

รายงานประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคติดต่อ นำโดยแมลง ปี พ.ศ. 2566

โดย กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง

1. โรคติดต่อ นำโดยยุงลาย

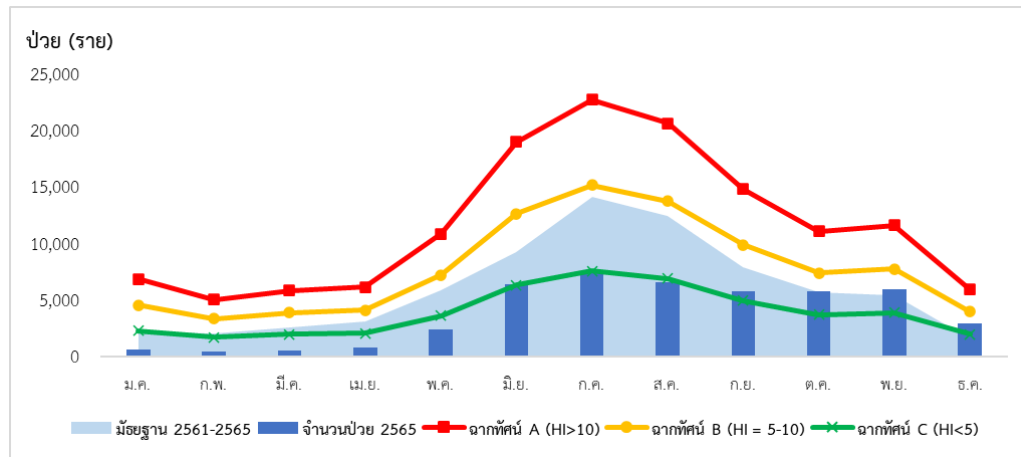
1.1 โรคไข้เลือดออก

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (รายงาน 506) ในปี 2565 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 45,145 ราย อัตราป่วย 66.97 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมา 4.5 เท่า โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม และเริ่มสูงกว่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม และสูงลอยต่อเนื่องจนถึงปลายปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยเรียนและผู้ใหญ่ตอนต้น ในกลุ่มอายุ 5-14 ปี อัตราป่วย 189.80 ต่อประชากรแสนคน อายุ 15 - 24 ปี (122.69) และ 0 - 4 ปี (84.51) ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยกระจายทุกภูมิภาคในประเทศไทย จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ แม่ฮ่องสอน 2,207.33 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ตาก (252.74) ชลบุรี (152.29) เชียงใหม่ (136.38) และกรุงเทพมหานคร (135.38) ตามลำดับ

จากการเฝ้าระวังไวรัสโรคติดต่อ นำโดยยุงลายของกองโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบว่า มีการหมุนเวียนของสายพันธุ์ไวรัสเดงกีทั้ง 4 ชนิด โดยในปี พ.ศ. 2565 พบ DENV-1 เป็นชนิดเชื้อไวรัสเด่น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ DENV-2 DENV-3 และ DENV-4 ตามลำดับ โดย DENV-3 มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น 5 - 16 เท่า เมื่อเทียบกับรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

