

ISSN 0125-7447

VOLUME 25

NUMBER 16

April 22, 1994

รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์

กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

DIVISION OF EPIDEMIOLOGY MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

สารบัญ	การรับผู้ป่วยที่ป่วยเนื่องจากแอลกอฮอล์เข้าโรงพยาบาลสหรัฐอเมริกา พฤษภาคม ปี 1992	221
INDEX	สถานการณ์โรคหัดเยอรมัน ปี พ.ศ.2535 (Rubella)	230
	สถานการณ์โรคไขคอตีบ ปี พ.ศ.2535 (Diphtheria)	233

กำหนดการสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 12

3-5 สิงหาคม 2537

ณ โรงแรมรามการ์เด้นส์ ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร

การรับผู้ป่วยที่ป่วยเนื่องจากแอลกอฮอล์เข้าโรงพยาบาล

สหรัฐอเมริกา พฤษภาคม ปี 1992

แอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดการเรื้อรังต่างๆ จนเป็นเหตุให้ต้องมีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการเรื้อรังดังกล่าว เช่น โรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์ โรคที่เกี่ยวกับภาวะทางจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังอาจสร้างปัญหาอื่นๆ ได้อีก เช่น ทำให้เกิดโรคติดเชื้อ และอาการบาดเจ็บจนเข้าโรงพยาบาล ข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพของอเมริกันอินเดียียน [Indian Health Service(IHS)] และข้อมูลจากการสำรวจและรายงานการจำหน่ายผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่อยู่ในข่ายได้มาตรฐานของ CDC พบว่าสัดส่วนของผู้ที่เข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ [Alcohol-Related Hospitalization(ARHs)] ในกลุ่มของพวกอเมริกันอินเดียียนและชนเผ่าอลาสก้า ได้รับรายงานเป็น 2.5 เท่า ของประชากรอเมริกันทั้งหมด อย่างไรก็ตาม การประเมินเหล่านี้มีขอบเขตจำกัด โดยการใช้นิยามการวินิจฉัยเฉพาะโรคที่เกิดจากพิษแอลกอฮอล์โดยตรง ซึ่งพิษของแอลกอฮอล์เหล่านี้ทำให้เกิดอาการพิษสุราเรื้อรังในอนาคตต่อไป เพื่อที่จะได้บอกถึงรายละเอียดระหว่างความสัมพันธ์ของการใช้แอลกอฮอล์และการรับผู้ป่วยเข้าพักรักษาตัวใน IHS และโรงพยาบาลในเครือข่ายของ IHS ในอเมริกาให้ถูกต้องมากขึ้น ทาง IHS จึงได้ดำเนินการสำรวจในกลุ่มของพวกอเมริกันอินเดียียนและชนเผ่าอลาสก้าในสถานบริการต่างๆ ในวันจันทร์ที่ 18 พฤษภาคม 1992 ซึ่งการสำรวจนี้ใช้เวลา 1 วัน รายงานนี้เป็นการสรุปเบื้องต้นจากการสำรวจ

ได้มีรายงานรวบรวมการสำรวจครั้งนี้ เครื่องมือในการสำรวจจะถูกส่งไปที่เจ้าของคลินิก [Clinical Director (CD)] ของ IHS และโรงพยาบาลในเครือข่ายประมาณ 50 แห่ง โดยทางไปรษณีย์ เจ้าของคลินิกแต่ละแห่งจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์ในช่วงสัปดาห์ที่มีวันสำรวจ เพื่อยืนยันว่ามีการได้รับเครื่องมือเหล่านี้แน่นอน

และเพื่อเตรียมบุคคลที่จะตอบแบบสำรวจทางโทรศัพท์ด้วย การสำรวจนี้ต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนผู้ใหญ่และเด็กที่มีอายุเท่ากับหรือน้อยกว่า 15 ปี (เด็ก < 15 ปี) ที่เป็นผู้ป่วย โดยจำแนกตามเพศซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เป็นคนไข้ในของโรงพยาบาลในวันที่มีการสำรวจและจำนวนผู้ป่วย (จำแนกตามอายุและเพศ) ซึ่งเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากการใช้แอลกอฮอล์ ในแบบสำรวจจะมีรายชื่อหัวข้อการวินิจฉัยซึ่งอาจเกิดจากพิษแอลกอฮอล์โดยตรง (เช่น โรคจิตที่เกิดจากแอลกอฮอล์ กลุ่มอาการ หรือโทษที่เกิดจากแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่างๆ และโรคตับที่เกิดจากแอลกอฮอล์) หรือการวินิจฉัยโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์ (เช่น อาการเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ) ที่รวมอยู่ในเครื่องมือสำรวจ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1 ARHs ยังรวมถึงบุคคลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ในอดีตหรือปัจจุบัน และอาจจะรวมเอาบุคคลที่ไม่ได้ใช้แอลกอฮอล์โดยตรงเข้าไว้ด้วย (ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่เกิดจากคนขับที่มีอาการมึนเมา โดยผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์เลย) ทั้งนี้แพทย์ที่ดูแลเป็นผู้ตัดสินใจว่า จะรับผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เข้าไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลหรือไม่ เราจะได้ข้อมูลจากแพทย์ที่ดูแล หรือการทบทวนบันทึกทางการแพทย์ของเจ้าของคลินิก (CD) แต่ละโรงพยาบาลหรืออาจจะได้ข้อมูลจากการประสานงานกับสำนักงานประกันภัยที่มีคุณภาพหรือบุคลากรอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมายจากเจ้าของคลินิก (CD)

