



รายงาน

เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา WESR

Weekly Epidemiological Surveillance Report

สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

ISSN 0859-547X

http://epid.moph.go.th/home_menu_20001.html

ปีที่ ๓๖ : ฉบับที่ ๓ : ๒๘ มกราคม ๒๕๔๘ Volume 36 : Number 3 : January 28, 2005

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	54	55	66																							

สัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 16 – 22 มกราคม พ.ศ. 2548

จำนวนจังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา

สัปดาห์ที่ 3 ส่งทันเวลา 66 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 86.8



การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก ภายหลังการเกิดภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์สึนามิ ในประเทศไทย พ.ศ. 2547-2548

เกาะสถานการณ์ SRRT

Active Disease Surveillance Post-Tsunami in Thailand, 2004-5



สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ความเป็นมา

เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ได้เกิดแผ่นดินไหวใต้น้ำในมหาสมุทรอินเดีย ทางตอนเหนือของเกาะสุมาตรา วัดความสั่นสะเทือนได้ 9 ริคเตอร์ ก่อให้เกิดคลื่นยักษ์สึนามิ เข้าทำลายพื้นที่หมู่เกาะ และแถบชายฝั่งทะเลของประเทศไทยต่าง ๆ ในย่านมหาสมุทรอินเดีย รวมทั้ง ภาคใต้ของประเทศไทย ในพื้นที่ 6 จังหวัดด้านชายฝั่งทะเลอันดามัน ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง สตูล และตรัง คลื่นยักษ์สึนามิ ได้สร้างความเสียหายอย่างใหญ่หลวง ต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน นับถึงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2548 มีรายงานยอดผู้เสียชีวิต จำนวน 5,388 ราย บาดเจ็บ 8,457 ราย และสูญหาย 3,120 ราย⁽¹⁾

ผลกระทบหนึ่งที่มีเกิดขึ้นตามมา ในระยะสั้นและระยะปานกลาง ได้แก่ การปนเปื้อนของแหล่งน้ำและอาหาร รวมทั้ง การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมในพื้นที่ที่ประสบภัย ทำให้ประชาชนจำนวนนับพันคนไร้ที่อยู่อาศัย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มักส่งผลทำให้ ปัญหาสาธารณสุขและโรคภัยที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ มีการระบาดเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อที่สำคัญ ๆ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ในภาวะฉุกเฉินแบบนี้ อย่างไรก็ตาม ระบบการเฝ้าระวังโรคตามปกติแบบตั้งรับ ที่ดำเนินการอยู่เป็นประจำในสถานอนามัยและโรงพยาบาลต่าง ๆ ในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ



- | | |
|---|----|
| ◆ การเฝ้าระวังโรคเชิงรุก ภายหลังการเกิดภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์สึนามิ ในประเทศไทย พ.ศ. 2547 - 2548 | 33 |
| ◆ สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2547 | 39 |
| ◆ สรุปการตรวจสอบข่าวระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 16 - 22 มกราคม พ.ศ. 2548 | 41 |
| ◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วน สัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 16 - 22 มกราคม พ.ศ. 2548 | 41 |

ต้องหยุดชะงักลง เมื่อเกิดเหตุการณ์ภัยธรรมชาติ ในระดับที่รุนแรงเช่นนี้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังโรค มีการปฏิบัติงานเฉพาะหน้า ต้องร่วมให้บริการทางการแพทย์และ/หรือช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคได้ ดังเช่นในสถานการณ์ปกติ

ดังนั้น กรมควบคุมโรคโดยสำนักโรคติดต่ออันตรายและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต จึงได้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ 6 จังหวัด ดำเนินการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคในเชิงรุก (Active Disease Surveillance) เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังโรคและปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ที่มีโอกาสจะเกิดปัญหาเพิ่มขึ้นได้ และช่วยให้ตรวจจับการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว เพื่อประโยชน์ในการควบคุมป้องกันโรค ก่อนที่จะมีการระบาดใหญ่ในวงกว้าง

