



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 : 27 มกราคม 2566

Volume 54 Number 3: January 27, 2023

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



นิพนธ์ฉบับนี้

คุณภาพของการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การติดตามการรักษา และการค้นหา
ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562

(The quality of the search for new cases of leprosy, treatment follow-up

and finding household contacts of new leprosy patients in 9th health region during 2010-2019)

✉ dr.nisapairaya@gmail.com

ณิชา ไพรายุดากุล¹, ปรียานุช กลิ่นศรีสุข²

¹ สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

² สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : โรคเรื้อนยังเป็นปัญหาในระดับภูมิภาคของประเทศไทย โดยในปี 2562 พบอัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ 9 สูงกว่าระดับประเทศ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คุณภาพของการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และคุณภาพของการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553-2562 เพื่อเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงพรรณน่าย้อนหลัง เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารและรายงานจากฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562 นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษา : มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 481 ราย เป็น

ผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 66 ราย แยกเป็นเพศชาย ร้อยละ 58 เพศหญิง ร้อยละ 42 โดยร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก และร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อย สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ประเภทเชื้อมากมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่ สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก อายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลง สัดส่วนผู้ป่วยมาตรวจเอง อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 87 มาจากการส่งต่อ ร้อยละ 3 และจากการตรวจผู้สัมผัสโรค ร้อยละ 10 ด้านคุณภาพการเฝ้าระวังการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบสัดส่วนผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 ร้อยละ 14 เมื่อดูแนวโน้ม ยังพบผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 สูงคงที่ต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ได้รับการรักษาภายใน 12 เดือนนับตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อน (Since of onset) ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ ด้านคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบอัตราการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ครบถ้วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก และผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื่อน้อย ส่วนใหญ่



◆ คุณภาพของการเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การติดตามการรักษา และการค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562	41
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 15-21 มกราคม 2566	53
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 15-21 มกราคม 2566	55

ผ่านเกณฑ์ ด้านคุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบอัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์

สรุปและวิจารณ์ : การดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553-2562 ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตามกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีขาดความสม่ำเสมอและความต่อเนื่อง ทำให้จำนวนที่ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ขึ้นลงไม่แน่นอน และจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 สูงกว่าเกณฑ์ ในขณะที่ด้านคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่อยู่ในเกณฑ์ดี ด้านคุณภาพการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่และการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านควรได้รับการปรับปรุงเร่งรัด ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนจึงควรตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน และหาวิธีแก้ไขมาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในทุกกิจกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ปี 2563-2570 ต่อไป

คำสำคัญ : โรคเรื้อน, การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่, การค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน, เขตสุขภาพที่ 9

บทนำ

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Mycobacterium leprae* เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเป็นโรคที่มีความสำคัญทางสาธารณสุข เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะเกิดความพิการ ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจและเศรษฐกิจและสังคมตามมา⁽¹⁾

การดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยตลอดเวลาเกือบ 70 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2497 จนถึงปี พ.ศ. 2562 ในภาพรวมถือว่าประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีได้รับการยกย่องจาก

องค์การอนามัยโลกและนานาชาติ สามารถกำจัดโรคเรื้อนได้จนไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข คือ อัตราความชุกในระดับประเทศต่ำกว่า 1 ต่อประชากรหนึ่งหมื่นคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537^(2,3) จนถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2562 เข้าสู่ระยะที่ 2 ของการกำจัดโรคเรื้อน คือ การกำจัดหรือการขัดขวางการแพร่ของโรคเรื้อน (Until interruption of transmission) โดยกำหนดค่าเป้าหมาย คือ ไม่พบผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 ปี⁽⁴⁾

สถานการณ์โรคเรื้อนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2562 (ย้อนหลัง 5 ปี) พบว่าแนวโน้มการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปี มีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกระจุกตัวเป็นหย่อม ๆ (Clustering)⁽¹⁾ ในบางพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ถึงแม้มีมาตรการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยใหม่อย่างต่อเนื่อง ยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีความพิการระดับ 2 ไม่ลดลง ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 16 แสดงถึงความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษา เฉลี่ย 40 เดือน⁽⁵⁾ และพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก ซึ่งแสดงว่าพื้นที่นั้นยังมีการระบาด (Recent active transmission)⁽¹⁾ พบส่วนใหญ่ที่เขตสุขภาพที่ 12 คือ อ.ยะหริ่ง จ.ปัตตานี (4 ราย) อ.ตากใบ จ.นราธิวาส (4 ราย) อ.ศรีสาคร จ.นราธิวาส (2 ราย) ตามด้วยเขตสุขภาพที่ 9 พบที่ อ.สังขะ จ.สุรินทร์ (1 ราย) อ.แก้งคร้อ จ.ชัยภูมิ (1 ราย) อ.ลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์ (1 ราย)⁽⁶⁾

สถานการณ์โรคเรื้อนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยในทะเบียนรักษา จำนวน 269 ราย อัตราความชุก 0.04 ต่อหมื่นประชากร และพบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 119 ราย อัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 0.18 ต่อแสนประชากร โดยพบว่าเขตสุขภาพที่ 9 มีการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่สูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ รองลงมาเป็น เขตสุขภาพที่ 12 และ 10 ตามลำดับ และเมื่อดูการกระจายตัวเป็นรายภาค พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 119 ราย ร้อยละ 44.24 เมื่อแยกเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษามากที่สุดเป็นอันดับ 1 ของประเทศ (22 ราย) รองลงมาเป็น นราธิวาส (21 ราย) และบุรีรัมย์ (20 ราย) ตามลำดับ จึงเห็นได้ว่าเขตสุขภาพที่ 9 มี 2 จังหวัด คือ นครราชสีมา และบุรีรัมย์ ที่ติดอันดับมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนขึ้นทะเบียนรักษามากที่สุดของประเทศ ขณะที่สถานการณ์โรคเรื้อนเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษา จำนวน 58 ราย อัตราความชุก 0.09 ต่อหมื่นประชากร และพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 30 ราย อัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ 0.44 ต่อแสนประชากร ซึ่งเมื่อ

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาส
นายแพทย์ดำรงกุล อังชุกศักดิ์

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงจุฬิพร จิระพงษา

ฝ่ายผลิตและจัดการ

คณะจัดการรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สยมภูจินันท์ ชญาภา สาดสูงเนิน ศติธันว์ มาแอดเย็น
ฤทธิชัย ใจพ่อง

เทียบกับระดับประเทศ พบว่า อัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ 9 สูงกว่าระดับประเทศ ดังนั้นโรคเรื้อนยังเป็นปัญหาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9^(7, 8, 9)

กิจกรรมหลักตามมาตรฐานการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อน ประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ (Case finding) ทั้งเชิงรุกในชุมชน และเชิงรับในสถานบริการสาธารณสุข การตรวจวินิจฉัย รักษา (Case holding) การป้องกันความพิการ (Prevention of disability: POD) และการฟื้นฟูสมรรถภาพและสงเคราะห์ (Rehabilitation and social welfare)⁽¹⁾ โดยบูรณาการการทำงานของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานสหวิชาชีพแบบองค์รวม ในระบบบริการสุขภาพในทุกระดับของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายหายจากโรค ไม่พิการ ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี^(10, 11) และเพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน สำหรับเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อนระดับประเทศ พ.ศ. 2558–2563 คือ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ไม่เกิน 20 ราย สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ไม่เกินร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 อัตราการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ครบถ้วน มากกว่า ร้อยละ 85 การตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกราย ร้อยละ 100 ปีละ 1 ครั้งเป็นเวลา 10 ปี⁽¹²⁾

ในปี พ.ศ. 2562 โรคเรื้อนอยู่ในระยะท้ายของการกำจัดโรคภายใต้สภาวะความชุกโรคต่ำลง (Elimination phase) หลายพื้นที่ปลอดโรคเรื้อน ไม่มีทั้งผู้ป่วยเก่าและใหม่ การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนทำได้ลำบากมากยิ่งขึ้น ความรู้และทักษะด้านโรคเรื้อนของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เคยฝึกอบรมไว้ก็ลดต่ำลงจนหมดไป บุคลากรสาธารณสุขมีประสบการณ์ในการวินิจฉัย รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนน้อยลง⁽¹³⁾ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 9 พบปัญหาอุปสรรคที่ต้องปรับปรุงแก้ไขมากมายเช่นเดียวกัน ทั้งในด้านการเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วย รายใหม่ ด้านบริการการรักษา ด้านบริการวิชาการ และด้านอื่น ๆ ดังนั้นเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ สามารถวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการทางผิวหนัง และให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy: MDT) อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา รวมทั้งการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคในหลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยอาศัยในพื้นที่เป้าหมาย นักวิจัยจึงสนใจทำการศึกษา โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คุณภาพของการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และคุณภาพของการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ของเขตสุขภาพที่ 9 และนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงพรรณนา ย้อนหลัง เพื่อศึกษาคุณภาพการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และคุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553–2562

เครื่องมือและแหล่งข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากเอกสารและรายงานจากฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 เลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนย้อนหลัง 10 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ทำการดึงจากฐานข้อมูล UCHA วันที่ 16 สิงหาคม 2563

ฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 เริ่มจัดทำระบบในปี พ.ศ. 2550 และพัฒนาเป็นระบบแบบ Real time ในปี พ.ศ. 2552 ใช้งานง่าย ผู้ใช้งานสามารถใช้งานได้ด้วยตัวเอง เมื่อผู้ใช้งานอยากรู้อะไร ที่บันทึกไว้ สามารถคลิกเข้าไปตรงส่วนนั้น ระบบ UCHA จะประมวลผลให้ได้คำตอบออกมาทันที สามารถเรียกดูข้อมูลที่ไหนก็ได้ เวลาใดก็ได้ ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตบน Smart phone จอคอมพิวเตอร์ ภายใต้ระบบความปลอดภัยที่ทันสมัยและรัดกุม ผู้มีสิทธิใช้งาน เฉพาะสมาชิก ที่เป็นผู้ใช้งานทั่วไป และผู้นำเข้าข้อมูล โดยผู้ขอเข้าใช้ต้องกรอกแบบฟอร์ม “ระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล” ไปที่งานสารสนเทศ เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งจะแจ้งรหัสผ่านไปให้ทางอีเมลของผู้ขอใช้ ข้อมูลที่มีในฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป : ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ ที่อยู่ สถานภาพ ข้อมูลโรค : มาตรวจโดยวิธี SOS ชนิดของโรคเรื้อน ความพิการ SSS วันเดือนปีที่รับยา ผู้สัมผัสโรค โครงการรณรงค์ วันเดือนปีที่จำหน่าย ฯลฯ^(14, 15)

