

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

สาระสำคัญในฉบับ

Highlight

สถานการณ์ของโรคมาลาเรีย

ประชากรทั่วโลกมากกว่า 40% เสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรีย ซึ่งทวีปอาฟริกาเป็นผู้ป่วยมากที่สุด และผู้เสียชีวิต 7.5% คือประชากรกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระบาดวิทยาของโรคแตกต่างกันระหว่างประเทศและแนวโน้มของโรคเปลี่ยนไปเนื่องจากการเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และพัฒนาการต่อสู้ยาต่อเชื้อมาลาเรีย การควบคุมโรคให้ได้ผลต้องดำเนินงานตามโครงการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ควรมีการวางแผนและกลยุทธ์ที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่เพื่อลดอัตราตาย ความทุกข์ทรมานจากโรค และการแพร่กระจายของเชื้อ ข้อมูลด้านระบาดวิทยาเป็นพื้นฐานสำคัญต่อผลสำเร็จของโครงการควบคุมโรคมาลาเรีย ในทางตรงข้าม การขาดเสถียรภาพทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และอุปสรรคอื่นๆ เช่น ความล้าสมัยของกลวิธี ฯลฯ มีผลกระทบต่อความล้มเหลวของโครงการ

(ธรา ภูมิพัฒน์)

สถานการณ์ของโรคมาลาเรีย

ประชากรของโลกใน 100 ประเทศ เสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรียมากกว่า 2 พันล้านคน (> 40% ของจำนวนประชากรโลก) ซึ่งถ้าพิจารณาตามพื้นที่ของโลก พบว่า 27% ของประชากรอาศัยอยู่ในพื้นที่ปลอดมาลาเรีย 32% อยู่ในพื้นที่มาลาเรียถูกกวาดล้างด้วยการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค 32% อยู่ในพื้นที่มาลาเรียลดลงหรือถูกกวาดล้าง แต่กลับมีโรคปรากฏขึ้นอีก เนื่องจากเกิดการพัฒนาแหล่งทรัพยากรธรรมชาติ และความไม่มั่นคงของสถานะเศรษฐกิจ การเมือง ส่วนที่เหลือ 9% อยู่ในพื้นที่เกิดมาลาเรียอย่างรุนแรง เพราะไม่มีการควบคุมป้องกันโรคเลย อันจะเห็นได้ชัดเจนในอาฟริกาเขตร้อน

สถานการณ์ของโรคมาลาเรียแพร่หลายทั่วโลกใน ค.ศ. 1988 อาจสรุปโดยย่อได้ ดังนี้ ค.ศ.1988 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รับรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 8.3 ล้านราย ซึ่ง 3.3 ล้านราย (40%) จากอาฟริกา และ 2/3 ของส่วนที่เหลือรายงานจาก 5 ประเทศด้วยกัน คือ อัฟกานิสถาน บราซิล อินเดีย ศรีลังกา และไทย สำหรับอุบัติการณ์ของโรคมาลาเรียที่มีอาการทั่วโลก ประมาณ 110 ล้านรายต่อปี อัตราความชุกของการติดเชื้อ 270 ล้านราย และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ ประมาณ 1-2 ล้านรายในแต่ละปี

แนวโน้มทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาของโรคมาลาเรียแตกต่างกันในแต่ละประเทศและพื้นที่ ถึงแม้ว่าสถานการณ์ของโรคจะดีขึ้นในบางประเทศ เช่น จีน แต่ในประเทศอื่นๆ ซึ่งอยู่ในพื้นที่เกิดโรคมาลาเรียเป็นประจำนั้น ยังมีแนวโน้มของโรคคงเดิมหรือมากขึ้น

