

การวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย
และการสำรวจความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค
ในพื้นที่ระบาดสูง

โดย

นางสาวกฤษฎา ชันใจ
แพทย์หญิงดารินทร์ อารีย์โชคชัย
ดร.เรวดี คำเลิศ
นายอดุลย์ ฉายพงษ์

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง
กรมควบคุมโรค

บทคัดย่อ

โรคสครับไทฟัส (Scrub Typhus) หรือโรคไข้รากสาดใหญ่ เป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย มีการรายงานการระบาดของโรคสครับไทฟัสครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. ๒๔๙๕ ที่จังหวัดนครปฐม และมีการรายงานการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค แต่โรคสครับไทฟัสมียารักษาโรคที่มีประสิทธิภาพสูง ดังนั้นการเข้ารับการรักษาและการวินิจฉัยที่รวดเร็วจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและการเสียชีวิตของโรคได้

ทั้งนี้จึงได้ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย จากฐานข้อมูลระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค (รายงาน ๕๐๖) และโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance; EBS) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๕ พบว่าจำนวนผู้ป่วยสูง มากกว่า ๓,๐๐๐ ราย และมีผู้เสียชีวิตทุกปี พื้นที่การระบาดเป็นพื้นที่เดิม ๆ โดยเฉพาะภาคเหนือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมรองลงมาคือรับจ้าง เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง พบผู้ป่วยได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ๕๕ – ๖๔ ปี เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย จำนวน ๑๗ ราย ยังพบว่ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการป่วยแล้ว มากกว่า ๕ วัน และมีบางรายซื้อยาทานเอง พบแผลบุหรี่ปี้ Eschar ซึ่งเป็นรอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคสครับไทฟัสเพียง ๔ ราย การวินิจฉัยของแพทย์แรกกับผู้ป่วย วินิจฉัยเป็นโรคสครับไทฟัส ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๑๘ และวินิจฉัยเป็นโรคอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๘๒ เช่น ไข้ไม่ทราบสาเหตุ โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เป็นต้น และผู้ป่วยทุกรายมีภาวะแทรกซ้อนก่อนการเสียชีวิต หลังจากนั้นได้ดำเนินการลงพื้นที่การระบาดสูงของโรคสครับไทฟัส คือ อำเภอมะปายหลวง จังหวัดเชียงราย เพื่อศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ และเพื่อสำรวจความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัสของประชาชน พบว่าสภาพแวดล้อมในชุมชนเหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของไรอ่อน (พาหะนำโรค) และหนู (สัตว์รังโรค) จึงทำให้การควบคุมและกำจัดเชื้อก่อโรคในพื้นที่ดำเนินการได้ยาก และหน่วยงานในพื้นที่ขาดการนำข้อมูลสถานการณ์โรคในพื้นที่มาวิเคราะห์เชิงลึก รวมถึงการแจ้งเตือนพื้นที่เสี่ยง (การทำงานร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่ดำเนินการได้น้อย) อีกทั้งประชาชนในพื้นที่ไม่รู้จักโรคสครับไทฟัสจึงไม่ทราบวิธีป้องกันตนเองจากโรคดังกล่าว ทำให้พบผู้ป่วยในชุมชนเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจากผลศึกษาในครั้งนี้จึงมีประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา วางแผน และเป็นแนวทางในการดำเนินงานโรคสครับไทฟัสทั้งหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานในระดับพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย และการสำรวจความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในพื้นที่ระบาดสูง ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัส ได้แก่ กองระบาดวิทยา ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ ๑.๓ เชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงผู้นำชุมชน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการสนับสนุนข้อมูลโรคสครับไทฟัสเกี่ยวกับสถานการณ์โรค การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ หรือรวมถึงการร่วมลงพื้นที่ชุมชนที่มีการระบาดของโรคดังกล่าว เพื่อสำรวจความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัส ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้จัดทำ

๒๘ กันยายน ๒๕๖๖

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
สารบัญรูป	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	4
1.3 ขอบเขตการศึกษา	4
1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้เรื่องโรคสครับไทฟัส	7
2.2 พาหะนำโรค	8
2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	9
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย (แหล่งข้อมูล, ประชากรที่ศึกษา, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)	13
3.2 การศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ระบาดสูง (พื้นที่ศึกษา, ประชากรที่ศึกษา, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)	14
3.3 การศึกษาความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัส ฯ (พื้นที่ศึกษา, ประชากรที่ศึกษา, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)	15
3.4 ระยะเวลาการศึกษา	15
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
4.1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)	16
- การวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย	16
- การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัส	19

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study)	23
- การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ระบาดสูง	24
- ความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัสของประชาชนในพื้นที่ระบาดสูง	24
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	
5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา	26
5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา	29
5.3 ข้อเสนอแนะ	29
เอกสารอ้างอิง	
ภาคผนวก	
ภาคผนวก 1 หนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ และขอความอนุเคราะห์บุคลากรให้ข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัสในพื้นที่จังหวัดเชียงราย	33
ภาคผนวก 2 รายงานผลการประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัสในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 21 – 24 กุมภาพันธ์ 2566	36
ภาคผนวก 3 รูปกิจกรรมลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัสในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 21 – 24 กุมภาพันธ์ 2566	42

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคสครับไทฟัส	9
2	จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 10 อันดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561- 2565	18
3	ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมเสี่ยงของโรคสครับไทฟัส	20
4	รายละเอียดของกลุ่มอายุและโรคประจำตัว	20
5	ภาวะแทรกซ้อนของโรคสครับไทฟัส	22
6	ผลการวินิจฉัยแรกรับของแพทย์ กรณีเสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัส	22
7	วิธีการตรวจโรคสครับไทฟัสของผู้เสียชีวิต จำนวน 17 ราย	23

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1	อัตราป่วยและร้อยละของอัตราป่วยตายด้วยโรคสครับไทฟัส ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 – 2565	4
2	ไร่ออน (Chigger mite) พาหะนำโรคสครับไทฟัส	8
3	จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัสจำแนกรายปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2565	16
4	อัตราป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสในแต่ละปี จำแนกตามกลุ่มอายุ	17
5	ร้อยละของผู้ป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสในแต่ละปี จำแนกตามวันเริ่มป่วย จนถึงวันรับการรักษา	17
6	ร้อยละของผู้ป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสในแต่ละปี จำแนกตามกลุ่มอาชีพ	17
7	อัตราป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสในแต่ละปี จำแนกตามรายภาค	18
8	จำนวนผู้เสียชีวิตของโรคสครับไทฟัส ประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2556 – 2565 จำแนกตามฐานข้อมูลที่รายงาน	19
9	จำนวนวันเริ่มป่วยจนถึงวันรับการรักษาของผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส	21
10	อาการร่วมอื่น ๆ ของโรคสครับไทฟัส	21

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคสครับไทฟัส (Scrub Typhus) หรือโรคไข้รากสาดใหญ่ เป็นโรคโรคติดต่อมาโดยแมลงที่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เกิดจากเชื้อ Rickettsia ที่ชื่อว่า *Orientia tsutsugamushi* มีสัตว์รังโรคคือสัตว์ตระกูลฟันแทะ เช่น หนูป่า กระรอก กระแต เป็นต้น โดยมีไรอ่อน (Chigger) เป็นพาหะนำโรค