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยารักษาโรคเรื้อน (Multi Drug Therapy: MDT) มาก่อน และได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษาด้วยยารักษาโรคเรื้อน

อาการของโรคเรื้อน หมายถึง รอยโรคเรื้อนที่เริ่มปรากฏอาการให้เห็นทางผิวหนังของผู้ป่วย ได้แก่

1) ผิวหนังมีลักษณะเป็นวงต่างขาวหรือวงขอบแดง ในรอยโรคผิวหนังมักจะแห้งและเห็งไม่ออก พบกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยผื่นเหล่านี้มักตรวจพบอาการทางกายในผื่นร่วมด้วย ไม่มีอาการคัน หรือ

2) ผิวหนังมีลักษณะเป็นผื่นรูปวงแหวน ขอบชัดเจน มีอาการชา ไม่คัน หรือ ผิวหนังเป็นผื่นนูนแดง หรือ ตุ่ม นูนแดง มีลักษณะอัมฉ่ำ เป็นมัน ไม่คัน มีจำนวนมากและกระจายไปทั่วร่างกาย ทั้งบริเวณใบหน้า แขน ขา

การวินิจฉัยโรคเรื้อน ⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความ ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญในการวินิจฉัยโรคเรื้อนไว้ดังนี้

อาการแสดงสำคัญ (cardinal signs) ของโรคเรื้อน คือ

1. ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ผิวหนังมีลักษณะเป็นวงต่างขาวหรือวงขอบแดง ในรอยโรคผิวหนังมักจะแห้งและเห็งไม่ออก พบกระจายส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยผื่นเหล่านี้มักตรวจพบอาการทางกายในผื่นร่วมด้วย ไม่มีอาการคัน

1.2 ผิวหนังมีลักษณะเป็นผื่นรูปวงแหวน ขอบชัดเจน มีอาการชา ไม่คัน หรือ ผิวหนังเป็นผื่นนูนแดง หรือ ตุ่มนูนแดง มีลักษณะอัมฉ่ำ เป็นมัน ไม่คัน มีจำนวนมากและกระจายไปทั่วร่างกาย ทั้งบริเวณใบหน้า แขน ขา ผื่นลักษณะนี้ ส่วนใหญ่จะตรวจพบเชื้อโรคเรื้อนจากรอยโรคโดยการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear: SSS)

2. ตรวจพบอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1 ชาที่รอยโรคที่ผิวหนัง

2.2 ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน

3. ตรวจพบเส้นประสาทโต

4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (Acid fast bacilli: AFB) จากการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear: SSS)

หมายเหตุ หากพบอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก (1-3) หรือ พบข้อ 4 เพียงข้อเดียว ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

การมารับการรักษาทันเวลา (Timely diagnosis) หมายถึง การนับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ปรากฏอาการ รอยโรคเฉพาะของโรคเรื้อนให้เห็นทางผิวหนังจนกระทั่งถึงวันที่ได้รับการวินิจฉัย (Since of onset: SOS) และรักษาโรคเรื้อนตาม

มาตรฐาน โดยมีหน่วยนับเป็นเดือน มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน

ความพิการระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการที่มองเห็นได้ของอวัยวะ ตา มือ เท้า ดังต่อไปนี้

ตาหลับไม่สนิทหรือ ม่านตาอักเสบ หรือกระจกตาเป็นฝ้าขุ่น สายตามัวมาก (นับนิ้วมือไม่ถูกที่ระยะ 6 เมตร หรือวัดสายตาได้น้อยกว่า 6/60)

มือ มีรูปร่างผิดปกติ หรือมีแผลหรือนิ้วมืองอ ข้อติดแข็งหรือข้อมือตก

เท้า มีรูปร่างผิดปกติ หรือ มีแผลหรือนิ้วเท้างอ ข้อติดแข็งหรือข้อเท้าตก

การรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน หมายถึง การใช้สูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (Multidrug Therapy: MDT) รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยการแบ่งประเภทการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทเชืื่อน้อย (Paucibacillary leprosy: PB) คือ ผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อจากการกรีดผิวหนัง (SSS) และมีรอยโรคเรื้อนที่บริเวณผิวหนังตามร่างกาย 1-5 รอยโรค หรือมีมากกว่า 5 รอยโรค แต่กระจายอยู่ข้างเดียวของร่างกาย ซึ่งให้การรักษาระยะเวลา 6 เดือน โดยสูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ประกอบด้วย

* Rifampicin 600 มก./เดือน (รับประทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่เดือนละครั้ง)

* Dapsone 100 มก./วัน (รับประทานเองทุกวันที่บ้าน)

ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบเชื้อจากการกรีดผิวหนัง (SSS) หรือผู้ป่วยที่ตรวจไม่พบเชื้อ แต่มีรอยโรคมากกว่า 5 รอยโรคและกระจายทั้งสองข้างของร่างกาย ซึ่งให้การรักษาระยะเวลา 2 ปี โดยสูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ประกอบด้วย

* Rifampicin 600 มก./เดือน (รับประทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่เดือนละครั้ง)

* Clofazimine 300 มก./เดือน (รับประทานต่อหน้าเจ้าหน้าที่เดือนละครั้ง)

* Dapsone 100 มก./วัน (รับประทานเองทุกวันที่บ้าน)

* Clofazimine 50 มก./วัน (รับประทานเองทุกวันที่บ้าน)

ผู้สัมผัสโรคเรื้อน ^(13, 16)

ผู้สัมผัสโรคเรื้อน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สัมผัสโรคในบ้าน (Household contact) หมายถึง ผู้ที่อาศัย หรือเคยอาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน

โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT)

2. ผู้สัมผัสโรคที่เป็นเพื่อนบ้าน (Neighboring contact) หมายถึง ผู้ที่พักอาศัยในบ้านใกล้เคียง บริเวณรอบ ๆ บ้านของผู้ป่วย รัศมี 20 เมตร โดยมีระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยสูตรยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT)

3. ผู้สัมผัสโรคที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกับผู้ป่วยโรคเรื้อน (Social contact) หมายถึง ผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ป่วย เช่น นั่งร่วมวงสนทนา พูดคุย สภากาแฟ สานเสื่อ ทอผ้า สานตะกร้า เกี่ยวข้าว ฯลฯ โดยมีระยะเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป โดยระยะเวลานั้นไม่ต้องติดต่อกัน

การประเมินคุณภาพ จากแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน

1. คุณภาพของการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

กำหนดการประเมินดังนี้⁽¹²⁾

1.1 จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบในแต่ละปี
1.2 สัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ในผู้ป่วยใหม่
1.3 สัดส่วนผู้ป่วยมาตรวจเอง โดยรู้ หรือสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน (Awareness self-reporting)

1.4 สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก อายุ 0-14 ปี
1.5 สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 (Disability proportion) หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 หรือระดับความพิการที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทั้งหมดที่ค้นพบระหว่างปีที่รายงาน คือ ไม่เกินร้อยละ 10⁽¹⁷⁾

1.6 สัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มาได้รับการรักษาภายใน 12 เดือนนับตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อน (Since of onset: SOS) หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน คือ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50⁽¹²⁾

2. คุณภาพการรักษาผู้ป่วย ประเมินได้ดังนี้

2.1 ประเมินจากผลการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องใช้การทบทวนข้อมูลจากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) เฉพาะรายผู้ป่วย จึงไม่ได้ทำการประเมินในการศึกษาครั้งนี้

2.2 ประเมินจากอัตราการรักษาครบ (MDT completion rate) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยประเภทเชื้อน้อย/เชื้อมากที่รับยา MDT ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85⁽¹²⁾

3. คุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วย ประเมินได้ดังนี้

3.1 มีทะเบียนผู้สัมผัสโรค มีผลการตรวจทุกปี (ปีละ 1 ครั้ง) เป็นเวลา 10 ปี ซึ่งจำเป็นต้องใช้การทบทวนข้อมูลจากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) เฉพาะรายผู้ป่วย จึงไม่ได้ทำการประเมินในการศึกษาครั้งนี้

3.2 อัตราการตรวจของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในปีแรก คือ ทุกคนปีละ 1 ครั้งทุกปี เป็นเวลา 10 ปี ร้อยละ 100⁽¹⁾

ผลการศึกษา

ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2562 มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) ของเขตสุขภาพที่ 9 ทั้งหมด 481 ราย เมื่อดูแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยใหม่ พบว่ามีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จนถึง พ.ศ. 2559 แต่ในระยะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่าแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แยกเป็นเพศชายจำนวน 280 ราย ร้อยละ 58.4 เพศหญิง จำนวน 201 ราย ร้อยละ 41.8 เพศชายป่วยเป็นโรคเรื้อนมากกว่าเพศหญิง 1.4 : 1 แต่มีเพียงปี พ.ศ. 2562 พบว่า เพศชายน้อยกว่าเพศหญิง 1 : 1.14

สัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ในผู้ป่วยใหม่ จำนวน 335 ราย ร้อยละ 69.7 (335/481) สัดส่วนผู้ป่วยเชื้อน้อย (PB) ในผู้ป่วยใหม่จำนวน 146 ราย ร้อยละ 30.4 (146/481) เมื่อดูอัตราส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ต่อ ผู้ป่วยโรคเรื้อนผู้ป่วยเชื้อน้อย (PB) พบว่าอยู่ที่ 2.3 : 1

ค้นพบจากวิธี ผู้ป่วยมาตรวจเอง โดยรู้ หรือสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน (Awareness self-reporting) จำนวน 416 ราย ร้อยละ 86.5 เฉลี่ยปีละ 42 ราย ส่งต่อ จำนวน 15 ราย ร้อยละ 3 และจากการตรวจผู้สัมผัสโรค จำนวน 50 ราย ร้อยละ 10.4 ดังแสดงในตารางที่ 1 และรูปที่ 1

สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก อายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลงโดยพบมากที่สุดในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 9 ราย จากนั้นไม่พบเลยติดต่อกัน 5 ปี ปี พ.ศ. 2557-2561 และกลับมาพบอีกครั้ง ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1 ราย แสดงถึงการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเรื้อนในพื้นที่ลดลง

พบผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 จำนวน 66 ราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 13.7 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) เมื่อดูแนวโน้มพบว่าการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ยังพบผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 สูงคงที่ต่อเนื่องทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559 มีการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่เพียง 22 ราย แต่มีความพิการระดับ 2 ถึง 7 ราย คิดเป็นสัดส่วนความพิการระดับ 2 สูงมาก ร้อยละ 31.8 แสดงถึงความล่าช้าในการวินิจฉัย สอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อน-

รายใหม่ที่ได้รับการรักษาภายใน 12 เดือน นับตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อน ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50) ยกเว้นปี พ.ศ. 2557–2558 ที่ผ่านเกณฑ์ ดังตารางที่ 2 และ รูปที่ 2

อัตราการรักษากรอบด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชื้อมาก (MB) ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 85) ปี พ.ศ. 2553–2556, 2559–2561 ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มีเพียงปี พ.ศ. 2557–2558, 2560, 2562 ตามลำดับ

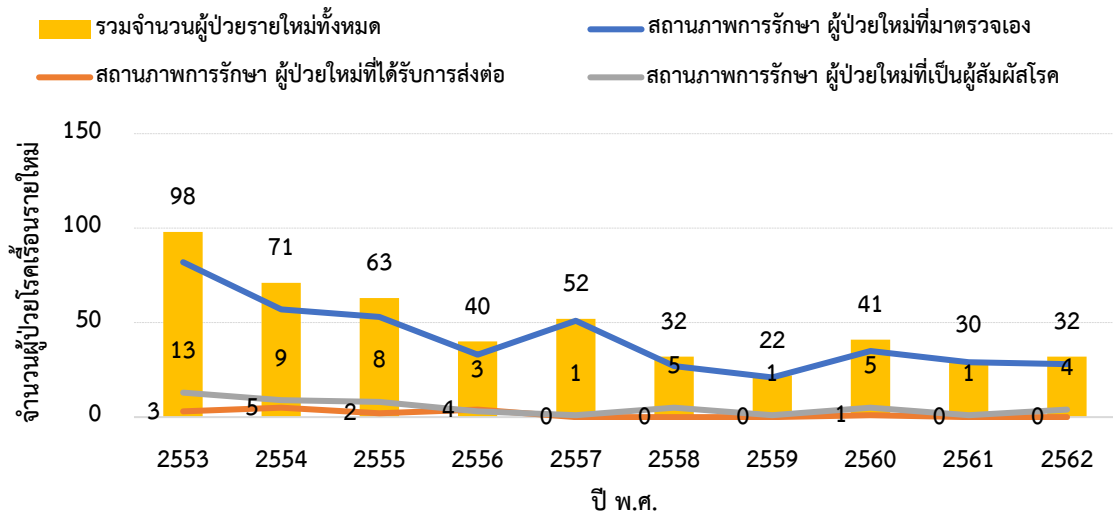
และอัตราการรักษากรอบด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ของผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเชือน้อย (PB) ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 85) ปี พ.ศ. 2553–2554, 2556–2562 ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มีเพียงปี พ.ศ. 2555 และเมื่อดูอัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 60 ถึง 90 คือ ไม่มีปีใดที่ความครอบคลุมผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 แยกตามเพศ สถานภาพของผู้ป่วย และประเภทการรักษา ปี พ.ศ. 2553–2562

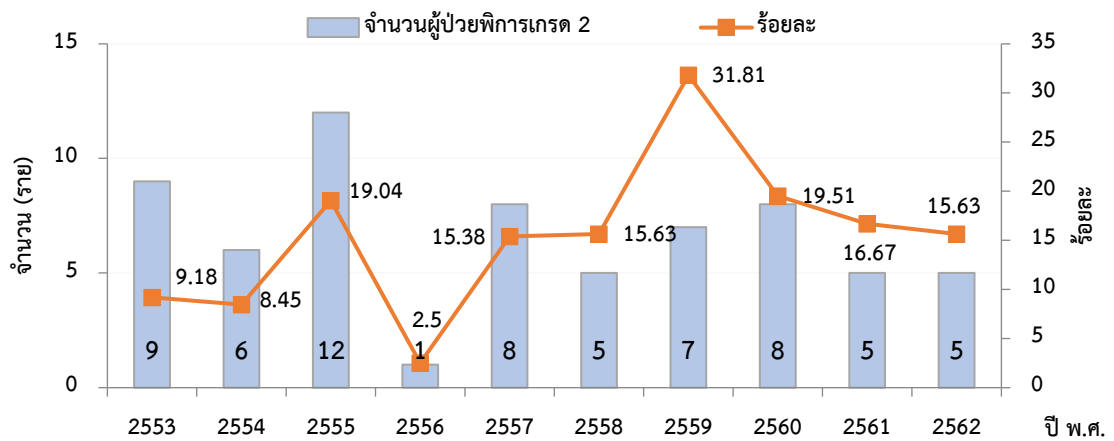
ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด	ผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 (ร้อยละ)	แยกตามเพศ		ประเภทการรักษา		สถานภาพของผู้ป่วย		
			เพศชาย (ร้อยละ)	เพศหญิง (ร้อยละ)	ผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) (ร้อยละ)	ผู้ป่วยเชือน้อย (PB) (ร้อยละ)	มาตรฐานเอง (ร้อยละ)	ส่งต่อ (ร้อยละ)	ตรวจผู้สัมผัสโรค (ร้อยละ)
2553	98	9 (9.2)	64 (65.3)	34 (34.7)	60 (61.2)	38 (38.8)	82 (83.7)	3 (3.1)	13 (13.3)
2554	71	6 (8.5)	38 (53.5)	33 (46.5)	47 (66.2)	24 (33.8)	57 (80.3)	5 (7.0)	9 (12.7)
2555	63	12 (19.0)	36 (57.1)	27 (42.9)	43 (68.3)	20 (31.7)	53 (84.1)	2 (3.2)	8 (12.7)
2556	40	1 (2.5)	20 (50.0)	20 (50.0)	28 (70.0)	12 (30.0)	33 (82.5)	4 (10.0)	3 (7.5)
2557	52	8 (15.4)	29 (55.8)	23 (44.2)	37 (71.2)	15 (28.8)	51 (98.1)	0	1 (1.9)
2558	32	5 (15.6)	17 (53.1)	15 (46.9)	23 (71.9)	9 (28.1)	27 (84.7)	0	5 (15.6)
2559	22	7 (31.8)	12 (54.5)	10 (45.5)	14 (63.6)	8 (36.4)	21 (95.5)	0	1 (4.5)
2560	41	8 (19.5)	26 (63.4)	15 (36.6)	33 (80.5)	8 (19.5)	35 (85.4)	1 (2.4)	5 (12.2)
2561	30	5 (16.7)	23 (76.7)	7 (23.3)	24 (80.0)	6 (20.0)	29 (96.7)	0	1 (0.0)
2562	32	5 (15.6)	15 (46.9)	17 (53.1)	26 (81.3)	6 (18.8)	28 (87.5)	0	4 (12.5)
รวม	481	66 (13.7)	280 (58.4)	201 (41.8)	335 (69.7)	146 (30.4)	416 (86.5)	15 (3.1)	50 (10.4)

ตารางที่ 2 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน แยกเป็นผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก ผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการรักษาภายใน 12 เดือนนับตั้งแต่เริ่มมีอาการของโรคเรื้อน ปี พ.ศ. 2553–2562

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยใหม่	ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก (ร้อยละ)	ผู้ป่วยใหม่พิการระดับ 2 (ร้อยละ)	ผู้ป่วยใหม่ SOS <12 เดือน (ร้อยละ)
2553	98	9 (9.2)	9 (9.2)	41 (41.8)
2554	71	1 (1.4)	6 (8.5)	27 (38.0)
2555	63	3 (4.8)	12 (19.0)	21 (21.4)
2556	40	1 (1.4)	1 (2.5)	16 (40.0)
2557	52	0	8 (15.4)	29 (55.8)
2558	32	0	5 (15.6)	16 (50.0)
2559	22	0	7 (31.8)	7 (31.8)
2560	41	0	8 (19.5)	14 (34.1)
2561	30	0	5 (16.7)	11 (36.7)
2562	32	1 (1.4)	5 (15.6)	13 (40.6)
รวม	481	15 (3.1)	66 (13.7)	195 (40.5)



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน แยกตามสถานภาพของผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2553-2562



รูปที่ 2 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ปี พ.ศ. 2553-2562

ตารางที่ 3 อัตราการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสมระยะสั้น (MDT) ครบถ้วน และอัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ปี พ.ศ. 2553-2562

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย MB	รักษากรบ (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วย PB	รักษากรบ (ร้อยละ)	จำนวนผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน	ได้ตรวจ (ร้อยละ)
2553	54	47 (87.0)	28	26 (92.9)	393	244 (62.1)
2554	62	56 (90.3)	40	38 (95.0)	335	224 (66.9)
2555	65	56 (86.2)	25	21 (84.0)	351	318 (90.6)
2556	68	58 (85.3)	21	18 (85.7)	347	296 (85.3)
2557	56	43 (76.8)	14	14 (100)	278	191 (68.7)
2558	45	27 (60.0)	16	14 (87.5)	203	158 (77.8)
2559	33	30 (90.9)	10	9 (90.0)	159	130 (81.8)
2560	44	37 (84.1)	9	8 (88.9)	133	118 (88.7)
2561	29	25 (86.2)	8	8 (100)	91	87 (96.7)
2562	16	12 (75.0)	7	6 (85.7)	69	63 (91.3)
รวม	472	391 (82.8)	178	162 (91.0)	2,359	1,829 (77.5)

การดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทยตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์หลักคือ กำจัดโรคเรื้อนให้หมดไปจากประเทศ (Zero leprosy) โดยการดำเนินการตามกิจกรรมหลักประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การวินิจฉัยและรักษา การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ⁽¹⁾ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วย หายจากโรค ไม่พิการ ปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽¹²⁾ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานตามกิจกรรมหลักให้ได้ในทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะคุณภาพด้านการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ คุณภาพด้านการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ และคุณภาพด้านการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

จากเป้าหมายยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2016–2020 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่พิการระดับ 2 ภายในปี ค.ศ. 2020 น้อยกว่า 1 คน/ประชากร 1 ล้านคน (Rate of newly diagnosed leprosy patients with visible deformities < 1 per million)⁽⁸⁾ ในประเทศไทย สถานการณ์โรคเรื้อน ปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 มีเพียง 27 ราย ดังนั้นเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อน ปี 2559–2562 ระดับประเทศ ถูกกำหนดไว้ที่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 คือ <24, <23, <22, <21 ราย ตามลำดับ⁽¹²⁾ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดขององค์การอนามัยโลกเกือบ 3 เท่า (69 ราย) เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป้าหมายจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่พิการระดับ 2 คำนวณจากจำนวนประชากรเขตสุขภาพที่ 9 ในปี พ.ศ. 2559–2562 จึงไม่ควรเกิน 2 ราย เมื่อพบ 7, 8, 5, 5 ราย ตามลำดับ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

คุณภาพการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ผลการศึกษาการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553–2562 จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบในแต่ละปีมีแนวโน้มลดต่ำลงช้า ๆ ที่ละน้อยค่อนข้างสม่ำเสมอ ขณะที่ยังคงพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่พิการระดับ 2 สูงคงที่ต่อเนื่องทุกปี และสัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ในผู้ป่วยใหม่ มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่เนื่องจากยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กมาโดยตลอด จึงทำให้เขตสุขภาพที่ 9 เป็นพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่เชิงรุกต่อเนื่องทุกปี ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื่อน้อยมีระยะพักตัวสั้น 3–5 ปี ภายหลังจากได้รับเชื้อและปรากฏอาการแสดงเป็นโรคเรื้อน เมื่อได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยา MDT ระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยหายจากโรค เข้าสู่ระยะเฝ้าระวังในระยะเวลาครบ 3 ปี จึงจำหน่ายออกจากทะเบียน จะทำให้ระยะ

ท้ายของการกำจัดโรคเรื้อน พบสัดส่วนผู้ป่วยเชื้อมาก (MB) ในผู้ป่วยใหม่สูงขึ้น ประกอบกับสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กมีแนวโน้มลดลง สะท้อนถึงการแพร่ระบาดในพื้นที่นี้ลดลง

สัดส่วนผู้ป่วยมาตรวจเอง โดยรู้ หรือสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน (Awareness self-reporting) อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 86.5 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมการให้สุศึกษา การรณรงค์ เผยแพร่ความรู้โรคเรื้อน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเรื้อน เมื่อมีรอยโรคผิวหนังสงสัยในระยะเริ่มแรก จึงมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่น ๆ ซึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยมาตรวจเองส่วนใหญ่มาจากมีคนในครอบครัวเป็น มีญาติหรือเพื่อนบ้านเป็นโรคแนะนำ และจากสื่อ เช่น โทรทัศน์ เสียงตามสาย อินเทอร์เน็ต⁽⁵⁾

สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก อายุ 0–14 ปี พบร้อยละ 3.1 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาพรวมทั่วประเทศในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเท่ากับร้อยละ 1.8 เนื่องจากเขตสุขภาพที่ 9 เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงจากการพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กต่อเนื่องติดต่อกัน 4 ปี แสดงว่ายังมีบางพื้นที่ที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคเรื้อนและเกิดขึ้นไม่นาน (Recent active transmission) จึงเป็นข้อบ่งชี้ในการดำเนินการมาตรการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยแบบเชิงรุก (Active case finding) โดยเฉพาะการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็ว (Rapid village survey: RVS)⁽¹⁸⁾ เพื่อค้นหาแหล่งแพร่โรคเรื้อนที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (Primary case) หรือ back log case เมื่อให้การวินิจฉัย รักษาทันที จะช่วยหยุดการแพร่เชื้อโรคเรื้อนในชุมชนได้⁽¹⁾ นอกจากนี้การทำ RVS ช่วยค้นหาผู้ที่มีอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อนในระยะเริ่มแรก ส่งผลให้พบผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยประเภทเชื่อน้อย (Paucibacillary: PB) ได้มากขึ้น⁽¹⁸⁾

สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความพิการระดับ 2 พบร้อยละ 13.7 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) แต่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของภาพรวมทั่วประเทศในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 14.7 บ่งบอกถึงการวินิจฉัย รักษาล่าช้า ที่อาจเกิดจากผู้ป่วยหรือสถานบริการ การที่ผู้ป่วยไม่ออกมารับการตรวจวินิจฉัย และรักษา อาจเนื่องจากเพราะไม่รู้ หรือไม่มีอาการ (Patient delay) หรือออกมารับการตรวจแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน (Health service delay)⁽⁵⁾ ดังนั้นจึงควรเร่งรัดทำกิจกรรมค้นหาผู้ป่วยใหม่ในพื้นที่เสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาผู้ป่วยใหม่ที่ยังไม่ถูกค้นพบและหลงเหลืออยู่ในพื้นที่ ให้มารับการวินิจฉัยและรักษาให้ทันช่วงที่ก่อเกิดความพิการ

ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (Since of onset: SOS) ไม่เกิน 12 เดือน เป็นตัวชี้วัด

ตัวใหม่ที่ตั้งขึ้นเพื่อประเมินเวลาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยและบุคลากร สาธารณสุข การรณรงค์เผยแพร่ความรู้โรคเรื้อน และการสร้างความตระหนักให้เกิดแก่ประชาชนและสังคม เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องทุกปี เมื่อผู้มีอาการสงสัยเป็นโรคเรื้อน สังเกตเห็นรอยโรค ผิดปกติบนผิวหนัง จึงรีบมาพบแพทย์ (Self reporting) ขณะที่ผู้รับผิดชอบงานมีความรู้ ความตระหนัก และมีทักษะความเชี่ยวชาญเรื่องโรคเรื้อน สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค ไม่พิการ ปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน กำหนดเวลาภายใน 12 เดือน เนื่องจากโรคเห่อทำให้เส้นประสาทส่วนปลายอักเสบและเสียหายที่ หากสามารถวินิจฉัยและรักษาได้ทันทั่วทั้ง (ภายใน 6 เดือน ในเส้นประสาทส่วนปลายที่มือ และภายใน 1 ปี ในเส้นประสาทส่วนปลายที่เท้า) จะทำให้เส้นประสาทส่วนปลายที่เสียหายที่กลับมาทำงานเป็นปกติได้ และไม่พิการ⁽¹⁹⁾ สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 50)⁽¹²⁾ บ่งบอกถึงความล่าช้าของการเข้าสู่ระบบการ วินิจฉัย รักษาของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการระดับ 2 ถือเป็นความพิการที่รุนแรง มีผลต่อภาพลักษณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความรังเกียจกลัวต่อตนเอง และความรังเกียจกลัวต่อสังคมและคนรอบข้าง (Stigma)⁽¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพความพิการอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อให้ความพิการดีขึ้น หรือคงที่ หรือไม่ให้เกิดความพิการเพิ่มมากขึ้น และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยไม่ถูกรังเกียจกลัว และยินยียดเยี่ยงมนุษย์อย่างมีสิทธิ์และศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันในสังคม

คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ประเมินจากผลการรักษาของผู้ป่วย โดยดูการตอบสนองการรักษาอาการทางคลินิก ในรอยโรคทางผิวหนัง และอาการทางเส้นประสาทส่วนปลาย ที่มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น/เท่าเดิม/แย่ลง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างรักษาหรือระยะเฝ้าระวัง ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยจากการเป็นโรค และความสม่ำเสมอของการมาพบแพทย์ตามนัด ฯลฯ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การทบทวนข้อมูลจากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) เฉพาะรายผู้ป่วย จึงไม่ได้ทำการประเมินในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการประเมินต่อไปควรได้มีการทบทวนบัตรบันทึกหรือเวชระเบียน เพื่อให้ทราบสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ครบถ้วน

อัตราการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อน

ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ในประเทศไทยกำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก กินยา MDT ระยะเวลา 2 ปี ขณะที่ในหลายประเทศกำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก กินยา MDT ระยะเวลา 1 ปี ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁸⁾ การที่ประเทศไทยยังคงให้ผู้ป่วยกินยา MDT 2 ปี เนื่องด้วยในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยลดน้อยลงมาก ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยจึงลดลงมากเช่นกัน คุณภาพการดูแลรักษาเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงตลอดเวลา โดยเฉพาะการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การเกิดโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบ ในการมาตรวจตามนัดแต่ละครั้งของผู้ป่วย จะได้รับการตรวจหน้าตาของเส้นประสาทส่วนปลายเป็นระยะทุก 1-3 เดือน และให้การวินิจฉัย รักษาต่อเนื่อง ๆ เมื่อพบความผิดปกติ ทำให้ลดโอกาสการเกิดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การกินยาเป็นระยะเวลานาน อาจขาดความต่อเนื่อง จากความไม่รู้จักว่าหายแล้วจึงหยุดยา กลัวผู้อื่นรู้ว่าตนเป็นโรค หรือผลข้างเคียงของยา^(21, 22) ปัญหาสำคัญของการขาดยา คือ การกลับเป็นซ้ำและการดื้อยา ซึ่งจะทำให้โรคกำเริบรุนแรงมากขึ้น มีการแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น และอาจมีเส้นประสาทอักเสบที่ทำให้เกิดความพิการเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ ดังนั้นเจ้าหน้าที่จึงควรให้ความสำคัญในการให้ข้อแนะนำในการกินยาให้ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้ใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วย และติดตามการกินยาให้ต่อเนื่อง รวมทั้งหาสาเหตุของการขาดยา เพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป

คุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

ในทะเบียนผู้สัมผัสโรค มีผลการตรวจทุกปี (ปีละ 1 ครั้ง) เป็นเวลา 10 ปี เมื่อพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จะมีการบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรค ได้แก่ รายชื่อ อายุ เพศ วันเดือนปีที่พบว่าเป็นผู้สัมผัสโรค ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่สัมผัสโรค ผลการตรวจในแต่ละปี พบเป็นโรคเรื้อนชนิดใด ฯลฯ โดยจะมีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ความซ้ำซ้อนของข้อมูล และปรับให้เป็นปัจจุบันเสมอ ซึ่งจำเป็นต้องใช้การทบทวนข้อมูลจากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) เฉพาะรายผู้ป่วย ซึ่งแม้ว่าจะไม่ได้ทำการประเมินในการศึกษาครั้งนี้ ควรได้รับการประเมินเพิ่มเติมในรูปแบบของการประเมินระบบเฝ้าระวังที่ดำเนินการกับโรคติดต่อแบบเฉียบพลัน

อัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในปีแรก อยู่ระหว่างร้อยละ 60-90 และยังไม่ครอบคลุมร้อยละ 100 จากข้อมูลระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2558 พบว่าในผู้ป่วย 1 ราย มีผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเฉลี่ย 3 คน อัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในปีแรกได้เพียงร้อยละ 53 แล้วค่อย ๆ ลดลง ดังนี้ ร้อยละ 37, 24, 14 และ 10