จากจำนวนโรงพยาบาล 50 แห่ง ทำการสำรวจได้ 49 แห่ง โดยโรงพยาบาล 2 แห่งมีผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ 13 คน และเด็ก 4 คน ถูกลบชื่อออกจากการวิเคราะห์เนื่องจากทำการสำรวจไม่ถูกต้อง จากจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 899 คน (ผู้ใหญ่ 753 คน และเด็ก 146 คน) ในการสำรวจครั้งนี้มี 161 คน (17.9%) ได้รับการวินิจฉัยว่าเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ 156 คน (20.7%) ที่เข้าโรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยว่าเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เมื่อมีสตรีเข้ามาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะถูกตัดออก ถ้ามาด้วยภาวะของการเริ่มตั้งครรภ์ มีผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งถูกวินิจฉัยว่าเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ จำนวน 155 คน (25.2%) จากผู้ป่วยในทั้งหมด 616 คน สัดส่วนของ ARHs ในกลุ่มผู้ชาย (34.5%) เกือบเป็น 3 เท่าในกลุ่มผู้หญิง (11.7%) prevalence ratio (PR) = 3.0; 95%

สัดส่วนของ ARHs จะมากที่สุด ในโรงพยาบาลเล็ก 25 เตียง หรือน้อยกว่า ซึ่งเท่ากับ 34.9% เมื่อเทียบกับ 11.2% ในโรงพยาบาลที่มีขนาด 50 เตียงขึ้นไป (PR = 3.0; 95% CL = 2.2-4.1) ARHs น้อยกว่าครึ่ง (46.8%) เกิดจากพิษของแอลกอฮอล์โดยตรง (ตารางที่ 1) ส่วนการติดเชื้และการบาดเจ็บ ซึ่งจัดการพยายามฆ่าตัวตายออก เป็นผลทางอ้อมของแอลกอฮอล์ที่จะมีผู้ป่วยเพียงอย่างละ 15% เท่านั้น มีผู้ป่วยเด็ก 5 คน ที่เข้าโรงพยาบาลเนื่องจากการใช้แอลกอฮอล์ โดยมาด้วยอาการต่างๆ ดังนี้ ได้รับบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ 2 ราย ถูกทอดทิ้ง 1 ราย มีอาการมึนเมา 1 ราย และเด็กทารกในครรภ์ที่มีกลุ่มอาการที่เกิดจากแอลกอฮอล์ 1 ราย

เวลาเฉลี่ยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลประมาณ 40 นาที (ช่วงเวลา 10-210 นาที) โรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือจะได้รับผลการศึกษาในการสำรวจครั้งนี้ภายใน 3 สัปดาห์

หมายเหตุบรรณาธิการ

เมื่อการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยจากแอลกอฮอล์ในกลุ่มคนไข้ในของโรงพยาบาลถูกจัดวางให้จำกัดตามการวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องกับพิษของแอลกอฮอล์โดยตรง ซึ่งจะนำไปสู่อาการของพิษสุราเรื้อรัง ทำให้การประเมินความเจ็บ

ป่วยทั้งหมด อันเนื่องมาจากการใช้แอลกอฮอล์ อาจต่ำกว่าความเป็นจริง จากรายงานฉบับก่อนได้ชี้ให้เห็นว่า การประเมินการตายเนื่องจากแอลกอฮอล์ สามารถที่จะทำได้ดียิ่งขึ้น โดยเพิ่มส่วนที่เป็นผลของแอลกอฮอล์ [Alcohol Attributable Fractions (AAFs)] ซึ่งทำให้เกิดโรคและอาการบาดเจ็บได้อย่างกว้างขวาง และถ้าเอาผลของแอลกอฮอล์ดังกล่าวนี้มาใช้ในการวินิจฉัยโดยให้ปรากฏอยู่ในใบมรณบัตร อย่างไรก็ตาม AAFs ที่ถูกประเมินได้ยังไม่ค่อยถูกต้องนัก และไม่ได้รับอนุญาตให้มาใช้ในการวิเคราะห์การเจ็บป่วยได้เต็มที่ วิธีการที่หน่วยบริการสุขภาพของอเมริกันอินเดีย (IHS) ใช้ในการวินิจฉัยโรคที่เนื่องมาจากแอลกอฮอล์ในรายงานนี้ จะวินิจฉัยโดยใช้นิยามที่มีอยู่แล้ว ซึ่งจะบ่งบอกถึงพิษของแอลกอฮอล์โดยตรง และอีกวิธีหนึ่งที่ IHS ใช้ในการวินิจฉัย คือ การพิจารณาอาการสำคัญที่แพทย์ผู้ทำการรักษาได้เขียนไว้ เพื่อที่จะประเมินถึงการที่รับผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์ที่มาโรงพยาบาล