คำว่า typhus มาจากภาษากรีก Typhos คือ Typhos แปลว่า Stupor หมายถึง หมอ มัว เนื่องจากลักษณะอาการของโรคจะทำให้มีมึนงง ไข้ ซึม ไม่ได้สติ ส่วนคำว่า Scrub หมายถึง พุ่มไม้เตี้ยๆ หรือ ป่าละเมาะ เมื่อนำมารวมกัน Scrub Typhus จึงหมายถึง อาการไข้ ซึม ที่เกิดจากพุ่มไม้หรือป่าละเมาะ ซึ่งสัมพันธ์กับพื้นที่แหล่งที่อยู่อาศัยของไรอ่อน (1)

โรคสครับไทฟัสพบครั้งแรกในปีค.ศ. 1810 โดยนักวิทยาศาสตร์ชาวญี่ปุ่น ที่ได้รายงานเชื้อที่เป็นสาเหตุและการติดต่อของโรคที่พบในเมือง Niigata Prefecture ประเทศญี่ปุ่น นอกจากนี้ในปีค.ศ. 1878 Baelz และ Kawakami ได้นิยามพร้อมตีพิมพ์ โดยให้ชื่อโรคนี้ว่า blood fever หรือ river fever ในปีค.ศ. 1915 นักสัตววิทยาชาวอังกฤษ Stanley Hirst ได้ให้ข้อมูลว่าตัวอ่อนของไร *Microtrombidium akamushi* (ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น *Leptotrombidium akamushi*) ที่พบบนหนูในพื้นที่ที่สามารถแพร่เชื้อได้ นอกจากนี้ในปีค.ศ. 1917 Mataro Nagayo และคณะ ได้มีการบรรยายวงจรชีวิตของไรในตระกูล Trombiculidae ที่นำเชื้อสครับไทฟัสที่สมบูรณ์เป็นครั้งแรก และยืนยันได้อีกว่ามีเพียงระยะตัวอ่อนเท่านั้นที่กัดสัตว์และเป็นเพียงระยะเดียวที่เป็นปรสิต แต่ในขณะนั้นก็ยังไม่ทราบแน่ชัดถึงเชื้อก่อโรคเพราะอาจจะเป็นได้ทั้งไวรัสหรือโปรโตซัว

หลังจากนั้นได้มีการบรรยายลักษณะของเชื้อและระบุชนิดเชื้อก่อโรคเป็นครั้งแรกในปีค.ศ. 1920 โดย Naosuke Hayashi และได้ตั้งชื่อว่า *Theileria tsutsugamushi* เนื่องจากคุณสมบัติที่เป็นเอกลักษณ์ จึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น *Orientia tsutsugamushi* รวมทั้งพิสูจน์ได้ว่าเชื้อโรคที่อยู่ในไรในตระกูล Trombiculidae นำความเจ็บป่วยมาสู่คนเป็นเชื้อโปรโตซัว และในปีค.ศ. 1995 นอกเหนือจากในประเทศญี่ปุ่น ยังมีการรายงานพบโรคในภูมิภาคอื่น ๆ แถบเอเชีย จึงได้เรียกว่า “Tsutsugamushi Triangle” นักวิทยาศาสตร์ชาวอังกฤษ ที่ทำงานที่ Malayan Institute for Medical Research (IMR) ในกรุงกัวลาลัมเปอร์ สามารถแยกโรคในกลุ่ม Typhus ออกได้เป็น Murine typhus ที่มักพบแถบเขตเมือง และ Scrub typhus ที่มักพบได้ตามชนบทและโรคนี้ยังเป็นโรคที่สร้างปัญหาให้กองทัพฝ่ายสัมพันธมิตรที่มาปฏิบัติการรบในสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยมีรายงานการป่วยของทหารที่มารบถึง 18,000 ราย และอัตราการตายอยู่ระหว่างร้อยละ 0.6 ถึงร้อยละ 35.3 นอกจากนี้ในช่วงสงครามเวียดนาม โรคนี้ยังสร้างปัญหาให้แก่กองทัพสหรัฐอเมริกาที่เข้ามาตั้งฐานทัพในประเทศไทยและเวียดนาม จึงเป็นสาเหตุให้สถาบันวิทยาศาสตร์ทหารฝ่ายอเมริกันได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคสครับไทฟัสอย่างจริงจัง (2)

ความเป็นมาของโรคสครับไทฟัสในประเทศไทย

โดยทั่วไปประเทศไทยรู้จักโรคสครับไทฟัสในชื่อไข้รากสาดใหญ่ และยังมีชื่อเรียกตามท้องถิ่นต่าง ๆ หลากหลายชื่อ เช่น ไข้ไรอ่อน ไข้แมงแดง โดยความหมายของไข้รากสาดใหญ่ มาจาก typhus หมายถึง กลุ่มโรคที่มีอาการไข้สูงนานเป็นสัปดาห์ มีผื่นขึ้น ซึ่งหากจะเรียกโรคนี้ให้จำเพาะเจาะจงควรเรียกว่า “ไข้รากสาดใหญ่

จากป่าละเมาะ” หรือ “สครับไทฟัส” หรืออาจเรียกว่า “ไข้รากสาดใหญ่จากไรอ่อน” (chigger-borne typhus) แต่คำที่สื่อความหมายและเรียกได้ง่ายและนิยมก็คือ “สครับไทฟัส”

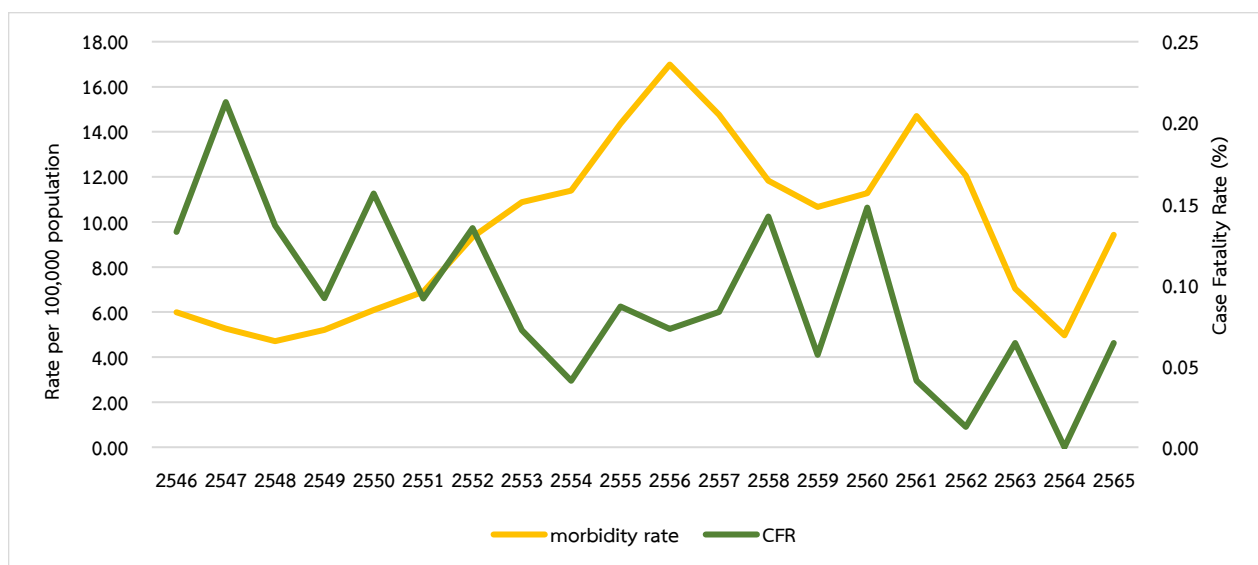
ประเทศไทยมีการรายงานโรคครั้งแรกโดยชาวญี่ปุ่น เมื่อปีพ.ศ. 2489 ซึ่งการระบาดของโรคครั้งนั้นเกิดขึ้นในกองทัพญี่ปุ่นที่ตั้งอยู่ในจังหวัดภูเก็ตและจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีผู้ป่วยทั้งหมดเป็นทหารที่เข้ามาปฏิบัติการรบในประเทศไทยในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 เพลย์ศึกที่ถูกเกณฑ์ไปใช้แรงงานทำทางรถไฟจะตายด้วยโรคนี้และไข้จับสั่นเป็นส่วนมาก จนทางรถไฟได้สมญานามว่า “สายมรณะ” ในสมัยนั้นยังไม่มียารักษาแต่ในปัจจุบันสามารถรักษาผู้ป่วยได้ และหลังจากนั้นก็ได้มีรายงานการเกิดโรคสครับไทฟัสในผู้ป่วยที่เป็นคนไทยรายแรก ๆ ดังนี้

