

สถานการณ์โรคเมลิออยโดสิส ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567

Meliodosis Situation in Thailand, 2024

สมคิด ไกรพัฒน์พงศ์¹, นิชกุล พิสิฐพยัคฆ์¹, ดิเรก ลิมมธุรสกุล², ประณตพิชญ์ วิหารทอง¹, ธนพล ยีสารคุณ¹, สุกัลยา บัวฟัก¹, ศิริพร ศิวินา¹¹กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข²ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดลSomkid Kripattanapong¹, Nichakul Pisitpayat¹, Direk Limmathurtsakul², Prangnapit Wihanthon¹,Thanaphon Yisankhun¹, Sukanya Buafak¹, Siriphon Siwina¹¹Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand²Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University, Thailand

✉ skongyu@gmail.com

สรุปสาระสำคัญ

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2567 มีรายงานผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสสะสม 4,161 ราย เสียชีวิต 134 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 3.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่การศึกษาเพื่อติดตามภาวะการติดเชื้อดื้อยาในประเทศไทยโดยใช้ข้อมูลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565 ร่วมกับโปรแกรม AMASS (AutoMated tool for Antimicrobial resistance Surveillance System) ในโรงพยาบาลจำนวน 111 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 1-12 พบผู้ป่วยยืนยันโรคเมลิออยโดสิสที่มีผลเพาะเชื้อ 4,407 ราย เสียชีวิตในโรงพยาบาล 1,219 ราย อัตราป่วยตายในโรงพยาบาล ร้อยละ 27.7 เมื่อพิจารณาข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2567 มีการรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคเมลิออยโดสิสที่มีผลเพาะเชื้อเสียชีวิต 83 เหตุการณ์ (เหตุการณ์ละ 1 ราย) มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 93.1 ระยะเวลาดังตั้งแต่วันเริ่มป่วยถึงวันเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 3 วัน ส่วนระยะเวลาดังตั้งแต่วันเข้ารับการรักษาจนถึงเสียชีวิตเฉลี่ย 4 วัน โดยได้รับยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อเมลิออยด์ เช่น Ceftazidime, Meropenem เป็นต้น ร้อยละ 72.7 (16/22) และได้รับยาปฏิชีวนะก่อนมีผลเพาะเชื้อยืนยัน จำนวน 6 ราย ร้อยละ 37.5 (7/16) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คือ มีประวัติสัมผัสดินและน้ำโดยไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันจากการทำการเกษตร ร้อยละ 82.5 มีประวัติเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 67.3 และมีประวัติย่ำน้ำ ลุยโคลน ร้อยละ 32.7

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่มีอาการหนักและเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าเชื้อเมลิออยด์สามารถพบในหลายพื้นที่ ไม่จำกัดเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อม เช่น การท่วมขังของน้ำในช่วงฤดูฝน ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อและมีแนวโน้มเสียชีวิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการควบคุมโรคควรเพิ่มความเข้มแข็งของการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนให้มีการรายงานโรคของผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสที่มีผลเพาะเชื้อยืนยันเข้ามาตามระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ให้ครบถ้วน การวินิจฉัยและให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมโดยเร็ว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง (sepsis) โดยพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ Ceftazidime ร่วมกับยาอื่นในการรักษาแบบครอบคลุม (empirical treatment) ตามดุลยพินิจของแพทย์ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงที่เกิดจากโรคเมลิออยโดสิสได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมมาตรการป้องกันโรค เช่น การสวมใส่รองเท้าบูตขณะทำการเกษตร การชำระร่างกายให้สะอาดหลังจากสัมผัสดินหรือน้ำ การบริโภคอาหารและน้ำดื่มที่ปลอดภัย การมีน้ำใช้ที่ปลอดภัยการปนเปื้อนของเชื้อเมลิออยโดสิส เป็นต้น พร้อมทั้งสร้างความตระหนักในกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการวินิจฉัยเร็ว และรักษาต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัดไม่น้อยกว่า 3-6 เดือน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน

Highlight

In 2024, according to data from the digital disease surveillance system (DDS) of the Division of Epidemiology, Department of Disease Control, a total of 4,161 cumulative cases of melioidosis were reported, with 134 fatalities, resulting in a case fatality rate of 3.2%. The majority of patients resided in the Northeastern region. Additionally, a study aiming to monitor Antimicrobial Resistance (AMR) using microbiology laboratory data, hospital admission data and AMASS (AutoMated tool for Antimicrobial resistance Surveillance System) from 111 hospitals under the Ministry of Public Health (MoPH) across Health Service Areas 1-12 in 2022 revealed 4,407 cultured-confirmed melioidosis cases with 1,219 patients died during hospitalization, indicating a hospital case fatality rate of 27.7%. Event-Based Surveillance (EBS) data of the Division of Disease Control in Emergency Situation, Department of Disease Control, in 2024, reported 83 culture-confirmed melioidosis deaths (one death per event). Individuals with underlying health conditions were noted in 93.1% of cases. The average duration from onset of illness to medical access was 3 days, and the time from admission to death was 4 days. About 72.7% (16/22) received antibiotics effective against *Burkholderia pseudomallei*, such as Ceftazidime and Meropenem. Notably, 37.5% (6/16) received antibiotics before culture confirmation. Common risk factors included exposure to soil and water without protective equipment during agricultural activities such as rice farming, gardening, and vegetable cultivation (82.5%), animal husbandry (67.3%), as well as wading through water or mud (32.7%).

This situation reflects the severity of the disease among hospitalized patients with advanced symptoms and underscores the environmental contamination of *Burkholderia pseudomallei* in many areas, not limited to the Northeastern region. Risk factors are related to lifestyle and environmental conditions, such as waterlogging during the rainy season, which increases the likelihood of infection and death—especially among high-risk groups with underlying diseases like diabetes. Recommendations for disease control should focus on strengthening surveillance, especially by supporting complete reporting of culture-confirmed melioidosis cases through the DDS. Timely diagnosis and appropriate antibiotic treatment—particularly for patients with severe sepsis—are crucial. Empirical treatment with Ceftazidime in combination with other medicines, as deemed appropriate by physicians, can help reduce severe complications and mortality rates of melioidosis. Additionally, preventive measures should be promoted, including wearing boots while engaging in agricultural activities, thoroughly cleaning the body after exposure to soil or water, consuming safe food and drinking water, and using uncontaminated water sources. Awareness should also be raised among at-risk groups to seek early diagnosis and adhere strictly to medical treatment for at least 3 to 6 months to reduce complications.

ความเป็นมาและความสำคัญของโรค/ภัยสุขภาพ

โรคmelioidosis เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในกลุ่มโรคติดต่อจากการสัมผัส เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียชื่อว่า เบอร์โคเดอเรีย สูดอมัลเลีย (*Burkholderia pseudomallei*) เชื้อชนิดนี้มีความทนทานต่อสิ่งแวดล้อมมาก และมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อม ที่อุณหภูมิระหว่าง 15–42 องศาเซลเซียส พบได้ในดินและแหล่งน้ำตามธรรมชาติในทุกภาคของ

ประเทศไทย คนสามารถติดเชื้อผ่านทางเยื่อผิวหนังหรือบาดแผลจากการสัมผัสดินและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อเป็นเวลานาน ดื่มน้ำจากแหล่งน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อหรือหายใจเอาละอองของเชื้อที่ปนเปื้อนในดินเข้าไป โรคนี้ไม่ติดต่อจากสัตว์สู่คน แต่คนอาจติดเชื้อจากสัตว์ได้โดยการสัมผัสกับสารคัดหลั่งหรือรับประทานเนื้อหรือน้ำนมสัตว์ที่เป็นโรค กลุ่มเสี่ยงสูง คือ เกษตรกร หรือผู้ที่ต้องสัมผัสดินและน้ำเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง ธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ผู้ที่มีภาวะ

ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน รวมทั้งพิษสุราเรื้อรัง⁽¹⁾ ผู้ป่วยจะแสดงอาการหลังได้รับเชื้อ เฉลี่ย 4-9 วันเร็วสุด 1 วัน บางรายอาจนานเป็นปี ขึ้นอยู่กับปริมาณเชื้อที่ได้รับ ช่องทางการได้รับเชื้อ และภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อ อาการแสดงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการติดเชื้อ ส่วนใหญ่เริ่มจากมีไข้ หากติดเชื้อที่ผิวหนังจะมีอาการปวด บวม มีแผลเปื่อยสีขาวยเทาหรือเป็นฝีหนอง หากติดเชื้อที่ปอดจะมีปอดอักเสบ (มีไข้ ไอ หอบเหนื่อย) มีฝีหนองในปอด บางรายอาจพบที่อวัยวะอื่น เช่น ฝีในตับหรือม้าม ผู้ป่วยอาการรุนแรง มักมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีไข้สูง หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำหรือมีภาวะช็อก และถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยยืนยันโรคเมลิออยโดสิสที่มีผลเพาะเชื้อ พบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 และเสียชีวิตภายใน 1-2 วันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁽²⁾

