

การสอบสวนการระบาดของโรคหิดในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 20–22 พฤศจิกายน 2567

พจนา ชูแสง¹ ธนวิทย์ จันท์เทียน¹ ธนพล ยิสารคุณ¹ ธนากร แถมเจริญ² ปราณี แสงนาค³ นันทิดา ธรรมวุฒา⁴

¹กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

²สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

⁴ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

*Corresponding author, ✉ pochana.choo8228@gmail.com

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค กรมควบคุมโรค ได้รับแจ้งจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2567 พบผู้ป่วยสงสัยโรคหิดเป็นกลุ่มก้อน ในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ทีมสอบสวนโรค จึงลงพื้นที่สอบสวนโรคเมื่อวันที่ 20–22 พฤศจิกายน 2567 เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค อธิบายลักษณะทางระบาดวิทยา ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการระบาด ให้ข้อเสนอแนะและมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา : ศึกษาระบาดของวิทยาเชิงพรรณนา โดยทบทวนสถานการณ์โรคหิด ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการคัน ร่วมกับมีผื่น ตุ่มแดง ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง มีรอยนูน ผิวหนังอักเสบเป็นหนอง อย่างน้อยหนึ่งอาการตามร่างกาย ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน–20 พฤศจิกายน 2567 และเก็บตัวอย่างยืนยันโดยชุดรอยโรคจากผู้ป่วยส่งด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจหาตัวหิดหรือไข่หิด ศึกษาระบาดของวิทยาเชิงวิเคราะห์ด้วยวิธี Retrospective cohort study เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการป่วย และสำรวจสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษา : พบผู้ป่วยทั้งหมด 106 ราย จากผู้รับบริการทั้งหมด 545 ราย คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 19.4 พบผู้ป่วยยืนยัน 2 รายที่พบตัวหิดและไข่หิด จากการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการทั้งหมด 19 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีอาการรุนแรง พบผู้ป่วยในกลุ่มมีปัญหาด้านจิตเวชมากที่สุด คือ ร้อยละ 67.9 ส่วนใหญ่มีอาการคันร้อยละ 94.3 ตำแหน่งที่พบส่วนใหญ่เป็นบริเวณง่ามนิ้วมือหรือหลังมือร้อยละ 34.0 โดยการนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วยสงสัยโรคหิด มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 2.74 เท่า (Adjusted odds ratio 2.74, 95% CI = 1.75–4.27) ดำเนินการควบคุมโรคโดยให้ยารักษาผู้ป่วยและผู้สัมผัสทุกอาการที่พบบ่อย แยกเสื้อผ้าและสิ่งของที่ใช้แล้วใส่ถุงดำมัดปากตาข่ายมัดไว้ 3 วันก่อนนำไปซักทำความสะอาด เฝ้าระวังโรคในสถานสงเคราะห์เป็นระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งไม่พบผู้ป่วยรายใหม่

สรุปและอภิปราย : การระบาดของโรคหิดในสถานสงเคราะห์แห่งนี้มีปัจจัยเอื้อต่อการระบาดจากการนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วยสงสัย ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีปัญหาจิตเวชทำให้การดูแลสุขลักษณะของตนเองไม่ดีและบางรายไม่สามารถแจ้งอาการป่วยทำให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้าซึ่งส่งผลให้เกิดการระบาด ทีมสอบสวนโรคเสนอแนะให้มีการสร้างระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อในสถานสงเคราะห์ ผูกอบรมผู้รับบริการที่ดูแลในแต่ละอาคารให้สามารถสังเกตอาการโรคติดต่อและรายงานเจ้าหน้าที่พยาบาลในสถานสงเคราะห์ ในกรณีที่กรณีพบผู้ป่วยสงสัย รวมทั้งจัดห้องแยกโรคในแต่ละอาคารที่พบบ่อยของผู้รับบริการ เพื่อแยกผู้ป่วยสงสัยและป้องกันการแพร่ระบาด

คำสำคัญ : หิด, จิตเวช, สถานสงเคราะห์, นนทบุรี

Investigation of scabies outbreak in homeless shelter, Pak Kret District, Nonthaburi Province, Thailand, November 20–22, 2024

Pochana Choosang¹, Thanawadee Chanthian¹, Thanaphon Yisankhun¹, Thanakarn Thaemcharoen²

Pranee Seangnakh³, Nantida Thumwutta⁴

¹*Division of Epidemiology, Department of Disease Controls, Ministry of Public Health, Thailand*

²*Office of Disease Prevention and Control Region 4 Saraburi, Ministry of Public Health, Thailand*

³*Nonthaburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health, Thailand*

⁴*Panyanantaphikkhu Chonprathan Medical Center, Srinakharinwirot University*

* Corresponding author, ✉ pochana.choo8228@gmail.com

Abstract

Background: A joint investigation team (JIT) of the Department of Disease Control was notified by the Office of Disease Prevention and Control 4, Saraburi, on November 19, 2024 of a suspected scabies cluster at a homeless shelter in Pak Kret District, Nonthaburi. The JIT conducted an investigation from November 20 to 22, 2024, to confirm the diagnosis, describe epidemiological characteristics, identify risk factors, and provide recommendations for appropriate prevention and control measures.

Methods: We reviewed the scabies outbreak situation in Nonthaburi and screened patients who had itching symptoms, along with any of the following symptoms: rash, red bumps, clear blisters, pustules, raised spots, and pus-filled dermatitis during June 1 to November 20, 2024. To confirm diagnosis, skin scraping from the affected area was randomly collected and sent for mites or eggs by microscopic examination. A retrospective cohort study was performed to identify risk factors of developing scabies. Additionally, an environmental study was conducted. Control measures were implemented.