- พ.ศ. 2495 นายแพทย์มะลิ ไทยเหนือ ได้รายงานผู้ป่วยสครับไทฟัสที่เป็นคนไทยรายแรกที่จังหวัดนครปฐม จำนวน 1 ราย
- พ.ศ. 2495 คณะแพทย์จากองค์การ SEATO ได้รายงานผู้ป่วยสครับไทฟัสซึ่งเป็นคนไทยเช่นกันที่อำเภอบ้านโป่งจังหวัดราชบุรี
- พ.ศ. 2497 Robert Traub จากโรงพยาบาลวอเตอร์ริด ได้รายงานการแยกเชื้อ *Rickettsia tsutsugamushi* จากตัวอย่างหนูที่จับได้จากจังหวัดนครปฐม
- พ.ศ. 2500 นายแพทย์จรัส อุทัยภาส ได้รายงานผู้ป่วยสครับไทฟัสจำนวน 2 รายที่จังหวัดอุทัยธานี
- พ.ศ. 2501 นายแพทย์มะลิ ไทยเหนือ และนายแพทย์สำเนียง บุชพานิช ได้รายงานผู้ป่วยไข้ไม่ทราบสาเหตุและพบว่าเป็นโรคสครับไทฟัส จำนวน 11 ราย ซึ่งเป็นทหารที่ไปซ้อมรบอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี
- พ.ศ. 2502 นายแพทย์พนัส และนายแพทย์จรัส อุทัยภาส รายงานผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส จำนวน 1 ราย ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- พ.ศ. 2506 รายงานผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส จากอำเภอพนสนิม จังหวัดชลบุรี จำนวน 1 ราย
- พ.ศ. 2509 – พ.ศ. 2516 คณะแพทย์จากองค์การ SEATO ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มารักษาด้วยอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลอุบลราชธานีและพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัส ร้อยละ 9.7 และร้อยละ 14.2 ตามลำดับ
- พ.ศ. 2516 คณะแพทย์จากองค์การ SEATO ได้ทำการแยกเชื้อ *R. tsutsugamushi* ได้จากผู้ป่วยกลุ่มไข้ไม่ทราบสาเหตุที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสระแก้ว จังหวัดนครราชสีมา และกรุงเทพมหานคร
- พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2530 พบผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเป็นไข้ไม่ทราบสาเหตุที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่และพบว่าเป็นโรคสครับไทฟัส ร้อยละ 5.6
- พ.ศ. 2532 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร ได้รายงานผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส จำนวน 3 ราย มาจากอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ อำเภอภาษีเจริญ กรุงเทพฯ ฯ และอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
- พ.ศ. 2535 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 29 ราย โดยผู้ป่วยทั้งหมดเป็นตำรวจตระเวนชายแดนที่เข้าปฏิบัติการลาดตระเวนตามแนวชายแดนไทย - พม่า บริเวณตำบลหนองหญ้าปล้อง ตำบลสองพี่น้อง อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคสครับไทฟัส ได้เริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. 2506 โดยกลุ่มแพทย์จากคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มแพทย์จากองค์การ SEATO และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (AFRIMS) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคสครับไทฟัสในประเทศไทย คือแบคทีเรีย *O. tsutsugamushi*
2. สัตว์รังโรคซึ่งเป็นกลุ่มสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น หนู กระรอกข้างลายหรือกระจอน และกระแต
3. ไรอ่อนในกลุ่มสัตว์ขาข้อ Trombiculidae family เป็นพาหะนำโรคและเป็นสัตว์รังโรค โดยที่ยังไม่มีงานวิจัยที่สามารถยืนยันได้แน่ชัดว่าทำไมเชื้อ *O. tsutsugamushi* มีไรอ่อนเป็นพาหะ ถ่ายทอดเชื้อได้อย่างเดียว และเป็นสัตว์ขาข้อที่มีความจำเพาะกับเชื้อแบคทีเรีย *O. tsutsugamushi* จนสามารถเป็นพาหะถ่ายทอดเชื้อไปยังรุ่นลูกหรือสัตว์มีกระดูกสันหลังได้
4. พื้นที่เกิดโรดยังคงเป็นพื้นที่เดิมที่เคยมีการระบาดของโรคสครับไทฟัส เนื่องจากไรเป็นพาหะนำโรคมีความสามารถถ่ายทอดเชื้อสครับไทฟัสให้กับไรรุ่นลูกหลานผ่านทางไข่ (2), (3)

มีการรายงานการระบาดของโรคสครับไทฟัสตั้งแต่ พ.ศ. 2495 จนถึงปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลายาวนานกว่า 70 ปี และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัส เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) กองระบาดวิทยา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 จนถึงปี พ.ศ 2565 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 125,567 ราย ผู้เสียชีวิต รวมทั้งสิ้น 107 ราย ปีที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือปี พ.ศ. 2556 (อัตราป่วย 16.99 ต่อประชากรแสนคน) และปีที่มีอัตราป่วยตายสูงที่สุดคือปี พ.ศ 2547 (อัตราป่วยตายร้อยละ 0.21) (รูปที่ 1) หากรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในอดีตที่เป็นการเก็บรายงานในรูปแบบเอกสารคาดว่าผู้ป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสอาจมีราว ๆ ถึง 400,000 ราย เสียชีวิตไม่ต่ำกว่า 350 ราย ถึงแม้ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวจะมีจำนวนน้อย แต่ไม่ควรจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัสในประเทศไทยแม้เพียงรายเดียว เนื่องจากโรคนี้นิยารักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว จะทำให้โอกาสการเสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัสน้อยลงหรือไม่เกิดขึ้นเลย คาดว่าปัจจัยที่สำคัญที่ยังคงพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัส คือ โรคนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค การมารับการรักษาที่ล่าช้า และเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่พบมีจำนวนน้อย ทำให้ประชาชนอาจไม่ตระหนักถึงความสำคัญและความรุนแรงของโรคเหมือนโรคติดต่ออื่นโดยแมลงอื่น เช่น โรคไข้เลือดออกหรือโรคไข้มาลาเรีย ดังนั้นการศึกษาสถานการณ์โรคสครับไทฟัสที่มีอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง จึงมีประโยชน์ต่อการนำข้อมูลไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และลดการสูญเสียชีวิตต่อไป



รูปที่ 1 อัตราป่วยโรคสครับไทฟัสต่อประชากรแสนคน และร้อยละของอัตราป่วยตายด้วยโรคสครับไทฟัส ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 – 2565

