

สถานการณ์และแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคคางทูมในประเทศไทย พ.ศ. 2568 (ข้อมูล ณ 15 ตุลาคม 2568) Situation and Rising Trend of Mumps in Thailand, 2025 – Data as of October 15, 2025

ปณิตา คุ่มผล, ชญานิจ มหาสิงห์, ภาวินี ต้วงเงิน

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Panita Kumphon, Chayanit Mahasing, Pawinee Doungngern

Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

✉ Jpkumphon@gmail.com

สรุปสาระสำคัญ

- โรคคางทูม (Mumps) เป็นโรคป้องกันด้วยวัคซีน เกิดจากการติดเชื้อไวรัส *paramyxovirus* สามารถติดต่อได้โดยการสัมผัสโดยตรงหรือการสูดละอองฝอยในอากาศจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย
- ในปี 2568 (ข้อมูล ณ 15 ตุลาคม 2568) มีรายงานผู้ป่วย 1,646 ราย อัตราป่วย 2.49 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต
- โรคคางทูมมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา แต่ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2563–2567) และสูงกว่าปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2567)
- มีการรายงานการระบาดเป็นกลุ่มก้อนหลายเหตุการณ์ พบมากในสถานศึกษา รองลงมาคือสถานพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายอื่น การอยู่ร่วมกัน และการทำกิจกรรมร่วมกัน
- การป้องกันและควบคุมโรคสามารถทำได้โดยการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ตามเกณฑ์ และการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล หากป่วยเป็นโรคคางทูม ควรหยุดเรียนหรือหยุดทำงานอย่างน้อย 5 วันนับจากวันที่เริ่มมีอาการ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นในชุมชน

Highlight

- Mumps is a vaccine-preventable disease caused by the Paramyxovirus, transmitted through direct contact or respiratory droplets from infected individuals.
- In 2025 (as of 15 October 2025), a total of 1,646 cases of mumps were reported, with a morbidity rate of 2.49 per 100,000 population, and no deaths were reported.
- Although cases had declined over the past decade, the 2025 incidence increased, exceeding both the five-year median (2020–2024) and 2024 levels.
- Outbreaks occurred mainly in schools and healthcare facilities, often associated with close contact or shared activities.
- Prevention and control of the disease can be achieved through appropriate immunization with the measles-mumps-rubella (MMR) vaccine and by maintaining good personal hygiene. Individuals with mumps should stay home from school or work for at least 5 days after the onset of swelling to prevent transmission within the community.

ความเป็นมาและความสำคัญของโรค

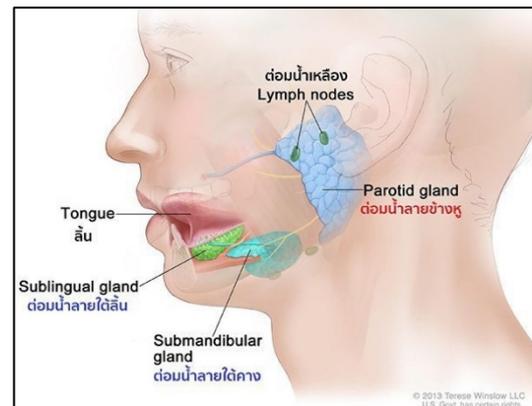
โรคคางทูม (Mumps) เป็นโรคป้องกันด้วยวัคซีน เกิดจากการติดเชื้อไวรัส *paramyxovirus* สามารถติดต่อได้โดยการสัมผัสโดยตรงหรือการสูดละอองฝอยในอากาศจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย⁽¹⁾ ระยะฟักตัว 12–25 วันหลังจากได้รับเชื้อ (เฉลี่ย 16–18 วัน) ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อได้ตั้งแต่ 2 วันก่อนแสดงอาการจนถึง 5 วันหลังจากการติดเชื้อ⁽²⁾ ผู้ป่วยมักมีอาการอักเสบที่ต่อมน้ำลายข้างแก้ม (parotitis) หรือต่อมน้ำลายอื่น ๆ อาการต่อมน้ำลายอักเสบจากโรคคางทูมอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ อาการจะคงอยู่ประมาณ 3 ถึง 7 วัน (เฉลี่ย 5 วัน) โดยส่วนใหญ่อาการจะหายภายใน 10 วันหลังเริ่มมีอาการ อาการที่ไม่จำเพาะอาจนำมาก่อนอาการต่อมน้ำลายอักเสบหลายวัน เช่น มีไข้ต่ำ ๆ 3–4 วัน ปวดกลืนเนื้อ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ⁽³⁾ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง แต่ในบางรายอาจถึงแก่ชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ อัมพาตอักเสบ รั้งไข่อักเสบ ตับอ่อนอักเสบ ไข้สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรืออาจสูญเสียการได้ยิน⁽⁴⁾

