

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

สถานการณ์โรคทางทุม 122

สาระสำคัญในฉบับ

Highlight

สถานการณ์โรคทางทุม

ระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2534 พบว่า กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน ทางทุมเป็นโรคที่มีอัตราป่วยสูง 1 ใน 4 อันดับแรก โดยโรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ หัด ทางทุม วัณโรค และไข้สวก และยังพบว่าในปี พ.ศ. 2533 และ 2534 โรคทางทุมมีอัตราการป่วยสูงกว่าทุกปีที่ผ่านมา คือ สูงถึง 1.7 เท่าของค่ามัธยฐาน 5 ปี (พ.ศ. 2528-2532) ผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี

ปี พ.ศ. 2534 จากการรวบรวมข้อมูลรายงานผู้ป่วย (รง. 506) ถึงวันที่ 7 ธันวาคม 2534 มีอัตราการป่วยด้วยโรคทางทุม 32.87 ต่อประชากรแสนคน ภาคเหนือมีอัตราการป่วยสูงสุด คือ 57.02 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีอัตราป่วย 32.21, 24.28 และ 20.51 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจังหวัดที่มีอัตราการป่วยสูง ได้แก่ น่าน อุตรดิตถ์ และอ่างทอง ตามลำดับ

หมายเหตุ

ข้อมูลผู้ป่วยโรคทางทุม ปี พ.ศ. 2534 อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากข้อมูลที่ได้รวบรวมถึงวันที่ 7 ธันวาคม 2534

สถานการณ์โรคทางทุม

บทนำ

จากข้อมูลของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนนั้น เมื่อเรียงลำดับจำนวนผู้ป่วยในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ปรากฏว่าโรคทางทุมมีอัตราป่วยสูงเป็น 1 ใน 4 อันดับแรก ดังตารางที่ 1 และเมื่อพิจารณาผลกระทบของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคต่ออัตราป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2520-2534) ของประเทศไทย ปรากฏว่ามีแนวโน้มลดลง ซึ่งแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีวัคซีนป้องกันโรค อันได้แก่ บีซีจี คีทีพี โอฟีวี่ หัด คีที หัดเยอรมัน เตตานีสหทัยชอยด์ ตับอักเสบบี และวัคซีนป้องกันโรคไข้มองอักเสบ เจอี ซึ่งวัคซีน 2 ชนิดหลังนี้เพิ่งเข้ามาในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ดังนั้น คงมีแต่วัคซีนป้องกันโรคทางทุมและโรคไข้มองอักเสบเท่านั้น ที่ยังมีได้จัดอยู่ในแผนฯ ดังกล่าว

ตารางที่ 1 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จำแนกตามโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน พ.ศ. 2532-2534

โรค	พ.ศ. 2532	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2534
หัด	22.46	52.56	44.64
คางทูม	22.99	37.25	32.87
วัณโรค	34.66	35.79	30.38
ตับอักเสบบี	3.30	5.56	4.97
หัดเยอรมัน	2.28	4.17	8.67
บาดทะยัก	1.75	1.45	1.06
ไอกรน	2.21	0.88	0.43
คอติบ	0.15	0.10	0.08
ไข้มองอักเสบ เจอี	0.07	0.03	0.03
โปลิโอ	0.03	0.01	0.01