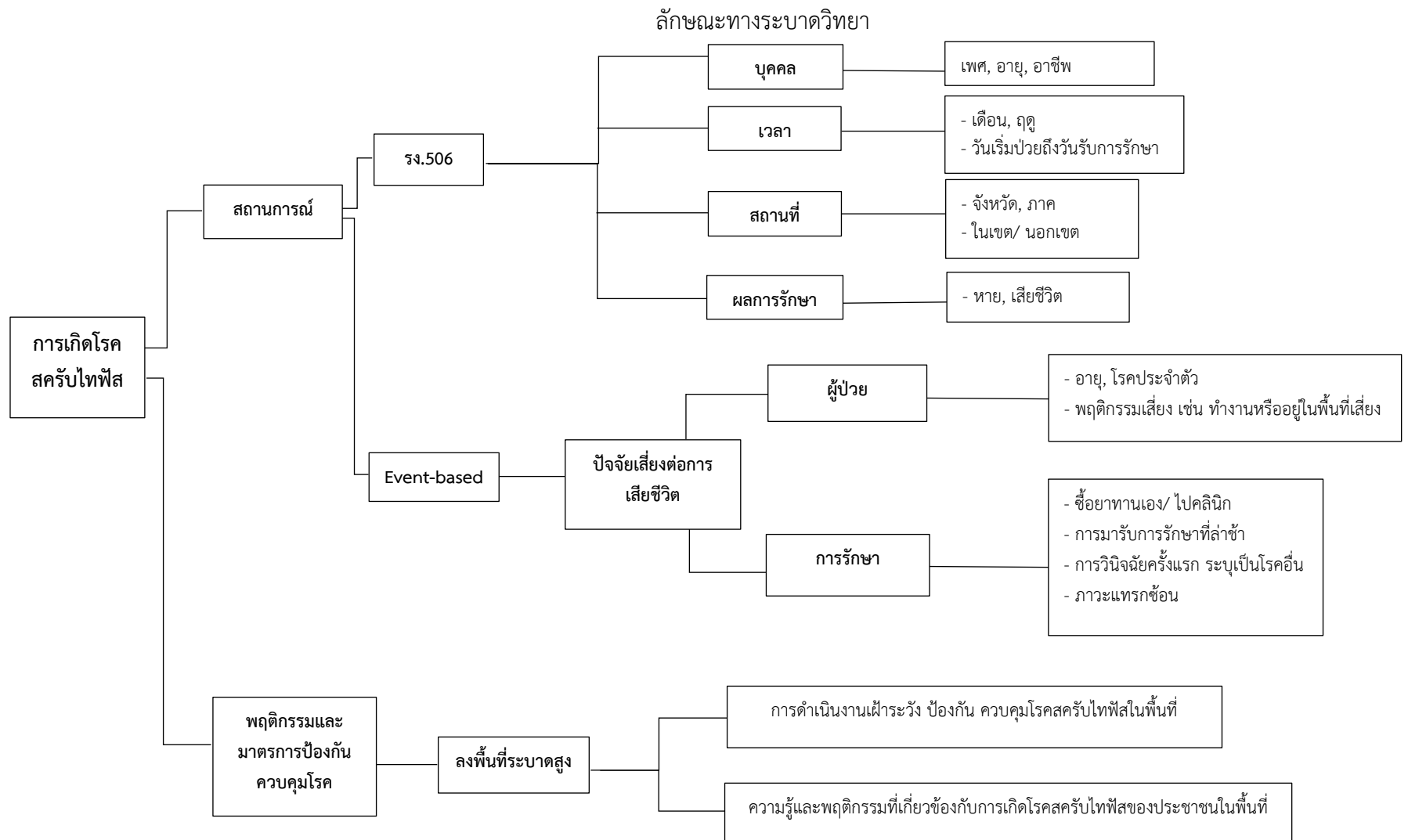
1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรคสครับไทฟัสในประเทศไทย พ.ศ. 2556 - 2565
2. เพื่อศึกษาการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสของเจ้าหน้าที่ ในพื้นที่ระบาดสูง
3. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัส ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาดสูง

1.3 ขอบเขตการศึกษา

การวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2556 – 2565 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รายงาน 506) และรายงานการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุข (Event-based surveillance) จากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค รวมทั้งศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่ และการสำรวจความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนต่อการเกิดโรคในพื้นที่ระบาดสูง (อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย)

กรอบการวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย และการสำรวจความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคในพื้นที่ระบาดสูง



1.4 นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2565

ผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัส หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วถูกรายงานในระบบเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค หรือ การแจ้งเหตุการณ์ของกองระบาดวิทยาในโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance; EBS) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2565

พื้นที่ระบาดสูง หมายถึง จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงติดอันดับ 5 จังหวัดแรก และสูงต่อเนื่อง 5 ปี และเมื่อพิจารณาในระดับอำเภอหรือตำบลต้องมีจำนวนผู้ป่วยสูงอยู่ในลำดับที่ 1 – 3 ของพื้นที่

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคสครับไทฟัส พื้นที่เสี่ยง กลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค
2. สามารถนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล มาใช้ในการพัฒนาฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและการรายงานสถานการณ์ของโรคติดต่อนำโดยแมลง กองโรคติดต่อนำโดยแมลง และใช้เป็นแนวทางวางแผนการเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรคในระยะยาว
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (ศตม.) สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่

บทที่ 2

บททวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ทบทวนองค์ความรู้ แนวทาง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องโรคสครับไทฟัส

โรคสครับไทฟัส (Scrub Typhus) หรือโรคไข้รากสาดใหญ่ เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มริกเก็ตเซีย (Rickettsia) ที่ชื่อว่า *Orientia tsutsugamushi* มีไรอ่อน (Chigger mite) ซึ่งเป็นสัตว์ขาข้อในกลุ่มไร family Trombiculidae เป็นพาหะนำโรค โดยระยะตัวอ่อนจะเป็นเพียงระยะเดียวที่มีโอกาสแพร่เชื้อโรคสู่คนหรือสัตว์ได้ และมีสัตว์ฟันแทะ เช่น หนู กระแต กระจอน เป็นต้น เป็นแหล่งรังโรคตามธรรมชาติเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์ป่าในตระกูลสัตว์ฟันแทะ โดยทั่วไปเชื้อริกเก็ตเซียที่อยู่ในสัตว์ฟันแทะจะไม่ทำให้สัตว์นั้นมีอาการของโรค แต่โรคนี้สามารถติดต่อมาสู่คนได้โดยถูกไรอ่อน (Chiggers) ที่มีเชื้อกัดคนติดเชื่อดังกล่าวได้โดยบังเอิญ (Accidental hosts) โรคนี้สามารถพบได้ทุกฤดูแต่จะพบมากในช่วงฤดูฝนจนถึงต้นฤดูหนาวและพบมากในพื้นที่เกษตรกรรมหรือพื้นที่เกษตรกรรมใกล้ป่า

ระยะฟักตัว ระยะฟักตัวของโรค 6 - 20 วัน โดยเฉลี่ย 10 วัน

อาการ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว ไอแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกระบอกตา ตาแดง ต่อมเหงื่อไหลโดยเฉพาะที่อยู่ใกล้แผลที่ถูกไรอ่อนกัด อาจมีผื่นลักษณะนูนแดงละเอียด (Maculopapular rash) ตามลำตัว แขน ขา คนไข้บางรายจะมีแผลที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรค คือ ผิวน้ำที่ถูกไรอ่อนกัด อาจพบแผลบวมสีดํารูปรางกลมออกกรือขอบนูนเรียบ ไม่เจ็บ ลักษณะคล้ายแผลถูกบุหรี่ (Eschar) แผลมักอยู่บริเวณที่อับชื้น ในร่มผ้า ข้อพับ รักแร้ ขาหนีบ เอว อวัยวะเพศ เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคสครับไทฟัส ได้แก่ ปอดอักเสบ ไตวาย ตับวาย เยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือสมองอักเสบ ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Disseminated Intravascular Coagulopathy) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และการทำงานของอวัยวะในร่างกายล้มเหลว (Multi-Organ Failure)

