



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์  
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 : 27 มกราคม 2566

Volume 54 Number 3: January 27, 2023

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพของการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การติดตามการรักษา และการค้นหา  
ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562  
(The quality of the search for new cases of leprosy, treatment follow-up

and finding household contacts of new leprosy patients in 9<sup>th</sup> health region during 2010-2019)

✉ dr.nisapairaya@gmail.com

ณิชา ไพรายุดากุล<sup>1</sup>, ปรียานุช กลิ่นศรีสุข<sup>2</sup>

<sup>1</sup> สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup> สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

#### บทคัดย่อ

**ความเป็นมา :** โรคเรื้อนยังเป็นปัญหาในระดับภูมิภาคของประเทศไทย โดยในปี 2562 พบอัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ 9 สูงกว่าระดับประเทศ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คุณภาพของการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และคุณภาพของการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553-2562 เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

**วิธีการศึกษา :** การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงพรรณน่าย้อนหลัง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารและรายงานจากฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562 นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**ผลการศึกษา :** มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 481 ราย เป็น

ผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 66 ราย แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 58 เพศหญิง ร้อยละ 42 โดยร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก และร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อน้อย สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ประเภทเชื้อมากมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก อายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลง สัดส่วนผู้ป่วยมาตรวจเอง อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 87 มาจากการส่งต่อ ร้อยละ 3 และจากการตรวจผู้สัมผัสโรค ร้อยละ 10 ด้านคุณภาพการเฝ้าระวังการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 ร้อยละ 14 เมื่อดูแนวโน้ม ยังพบผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 สูงคงที่ต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ได้รับการรักษาภายใน 12 เดือนนับตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อน (Since of onset) ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ ด้านคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบอัตราการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ครบถ้วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก และผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อน้อย ส่วนใหญ่



|                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ◆ คุณภาพของการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การติดตามการรักษา และการค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562 | 41 |
| ◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 15-21 มกราคม 2566                                                                              | 53 |
| ◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 15-21 มกราคม 2566                                                                      | 55 |

ผ่านเกณฑ์ ด้านคุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบอัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์

**สรุปและวิจารณ์ :** การดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553-2562 ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีขาดความสม่ำเสมอและความต่อเนื่อง ทำให้จำนวนที่ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ขึ้นลงไม่แน่นอน และจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 สูงกว่าเกณฑ์ ในขณะที่ด้านคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่อยู่ในเกณฑ์ดี ด้านคุณภาพการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่และการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านควรได้รับการปรับปรุงเร่งรัด ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนจึงควรตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน และหาวิธีแก้ไขมาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในทุกกิจกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ปี 2563-2570 ต่อไป

**คำสำคัญ :** โรคเรื้อน, การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่, การค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน, เขตสุขภาพที่ 9

\*\*\*\*\*

## บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Mycobacterium leprae* เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นโรคที่มีความสำคัญทางสาธารณสุข เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะเกิดความพิการ ซึ่งมีผลกระทบทางจิตใจและเศรษฐกิจสถานะก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมตามมา<sup>(1)</sup>

การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยตลอดเวลาเกือบ 70 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2497 จนถึงปี พ.ศ. 2562 ในภาพรวมถือว่าประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีได้รับการยกย่องจาก

องค์การอนามัยโลกและนานาชาติ สามารถกำจัดโรคเรื้อนได้จนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข คือ อัตราความชุกในระดับประเทศต่ำกว่า 1 ต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537<sup>(2,3)</sup> จนถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2562 เข้าสู่ระยะที่ 2 ของการกำจัดโรคเรื้อน คือ การกำจัดหรือการขัดขวางการแพร่ของโรคเรื้อน (Until interruption of transmission) โดยกำหนดค่าเป้าหมาย คือ ไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 ปี<sup>(4)</sup>

สถานการณ์โรคเรื้อนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2562 (ย้อนหลัง 5 ปี) พบว่าแนวโน้มการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปี มีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกระจุกตัวเป็นหย่อม ๆ (Clustering)<sup>(1)</sup> ในบางพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ถึงแม้มีมาตรการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยใหม่อย่างต่อเนื่อง ยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีความพิการระดับ 2 ไม่ลดลง ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 16 แสดงถึงความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษา เฉลี่ย 40 เดือน<sup>(5)</sup> และพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก ซึ่งแสดงว่าพื้นที่นั้นยังมีการระบาด (Recent active transmission)<sup>(1)</sup> พบส่วนใหญ่ที่เขตสุขภาพที่ 12 คือ อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี (4 ราย) อ.ตากใบ จ.นราธิวาส (4 ราย) อ.ศรีสาคร จ.นราธิวาส (2 ราย) ตามด้วยเขตสุขภาพที่ 9 พบที่ อ.สังขะ จ.สุรินทร์ (1 ราย) อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ (1 ราย) อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์ (1 ราย)<sup>(6)</sup>

สถานการณ์โรคเรื้อนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยในทะเบียนรักษา จำนวน 269 ราย อัตราความชุก 0.04 ต่อหมื่นประชากร และพบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 119 ราย อัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 0.18 ต่อแสนประชากร โดยพบว่าเขตสุขภาพที่ 9 มีการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ รองลงมาเป็น เขตสุขภาพที่ 12 และ 10 ตามลำดับ และเมื่อดูการกระจายตัวเป็นรายภาค พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 119 ราย ร้อยละ 44.24 เมื่อแยกเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษามากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ (22 ราย) รองลงมาเป็น นราธิวาส (21 ราย) และบุรีรัมย์ (20 ราย) ตามลำดับ จึงเห็นได้ว่าเขตสุขภาพที่ 9 มี 2 จังหวัด คือ นครราชสีมา และบุรีรัมย์ ที่ติดอันดับมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษามากที่สุดของประเทศ ขณะที่สถานการณ์โรคเรื้อนเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษา จำนวน 58 ราย อัตราความชุก 0.09 ต่อหมื่นประชากร และพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 30 ราย อัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 0.44 ต่อแสนประชากร ซึ่งเมื่อ

## คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาส  
นายแพทย์ดำรงกุล อังชุกศักดิ์

**หัวหน้ากองบรรณาธิการ :** นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

**บรรณาธิการวิชาการ :** แพทย์หญิงจุฬิพร จิระพงษา

## ฝ่ายผลิตและจัดการ

คณะจัดการรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

## ฝ่ายข้อมูล

สมาน สยมภูจินันท์ ชญาภา สาดสูงเนิน ศติธันว์ มาแอดเย็น  
ฤทธิชัย ใจพ่อง

เทียบกับระดับประเทศ พบว่า อัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ 9 สูงกว่าระดับประเทศ ดังนั้นโรคเรื้อนยังเป็นปัญหาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 <sup>(7, 8, 9)</sup>

กิจกรรมหลักตามมาตรฐานการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อน ประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Case finding) ทั้งเชิงรุกในชุมชน และเชิงรับในสถานบริการสาธารณสุข การตรวจวินิจฉัย รักษา (Case holding) การป้องกันความพิการ (Prevention of disability: POD) และการฟื้นฟูสมรรถภาพและสงเคราะห์ (Rehabilitation and social welfare) <sup>(1)</sup> โดยบูรณาการการทำงานของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสหวิชาชีพแบบองค์รวม ในระบบบริการสุขภาพในทุกระดับของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายหายจากโรค ไม่พิการ ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี <sup>(10, 11)</sup> และเพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน สำหรับเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อนระดับประเทศ พ.ศ. 2558–2563 คือ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ไม่เกิน 20 ราย สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ไม่เกินร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 อัตราการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ครบถ้วน มากกว่า ร้อยละ 85 การตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกราย ร้อยละ 100 ปีละ 1 ครั้งเป็นเวลา 10 ปี <sup>(12)</sup>

ในปี พ.ศ. 2562 โรคเรื้อนอยู่ในระยะท้ายของการกำจัดโรคภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำลง (Elimination phase) หลายพื้นที่ปลอดโรคเรื้อน ไม่มีทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนทำได้ลำบากมากยิ่งขึ้น ความรู้และทักษะด้านโรคเรื้อนของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เคยฝึกอบรมไว้ก็ลดต่ำลงจนหมดไป บุคลากรสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการวินิจฉัย รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนน้อยลง <sup>(13)</sup> ซึ่งเขตสุขภาพที่ 9 พบปัญหาอุปสรรคที่ต้องปรับปรุงแก้ไขมากมายเช่นเดียวกัน ทั้งในด้านการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วย รายใหม่ ด้านบริการการรักษา ด้านบริการวิชาการ และด้านอื่น ๆ ดังนั้นเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สามารถวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการทางผิวหนัง และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy: MDT) อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา รวมทั้งการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคในหลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยอาศัยในพื้นที่เป้าหมาย นักวิจัยจึงสนใจทำการศึกษา โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คุณภาพของการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และคุณภาพของการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ 9 และนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงพรรณนาย้อนหลัง เพื่อศึกษาคุณภาพการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และคุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553–2562

### เครื่องมือและแหล่งข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารและรายงานจากฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 เลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ทำการดึงจากฐานข้อมูล UCHA วันที่ 16 สิงหาคม 2563

ฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 เริ่มจัดทำระบบในปี พ.ศ. 2550 และพัฒนาเป็นระบบแบบ Real time ในปี พ.ศ. 2552 ใช้งานง่าย ผู้ใช้งานสามารถใช้งานได้ด้วยตัวเอง เมื่อผู้ใช้งานอยากรู้อะไร ที่บันทึกไว้ สามารถคลิกเข้าไปตรงส่วนนั้น ระบบ UCHA จะประมวลผลให้ได้คำตอบออกมาทันที สามารถเรียกดูข้อมูลที่ไหนก็ได้ เวลาใดก็ได้ ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตบน Smart phone จอคอมพิวเตอร์ ภายใต้ระบบความปลอดภัยที่ทันสมัยและรัดกุม ผู้มีสิทธิใช้งาน เฉพาะสมาชิก ที่เป็นผู้ใช้งานทั่วไป และผู้นำเข้าข้อมูล โดยผู้ขอเข้าใช้ต้องกรอกแบบฟอร์ม “ระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล” ไปที่งานสารสนเทศ เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งจะแจ้งรหัสผ่านไปให้ทางอีเมลของผู้ขอใช้ ข้อมูลที่มีในฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป : ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ สถานภาพ ข้อมูลโรค : มาตรวจโดยวิธี SOS ชนิดของโรคเรื้อน ความพิการ SSS วันเดือนปีที่รับยา ผู้สัมผัสโรค โครงการรณรงค์ วันเดือนปีที่จำหน่าย ฯลฯ <sup>(14, 15)</sup>

### นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยารักษาโรคเรื้อน (Multi Drug Therapy: MDT) มาก่อน และได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษาด้วยยารักษาโรคเรื้อน

**อาการของโรคเรื้อน** หมายถึง รอยโรคเรื้อนที่เริ่มปรากฏอาการให้เห็นทางผิวหนังของผู้ป่วย ได้แก่

1) ผิวหนังมีลักษณะเป็นวงต่างขาวหรือวงขอบแดง ในรอยโรคผิวหนังมักจะแห้งและเห็งไม่ออก พบกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยผื่นเหล่านี้มักตรวจพบอาการทางกายในผื่นร่วมด้วย ไม่มีอาการคัน หรือ

2) ผิวหนังมีลักษณะเป็นผื่นรูปวงแหวน ขอบชัดเจน มีอาการชา ไม่คัน หรือ ผิวหนังเป็นผื่นนูนแดง หรือ ตุ่ม นูนแดง มีลักษณะอัมฉ่ำ เป็นมัน ไม่คัน มีจำนวนมากและกระจายไปทั่วร่างกาย ทั้งบริเวณใบหน้า แขน ขา

**การวินิจฉัยโรคเรื้อน** <sup>(1)</sup> องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความ ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญในการวินิจฉัยโรคเรื้อนไว้ดังนี้

**อาการแสดงสำคัญ (cardinal signs) ของโรคเรื้อน** คือ

1. ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ผิวหนังมีลักษณะเป็นวงต่างขาวหรือวงขอบแดง ในรอยโรคผิวหนังมักจะแห้งและเห็งไม่ออก พบกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยผื่นเหล่านี้มักตรวจพบอาการทางกายในผื่นร่วมด้วย ไม่มีอาการคัน

1.2 ผิวหนังมีลักษณะเป็นผื่นรูปวงแหวน ขอบชัดเจน มีอาการชา ไม่คัน หรือ ผิวหนังเป็นผื่นนูนแดง หรือ ตุ่มนูนแดง มีลักษณะอัมฉ่ำ เป็นมัน ไม่คัน มีจำนวนมากและกระจายไปทั่วร่างกาย ทั้งบริเวณใบหน้า แขน ขา ผื่นลักษณะนี้ ส่วนใหญ่จะตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรคโดยการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear: SSS)

2. ตรวจพบอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1 ชาที่รอยโรคที่ผิวหนัง

2.2 ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน

3. ตรวจพบเส้นประสาทโต

4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (Acid fast bacilli: AFB) จากการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear: SSS)

**หมายเหตุ** หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก (1-3) หรือ พบข้อ 4 เพียงข้อเดียว ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