ในปีที่ 2 ถึงปีที่ 5 ตามลำดับ⁽⁵⁾ พบผู้ป่วยใหม่ที่มีประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ร้อยละ 19⁽⁷⁾ ขณะที่ข้อมูลระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2555 และรายงานการศึกษาในประเทศไทย (ความชุกโรคต่ำ) และประเทศบังคลาเทศ (ความชุกโรคสูง) พบผู้ป่วยใหม่ที่มีประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ค่อนข้างสูง ร้อยละ 46, 62, 25 ตามลำดับ โดยพบทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากและประเภทเชื้อมาก^(23, 24, 25) สาเหตุที่ตรวจได้ไม่ครอบคลุมอาจเนื่องจาก นโยบาย ระบบคัดกรองและส่งต่อข้อมูล ฐานข้อมูลผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน บุคลากรประชาชน ฯลฯ⁽²⁶⁾ เนื่องจากผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 4-10 เท่า^(1, 23) ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานจึงควรวิเคราะห์สาเหตุ พัฒนารูปแบบและติดตามเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกลุ่มนี้ให้ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 100 ต่อเนื่องทุกปีจนครบ 10 ปี เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนได้แต่เนิ่น ๆ ก่อนเกิดความพิการ และเพื่อเพิ่มความสำเร็จตามเป้าหมายของการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน และเร่งรัดสู่การปลอดโรคเรื้อนต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในเขตสุขภาพที่ 9 ใน ปี พ.ศ. 2553-2562 ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีในทุกกิจกรรม จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ค้นพบในแต่ละปีมีแนวโน้มลดลงตามสถานการณ์ของประเทศ อย่างไรก็ตามกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีขาดความสม่ำเสมอและความต่อเนื่อง ทำให้จำนวนที่ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ขึ้นลงไม่แน่นอน และจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 สูงกว่าเกณฑ์ และสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีระยะเวลาดังแต่เริ่มปรากฏอาการของโรคเรื้อนจนได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อนตามมาตรฐาน (SOS) ไม่เกิน 12 เดือน ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ สะท้อนถึงการวินิจฉัย รักษาล่าช้า ด้านคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบว่าอัตราการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อน ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ ด้านคุณภาพการค้นหาและตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ พบว่าอัตราการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในปีแรก ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ ดังนั้นผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนจึงควรตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเร่งด่วน และหาวิธีแก้ไขมาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนในทุกกิจกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในแผนยุทธศาสตร์ปี 2563-2570 ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สามารถดำเนินงานจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญ และบุคลากรในสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 สถาบันราชประชาสมาสัย และกองนวัตกรรมการวิจัยกรมควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค; 2553.
2. ชีระ งามสุต. โครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำริพระราชทฤษฎีราชประชาสมาสัย: พระราชทานสถาบันราชประชาสมาสัย/มูลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ใน: ชีระ งามสุต, บรรณาธิการ. ประวัติศาสตร์โรคเรื้อนในประเทศไทย. นนทบุรี: มาสเตอร์คีย์; 2559. หน้า 79.
3. Noordeen SK. Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. Bulletin of the World Health Organization. 1995;73(1):1-6.
4. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Task force on definitions, criteria and indicators for interruption of transmission and elimination of leprosy. Report of the final meeting: Chengalpattu, India, 24-26 March 2021 [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/SEA-GLP-6>
5. ฉลวย เสรีกิจ. การประเมินผลงานควบคุมโรคเรื้อน. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค; 2558. หน้า 1-11. (เอกสารอัดสำเนา)
6. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. ฐานข้อมูลรายชื่ออำเภอที่ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก ปี พ.ศ. 2559-2564.
7. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเรื้อนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://rajpracha.dcd.moph.go.th/site/documents/leprosy/Leprosy_62.pdf
8. กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. สถานการณ์โรคเรื้อนประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2562. เอกสารประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์และนโยบายการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อน พ.ศ. 2563.

9. กรมควบคุมโรค สถาบันราชประชาสมาสัย. สถานการณ์โรคเรื้อนเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm>
10. Krisada Mahothan. Leprosy elimination accreditation what why where and how [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www./document/view/44468742/leprosy-elimination-accreditation-what-why-where-and-how->
11. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อน. นนทบุรี: สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค; 2549.
12. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. การประเมินแผนยุทธศาสตร์งานโรคเรื้อน 6 ปี (พ.ศ. 2558-2563). (เอกสารอัดสำเนา)
13. ธนิษฐา ดิษสุวรรณ, วันลก ดิษสุวรรณ, พิมพ์วัลย์ ชุนหมวก, ตัสซีมา มุวรรณสินธุ์, ทิพย์สุดา นวลนิ่ม. การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสโรคเรื้อน ภาคใต้ตอนล่าง ประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2564; 47(3): 432-44.
14. นันทน์ภัส สุขใจ. ระบบข้อมูลแบบ UCHA: การพัฒนาที่พอเพียง เพียงพอ พอดี ดีพอ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/596990>
15. งานสารสนเทศ เขตสุขภาพที่ 9. การใช้ระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อน (UCHA) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://odpc9.ddc.moph.go.th/KM/IT/UCHA-DPC5_27Nov2009.pdf
16. Leprosy Eliminate Group. Guidelines for contact tracing register 2016 [Internet]. [cited 2023 Jan 9]. Available from: <http://thaileprosy.ddc.moph.go.th/site/index.htm>
17. The International Federation of Anti-Leprosy Association. The interpretation of epidemiological indicators in leprosy [Internet]. [cited 2023 Jan 9]. Available from: <https://www.leprosy-information.org/media/1114/download>
18. สุชัยญา มานิตยศิริกุล, ญาดา โตอุตชนม์. เปรียบเทียบต้นทุน-ประสิทธิผลการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ระหว่างการสำรวจหมู่บ้านแบบเร็วและการค้นหาโดยกำนัน-ผู้ใหญ่บ้าน. วารสารควบคุมโรค. 2557; 40 (2):111-7.
19. L Diana N, S Paul R. Nerve damage in leprosy: a continuing challenge to scientists, clinicians and service providers. International Health. June 2012; 4 (2): 77-85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2011.09.006>
20. Malathi M, Thappa DM. Fixed-Duration Therapy in Leprosy: Limitations and Opportunities. Indian J Dermatol [Internet]. 2013 [cited 2022 Dec 12]; Mar-Apr; 58 (2): 93-100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3657276>
21. Skinner D, Claassens M. It's complicated: why do tuberculosis patients not initiate or stay adherent to treatment? A qualitative study from South Africa. BMC infect Disease [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec 10]; 16:712. Available from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-016-2054-5>
22. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พงนา ธัญญกิตติกุล. การประเมินประสิทธิผลโครงการกำจัดโรคเรื้อนภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2561;25:109-20.
23. SW Cairns S, A Ann. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. Lepr Rev. 2014; 85: 2-17.
24. R Jan H, M Abraham, M Corine J. van, C Richard P and S Trevor C. Close contacts with leprosy in newly diagnosed leprosy patients in a high and low endemic area: comparison between Bangladesh and Thailand. Int J of Lepr Other Mycobact Dis. 2005; 73(4):249-57.
25. B S M. van, H Mohammed, K Paul R. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. Int J of Lepr other Mycobact Dis. 1999 Jun;67 (2):119-28.
26. สุพัตร สิมมาทัน, นิพนธ์ โยธา, นิภาพร ฮามพิทักษ์, สมัย ทองพูล, อธิเดช ไชยชนะ. รูปแบบการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่จากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ภายใต้สภาวะความชุกต่ำในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2564; 28(3): 55-69.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ณิชา ไปรายยุทธากุล, ปรียานุช กลิ่นศรีสุข. คุณภาพของการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การติดตามการรักษา และการค้นหาผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566; 54: 41-52.

Suggested citation for this article

Pairayayutakul N, Glinsrisuk P. The quality of the search for new cases of leprosy, treatment follow-up and finding household contacts of new leprosy patients in Health Region 9 during 2010-2019. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2023; 54: 41-52.

The quality of the search for new cases of leprosy, treatment follow-up and finding household contacts of new leprosy patients in 9th health region during 2010-2019

Authors: Nisa Pairayayutakul¹, Preeyanuch Glinsrisuk²

¹*Office of Senior Expert Committee, Office of Disease Prevention and Control, Thailand*

²*Office of Disease Prevention and Control Region 9th, Nakhon Ratchasima Province, Thailand*

Abstract

Background: Leprosy remains a regional problem in Thailand. In 2019, the prevalence and detection rate of new cases in 9th health region was higher than that of the country. The objectives of this study were to determine the quality of finding new leprosy cases, quality of treatment of new leprosy cases and quality of household contact tracing of new leprosy cases in 9th health region, 2010 to 2019, to provide policy recommendations to achieve the goal of eliminating leprosy in a sustainable way.

Methods: A quantitative and retrospective descriptive study was conducted. Data were collected from documents and reports from the leprosy database (UCHA) in 9th health region, 2010 to 2019. The quality assessment was based on guideline of the Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Results: There are 481 new cases of leprosy, separated into males 58%, and females 42%. Sixty-six cases had level-2 disabilities. There are 70% multibacillary leprosy, and 30% paucibacillary leprosy. The proportion of new multibacillary leprosy tends to increase while the proportion of new leprosy children aged 0-14 years tends to decrease. The proportion of cases with awareness self-reporting was good, 87%, while 3% referred, and 10% contacts. The quality of accelerating the search for new leprosy patients revealed using the proportion of new patients with a level-2 disability which was 14%. When looking at the trend, patients with level-2 disabilities were found consistently every year. Consistently with the proportions of new leprosy patients who receive treatment within 12 months of onset of leprosy, most of them did not pass the criteria. The quality of treatment of new leprosy patients assessed by the MDT completion rates for multibacillary leprosy and paucibacillary leprosy, were mostly passed the criteria. For the quality of finding and examining new contacts of leprosy patients, we found that the rates of household contact examination did not pass the criteria.

Discussion and Conclusion: Leprosy elimination operations of the 9th health region in 2010-2019 were in relatively good conditions in all activities. However, the activity of finding new cases of leprosy each year lacks consistency, causing the number of new cases of leprosy patients fluctuated and the number of new leprosy cases with level-2 disabilities was higher than the country criteria. For the quality of treatment of new leprosy patients, we found that the completion rate mostly passed the criteria. However, the quality of case finding and examining contacts of leprosy patients urgently improved. Therefore, those in charge of leprosy control and prevention program should be urgently aware of the problems and find solutions to improve the leprosy elimination operations in all activities in order to achieve the goals in the 2020-2027 strategic plan.