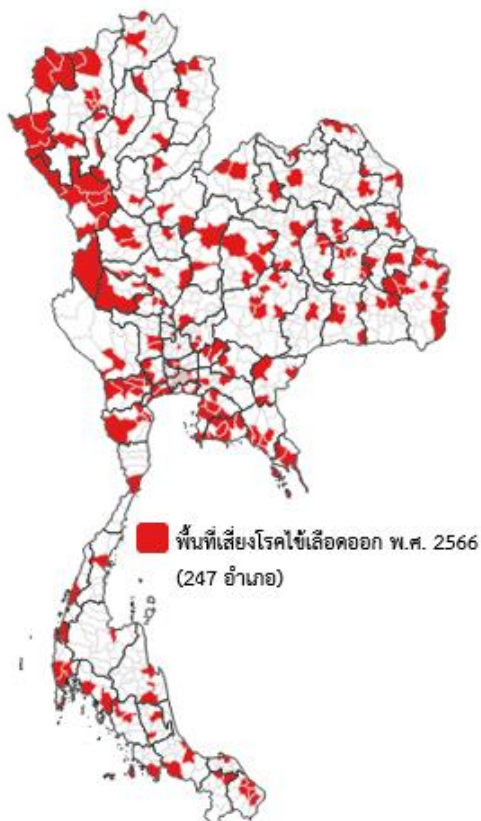
รายงานผู้เสียชีวิตยืนยันสะสม 31 ราย จาก 21 จังหวัด อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.07 เป็นเพศชาย 17 ราย เพศหญิง 14 ราย อายุระหว่าง 6 - 74 ปี (มัธยฐาน 33 ปี) เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 8 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.05) ผู้ใหญ่อายุ 15 ปีขึ้นไป 23 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08) ผลการตรวจหาชนิดเชื้อไวรัสเดงกีในผู้เสียชีวิต จำนวน 21 ราย เป็นการติดเชื้อ DENV-1 มากที่สุด จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 43) รองลงมาคือ DENV-2 จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 33) DENV-4 จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 14) และ DENV-3 จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 10) ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงและเสียชีวิตในเด็ก คือ โรคอ้วน ส่วนปัจจัยเสี่ยงในผู้ใหญ่ คือ มีโรคประจำตัว (เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับตับและไต ภาวะติดสุราเรื้อรัง เป็นต้น) รับประทานยาประเภท NSAIDs (เช่น ยาชุด ยาไอบรูโพรเฟน) จากการซื้อเองหรือได้รับจากคลินิก/โรงพยาบาลเอกชน และการไปรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ โดยส่วนใหญ่เมื่อป่วยแล้ว 3 วันถึงไปรับการรักษาครั้งแรก และสูงสุดอยู่ที่ 8 วัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ใหญ่มีอาการรุนแรงมากกว่าเด็กและทำให้การรักษาทำได้ยาก จึงมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าเด็ก 2 - 3 เท่า

ในปี พ.ศ. 2566 คาดการณ์ว่ามีโอกาสพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากกว่าปี พ.ศ. 2565 เนื่องจากอาจมีการระบาดต่อเนื่องจากปลายปีที่ผ่านมา รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงชนิดไวรัสเดงกี โดยพบ DENV-3 เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับ 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่อาจไม่มีภูมิคุ้มกัน โดยพยากรณ์ว่าจะมีรายงานผู้ป่วยตลอดทั้งปี ประมาณ 93,394 ราย และหากไม่สามารถดำเนินการมาตรการควบคุมโรคได้ตามมาตรฐาน อาจพบผู้ป่วยสูงถึง 140,091 ราย และมีโอกาสพบผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (รูปที่ 1) ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุ 35 ปีขึ้นไป) มีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น เนื่องจากส่วนใหญ่มิโรคประจำตัวเรื้อรัง รวมทั้งผู้ใหญ่มักไปรักษาที่คลินิกและซื้อยารับประทานเอง และไปรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ทำให้มีอาการรุนแรงและรักษายาก โดยมีพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออก 247 อำเภอ ใน 77 จังหวัด ส่วนใหญ่เป็นอำเภอเมืองและอำเภอที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก (รูปที่ 2) (ดาวน์โหลดอำเภอเสี่ยงตาม QRcode ท้ายรายงาน)



ฉากทัศน์	ป่วยทั้งปี (ราย)	เสียชีวิต (ราย)
A ไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ (HI มากกว่า 10)	140,091	140
B ดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคตามมาตรการปกติ (HI เท่ากับ 5 - 10)	93,394	90
C ประชาชนดูแลบ้านตนเองและทุกหน่วยงานดูแลสถานที่ไม่ให้มีแหล่งน้ำขัง (HI น้อยกว่า 5)	46,697	50

รูปที่ 1 ผลพยากรณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2566 เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2565 และมัยฐานย้อนหลัง 5 ปี