การดูแลรักษา โรคสครับไทฟัสสามารถรักษาให้หายขาด โดยการใช้ยาปฏิชีวนะ เช่น ด็อกซีไซคลิน (doxycycline) คลอแรมเฟนิคอล (chloramphenicol) อะซิโธไมซิน (Azithromycin) เป็นต้น (4)

การป้องกัน โรคสครับไทฟัส ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค ดังนั้นการป้องกันความเสี่ยงของการได้รับเชื้อคือการเลี่ยงไม่ให้ไรอ่อนกัด ซึ่งมีวิธีดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือพื้นที่ที่เป็นแหล่งอาศัยของไรอ่อน เช่น ทุ่งหญ้า พุ่มไม้ ต้นหญ้าตามคันนา ต้นหญ้าที่ขึ้นตามสวนยาง สวนผลไม้ ป่าละเมาะ พื้นที่เกษตรใกล้ป่า บริเวณใต้ต้นไม้ใหญ่ ๆ ที่แสงแดดส่องไม่ถึง เป็นต้น

2. หากจำเป็นต้องเข้าไปในพื้นที่เสี่ยง พยายามหลีกเลี่ยงการนั่งหรือนอนลงบนพื้นดินหรือหญ้าไม่ให้ถูกไรอ่อนกัด โดยการสวมใส่เสื้อผ้าให้มิดชิดปกปิดแขนขา และใช้ยาทากันแมลงกัดที่นิยมใช้ได้แก่ Diethyltoluamide (Deet) ทาบริเวณแขน ขา หรือสวมเสื้อผ้าที่ฉีดพ่นสารไล่แมลง เป็นต้น

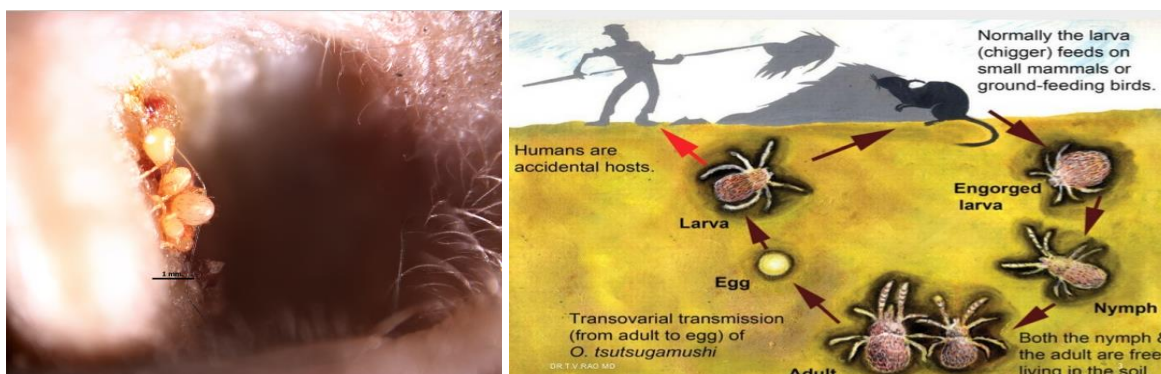
3. เมื่อออกจากพื้นที่เสี่ยง แนะนำให้อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายและสระผม สํารวจร่างกายตนเองว่ามีผื่น แผล หรือแมลงเกาะตามตัวหรือไม่ และควรรักษาเสื้อผ้าที่สวมใส่มาซักทำความสะอาดด้วยผงซักฟอกเข้มข้นทันที ไม่ควรถอดทิ้งไว้และนำกลับมาใส่ใหม่

4. เก็บขยะรอบ ๆ ที่พักอาศัย ไม่ให้เป็นแหล่งหลบซ่อนของหนูโดยเฉพาะบ้านที่อยู่บริเวณชายป่า ทั้งนี้เพราะหนูซึ่งเป็นสัตว์รังโรค เช่น หนูจิ้ง หรือ หนูท้องขาว มักจะวิ่งหากินอยู่ระหว่างป่ากับบ้านซึ่งอาจจะวิ่งผ่านแหล่งที่อาศัยของไรอ่อน และหนูเหล่านี้จะเป็นตัวนำพาไรอ่อนมาสร้างอาณาจักรหรือที่เรียกว่า Mite Island รอบ ๆ บริเวณบ้าน

หากออกมาจากพื้นที่เสี่ยงแล้วมีไข้หรือมีอาการตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ภายใน 2 สัปดาห์ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที พร้อมแจ้งประวัติการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงให้แพทย์ทราบ เพราะโรคสครับไทฟัสสามารถรักษาให้หายได้โดยยาปฏิชีวนะ ดังนั้นการเข้ารับการรักษาและการวินิจฉัยที่รวดเร็วจะยิ่งเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (1), (4)

2.2 พาหะนำโรค

พาหะนำโรคสครับไทฟัส คือ ไรอ่อน (Chigger mite) ในวงศ์ Trombiculidae ที่สำคัญได้แก่ชนิด *Leptotrombidium akamushi* และ *Leptotrombidium delicense* ในระยะตัวอ่อน มีขา 3 คู่ (6 ขา) ซึ่งเป็นระยะเดียวที่ดำรงชีวิตเป็น parasite โดยกิน Tissue fluids ของคนหรือสัตว์อื่นๆ เป็นอาหาร อาศัยอยู่บนตัวสัตว์หลายชนิด เช่น หนู นก ค้างคาว กระรอกข้างลาย หรือกระจ๊วน กระแต เป็นต้น ตัวเต็มวัยมีขนาด 1-2 มิลลิเมตร ตัวสีแดงหรือแดงซีด กินไข่มดหรือไข่ของแมลงพวก Collembola เป็นอาหาร ไรตัวเมียจะวางไข่เดี่ยว ๆ บนดิน หรือบริเวณใต้ใบไม้ที่ชื้นแฉะ จำนวนไข่ที่วางประมาณ 1 - 7 ฟองต่อวัน ตัวอ่อนในไข่จะเจริญเป็นระยะ deutovum ภายใน 7 - 10 วัน จากนั้นจะฟักตัวเป็นตัวอ่อน มี 6 ขา ภายใน 10 - 12 วัน หลังออกจากไข่ภายใน 36 - 72 ชั่วโมง ตัวอ่อนจะออกหากินโดยคอยเหยื่อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสัตว์เลื้อยลูกด้วยนมขนาดเล็กที่วิ่งหากินอยู่ตามพื้นดิน เมื่อสัตว์เหล่านี้วิ่งผ่านเข้ามาบริเวณแหล่งอาศัยของไร ตัวอ่อนจะปีนขึ้นไปบนยอดหญ้าหรือพุ่มไม้และใช้ขาหน้ายื่นออกเกาะเกี่ยวติดตัวโฮสต์ ซึ่งเรียกพฤติกรรม Questing behaviour ไรตัวอื่น ๆ สามารถเกาะเกี่ยวไรตัวหน้าติดตามและคลานไปอยู่บริเวณที่อาศัยเฉพาะ (microhabitat) บนตัวสัตว์ เช่น รูกู บนหงอนไก่ บริเวณหน้าท้อง ซอกนิ้ว รูกุมก เป็นต้น ไรอ่อนที่เป็นพาหะนำโรคจะมีพื้นที่แหล่งเพาะพันธุ์ที่เป็นเขตเฉพาะ (Specific zone) ที่เรียกว่า Mite islands ซึ่งมีขนาดตั้งแต่ 1 ตารางเมตร หรือมากกว่า นอกจากนี้เชื่อกันอีกที่มียูในตัวสามารถถ่ายทอดไปยังไรรุ่นลูกหลานได้ทางไข่ที่เรียกว่า Transovarial transmission (3), (5)