วิธีการที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้ ไม่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับวิธีการอื่น ที่ใช้ในการศึกษาอื่น ดังนั้น สัดส่วนทั้งหมดของ ARHs จึงไม่สามารถที่จะเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ตีพิมพ์ไว้แล้ว ได้โดยตรง เนื่องจากการพิจารณา ARHs ในการศึกษาของ IHS นั้น ได้อาศัยอาการสำคัญที่ผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขเขียนไว้เป็นเกณฑ์ ดังนั้นถ้ามีการคัดกรองผู้ติดแอลกอฮอล์ จึงเป็นไปได้ที่จะพบปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากแอลกอฮอล์ในสัดส่วนที่สูงขึ้น

วิธีการสำรวจที่เรียกว่า snapshot ซึ่งเป็นการสำรวจที่ใช้เวลาแค่ 1 วัน ซึ่งได้อธิบายไว้ในรายงานนี้แล้ว อาจจะถูกใช้เป็นการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว เพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ ARHs มาหลังจากที่ได้มีการปรับปรุงให้วิธีการนี้มีความน่าเชื่อถือและเที่ยงตรงแล้ว วิธีการนี้จะมีข้อจำกัดหลายๆ อย่าง อันดับแรก คือ เราไม่ได้คิดถึงการเปลี่ยนแปลงในรอบสัปดาห์และตามฤดูกาลที่มีต่อ ARHs อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของ ARHs ในการสำรวจนี้ จะคล้ายคลึงกับการสำรวจของ IHS ที่ได้ดำเนินการในเดือนกันยายน 1987 การสำรวจนี้ได้ดำเนินการในวันจันทร์ ในขณะที่การสำรวจในปี 1987 ได้ดำเนินการในวันพฤหัสบดีนั้น อาจจะทำให้ผู้ป่วยบางคนซึ่งเข้ารับการรักษาตัวในสัปดาห์ก่อน ได้ถูกจำหน่ายออกไปจากโรงพยาบาลแล้ว ข้อจำกัดอันดับที่ 2 คือการที่ไม่มีระบบคัดผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์อย่างมีระบบ จะทำให้สัดส่วนของ ARHs ดูเหมือนว่าจะถูกประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลบางคนที่ได้รับการพิจารณาว่ามีโรคเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ โดยอาศัยอาการสำคัญที่แพทย์ได้เขียนไว้ อาจจะไม่มีความสำคัญที่แท้จริง ระหว่างการใช้แอลกอฮอล์ของเขา และโรคหรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับเขา

ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดมากมาย การสำรวจนี้ได้เน้นให้เห็นถึงผลกระทบของการใช้แอลกอฮอล์ ที่มีผลทำให้กลุ่มชนอเมริกันอินเดียและกลุ่มชนเผ่าอลาสก้าต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเราพบว่าอัตราของการใช้แอลกอฮอล์จะสูงในกลุ่มวัยรุ่นของชนเผ่าอเมริกันอินเดียและอลาสก้า การป้องกันอันดับแรกที่ต้องให้ความสำคัญอย่างสูง คือการป้องกันการติดแอลกอฮอล์ การป้องกันอันดับ 2 คือ การพยายามที่จะฟื้นฟูพวกที่ติดแอลกอฮอล์แล้วให้พ้นจากสภาพความมึนเมา ถึงแม้ว่า โรคติดเชื่อที่มีผลทำให้คนกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังไม่ได้ถูกกำหนดว่าเกิดขึ้นเพราะอะไร แต่การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้ โรคเอดส์และวัณโรค ฉะนั้นการป้องกันการติดเชื้ที่เกิดเนื่องมาจากแอลกอฮอล์สามารถทำได้โดยการใช