แหล่งที่มา : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

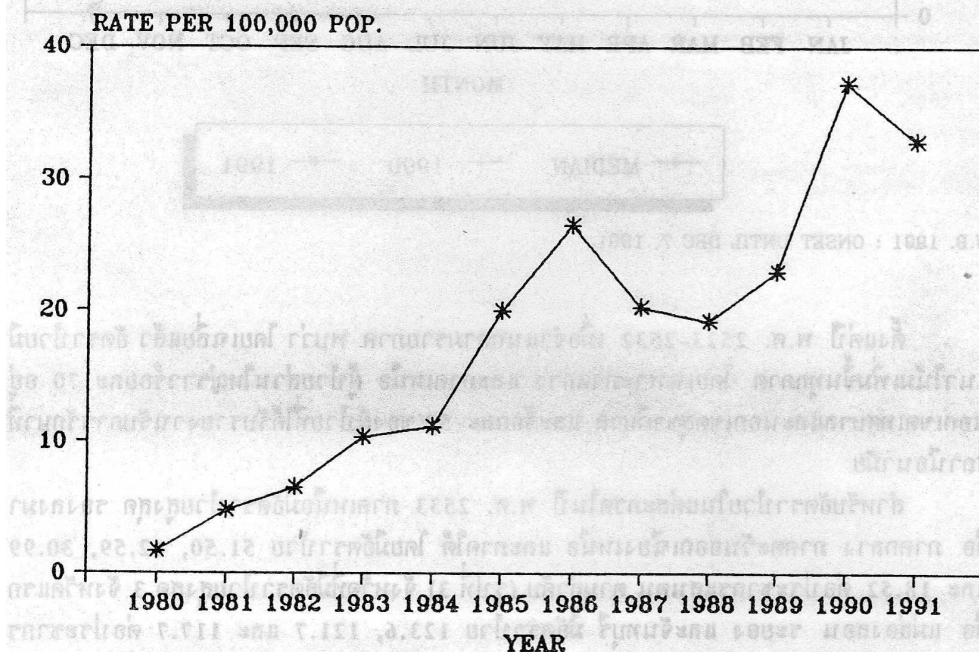
วิธีการและผลการวิเคราะห์

จากการรวบรวมข้อมูลรายงานผู้ป่วย (รง. 506) ทั้งประเทศ ที่กองระบาดวิทยาได้รับ จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ตั้งแต่ระดับสถานเฝ้าระวัง โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ของกระทรวงสาธารณสุข และสถานรักษาพยาบาลของส่วนราชการต่างๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเอกชน โดยผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ 1 มกราคม 2523 ถึง 7 ธันวาคม 2534 พบว่า สถานการณ์ของโรคคางทูมสรุปได้ดังนี้

ช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พ.ศ. 2523-2532 อัตราป่วยของโรคคางทูมมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะปี พ.ศ. 2529 มีอัตราป่วยสูงถึง 26.47 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2533 มีรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 20,969 ราย อัตราป่วย 37.25 ต่อประชากรแสนคน สำหรับปี พ.ศ. 2534 นั้น กองระบาดวิทยาได้รับรายงานทั้งสิ้น 18,623 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 32.87 ต่อประชากรแสนคน (รูปที่ 1)

**FIG. 1 REPORTED CASES OF MUMPS BY YEAR
PER 100,000 POP. THAILAND, 1980 - 1991.**

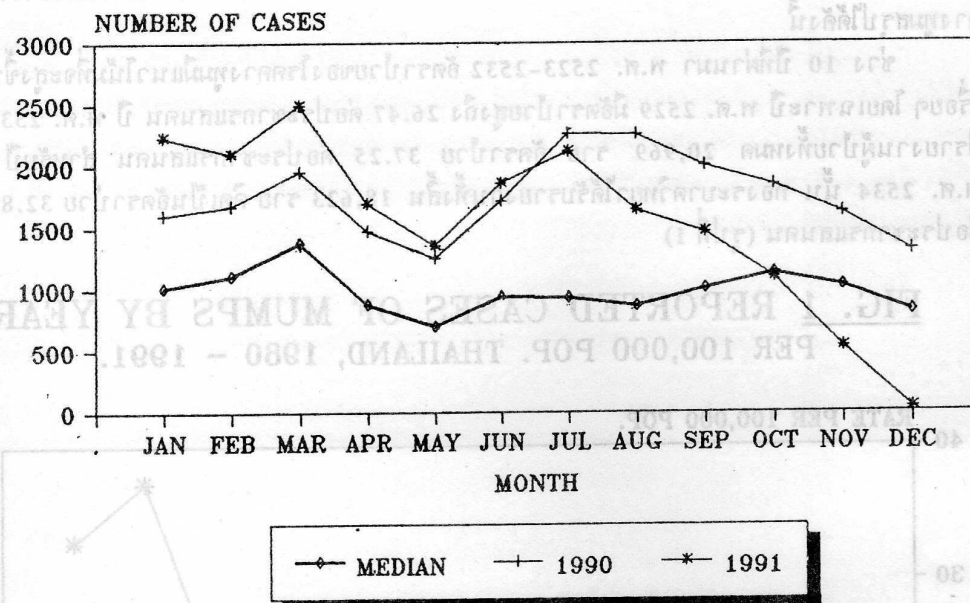


N.B. 1991 : ONSET UNTIL DEC 7, 1991.