เขตสุขภาพ	จำนวนอำเภอเสี่ยง	จำนวนอำเภอทั้งหมด	ร้อยละอำเภอเสี่ยง
1	26	103	25.2
2	14	47	29.8
3	13	54	24.1
4	12	70	17.1
5	22	62	35.5
6	31	69	44.9
7	16	77	20.8
8	9	87	10.3
9	17	88	19.3
10	16	70	22.9
11	13	74	17.6
12	17	77	22.1
13	41	50	82.0
รวม	247	928	26.6

รูปที่ 2 พื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออก ระดับอำเภอ ปีพ.ศ. 2566

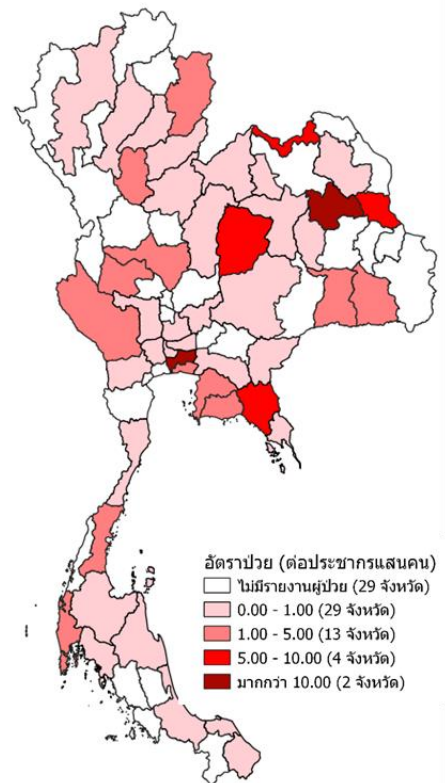
1.2 โรคไข้ปวดข้อยุงลาย

ปี พ.ศ. 2565 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya fever) ต่อเนื่องตลอดทั้งปี และเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2560 – 2564) ในฤดูฝน และปลายปีพบการระบาดในกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลจากรายงาน 506 พบผู้ป่วยสะสม 1,370 ราย อัตราป่วย 2.07 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าปี พ.ศ. 2564 ถึง 2 เท่า ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง 784 ราย เพศชาย 586 ราย (อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:1.3) ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่อายุ 25 - 34 ปี อัตราป่วย 2.63 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อายุ 35 - 44 ปี (2.62) และอายุ 45 - 54 ปี (2.60) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 21.3 และเกษตรกร (12.2) ผู้ป่วยอยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 72.26 และเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (27.74)

โรคไข้ปวดข้อยุงลายมีรายงานในทุกภูมิภาคของประเทศไทย ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง อัตราป่วย 4.11 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.61) ภาคเหนือ (0.52) และภาคใต้ (0.31) ตามลำดับ โดยมีรายงานผู้ป่วยจาก 48 จังหวัด จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ กาฬสินธุ์ กรุงเทพมหานคร ชัยภูมิ หนองคาย จันทบุรี มุกดาหาร กาญจนบุรี สุรินทร์ ชลบุรี และสุโขทัย มีอัตราป่วย 13.93, 13.75, 8.10, 6.19, 5.41, 5.13, 2.69, 2.61, 2.41 และ 2.39 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รูปที่ 3) โดยมีรายงานผู้ป่วยสูงสุดในเดือนพฤศจิกายน 238 ราย รองลงมาคือเดือนตุลาคม (218) และเดือนกรกฎาคม (197) ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2566 คาดการณ์ว่าอาจมีการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุงลายต่อเนื่องจากปลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และอาจแพร่กระจายไปยังจังหวัดอื่น ๆ ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย กลุ่มเสี่ยงเป็นวัยทำงานอายุ 25 - 54 ปี และเด็กวัยเรียนอายุ 5 - 14 ปี ซึ่งอำเภอที่ไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยมาก่อนมีโอกาสพบการระบาดในปีถัดไปได้มากกว่าอำเภอที่เคยมีการระบาดมาแล้ว เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีภูมิคุ้มกันต่อไวรัสชิคุนกุนยา โดยจากข้อมูลพบว่าปี พ.ศ. 2565 มีอำเภอที่เป็นพื้นที่ระบาดใหม่มากกว่าปี พ.ศ. 2564 ถึง 3.2 เท่า