Results: Of 545 residents, 106 cases were identified (19.4%). Mites and eggs were detected in 2 cases from 19 cases examined. No one showed severe symptoms. The most common symptom was itching (94.3%), with lesions on finger web and hand (34%). Most of the cases had psychiatry disease (67.9%). Sleeping close by a suspected case was a significant risk factor (Adjusted odds ratio = 2.74, 95% CI: 1.75–4.27). We provided treatment and prophylaxis for contacts. Clothes and personal items were disinfected by sealing in bags and drying in the sun for three days before washing. After monitoring for three months, no new cases were detected.

Conclusions and Discussions: The scabies outbreak was confirmed by detecting mites and eggs from patients. Most of the cases were psychiatric patients, contributing to poor personal hygiene, unable to report symptoms and delayed diagnosis and treatment. The investigation team recommended training delegates to monitor symptoms and report to staff. Isolation rooms should be designed in each residential building to separate suspected cases and prevent disease transmission.

Keywords: scabies, psychiatric, homeless shelter, Nonthaburi

ความเป็นมา

โรคหิด เกิดจากการติดเชื้อไรต์ *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* สามารถติดต่อทางการสัมผัสโดยตรงทางผิวหนัง หรือการใช้สิ่งของร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ ในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคหิด (Scabies) ทั่วโลกมากกว่า 200 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 400 ล้านคนต่อปี ในประเทศเขตร้อนและมักพบการระบาดในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น⁽¹⁾ เช่น สถานสงเคราะห์⁽²⁾ สถานดูแลผู้สูงอายุ⁽³⁾ เรือนจำ⁽⁴⁻⁷⁾ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการคัน โดยเฉพาะเวลาตอนกลางคืน มีผื่นหรือตุ่มตามร่างกาย เช่น บริเวณง่ามนิ้วมือ รักแร้ ข้อพับ ระยะฟักตัวของโรค 4–8 สัปดาห์ ในกรณีที่ติดเชื้อซ้ำระยะฟักตัว 1–4 วัน⁽⁸⁾ ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการสามารถแพร่เชื้อได้⁽⁹⁾

จากการทบทวนสถานการณ์โรคหิดของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2567 จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหิดในประเทศไทย 201,970 ราย เมื่อแยกจำนวนผู้ป่วยแต่ละปี พบว่าปี พ.ศ. 2562 จำนวน 50,678 ราย ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 44,446 ราย ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 26,900 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 26,930 ราย ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 34,130 ราย และปี พ.ศ. 2567 (มกราคม–สิงหาคม) จำนวน 18,886 ราย ซึ่งจำนวนผู้ป่วยปี พ.ศ. 2566 และปี พ.ศ. 2567 มีแนวโน้มต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง โดยปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในเดือนตุลาคม เมื่อทบทวนข้อมูลเหตุการณ์ระบาดของโรคหิดในประเทศไทยจากรายงานการเฝ้าระวังเหตุการณ์จากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event based surveillance: EBS) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562–2567 พบว่าเหตุการณ์ระบาดของโรคหิด ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเรือนจำมากที่สุด 6 เหตุการณ์ รองลงมาเป็นสถานที่พักพิง 5 เหตุการณ์ และบ้านพักดูแลผู้สูงอายุ 3 เหตุการณ์ โดยตั้งแต่เดือนมกราคม–พฤศจิกายน 2567 พบเหตุการณ์ระบาดของโรคหิดในจังหวัดนนทบุรี 3 เหตุการณ์ เป็นการระบาดของโรคหิดในบ้านพักดูแลผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จำนวน 2 เหตุการณ์ ครั้งที่ 1 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2567 และเหตุการณ์ที่ 3 เป็นการระบาดของโรคหิดในสถานสงเคราะห์ อำเภอปากเกร็ด

วันที่ 19 พฤศจิกายน 2567 ทีมรับแจ้งเหตุการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับแจ้งจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี พบผู้ป่วยสงสัยโรคหิดเป็นกลุ่มก้อน ในสถานสงเคราะห์แห่งหนึ่ง อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี มีผู้รับบริการทั้งหมดที่พักในสถานสงเคราะห์ประมาณ 560 คน โดยพบผู้รับบริการที่มีอาการคัน มีผื่น และตุ่มน้ำตามร่างกาย จำนวน 51 ราย อาศัยในทุกอาคารที่พัก ทีมสอบสวนโรค จึงลงพื้นที่สอบสวนโรค ในวันที่ 20–22 พฤศจิกายน 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและการระบาดของโรค
2. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาการระบาด
3. เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการระบาด
4. เพื่อให้ข้อเสนอแนะมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดของวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของสถาน-สงเคราะห์ และการระบาดของโรคหิดในสถานสงเคราะห์แห่งนี้

1.2 ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่ โดยคัดกรองอาการทางผิวหนังในกลุ่มผู้รับบริการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการที่อาศัยหรือทำงานในสถานสงเคราะห์ ตามแบบสอบถามคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไป (อายุ เพศ โรคประจำตัว และประวัติการเดินทาง) สถานที่ (อาคารที่พัก และชั้น) อาการของโรค (วันที่เริ่มมีอาการ อาการ การรักษา ประเภ และตำแหน่งของผื่น) พฤติกรรมและกิจกรรม (พฤติกรรมและสุขอนามัย กิจกรรมการสัมผัสกับผู้ป่วยสงสัย) โดยกำหนดนิยาม ดังนี้

ผู้รับบริการ หมายถึง คนไร้ที่พึ่ง คนขอทาน ผู้ป่วยที่สิ้นสุดการรักษาจากโรงพยาบาลที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ผู้ที่ขาดผู้อุปการะที่อยู่ในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพฯ ที่เข้ามาอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์ จังหวัดนนทบุรี ที่ให้ประวัติ