และเมื่อเทียบอัตราป่วยของ ปี พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2534 กับค่ามัธยฐาน 5 ปี (พ.ศ. 2528-2532) จะแสดงให้เห็นว่าช่วง 2 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีอัตราป่วยสูงถึง 1.7 เท่าของค่ามัธยฐาน 5 ปี โดยมีการระบาดตลอดปีและทุกภาค

ลักษณะการกระจายของโรคคางทูม นั้น พบได้ว่ามีผู้ป่วยตลอดทั้งปี แต่จะพบผู้ป่วยมาก 2 ช่วง คือในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม และช่วงเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม และในปี พ.ศ. 2534 นั้น พบว่ามีผู้ป่วยสูงในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม และช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม (รูปที่ 2)

FIG. 2 REPORTED CASES OF MUMPS BY MONTH
THAILAND, MEDIAN (1985 - 1989)
1990 & 1991.



N.B. 1991 : ONSET UNTIL DEC 7, 1991.

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523-2532 เมื่อจำแนกตามรายภาค พบว่า โดยเฉลี่ยแล้ว อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาค โดยเฉพาะภาคกลาง และภาคเหนือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ราวร้อยละ 70อยู่นอกเขตเทศบาลและนอกเขตสุขาภิบาล และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ได้รับรายงานรับการรักษาที่สถานื่อนามัย

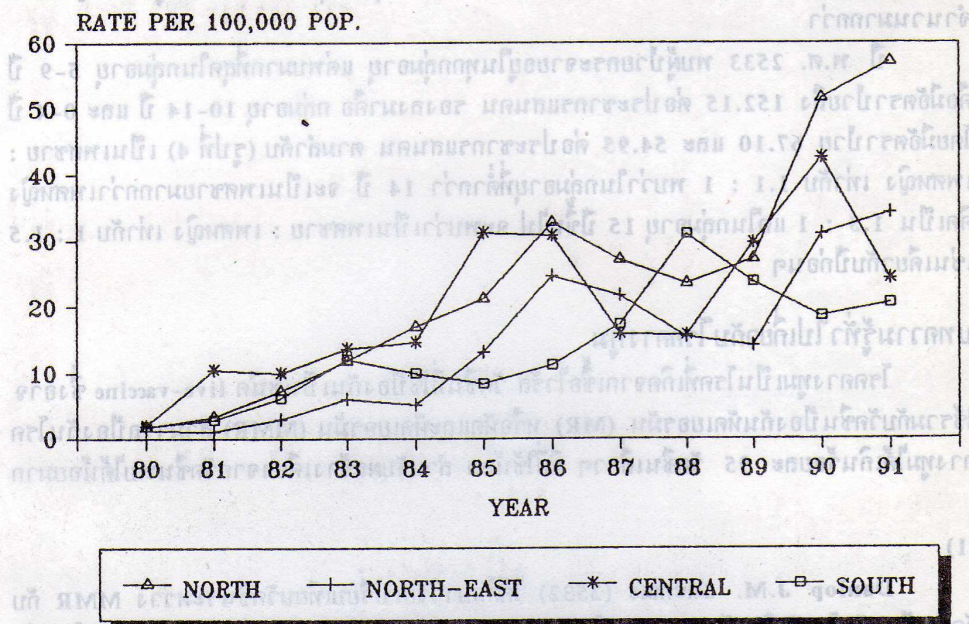
สำหรับอัตราป่วยในแต่ละภาคในปี พ.ศ. 2533 ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยมีอัตราป่วย 51.50, 42.59, 30.99 และ 18.52 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รูปที่ 3) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 จังหวัดแรกคือ แม่ฮ่องสอน ระยอง และจันทบุรี มีอัตราป่วย 123.6, 121.7 และ 117.7 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ปี พ.ศ. 2534 เมื่อเปรียบเทียบตามรายภาค ภาคเหนือเป็นภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ 57.02 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีอัตราป่วย 32.21, 24.28 และ 20.51 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รูปที่ 3) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 จังหวัดแรก คือ น่าน มีอัตราป่วย 131.3 ต่อประชากรแสนคน อุดรธานี มีอัตราป่วย 113.9 ต่อประชากรแสนคน และอ่างทอง มีอัตราป่วย 101.2 ต่อประชากรแสนคน

(อ่านต่อหน้า 131)