จากรายงานของทวีปอเมริกาต่อองค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 270,000 ราย ใน ค.ศ.1974 เป็น 1.1 ล้านรายใน ค.ศ. 1988 แสดงให้เห็นถึงการแพร่กระจายของเชื้ออย่างชัดเจน โดยพบว่าผู้ป่วยในประเทศบราซิล 97% มาจากเขตอามาโซเนีย ซึ่งในเขตนี้มีรายงานผู้ป่วยของรัฐรอนโดเนียจากประเทศบราซิล 45% และจำนวนผู้ป่วยที่มาจากบราซิลนั้น 80% อาศัยอยู่ในขอบเขต 6 ตำบลของประเทศบราซิล ประมาณ 2-3 ปีที่ผ่านมา แนวโน้มด้านระบาดวิทยาเปลี่ยนไปเนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากรกลุ่มผู้ไร้แรงงาน ซึ่งก่อให้เกิดการแพร่กระจายของโรคมาลาเรียอย่างรุนแรง ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคขึ้น ได้แก่ ประเภทของงานที่ทำ การเคลื่อนย้ายของประชากรเพิ่มขึ้น การรวมตัวกันเป็นกลุ่มชน การขาดบ้านที่อาศัย และการขาดความสะดวกในการรักษาพยาบาล ตลอดจนขาดการป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง

สำหรับประเทศจีนนั้นจำนวนผู้ป่วยลดลงตลอด รายงานผู้ป่วยใน ค.ศ. 1985 เท่ากับ 563,000 ราย ลดลงเหลือ 364,000 ราย ใน ค.ศ.1986 และ 134,000 ราย ใน ค.ศ.1988 อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ประสบผลสำเร็จอย่างถ้วนทั่วภายในประเทศ ในพื้นที่บางแห่งเช่น จังหวัดไห่หนาน อุตการณ์ของมาลาเรียเพิ่มขึ้น 21% ใน ค.ศ. 1988 เมื่อเปรียบเทียบกับ ค.ศ.1987

(อ่านต่อหน้า 673)

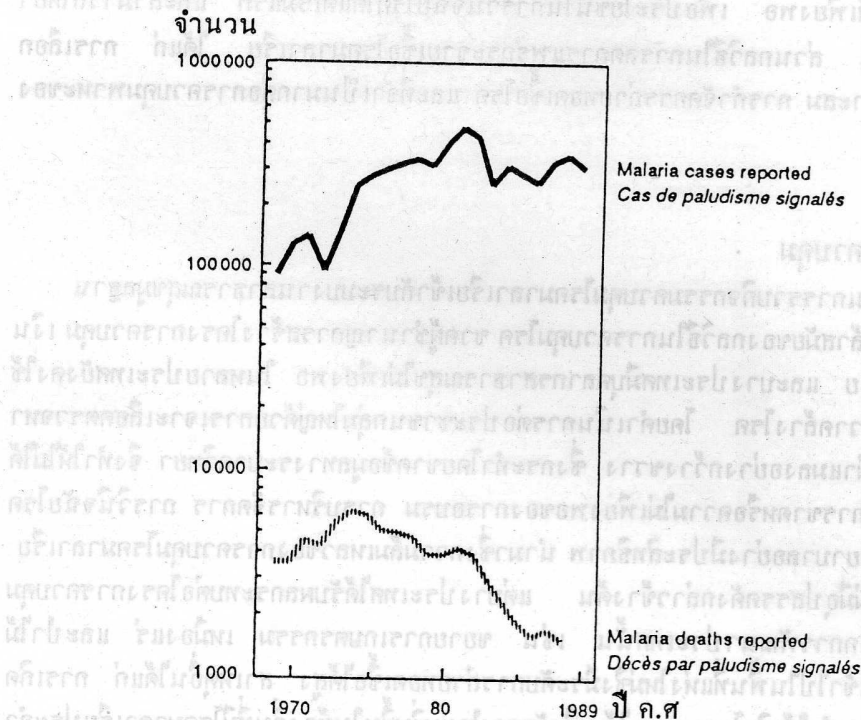
สถานการณ์ของโรคมาลาเรีย

(ต่อจากหน้า 666)

ในบางประเทศถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของมาลาเรียเพิ่มขึ้น แต่จำนวนผู้เสียชีวิตลดลง เช่น ประเทศไทย พบว่าอัตราตายด้วยมาลาเรียลดลงเรื่อยๆ ดังรูปที่ 1 ปัจจัยที่ทำให้อัตราตายต่ำลง ได้แก่ ประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล การกระจายคลินิกมาลาเรียอย่างทั่วถึง และการปฏิบัติการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของยาต้านมาลาเรีย

แนวโน้มของระบาดวิทยาที่สำคัญอีกข้อหนึ่ง คือ พัฒนาการดื้อยาของเชื้อ *Plasmodium falciparum* (พาราไซต์ที่ก่อให้เกิดอัตราตายมากที่สุดของมาลาเรีย) ดื้อยา Chloroquine ซึ่งมีรายงานบ่อยๆ จากประเทศที่เกิดมาลาเรียเป็นประจำ สำหรับการดื้อยาอันดับที่ 2 (second line drugs) เช่น Sulfadoxine - pyrimethamine นั้นเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทวีปเอเชีย อเมริกาใต้ และแอฟริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแอฟริกา พบว่ามากกว่า 75% ของผู้เสียชีวิตจากมาลาเรียคือ ประชากรกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนร้อยละ 10 ของเด็กที่เสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี เป็นสาเหตุจากโรคมาลาเรีย

รูปที่ 1 กราฟแสดง อัตราป่วยและอัตราตายโรคมาลาเรีย, ประเทศไทย



การควบคุมมาลาเรีย

วิธีทางแก้ปัญหาของมาลาเรียของโลกไม่มากนัก มิใช่ว่ากลยุทธ์เพียงแบบเดียวกันจะสามารถนำไปใช้ในการควบคุมโรคได้ทุกประเทศ โรคมาลาเรียไม่สามารถกวาดล้างให้หมดไปได้หรือทำ

การควบคุมด้วยวิธีการรณรงค์ในช่วงเวลาอันจำกัด เพราะการกระทำเช่นนี้จะให้ผลดีในระยะเวลาดสั้นๆ เท่านั้น หากต้องการผลในระยะยาวควรมีโครงการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง WHO เป็นองค์กรสำคัญที่สนับสนุนประเทศสมาชิกในการวางแผนควบคุมป้องกันโรค โดยการช่วยเหลือและการมีส่วนร่วมกับการวางแผนโครงสร้างของแผนงานและกลยุทธ์ที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ บางพื้นที่สามารถวางแผนโครงการควบคุมมาลาเรียที่มีประสิทธิภาพและมีวัตถุประสงค์ระยะยาวผสมผสานเข้ากับการให้บริการสุขภาพทั่วไปได้ ทั้งนี้ โครงการต้องสอดคล้องกันและกลวิธี ตลอดจนการดำเนินงานของกิจกรรมต้องชัดเจน กรณีการสร้างเสถียรภาพของโครงการควบคุมมาลาเรียระดับชาตินั้น ได้แก่ การปฏิบัติการวิจัยหรือวางแผนกิจกรรม โดยมีจุดมุ่งหมายในการค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มป่วยและการควบคุมการระบาดอย่างรวดเร็ว เฉพาะอย่างยิ่งประเทศในทวีปอาฟริกาซึ่งมีการแพร่กระจายของโรคอย่างรวดเร็วตามฤดูกาลที่เปลี่ยนแปลง

การควบคุมมาลาเรียถือว่าประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่ออัตราตายอยู่ในระดับต่ำ และสามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ในหน่วยบริการทางการแพทย์ทั่วไป กลวิธีเพื่อลดอัตราตายลง ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อรับรักษาโรคอันดับที่ 2 ได้ทันต่อเหตุการณ์ และแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงตายสูง เข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างจำเพาะ กลวิธีเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรค ได้แก่ การเพิ่มสถานบริการตรวจมาลาเรียให้เพียงพอ เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคได้แต่เริ่มแรก และสามารถให้ยารักษาได้ทันทั่วทั้ง ส่วนกลวิธีในการลดการแพร่กระจายเชื้อโรคมาลาเรีย ได้แก่ การเลือกสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การกำจัดกาฝากยุงเห็บเห็บ และที่สำคัญมากคือการควบคุมพาหะของโรค