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) แนะนำให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ในเด็กจำนวน 2 ครั้ง เพื่อควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคคางทูม จากการศึกษาผลของการสร้างภูมิคุ้มกันในประเทศที่เริ่มใช้วัคซีนคางทูมและมีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนครบ 2 ครั้งในระดับสูง พบว่าอัตราการเกิดโรคคางทูมลดลงอย่างมากจากเดิมประมาณ 100–1,000 รายต่อประชากรแสนคน เหลือน้อยกว่า 1 รายต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ครั้งที่ 1 (MMR1) ตอนอายุ 9 เดือน และครั้งที่ 2 ในเด็กประถมศึกษาปีที่ 1⁽⁶⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับคำแนะนำให้วัคซีนเข็มที่ 2 เมื่ออายุ 18 เดือน เพื่อลดช่วงเวลาระหว่างวัคซีน 2 เข็ม ทำให้เด็กที่ไม่ตอบสนองต่อเข็มแรกมีช่วงเวลาที่ไม่มีภูมิคุ้มกัน สิ้นลงก่อนจะได้รับเข็มที่สองที่ จะทำให้ภูมิคุ้มกันขึ้นดีและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหัด หัดเยอรมัน และคางทูม⁽⁷⁾ ปัจจุบันการให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ใน

เด็กกลุ่มเป้าหมายของประเทศไทย คือ ครั้งที่ 1 (MMR1) ตอนอายุ 9 เดือน และ ครั้งที่ 2 ตอนอายุ 1 ปี 6 เดือน



รูปที่ 1 อาการต่อมน้ำลายอักเสบในผู้ป่วยโรคคางทูม ที่มา: ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (CDC). อาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคคางทูม. 5 มิถุนายน 2567



รูปที่ 2 ตำแหน่งของต่อมน้ำลายข้างหู (Parotid gland) ที่มา: เมดไทย (Medthai). โรคคางทูม. 3 พฤษภาคม 2563

สถานการณ์โรคคางทูม

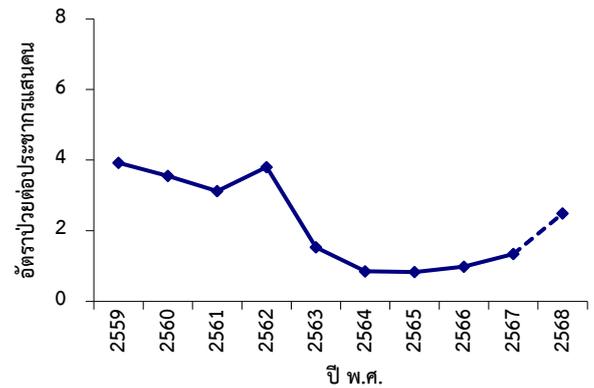
ปี พ.ศ. 2568 สถานการณ์ทั่วโลก ไม่พบการระบาดใหญ่ของโรคคางทูมแต่พบการระบาดแบบประปรายในหลายภูมิภาคทั่วโลกและในสหรัฐอเมริกา ข้อมูล ณ วันที่ 11 กันยายน 2568 สหรัฐอเมริกามีรายงานผู้ป่วย จำนวน 226 ราย ใน 34 รัฐ โดยรัฐที่มีรายงานผู้ป่วยสูงที่สุด ได้แก่ แคลิฟอร์เนีย นิวยอร์ก อิลลินอยส์ และโอไฮโอ ตามลำดับ⁽⁸⁾

สถานการณ์ในประเทศไทย จากรายงานการเฝ้าระวังโรคในระบบเฝ้าระวังโรคดิจิทัล (Digital Disease Surveillance; DDS) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 1 มกราคม–15 ตุลาคม 2568 มีรายงานผู้ป่วย 1,646 ราย อัตราป่วย 2.49