วิธีการดำเนินงาน

1. โครงสร้างของระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุก

ระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุก ได้จัดตั้งขึ้นอย่างรวดเร็ว ภายในเวลา 3 วัน ภายหลังการเกิดภัยพิบัตินี้ โดยที่กรมควบคุมโรคได้ระดมแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักโรคติดต่ออันตราย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตต่าง ๆ เข้ามารับทราบแผนการดำเนินงานที่ส่วนกลาง ในวันที่ 27-28 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวังเชิงรุกและบทบาทหน้าที่การทำงาน ให้กับเจ้าหน้าที่ในทีมเฝ้าระวังและสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and rapid response team) จำนวน 5 ทีม ก่อนจะถูกส่งไปทำงานในพื้นที่ในวันรุ่งขึ้น ในที่ประชุมมีการซักซ้อมความเข้าใจ วิธีการเก็บข้อมูล และการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ ที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้สามารถเสริมการทำงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนเอกสารและองค์ความรู้ ที่ได้จากการศึกษาการระบาดของโรคติดต่อ ภายหลังการเกิดภัยธรรมชาติในอดีต ทำให้ได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่า ระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุกนี้ จะดำเนินการเฝ้าระวังโรคและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ ที่ได้รับผลกระทบของ 6 จังหวัดภาคใต้ จำนวน 22 โรค ซึ่งโรคที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังมี 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคอุจจาระร่วง กลุ่มระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการไข้ กลุ่มเชื้อเห็บสมองอักเสบ และกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ Wound infection, injury, and jaundice เป็นต้น แต่ได้มีการเพิ่มโรคบางโรคที่พบเป็นปัญหา เข้ามาในการเฝ้าระวังในลำดับถัดมา สำหรับจุดที่เฝ้าระวังโรค ได้แก่ สถานีอนามัย 77 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐ 22 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ศูนย์พักพิงชั่วคราวผู้ประสบภัย 2 แห่ง และศูนย์พิสูจน์บุคคลที่เสียชีวิตจากเหตุภัยพิบัติ 2 แห่ง (รูปที่ 1) ทีมงานได้จัดทำแบบฟอร์มสำหรับใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วย แบบรายงานโรคประจำวัน และแบบสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้สนับสนุนเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์และอุปกรณ์เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย ทั้งชนิดที่ฟุ้งและไม่ฟุ้งออกซิเจน และการตรวจทางไวรัสวิทยา เพื่อตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของการป่วยของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง

2. การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ในแต่ละวันจะมีเจ้าหน้าที่ในทีมเฝ้าระวังโรค ไปเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากจุดเฝ้าระวังทุกแห่ง โดยที่มีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยด้วยโรคที่อยู่ในข่าย ที่ต้องเฝ้าระวังเป็นรายบุคคล บันทึกตัวแปรชื่อ เพศ อายุ ที่อยู่ การวินิจฉัยโรค และสถานภาพผู้ป่วยในรูปแบบฟอร์ม E1 และยอดผู้ป่วยรวมของแต่ละโรค ที่แยกกลุ่มเป็นเพศชายหรือหญิง กลุ่มอายุเด็กหรือผู้ใหญ่ ชาวไทยหรือต่างชาติ นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล เพื่อหาการระบาดหรือแยกแยะกลุ่มโรค ที่มีผู้

ป่วยจำนวนมากผิดปกติหรือมีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา จากนั้น วางแผนดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุและการปฏิบัติงานร่วมกับทีมควบคุมโรค เพื่อดำเนินมาตรการที่เหมาะสมในวันรุ่งขึ้น



รูปที่ 1 พื้นที่ในข่ายงานเฝ้าระวังโรคเชิงรุก

ข้อมูลจากแต่ละหน่วยเฝ้าระวัง จะถูกรวบรวมที่ระดับอำเภอ ก่อนรายงานต่อไปที่ศูนย์ข้อมูลของแต่ละจังหวัดและส่งต่อไปยัง ศูนย์ข้อมูลรวมของกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังสอบสวนโรค ในแต่ละวัน จะใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ในพื้นที่เป็นหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดำเนินการเป็นประจำทุกวัน โดยนักระบาดวิทยาในแต่ละทีม จะวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อค้นหาผู้ป่วยด้วยโรคหรือกลุ่มอาการที่สงสัยว่า อาจจะมีการระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่ และใช้ประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ของโรคต่าง ๆ อย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ตลอดจนการตรวจจับการระบาดของโรค เพื่อนำไปสู่การควบคุมป้องกันโรค ที่รวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกราย ได้มีการสอบสวนทางระบาดวิทยา เพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิต

ผลการเฝ้าระวังโรค

ผลการเฝ้าระวังโรคในจังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ และระนอง (ไม่รวมจังหวัดสตูลและตรัง ที่สถานการณ์กลับสู่ภาวะปกติในเวลาอันสั้น) ในระยะ 1 เดือน ภายหลังเกิดคลื่นยักษ์สึนามิ ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2548⁽²⁾ พบผู้ป่วยในข่ายที่เฝ้าระวังทั้งหมด 3,823 ราย โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง จำนวน 2,511 ราย รองลงมาได้แก่ โรคแผลติดเชื้อ จำนวน 389 ราย และโรคปอดอักเสบ จำนวน 222 ราย ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดนี้ มีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย จากโรคปอดอักเสบ 2 ราย (เป็นเบาหวาน 1 รายและลำไส้เล็ก 1 ราย) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย เป็นผู้ป่วยเบาหวานและเกิดอุจจาระร่วง 1 ราย และเด็กอุจจาระร่วง 1 ราย

**ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวัง ในพื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติใน 4 จังหวัด (ภูเก็ต พังงา กระบี่ และระนอง)
ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ถึงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2548**

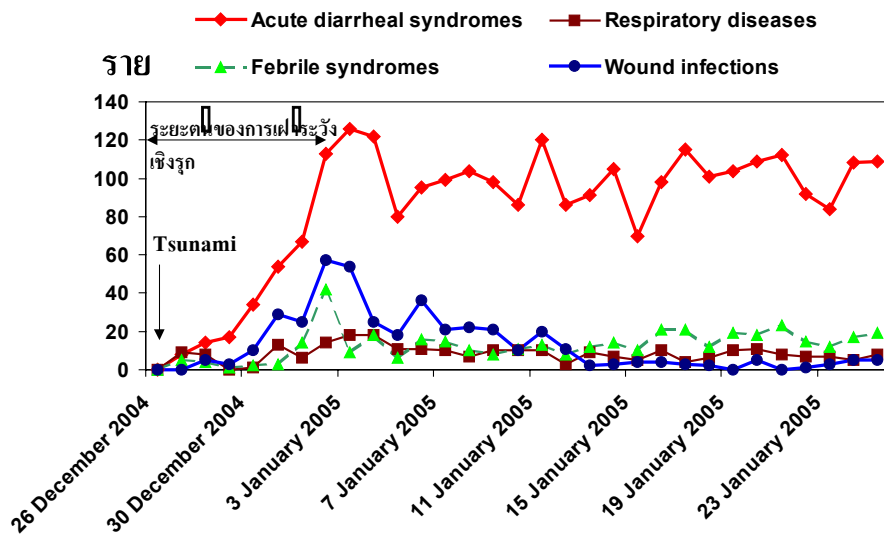
กลุ่มโรค	โรค	ภูเก็ต		พังงา		กระบี่		ระนอง		รวม	
		ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย	ป่วย	ตาย
Diarrheal Diseases	1.Acute Diarrhea	1,449	0	680	1	246	0	136	0	2,511	1
	2.Cholera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.Dysentery	1	0	0	0	0	0	4	0	5	0
	4.Food poisoning	15	0	26	0	4	0	8	0	53	0
Respiratory Diseases	5.Flu	19	0	10	0	6	0	3	0	38	0
	6.Pneumonia	64	0	87	1	65	1	6	0	222	2
	7.Measles	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
Fever	8.Typhoid fever	4	0	1	0	3	0	1	0	9	0
	9.Malaria	6	0	26	0	15	0	0	0	47	0
	10.DHF	96	0	19	0	36	0	1	0	152	0
	11.PUO	37	0	13	0	95	0	32	0	177	0
Neurological	12.Menin-meningitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jaundice	13.Hepatitis	2	0	0	0	2	0	0	0	4	0
Other	14.Viral conjunctivitis	34	0	7	0	12	0	5	0	58	0
	15.สัตว์มีพิษ	6	0	3	0	9	0	3	0	21	0
	16.Injury	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	17.Wound infection	81	0	213	0	62	0	33	0	389	0
	18.Unknown death	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
	19.โรคอื่นๆ ที่สำคัญ	3	0	27	0	1	0	0	0	31	0
	20.Sepsis/Cellulitis	10	1	7	0	0	0	0	0	17	1
	21.Fever with rash	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	22.Chickenpox	0	0	20	0	6	0	1	0	27	0
	23.ENT	0	0	42	0	0	0	0	0	42	0
	24.Mumps	0	0	15	0	1	0	0	0	16	0
รวม		1,828	1	1,199	3	563	1	233	0	3,823	5