อุปสรรคต่อการควบคุม

ปัญหาในการรวมกิจกรรมควบคุมโรคมาลาเรียเข้ากับระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน มีดังนี้คือ ความล้าสมัยของกลวิธีในการควบคุมโรค ขาดผู้ชำนาญการสร้างโครงการควบคุม เงินทุนสนับสนุนน้อย และบางประเทศมีบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอ ในหลายประเทศยังคงใช้วิธีการรณรงค์กวาดล้างโรค โดยดำเนินการต่อประชาชนกลุ่มใหญ่ด้วยการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อ การใช้ยาฆ่าแมลงอย่างกว้างขวาง ซึ่งกระทำโดยขาดข้อมูลทางระบาดวิทยา จึงทำให้ไม่เกิดผล นอกจากนี้การขาดหรือความไม่เพียงพอของการอบรม การบริหารจัดการ การวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งความล้มเหลวของการควบคุมโรคมาลาเรีย

แม้ว่าไม่มีอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น แต่บางประเทศได้รับผลกระทบต่อการควบคุมโรคมาลาเรียจากการพัฒนาประเทศนั้น เช่น ขยายการเกษตรกรรม เหมืองแร่ และป่าไม้ โดยเคลื่อนย้ายเข้าไปในพื้นที่แห้งใหม่ซึ่งมีระดับการถ่ายทอดเชื้อได้สูง สาเหตุอื่นได้แก่ การเกิดฝนตกชุก ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคระบาดได้ หรืออัตราป่วยเพิ่มขึ้นในท้องถิ่นที่มีโรคมาลาเรียประจำ นอกจากนี้ ความไม่มั่นคงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ทำให้โครงการควบคุมโรคหยุดชะงัก ผลกระทบอย่างช้าๆ อาจเกิดจากการถ่ายทอดเชื้อมากขึ้น หรือการคื้อยาเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากความไม่ครบถ้วนของการรายงานและการเฝ้าระวังผู้ป่วยมาลาเรีย ความไม่สามารถจำกัดการระบาดของโรคได้ เพราะบุคลากรไม่เพียงพอหรือขาดยาต้านมาลาเรีย หรือขาดยาฆ่าแมลง

บทสรุป

มาลาเรียเป็นโรคที่รุนแรงที่สุดของประเทศแถบเขตร้อน และเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาสังคมเศรษฐกิจ สถานะวิกฤติด้านเศรษฐกิจก่อให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัวจากทรัพยากรธรรมชาติเพิ่มขึ้นในเขตเมืองร้อน ทำให้อัตราเสี่ยงต่อโรคสูงขึ้น และสถานการณ์ของโรคในหลายๆ ประเทศเลวลงอย่างมีนัยสำคัญ จึงต้องมีการเรียกร้องให้เกิดการลงทุนเพื่อการไหลเวียนของเศรษฐกิจที่คั่งภายในประเทศ สำหรับประเทศที่เกิดโรคมมาลาเรียเป็นประจำจากประสบการณ์ที่ได้รับต้องสามารถแสดงระบาดวิทยาของโรคที่เกิดขึ้นได้ และการปรับปรุงกลวิธีการควบคุมโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม WHO ให้สัญญาต่อประเทศสมาชิกในการช่วยเหลือเพื่อความสำเร็จของการขจัดโรคมมาลาเรีย

ถอดความโดย

นางสาวธัญลี ศิริพิทยาคุณกิจ และนายแพทย์วิชัย เอกพลากร กองระบาดวิทยา
จาก

"Malaria, Present Situation of the Disease" World Health
Statistics Annual 1990, P. 11-15.

#####