มีอาการคัน ร่วมกับมีผื่น ตุ่มแดง ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง มีรอยบุ๋ม ผิวหนังอักเสบเป็นหนอง อย่างน้อยหนึ่งอาการตามร่างกาย ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน–20 พฤศจิกายน 2567

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย ที่แพทย์วินิจฉัย

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirm case) หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการขูดผิวหนังผู้ป่วยพบ ตัวหิดหรือไข่หิด

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และค่าร้อยละ

2. การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ

เก็บตัวอย่างผู้ป่วยที่มีอาการและได้รับการวินิจฉัยจาก แพทย์ในวันที่ลงสอบสวนโรค โดยการขูดผิวหนังบริเวณที่มีรอยโรคและส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อตรวจหาตัวหิดหรือไข่หิด ทีมสอบสวนโรคยืนยันการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการจากการ ส่องกล้องจุลทรรศน์พบตัวหิด ไข่ เปลือกไข่ หรืออุจจาระ (Scybala) ในวันที่ลงสอบสวนโรค

3. การศึกษาสภาพแวดล้อม

สำรวจสภาพแวดล้อมภายในสถานสงเคราะห์ และ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการทำความสะอาด มาตรการเฝ้า-ระวังและควบคุมโรคติดต่อ การดูแลสุขอนามัยของผู้รับบริการ กิจกรรมภายในสถานสงเคราะห์ สุ่มเก็บตัวอย่างจากพื้นที่อาคาร ที่ผู้รับบริการพักอาศัย และสิ่งของที่ผู้ใช้บริการที่ใช้ร่วมกัน เช่น ที่นอน หมอน ในทุกอาคารที่พัก และส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจหาตัวหิดหรือไข่หิด

4. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

ศึกษาแบบ Retrospective cohort study เพื่อหา ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหิดในสถานสงเคราะห์ โดยการ สัมภาษณ์กลุ่มผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ทั้งหมดที่อยู่ในสถาน สงเคราะห์ โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วย เข้าข่าย และผู้ป่วยยืนยันตามนิยามในการศึกษาและกลุ่มผู้ที่ไม่ ป่วย หมายถึง ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ที่ไม่มีอาการป่วยตามนิยามการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ โปรแกรม STATA 16 หาความสัมพันธ์ของตัวแปรเดียวกับการ เกิดโรค โดยใช้สถิติ Chi-square แสดงความสัมพันธ์ด้วยค่า

Risk ratio (RR) with 95% Confidence interval (CI) และ P-value สำหรับตัวแปรที่มีค่า P-value น้อยกว่า 0.2 นำมา วิเคราะห์ แบบพหุตัวแปรด้วยสถิติ Multiple logistic regression แสดงความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odd ratios (Adj OR) และ 95% CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสอบสวน โรคตามมาตรฐานการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคและภัย สุขภาพ ได้รับการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมควบคุมโรค อย่างไรก็ตาม การนำเสนอผลการศึกษารั้งนี้ได้ คำนึงถึงและเคารพต่อหลักจริยธรรมการวิจัย โดยจะนำเสนอ เป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และไม่นำเสนอข้อมูลที่สามารถระบุข้อมูลตัวตนของผู้ป่วย