รูปที่ 3 แผนที่อัตราป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลาย รายจังหวัด พ.ศ.2565

1.3 โรคติดเชื้อไวรัสซิกา

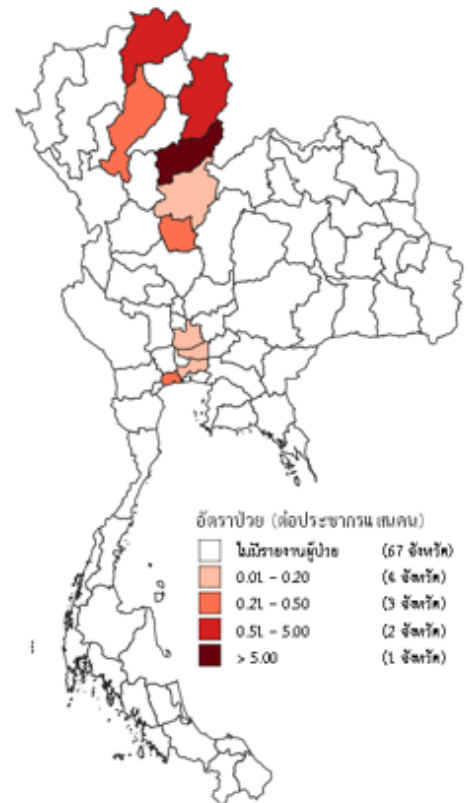
ระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสซิกา กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง ได้รับรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา ในปี พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 66 ราย อัตราป่วย 0.10 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยทั่วไป 45 ราย หญิงตั้งครรภ์ 20 ราย และทารกศีรษะเล็ก 1 ราย โดยผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 54 ราย เพศชาย 12 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:4.5 อัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 25 – 34 ปี (0.16 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคืออายุ 15 - 24 ปี (0.12) และอายุ 55 - 64 ปี (0.08) ตามลำดับ

มีรายงานผู้ติดเชื้อในภาคเหนือ อัตราป่วย 0.44 ต่อประชากรแสนคน และภาคกลาง (0.05) ทั้งหมด 10 จังหวัด ได้แก่ อุตรดิตถ์ เชียงราย กรุงเทพมหานคร น่าน ลำปาง พิจิตร ปทุมธานี สมุทรสาคร พิษณุโลก และพระนครศรีอยุธยา อัตราป่วย 8.05, 0.54, 0.13, 1.26, 0.28, 0.38, 0.17, 0.34, 0.12 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รูปที่ 4) มีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นในช่วงฤดูฝน พบสูงสุดในเดือนกรกฎาคม 32 ราย รองลงมาคือเดือนมิถุนายน 12 ราย ตุลาคม 8 ราย และสิงหาคม 7 ราย ตามลำดับ

การเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกา ตั้งแต่ 1 มกราคม 2559 – 31 ธันวาคม 2565 พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกา 236 ราย เป็นผู้ติดเชื้อมีอาการ 149 ราย และผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ 85 ราย (ไม่มีข้อมูล 2 ราย) ผลการติดตามหญิงตั้งครรภ์พบแท้งบุตร 11 ราย มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสซิกา 4 ราย ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสซิกา 3 ราย และไม่สามารถระบุสาเหตุได้ 4 ราย (ไม่มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ) และคลอดแล้ว 218 ราย

การเฝ้าระวังทารกแรกเกิดที่มีภาวะศีรษะเล็กทั้งหมด 2,258 ราย พบยืนยัน congenital Zika syndrome 16 ราย จาก 12 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น ฉะเชิงเทรา นครราชสีมา นครสวรรค์ ปทุมธานี พิษณุโลก สมุทรสาคร สุโขทัย อุตรดิตถ์ และอุบลราชธานี