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง/ฐานข้อมูล และสถานการณ์โรค

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค (รง.506) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2566) พบมีแนวโน้มการรายงานผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ระหว่างปีละ 2,453-4,108 ราย ค่ามัธยฐาน 2,932 ราย อัตราป่วยระหว่าง 3.7-6.2 ต่อประชากรแสนคน (สูงสุดในปี พ.ศ. 2566 และต่ำสุดในปี พ.ศ. 2564) และในช่วงปี พ.ศ. 2558-2566 (ยกเว้นในปี พ.ศ. 2563 ที่มีการระบาดของโรคโควิด 19) พบมีรายงานผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ระหว่าง 81-233 ราย (สูงสุดในปี พ.ศ. 2560) อัตราป่วยตายระหว่าง ร้อยละ 2.9-6.8

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคดิจิทัล กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2567 มีรายงานผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสสะสม 4,161 ราย (อัตราป่วย 6.4 ต่อประชากรแสนคน) เสียชีวิต 134 ราย (อัตราตาย 0.2 ต่อประชากรแสนคน) อัตราป่วยตายร้อยละ 3.2 กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป อัตราป่วย 14.0 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อายุ 55-64 ปี (12.0) และ 45-54 ปี (8.7) เมื่อพิจารณาผู้ป่วยตามรายภาค พบว่า ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 13.3 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคเหนือ (4.2) ภาคใต้ (2.3) และภาคกลาง (2.0) เขตสุขภาพที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ

เขตสุขภาพที่ 10 อัตราป่วย 22.6 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 8 (13.3) และเขตสุขภาพที่ 7 (11.8) ส่วนเขตสุขภาพที่มีอัตราป่วยตายสูงสุด คือ เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 17.7 รองลงมา คือ เขตสุขภาพที่ 5 (11.9) และเขตสุขภาพที่ 3 (11.7) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ มุกดาหาร (60.4) รองลงมา คือ นครพนม (33.3) ยโสธร (31.4) อำนาจเจริญ (24.0) และอุบลราชธานี (21.4) ส่วนจังหวัดที่มีอัตราป่วยตายสูงสุด ได้แก่ บัณฑิต ร้อยละ 35.3 รองลงมาคือ กาญจนบุรี (25.0) ภูเก็ต (23.8) ตรัง (23.5) และ พิจิตร (23.3)

ข้อมูลการรายงานในโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance, EBS) กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยยืนยันโรคเมลิออยโดสิสที่มีผลเพาะเชื้อ เสียชีวิต 83 เหตุการณ์ (เหตุการณ์ละ 1 ราย) เป็นเพศชายร้อยละ 74.7 (62 ราย) อายุระหว่าง 7-89 ปี ค่ามัธยฐานอายุ 58 ปี มีประวัติโรคประจำตัว ร้อยละ 93.1 ในจำนวนนี้เป็นโรคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมักมีอาการรุนแรง ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 65.7 ไตวายเรื้อรัง (17.9) และพิษสุราเรื้อรัง (7.5) อาการสำคัญที่พบ ได้แก่ ไข้หรือไข้สูง ร้อยละ 95.2 หายใจหอบเหนื่อย (73.5) ติดเชื้อในกระแสเลือด (47.0) ปอดอักเสบ (32.5) มีภาวะช็อก (25.3) และมีฝีในตับ ม้าม คอ หรือผิวหนัง (8.4) ระยะเวลาตั้งแต่วันเริ่มป่วยถึงวันเข้ารับการรักษา 0-30 วัน ค่ามัธยฐาน 3 วัน ส่วนระยะเวลาตั้งแต่วันเข้ารับการรักษาจนถึงเสียชีวิต 0-57 วัน ค่ามัธยฐาน 4 วัน จากบันทึกการได้รับยาปฏิชีวนะในรายงานสอบสวนโรค/แบบสอบสวนโรคเฉพาะราย ร้อยละ 26.51 (22/83 ราย) เป็นยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อเมลิออยด์ เช่น Ceftazidime Meropenem เป็นต้น ร้อยละ 72.73 (16/22 ราย) โดยได้รับยาปฏิชีวนะก่อนมีผลเพาะเชื้อยืนยัน จำนวน 6 ราย ร้อยละ 37.5 (6/16 ราย) ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2565-2567) ไม่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อน แต่พบรายงานการระบาดล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2564 ในโรงพยาบาลสนาม จังหวัดสระบุรี โดยพบผู้ป่วยยืนยัน 21 ราย เสียชีวิต 6 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 17-31 สิงหาคม 2564 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม

ระหว่างวันที่ 22–31 สิงหาคม 2564 เป็นเพศชาย 10 ราย เพศหญิง 11 ราย ค่ามัธยฐานอายุ 58.5 ปี เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 43 และมีประวัติได้รับยาสเตียรอยด์ขณะเข้ารับการ รักษา ร้อยละ 71 จากการสอบสวนโรคพบมีการปนเปื้อนของ เชื้อเมลิออยด์จากดินในน้ำดื่มมาใช้ เนื่องจาก แหล่งน้ำประปา เป็นน้ำจากภูเขาและไม่มีการเติมคลอรีน รวมทั้งอาจเป็นผลมา จากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันลดลงทั้งจากโรคประจำตัว การติดเชื้อโควิด 19 และการได้รับยาสเตียรอยด์

จากการศึกษาล่าสุดในปี พ.ศ. 2565 โดยใช้ข้อมูล ห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาและการเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 111 แห่ง ในเขต สุขภาพที่ 1–12 พบผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ซิสที่มีผลเพาะเชื้อ ยืนยัน จำนวน 4,407 ราย ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล 1,219 ราย อัตราป่วยตายในโรงพยาบาล ร้อยละ 27.7 โดยพบ อัตราป่วยสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10) รองลงมา คือ ภาคกลางตอนบน (เขตสุขภาพที่ 3) ภาคเหนือ (เขตสุขภาพที่ 1 และ 2) ภาคตะวันออก (เขตสุขภาพ ที่ 6) และภาคใต้ (เขตสุขภาพที่ 11 และ 12) ขณะที่อัตราป่วย ต่ำสุดพบในภาคกลางตอนล่าง (เขตสุขภาพที่ 4) และภาค ตะวันตก (เขตสุขภาพที่ 5)⁽³⁾

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คือ การไม่สวมใส่ อุปกรณ์ป้องกัน เช่น รองเท้าบูต เป็นต้น เมื่อต้องสัมผัสดินและ น้ำโดยตรงจากการทำการเกษตร (ทำนา ทำสวน ทำไร่ ปลูกผัก เลี้ยงสัตว์) หรือย่ำน้ำลุยโคลน และหากผู้ติดเชื้อมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง ธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง พิษสุราเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน นานกว่า 2 สัปดาห์ จะเสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากการรายงานในโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance, EBS) กองควบคุมโรคและภัย สุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค พบผู้เสียชีวิต มีประวัติ สัมผัสดินและน้ำโดยไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน จากการทำการเกษตร เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน ปลูกผัก ตัดหญ้า ร้อยละ 82.5 มีประวัติเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 67.3 และมีประวัติย่ำน้ำลุยโคลน ร้อยละ 32.7

ผลกระทบต่อสังคม/เศรษฐกิจ/ระบบสุขภาพ

โรคเมลิออยด์ซิสทำให้เกิดการเจ็บป่วยเฉลี่ยปีละ 2,932 ราย โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558–2567) ในขณะที่พบผู้เสียชีวิต 80–230 ราย ต่อปี ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็น ผู้มีอาชีพเกษตรกรรม วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร่วมกับมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง และพิษสุราเรื้อรัง พบผู้ป่วยตลอดทั้งปี โดยพบมากในช่วงฤดูฝน (เดือน มิถุนายน–ตุลาคม) ซึ่งตรงกับฤดูกาลระบาดของโรคนี้ เนื่องจาก เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำการเกษตร เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ ปลูกผัก หรือจับสัตว์น้ำ ในหลายพื้นที่อาจมีน้ำท่วมขังจาก การมีฝนตกต่อเนื่อง หากต้องสัมผัสดินหรือลุยน้ำอยู่เป็นประจำ โดยไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น รองเท้าบูต ถุงมือยาง หรือ ชุดลุยน้ำ จะมีโอกาสป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเมลิออยด์ซิส ซึ่งอาการป่วยรุนแรงมักพบในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ร้อยละ 43 รองลงมา คือ ไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 11 โดยพบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยยืนยันโรคเมลิออยด์ซิสที่มีผลเพาะเชื้อสูงถึงร้อยละ 40⁽⁴⁾