ผลการสอบสวน

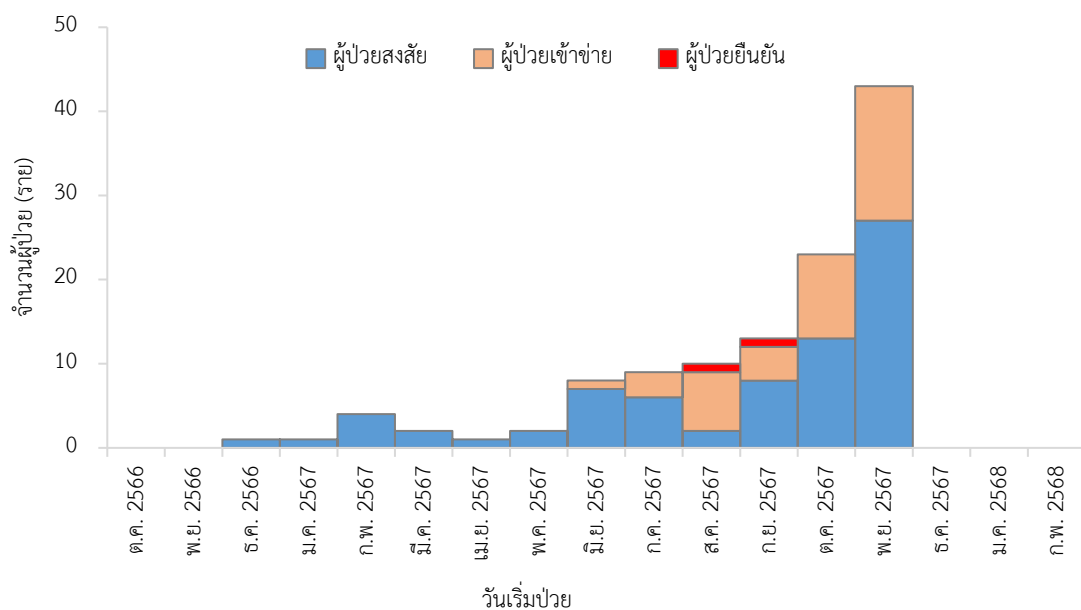
1. ข้อมูลทั่วไป

สถานสงเคราะห์แห่งนี้เป็นหน่วยงานภาครัฐสังกัด กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและ-ความมั่นคงของมนุษย์ ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลคนไร้ที่พึ่งที่อยู่ใน จังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร มีบุคลากรทั้งหมด 581 ราย แบ่งเป็น ผู้รับบริการ 546 ราย และเจ้าหน้าที่ 35 ราย ผู้รับบริการ ที่เป็นคนไร้ที่พึ่งและมีปัญหาจิตเวช 362 ราย (ร้อยละ 66.3) พิกัดทางการเคลื่อนไหว 92 ราย (ร้อยละ 16.8) ติดเตียง 10 ราย (ร้อยละ 1.8) ผู้สูงอายุ 140 ราย (ร้อยละ 25.6) ในพื้นที่สถาน-สงเคราะห์แบ่งเป็นอาคารอำนวยการ เรือนพยาบาล บ้านพัก เจ้าหน้าที่ โรงซักฟอก อาคารพยาบาล และอาคารที่พักของ ผู้ใช้บริการ จำนวน 7 อาคาร ผู้เข้ารับบริการที่มาใหม่จะถูก แยกไว้ที่ห้องแรกรับโดยแบ่งตามเพศ ผู้เข้ารับบริการเพศชายจะ แยกกักที่อาคาร 1 ผู้เข้ารับบริการเพศหญิงจะแยกกักที่อาคาร 2 และ 3 เป็นระยะเวลาเวลา 7 วัน ก่อนย้ายไปอยู่ในแต่ละอาคาร ผู้รับบริการได้รับการตรวจสุขภาพ 1 ครั้งต่อเดือน จากศูนย์การ-แพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทาน และจากการสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ พบว่าสถานสงเคราะห์แห่งนี้ไม่เคยมีการระบาดของ โรคหิดมาก่อน

2. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

จากจำนวนบุคลากรในสถานสงเคราะห์ฯ ทั้งหมด 581 ราย ซึ่งเป็นผู้รับบริการ 546 ราย และเจ้าหน้าที่ 35 ราย สามารถคัดกรองได้ทั้งหมด 545 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.8 โดยเป็นผู้รับบริการ 518 ราย และเจ้าหน้าที่ 27 ราย พบผู้ป่วยที่เข้านิยามการสอบสวนโรค (ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยเข้าข่ายและผู้ป่วยยืนยัน) ทั้งหมด 106 ราย คิดเป็นอัตราป่วย (Attack rate) รวมร้อยละ 19.4 (106/545) ซึ่งพบเป็นผู้รับบริการทั้งหมด โดยเป็นผู้ป่วย

สงสัย 63 ราย (ร้อยละ 59.4) ผู้ป่วยเข้าข่าย 41 ราย (ร้อยละ 38.7) และผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย (ร้อยละ 1.9) ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีอาการระหว่างช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2567 โดยพบผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์รายแรกที่มีอาการเดือนธันวาคม 2566 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2567 และพบผู้ป่วยรายสุดท้ายเดือนพฤศจิกายน 2567 ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยเข้าข่าย และผู้ป่วยยืนยัน โรคหัดในสถานสงเคราะห์ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี จำแนกตามวันเริ่มป่วย

เมื่อวิเคราะห์อัตราป่วยจำแนกตามข้อมูลทั่วไป พบว่าอัตราป่วยในเพศชาย (ร้อยละ 20.0) สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 18.3) เล็กน้อย พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชพบอัตราป่วยร้อยละ 19.8 ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้พบมีอัตราป่วยร้อยละ 26.1 โดยสูงกว่าผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ซึ่งมีอัตราป่วยร้อยละ 18.1 สำหรับประวัติการเดินทางไปนอกสถานสงเคราะห์ ไม่พบความแตกต่างมากนัก ระหว่างผู้ที่มีประวัติเดินทาง กับผู้ไม่มีประวัติเดินทาง ส่วนกิจกรรมและพฤติกรรม พบว่าผู้ที่ใกล้ชิดมีอาการผื่น/ตุ่มคันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ร้อยละ 35.9 รองลงมา คือ ผู้ที่นอนในห้องเดียวกันกับผู้มีอาการผื่น/ตุ่มคันซึ่งมีอัตราป่วยร้อยละ 30.2 ดังตารางที่ 1

ส่วนใหญ่มีอาการคัน (ร้อยละ 94.3) รองลงมา คือ มีผื่น (ร้อยละ 64.2) และตุ่มแดง (ร้อยละ 29.2) ส่วนตำแหน่งที่พบรอยโรค ส่วนใหญ่เป็นบริเวณง่ามนิ้วมือหรือหลังมือ ร้อยละ 34.0 รองลงมา คือ แขน (ร้อยละ 30.2) และขาหนีบหรืออวัยวะเพศ (ร้อยละ 25.5) ดังตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์การป่วยจำแนกตามอาคารที่พัก พบผู้ป่วยในทุกอาคาร โดยพบอัตราป่วยสูงในอาคาร 1-5 ซึ่งมีพื้นที่เฉลี่ยต่อคนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับอาคาร 6-7 ซึ่งมีพื้นที่เฉลี่ยต่อคนมากกว่าจะพบอัตราป่วยที่ต่ำกว่า โดยอัตราป่วยสูงสุดในอาคาร 5 (ร้อยละ 30.2) รองลงมา คือ อาคาร 3 (ร้อยละ 22.6) และอาคาร 1 (ร้อยละ 21.8) ดังตารางที่ 3

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 106 ราย ได้เก็บตัวอย่างโดยการชุบบริเวณที่มีรอยโรคและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.9 (19/106) ผลพบ

ผู้ป่วยที่มีตัวหิดหรือไข่หิด 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.5 (2/19) ผลการสำรวจและเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมบริเวณพื้นปูนร่องพื้นไม้ ที่นอน หมอน ในอาคารที่พักอาศัยของผู้รับบริการทั้ง 7 อาคาร จำนวน 29 ตัวอย่าง ผลไม่พบตัวหิดหรือไข่หิด