สถานการณ์โรคทางทุม

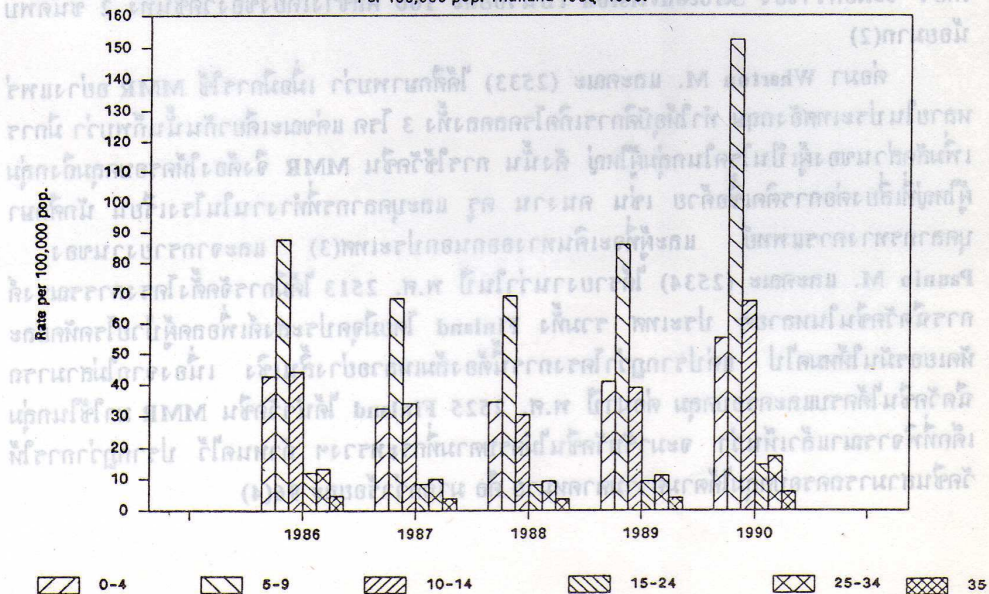
(ต่อจากหน้า 124)

FIG.3 REPORTED CASES OF MUMPS BY REGION
PER 100,000 POP. THAILAND, 1980 - 1991.

N.B. 1991 : ONSET UNTIL DEC 7, 1991.

FIG. 4 REPORTED CASES OF MUMPS BY AGE-GROUP

Per 100,000 pop. Thailand 1986-1990.



เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2523-2532 พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี และ 10-14 ปี (รูปที่ 4) นอกจากนี้แล้วยังพบว่า อัตราส่วนระหว่างเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1.2 : 1 แต่เป็นที่น่าสนใจกว่าปีที่ผ่านมา นั่นคือ กลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 14 ปี จะเป็นผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง ต่างจากกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ผู้ป่วยหญิงกลับมีจำนวนมากกว่า

ปี พ.ศ. 2533 พบผู้ป่วยกระจายอยู่ในทุกกลุ่มอายุ แต่พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 5-9 ปี โดยมีอัตราป่วยถึง 152.15 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10-14 ปี และ 0-4 ปี โดยมีอัตราป่วย 67.10 และ 54.95 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รูปที่ 4) เป็นเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1.1 : 1 พบว่าในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 14 ปี จะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็น 1.3 : 1 แต่ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จะพบว่าเป็นเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1 : 1.5 เช่นเดียวกับปีก่อนๆ

บทความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคทางทุม

โรคทางทุมเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส วัคซีนที่ใช้ป้องกันเป็นชนิด live-vaccine ซึ่งอาจใช้ร่วมกับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน (MR) หรือหัดและหัดเยอรมัน (MMR) สามารถป้องกันโรคทางทุมได้เกินร้อยละ 95 วัคซีนเดี่ยวๆ มีที่ใช้น้อย สำหรับผลข้างเคียงจากวัคซีนพบได้น้อยมาก

(1)

Dunlop J.M. และคณะ (2532) ได้ศึกษาวิจัยเปรียบเทียบวัคซีนระหว่าง MMR กับ วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 15 เดือน จำนวน 335 คน พบว่าผู้ปกครองของเด็กขอเลือกฉีด MMR ถึงร้อยละ 95 และกลุ่มเด็กที่ได้รับ MMR พบว่า Seroconversion มีอัตราร้อยละ 90 ของ หัด ร้อยละ 97 ของคางทูม และร้อยละ 100 ของหัดเยอรมัน ขณะที่กลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนหัดอย่างเดียว จะมีอัตราของ Seroconversion เป็นร้อยละ 100 ผลข้างเคียงของวัคซีนทั้ง 2 ชนิดพบได้น้อยมาก(2)