**การมารับการรักษาทันเวลา (Timely diagnosis)** หมายถึง การนับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ปรากฏอาการ รอยโรคเฉพาะของโรคเรื้อนให้เห็นทางผิวหนังจนกระทั่งถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัย (Since of onset: SOS) และรักษาโรคเรื้อนตาม

มาตรฐาน โดยมีหน่วยนับเป็นเดือน มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน

**ความพิการระดับ 2** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่มองเห็นได้ของอวัยวะ ตา มือ เท้า ดังต่อไปนี้

ตาหลับไม่สนิทหรือ ม่านตาอักเสบ หรือกระจกตาเป็นฝ้าขุ่น สายตามัวมาก (นับนิ้วมือไม่ถูกที่ระยะ 6 เมตร หรือวัดสายตาได้น้อยกว่า 6/60)

มือ มีรูปร่างผิดปกติ หรือมีแผลหรือนิ้วมืองอ ข้อติดแข็งหรือข้อมือตก

เท้า มีรูปร่างผิดปกติ หรือ มีแผลหรือนิ้วเท้างอ ข้อติดแข็งหรือข้อเท้าตก

**การรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน** หมายถึง การใช้สูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy: MDT) รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยการแบ่งประเภทการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็น 2 ประเภท คือ

**ประเภทเชื่อน้อย (Paucibacillary leprosy: PB)** คือ ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อจากการกรีดผิวหนัง (SSS) และมีรอยโรคเรื้อนที่บริเวณผิวหนังตามร่างกาย 1-5 รอยโรค หรือมีมากกว่า 5 รอยโรค แต่กระจายอยู่ข้างเดียวของร่างกาย ซึ่งให้การรักษาระยะเวลา 6 เดือน โดยสูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ประกอบด้วย

\* Rifampicin 600 มก./เดือน (รับประทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่เดือนละครั้ง)

\* Dapsone 100 มก./วัน (รับประทานเองทุกวันที่บ้าน)

**ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB)** คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบเชื้อจากการกรีดผิวหนัง (SSS) หรือผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ แต่มีรอยโรคมากกว่า 5 รอยโรคและกระจายทั้งสองข้างของร่างกาย ซึ่งให้การรักษาระยะเวลา 2 ปี โดยสูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ประกอบด้วย

\* Rifampicin 600 มก./เดือน (รับประทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่เดือนละครั้ง)

\* Clofazimine 300 มก./เดือน (รับประทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่เดือนละครั้ง)

\* Dapsone 100 มก./วัน (รับประทานเองทุกวันที่บ้าน)

\* Clofazimine 50 มก./วัน (รับประทานเองทุกวันที่บ้าน)

**ผู้สัมผัสโรคเรื้อน** <sup>(13, 16)</sup>

ผู้สัมผัสโรคเรื้อน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สัมผัสโรคในบ้าน (Household contact) หมายถึง ผู้ที่อาศัย หรือเคยอาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน



โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT)

2. ผู้สัมผัสโรคที่เป็นเพื่อนบ้าน (Neighboring contact) หมายถึง ผู้ที่พักอาศัยในบ้านใกล้เคียง บริเวณรอบ ๆ บ้านของผู้ป่วย รัศมี 20 เมตร โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT)

3. ผู้สัมผัสโรคที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อน (Social contact) หมายถึง ผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ป่วย เช่น นั่งร่วมวงสนทนา พูดคุย สภากาแฟ สานเสื่อ ทอผ้า สานตะกร้า เกี่ยวข้าว ฯลฯ โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป โดยระยะเวลานั้นไม่ต้องติดต่อกัน

#### การประเมินคุณภาพ จากแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน

##### 1. คุณภาพของการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

กำหนดการประเมินดังนี้<sup>(12)</sup>

1.1 จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบในแต่ละปี  
1.2 สัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ในผู้ป่วยใหม่  
1.3 สัดส่วนผู้ป่วยมาตรวจเอง โดยรู้ หรือสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน (Awareness self-reporting)

1.4 สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก อายุ 0-14 ปี  
1.5 สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 (Disability proportion) หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 หรือระดับความพิการที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งหมดที่ค้นพบระหว่างปีที่รายงาน คือ ไม่เกินร้อยละ 10<sup>(17)</sup>

1.6 สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มาได้รับการรักษาภายใน 12 เดือนนับตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อน (Since of onset: SOS) หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50<sup>(12)</sup>

##### 2. คุณภาพการรักษาผู้ป่วย ประเมินได้ดังนี้

2.1 ประเมินจากผลการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องใช้การทบทวนข้อมูลจากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) เฉพาะรายผู้ป่วย จึงไม่ได้ทำการประเมินในการศึกษาค้างนี้

2.2 ประเมินจากอัตราการรักษาครบ (MDT completion rate) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย/เชื้อมากที่รับยา MDT ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85<sup>(12)</sup>

##### 3. คุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วย ประเมินได้ดังนี้

3.1 มีทะเบียนผู้สัมผัสโรค มีผลการตรวจทุกปี (ปีละ 1 ครั้ง) เป็นเวลา 10 ปี ซึ่งจำเป็นต้องใช้การทบทวนข้อมูลจากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) เฉพาะรายผู้ป่วย จึงไม่ได้ทำการประเมินในการศึกษาค้างนี้

3.2 อัตราการตรวจของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในปีแรก คือ ทุกคนปีละ 1 ครั้งทุกปี เป็นเวลา 10 ปี ร้อยละ 100<sup>(1)</sup>

#### ผลการศึกษา

ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในฐานะข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหมด 481 ราย เมื่อดูแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยใหม่ พบว่ามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึง พ.ศ. 2559 แต่ในระยะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่าแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แยกเป็นเพศชายจำนวน 280 ราย ร้อยละ 58.4 เพศหญิง จำนวน 201 ราย ร้อยละ 41.8 เพศชายป่วยเป็นโรคเรื้อนมากกว่าเพศหญิง 1.4 : 1 แต่มีเพียงปี พ.ศ. 2562 พบว่า เพศชายน้อยกว่าเพศหญิง 1 : 1.14

สัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ในผู้ป่วยใหม่ จำนวน 335 ราย ร้อยละ 69.7 (335/481) สัดส่วนผู้ป่วยเชื้อน้อย (PB) ในผู้ป่วยใหม่จำนวน 146 ราย ร้อยละ 30.4 (146/481) เมื่อดูอัตราส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ต่อ ผู้ป่วยโรคเรื้อนผู้ป่วยเชื้อน้อย (PB) พบว่าอยู่ที่ 2.3 : 1

