

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอช ไอ วี รอบที่ 19 พบความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ โดยตรง ร้อยละ 16.6 กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยแฝง ร้อยละ 5.1 ชายที่มาตรวจกามโรค ร้อยละ 4.4 และหญิงที่มาฝากครรภ์ ร้อยละ 1.4 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง สำหรับความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดร้อยละ 50.0 ซึ่งมีค่าความชุกสูงกว่าในรอบปีที่ผ่านมา โดยภาพรวมพบว่า ความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มที่เฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้น กลุ่มยาเสพติดชนิดฉีด ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และกลุ่มหญิงดั่งครรภ์เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย จึงควรดำเนินการเฝ้าระวังประชากรกลุ่มเหล่านี้อย่างใกล้ชิดต่อไป

### ลำดับความก้าวหน้าของการกวาดล้างโปลิโอในประเทศไทย

นายสมเจตน์ ตั้งเจริญศิริ  
 กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดเชื้อ

- ในอดีตประเทศไทยยังมีโปลิโอชุกชุมอยู่ เป้าหมายในขณะนั้นคือ การควบคุมป้องกันโรคให้ลดลง
- ปี 2520 ประเทศไทยมีโครงการ EPI เป็นครั้งแรก และมีการใช้ OPV ในปีนี้ ในระยะแรกอัตราป่วยลดลงไม่มาก เนื่องจากความครอบคลุมของการให้วัคซีน แคมป์ไม่ดีพอ เมื่อมีการให้วัคซีนครอบคลุมมากขึ้น อัตราป่วยลดลงอย่างรวดเร็ว ในปี 2534 เหลือผู้ป่วยโปลิโอ เพียง 5 ราย ทั่วประเทศ
  - ปี 2535 กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เริ่มโครงการกวาดล้างโปลิโอขึ้นมารั้งแรกในประเทศไทย เมื่อมีโครงการกวาดล้างโปลิโอขึ้นมา แนวคิดของการเฝ้าระวังโรคได้เปลี่ยนจากการเฝ้าระวังเฉพาะผู้ป่วยโปลิโอ เป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP จากทุกสาเหตุ เพื่อเน้น ในเรื่องความไวของระบบที่จะตรวจพบผู้ป่วยโปลิโอ หลังจากได้มีการปรับระบบเฝ้าระวังแล้ว ทำให้ผู้ป่วยโปลิโอเพิ่มขึ้นเป็น 12 ราย ในปี พ.ศ. 2535 ผลการสอบสวนโรค พบว่า เป็น indigenous case 7 ราย อีก 5 ราย เป็น imported case สำหรับโครงสร้างของหน่วยงานที่ทำการเฝ้าระวังในตอนเริ่มโครงการ มีเพียง 2 หน่วยงาน คือ กรมควบคุมโรคติดต่อ และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข ในส่วนกลาง ผู้รายงานผู้ป่วย AFP มีเพียงโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เท่านั้น วิธีการดำเนินงานนั้น กุมารแพทย์จะเป็นผู้ปฏิบัติในเรื่องของการกวาดล้างโปลิโอทั้งหมด ตั้งแต่เฝ้าระวัง สอบสวน ทำ Zero Report เป็นรายเดือน และส่งรายงานกิจกรรม เหล่านี้ไปที่กรมควบคุมโรคติดต่อโดยตรง แต่ผลของการดำเนินงานในระยะแรกไม่น่าพอใจนัก เนื่องจากได้รับอัตราการตอบสนองจากกุมารแพทย์น้อย ในเรื่องของการสอบสวนและ ยังไม่มีนโยบายที่แน่นอนจากผู้บริหารระดับสูงในเรื่องของการกวาดล้างโปลิโอ
  - ปี 2540 กองระบาดวิทยาได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการกวาดล้างโปลิโอด้วย และในระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการกวาดล้างด้วย โดยมีการปรับบทบาทให้เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามีหน้าที่เฝ้าระวังและ สอบสวนแทน มีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล โดยนำเครือข่ายในการเฝ้าระวังของกองระบาดวิทยาทั้งหมดมาช่วยในการเฝ้าระวัง AFP และมีการปรับเครื่องมือที่ใช้ในการสอบสวนจาก investigation form ฉบับภาษาอังกฤษ มาเป็นภาษาไทย เพื่อให้ง่ายต่อการสอบสวนของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา รวมทั้ง มีการนำเรื่องของการกวาดล้างโปลิโอ เข้าเสนอต่อผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง เพื่อให้ประกาศเป็นนโยบายที่จะต้องถือปฏิบัติในทุกระดับที่เกี่ยวข้อง
  - ในปี 2541 ได้มีการตั้งสำนักงานกวาดล้างโปลิโอแห่งชาติขึ้น ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางในส่วนกลาง ที่จะประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ กองระบาดวิทยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และกรมควบคุมโรคติดต่อ ในระดับเขตมีการตั้งศูนย์เฉพาะกิจระดับเขตขึ้น โดยมีผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ เป็นประธาน และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับภูมิภาค เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล ศูนย์วิชาการ เช่น สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ (สคต.) และศูนย์ระบาดวิทยาภาค ร่วมเป็นกรรมการ โดยมีวัตถุประสงค์เช่นเดียวกับส่วนกลาง นอกจากนี้ ในระดับจังหวัดมีการตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ

โรงพยาบาลได้มีโอกาสประสานงานกันเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติ หลังจากได้มีการปรับในเรื่องของนโยบาย โครงสร้างและระบบแล้ว โครงการมีความก้าวหน้าเป็นลำดับ ในกิจกรรมของการกวาดล้างโปลิโอ ทั้งในแง่ของปริมาณและคุณภาพ

● ในปี พ.ศ.2541 ปรากฏว่า การเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP เข้าเกณฑ์เป็นปีแรก (ด้านปริมาณ) โดยได้ non-polio AFP rate มากกว่า 1 ต่อแสนในประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ในปี 2542 , 2543, 2544 ประเทศไทยยังคงรักษาระดับของการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ให้เข้าเกณฑ์มาตรฐานไว้ได้ตลอด โดยได้ตัวเลขของ non-polio AFP rate เกินกว่า 1/100,000 ทุกปี ในด้านคุณภาพนั้น ผู้ป่วย AFP ทุกรายที่มีการรายงาน จะมีการสอบสวนโรคทุกราย แต่การสอบสวนผู้ป่วย AFP ภายใน 48 ชั่วโมง ยังไม่ถึงขั้นต่ำที่กำหนดไว้ ร้อยละ 90 แต่ก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยการสอบสวนผู้ป่วย AFP ภายใน 48 ชั่วโมง ปี 2541, 2542, 2543 และ 2544 เท่ากับร้อยละ 58.8, 67.0, 79.3 และ 80.3 ตามลำดับ การติดตามผู้ป่วย AFP ที่ 60 วันหลังเริ่มมีอาการ ตั้งแต่ปี 2541 – 2544 ได้เกิน ร้อยละ 90 ทุกปี โดยเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้เพียง ร้อยละ 80 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ยังต้องปรับปรุงในบางเรื่อง เช่น การรายงานผู้ป่วย AFP ถึงแม้ว่าในภาพรวมของประเทศ จะมี non-polio AFP rate มากกว่า 1/100,000 ก็จริง แต่ในระดับพื้นที่ย่อย เช่น ในระดับเขต และระดับจังหวัดปรากฏว่า ยังคงมีบางเขตและบางจังหวัด ที่ยังมี non-polio AFP rate ต่ำกว่า 1/100,000 หรือบางจังหวัด ไม่มีรายงานเลย ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องมีการเร่งรัดการรายงานในพื้นที่ย่อยเหล่านั้นต่อไป ในเรื่องการสอบสวนผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมงนั้น เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มากกว่า ร้อยละ 90 มีสาเหตุมาจากการรายงานผู้ป่วย AFP จากโรงพยาบาลมายังสำนักงานสาธารณสุขมีความล่าช้า ฉะนั้นวิธีการแก้ไขคือ จะต้องมีการประชุมร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุข และโรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุของการล่าช้าในการรายงานผู้ป่วย AFP และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

● ความก้าวหน้าในการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ในประเทศไทย คือการที่ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก ให้เปลี่ยนการแบ่งกลุ่ม (classification) จากอาการ (clinical classification) มาเป็นการตรวจเชื้อ (Virological Classification) แทน เนื่องจากประเทศไทยได้บรรลุเกณฑ์ (criteria) 3 ข้อขององค์การอนามัยโลก คือ

1. Non-polio AFP rate มากกว่า 1 ต่อแสนในประชากรที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 3 ปีติดต่อกัน
2. อุจจาระที่เก็บถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 60 และ
3. อุจจาระของผู้ป่วย AFP ทุกรายได้รับการตรวจจาก Reference Lab ที่ องค์การอนามัยโลก ให้การรับรอง