ในปี พ.ศ. 2566 คาดการณ์ว่ามีความเสี่ยงที่จะพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกาจำนวนมากขึ้น เนื่องจากประเทศไทยมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน โดยกลุ่มเสี่ยง คือ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาจตั้งครรภ์ ซึ่งทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสซิกา อาจพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง คือ ความพิการทางสมองและระบบประสาท และความผิดปกติทางด้านการพัฒนาการในภายหลัง



รูปที่ 4 แผนที่อัตราป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิการายจังหวัด พ.ศ.2565

1.4 มาตรการโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายในช่วงก่อนการระบาด

โรคติดต่อ นำโดยยุลงลายพบได้ทั่วทุกภาคในประเทศไทย ดังนั้น จึงควรดำเนินมาตรการเหมือนกันในทุกพื้นที่ แต่ข้อจำกัดทางด้านทรัพยากร จึงควรมุ่งเน้นดำเนินมาตรการอย่างเข้มข้นในพื้นที่เสี่ยงสูง ซึ่งมีโอกาสจะเกิดการแพร่ระบาดได้มากกว่าพื้นที่อื่น หากดำเนินมาตรการการป้องกันโรคล่วงหน้า โดยการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุลงลาย ทั้งภายในบ้านชุมชน สถานที่สำคัญต่าง ๆ และการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในด้านการควบคุมโรค และด้านการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพในช่วงก่อนเข้าสู่ฤดูฝน คาดว่าจะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของการระบาดในช่วงฤดูการระบาดได้ โดยมีข้อเสนอแนะการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1) มาตรการเฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์ เพื่อวางแผนป้องกันและควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว

- 1.1 มีทีม SAT ติดตามสถานการณ์ และชี้เป้าพื้นที่เสี่ยง/ระบาด ในระดับตำบลและหมู่บ้าน
- 1.2 เฝ้าระวังค่าดัชนีลูกน้ำยุลงลาย โดยการสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุลงลายในพื้นที่ 7 ร. และสนับสนุนกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุลงลายอย่างต่อเนื่อง
- 1.3 เฝ้าระวังทางกัญญาวิทยาและทางห้องปฏิบัติการ เช่น การเฝ้าระวังยุลงและลูกน้ำยุลงติดต่อสารเคมี การเฝ้าระวังไวรัสโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายในคนและยุลง เป็นต้น

2) มาตรการควบคุมโรค เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (ไม่ให้เกิด 2nd generation)

- 2.1 สอบสวนผู้ป่วย เพื่อค้นหาแหล่งรังโรคและปัจจัยเสี่ยงการเสียชีวิต
- 2.2 ควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 และดำเนินการต่อเนื่อง 28 วัน
- 2.3 เตรียมความพร้อมของทีมควบคุมโรคและทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร เครื่องมือ สารเคมี ให้เพียงพอ และพร้อมใช้งาน เช่น อบรมการควบคุม/ พ่นสารเคมี จัดหายาทากันยุลง ทราดยกำจัดลูกน้ำยุลงลาย สารเคมี เครื่องพ่นสารเคมี จัดทีมช่างซ่อมและให้คำปรึกษา
- 2.4 ทบทวนโครงสร้างแผนเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

3) มาตรการด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วย

- 3.1 ทบทวนทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาในการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย
- 3.2 อบรมและฟื้นฟูการวินิจฉัย ดูแล รักษา ผู้ป่วยโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย ให้กับแพทย์และพยาบาล
- 3.3 จัดเตรียมเครื่องมือสำคัญในการรักษาผู้ป่วย เช่น Dextran, การตรวจ CBC 24 ชั่วโมง
- 3.4 จัดระบบและเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลในลำดับสูงขึ้นไปภายในเขต
- 3.5 ใช้ Dengue Chart ในผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็นไข้เลือดออกเดงกีทุกราย โดยไม่ต้องรอให้เข้าสู่ระยะวิกฤติ
- 3.6 จัดตั้งมุมคัดกรองผู้ป่วยโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย เช่น Dengue Corner ในสถานพยาบาล เป็นต้น