ค้นพบจากวิธี ผู้ป่วยมาตรวจเอง โดยรู้ หรือสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน (Awareness self-reporting) จำนวน 416 ราย ร้อยละ 86.5 เฉลี่ยปีละ 42 ราย ส่งต่อ จำนวน 15 ราย ร้อยละ 3 และจากการตรวจผู้สัมผัสโรค จำนวน 50 ราย ร้อยละ 10.4 ดังแสดงในตารางที่ 1 และรูปที่ 1

สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก อายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลงโดยพบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 9 ราย จากนั้นไม่พบเลยติดต่อกัน 5 ปี ปี พ.ศ. 2557-2561 และกลับมาพบอีกครั้ง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1 ราย แสดงถึงการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเรื้อนในพื้นที่ลดลง

พบผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 66 ราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 13.7 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) เมื่อดูแนวโน้มพบว่าการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ยังพบผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 สูงคงที่ต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559 มีการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่เพียง 22 ราย แต่มีความพิการระดับ 2 ถึง 7 ราย คิดเป็นสัดส่วนความพิการระดับ 2 สูงมาก ร้อยละ 31.8 แสดงถึงความล่าช้าในการวินิจฉัย สอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อน-

รายใหม่ที่ได้รับการรักษาภายใน 12 เดือน นับตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อน ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50) ยกเว้นปี พ.ศ. 2557–2558 ที่ผ่านเกณฑ์ ดังตารางที่ 2 และ รูปที่ 2

อัตราการรักษากรอบด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (MB) ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 85) ปี พ.ศ. 2553–2556, 2559–2561 ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มีเพียงปี พ.ศ. 2557–2558, 2560, 2562 ตามลำดับ

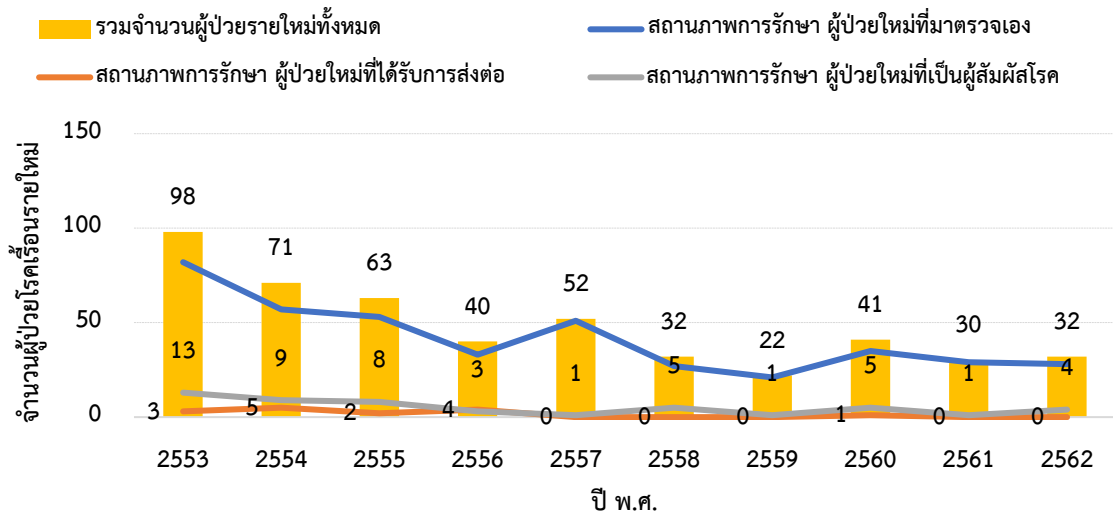
และอัตราการรักษากรอบด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชือน้อย (PB) ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 85) ปี พ.ศ. 2553–2554, 2556–2562 ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มีเพียงปี พ.ศ. 2555 และเมื่อดูอัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 60 ถึง 90 คือ ไม่มีปีใดที่ความครอบคลุมผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 แยกตามเพศ สถานภาพของผู้ป่วย และประเภทการรักษา ปี พ.ศ. 2553–2562

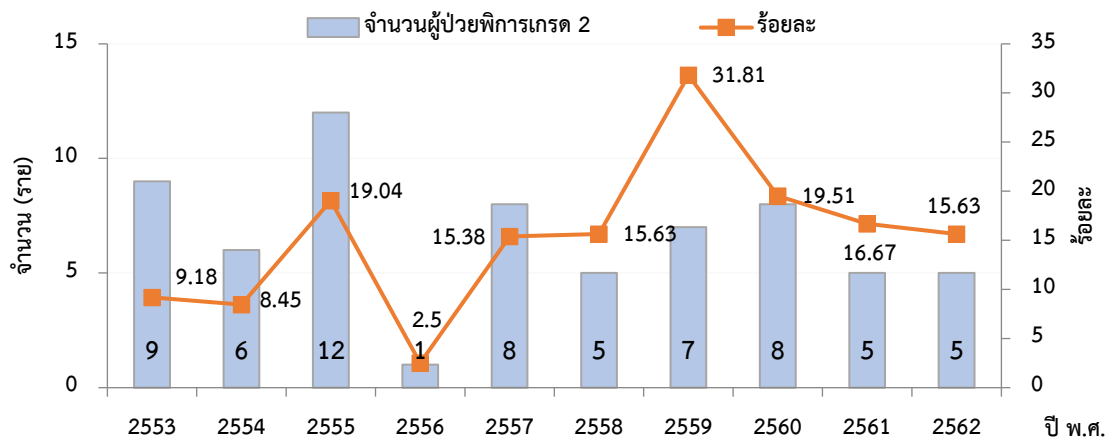
| ปี พ.ศ. | ผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด | ผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 (ร้อยละ) | แยกตามเพศ       |                  | ประเภทการรักษา                |                               | สถานภาพของผู้ป่วย   |                 |                           |
|---------|-----------------------|----------------------------------|-----------------|------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|
|         |                       |                                  | เพศชาย (ร้อยละ) | เพศหญิง (ร้อยละ) | ผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) (ร้อยละ) | ผู้ป่วยเชือน้อย (PB) (ร้อยละ) | มาตรฐานเอง (ร้อยละ) | ส่งต่อ (ร้อยละ) | ตรวจผู้สัมผัสโรค (ร้อยละ) |
| 2553    | 98                    | 9 (9.2)                          | 64 (65.3)       | 34 (34.7)        | 60 (61.2)                     | 38 (38.8)                     | 82 (83.7)           | 3 (3.1)         | 13 (13.3)                 |
| 2554    | 71                    | 6 (8.5)                          | 38 (53.5)       | 33 (46.5)        | 47 (66.2)                     | 24 (33.8)                     | 57 (80.3)           | 5 (7.0)         | 9 (12.7)                  |
| 2555    | 63                    | 12 (19.0)                        | 36 (57.1)       | 27 (42.9)        | 43 (68.3)                     | 20 (31.7)                     | 53 (84.1)           | 2 (3.2)         | 8 (12.7)                  |
| 2556    | 40                    | 1 (2.5)                          | 20 (50.0)       | 20 (50.0)        | 28 (70.0)                     | 12 (30.0)                     | 33 (82.5)           | 4 (10.0)        | 3 (7.5)                   |
| 2557    | 52                    | 8 (15.4)                         | 29 (55.8)       | 23 (44.2)        | 37 (71.2)                     | 15 (28.8)                     | 51 (98.1)           | 0               | 1 (1.9)                   |
| 2558    | 32                    | 5 (15.6)                         | 17 (53.1)       | 15 (46.9)        | 23 (71.9)                     | 9 (28.1)                      | 27 (84.7)           | 0               | 5 (15.6)                  |
| 2559    | 22                    | 7 (31.8)                         | 12 (54.5)       | 10 (45.5)        | 14 (63.6)                     | 8 (36.4)                      | 21 (95.5)           | 0               | 1 (4.5)                   |
| 2560    | 41                    | 8 (19.5)                         | 26 (63.4)       | 15 (36.6)        | 33 (80.5)                     | 8 (19.5)                      | 35 (85.4)           | 1 (2.4)         | 5 (12.2)                  |
| 2561    | 30                    | 5 (16.7)                         | 23 (76.7)       | 7 (23.3)         | 24 (80.0)                     | 6 (20.0)                      | 29 (96.7)           | 0               | 1 (0.0)                   |
| 2562    | 32                    | 5 (15.6)                         | 15 (46.9)       | 17 (53.1)        | 26 (81.3)                     | 6 (18.8)                      | 28 (87.5)           | 0               | 4 (12.5)                  |
| รวม     | 481                   | 66 (13.7)                        | 280 (58.4)      | 201 (41.8)       | 335 (69.7)                    | 146 (30.4)                    | 416 (86.5)          | 15 (3.1)        | 50 (10.4)                 |