Keywords: leprosy, searching new cases of leprosy, finding household contacts, the 9th health region

สุรชาติ บุนนาค, อนุวัฒน์ วัฒนศิริ, ทักษิณ มานะ, ก้องภพ อนุสรณ์ชัย, ปัทมพร ประดิษฐ์เขียน, อภิษฎา นิรมิตสันติพงศ์
ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างวันที่ 15–21 มกราคม 2566 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์
กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคไข้หัดเสียชีวิต จังหวัดราชบุรี วันที่ 17 มกราคม 2566 ทีม SAT กรมควบคุมโรคได้รับแจ้งจาก สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง อายุ 69 ปี โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ให้ประวัติ ไม่ดื่ม สุรา อาศัยอยู่ที่ตำบลขุนพิทักษ์ อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัด ราชบุรี โดยญาติให้ประวัติว่าผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นผู้ปรุงประกอบอาหารให้ สมาชิกในบ้านรับประทานเป็นหลัก โดยเลือกซื้อวัตถุดิบมาปรุง ประกอบอาหารเอง ซึ่งต้นเดือนธันวาคม 2565 ผู้เสียชีวิตโดนมีด บาดบริเวณนิ้วมือ ซึ่งวัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหารเป็นเนื้อหมูสด และเวลาปรุงประกอบอาหารไม่มีการใส่ถุงมือ ซึ่งเป็นไปได้ที่เชื้อโรค จะเข้าสู่ร่างกายจากการสัมผัสเนื้อหมูสดผ่านบาดแผลบริเวณนิ้วมือ วันที่ 26 ธันวาคม 2565 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกรุงเทพ สนามจันทร์ ตรวจวินิจฉัยโรคโดยการทำการ MRI ผลการตรวจระบุ Discitis spondylitis แพทย์แนะนำให้ทำการผ่าตัดตัดนิ้ว ผู้ป่วยจึง นำผลการตรวจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวกในวันที่ 27 ธันวาคม 2565 อาการแรกเริ่ม มีไข้ หายใจหอบ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ โดยแพทย์รับเป็นผู้ป่วยในและเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม ในวันที่ 13 มกราคม 2566 ให้ผล Gram Positive cocci in pairs/*Streptococcus suis* และพบ การติดเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* (MDR-GNB ตำแหน่ง VAP) วันที่ 17 มกราคม 2566 ผู้ป่วยเสียชีวิต

การดำเนินการ เฝ้าระวังเชิงรุก และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์ เรื่องโรคไข้หัด แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และ ประชาชนในพื้นที่

2. สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ จากการข้อมูลการเฝ้าระวัง โรค กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1–14 มกราคม 2566 มีรายงาน ผู้ป่วย 2,139 ราย อัตราป่วย 3.23 ต่อประชากรแสนคน ไม่มี รายงานผู้ป่วยเสียชีวิต ในสัปดาห์นี้รายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่มีแนวโน้ม

ลดลงและต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่พบในกลุ่มอายุ 0–4 ปี เท่ากับ 16.46 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5–14 ปี (9.20) และกลุ่มอายุ 25–34 ปี (2.91) ตามลำดับ

ภาคใต้ มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 6.02 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็น ภาคเหนือ (4.28) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2.40) และภาคกลาง (2.29) ตามลำดับ

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง 10 อันดับแรก ได้แก่ ภูเก็ต อัตราป่วย 21.66 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ พัทลุง (19.47) น่าน (11.10) ยะลา (9.30) แพร่ (9.10) เชียงราย (8.79) สงขลา (8.03) เชียงใหม่ (7.35) นครราชสีมา (7.32) และประจวบคีรีขันธ์ (6.34) ตามลำดับ

ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการ คล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) และกลุ่มอาการปอดบวมจากโรงพยาบาล เครือข่ายของกรมควบคุมโรค ร่วมกับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1–14 มกราคม 2566 ได้รับตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 297 ราย ผลตรวจพบ เชื้อไข้หวัดใหญ่ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.39 แยกเป็นชนิด B จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 50.00) ชนิด A/H3N2 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 43.75) และชนิด A/H1N1 (2009) 1 ราย (ร้อยละ 6.25) ในสัปดาห์ที่ 2 (ระหว่างวันที่ 8–14 มกราคม 2566) ได้รับตัวอย่าง ผู้ป่วยส่งตรวจทั้งสิ้น 174 ราย จากโรงพยาบาลเครือข่าย 11 แห่ง

พบให้ผลบวกต่อเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.32 แยกเป็นชนิด B จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 54.55) ชนิด A/H3N2 จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 36.36) และชนิด A/H1N1(2009) 1 ราย (ร้อยละ 9.09) จากการติดตามอาการผู้ป่วยทั้ง 174 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์จากโปรแกรมตรวจสอบข่าว การระบาดของ กรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1–14 มกราคม 2566 ยังไม่ มีรายงานเหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคเมลิออยโดสิส

จากการเฝ้าระวังโรคเมลิออยโดสิสของกรมควบคุมโรค พบว่าตั้งแต่วันที่ 1-16 มกราคม 2566 มีรายงานผู้ป่วย จำนวน 101 ราย เป็นผู้ป่วยเพศชาย 78 ราย เพศหญิง 32 ราย ยังไม่มี รายงานผู้เสียชีวิต กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ อายุ 55-64 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จังหวัดที่มีรายงานอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ กาฬสินธุ์ ชัยภูมิ ยโสธร และหนองบัวลำภู

โรคเมลิออยโดสิสเป็นโรคติดเชื้อที่มีอันตรายร้ายแรงถึงชีวิต มีสาเหตุจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* ที่พบได้ทั่วไปใน ดิน น้ำ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ของ ประเทศไทย พบการติดเชื้อได้บ่อยในผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคธาลัสซีเมีย โรคปอด โรคไต ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน โรค เมลิออยโดสิสติดได้จากการรับเชื้อผ่านบาดแผลที่ผิวหนัง การดื่ม น้ำหรือการรับประทานอาหารที่มีเชื้อปนเปื้อน การสูดหายใจรับฝุ่น ละอองที่มีเชื้อปนเปื้อน ผู้ติดเชื้อจะมีการแตกต่างกันมากตั้งแต่ ไม่มีอาการ จนกระทั่งติดเชื้อในกระแสโลหิตแพร่กระจายไปทุก อวัยวะ ผู้ป่วยที่มีอาการโลหิตเป็นพิษเฉียบพลันจะมีอัตราป่วยตาย สูงถึงร้อยละ 40-60 โดยเฉพาะร่วมกับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ติดสุราเรื้อรัง มักเสียชีวิตภายใน 24-48 ชั่วโมง

ขอแนะนำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำ โดยตรง หากต้องสัมผัสดินหรือน้ำ เช่น ลุยน้ำ หรือลุยโคลน ควรสวมรองเท้าบูท ถุงมือยาง กางเกงขายาว หากสัมผัสดินหรือน้ำ ควรทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำสะอาด และฟอกสบู่ทันที หากมี บาดแผลที่ผิวหนัง ควรรักษาแผลด้วยยาฆ่าเชื้อไม่ใส่ดินหรือสมุนไพรร ใดๆ ลงบนแผล และหลีกเลี่ยงการสัมผัสดินและน้ำจนกว่าแผลจะ หายสนิท สวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน ไม่เดินเท้าเปล่า สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สายด่วนกรมควบคุมโรค โทร. 1422

สถานการณ์ต่างประเทศ

การระบาดของโรคหัด ประเทศอินโดนีเซีย

กระทรวงสาธารณสุข ประเทศอินโดนีเซีย พบการระบาดของ โรคหัดใน 31 จังหวัด วันที่ 19 มกราคม 2566 หัวหน้าสำนัก การสื่อสารและบริการสาธารณะ กระทรวงสาธารณสุขประเทศ อินโดนีเซีย กล่าวว่า เดือนธันวาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยหัดใน 31 จังหวัด พบผู้ป่วยเกือบทุกวัย โดยพบผู้ป่วยสูงถึง 3,341 ราย กระจายใน 223 อำเภอ โดยโรคหัดเกิดจากเชื้อ morbillivirus (MeV) สามารถติดต่อได้เมื่อผู้ป่วยไอและจาม กระทรวงสาธารณสุข เตือนให้ประชาชนตระหนักถึงการแพร่เชื้อ morbillivirus (MeV) และสร้างความเข้าใจลักษณะอาการของโรค โดยอาการของโรคมี ดังนี้ มีไข้สูงและมีจุดแดงบริเวณผิวหนัง (ผื่น) ร่วมกับอาการไอ และ/หรือ น้ำมูกไหล และ/หรือ เยื่อบุตาอักเสบ (ตาแดงจากการ อักเสบ) ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น ปอดบวม ท้องเสีย และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

การระบาดของโรคหัดในครั้งนี้พบจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 32 เท่าของภาวะปกติ เนื่องจากความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน ป้องกันโรคหัดในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ที่รัฐบาลกำหนดไว้ โดยหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความครอบคลุม ของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดต่ำ เนื่องจากจุดเน้นการบริการ สุขภาพในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 คือ การควบคุมการกระจาย ของไวรัส SARS-CoV-2 ซึ่งเป็นสาเหตุของ COVID-19 นอกจากนี้ การสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัดแล้ว การสร้างภูมิคุ้มกันพื้นฐานที่สมบูรณ์ สำหรับทารก ในประเทศอินโดนีเซียยังรวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกัน โรคโปลิโอ การสร้างภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี การสร้าง ภูมิคุ้มกัน BCG (วัณโรค) และการสร้างภูมิคุ้มกัน DPT-HB-Hib (คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ไวรัสตับอักเสบบี ปอดอักเสบ และเยื่อ หุ้มสมองอักเสบ) โดย หัวหน้าสำนักการสื่อสารและบริการ สาธารณะ กล่าวอีกว่า ปัจจุบันมีการให้วัคซีนโรคหัดร่วมกับการฉีด วัคซีนหัดเยอรมัน (Measles-Rubella immunization) 3 ครั้ง คือ เมื่อเด็กอายุครบ 9 เดือน 18 เดือน และชั้นประถมศึกษาปีที่ 1

แหล่งข้อมูล : <https://en.antaranews.com/news/269967/measles-outbreaks-occur-in-31-provinces-health-ministry>



ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 3

Reported cases of diseases under surveillance 506, 3rd week

✉ sget506@yahoo.com

กลุ่มสารสนเทศทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา

Epidemiological informatics unit, Division of Epidemiology

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 สัปดาห์ที่ 3

Table 1 Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 3rd week 2023

Disease	2022		2023		Case* (Current 4 week)	Mean** (2018-2022)	Cumulative	
	Week 52	Week 1	Week 2	Week 3			2023	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	1	0	0
Influenza	450	1576	1336	967	4329	15041	3925	0
Meningococcal Meningitis	0	0	0	0	0	1	0	0
Measles	0	2	4	2	8	251	8	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	0	0
Pertussis	0	0	0	0	0	3	0	0
Pneumonia (Admitted)	1606	5518	4758	2756	14638	17750	13153	3
Leptospirosis	24	73	41	19	157	123	133	0
Hand, foot and mouth disease	169	647	643	524	1983	2404	1834	0
Total D.H.F.	114	982	686	212	1994	2502	1885	1

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร และ กองระบาดวิทยา รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

ข้อมูลในตารางจะถูกปรับปรุงทุกสัปดาห์ วัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้น ๆ

ส่วนใหญ่เป็นการรายงาน "ผู้ป่วยที่สงสัย (suspect)" ไม่ใช่ "ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นโรคนั้น ๆ (confirm)"

ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงย้อนหลังได้ทุกสัปดาห์ จึงไม่ควรนำข้อมูลสัปดาห์ปัจจุบันไปอ้างอิงในเอกสารวิชาการ

* จำนวนผู้ป่วย 4 สัปดาห์ล่าสุด (4 สัปดาห์ คิดเป็น 1 ช่วง)

** จำนวนผู้ป่วยในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนหน้า, 4 สัปดาห์เดียวกันกับปีปัจจุบัน และ 4 สัปดาห์หลัง ของข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง (60 สัปดาห์)

TABLE 2 Reported cases and deaths of diseases under surveillance by province, Thailand, 3rd week 2023 (January 15-21, 2023)

(CHOLERA, HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE (HFMD), FOOD POISONING, PNEUMONIA (ADMITTED), INFLUENZA, MENINGOCOCCAL MENINGITIS, ENCEPHALITIS, PERTUSSIS, MEASLES, LEPTOSPIROSIS)

REPORTING AREAS	CHOLERA						HFMD						FOOD POISONING						PNEUMONIA*						INFLUENZA						MENINGOCOCCAL*						ENCEPHALITIS						PERTUSSIS						MEASLES						LEPTOSPIROSIS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รายจังหวัด ประเทศไทย สัปดาห์ที่ 3 พ.ศ. 2566 (15-21 มกราคม 2566)

TABLE 2 Reported cases and deaths of diseases under surveillance by province, Thailand, 3rd week 2023 (January 15-21, 2023)

(CHOLERA, HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE (HFMD), FOOD POISONING, PNEUMONIA (ADMITTED), INFLUENZA, MENINGOCOCCAL MENINGITIS, ENCEPHALITIS, PERTUSSIS, MEASLES, LEPTOSPIROSIS)

REPORTING AREAS	CHOLERA			HFMD			FOOD POISONING			PNEUMONIA*			INFLUENZA			MENINGOCOCCAL*			ENCEPHALITIS			PERTUSSIS			MEASLES			LEPTOSPIROSIS								
	Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.			Cum.2023			Current wk.		
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D				
NORTH-EASTERN REGION	0	0	0	0	144	0	57	0	1208	0	477	0	3042	0	1116	0	527	0	192	0	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ZONE 7	0	0	0	0	32	0	7	0	340	0	126	0	921	0	319	0	138	0	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Khon Kaen	0	0	0	0	7	0	2	0	166	0	58	0	367	0	113	0	66	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Maha Sarakham	0	0	0	0	17	0	4	0	65	0	26	0	203	0	62	0	23	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Roi Et	0	0	0	0	5	0	0	0	80	0	28	0	233	0	92	0	44	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Kalasin	0	0	0	0	3	0	1	0	29	0	14	0	118	0	52	0	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ZONE 8	0	0	0	0	23	0	8	0	61	0	23	0	249	0	87	0	38	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Bungkan	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Nong Bua Lam Phu	0	0	0	0	2	0	2	0	20	0	8	0	109	0	44	0	19	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Udon Thani	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Loei	0	0	0	0	9	0	4	0	28	0	10	0	97	0	41	0	13	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Nong Khai	0	0	0	0	8	0	1	0	12	0	5	0	16	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Sakon Nakhon	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	25	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Nakhon Phanom	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ZONE 9	0	0	0	0	57	0	29	0	399	0	153	0	886	0	340	0	213	0	83	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Nakhon Ratchasima	0	0	0	0	21	0	9	0	149	0	54	0	380	0	148	0	121	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Buri Ram	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Surin	0	0	0	0	10	0	3	0	199	0	83	0	212	0	68	0	63	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Chaiyaphum	0	0	0	0	26	0	17	0	49	0	16	0	292	0	123	0	27	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ZONE 10	0	0	0	0	32	0	13	0	408	0	175	0	986	0	370	0	138	0	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Si Sa Ket	0	0	0	0	8	0	2	0	166	0	82	0	468	0	193	0	25	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ubon Ratchathani	0	0	0	0	9	0	4	0	108	0	48	0	298	0	103	0	73	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Yasothon	0	0	0	0	7	0	2	0	35	0	12	0	163	0	49	0	25	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Amnat Charoen	0	0	0	0	2	0	0	0	49	0	16	0	23	0	9	0	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Mukdahan	0	0	0	0	6	0	5	0	50	0	17	0	34	0	16	0	8	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Southern Region	0	0	0	0	222	0	84	0	152	0	62	0	1321	0	441	0	571	0	168	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ZONE 11	0	0	0	0	116	0	40	0	58	0	17	0	443	0	101	0	197	0	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Nakhon Si Thammarat	0	0	0	0	14	0	1	0	10	0	2	0	146	0	30	0	67	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Krabi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Phangnga	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	7	0	47	0	19	0	6	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Phuket	0	0	0	0	74	0	35	0	10	0	5	0	92	0	41	0	90	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Surat Thani	0	0	0	0	16	0	0	0	8	0	0	0	107	0	1	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ranong	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	1	0	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Chumphon	0	0	0	0	12	0	4	0	2	0	2	0	45	0	9	0	19	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ZONE 12	0	0	0	0	106	0	44	0	94	0	45	0	878	0	340	0	374	0	104	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Songkhla	0	0	0	0	25	0	14	0	57	0	26	0	355	0	142	0	115	0	41	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Satun	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Trang	0	0	0	0	5	0	1	0	4	0	0	0	58	0	16	0	36	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Phatthalung	0	0	0	0	6	0	0	0	2	0	0	0	67	0	5	0	102	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Pattani	0	0	0	0	15	0	6	0	13	0	7	0	92	0	46	0	8	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Yala	0	0	0	0	34	0	10	0	11	0	7	0	129	0	44	0	50	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Narathiwat	0	0	0	0	21	0	13	0	7	0	5	0	169	0	87	0	59	0	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร: รายงานจากประชาชนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และกลุ่มสาธารณสุขทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Central Region* เขตภาคกลางนับรวมจังหวัดฉะเชิงเทรา "PNEUMONIA" = PNEUMONIA (ADMITTED) "MENINGOCOCCAL" = MENINGOCOCCAL MENINGITIS "0" = No case C = Cases D = Deaths CUM. = Cumulative year-to-date counts

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้รับการรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้รับการรายงานเร่งด่วน จากผู้รายงานกรณีเป็น Suspected, Probable และ Confirmed ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค จึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 (1-25 มกราคม 2566)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2023 (January 1-25, 2023)