หมายเหตุ จังหวัดภูเก็ต รวบรวมจากทุกสถานบริการในจังหวัด

จังหวัดพังงา รวบรวมจาก รพ. + สอ. ใน 4 อำเภอ ได้แก่ ตะกั่วป่า ตะกั่วทุ่ง คุระบุรี ท้ายเหมือง , รพ.พังงา และจุดพักพิงผู้ประสบภัย 14 จุด

จังหวัดกระบี่ รวบรวมข้อมูล จากรพ..เหนือคลอง รพ..เกาะลันตา รพ.กระบี่ และหน่วยปฐมพยาบาลที่เกาะพีพี

จังหวัดระนอง รวบรวมเฉพาะผู้ป่วย ที่อยู่ในพื้นที่ประสบภัย อ.เมือง เฉพาะเกาะหาดทรายดำ อ.กะเปอร์ ม.2,4 ต.ม่วงกลวง กิ่งสุขสำราญ ม.1,2,7 ต.กำพวน



รูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วย 4 โรคหลัก ในระบบเฝ้าระวังเชิงรุก ในพื้นที่ที่ประสบภัยพิบัติใน 4 จังหวัด (ภูเก็ต พังงา กระบี่ และระนอง)

จากรูปที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยใน 4 โรคหลัก ในจังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ และระนอง พบว่า ในระยะแรกๆ เริ่มดำเนินการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุก ยังมีการรายงานผู้ป่วยวันละไม่กี่รายเนื่องจากอุปสรรคต่างๆ ต่อมาเมื่อระบบเริ่มเข้าที่ จึงได้มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง พบผู้ป่วยมากที่สุดจำนวน 126 รายต่อวัน ภายหลังการเกิดธรณีพิบัติประมาณ 1 สัปดาห์ และจำนวนผู้ป่วยลดลงเหลือวันละประมาณ 100 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 2,950 ต่อหนึ่งแสนประชากร การเฝ้าระวังเชิงรุกทำให้พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1.7 เท่า เปรียบเทียบกับการเฝ้าระวังโรคระบบปกติในระยะเวลาเดียวกันกับปีที่ผ่านมา ที่มีอัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเพียง 1,758 ต่อหนึ่งแสนประชากร⁽³⁾ เช่นเดียวกันกับโรคแผลติดเชื้อและกลุ่มอาการไข้ ที่พบผู้ป่วยจำนวนมากที่สุดประมาณ 1 สัปดาห์ หลังเกิดคลื่นยักษ์สึนามิ และหลังจากนั้น จำนวนผู้ป่วยทั้งสองโรค ได้ลดจำนวนลงจนอยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่ รายงานเบื้องต้น พบว่า แผลติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียหลายชนิดร่วมกัน ตัวอย่างเช่น เชื้อ *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter spp.* และ *Escherichia coli* ส่วนผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ มีรายงานจำนวนไม่มากและไม่ได้เพิ่มจำนวนมากผิดปกติ

ผลจากการเฝ้าระวังโรคเชิงรุก อย่างเข้มแข็งในระยะเวลา 1 เดือน ภายหลังการเกิดคลื่นยักษ์สึนามิ ทำให้พบเหตุการณ์น่าสนใจ นำไปสู่การสอบสวนทางระบาดวิทยาจำนวน 9 เหตุการณ์ ซึ่งใน 7 เหตุการณ์เป็นอาการอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ ทีมงานได้ดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุและควบคุมป้องกันการระบาด โดยให้คำแนะนำเรื่องการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารและให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง จนไม่มีการระบาดของโรคในวงกว้าง และไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนอีก 2 เหตุการณ์ เป็นโรคมาลาเรีย ที่พบผู้ป่วยประปรายไม่กี่ราย และโรคไข้เลือดออกที่พบผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งยังไม่พบหลักฐานว่า เกี่ยวข้องกับการเกิดพิบัติภัยครั้งนี้