วัคซีนป้องกันโรคปอดบวม หรือการให้การรักษาโรค โดยการให้สารเคมีต่อผู้ติดเชื้อแอลกอฮอล์ ที่มีผลการทดสอบทางผิวหนังต่อวัณโรคเป็นบวก จึงเป็นเรื่องสำคัญต่อผู้ให้บริการทางสาธารณสุข ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยอเมริกันอินเดียนและชนเผ่าอลาสก้าจะใช้ผลการสำรวจเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบเฝ้าระวังเพื่อที่จะได้ใส่กิจกรรมในการที่จะลด ARHs ในพื้นที่ที่มีสัดส่วน ARHs และเพื่อที่จะประเมินกิจกรรมที่ใส่เข้าไปเหล่านี้ด้วย

ตารางที่ 1 การกระจายของกลุ่มคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยเนื่องจากแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศ หน่วยบริการของ อินเดียน (IHS) และโรงพยาบาลในเครือข่าย วันที่ 18 พฤษภาคม 1992

การวินิจฉัย	ผู้ชาย		ผู้หญิง		รวม	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
1.พิษสุราเรื้อรัง	20	19.4	14	28.4	34	21.8
2.ภาวะทางจิตใจที่เกิดจากแอลกอฮอล์	3	2.9	1	1.9	4	2.6
3.การชักเนื่องจากแอลกอฮอล์	9	8.7	3	5.7	12	7.7
4.การเป็นพิษเฉียบพลันจากแอลกอฮอล์	3	2.9	1	1.9	4	2.6
5.ตับแข็งจากแอลกอฮอล์	10	9.7	6	11.3	16	10.3
6.ตับอักเสบเนื่องจากแอลกอฮอล์และ อาการตับล้มเหลว	2	1.9	1	1.9	3	1.9
7.ตับอ่อนอักเสบ	1	0	0	0	1	0.6
8.เลือดออกในกระเพาะและลำไส้	9	8.7	5	9.4	14	9.0
9.โรคติดเชื้อ	16	15.5	7	13.2	23	14.6
10.การได้รับบาดเจ็บโดยอุบัติเหตุ	13	12.6	3	5.7	16	10.3
11.การได้รับบาดเจ็บโดยการถูกทำร้าย จากผู้อื่น	6	5.8	3	5.7	9	5.8
12.การพยายามฆ่าตัว	4	3.9	1	1.9	5	3.2
13.อาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเนื่องจาก แอลกอฮอล์	7	6.8	8	15.1	15	9.6
รวม	103	100.0	53	100.0	156	100.0

ถอดความโดย กาญจนีย์ ดำนาจแก้ว พ.ญ. ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์ อนุศักดิ์ นุชชนก

กลุ่มงานโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ

จาก MMWR ฉบับที่ 16 ตุลาคม 1992 Vol.41/No. 41 หน้า 757 - 760

เรียบเรียงโดย ศิริชัย วงศ์วัฒนไพฑูรย์

การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ

LABORATORY SURVEILLANCE

ตารางที่ 3 สรุปลผลการแยกเชื้อจุลินทรีย์และปรสิตที่ทำให้เกิดโรค ประเทศไทย
ประจำสัปดาห์ที่ 13 (27 มีนาคม - 2 เมษายน 2537)

Table III Summary-Identification of Specified Bacteria, Virus and Protozoa, Thailand,
Week ending , March 27 - April 2, 1994 (13th week)

Organism	Total	Cum	Positive*		Province	Cum Positive**	
	exam.	exam.	no.	%	(number)	no.	%
Rabies	213	1458	115	53.99	12	770	52.81
B.anthraxis	0	111	0	0.00	0	0	0.00
B.pertussis	0	207	0	0.00	0	0	0.00
C.diphtheriae	31	1149	0	0.00	0	0	0.00
E.histolytica	727	18617	10	1.38	3	221	1.19
Escherichia coli	1291	20349	12	0.93	6	552	2.71
Salmonella spp.	1818	31347	26	1.43	8	387	1.23
Salmonella typhi	1571	29278	2	0.13	1	19	0.06
Shigella spp.	1841	32889	23	1.25	13	379	1.15
S.aureus	2350	45082	65	2.77	13	1799	3.99
Streptococcus spp.	1589	42871	28	1.76	5	723	1.69
Vibrio para.	1787	34142	7	0.39	4	594	1.74
Plasmodium falciparum	3307	65584	7	0.21	3	481	0.73
Plasmodium vivax	3307	61078	3	0.09	2	141	0.23
Plasmodium unspcified	3307	63811	2	0.06	1	186	0.29
Trichinella spiralis	470	8378	0	0.00	0	0	0.00

* Province = จำนวนจังหวัดที่ตรวจพบเชื้อ, **Cum positive = จำนวนพบเชื้อสะสมตั้งแต่ต้นปี
แหล่งข้อมูลหน่วยชั้นสูตรสาธารณสุข กองมาตรฐานชั้นสูตรสาธารณสุข