ตารางที่ 2 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน แยกเป็นผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาภายใน 12 เดือนนับตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อน ปี พ.ศ. 2553–2562

| ปี พ.ศ. | ผู้ป่วยใหม่ | ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก (ร้อยละ) | ผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 (ร้อยละ) | ผู้ป่วยใหม่ SOS <12 เดือน (ร้อยละ) |
|---------|-------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| 2553    | 98          | 9 (9.2)                         | 9 (9.2)                          | 41 (41.8)                          |
| 2554    | 71          | 1 (1.4)                         | 6 (8.5)                          | 27 (38.0)                          |
| 2555    | 63          | 3 (4.8)                         | 12 (19.0)                        | 21 (21.4)                          |
| 2556    | 40          | 1 (1.4)                         | 1 (2.5)                          | 16 (40.0)                          |
| 2557    | 52          | 0                               | 8 (15.4)                         | 29 (55.8)                          |
| 2558    | 32          | 0                               | 5 (15.6)                         | 16 (50.0)                          |
| 2559    | 22          | 0                               | 7 (31.8)                         | 7 (31.8)                           |
| 2560    | 41          | 0                               | 8 (19.5)                         | 14 (34.1)                          |
| 2561    | 30          | 0                               | 5 (16.7)                         | 11 (36.7)                          |
| 2562    | 32          | 1 (1.4)                         | 5 (15.6)                         | 13 (40.6)                          |
| รวม     | 481         | 15 (3.1)                        | 66 (13.7)                        | 195 (40.5)                         |



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน แยกตามสถานภาพของผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2553-2562



รูปที่ 2 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ปี พ.ศ. 2553-2562

ตารางที่ 3 อัตราการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ครบถ้วน และอัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ปี พ.ศ. 2553-2562

| ปี พ.ศ. | จำนวนผู้ป่วย MB | รักษากรบ (ร้อยละ) | จำนวนผู้ป่วย PB | รักษากรบ (ร้อยละ) | จำนวนผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน | ได้ตรวจ (ร้อยละ) |
|---------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|---------------------------|------------------|
| 2553    | 54              | 47 (87.0)         | 28              | 26 (92.9)         | 393                       | 244 (62.1)       |
| 2554    | 62              | 56 (90.3)         | 40              | 38 (95.0)         | 335                       | 224 (66.9)       |
| 2555    | 65              | 56 (86.2)         | 25              | 21 (84.0)         | 351                       | 318 (90.6)       |
| 2556    | 68              | 58 (85.3)         | 21              | 18 (85.7)         | 347                       | 296 (85.3)       |
| 2557    | 56              | 43 (76.8)         | 14              | 14 (100)          | 278                       | 191 (68.7)       |
| 2558    | 45              | 27 (60.0)         | 16              | 14 (87.5)         | 203                       | 158 (77.8)       |
| 2559    | 33              | 30 (90.9)         | 10              | 9 (90.0)          | 159                       | 130 (81.8)       |
| 2560    | 44              | 37 (84.1)         | 9               | 8 (88.9)          | 133                       | 118 (88.7)       |
| 2561    | 29              | 25 (86.2)         | 8               | 8 (100)           | 91                        | 87 (96.7)        |
| 2562    | 16              | 12 (75.0)         | 7               | 6 (85.7)          | 69                        | 63 (91.3)        |
| รวม     | 472             | 391 (82.8)        | 178             | 162 (91.0)        | 2,359                     | 1,829 (77.5)     |

การดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์หลักคือ กำจัดโรคเรื้อนให้หมดไปจากประเทศ (Zero leprosy) โดยการดำเนินการตามกิจกรรมหลักประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การวินิจฉัยและรักษา การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ<sup>(1)</sup> โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วย หายจากโรค ไม่พิการ ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>(12)</sup> เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานตามกิจกรรมหลักให้ได้ในทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะคุณภาพด้านการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คุณภาพด้านการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และคุณภาพด้านการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

จากเป้าหมายยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2016–2020 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่พิการระดับ 2 ภายในปี ค.ศ. 2020 น้อยกว่า 1 คน/ประชากร 1 ล้านคน (Rate of newly diagnosed leprosy patients with visible deformities < 1 per million)<sup>(8)</sup> ในประเทศไทย สถานการณ์โรคเรื้อน ปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 มีเพียง 27 ราย ดังนั้นเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อน ปี 2559–2562 ระดับประเทศ ถูกกำหนดไว้ที่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 คือ <24, <23, <22, <21 ราย ตามลำดับ<sup>(12)</sup> ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดขององค์การอนามัยโลกเกือบ 3 เท่า (69 ราย) เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป้าหมายจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่พิการระดับ 2 คำนวณจากจำนวนประชากรเขตสุขภาพที่ 9 ในปี พ.ศ. 2559–2562 จึงไม่ควรเกิน 2 ราย เมื่อพบ 7, 8, 5, 5 ราย ตามลำดับ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

#### คุณภาพการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ผลการศึกษาการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553–2562 จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบในแต่ละปีมีแนวโน้มลดต่ำลงช้า ๆ ที่ละน้อยค่อนข้างสม่ำเสมอ ขณะที่ยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่พิการระดับ 2 สูงคงที่ต่อเนื่องทุกปี และสัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ในผู้ป่วยใหม่ มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่เนื่องจากยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กมาโดยตลอด จึงทำให้เขตสุขภาพที่ 9 เป็นพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่เชิงรุกต่อเนื่องทุกปี ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อยมีระยะพักตัวสั้น 3–5 ปี ภายหลังจากได้รับเชื้อและปรากฏอาการแสดงเป็นโรคเรื้อน เมื่อได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยา MDT ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยหายจากโรค เข้าสู่ระยะเฝ้าระวังในระยะเวลาครบ 3 ปี จึงจำหน่ายออกจากทะเบียน จะทำให้ระยะ

ท้ายของการกำจัดโรคเรื้อน พบสัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ในผู้ป่วยใหม่สูงขึ้น ประกอบกับสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กมีแนวโน้มลดลง สะท้อนถึงการแพร่ระบาดในพื้นที่นี้ลดลง

สัดส่วนผู้ป่วยมาตรวจเอง โดยรู้ หรือสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน (Awareness self-reporting) อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 86.5 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมการให้สุศึกษา การรณรงค์ เผยแพร่ความรู้โรคเรื้อน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเรื้อน เมื่อมีรอยโรคผิวหนังสงสัยในระยะเริ่มแรก จึงมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่น ๆ ซึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยมาตรวจเองส่วนใหญ่มาจากมีคนในครอบครัวเป็น มีญาติหรือเพื่อนบ้านเป็นโรคแนะนำ และจากสื่อ เช่น โทรทัศน์ สื่อตามสาย อินเทอร์เน็ต<sup>(5)</sup>

สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก อายุ 0–14 ปี พบร้อยละ 3.1 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาพรวมทั่วประเทศในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเท่ากับร้อยละ 1.8 เนื่องจากเขตสุขภาพที่ 9 เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงจากการพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กต่อเนื่องติดต่อกัน 4 ปี แสดงว่ายังมีบางพื้นที่ที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคเรื้อนและเกิดขึ้นไม่นาน (Recent active transmission) จึงเป็นข้อบ่งชี้ในการดำเนินการมาตรการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยแบบเชิงรุก (Active case finding) โดยเฉพาะการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว (Rapid village survey: RVS)<sup>(18)</sup> เพื่อค้นหาแหล่งแพร่โรคเรื้อนที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Primary case) หรือ back log case เมื่อให้การวินิจฉัย รักษาทันที จะช่วยหยุดการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในชุมชนได้<sup>(1)</sup> นอกจากนี้การทำ RVS ช่วยค้นหาผู้ที่มีอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนในระยะเริ่มแรก ส่งผลให้พบผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย (Paucibacillary: PB) ได้มากขึ้น<sup>(18)</sup>

สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 พบร้อยละ 13.7 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) แต่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของภาพรวมทั่วประเทศในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 14.7 บ่งบอกถึงการวินิจฉัย รักษาล่าช้า ที่อาจเกิดจากผู้ป่วยหรือสถานบริการ การที่ผู้ป่วยไม่ออกมารับการตรวจวินิจฉัย และรักษา อาจเนื่องจากเพราะไม่รู้ หรือไม่มีอาการ (Patient delay) หรือออกมารับการตรวจแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน (Health service delay)<sup>(5)</sup> ดังนั้นจึงควรเร่งรัดทำกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยใหม่ในพื้นที่เสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาผู้ป่วยใหม่ที่ยังไม่ถูกค้นพบและหลงเหลืออยู่ในพื้นที่ ให้มารับการวินิจฉัยและรักษาให้ทันช่วงที่ก่อเกิดความพิการ

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (Since of onset: SOS) ไม่เกิน 12 เดือน เป็นตัวชี้วัด



ตัวใหม่ที่ตั้งขึ้นเพื่อประเมินเวลาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุข การรณรงค์เผยแพร่ความรู้โรคเรื้อน และการสร้างความตระหนักให้เกิดแก่ประชาชนและสังคม เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องทุกปี เมื่อผู้มีอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน สังเกตเห็นรอยโรค ผิดปกติบนผิวหนัง จึงรีบมาพบแพทย์ (Self reporting) ขณะที่ผู้รับผิดชอบงานมีความรู้ ความตระหนัก และมีทักษะความเชี่ยวชาญเรื่องโรคเรื้อน สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค ไม่พิการ ปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน กำหนดเวลาภายใน 12 เดือน เนื่องจากโรคเรื้อนทำให้เส้นประสาทส่วนปลายอักเสบและเสียหายที่ หากสามารถวินิจฉัยและรักษาได้ทันทั่วทั้ง (ภายใน 6 เดือน ในเส้นประสาทส่วนปลายที่มือ และภายใน 1 ปี ในเส้นประสาทส่วนปลายที่เท้า) จะทำให้เส้นประสาทส่วนปลายที่เสียหายที่กลับมาทำงานเป็นปกติได้ และไม่พิการ<sup>(19)</sup> สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 50)<sup>(12)</sup> บ่งบอกถึงความล่าช้าของการเข้าสู่ระบบการ วินิจฉัย รักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2 ถือเป็นความพิการที่รุนแรง มีผลต่อภาพลักษณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความรังเกียจกลัวต่อตนเอง และความรังเกียจกลัวต่อสังคมและคนรอบข้าง (Stigma)<sup>(1)</sup> ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพความพิการอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อให้ความพิการดีขึ้น หรือคงที่ หรือไม่ให้เกิดความพิการเพิ่มมากขึ้น และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยไม่ถูกรังเกียจกลัว และยินยียดเยี่ยงมนุษย์อย่างมีสิทธิ์และศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันในสังคม

#### คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ประเมินจากผลการรักษาของผู้ป่วย โดยดูการตอบสนองการรักษาอาการทางคลินิก ในรอยโรคทางผิวหนัง และอาการทางเส้นประสาทส่วนปลาย ที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น/เท่าเดิม/แย่ลง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อนและเส้นประสาทอักเสบ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรักษาหรือระยะเฝ้าระวัง ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยจากการเป็นโรค และความสม่ำเสมอของการมาพบแพทย์ตามนัด ฯลฯ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การทบทวนข้อมูลจากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) เฉพาะรายผู้ป่วย จึงไม่ได้ทำการประเมินในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการประเมินต่อไปควรได้มีการทบทวนบัตรบันทึกหรือเวชระเบียน เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ครบถ้วน

อัตราการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ในประเทศไทยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก กินยา MDT ระยะเวลา 2 ปี ขณะที่ในหลายประเทศกำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก กินยา MDT ระยะเวลา 1 ปี ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก<sup>(18)</sup> การที่ประเทศไทยยังคงให้ผู้ป่วยกินยา MDT 2 ปี เนื่องด้วยในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยลดน้อยลงมาก ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยจึงลดลงมากเช่นกัน คุณภาพการดูแลรักษาเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงตลอดเวลา โดยเฉพาะการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การเกิดโรคเรื้อนและเส้นประสาทอักเสบ ในการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งของผู้ป่วย จะได้รับการตรวจหน้าตาของเส้นประสาทส่วนปลายเป็นระยะทุก 1-3 เดือน และให้การวินิจฉัย รักษาต่อเนื่อง ๆ เมื่อพบความผิดปกติ ทำให้ลดโอกาสการเกิดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การกินยาเป็นระยะเวลานาน อาจขาดความต่อเนื่อง จากความไม่รู้จักว่าหายแล้วจึงหยุดยา กลัวผู้อื่นรู้ว่าตนเป็นโรค หรือผลข้างเคียงของยา<sup>(21, 22)</sup> ปัญหาสำคัญของการขาดยา คือ การกลับเป็นซ้ำและการดื้อยา ซึ่งจะทำให้โรคกำเริบรุนแรงมากขึ้น มีการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น และอาจมีเส้นประสาทอักเสบที่ทำให้เกิดความพิการเพิ่มมากขึ้น<sup>(1)</sup> ดังนั้นเจ้าหน้าที่จึงควรให้ความสำคัญในการให้ข้อแนะนำในการกินยาให้ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้ใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วย และติดตามการกินยาให้ต่อเนื่อง รวมทั้งหาสาเหตุของการขาดยา เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

#### คุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ในทะเบียนผู้สัมผัสโรค มีผลการตรวจทุกปี (ปีละ 1 ครั้ง) เป็นเวลา 10 ปี เมื่อพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จะมีการบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรค ได้แก่ รายชื่อ อายุ เพศ วันเดือนปีที่พบว่าเป็นผู้สัมผัสโรค ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่สัมผัสโรค ผลการตรวจในแต่ละปี พบเป็นโรคเรื้อนชนิดใด ฯลฯ โดยจะมีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ความซ้ำซ้อนของข้อมูล และปรับให้เป็นปัจจุบันเสมอ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การทบทวนข้อมูลจากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) เฉพาะรายผู้ป่วย ซึ่งแม้ว่าจะไม่ได้ทำการประเมินในการศึกษาครั้งนี้ ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมในรูปแบบของการประเมินระบบเฝ้าระวังที่ดำเนินการกับโรคติดต่อแบบเฉียบพลัน

อัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในปีแรก อยู่ระหว่างร้อยละ 60-90 และยังไม่ครอบคลุมร้อยละ 100 จากข้อมูลระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2558 พบว่าในผู้ป่วย 1 ราย มีผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเฉลี่ย 3 คน อัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในปีแรกได้เพียงร้อยละ 53 แล้วค่อย ๆ ลดลง ดังนี้ ร้อยละ 37, 24, 14 และ 10

ในปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 ตามลำดับ<sup>(5)</sup> พบผู้ป่วยใหม่ที่มีประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ร้อยละ 19<sup>(7)</sup> ขณะที่ข้อมูลระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2555 และรายงานการศึกษาในประเทศไทย (ความชุกโรคต่ำ) และประเทศบังคลาเทศ (ความชุกโรคสูง) พบผู้ป่วยใหม่ที่มีประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ค่อนข้างสูง ร้อยละ 46, 62, 25 ตามลำดับ โดยพบทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากและประเภทเชื้อมาก<sup>(23, 24, 25)</sup> สาเหตุที่ตรวจได้ไม่ครอบคลุมอาจเนื่องจาก นโยบาย ระบบคัดกรองและส่งต่อข้อมูล ฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน บุคลากรประชาชน ฯลฯ<sup>(26)</sup> เนื่องจากผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 4-10 เท่า<sup>(1, 23)</sup> ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานจึงควรวิเคราะห์สาเหตุ พัฒนารูปแบบและติดตามเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกลุ่มนี้ให้ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 ต่อเนื่องทุกปีจนครบ 10 ปี เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนได้แต่เนิ่น ๆ ก่อนเกิดความพิการ และเพื่อเพิ่มความสำเร็จตามเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน และเร่งรัดสู่การปลอดโรคเรื้อนต่อไป

#### สรุปผลการศึกษา

การดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 9 ใน ปี พ.ศ. 2553-2562 ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีในทุกกิจกรรม จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ค้นพบในแต่ละปีมีแนวโน้มลดลงตามสถานการณ์ของประเทศ อย่างไรก็ตามกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีขาดความสม่ำเสมอและความต่อเนื่อง ทำให้จำนวนที่ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ขึ้นลงไม่แน่นอน และจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 สูงกว่าเกณฑ์ และสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีระยะเวลาดังแต่เริ่มปรากฏอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ สะท้อนถึงการวินิจฉัย รักษาล่าช้า ด้านคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบว่าอัตราการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อน ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ด้านคุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบว่าอัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในปีแรก ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ ดังนั้นผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนจึงควรตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน และหาวิธีแก้ไขมาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในทุกกิจกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ปี 2563-2570 ต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สามารถดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญ และบุคลากรในสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 สถาบันราชประชาสมาสัย และกองนวัตกรรมการวิจัยกรมควบคุมโรค

#### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค; 2553.
2. ชีระ งามสุต. โครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำริพระราชทฤษฎีราชประชาสมาสัย: พระราชทานสถาบันราชประชาสมาสัย/มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ใน: ชีระ งามสุต, บรรณาธิการ. ประวัติศาสตร์โรคเรื้อนในประเทศไทย. นนทบุรี: มาสเตอร์คีย์; 2559. หน้า 79.
3. Noordeen SK. Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. Bulletin of the World Health Organization. 1995;73(1):1-6.
4. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Task force on definitions, criteria and indicators for interruption of transmission and elimination of leprosy. Report of the final meeting: Chengalpattu, India, 24-26 March 2021 [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/SEA-GLP-6>
5. ฉลวย เสรีกิจ. การประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อน. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค; 2558. หน้า 1-11. (เอกสารอัดสำเนา)
6. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. ฐานข้อมูลรายชื่ออำเภอที่ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก ปี พ.ศ. 2559-2564.
7. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเรื้อนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: [http://rajpracha.dcd.moph.go.th/site/documents/leprosy/Leprosy\\_62.pdf](http://rajpracha.dcd.moph.go.th/site/documents/leprosy/Leprosy_62.pdf)
8. กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. สถานการณ์โรคเรื้อนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2562. เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน พ.ศ. 2563.

9. กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. สถานการณ์โรคเรื้อนเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm>
10. Krisada Mahothan. Leprosy elimination accreditation what why where and how [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www./document/view/44468742/leprosy-elimination-accreditation-what-why-where-and-how>
11. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค; 2549.
12. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. การประเมินแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ. 2558-2563). (เอกสารอัดสำเนา)
13. ธนิษฐา ดิษสุวรรณ, วันลก ดิษสุวรรณ, พิมพ์วัลย์ ชุนหมวก, ตัสซีมา มุวรรณสินธุ์, ทิพย์สุดา นวลนิ่ม. การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคเรื้อน ภาคใต้ตอนล่าง ประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2564; 47(3): 432-44.
14. นันทน์ภัส สุขใจ. ระบบข้อมูลแบบ UCHA: การพัฒนาที่พอเพียง เพียงพอ พอดี ดีพอ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/596990>
15. งานสารสนเทศ เขตสุขภาพที่ 9. การใช้ระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: [http://odpc9.ddc.moph.go.th/KM/IT/UCHA-DPC5\\_27Nov2009.pdf](http://odpc9.ddc.moph.go.th/KM/IT/UCHA-DPC5_27Nov2009.pdf)
16. Leprosy Eliminate Group. Guidelines for contact tracing register 2016 [Internet]. [cited 2023 Jan 9]. Available from: <http://thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm>
17. The International Federation of Anti-Leprosy Association. The interpretation of epidemiological indicators in leprosy [Internet]. [cited 2023 Jan 9]. Available from: <https://www.leprosy-information.org/media/1114/download>
18. สุชัยญา มานิตยศิริกุล, ญาดา โตอุตชนม์. เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็วและการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน. วารสารควบคุมโรค. 2557; 40 (2):111-7.
19. L Diana N, S Paul R. Nerve damage in leprosy: a continuing challenge to scientists, clinicians and service providers. International Health. June 2012; 4 (2): 77-85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2011.09.006>
20. Malathi M, Thappa DM. Fixed-Duration Therapy in Leprosy: Limitations and Opportunities. Indian J Dermatol [Internet]. 2013 [cited 2022 Dec 12]; Mar-Apr; 58 (2): 93-100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3657276>
21. Skinner D, Claassens M. It's complicated: why do tuberculosis patients not initiate or stay adherent to treatment? A qualitative study from South Africa. BMC infect Disease [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec 10]; 16:712. Available from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-016-2054-5>
22. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พงนา ธัญญกิตติกุล. การประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2561;25:109-20.
23. SW Cairns S, A Ann. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. Lepr Rev. 2014; 85: 2-17.
24. R Jan H, M Abraham, M Corine J. van, C Richard P and S Trevor C. Close contacts with leprosy in newly diagnosed leprosy patients in a high and low endemic area: comparison between Bangladesh and Thailand. Int J of Lepr Other Mycobact Dis. 2005; 73(4):249-57.
25. B S M. van, H Mohammed, K Paul R. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. Int J of Lepr other Mycobact Dis. 1999 Jun;67 (2):119-28.
26. สุพัตรา ลิ้มมาทัน, นิพนธ์ โยธา, นิภาพร ฮามพิทักษ์, สมัย ทองพูล, อธิเดช ไชยชนะ. รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564; 28(3): 55-69.

### แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ณิชา ไปรายยุทธากุล, ปรียานุช กลิ่นศรีสุข. คุณภาพของการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การติดตามการรักษา และการค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566; 54: 41-52.

### Suggested citation for this article

Pairayayutakul N, Glinsrisuk P. The quality of the search for new cases of leprosy, treatment follow-up and finding household contacts of new leprosy patients in Health Region 9 during 2010-2019. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2023; 54: 41-52.

The quality of the search for new cases of leprosy, treatment follow-up and finding household contacts of new leprosy patients in 9<sup>th</sup> health region during 2010-2019

**Authors:** Nisa Pairayayutakul<sup>1</sup>, Preeyanuch Glinsrisuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Office of Senior Expert Committee, Office of Disease Prevention and Control, Thailand*

<sup>2</sup>*Office of Disease Prevention and Control Region 9<sup>th</sup>, Nakhon Ratchasima Province, Thailand*

### Abstract

**Background:** Leprosy remains a regional problem in Thailand. In 2019, the prevalence and detection rate of new cases in 9<sup>th</sup> health region was higher than that of the country. The objectives of this study were to determine the quality of finding new leprosy cases, quality of treatment of new leprosy cases and quality of household contact tracing of new leprosy cases in 9<sup>th</sup> health region, 2010 to 2019, to provide policy recommendations to achieve the goal of eliminating leprosy in a sustainable way.

**Methods:** A quantitative and retrospective descriptive study was conducted. Data were collected from documents and reports from the leprosy database (UCHA) in 9<sup>th</sup> health region, 2010 to 2019. The quality assessment was based on guideline of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

**Results:** There are 481 new cases of leprosy, separated into males 58%, and females 42%. Sixty-six cases had level-2 disabilities. There are 70% multibacillary leprosy, and 30% paucibacillary leprosy. The proportion of new multibacillary leprosy tends to increase while the proportion of new leprosy children aged 0-14 years tends to decrease. The proportion of cases with awareness self-reporting was good, 87%, while 3% referred, and 10% contacts. The quality of accelerating the search for new leprosy patients revealed using the proportion of new patients with a level-2 disability which was 14%. When looking at the trend, patients with level-2 disabilities were found consistently every year. Consistently with the proportions of new leprosy patients who receive treatment within 12 months of onset of leprosy, most of them did not pass the criteria. The quality of treatment of new leprosy patients assessed by the MDT completion rates for multibacillary leprosy and paucibacillary leprosy, were mostly passed the criteria. For the quality of finding and examining new contacts of leprosy patients, we found that the rates of household contact examination did not pass the criteria.

**Discussion and Conclusion:** Leprosy elimination operations of the 9<sup>th</sup> health region in 2010-2019 were in relatively good conditions in all activities. However, the activity of finding new cases of leprosy each year lacks consistency, causing the number of new cases of leprosy patients fluctuated and the number of new leprosy cases with level-2 disabilities was higher than the country criteria. For the quality of treatment of new leprosy patients, we found that the completion rate mostly passed the criteria. However, the quality of case finding and examining contacts of leprosy patients urgently improved. Therefore, those in charge of leprosy control and prevention program should be urgently aware of the problems and find solutions to improve the leprosy elimination operations in all activities in order to achieve the goals in the 2020-2027 strategic plan.

**Keywords:** leprosy, searching new cases of leprosy, finding household contacts, the 9<sup>th</sup> health region