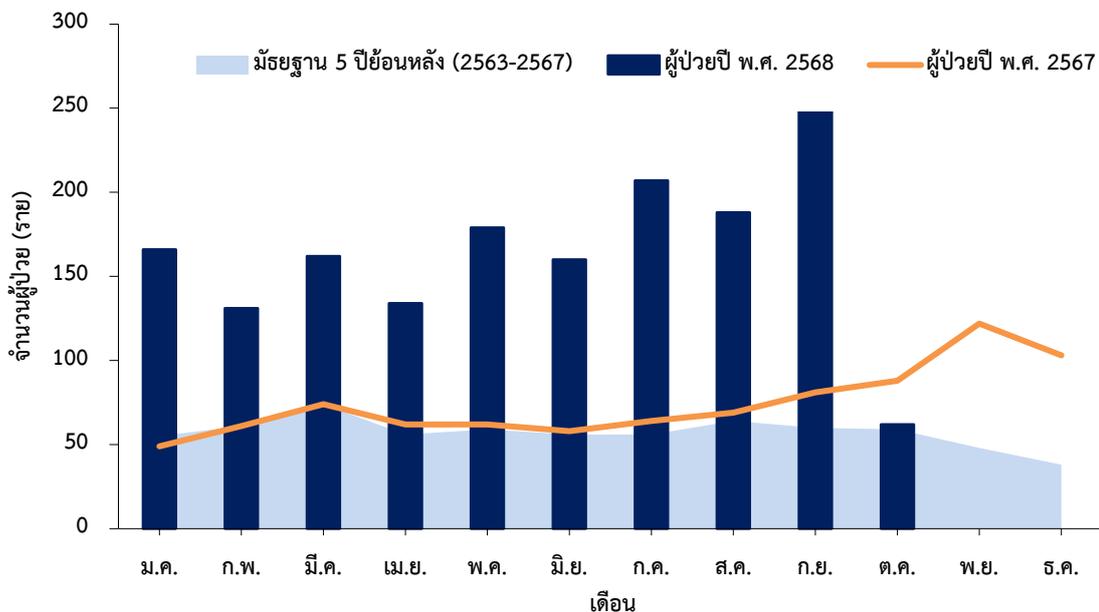
ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พบเป็นเพศหญิง 784 ราย เพศชาย 862 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 1.1 ผู้ป่วยมีสัญชาติไทย ร้อยละ 89.94 รองลงมา คือ เมียนมา (2.14) และลาว (1.17) ส่วนใหญ่อาศัยนักเรียน ร้อยละ 17.31 รองลงมา คือ เด็กในปกครอง (10.85) และรับจ้าง (10.06) พบผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ค่ามัธยฐานอายุ 23 ปี (ต่ำสุด 5 เดือน สูงสุด 108 ปี) โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 20-29 ปี 5.70 ต่อประชากรแสน รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี (5.66) กลุ่มอายุ 0-4 ปี (5.56) กลุ่มอายุ 15-19 ปี (5.40) และกลุ่มอายุ 30-39 ปี (2.89) ตามลำดับ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 6.62 และผู้ป่วยนอก ร้อยละ 93.38

ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ อัตราป่วย 4.26 รายต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคกลาง (2.63 รายต่อประชากรแสนคน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.87) และภาคใต้ (1.25) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 10 อันดับ ได้แก่ แม่ฮ่องสอน พบอัตราป่วย 28.16 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ เชียงใหม่ (12.24) ลำพูน (9.56) น่าน (7.85) ชลบุรี (5.66) สกลนคร (5.52) ปทุมธานี (5.05) ลำปาง (4.81) กรุงเทพมหานคร (3.86) และ สุรินทร์ (3.52) ตามลำดับ

สถานการณ์โรคคางทูมในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นชัดเจน โดยสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2563-2567) และสูงกว่าปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2567) (รูปที่ 3 และ 4)



รูปที่ 3 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน โรคคางทูม ประเทศไทย จำแนกรายปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559-2568 (ข้อมูล ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2568)