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราป่วย ของผู้ป่วยโรคหิดในสถานสงเคราะห์ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	อัตราป่วย (ร้อยละ)
รวมทั้งหมด	106	19.4
เพศ		
ชาย	72	20.0
หญิง	34	18.3
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 15	1	25.0
16-30	7	24.1
31-45	33	20.6
46-60	44	18.6
มากกว่า 60	21	18.3
โรคประจำตัว*		
จิตเวช	72	19.8
ความดันโลหิตสูง	13	3.5
ไขมันในเลือดสูง	11	2.7
โรคหลอดเลือดสมอง	7	2.4
เบาหวาน	6	1.4
อื่น ๆ เช่น HIV ลมชัก หัวใจ วัณโรค พาร์กินสัน ตับอักเสบ	9	40.9
การช่วยเหลือตัวเอง		
ช่วยเหลือตัวเองได้	82	18.1
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	24	26.1
ประวัติการเดินทาง		
เดินทางไปข้างนอกสถานสงเคราะห์	26	20.0
ไม่ได้เดินทางไปข้างนอกสถานสงเคราะห์	80	19.3
กิจกรรม*		
อาบน้ำทุกวัน	102	19.2
สระผมด้วยแชมพูทุกวัน	76	18.9
นอนในห้องเดียวกันกับผู้มีอาการผื่น/ตุ่มคัน	62	30.2
ใช้แก้วน้ำ หรือช้อนส้อมร่วมกับผู้อื่น	59	24.3
ใช้ผ้าปูที่นอน/หมอน/หรือผ้าห่มร่วมกับผู้อื่น	48	25.4
ใช้เตียง/โซฟา/เบาะรองนอนร่วมกับผู้อื่น	40	24.8
ซักผ้าด้วยตัวเอง	31	17.7
ใช้ผ้าเช็ดหน้า/ผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้อื่น	29	23.0
มีผู้ใกล้ชิดมีอาการผื่น/ ตุ่มคันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	28	35.9
สัมผัสสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น สุนัข หรือแมว	23	16.8
เข้าร่วมกิจกรรมกายภาพบำบัด	20	24.4

*ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีโรคประจำตัว และทำกิจกรรม ได้มากกว่า 1 อย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของผู้ป่วยโรคหิดในสถานสงเคราะห์
อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี จำแนกตามอาการและตำแหน่ง
ที่พบรอยโรค (N = 106)

อาการและตำแหน่งที่พบรอยโรค*	จำนวน	ร้อยละ
อาการ		
คัน	100	94.3
ผื่น	68	64.2
ตุ่มแดง	31	29.2
ตุ่มหนอง	9	8.5
ตุ่มน้ำใส	9	8.5
รอยนูน	9	8.5
ผิวหนังเป็นหนอง	3	2.8
ตำแหน่ง		
ง่ามนิ้วมือหรือหลังมือ	36	34.0
แขน	32	30.2
ขาหนีบหรืออวัยวะเพศ	27	25.5
ฝ่ามือ	26	24.5
ลำตัว	25	23.6
ง่ามเท้าหรือหลังเท้า	25	23.6
หลัง	20	18.9
ฝ่าเท้า	11	10.4
ข้อพับขา	9	8.5
รักแร้	7	6.6

*ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีอาการ/ตำแหน่งที่พบรอยโรค มากกว่า 1 อย่าง/แห่ง

4. ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม

ผู้รับบริการทั้งหมดอาศัยอยู่ในอาคารที่พัก 1-7 ลักษณะอาคาร 1-5 เป็นอาคารสองชั้นเปิดโล่ง ชั้นล่างเป็นพื้นปูน และชั้นบนเป็นพื้นไม้มีร่อง ห้องอาบน้ำรวมอยู่ชั้นล่าง ห้องสุขามีทั้งชั้นบนและล่าง อาคาร 6-7 เป็นอาคารชั้นเดียวมีพื้นไม้มีร่อง มี

เจ้าหน้าที่ดูแลประจำอาคารละ 1 คน โดยอาคาร 1 และ 4-7 เป็นอาคารที่พักผู้รับบริการชาย ส่วนอาคาร 2-3 เป็นอาคารที่พักผู้รับบริการหญิง อาคารที่ผู้ป่วยยืนยันพักอาศัยเป็นอาคารอัตราป่วยสูง (อาคาร 5 อัตราป่วยร้อยละ 32.3 และอาคาร 3 อัตราป่วยร้อยละ 22.2) เป็นอาคารที่มีพื้นที่ความหนาแน่นของผู้รับบริการน้อยกว่าอาคารอื่น ๆ (อาคาร 5 พื้นที่เฉลี่ย 2.2 ตารางเมตรต่อคน และอาคาร 3 พื้นที่เฉลี่ย 2.0 ตารางเมตรต่อคน) ผู้รับบริการรับผิดชอบทำความสะอาดอาคารที่พักโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ควบคุม โดยทำความสะอาด 2 ครั้งต่อวัน (เช้า-เย็น) และทำความสะอาดใหญ่ในทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ เสื้อผ้าที่ใช้แล้วของผู้รับบริการจะถูกรวมใส่ตะกร้าของแต่ละอาคารและส่งซักที่โรงซักผ้าส่วนกลาง ที่ใช้เครื่องซักผ้าและเครื่องอบผ้าที่อุณหภูมิ 62-90 องศาเซลเซียส เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง แต่บางผู้รับบริการบางคนซักเองโดยไม่ใช้น้ำยาซักผ้า ส่วนใหญ่ใช้ที่นอน หมอน ผ้าห่มผ้าเช็ดตัวร่วมกัน เนื่องจากมีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ

5. ผลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์

จากการสัมภาษณ์และคัดกรองผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ทั้งหมด 545 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการป่วยเป็นโรคหิด ด้วย Univariate analysis พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหิด ได้แก่ การนอนใกล้กับผู้ป่วยสงสัยโรคหิด การใช้เตียง โซฟา เบาะรองนอนร่วมกัน การใช้ผ้าปูที่นอน หมอน หรือผ้าห่มร่วมกับผู้อื่น การใช้แก้วนํ้าหรือช้อนส้อมร่วมกับผู้อื่น และการใกล้ชิดกับผู้ที่มีการคันในช่วง 6 เดือน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและอัตราป่วย ของผู้ป่วยโรคหิดในสถานสงเคราะห์ อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี จำแนกตามพื้นที่อาคารที่พัก

อาคาร	พื้นที่		จำนวน		อัตราป่วย (ร้อยละ)
	ทั้งหมด (ตร.ม.)	ความหนาแน่น (ตร.ม./คน)	ทั้งหมด	ป่วย	
1	216	2.5	87	19	21.8
2	216	2.8	78	10	12.8
3	216	2.0	108	24	22.2
4	216	2.5	88	18	20.5
5	216	2.2	99	32	32.3
6	350	5.5	64	2	3.1
7	206	9.8	22	1	4.6
ทั้งหมด	1,646	3.0	546	106	19.4

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหิด (P-value < 0.2) มาวิเคราะห์ต่อแบบหลายตัวแปรด้วยสถิติ Multiple logistic regression พบว่าผู้ที่อยู่ใน

สถานสงเคราะห์ที่นอนใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคหิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj OR = 2.74, 95%CI = 1.75–4.27) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการป่วยเป็นโรคหิด โดยการวิเคราะห์ Univariate analysis

ปัจจัย	สัมผัส			ไม่ได้สัมผัส			Risk ratio	95% CI	P-value
	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนทั้งหมด	ร้อยละที่ป่วย	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนทั้งหมด	ร้อยละที่ป่วย			
โรคประจำตัว (จิตเวช)	72	364	19.8	34	181	18.8	1.46	0.88-2.42	0.125
ช่วยเหลือตัวเองได้	82	453	18.1	24	92	26.1	0.69	0.46-1.03	0.078*
อาบน้ำทุกวัน	102	532	19.2	4	13	30.8	0.62	0.27–1.43	0.297
ใช้แชมพูสระผม	76	402	18.9	30	143	21.0	0.90	0.62–1.31	0.591
นอนใกล้กับผู้ป่วยสงสัยโรคหิด	62	205	30.2	44	340	12.9	2.33	1.65-3.30	<0.001*
ใช้เตียง โซฟา เบาะรองนอนร่วมกัน	40	161	24.9	66	384	17.2	1.45	1.02-2.05	0.039*
ใช้ผ้าปูที่นอน หมอน หรือผ้าห่มร่วมกับผู้อื่น	48	189	25.4	58	356	16.3	1.56	1.11-2.19	0.011*
ใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือผ้าเช็ดตัวร่วมกับผู้อื่น	29	126	23.0	77	419	18.4	1.25	0.86–1.83	0.249
ใช้แก้วน้ำหรือช้อนส้อมร่วมกับผู้อื่น	59	243	24.3	47	302	15.6	1.56	1.11–2.20	0.011*
ซักผ้าเอง	31	175	17.7	75	370	20.3	0.87	0.59–1.28	0.481
เข้าร่วมกิจกรรมนวดผ่อนคลาย	20	82	24.4	86	463	18.6	1.31	0.86–2.01	0.220
สัมผัสสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม	23	137	16.8	83	408	20.3	0.83	0.54–1.26	0.363
ใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคันในช่วง 6 เดือน	40	103	38.8	66	345	19.1	2.03	1.47–2.81	<0.001*

* P-value < 0.2

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการป่วยเป็นโรคหิด โดยการวิเคราะห์ Multiple logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง	Adjusted odds ratio	95% CI
โรคประจำตัว (จิตเวช)	1.11	0.67–1.83
ช่วยเหลือตัวเองได้	0.55	0.31–0.97
นอนใกล้กับผู้ป่วยสงสัยโรคหิด	2.74	1.75–4.27
ใช้ผ้าปูที่นอน/หมอน/หรือผ้าห่มร่วมกับผู้อื่น	1.41	0.87–2.28
ใช้แก้วน้ำหรือช้อนส้อมร่วมกับผู้อื่น	1.28	0.79–2.08

6. ผลการเฝ้าระวังโรค

ติดตามการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคตามแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคหิดจากเจ้าหน้าที่ประจำเรือนพยาบาลของสถานสงเคราะห์ต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา 3 เดือน (2 เท่าของระยะฟักตัวของโรค) ตั้งแต่วันที่ 22 พฤศจิกายน 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 ไม่มีรายงานผู้ป่วยสงสัยโรคหิดในสถานสงเคราะห์เพิ่มเติม

มาตรการควบคุมและป้องกันโรค

1. แยกการใช้สิ่งของที่สามารถปนเปื้อนเชื้อได้ เช่น เครื่องนุ่งห่ม ชุดเครื่องนอน อุปกรณ์ส่วนตัวต่าง ๆ
2. นำหมอนและที่นอนมาตากแดด ผ้าห่ม ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอนควรนำมาซักด้วยผงซักฟอกอย่างน้อยอาทิตย์ละ 1 ครั้ง ทำความสะอาดพื้นอาคารด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกวัน

3. ผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง ควรใส่ถุงมือขณะปฏิบัติงาน เช่น การอาบน้ำ ทำกายภาพ การอุ้มขึ้นรถเข็น ฯลฯ

4. ในกรณีที่พบผู้ป่วยสงสัย ให้แยกเสื้อผ้าผู้ป่วย และผู้รับบริการที่อยู่ในอาคารเดียวกันออกจากกันก่อนซัก และเพิ่มระดับอุณหภูมิเครื่องอบผ้าให้มากกว่า 60 องศาเซลเซียส เป็นเวลานาน 20–30 นาที