สถานการณ์โรคหัดเยอรมัน ปี พ.ศ. 2535 (Rubella)

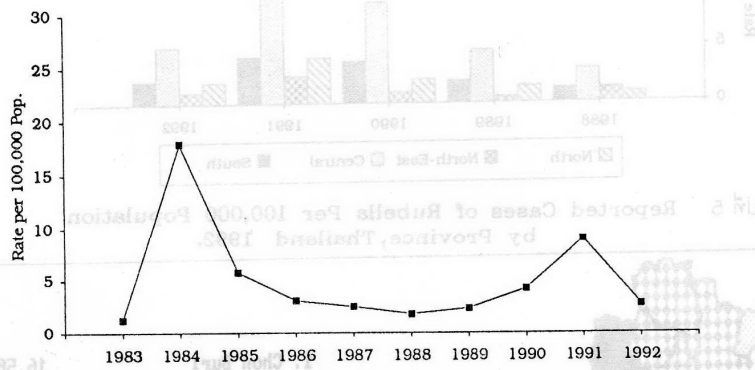
ในปี พ.ศ.2535 มีจำนวนผู้ป่วยหัดเยอรมันทั้งหมด 1,540 ราย คิดเป็น 0.3 เท่าของปีที่แล้ว (รูปที่ 1) โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 2.66 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งลดลงกว่า 2 ปีที่ผ่านมา และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย เป็นผู้ป่วยหญิงวัยกลางคน (45-54 ปี) คิดเป็นอัตราป่วยตาย 2.2%

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะการกระจายของโรค พบเกิดในเพศชาย 701 ราย และหญิง 839 ราย ไม่แตกต่างกันมากนัก กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ 15-24 ปี (4.43) รองลงมา ได้แก่ 0-4 ปี (3.74) และ 5-9 ปี (3.61) ตามลำดับ (รูปที่ 2) ซึ่งความแตกต่างของกลุ่มอายุในการเกิดโรคต่างกับในปี พ.ศ.2534 คือกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยรองลงมาอยู่ที่ช่วง 25-34 ปี และ 5-9 ปี

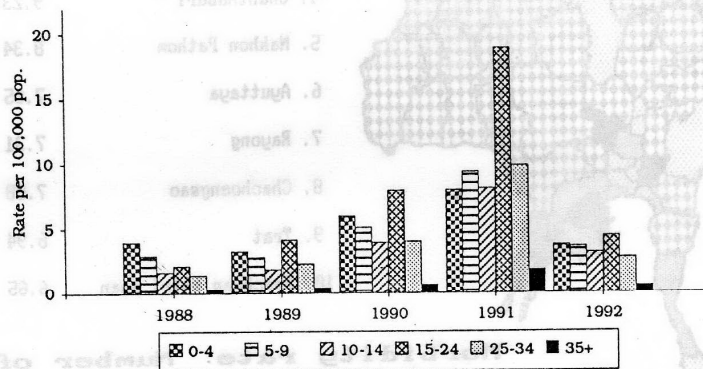
การกระจายของโรคตามช่วงเวลาใน 5 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยได้ตลอดปีโดยมีจำนวนผู้ป่วยไม่แตกต่างกันมากนักในแต่ละเดือน จำนวนผู้ป่วยสูงสุดเท่ากับ 309 ราย ในเดือนมีนาคม (รูปที่ 3) สำหรับอัตราป่วยตามรายภาคพบว่าสูงสุดในภาคกลาง (5.08) รองลงมาคือ ภาคใต้ (2.11) ภาคเหนือ (1.93) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.06) ตามลำดับ (รูปที่ 4) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ชลบุรี (16.50) รองลงมาคือ น่าน (16.17) สระบุรี (11.72) จันทบุรี (9.23) นครปฐม (8.34) (รูปที่ 5)

ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัดเยอรมันในกลุ่มเด็กนักเรียนหญิงซึ่งเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายเพิ่มเป็น 100 % ในปี พ.ศ.2533, 2534 และ 2535

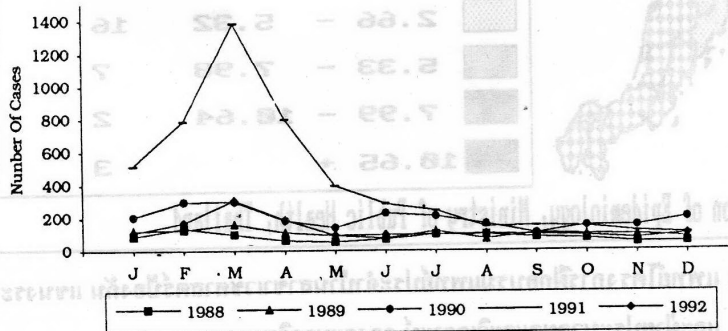
รูปที่ 1 Reported Cases of Rubella Per 100,000 Population by Year, Thailand 1983-1992.