REPORTING AREAS	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2022								DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2023								POP. DEC 31, 2021
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE	CASE		JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE	CASE	
	C	C	C	C	D	PER 100000	FATALITY		C	C	C	C	C	D	PER 100000	FATALITY	
Total	5753	5924	2897	45145	29	68.22	0.06		1885	0	0	0	1885	1	2.85	0.05	66,179,083
Northern Region	1013	706	423	14458	7	120.38	0.05		173	0	0	0	173	0	1.44	0.00	12,018,640
ZONE 1	665	420	218	10298	3	175.30	0.03		97	0	0	0	97	0	1.65	0.00	5,875,424
Chiang Mai	310	225	111	2437	0	136.19	0.00		56	0	0	0	56	0	3.13	0.00	1,786,877
Lamphun	7	4	0	45	0	11.22	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	401,574
Lampang	24	15	8	424	0	58.51	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	726,821
Phrae	7	6	8	118	0	27.15	0.00		4	0	0	0	4	0	0.92	0.00	435,965
Nan	35	22	10	443	0	93.09	0.00		19	0	0	0	19	0	3.99	0.00	476,300
Phayao	6	7	2	103	0	22.17	0.00		4	0	0	0	4	0	0.86	0.00	465,930
Chiang Rai	64	36	26	432	0	33.27	0.00		9	0	0	0	9	0	0.69	0.00	1,296,725
Mae Hong Son	212	105	53	6296	3	2202.05	0.05		5	0	0	0	5	0	1.75	0.00	285,232
ZONE 2	216	193	142	3064	3	86.70	0.10		63	0	0	0	63	0	1.78	0.00	3,536,074
Uttaradit	3	3	6	203	0	45.50	0.00		4	0	0	0	4	0	0.89	0.00	447,446
Tak	132	103	88	1702	2	251.56	0.12		30	0	0	0	30	0	4.45	0.00	673,423
Sukhothai	33	31	12	319	0	54.50	0.00		3	0	0	0	3	0	0.51	0.00	586,617
Phitsanulok	28	45	31	560	1	66.09	0.18		24	0	0	0	24	0	2.83	0.00	848,432
Phetchabun	20	11	5	280	0	28.62	0.00		2	0	0	0	2	0	0.20	0.00	980,156
ZONE 3	141	115	72	1273	2	43.56	0.16		18	0	0	0	18	0	0.61	0.00	2,928,596
Chai Nat	9	22	9	177	1	55.24	0.56		5	0	0	0	5	0	1.56	0.00	321,454
Nakhon Sawan	65	57	36	588	0	56.81	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,037,668
Uthai Thani	14	16	14	116	0	35.68	0.00		7	0	0	0	7	0	2.15	0.00	325,492
Kamphaeng Phet	35	16	9	264	0	37.07	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	713,130
Phichit	18	4	4	128	1	24.18	0.78		6	0	0	0	6	0	1.13	0.00	530,852
Central Region*	3699	4076	1694	19529	15	85.50	0.08		1206	0	0	0	1206	1	5.28	0.08	22,842,768
Bangkok	1653	1780	566	7508	3	135.82	0.04		544	0	0	0	544	0	9.79	0.00	5,558,108
ZONE 4	400	454	190	2092	2	38.58	0.10		202	0	0	0	202	1	3.73	0.50	5,411,959
Nonthaburi	152	132	66	682	0	52.92	0.00		68	0	0	0	68	0	5.30	0.00	1,282,690
Pathum Thani	130	201	80	717	1	60.25	0.14		88	0	0	0	88	1	7.44	1.14	1,183,235
P.Nakhon S.Ayutthaya	50	59	10	239	0	29.13	0.00		23	0	0	0	23	0	2.81	0.00	819,799
Ang Thong	7	11	12	53	0	19.29	0.00		2	0	0	0	2	0	0.73	0.00	275,673
Lop Buri	25	24	12	119	0	16.09	0.00		14	0	0	0	14	0	1.89	0.00	741,200
Sing Buri	1	2	2	38	0	18.58	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	205,211
Saraburi	23	14	5	198	1	30.75	0.51		4	0	0	0	4	0	0.62	0.00	643,895
Nakhon Nayok	12	11	3	46	0	17.66	0.00		3	0	0	0	3	0	1.15	0.00	260,256
ZONE 5	725	860	339	4499	1	84.35	0.02		218	0	0	0	218	0	4.09	0.00	5,332,653
Ratchaburi	118	118	47	902	0	103.88	0.00		27	0	0	0	27	0	3.11	0.00	868,797
Kanchanaburi	22	41	18	257	0	28.75	0.00		17	0	0	0	17	0	1.90	0.00	893,014
Suphan Buri	102	110	13	565	0	67.64	0.00		28	0	0	0	28	0	3.35	0.00	836,993
Nakhon Pathom	195	231	141	1154	0	125.14	0.00		94	0	0	0	94	0	10.20	0.00	921,450
Samut Sakhon	171	199	6	713	0	121.51	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	586,494
Samut Songkhram	6	23	14	127	0	66.55	0.00		3	0	0	0	3	0	1.57	0.00	191,447
Phetchaburi	91	115	77	531	0	109.97	0.00		28	0	0	0	28	0	5.80	0.00	482,534
Prachuap Khiri Khan	20	23	23	250	1	45.19	0.40		21	0	0	0	21	0	3.80	0.00	551,924
ZONE 6	912	960	590	5253	8	84.21	0.15		237	0	0	0	237	0	3.81	0.00	6,218,594
Samut Prakan	306	369	171	1400	1	103.21	0.07		109	0	0	0	109	0	8.05	0.00	1,353,964
Chon Buri	371	356	286	2399	4	151.48	0.17		34	0	0	0	34	0	2.16	0.00	1,575,278
Rayong	155	132	88	766	1	101.95	0.13		52	0	0	0	52	0	6.97	0.00	746,433
Chanthaburi	17	33	17	222	0	41.37	0.00		15	0	0	0	15	0	2.80	0.00	536,058
Trat	22	10	8	87	0	38.10	0.00		10	0	0	0	10	0	4.38	0.00	228,456
Chachoengsao	17	30	8	165	1	22.78	0.61		3	0	0	0	3	0	0.42	0.00	722,448
Prachin Buri	6	17	5	73	0	14.74	0.00		7	0	0	0	7	0	1.42	0.00	494,498
Sa Kaeo	18	13	7	141	1	25.09	0.71		7	0	0	0	7	0	1.25	0.00	561,459

ตารางที่ 3 (ต่อ) จำนวนผู้ป่วยและตายสงสัยด้วยโรคไข้เลือดออก จำแนกรายเดือนตามวันเริ่มป่วย รายจังหวัด ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 (1-25 มกราคม 2566)

TABLE 3 Reported Cases and Deaths of Suspected Dengue fever and Dengue Hemorrhagic fever Under Surveillance by Date of Onset, by Province, Thailand, 2023 (January 1-25, 2023)

REPORTING AREAS	DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2022								DENGUE HEMORRHAGIC FEVER - TOTAL (DF+DHF+DSS) 2023								POP. DEC 31, 2021
	OCT	NOV	DEC	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY		JAN	FEB	MAR	APR	TOTAL	TOTAL	CASE RATE PER 100000	CASE FATALITY	
	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)		C	C	C	C	C	D	POP.	RATE (%)	
NORTH-EASTERN REGION	451	396	154	7164	4	32.82	0.06		73	0	0	0	73	0	0.33	0.00	21,837,582
ZONE 7	126	114	41	1906	0	38.04	0.00		31	0	0	0	31	0	0.62	0.00	5,017,381
Khon Kaen	45	24	6	465	0	25.97	0.00		8	0	0	0	8	0	0.45	0.00	1,792,697
Maha Sarakham	19	36	9	497	0	52.41	0.00		10	0	0	0	10	0	1.05	0.00	950,985
Roi Et	43	31	15	609	0	46.99	0.00		3	0	0	0	3	0	0.23	0.00	1,297,326
Kalasin	19	23	11	335	0	34.34	0.00		10	0	0	0	10	0	1.02	0.00	976,373
ZONE 8	73	53	28	1195	2	21.66	0.17		11	0	0	0	11	0	0.20	0.00	5,518,109
Bungkan	1	1	1	15	0	3.55	0.00		1	0	0	0	1	0	0.24	0.00	422,019
Nong Bua Lam Phu	2	6	4	38	0	7.47	0.00		1	0	0	0	1	0	0.20	0.00	509,236
Udon Thani	6	2	4	310	1	19.79	0.32		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,567,247
Loei	31	20	6	260	1	40.71	0.38		4	0	0	0	4	0	0.63	0.00	638,734
Nong Khai	13	17	6	176	0	34.05	0.00		5	0	0	0	5	0	0.97	0.00	517,140
Sakon Nakhon	6	4	2	132	0	11.52	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,146,612
Nakhon Phanom	14	3	5	264	0	36.82	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	717,121
ZONE 9	126	131	35	1799	1	26.80	0.06		19	0	0	0	19	0	0.28	0.00	6,714,997
Nakhon Ratchasima	54	56	18	731	0	27.75	0.00		7	0	0	0	7	0	0.27	0.00	2,633,681
Buri Ram	11	21	0	111	1	7.03	0.90		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,580,495
Surin	29	27	4	675	0	49.05	0.00		8	0	0	0	8	0	0.58	0.00	1,377,226
Chaiyaphum	32	27	13	282	0	25.13	0.00		4	0	0	0	4	0	0.36	0.00	1,123,595
ZONE 10	126	98	50	2264	1	49.35	0.04		12	0	0	0	12	0	0.26	0.00	4,587,095
Si Sa Ket	42	29	8	868	1	59.55	0.12		10	0	0	0	10	0	0.69	0.00	1,458,068
Ubon Ratchathani	72	57	29	1072	0	57.37	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	1,867,608
Yasothon	9	8	11	141	0	26.43	0.00		2	0	0	0	2	0	0.37	0.00	533,948
Amnat Charoen	2	1	0	44	0	11.69	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	376,273
Mukdahan	1	3	2	139	0	39.55	0.00		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	351,198
Southern Region	590	746	626	3994	3	42.08	0.08		433	0	0	0	433	0	4.57	0.00	9,480,093
ZONE 11	232	274	239	1685	2	37.51	0.12		147	0	0	0	147	0	3.28	0.00	4,487,259
Nakhon Si Thammarat	52	61	32	239	0	15.43	0.00		28	0	0	0	28	0	1.81	0.00	1,550,033
Krabi	29	53	24	300	1	62.58	0.33		0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	478,561
Phangnga	36	19	21	238	0	88.80	0.00		3	0	0	0	3	0	1.12	0.00	268,123
Phuket	44	54	58	339	0	80.95	0.00		39	0	0	0	39	0	9.36	0.00	416,629
Surat Thani	33	37	30	173	0	16.13	0.00		26	0	0	0	26	0	2.43	0.00	1,070,096
Ranong	14	20	38	161	0	82.75	0.00		20	0	0	0	20	0	10.28	0.00	194,473
Chumphon	24	30	36	235	1	46.13	0.43		31	0	0	0	31	0	6.09	0.00	509,344
ZONE 12	358	472	387	2309	1	46.18	0.04		286	0	0	0	286	0	5.73	0.00	4,992,834
Songkhla	100	166	118	630	0	44.01	0.00		137	0	0	0	137	0	9.58	0.00	1,430,073
Satun	11	15	15	113	0	34.79	0.00		1	0	0	0	1	0	0.31	0.00	324,467
Trang	26	32	19	248	0	38.76	0.00		9	0	0	0	9	0	1.41	0.00	640,182
Phatthalung	20	33	44	180	0	34.45	0.00		35	0	0	0	35	0	6.69	0.00	522,810
Pattani	57	100	83	333	1	45.64	0.30		34	0	0	0	34	0	4.67	0.00	727,799
Yala	22	30	37	167	0	30.79	0.00		33	0	0	0	33	0	6.11	0.00	540,458
Narathiwat	122	96	71	638	0	78.80	0.00		37	0	0	0	37	0	4.58	0.00	807,045

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร: รวบรวมจากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาของจังหวัดในแต่ละสัปดาห์ และศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา: รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

หมายเหตุ: ข้อมูลที่ได้รับรายงานเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ที่ได้จากรายงานเร่งด่วน จากผู้ป่วยกรณีที่เป็น Suspected, Probable และ Confirmed เป็นข้อมูลเฉพาะสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

เมื่อมีผลตรวจยืนยันจากห้องปฏิบัติการ

Central Region* เขตภาคกลางนับรวมจังหวัดชัยนาท

C = Cases

D = Deaths



สมัครและติดตามรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

ได้ที่ https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์



ปีที่ 54 ฉบับที่ 3 : 27 มกราคม 2566 Volume 54 Number 3: January 27, 2023

กำหนดออก : รายสัปดาห์

ส่งบทความ ข้อคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายัง กลุ่มเผยแพร่วิชาการ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

E-mail: weekly.wesr@gmail.com, panda_tid@hotmail.com

จัดทำโดย

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ชั้น 3 อาคาร 10 ตึกกรมควบคุมโรค ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร. 0-2590-3805

Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Tel (66) 2590-3805

Floor 3, Building 10, Department of Disease Control, Tiwanon Road, Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province, Thailand, 11000