5. ทายา Permethrin 5% cream หรือยา Benzyl benzoate 10–25% emulsion ให้ผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยทุกอาคาร หลังอาบน้ำเสร็จตอนเย็น ทาทั้งไว้ 8–14 ชั่วโมงแล้วล้างออกในตอนเช้า ทาซ้ำอีกครั้งใน 1 สัปดาห์ และควรสวมถุงมือยางเมื่อทายาให้ผู้ป่วย

6. สร้างระบบการเฝ้าระวังโรคในอาคารที่พักของผู้รับบริการโดยให้ผู้ดูแลแต่ละตึกเฝ้าระวัง และรายงานเจ้าหน้าที่พยาบาลของสถานสงเคราะห์เป็นประจำทุกสัปดาห์ หากพบผู้ป่วยสงสัยให้รายงานหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อเข้าให้การรักษาและควบคุมการแพร่ระบาด

อภิปรายผลการศึกษา

การสอบสวนครั้งนี้สามารถยืนยันว่าเป็นการระบาดของโรคหิด เนื่องจากพบตัวหิดและไข่หิดในผู้ป่วย 2 ราย อัตราป่วยของเหตุการณ์ครั้งนี้ใกล้เคียงกับการระบาดของโรคหิดในเรือนจำ จังหวัดภูเก็ต⁽⁶⁾ รวมทั้งอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่คล้ายกับการระบาดของโรคหิดในบ้านพักคนชรา^(3,10-13) เรือนจำ⁽⁴⁻⁷⁾ และสถานดูแลพักฟื้นระยะยาว^(11,14) จากข้อมูลการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยการนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วยสงสัยโรคหิดมีความเสี่ยงในการติดโรคหิดเพิ่มขึ้น 2.74 เท่า (Adj OR = 2.74, 95% CI = 1.75–4.27) ซึ่งสัมพันธ์กับการสอบสวนโรคหิดในสถานสงเคราะห์คนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่⁽²⁾ ส่วนปัจจัยโรคประจำตัว (จิตเวช) ของผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์แห่งนี้ไม่พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเสี่ยงเป็นโรคหิด (Adj OR 1.11, 95% CI = 0.67–1.83) อย่างไรก็ตามมีงานศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าโรคประจำตัวที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหิด ได้แก่ โรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน เช่น วัณโรค HIV และมะเร็งระบบเลือด^(15,16)

จากการทบทวนข้อมูลสภาพแวดล้อมของสถานสงเคราะห์ พบว่าสถานสงเคราะห์แห่งนี้มีพื้นที่จำกัดและผู้ใช้บริการจำนวนมากทำให้ผู้รับบริการอยู่อาศัยร่วมกันอย่างแออัด อัตราค่าจ้างของเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ⁽¹⁰⁾ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเฝ้าระวังโรคในสถานสงเคราะห์ รวมทั้งอาการของโรคหิด ยังคล้ายคลึงกับโรคผิวหนังอื่น ๆ เช่น ผื่นแพ้และโรคผิวหนังอักเสบ^(17,18) และระยะพักตัวของโรคหิดที่มีระยะเวลานาน 2–6 สัปดาห์ จึงทำให้ผู้ป่วยสงสัยได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า

ข้อจำกัดในการสอบสวน

ข้อจำกัดด้านเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสงสัยโรคหิด เนื่องจากโรคหิดเป็นโรคที่คล้ายกับโรคผิวหนังอื่น ๆ และมีระยะเวลาพักตัวนาน การสัมภาษณ์ข้อมูลอาการป่วยย้อนหลังนานเกิน 5 เดือน ทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่สามารถจำเหตุการณ์หรือช่วงเวลาที่ป่วยได้ชัดเจน (Recall bias) ความคลาดเคลื่อนระหว่างการเก็บข้อมูลของผู้สัมภาษณ์ (Interview bias) และความคลาดเคลื่อนจากตีความคำถาม (Misclassification bias) ซึ่งอาจส่งผลให้ค่า OR ลดลงจากความเป็นจริง

การป้องกันควบคุมโรคหิดในสถานสงเคราะห์อาจทำได้จำกัด เนื่องจากโรคหิดเป็นโรคที่ไม่ค่อยพบเหตุการณ์การระบาดในประเทศไทย ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทยจึงไม่มีการสำรองยารักษาโรคหิด ทำให้จำนวนยารักษาโรคหิดมีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้สัมผัสผู้ป่วยสงสัยโรคหิดในสถานสงเคราะห์

สรุปผลการสอบสวน

การระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดของโรคหิด ในกลุ่มผู้รับบริการเพศชาย ในกลุ่มอายุ 40–59 ปี มีโรคประจำตัว (จิตเวช) ที่มีอาการคันบริเวณง่ามมือหรือหลังมือ โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการระบาดคือการนอนใกล้ชิดกับผู้ป่วยสงสัยโรคหิด เนื่องจากยังระยะพักตัวของโรคหิดที่นาน อาการของโรคคล้ายคลึงกับโรคผิวหนังอื่น ๆ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัย รวมทั้งในสถานสงเคราะห์แห่งนี้ ขาดแคลนบุคลากรและขาดระบบการเฝ้าระวังโรคในแต่ละอาคารที่พักของผู้รับบริการ จึงทำให้มีการแพร่ระบาดของโรคมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน

หลังการสอบสวนการระบาด ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งบ่งชี้ว่าการระบาดของโรคติดเชื้อในสถานสงเคราะห์แห่งนี้มีแนวโน้มที่จะอยู่ภายใต้การควบคุมแล้ว