รูปที่ 2 Reported Cases of Rubella Per 100,000 Population by Age-Group, Thailand 1988-1992.



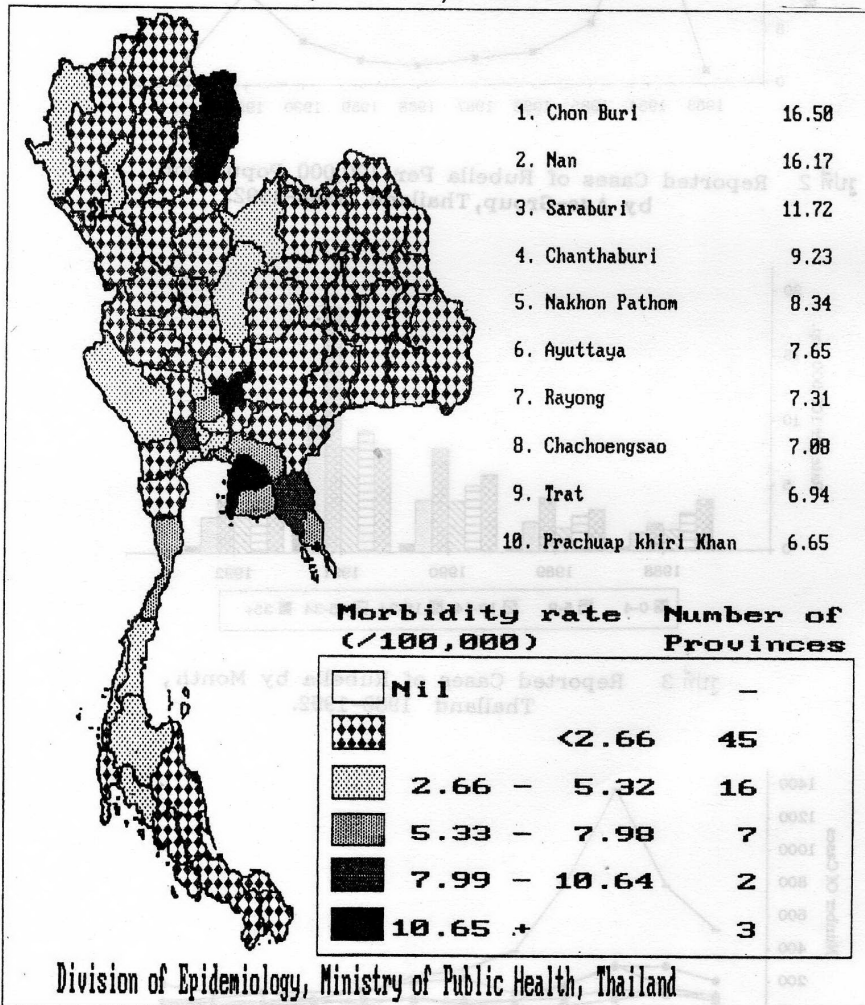
รูปที่ 3 Reported Cases of Rubella by Month, Thailand 1988-1992.



รูปที่ 4 Reported Cases of Rubella Per 100,000 Population by Region, Thailand. 1988-1992.



รูปที่ 5 Reported Cases of Rubella Per 100,000 Population by Province, Thailand 1992.



รายงานโดย แพทย์โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา และฝ่ายประมวลผลและวิเคราะห์ กองระบาดวิทยา

สถานการณ์โรคไขคอตีบ ปี พ.ศ.2535 (Diphtheria)

ในปี 2535 กองระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วยไขคอตีบทั่วประเทศจำนวน 40 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.069 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูล 10 ปีย้อนหลังพบว่า แนวโน้มของโรคลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี 2526 ถึงปี 2532 จากนั้นค่อย ๆ ลดลงจนถึงปี 2535 (รูปที่ 1) มีผู้เสียชีวิต 7 รายคิดเป็น 0.012 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตายร้อยละ 17.5 (7/40) ลดลงจากปี 2534 ที่มีอัตราป่วยตายสูงสุดถึงร้อยละ 20.8 (รูปที่ 2)

จากรายงานเมื่อจำแนกผู้ป่วยตามรายเดือนพบผู้ป่วยสูงสุดในช่วงฤดูฝน ประมาณเดือนกรกฎาคม และเดือนสิงหาคม รองลงมาคือช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงมกราคม (รูปที่ 3)