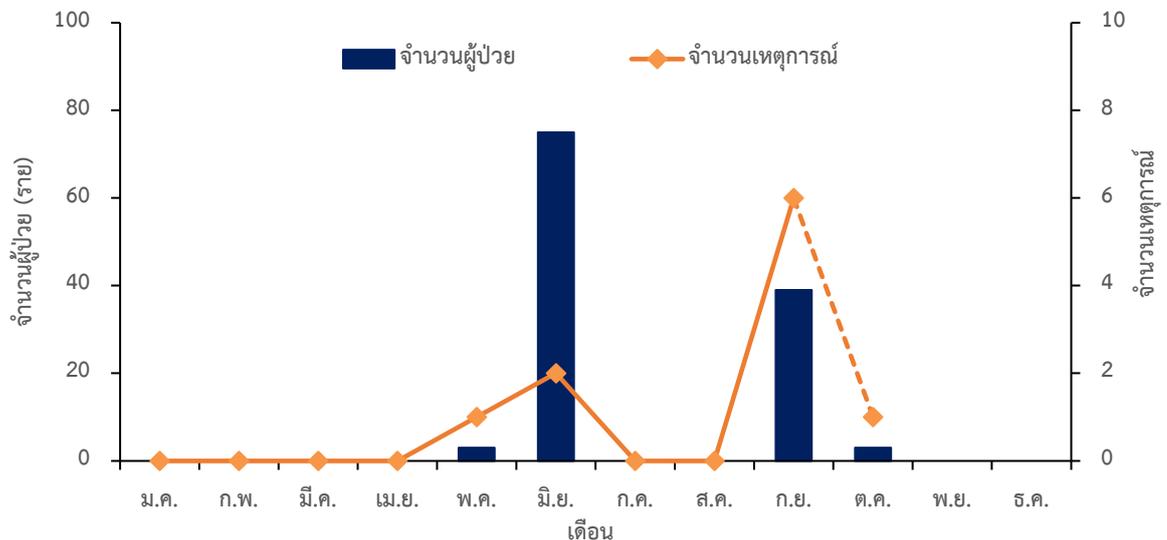


รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคคางทูม รายเดือน ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-15 ตุลาคม 2568 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2563-2567) และปี พ.ศ. 2567

ข้อมูลจากโปรแกรมเฝ้าระวังเหตุการณ์และภัยสุขภาพ (Modernized Event-based Surveillance: M-EBS) กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-15 ตุลาคม 2568 ได้รับรายงานเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อนของโรคคางทูม จำนวน 10 เหตุการณ์ โดยเกิดขึ้นในสถานศึกษา 8 เหตุการณ์ สถานพยาบาล 2 เหตุการณ์ พบผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 113 ราย แต่ละเหตุการณ์พบผู้ป่วยจำนวน 2-70 ราย (รูปที่ 5) เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมไวรัสคางทูม จำนวน 16 ราย พบว่าให้ผลบวกยืนยันจำนวน 9 ราย ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่พบว่ามีประวัติสัมผัสผู้ป่วยโรคคางทูม การอยู่ร่วมกัน และทำกิจกรรมร่วมกัน และจากการติดตามข้อมูลผู้ป่วยที่รายงานทั้งหมด พบผู้ป่วยมีประวัติการ

ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ 7 ราย ร้อยละ 6.48 ได้รับวัคซีนไม่ครบ 10 ราย (9.26) ไม่เคยได้รับวัคซีน 64 ราย (59.26) และไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีน 32 ราย (29.63)

ข้อมูลจากการให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2568 จากฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ 43 แห่ง (Health Data Center: HDC) ณ วันที่ 22 ตุลาคม 2568 พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ครั้งที่ 1 (MMR1) ร้อยละ 88.02 และ ครั้งที่ 2 (MMR2) ร้อยละ 90.08 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95⁽⁹⁾



รูปที่ 5 จำนวนเหตุการณ์การระบาดและจำนวนผู้ป่วยจากเหตุการณ์ระบาดของโรคคางทูม จำแนกรายเดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-15 ตุลาคม 2568

ผลกระทบต่อสังคม/ระบบสุขภาพ/เศรษฐกิจ

จากสถานการณ์โรคคางทูมในประเทศไทยข้างต้น พบแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาและค่ามัธยฐานของช่วงเวลา 5 ปีย้อนหลัง โดยพบผู้ป่วยในหลายกลุ่มอายุ ตั้งแต่เด็กเล็ก วัยเรียน วัยรุ่น จนถึงวัยทำงาน การระบาดของโรคคางทูมมักเกิดขึ้นในกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนครบถ้วน ดังนั้น การรักษาระดับความครอบคลุมของวัคซีน MMR ให้อยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง

จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคคางทูมในชุมชน⁽¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม ยังพบรายงานผู้ป่วยบางส่วนในกลุ่มที่เคยได้รับวัคซีนครบแล้ว ซึ่งอาจเกิดจากการลดลงของระดับภูมิคุ้มกันเมื่อเวลาผ่านไป (waning immunity) ผลการศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริการะบุว่า ในกลุ่มผู้ที่ได้รับวัคซีน MMR มากกว่า 10 ปี พบว่าประมาณร้อยละ 10 ของอาสาสมัครไม่สามารถตรวจพบเซลล์ความจำชนิด B (memory B cell) ต่อ

เชื้อไวรัสก่อโรคคางทูม ซึ่งบ่งชี้ถึงการลดลงของภูมิคุ้มกันเฉพาะต่อเชื้อดังกล่าวตามระยะเวลา⁽¹¹⁾

แม้โรคคางทูมจะไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต แต่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขสูงขึ้น ทั้งในด้านการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย รักษา การติดตามผู้ป่วย และงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมโรค หากเกิดการระบาดในวงกว้าง อาจส่งผลกระทบต่อหลายมิติ เช่น การหยุดเรียนของเด็กที่ป่วยซึ่งกระทบต่อคุณภาพการศึกษา การที่ผู้ปกครองต้องลางานเพื่อดูแลบุตรหลาน ตลอดจนการเจ็บป่วยและการขาดงานในกลุ่มวัยทำงานที่อาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ นอกจากนี้ โรคคางทูมซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน อาจสะท้อนถึงความท้าทายด้านความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการวัคซีนพื้นฐานของเด็กไทย

ข้อเสนอแนะต่อประชาชน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยกำหนดให้ครอบคลุมของการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ครั้งที่ 1 (MMR1) และ ครั้งที่ 2 (MMR2) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ซึ่งสอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรให้ความสำคัญกับการวางแผนและติดตามความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในประชาชนรวมถึงมาตรการรองรับกรณีที่เกิดเหตุการณ์ระบาดของโรคคางทูม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเร่งสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะผู้ปกครองที่มีบุตรหลานวัยอายุต่ำกว่า 5 ปี มารับวัคซีนตามเกณฑ์ในสถานพยาบาลใกล้บ้าน หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ที่มมีอาการของโรคคางทูม หากมีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคคางทูม ควรไปพบแพทย์ทันที นอกจากนี้ ควรรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ งดใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เมื่อไม่สบาย ควรหยุดเรียนหรือหยุดทำงาน 5 วันหลังจากเริ่มมีอาการต่อมน้ำลายบวมอักเสบหรือมีอาการอื่น ๆ⁽²⁾ และเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง ควรสวมหน้ากากอนามัยเมื่อไปในที่สาธารณะ และหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน

Reference

1. World Health Organization. Mumps [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/norms-and-standards/vaccine-standardization/mumps>
2. World Health Organization: Eastern Mediterranean Region. Mumps: risk communication and community engagement guidance [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://www.emro.who.int/cpi/publications/mumps-risk-communication-and-community-engagement-guidance.html>
3. U.S. Centers for Disease Control and prevention. Chapter 9: Mumps [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-9-mumps.html>
4. U.S. Centers for Disease Control and prevention. Mumps Symptoms and Complications [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-9-mumps.html>
5. World Health Organization. Mumps virus vaccines: WHO Position Paper, March 2024 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/mumps>
6. Ministry of Public Health (TH), Department of Disease Control, Division of Communicable Disease. National Immunization Program Schedule 2 0 2 5 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1666720250130035107.pdf> (in Thai)
7. Ministry of Public Health (TH), Department of Disease Control, Division of Epidemiology. Clinical Practice Guideline for Diagnosis and Management of

- Measles, Rubella, and Congenital Rubella Syndrome (Updated on Surveillance 2022) [Internet]. 2022 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1353820221130065311.pdf> (in Thai)
8. Department of Health (HI), Disease Outbreak Control Division. Mumps [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 22]. Available from: https://health.hawaii.gov/docd/disease_listing/mumps/
9. Ministry of Public Health (TH), Health Data Center. Immunization [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog/4df360514655f79f13901ef1181ca1c7> (in Thai)
10. National Library of Medicine. Characteristics of Large Mumps Outbreaks in the United States, July 2010-December 2015 [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30204850/>
11. Rasheed MAU, Hickman CJ, McGrew M, Sowers SB, Mercader S, Hopkins A, et al. Decreased humoral immunity to mumps in young adults immunized with MMR vaccine in childhood. PNAS. 2019;116(38):19071–6.