ข้อเสนอแนะ

สถานสงเคราะห์

1. เพิ่มความเข้มข้นของมาตรการการทำความสะอาดในสถานสงเคราะห์ การซักเสื้อผ้าและเครื่องนอนที่อุณหภูมิ 50–60°C เป็นเวลาอย่างน้อย 20 นาที และอบด้วยความร้อนต่อเนื่องอีก 10 นาที ถ้าเป็นสิ่งของที่ไม่สามารถซักได้ ควรบรรจุในถุงพลาสติก ปล่อยให้สัมผัสแสงแดดอย่างน้อย 3 วัน และทำความสะอาดก่อนนำกลับมาใช้ใหม่

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในสถานสงเคราะห์ ควรสวมถุงมือเมื่อต้องสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยบริการ ล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังการปฏิบัติงาน หรือใช้แอลกอฮอล์เจลฆ่าเชื้อ

3. เพิ่มมาตรการส่งเสริมสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์ ให้ผู้รับบริการตัดเล็บให้สั้นและรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลหลีกเลี่ยงการใช้ผ้าขนหนู ผ้าห่ม หมอน และแก้วน้ำร่วมกัน โดยสถานสงเคราะห์จัดเตรียมอุปกรณ์ส่วนตัวให้เพียงพอสำหรับผู้รับบริการทุกคน

4. การสร้างระบบเฝ้าระวังโรคในสถานสงเคราะห์ ฝึกอบรมผู้ดูแลในแต่ละอาคารให้สามารถสังเกตอาการของผู้รับบริการและรายงานกรณีพบผู้ป่วยสงสัยต่อบุคลากรทางการแพทย์ของสถานที่และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ จัดห้องแยกโรคในแต่ละอาคารเพื่อแยกผู้ป่วยสงสัยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ

หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

1. เตรียมความพร้อมของเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การรักษาในกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ

2. ร่วมกับสถานสงเคราะห์พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคในสถานสงเคราะห์ เพื่อให้สามารถแจ้งเตือนโรคระบาดได้อย่างรวดเร็ว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้อำนวยการ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนยารักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อสอบสวน โรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการในสถานสงเคราะห์ในอำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่ช่วยให้การสอบสวนโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

Reference

1. World Health Organization. Scabies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 May 31 [cited 2025 Mar 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
2. Tongbunjoop K. Investigation of a scabies outbreak in an elderly nursing home in Muang district, Chiang Mai, October 2013. Weekly Epidemiology Surveillance Report. 2016;47(19):289–96. (in Thai)
3. Rongdech W, Wongsuwanphon S, Charupash R. Investigation of scabies outbreak in a nursing home in Mueang district, Nonthaburi Province, Thailand, August 2023 to April 2024. Phetchabun Medical Journal. 2024;4(3):54–65. (in Thai)
4. Thammaros T, Simkum T, Kanthu A. An investigation of scabies outbreak at a prison in Phetchabun Province, Thailand. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2020;51(19): 273–9. (in Thai)
5. Nimit C, Kazama K. Investigation of the epidemic of scabies in Saraburi Prison. Journal of Medical and Public Health Region 2. 2014;4(1):1–10. (in Thai)

6. Jangiam W, Puttaruk O, Langlarlertsakul M. Scabies outbreak in prisoners, Phuket provincial prison, 1 Jan–2 Jun 2016. *Journal of the Office of DPC7 Khon Kaen*. 2019;26(2):14–23. (in Thai)
7. Limsuwan N, Boonchai S, Thanajirasak S, Thammawijaya P. A large scabies outbreak at a prison in Southern Thailand, April–August 2017. *Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal*. 2019;12(2):61–7.
8. Centers for Disease Control and Prevention (US). About scabies [Internet]. Atlanta (GA): CDC; [cited 2025 Mar 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/scabies/about/index>
9. Hesari R, Schur N, Tyndall N, Chuchla T, Gazy N. The itchy truth about scabies: a case of symptomatic carrier transmission and treatment failure. *Cureus*. 2023;15(12):e50744.
10. U-Naidhamma S, Rattanaporn N, Choeiklay R. Ways of developing care of service users in Nonthaburi Protection Center for Helpless People. *Journal of Humanities and Social Sciences (JHUSOC)*. 2022; 20(1):249–66. (in Thai)
11. Makigami K, Ohtaki N, Ishii N, Yasumura S. Risk factors of scabies in psychiatric and long-term care hospitals: a nationwide mail-in survey in Japan. *J Dermatol*. 2009;36(9):491–8.
12. Morrison EJ, Middleton J, Lanza S, Cowen JE, Hewitt K, Walker SL, et al. Do we know how scabies outbreaks in residential and nursing care homes for the elderly should be managed? A systematic review of interventions using a novel approach to assess evidence quality. *Epidemiol Infect*. 2019;147:e250.
13. Wang CH, Lee SC, Huang SS, Kao YC, See LC, Yang SH. Risk factors for scabies in Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect*. 2012;45(4):276–80.
14. UK Health Security Agency. UKHSA guidance on the management of scabies cases and outbreaks in long-term care facilities and other closed settings [Internet]. UK Health Security Agency; 2024 [cited 2025 Mar 1]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/scabies-management-advice-for-health-professionals/ukhsa-guidance-on-the-management-of-scabies-cases-and-outbreaks-in-long-term-care-facilities-and-other-closed-settings>
15. Pepple EF, Abu E, Daka IR. Management of scabies in nursing homes. *Yenagoa Medical Journal*. 2021;3(2):139–47.
16. Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(41):695–704.
17. Kim DH, Yun SY, Park YC, Kang SA, Yu HS. Prevalence of scabies in long-term care hospitals in South Korea. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020;14(8):e0008554.
18. Mounsey KE, Murray HC, King M, Oprescu F. Retrospective analysis of institutional scabies outbreaks from 1984 to 2013: lessons learned and moving forward. *Epidemiol Infect*. 2016;144(11): 2462–71.