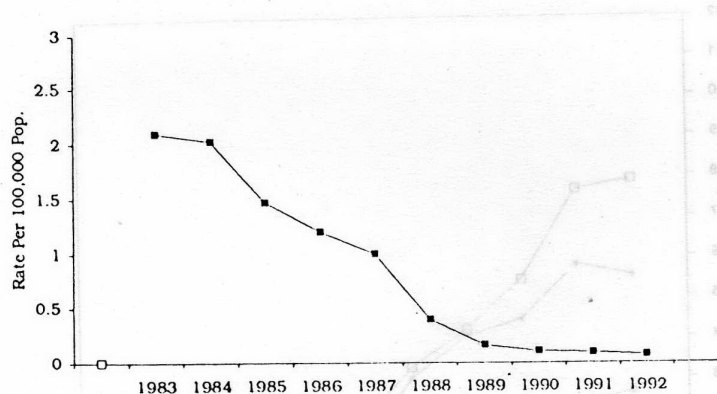
เมื่อจำแนกผู้ป่วยตามกลุ่มอายุพบผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 0-4 ปีคิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.28 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 5-9 ปีอัตราป่วยเท่ากับ 0.24 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยเพียง 1 ราย ในกลุ่มอายุมากกว่า 15 ปี (รูปที่ 4)

การกระจายของผู้ป่วยตามรายภาคพบว่า ภาคใต้มีอัตราป่วยสูงสุด 0.24 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราป่วยเท่ากับ 0.059 และ 0.055 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ภาคเหนือไม่พบผู้ป่วย (รูปที่ 5) เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่าจังหวัดระนองมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 0.76 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือจังหวัดกระบี่ สุพรรณบุรี และพังงา(รูปที่ 6)

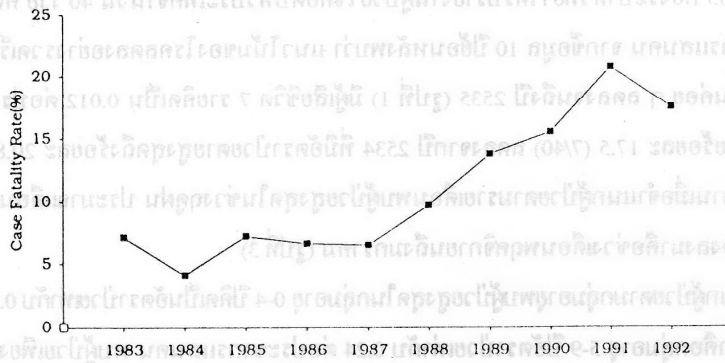
ในปี 2535 อัตราครอบคลุมของวัคซีนป้องกันไขคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DPT) ครบ 3 เข็มในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีทั่วประเทศเท่ากับร้อยละ 84.67 และอัตราครอบคลุมของวัคซีนในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (DT.) เท่ากับร้อยละ 75.34*

* แหล่งข้อมูล กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

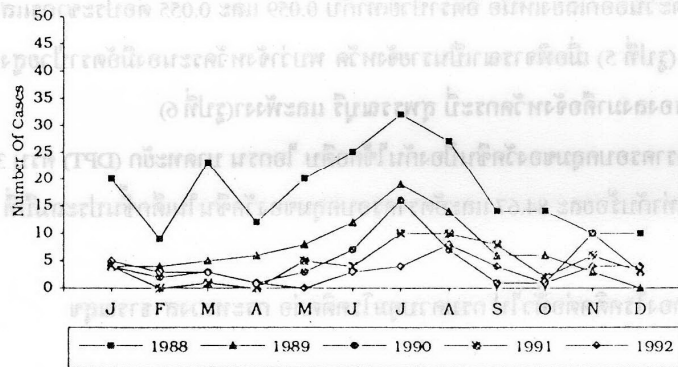
รูปที่ 1 Reported Cases of Diphtheria Per 100,000 Population by Year, Thailand 1983-1992.



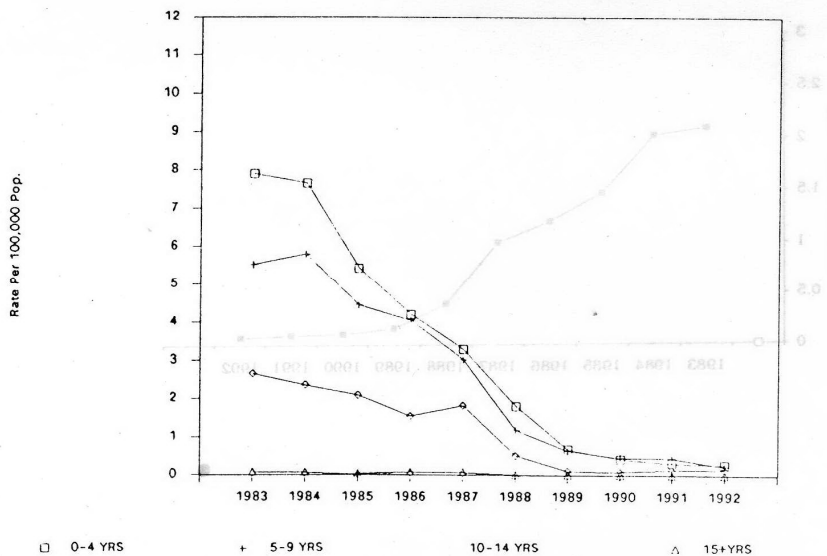
รูปที่ 2 Case Fatality Rate (%) of Diphtheria Thailand 1983-1992.