ต่อมา Wharton M. และคณะ (2533) ได้ศึกษาพบว่า เมื่อมีการใช้ MMR อย่างแพร่หลายในประเทศอังกฤษ ทำให้อุบัติการณ์เกิดโรคลดลงทั้ง 3 โรค แต่ขณะเดียวกันนั้นก็พบว่า มีการเพิ่มสัดส่วนของผู้เป็นโรคในกลุ่มผู้ใหญ่ ดังนั้น การใช้วัคซีน MMR จึงต้องให้ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วย เช่น คนงาน ครู และบุคลากรที่ทำงานในโรงเรียน นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่จะเดินทางออกนอกประเทศ(3) และจากรายงานของ Paunio M. และคณะ (2534) ได้รายงานว่าในปี พ.ศ. 2513 ได้มีการจัดตั้งโครงการรณรงค์การฉีดวัคซีนในหลายๆ ประเทศ รวมทั้ง Finland โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดผู้ป่วยโรคหัดและหัดเยอรมันให้หมดไป แต่ปรากฏว่าโครงการนี้ต้องล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เนื่องจากไม่สามารถฉีดวัคซีนได้ครบและครอบคลุม ต่อมาปี พ.ศ. 2525 Finland ได้นำวัคซีน MMR มาใช้ในกลุ่มเด็กที่พิจารณาแล้วเห็นว่า จะมารับวัคซีนไม่ครบตามที่กระทรวงฯ กำหนดไว้ ปรากฏว่าการให้วัคซีนสามารถครอบคลุมได้ตามความคาดหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 96(4)

สำหรับประเทศไทย การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีนโยบายในการป้องกันโรคคางทูมตั้งแต่แรกแล้ว แต่อย่างไรก็ตามยังมีสถานบริการหลายแห่งที่มีการให้วัคซีนป้องกันโรคคางทูมแก่เด็ก ซึ่งที่นิยมให้กันมากขณะนี้คือ MMR ในภาครัฐมีโรงพยาบาลบางแห่งที่ใช้ แต่ต้องสั่งซื้อเอง ซึ่งพบได้น้อยมากเมื่อเทียบกับภาคเอกชน อันได้แก่โรงพยาบาลหรือคลินิก เพราะครอบครัวของเด็กมีความสามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายต่างๆ ของการให้วัคซีนเหล่านี้ได้

เอกสารอ้างอิง

1. เศษ ตันไพจิตร และ อนุวัตร ลัมสุวรรณ. โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2520 : 430.
2. Dunlop J.M., Rai Choudhury K. and et al. "Evaluation of measles, mumps and rubella vaccine in a population of Yorkshire infants, Public-Health. 1989 : 103 (5) : 331-5.
3. Wharton M., Cochi S.L. and Williams W.W. "Measles, mumps, and rubella vaccines.", Infect-Dis-Clin-North-Am. 1990 : 4(1) : 47-73.
4. Paunio M., Virtanen M. and et al. "Increase of vaccination coverage by mass media and individual approach : intensified measles, mumps and rubella prevention programme in Finland.", Am-J-Epidemiol. 1991 : 133(11) : 1152-60.

รายงานโดย นางสาวบังอรรัตน์ ศุขตระกูล กองระบาดวิทยา

#####

ทุนสนับสนุนการวิจัยของแผนงาน THA DPC 001 ประจำปี 2535-2536

ด้วยคณะกรรมการประสานงานการป้องกันและควบคุมโรค (Disease Prevention and Control : THA DPC 001) ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ เพื่อพัฒนางานด้านการป้องกันและควบคุมโรค โดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากองค์การอนามัยโลก ได้เล็งเห็นความสำคัญของการวิจัยที่มีต่อการพัฒนางานด้านการป้องกันและควบคุมทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ที่จะมียผลกระทบสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในการนี้ คณะทำงานฯ ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับสนับสนุนงานวิจัยในด้านต่างๆ เพื่อพัฒนาความรู้ เทคโนโลยีใหม่ เพื่อการพัฒนาแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ รวมถึงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ขอให้ผู้ที่สนใจที่จะขอรับทุน ได้เขียนโครงการร่างการวิจัยตามรายละเอียดที่ได้ส่งมาพร้อมนี้ จำนวน 20 ชุด โดยส่งไปที่ เลขานุการคณะกรรมการประสานแผนงาน THA DPC 001 กองการสาธารณสุขต่างประเทศ ตึก 1/1 ชั้นล่าง กระทรวงสาธารณสุข วั่งเทเวศน์ กรุงเทพฯ 10200 ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2535 ซึ่งคณะกรรมการฯ จะพิจารณาอนุมัติโครงการโดยแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้ คือ ประมาณสิ้นเดือนมีนาคม, เมษายน และพฤษภาคม โครงการที่เสนอไม่ทันจะไม่รับพิจารณา

