระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคต่ำเนื่องจากไม่ได้รับวัคซีน

กลุ่มอายุเสี่ยงของประชากรไทยเริ่มเปลี่ยนไป โดยความจริงแล้วเริ่มเปลี่ยนตั้งแต่ก่อนแผนงานขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในปี 2520^๑ ซึ่งคงเนื่องมาจาก สุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นในลักษณะเดียวกับในประเทศอื่นๆ แต่การเปลี่ยนแปลงเห็นชัดเจนในช่วงหลังๆ เนื่องจาก เป็นประชากรที่ได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนในช่วงแรกของโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และโอกาสการได้รับภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติลดลงเพราะผู้ป่วยลดลง การศึกษาระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคก็ดูเหมือนจะไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้อาจต้องมีการให้วัคซีนกระตุ้นในกลุ่มเด็กโต วัยรุ่น และผู้ใหญ่อายุต่ำกว่า 30 ปี และหากมีการระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่ การให้วัคซีนก็ควรทำให้ครอบคลุมถึงกลุ่มอายุที่มีผู้ป่วย เรื่อง vaccine efficacy ดูเหมือนจะไม่มีปัญหา โดยผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนแม้จะเกิดการป่วยแต่จะไม่รุนแรง

เมื่อมีการเกิดโรค ปัญหาหลักของการสอบสวนโรคและควบคุมโรคได้แก่ การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งมีปัญหาทั้ง 2 ด้านคือหาไม่ครบและได้ผู้ที่ไม่ใช่ผู้สัมผัสใกล้ชิดรวมมาด้วย ทำให้มีปัญหาในการใช้ยาเพื่อป้องกันการเป็นพาหะ ควบคุมการกินยาได้ยาก เนื่องจาก ยาที่แนะนำในขณะนี้ได้แก่ erythromyxin เป็นยาที่มีผลข้างเคียงทำให้คลื่นไส้อาเจียนสูง เมื่อกินยาไม่ครบก็ทำให้พาหะคงอยู่และตัดการระบาดของโรคไม่ได้ นอกจากนี้ ยังมีความเข้าใจผิดว่าผู้ใหญ่ไม่เป็นพาหะนำโรคจึงไม่ได้จ่ายยาให้ ส่วนการให้วัคซีนอาจประสบปัญหาว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนเป็นประชากรกลุ่มที่ไม่มีในทะเบียน ตรวจสอบไม่ได้ว่ายังมีผู้ใดไม่ได้วัคซีนบ้าง และเข้าใจผิดว่าการให้วัคซีนสามารถหยุดการระบาดได้ทันที กรมควบคุมโรคติดต่อได้จัดทำแนวทางในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคคอตีบไว้เมื่อปี 2539 ซึ่งสอบถามได้ที่กองโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท 02-5903180

นอกจากนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการก็ยังเป็นปัญหามาตลอด เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ไม่สามารถเตรียม transport media และ culture media ได้ในทันที เมื่อเพาะเชื้อขึ้นแล้วก็ไม่ได้ส่งตรวจ virulence test เพื่อดูความรุนแรงของเชื้อ และ molecular typing ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจได้มากขึ้นว่าเชื้อที่มีการระบาดมาจากแหล่งใด ตัวอย่างเช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ส่งเชื้อโรคคอตีบไปตรวจ molecular typing ที่ประเทศอังกฤษ ทำให้ทราบว่าเชื้อที่ระบาดในบุรีรัมย์ต่างจากเชื้อที่จังหวัดน่าน ทำให้เชื่อว่าการระบาดที่บุรีรัมย์คงไม่ได้มีสาเหตุจากการระบาดในประเทศลาว และเชื้อที่พบนี้ก็ไม่ได้เป็นตัวเดียวกับที่พบระบาดในรัสเซียเดิม

และยุโรปตะวันออก (สอบถามจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) หากมีปัญหาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถขอคู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคคอตีบทางห้องปฏิบัติการและความช่วยเหลือได้จาก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต และฝ่ายบั๊กเทรียทั่วไป สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โทรศัพท์ 5899850-8 ต่อ 9404

บทขอบคุณ

กองระบาดวิทยา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่จากทุกหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรคคอตีบ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาเป็นอย่างสูง

ผู้เรียบเรียง

ฝ่ายพัฒนานักระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณานุกรม

1. MacGregor RR. *Corynebacterium Diphtheriae*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. **Principles and Practice of Infectious Disease**, fourth edition. New York: Churchill Livingstone, 1995: 1865.
2. Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). **Diphtheria, tetanus and pertussis: Guidelines for vaccine prophylaxis and other preventive measures**. MMWR 1985; 34: 405-14, 419-26.
3. Chen RT, Broome CV, Weinstein RA, Weaver R, Tsai TF. **Diphtheria in the United States, 1971-1981**. AJP 1985; 75(12): 1393-97.
4. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. การขยายงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในแต่ละปีงบประมาณ. เอกสารอัดสำเนา.
5. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคคอตีบ. เอกสารอัดสำเนา.
6. Hardy IRB, Dittmann S, Sutter RW. **Current situation and control strategies for resurgence of diphtheria in newly independent states of the former Soviet Union**. Lancet 1996; 347: 1739-44
7. Prempre P., Chitpitaklert S., Silarug N. **Diphtheria outbreak-Saraburi province, Thailand, 1994**. MMWR 1996; 45: 271-273.
8. ปรีชา เปรมปรี และคณะ รายงานการสอบสวนโรคคอตีบ จังหวัดสระบุรี ระหว่างเดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2537. เอกสารอัดสำเนา.
9. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคคอตีบของประเทศไทย ปี พ.ศ.2536. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 2538; 26(31): 389-403.
10. พิสิษฐ์ ศรีประเสริฐ, พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, ธัญญา วิเศษสุข, ศุภวรรณ นันทวาส, มนุศิลา สิริมาตย์. การศึกษาผลกระทบของการเปิดพรมแดนไทย-ลาว: กรณีศึกษาการระบาดของโรคคอตีบ (เอกสารอัดสำเนา).
11. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์การระบาดของโรคคอตีบ ถึงวันที่ 5 สิงหาคม 2539 (เอกสารอัดสำเนา).
12. วรณรา ชื่นวัฒนา สถานการณ์การระบาดของโรคคอตีบ ปี 2539 จังหวัดบุรีรัมย์ 28 พฤษภาคม 2539 - 19 สิงหาคม 2539. เอกสารประกอบการประชุมเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาประจำจังหวัด ศูนย์ระบาดวิทยาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดนครราชสีมา 11-13 ธันวาคม 2539.
13. กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. การสำรวจแรงงานต่างชาติผิดกฎหมาย. กุมภาพันธ์ 2539. ข้อมูลไม่ตีพิมพ์.
14. Galazka A, Tomaszunas-Blaszczyk J. **Why do adults contract diphtheria?**. Eurosurveillance 1997; 2: 2-5.