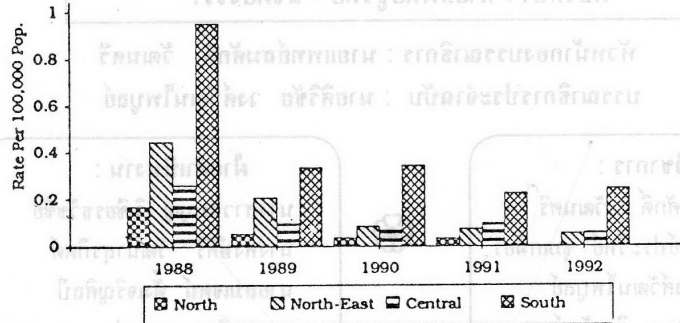
รูปที่ 3 Reported Cases of Diphtheria by Month, Thailand 1988-1992.



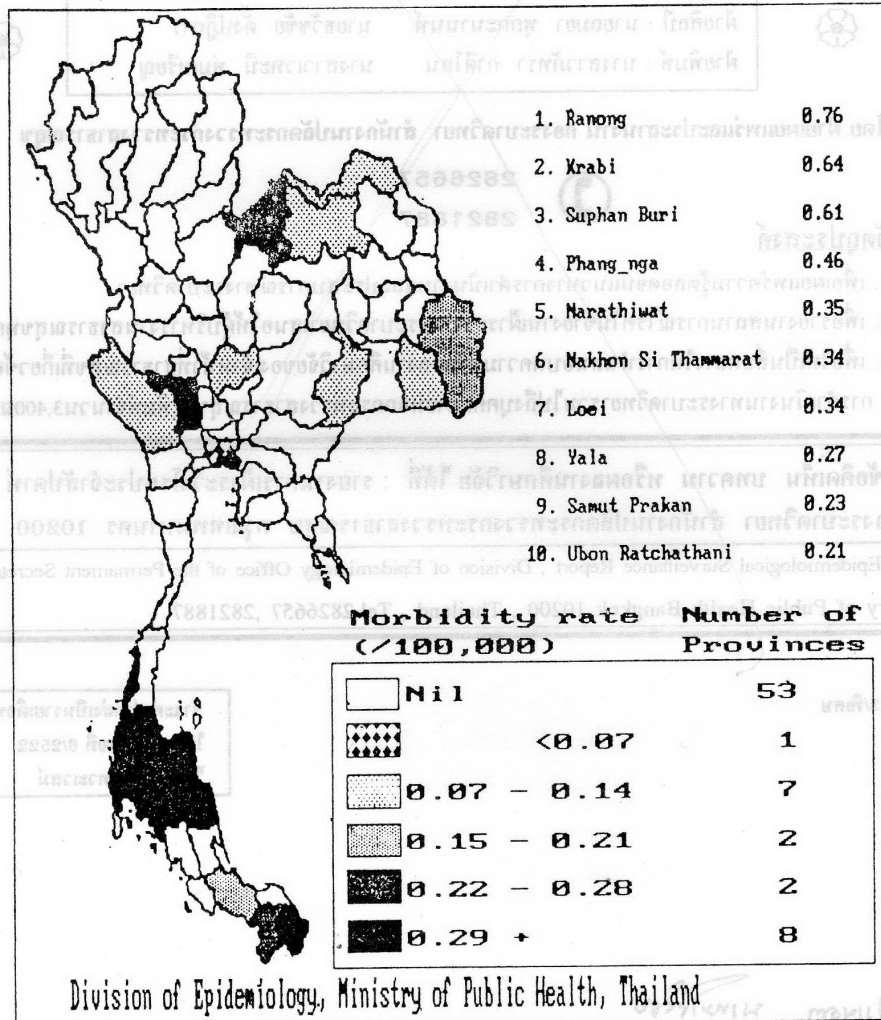
รูปที่ 4 Reported Cases of Diphtheria Per 100,000 Population by Age-Group, Thailand 1983-1992.



รูปที่ 5 Reported Cases of Diphtheria Per 100,000 Population by Region, Thailand: 1988-1992.



รูปที่ 6 Reported Cases of Diphtheria Per 100,000 Population by Province, Thailand: 1992.



รายงานโดย แพทย์โครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา
ฝ่ายประมวลผลและวิเคราะห์ กองระบาดวิทยา