รูปที่ 2 ไรอ่อน (Chigger mite) พาหะนำโรคสครับไทฟัส

แหล่งที่อยู่อาศัยของไร

ตัวเต็มวัยจะอาศัยอยู่ตามพื้นดินที่ชื้นแฉะ หรือบริเวณที่มีความชื้นสูง ใต้ใบไม้เน่า บริเวณใต้ต้นไม้ที่มีใบไม้หล่นทับถมและแสงแดดส่องไม่ถึง

ตัวอ่อนจะอาศัยอยู่ตามยอดหญ้าหรือใบหญ้า ป่าละเมาะ พุ่มหญ้าคา ต้นหญ้าที่ขึ้นปกคลุมคันนา ใต้ต้นไม้ใหญ่ที่โคนต้นไม้ต้นหญ้าเล็ก ๆ ขึ้น และแสงแดดส่องไม่ถึง หรือต้นหญ้าที่ขึ้นอยู่ในไร่อ้อย สวนยาง สวนผลไม้ สวนดอกไม้ รวมไปถึงจนถึงพื้นที่เกษตรกรรมใกล้ป่า (1)

2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สำหรับการวินิจฉัยโรคโรคสครับไทฟัสจะใช้การทางคลินิกเพียงอย่างเดียวไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคสครับไทฟัส ทั้งนี้เพราะลักษณะอาการของโรคคล้ายคลึงกับโรคติดต่ออื่น ๆ เช่น โรคไทฟอยด์ โรคเลปโตสไปโรซิส และโรคไข้เลือดออก เป็นต้น ดังนั้นเพื่อความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคจึงจำเป็นต้องอาศัยผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการร่วมด้วย ซึ่งวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคสครับไทฟัสมีดังนี้ (ตารางที่ 1) (6)

Format	Assay	Acute sensitivity	Specificity	Cost/sample	Time	Ease	Setting	Comments
Isolation	In vitro isolation (cell culture)	+	+++++	+++++	7-10 days	+	BSL3 reference laboratory	- Isolation of BSL3 agent - Requires infrastructure - Biocontainment issues - Retrospective diagnosis
Isolation	Mouse inoculation	+	+++++	+++++	5-30 days	+	BSL3 reference laboratory	- Technically demanding - Isolation of BSL3 agent - Requires animal facilities - Biocontainment issues - Retrospective diagnosis
Serology	IFA	++	+++	++++	2 hours	++	Reference laboratory / Hospital	- Serology gold standard - Requires propagation and purification of BSL3 agents as antigen for assay - Requires fluorescence microscope - Standardization problems - Requires paired samples (retrospective diagnosis)
Serology	IIP	++	+++	+++	2 hours	++++	Reference laboratory / Hospital	- Serology gold standard - Requires propagation and purification of BSL3 agents as antigen for assay - Requires light microscope only - Standardization problems - Requires paired samples (retrospective diagnosis)
Serology	Weil-Felix OX-K	+	++	+	6-18 hours	++++	Primary Hospital	- Poor sensitivity for acute disease - Requires paired samples (retrospective diagnosis)

Format	Assay	Acute sensitivity	Specificity	Cost/sample	Time	Ease	Setting	Comments
Serology	Rapid point-of-care tests	++	+++	+++	<30 min	++++ +	Primary Hospital	- Does not require specialized equipment - Rapid and simple
Genetic	Real-time PCR	+++	+++++	+++	3 hours	+++	Reference laboratory / Hospital	- Expensive equipment - Requires infrastructure - Sensitivity dependent on sample type and timing - Possible contamination issues
Genetic	Loop amplification	+++	+++++	++	2 hours	++++	Primary Hospital	- Simple - Inexpensive - Possible contamination issues

ตารางที่ 1 วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรคสครับไทฟัส

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Rama Chaudhry และคณะ (7) ได้ศึกษาการเสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัสในผู้ป่วยจำนวน 5 ราย จากประเทศอินเดีย ค่ามัธยฐาน (Median) อายุ 24 ปี (Min= 16 ปี, Max = 62 ปี) พบว่าอาการทางคลินิก มักมีอาการคล้ายคลึงกับโรคอื่น เช่น โรคไข้เลือดออกและโรคชิคุนกุนยา เป็นต้น ทุกรายมาด้วยอาการไข้ และมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ อีกทั้งยังไม่พบแผลที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรค คือ Eschar แม้เพียงรายเดียว และอาการป่วยระยะสุดท้ายของผู้ป่วยทั้ง 5 ราย ก่อนการเสียชีวิต คือการทำงานของอวัยวะในร่างกายล้มเหลว (Multi-Organ Failure) แม้ว่าโรคสครับไทฟัสเป็นที่รู้กันว่าเป็นโรคประจำถิ่นในอินเดีย แต่แพทย์มักจะไม่นึกถึงและสงสัยโรคดังกล่าว เนื่องจากความชุกตามฤดูกาลที่มีการระบาดเหมือนกับโรคอื่น ๆ และอาการทางคลินิกที่คล้ายกันทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ผิดพลาด อย่างไรก็ตามแพทย์ควรสงสัยโรคสครับไทฟัส ในการวินิจฉัยแยกโรคของผู้ป่วยที่มีอาการไข้เฉียบพลันแม้ว่าจะไม่มีลักษณะเฉพาะของแผล Eschar ก็ตาม โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรค เพราะการวินิจฉัยรักษาอย่างทันท่วงทีสามารถป้องกันการเสียชีวิตของโรคสครับไทฟัสได้

John Antony Jude Prakash (8) ได้ศึกษาความเสี่ยง ปัญหาในการวินิจฉัยและความท้าทายในการจัดการโรคสครับไทฟัส โดยได้อธิบายว่าโรคสครับไทฟัสเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน การติดเชื้อเกิดจาก *Orientia tsutsugamushi* ที่มีพาหะนำโรคคือไร trombiculid ที่อยู่ในสกุล *Leptotrombidium* แพ้ระบาดในเอเชียใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอเชียตะวันออก หมู่เกาะแปซิฟิกและออสเตรเลียตอนเหนือ (tsutsugamushi Triangle) ซึ่งเชื้อแพร่สู่มนุษย์โดยการกัดของตัวไร trombiculid ที่ติดเชื้อ เมื่อติดเชื้ออวัยวะเกือบทั้งหมดของร่างกายอาจได้รับผลกระทบ เช่น ปวด ตับ ไต และระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคสครับไทฟัส คือประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกร กลุ่มอายุ 50 - 69 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท เพราะไรอ่อนชอบอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีความชื้นสัมพัทธ์สูง (60%–85%) อุณหภูมิต่ำ (20°C–30°C) พื้นที่ที่มีแสงแดดน้อย จึงพบไรอ่อนจำนวนมากตามพื้นที่โล่งในป่า ริมฝั่งแม่น้ำและบริเวณที่เป็นหญ้า นอกจากอุณหภูมิแล้วพืชพรรณและฝนตกยังเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคอีกด้วย