อภิปรายผล

ภายหลังการเกิดธรณีพิบัติในครั้งนี้ กรมควบคุมโรคได้จัดตั้งระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุกขึ้น ภายในเวลา 3 วัน ครอบคลุมทุกพื้นที่ ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง นับเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ที่มีการดำเนินการในลักษณะนี้ โดยอาศัยกำลังบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยงานต่าง ๆ ของกรมควบคุมโรค ที่มีที่ตั้งอยู่ภายนอกจังหวัด ที่เกิดธรณีพิบัติ และสามารถช่วยสนับสนุนการทำงานเฝ้าระวังโรคในเชิงรุก ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตรวจจับการระบาดของโรคและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ๆ ในพื้นที่ ได้ในเวลาอันรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีการเฝ้าระวังที่ศูนย์พักพิงชั่วคราว ซึ่งมีประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด ได้แก่ ชาวบ้านที่ได้รับผลกระทบและสูญเสียบ้านเรือน และกลุ่มเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร จากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยในพื้นที่

ประโยชน์จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ประการที่สำคัญที่สุดได้แก่ การตรวจจับการระบาดของโรค ในเวลาที่รวดเร็ว ซึ่งพบว่า ระบบเฝ้าระวังโรคนี้ ตรวจพบการระบาดของโรค ในขณะที่มีผู้ป่วย เพียงไม่กี่ราย ได้จำนวนหลายกลุ่ม ทำให้สามารถดำเนินการควบคุมและป้องกันโรค ไม่ให้แพร่ระบาดออกไปในวงกว้างได้เร็ว ซึ่งถ้าหากเป็นการเฝ้าระวังตามระบบปกติ ที่ดำเนินการในสถานบริการสาธารณสุข ในแบบตั้งรับแล้ว อาจจะตรวจพบการระบาดที่ล่าช้ากว่านี้ เพราะขาดกำลังเจ้าหน้าที่ ที่จะปฏิบัติงานด้านเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในสถานการณ์ฉุกเฉินนี้

ผลดีของการที่ระบบเฝ้าระวัง สามารถตรวจพบการระบาดได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การควบคุมโรคดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และสามารถยับยั้งการระบาด ให้อยู่ในพื้นที่จำกัด แม้ว่าประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุกนี้ จะอยู่ในระดับที่ดี แต่พบว่า ยังมีปัญหาและอุปสรรคบางประการ ประการแรก ได้แก่ ความซ้ำซ้อนของข้อมูล เมื่อผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาล มากกว่า 1 แห่ง จำนวนผู้ป่วยอาจจะถูกรายงานซ้ำได้ ประการที่สอง ได้แก่ การเปรียบเทียบอัตราการป่วย ไม่สามารถกระทำได้โดยตรง เนื่องจากวิธีการเฝ้าระวังที่แตกต่างกัน อย่างที่คาดหมายกันว่า ในระบบเฝ้าระวังเชิงรุกนี้ จะพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มจำนวนสูงขึ้นมาก เพราะจะมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยแพทย์ในศูนย์พักพิงชั่วคราวหลายแห่ง นอกเหนือไปจากหน่วยเฝ้าระวังในระบบปกติ นอกจากนี้ เมื่อจำนวนประชากรในพื้นที่เพิ่มขึ้นชั่วคราว จากการที่มีอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ จากหน่วยงานภายนอก เข้ามาทำงานในพื้นที่เป็นจำนวนมาก ทำให้ไม่ทราบขนาดของประชากรที่แท้จริง ที่ควรจะใช้คำนวณหาอัตราป่วย และประการสุดท้าย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ที่อาจจะใช้นิยามต่างกันไปบ้าง เช่น ในกรณีที่มีหน่วยแพทย์จากองค์กรระหว่างประเทศหรือหน่วยงานการกุศล เข้ามาร่วมให้บริการรักษาพยาบาล แพทย์แต่ละท่านอาจจะใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค ที่ไม่เหมือนกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย ประกาศศูนย์อำนวยการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากแผ่นดินไหว ฉบับที่ 57 วันที่ 25 มกราคม 2548
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค สรุปรายงานสถานการณ์โรคที่เฝ้าระวัง 1 เดือนหลังเหตุการณ์คลื่นยักษ์ภาคใต้ วันที่ 26 มกราคม 2548
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค รง 506 เดือนมกราคม 2547