โรคเมลิออยด์ซิสไม่ได้เป็นเพียงปัญหาด้านสาธารณสุข เท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการ สุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง เช่น ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม การเจ็บป่วยจากโรคนี้ทำให้ประสิทธิภาพในการ ทำงานลดลง รวมทั้งเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษานานหลายเดือน โดยเฉพาะกรณีอาการรุนแรง ซึ่งอาจต้องเข้ารับการรักษานใน หอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit; ICU) ทำให้ค่าใช้จ่าย ทางทางการแพทย์สูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล การขาดรายได้ของผู้ดูแล และ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในแง่ของ รายได้ ภาระทางการเงิน และความเครียดทางจิตใจ แม้จะไม่พบ การระบาดเป็นกลุ่มก้อนบ่อยนักแต่หากเกิดผู้ป่วยจำนวนมาก ในช่วงเดียวกัน อาจทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานใน ชุมชน ความวิตกกังวล และการตีตราผู้ป่วยจากความเข้าใจผิด เกี่ยวกับโรค หากไม่มีการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

ปัจจุบันมีการดำเนินมาตรการป้องกันโรคโดยการสื่อสารความเสี่ยงไปยังประชากรกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว เช่น สวมใส่รองเท้าบูตถุงมือยาง หรือชุดลุยน้ำใน ขณะทำการเกษตรหรือต้องสัมผัสดินและน้ำเป็นเวลานาน ดื่มน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุก แต่ยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นโรคเมลิออยโดสิส ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ควรได้รับการแก้ไขต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อประชาชน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

หน่วยบริการสาธารณสุขควรเพิ่มความเข้มข้นในการเฝ้าระวังโรค ให้การวินิจฉัยโรคและให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมโดยเร็ว ควบคู่กับการดำเนินมาตรการป้องกันโรค โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยง ได้แก่

1) ประชาสัมพันธ์และเน้นย้ำให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำโดยตรง หากจำเป็นให้ใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น รองเท้าบูตหรือชุดลุยน้ำ เมื่อเสร็จภารกิจให้รีบอาบน้ำทำความสะอาด หากมีบาดแผลบริเวณผิวหนังให้ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำจนกว่าแผลจะแห้งสนิท รับประทานอาหารปรุงสุก ดื่มน้ำสะอาด หากไม่แน่ใจให้ต้มน้ำให้สุกก่อนดื่ม และหลีกเลี่ยงการสูดดมเชื้อเข้าไป เช่น หลีกเลี่ยงการอยู่ท่ามกลางสายฝนในช่วงที่มีลมแรงหรือมีพายุ อาจทำให้สูดละอองดินที่ปนเปื้อนเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้

2) ในพื้นที่ที่ประสบอุทกภัย ประชาชนอาจมีข้อจำกัดในการป้องกันตนเอง ควรเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ ประชาชนได้รู้และตระหนักถึงความเสี่ยง “หากมีไข้สูงตั้งแต่ 2 วันขึ้นไปหลังสัมผัสดินและน้ำควรรีบไปพบแพทย์ทันที”

3) การให้การวินิจฉัยอย่างทันท่วงที และการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมโดยเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง (sepsis) และพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ Ceftazidime ร่วมกับยาอื่น ในการรักษาแบบครอบคลุม (empirical treatment) ตามดุลยพินิจของแพทย์ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงที่เกิดจากโรคเมลิออยโดสิสได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตสุขภาพที่มีอัตราป่วยโรคเมลิออยโดสิสสูง

Reference

1. Ministry of Public Health (TH), Division of Communicable Disease. Guideline of Melioidosis. Nonthaburi: Ministry of Public Health, Division of Communicable Disease; 2021. (in Thai)
2. Tepakorn A, Khonsung P. Evaluation of the melioidosis surveillance system at Sanpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani province, Thailand, 2018. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2019;50:521–8. (in Thai)
3. Jitpeera C, Kripattanapong S, Klaytong P, Rangsiwutisak C, Wannapinij P, Doungngern P, et al. Epidemiology of *Burkholderia pseudomallei*, *Streptococcus suis*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp. and *Vibrio* spp. infections in 111 hospitals in Thailand, 2022. PLOS Glob Public Health. 2025;5(3):e0003995. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003995>
4. Hantrakun V, Kongyu S, Klaytong P, Rongsumlee S, Day NPJ, Peacock SJ, et al. Clinical Epidemiology of 7126 Melioidosis Patients in Thailand and the Implications for a National Notifiable Diseases Surveillance System. Open Forum Infect Dis. 2019;6(12):ofz498. doi: 10.1093/ofid/ofz498. PMID: 32083145; PMCID: PMC7020769.
5. Department of Disease Control (TH). Melioidosis Situation Report 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 18]. Available from: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/EOC/Content/RRA-15-melioidosis.pdf> (in Thai)
6. Ministry of Public Health (TH). Annual Report 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 18]. Available from: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/annual/Annual/Annual_Report_2565.pdf (in Thai)