การวินิจฉัยอาจเกิดความผิดพลาดและไม่เพียงพอหากพิจารณาเพียงอาการทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่มีรอยโรคที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคสครับไทฟัส คือ Eschar อีกทั้งอาการมีความคล้ายคลึงกับโรคอื่น ๆ ในกลุ่มไข้เฉียบพลันที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่น โรคไข้มาลาเรีย โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อ Rickettsia อื่น ๆ โรคเลปโตสไปโรซิส และไข้ไทฟอยด์ เป็นต้น แพทย์อาจเกิดความสับสนและแยกไม่ออก ดังนั้นจำเป็นต้องมีการทดสอบในห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการตรวจวินิจฉัย โดยวิธีการตรวจโรคสครับไทฟัส ได้แก่ การแยกเชื้อโรคโดยการเพาะเลี้ยงเซลล์, การตรวจหา DNA ที่จำเพาะต่อสครับไทฟัส เช่น 56 kDa, 47 kDa, 16S ribosomal RNA, การตรวจด้วยวิธี PCR, IFA, ELISA และ Rapid Test เป็นต้น การตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่แม่นยำและมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับโรคสครับไทฟัส แต่ที่ไม่มีรอยโรค (Eschar)

คนพศ ทองขาว และคณะ (9) ได้ศึกษาชนิดไรอ่อน ชนิดหนูที่เป็นสัตว์รังโรค อัตราการติดเชื้อก่อโรคสครับไทฟัส และสายพันธุ์ของเชื้อ *Orientia tsutsugamushi* ในหนูจากพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และแหล่งท่องเที่ยวเชิงเกษตรในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 10 แห่ง โดยวางกรงดักจับหนูเก็บตัวอย่างไรอ่อนเพื่อจำแนกชนิด เก็บตัวอย่างน้ำเหลืองหนูเพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคสครับไทฟัสโดยวิธี indirect immunofluorescence assay (IFA) และเก็บตัวอย่างตับและม้ามเพื่อตรวจหาสายพันธุ์เชื้อก่อโรคโดยวิธีอนุชีววิทยา พบว่าหนูที่ดักได้ทั้งหมด 165 กรง จากกรงดักหนูทั้งหมด 1,500 กรง มีร้อยละความสำเร็จของการวางกับดัก เท่ากับ 11.00 หนูที่จับได้จำแนกได้ 14 ชนิด และในการตรวจหาการติดเชื้อก่อโรคสครับไทฟัสโดยวิธี IFA จากตัวอย่างน้ำเหลืองที่ส่งตรวจทั้งหมด 165 ตัวอย่าง พบให้ผลบวก 56 ตัวอย่าง (ร้อยละ 33.94) โดยหนูที่ ตรวจพบมีระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อก่อโรคสครับไทฟัสมี 5 ชนิด ได้แก่ *R. tanezumi*, *R. tiominicus*, *S. muelleri*, *B. indica* และ *M. surifer* และในการตรวจหาสายพันธุ์ของเชื้อ *O. tsutsugamushi* จากตับและม้ามของหนูด้วยเทคนิค PCR พบว่าจากตัวอย่างทั้งหมด 111 ตัวอย่าง ให้ผลบวก 9 ตัวอย่าง (ร้อยละ 8.11) ซึ่งสายพันธุ์เชื้อ *O. tsutsugamushi* ที่พบมี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ Kawasaki-related, Kato-related, Karp-related และ TA763-related พบหนูที่มีไรอ่อน 127 ตัวจากหนูที่จับได้ 165 ตัว คิดเป็น infestation rate เท่ากับ 0.77 โดยมีจำนวนไรอ่อนที่เก็บได้ทั้งหมด 5,387 ตัว จากการศึกษาครั้งนี้พบไรอ่อนพาหะนำโรคสครับไทฟัส 3 ชนิด ได้แก่ *Ascoschoengastia indica* (ร้อยละ 42.75), *Leptotrombidium deliense* (ร้อยละ 30.24) และ *Blankaartia acuscutellaris* (ร้อยละ 0.02) พบทั้งในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และแหล่งท่องเที่ยวเชิงเกษตรที่อาจมีความเสี่ยงต่อนักท่องเที่ยว โดยจะพบไรอ่อนชนิด *As. Indica* และ *L. deliense* เป็นส่วนใหญ่และสามารถพบได้ในหนูชนิด *R. tanezumi* ควรมีข้อเสนอแนะและประชาสัมพันธ์ให้กับนักท่องเที่ยวที่ขอเดินป่าศึกษาธรรมชาติ หรือนักศึกษาที่เข้ามาศึกษาด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของประชาชนในชนบท เกี่ยวกับการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ป่วยด้วยโรคสครับไทฟัส

วนิดา หาจักร (10) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส ในจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสครับไทฟัส และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ (พ.ศ. 2556 - 2557) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกลักษณะความเจ็บป่วย และแบบประเมินความรุนแรงของโรคสครับไทฟัส วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง

2 - 79 ปี ($X = 40.8 + 2.2$) โดยร้อยละ 54.6 เป็นเพศชาย มีแผลคล้ายรอยบุหรี่จี้ ร้อยละ 30 พบมากที่บริเวณหน้าท้อง มากกว่าครึ่งตรวจพบเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 54.6) ส่วนใหญ่เข้ารักษาในโรงพยาบาล ช่วงเดือนสิงหาคม - ตุลาคม มีระดับความรุนแรงของโรคน้อย (ร้อยละ 83.8) และมีความรุนแรงของโรคมก (ร้อยละ 5.4) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากคือ ภาวะช็อค เกล็ดเลือดต่ำ และตับอักเสบ ตามลำดับ พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุดคือผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำกับความรุนแรงของโรค ($r = .658$, $p < 0.05$) รองลงมาคือภาวะไตวายกับความรุนแรงของโรค ($r = .579$, $p < 0.05$) จากผลการศึกษาควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค วิธีการป้องกันการติดเชื้อ อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยการจัดเป็นโครงการหรือกิจกรรมการให้ความรู้ตามหอกระจายข่าว แผ่นพับ คู่มือ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ตรี หวังรังสิมากุล และคณะ (11) ได้ศึกษาสถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทยจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) ปีพ.ศ. 2546 - 2561 และรายงานประจำปีระหว่างปี พ.ศ. 2523 - 2545 พบว่า จังหวัดเชียงรายมีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - 2561 มีผู้ป่วย 103,345 ราย อุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตลอดระยะเวลาการศึกษา เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 45) และอยู่ในวัยทำงานที่เป็นผู้ใหญ่ (ร้อยละ 72) โรคสครับไทฟัสเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล โดยจะเกิดในช่วงฤดูฝนตั้งแต่เดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน อำเภอที่พบผู้ป่วยสูง ได้แก่ อำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่สรวย และอำเภอเมือง ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 อำเภอ เป็นอำเภอที่อยู่ทางฝั่งตะวันตกของจังหวัดเชียงราย โดยปัจจัยที่ส่งผลต่ออุบัติการณ์ของโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ได้แก่ ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิ ขนาดประชากร และความหลากหลายของถิ่นที่อยู่อาศัย