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในจังหวัดภูเก็ต พังงา กระบี่ ระนอง สตูล และตรัง ตลอดจนอาสาสมัครทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมสนับสนุน การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคเชิงรุกอย่างดียิ่ง จนนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และขอ ขอบขอบคุณองค์การอนามัยโลก ประจำประเทศไทย และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH – U.S. CDC Collaboration) ที่ให้การสนับสนุนทางวิชาการและส่งผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข มาช่วยในเหตุ การณ์นี้ ด้วยความมีน้ำใจดี

ขอแสดงความชื่นชม ต่อการทำงานอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ของบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน จากกรมควบคุมโรค ที่ร่วมมือกันทำงานในทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรค และทีมควบคุมโรค ที่ได้ดำเนินกิจกรรมควบคุมป้องกันโรค อย่างเข้มแข็ง จนสามารถป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดใหญ่ของโรค ได้เป็นผลสำเร็จ สร้างชื่อเสียงให้กับประเทศไทย



สถานการณ์โรค/ภัย สำคัญ

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย

ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2547

สมาน สยามภูจินันท์ ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รับรายงาน ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จากสถานบริการ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2547 รวมทั้งสิ้น 351,183 ราย และมีผู้เสียชีวิต 84,706 ราย โดยจำแนกเป็น ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 260,996 ราย และมีผู้เสียชีวิต 73,633 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) ผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 90,187 ราย และมีผู้เสียชีวิต 11,073 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) เมื่อพิจารณา เฉพาะผู้ป่วยเอดส์ พบว่า

ผู้ป่วยเอดส์ เพศชายพบ 187,113 ราย เพศหญิง พบ 73,883 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 2.54 กลุ่มอายุ ที่พบมาก เป็นกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี พบว่า กลุ่มอายุ 30 – 34 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.76 รองลงมา อายุ 25 - 29 ปี (ร้อยละ 25.54) , อายุ 35 - 39 ปี (ร้อยละ 16.43), อายุ 20 - 24 ปี (ร้อยละ 9.33) และต่ำสุดในกลุ่ม อายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.19) อาชีพ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม, ว่าง งาน, ค้าขาย และแม่บ้าน (ร้อยละ 45.19, 21.21, 5.97, 4.48 และ 3.98 ตามลำดับ) อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน พบว่า ในปี พ.ศ.2547 ภาคเหนือ มีอัตราป่วยสูงสุด(อัตราป่วยเท่ากับ 26.47 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (อัตราป่วยเท่ากับ 26.33 ต่อประชากรแสนคน) ภาคใต้ (อัตราป่วยเท่ากับ 20.03 ต่อประชากรแสนคน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อัตราป่วยเท่ากับ 14.31 ต่อประชากรแสนคน) ปัจจัยเสี่ยง พบ จากการมีเพศสัมพันธ์ 216,752 ราย (ร้อยละ 83.78) ดิทยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 12,168 ราย (ร้อยละ 4.7) ติดเชื้อจากมารดา 10,796 ราย (ร้อยละ 4.16) และรับเลือด 61 ราย (ร้อยละ 0.02) โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium tuberculosis ,Pulmonary or extrapulmonary 75,172 ราย (ร้อยละ 29.52) รองลงมาคือ โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* 54,255 ราย (ร้อยละ 21.32), *Cryptococcosis* 41,917 ราย (ร้อยละ 16.28), *Candidiasis* ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด 13,499 ราย (ร้อยละ 5.28) และ Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 9,637 ราย (ร้อยละ 3.77) รายละเอียดอื่น ๆ ตามแผนภูมิ