เงื่อนไขการสนับสนุนโครงการวิจัย PICT DPC 001 ประจำปี 2535

1. เป็นโครงการที่มีลักษณะริเริ่ม (Innovative) ไม่ใช่งานประจำ
2. มีผลกระทบในเชิง ปรับ เปลี่ยน เสริมหรือสานต่อมาตรการควบคุมป้องกันโรคไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือโรคไร้เชื้อ (Policy Implication)
3. วงเงินประมาณ 5,000 เหรียญฯ ต่อโครงการ และเป็นลักษณะการใช้เงินเพื่อให้เกิดการสนับสนุนที่ถาวรตามมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. เขียนโครงการ เป็นภาษาอังกฤษตามหัวข้อที่กำหนดมา ความยาวประมาณ 4-6 หน้า
5. จะพิจารณาอนุมัติโครงการเป็น 3 ช่วง คือ สิ้นเดือนมีนาคม, เมษายน และพฤษภาคม 2535 โครงการที่เสนอไม่ทันจะไม่รับพิจารณา
6. ในกรณีที่คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในหลักการแล้ว จะได้แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ ซึ่งต้องดำเนินการกรอกรายละเอียดตามแบบ Form ของ WHO ให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ

หัวข้อการเขียนโครงการวิจัยเพื่อขอรับการสนับสนุนจาก PICT DPC 001 ประจำปี 2535

1. Rationale and Background (1 - 2 หน้า)

ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือพาดพิงโดยตรง อันจะทำให้เห็นความสำคัญของการศึกษา ว่าจำเป็นต้องมี และให้แน่ใจว่าไม่ใช่งานซ้ำซ้อน ไม่ควรถือข้อมูลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องมาพรรณนา

2. Specific Objectives

ระบุวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนและเฉพาะมากที่สุด : โรคอีสุกอีใส

3. Methodology (1 - 2 หน้า)

ให้รายละเอียดที่ครอบคลุมถึง

- ชนิดของการศึกษา
- นิยามของตัวแปรต่างๆ และหน่วยที่ใช้วัด
- ขนาดตัวอย่างและการสุ่มเลือก
- วิธีการเก็บข้อมูล
- การตรวจทางห้องปฏิบัติ (ถ้ามี)
- แผนการวิเคราะห์ข้อมูล ถ้าสามารถแนบลักษณะตารางสำคัญๆ ที่คาดว่าจะเป็นการวิเคราะห์ (Dummy Table) ยังเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณา
- ฯลฯ

4. Study Site

สถานที่ที่จะทำการศึกษา ที่จะเก็บข้อมูล

5. Period of Study

ระยะเวลาที่ศึกษา อย่างช้าสุดต้องเสร็จสิ้นภายในธันวาคม 2536

6. Investigators and Institutes

รายชื่อผู้วิจัยและสถาบันที่เกี่ยวข้อง

7. Budget

ยอดจำนวนงบประมาณที่ขอ (แสดงรายละเอียดการศึกษางบประมาณในภาคผนวก)

8. Policy Implication

ให้แสดงความสำคัญว่าผลการศึกษาดังกล่าวจะช่วยปรับเปลี่ยนนโยบายหรือมาตรการควบคุมป้องกันโรคในลักษณะใด ที่ระดับประเทศหรือจังหวัด หรือในสถานบริการ

9. References

ให้แสดงเอกสารอื่น เอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง

10. Annex

แสดงรายละเอียดต่างๆ เช่น

- การคำนวณขนาดตัวอย่าง
- แบบเก็บข้อมูล (ถ้ามี)
- การคำนวณงบประมาณโดยละเอียด
- ข้อมูลของผู้วิจัยทั้งหมด (CV)

#####