4) มาตรการด้านการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในการป้องกัน การดูแลรักษาโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายเบื้องต้น

- 4.1 ให้สุศึกษาประชาชน ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ การกำจัดยุงตัวเต็มวัย การป้องกันยุงกัด การดูแลรักษาเบื้องต้นกรณีป่วย เช่น ไม่ควรซื้อยาประเภท NSAIDs รับประทาน และหากมีอาการ สงสัยให้รีบเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที
- 4.2 รมรณรงค์สร้างความตระหนักของประชาชนและในพื้นที่เป้าหมาย (7ร.) เช่น ศาสนสถาน จัตุรณรงค์ ในวันสำคัญทางศาสนา สถานศึกษาจัดรณรงค์ช่วงก่อนเปิดภาคเรียน เป็นต้น
- 4.3 จัดทีมสื่อสารเชิงรุกให้กลุ่มเสี่ยง เช่น ในคลินิกและร้านขายยา ให้ระวังการจ่ายยา NSAIDs ในคลินิก โรคเรื้อรัง ในการให้สุศึกษากับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงเสียชีวิต ในคลินิก ANC ให้สุศึกษา ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น

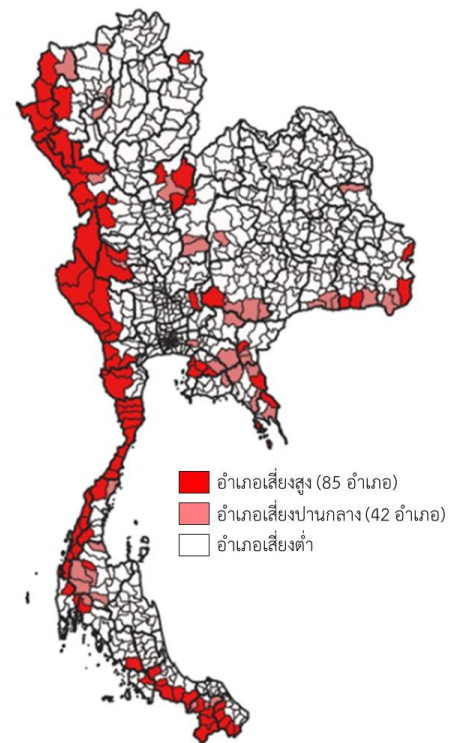
2. โรคไข้มาลาเรีย

ในปี พ.ศ. 2565 พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียต่อเนื่องตลอดทั้งปี โดยข้อมูลจากระบบมาลาเรียออนไลน์ กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค มีรายงานผู้ป่วยสะสม 10,170 ราย ซึ่งสูงกว่าปีที่ผ่านมา 3 เท่า และสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2560 – 2564) ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 7,115 ราย เพศหญิง 3,055 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2:1 พบผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 25 - 44 ปี (ร้อยละ 28.27) รองลงมาคืออายุ 15 - 24 ปี (27.32) และ 5 - 14 ปี (22.71) ตามลำดับ ผู้ป่วยประกอบอาชีพรับจ้างสูงสุด (ร้อยละ 32.11) รองลงมาคือเกษตรกร (28.96) และนักเรียน (31.00)

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติ 5,742 ราย (ร้อยละ 56.47) คนไทย 4,428 ราย (43.53) ชนิดเชื้อที่พบมากที่สุด คือ ชนิดไวแวกซ์ ร้อยละ 94.5 ฟัลซิพาลัม (2.5) และชนิดอื่นๆ (3.0) จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ ตาก 6,402 ราย รองลงมา คือ แม่ฮ่องสอน 1,709 ราย กาญจนบุรี 684 ราย ราชบุรี 368 ราย และประจวบคีรีขันธ์ 302 ราย มีแหล่งแพร่เชื้อจำนวน 678 แหล่ง เพิ่มขึ้นร้อยละ 37.24 เมื่อเทียบกับปี 2564 (ปี 2564 มีแหล่งแพร่เชื้อ 494 แหล่ง) ทั้งนี้ จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ของโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดของกรมควบคุมโรค พบผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.02)

ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมาตั้งแต่เดือนมกราคม และมากกว่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่เดือนเมษายน และพบผู้ป่วยมากขึ้นในเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม และยังคงระบาดต่อเนื่องมาถึงเดือนธันวาคม ดังนั้น คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 มีโอกาสเกิดการระบาดต่อเนื่องจากปลายปีที่ผ่านมา โดยจะมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนเมษายนและมากที่สุดในเดือนมิถุนายน อำเภอเสี่ยงสูงส่วนใหญ่เป็นอำเภอที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเมียนมาร์และเป็นอำเภอที่มีตำบลหรือกลุ่มบ้านที่มีสภาพแวดล้อมเหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของยุงพาหะ ซึ่งมีจำนวน 85 อำเภอ จาก 30 จังหวัด (รูปที่ 5) (ดาวน์โหลดอำเภอเสี่ยงตาม QRcode ท้ายรายงาน) กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25 ปีขึ้นไป) ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร หางของป่า ตำรวจตระเวนชายแดน ที่อยู่ในพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย

มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย ควรเน้นการควบคุมยุงพาหะนำโรค ได้แก่ การแจ่มขู่ซบสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน (LLINs) หรือซบมุ้งด้วยสารเคมี (ITN) หรือพ่นสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ยาวนานติดฝาผนังบ้าน (IRS) ให้ครอบคลุมร้อยละ 90 ของหลังคาเรือนในพื้นที่แพร่เชื้อ และดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในหมู่บ้านแพร่เชื้อ ติดตามการกินยาครบและมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยมาลาเรีย อีกทั้งเฝ้าระวังการเคลื่อนย้ายของประชากรต่างชาติที่เข้ามาในหมู่บ้าน และสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้ประชาชนป้องกันตนเอง ได้แก่ นอนในมุ้งซบสารเคมีทุกคืน เมื่อต้องค้างคืนในป่า สวน ไร่ ควรใช้มุ้งคลุมเปลซบสารเคมี



รูปที่ 5 แผนที่อำเภอเสี่ยงโรคไข้มาลาเรีย พ.ศ.2566

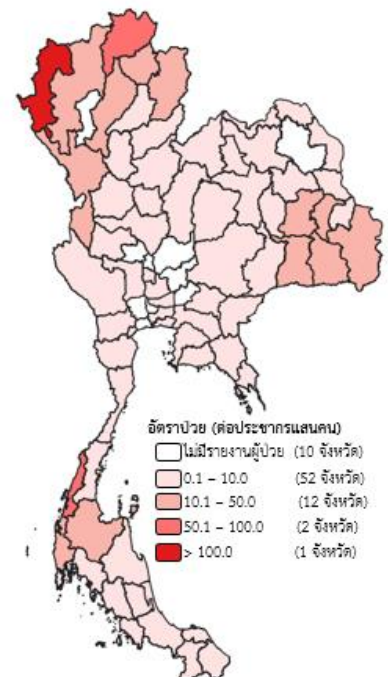
3. โรคสครับไทฟัส

สถานการณ์โรคสครับไทฟัส (Scrub typhus) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 – 2565) พบจำนวนผู้ป่วยสูงในปี พ.ศ. 2556 และ 2561 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในปี พ.ศ. 2565 เริ่มมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยจากรายงาน 506 มีรายงานผู้ป่วยสะสม 6,234 ราย อัตราป่วย 9.42 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมากกว่าปีที่ผ่านมา 1.9 เท่า มีผู้ป่วยเสียชีวิต 4 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.06 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 3,561 ราย เพศหญิง 2,673 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:1.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในกลุ่มอายุ 55-64 ปี อัตราป่วย 12.98 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คืออายุ 65 ปีขึ้นไป (11.37) และ 45-54 ปี (10.79) ตามลำดับ สัดส่วนอาชีพที่พบสูงสุดคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 39.65 รองลงมาคือ รับจ้าง (24.82) และนักเรียน (14.74) ตามลำดับ ผู้ป่วยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 84.44 และในเขตเทศบาล (15.56)

ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด 32.34 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (7.58) ภาคใต้ (6.28) และ ภาคกลาง (0.42) โดยมีรายงานผู้ป่วยทั้งหมด 67 จังหวัด จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ แม่ฮ่องสอน อัตราป่วย 463.13 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ เชียงราย (89.53) หนองบัวลำภู (53.99) เชียงใหม่ (46.67) และน่าน (41.15)

ในปี พ.ศ. 2566 คาดการณ์ว่าจะพบผู้ป่วยโรคสครับไทฟัสตลอดทั้งปี อาจมีการระบาดสูงขึ้นในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีอัตราป่วยโรคสครับไทฟัสสูงทุกปี และจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ.2565 มีโอกาสที่จะระบาดต่อเนื่องมาในปี พ.ศ. 2566 ได้แก่ บึงกาฬ (เพิ่มขึ้น 8 เท่า เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา) ลำปาง (5.7) นราธิวาส (5.5) พระนครศรีอยุธยา (4) กาญจนบุรี (4) และเพชรบุรี (3.8) กลุ่มเสี่ยงคือผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อายุ 45 ปีขึ้นไป ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง โดยการระบาดเป็นแบบ seasonal variation พบผู้ป่วยมากในช่วงต้นฤดูฝน ตั้งแต่พฤษภาคมและสูงสุดในมิถุนายน - ตุลาคม จากนั้นเริ่มลดลงในฤดูหนาว เนื่องจากในฤดูฝนมีสัตว์รังโรค (หนู) และพาหะนำโรค (ไรอ่อน) ชุกชุม ประกอบกับพืชพรรณ เจริญงอกงามในฤดูกาลดังกล่าว ประชาชนจะเข้าไปหาของป่า ล่าสัตว์ รวมถึงการทำเกษตรกรรม ทำให้เข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคช่วงฤดูการเก็บเกี่ยว

ปัจจัยสำคัญที่ยังคงพบผู้ป่วย เนื่องจากประชาชนเข้าไปในพื้นที่ที่เป็นมีสัตว์รังโรคชุกชุม อีกทั้งการควบคุม กำจัดสัตว์รังโรคและพาหะนำโรดยังคงมีความยากลำบาก เนื่องจากไม่ทราบแหล่งที่อยู่ชัดเจนและไม่มีวิธีควบคุม ที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ดังนั้นมาตรการสำคัญ คือ การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและการสื่อสารความเสี่ยงไปยังประชาชน ทุกพื้นที่ให้ดูแลป้องกันตนเอง เช่น หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่เป็นแหล่งอาศัยของไรอ่อน เช่น ป่าละเมาะ พื้นที่เกษตรใกล้ป่า ทุ่งหญ้า พุ่มไม้ เป็นต้น หากจำเป็นต้องเข้าไปในพื้นที่เสี่ยง ควรสวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิด ปกปิดแขนขา ใช้ยาป้องกันแมลงกัดหรือสารไล่แมลงทาหรือฉีดพ่นทั้งบนผิวหนังและเสื้อผ้า และเมื่อออกจากพื้นที่เสี่ยงแล้วมีไข้ มีผื่นหรือแผลลักษณะคล้ายแผลรอยบุหรืจี้ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที พร้อมแจ้งประวัติการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยง ให้แพทย์ทราบ เพราะโรคสครับไทฟัสสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยยาปฏิชีวนะ ดังนั้นการเข้ารับการรักษ และการวินิจฉัยที่รวดเร็ว จะยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้



รูปที่ 5 แผนที่อัตราป่วยโรคสครับไทฟัส รายจังหวัด พ.ศ.2565



<https://bit.ly/3Df5AYD>

ดาวน์โหลดรายงานและรายชื่ออำเภอเสี่ยงโรคไข้เลือดออกและโรคไข้มาลาเรีย