Chang-Jin Ma (16) ได้ศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัสในประเทศเกาหลี และประเทศญี่ปุ่นของเกษตรกร โดยใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (Face to Face Interview) ในจังหวัดช็อลลาบุกโด จำนวน 406 ราย และจังหวัดฟูกูโอกะ จำนวน 216 ราย พบว่าเกษตรกรชาวเกาหลีมีความรู้เกี่ยวกับโรคสครับไทฟัสในระดับที่สูงกว่าเกษตรกรชาวญี่ปุ่น แต่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ต่ำกว่า เนื่องจากชาวญี่ปุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะทำงานเพื่อลดโอกาสในการสัมผัสกับไร่อ่อนที่อาศัยอยู่ตามพุ่มไม้ การซักชุดทำงานหรือการอาบน้ำหลังจากกลับมาจากทำงาน เป็นต้น จึงทำให้ประเทศญี่ปุ่นมีอุบัติการณ์การเกิดโรคสครับไทฟัสน้อยกว่าประเทศเกาหลี

Hua-Lei Xin และคณะ (17) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคสครับไทฟัสในประเทศจีน โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค ระหว่างปี 2549 - 2559 พบว่าเปรียบเทียบช่วงเวลาตั้งแต่วันเริ่มป่วยจนถึงการวินิจฉัยในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ที่ใช้ระยะเวลามากกว่า 7 วัน มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัสสูงกว่า ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์น้อยกว่า 2 วัน ถึง 2.2 เท่า เพราะโรคสครับไทฟัสสามารถรักษาให้หายได้อย่างรวดเร็วด้วยยาปฏิชีวนะ การวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็วและแม่นยำจะสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงและการเสียชีวิตได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive study) และ การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย

แหล่งข้อมูล

- ฐานข้อมูลระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2565
- ฐานข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance; EBS) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2565

ประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในฐานข้อมูลระบบรายงาน 506 และ ผู้เสียชีวิตในฐานข้อมูลจากโปรแกรม EBS ของโรคสครับไทฟัส ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2565

ผู้ป่วยที่ได้รับรายงานระหว่างปีพ.ศ. 2556 – 2565 โดยมีนิยามในการเฝ้าระวังโรคดังนี้

นิยามในการเฝ้าระวังโรค (Case definition for surveillance)

เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical criteria)

มีไข้ และหรือแผลคล้ายพุพอง (Eschar) ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างน้อย 2 อาการ ดังนี้

- อาการปวดตามอวัยวะต่าง ๆ (ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตัว ปวดกระบอกตา)
- ตาแดง
- ต่อม้ำเหลืองโตและเจ็บ
- ไอแห้ง
- มีผื่นลักษณะนูนแดง (Maculopapular rash)
- ตัวและตาเหลือง
- สมองอักเสบ
- ปอดบวม

เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory criteria)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (Presumptive diagnosis)

- วิธี Immunochromatographic assay จากชุดทดสอบ Rapid test ซึ่งเป็นวิธีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยจากตัวอย่างซีรัม พลาสมา และเลือด ให้ผลบวก

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (Specific diagnosis)

การตรวจหาเชื้อ/ แอนติเจน/ สารพันธุกรรมของเชื้อ (Pathogen identification)

- วิธี Polymerase chain reaction (PCR) จากตัวอย่างเลือดหรือชิ้นเนื้อ เวลาที่เหมาะสม คือ ช่วง 2-3 วันแรกของอาการไข้ พบสารพันธุกรรมเชื้อริกเก็ตเซีย

การตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ (Serology)

- วิธี Indirect immunofluorescent assay (IFA) โดยตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันจากตัวอย่างซีรัมคู่ (Paired sera) ห่างกันอย่างน้อย 10-14 วัน และพบระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 4 เท่า (Four fold rising) และซีรัมเดี่ยว (Single serum) พบระดับภูมิคุ้มกัน IgM หรือ IgG Titer 1:400 ซึ่งข้อจำกัดของการตรวจด้วยวิธีนี้คือ ต้องใช้กล้องจุลทรรศน์ชนิดพิเศษ และอาจมี Cross reaction กับโรคอื่น เช่น โรคมาลาเรีย
- วิธี Indirect immune peroxidase test (IIP) แปลผลเช่นเดียวกับ IFA
- ตรวจด้วย Weil felix to OX-K ให้ผลบวกเมื่อ Titer 1:320

ประเภทผู้ป่วย (Case classification)

- ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีประวัติเข้าไปในทุ่งหญ้า หรือบริเวณป่า หรือแพทย์วินิจฉัยสงสัยโรคสครับไทฟัส
- ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยัน และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการทั่วไป
- ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลบวกตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง (12)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

- ใช้ข้อมูลจากรายงาน 506 กองระบาดวิทยา ในการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต โดยพิจารณาการกระจายตามบุคคล เวลา สถานที่ เพื่อดูลักษณะของการเกิดโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยง ช่วงเวลาการระบาด และพื้นที่ที่มีการระบาด โดยจัดเก็บเป็นตารางข้อมูล บน Google sheet และจัดการข้อมูล โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความซ้ำซ้อน

- ใช้ข้อมูลจากโปรแกรม EBS ในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัส โดยพิจารณาปัจจัยด้านบุคคลและการรักษา โดยจัดเก็บตัวแปรสำคัญ ที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของตาราง บน Google sheet

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน สัดส่วน อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน
- วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม excel version 2019 และ google looker studio

3.2 การศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ระบาดสูง

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาเป็นพื้นที่ระบาดสูงของตำบลแม่สลองในและตำบลเทอดไท อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัส ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 1.3 เชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่

ประชากรที่ศึกษา

เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ศึกษา เลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัส โดยแบ่งตามตำแหน่งได้ดังต่อไปนี้

นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 13 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 3 คน นักกักตัก จำนวน 2 คน พนักงานปฏิบัติการชันสูตรโรค จำนวน 2 คน และนักจัดการทั่วไปจำนวน 1 คน รวม 25 คน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การสัมภาษณ์แบบกลุ่มย่อย (Focus Group) โดยมีประเด็นในการสัมภาษณ์ ได้แก่ การเฝ้าระวังโรค การรักษาผู้ป่วย และการป้องกันควบคุมโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำประเด็นหรือเนื้อหาที่สำคัญ (Content analysis) มารวบรวม ร่วมกับการเก็บข้อมูลภาคสนาม

3.3 การศึกษาความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัสของประชาชนในพื้นที่ระดับสูง พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาเป็นพื้นที่บ้านห้วยผึ้ง หมู่ที่ 2 ตำบลแม่สลองใน และบ้านห้วยอื่น หมู่ที่ 10 ตำบลเทอดไทย อำเภอมะปายหลวง จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัสของประชาชนในพื้นที่

ประชากรที่ศึกษา

ประชาชนที่อาศัยประจำอยู่ในพื้นที่ระดับสูง อายุ 9 ปีขึ้นไป สุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) โดยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้นำชุมชนเชิญให้ประชาชนที่อยู่อาศัยในพื้นที่ระดับสูง มายังศาลาประชาคมหมู่บ้านเพื่อสัมภาษณ์

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) จำนวน 34 ราย ด้วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ เช่น ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ อาชีพ สัญชาติ โรคประจำตัว) ความรู้เกี่ยวกับโรคสครับไทฟัส พฤติกรรมเสี่ยง สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการแจ้งเตือนการระบาดและการป้องกันโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน อัตราส่วน ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ส่วนความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคสครับไทฟัส ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำประเด็นหรือเนื้อหาที่สำคัญ (Content analysis) มารวบรวม ร่วมกับการเก็บข้อมูลภาคสนาม

3.4 ระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม - กรกฎาคม 2566

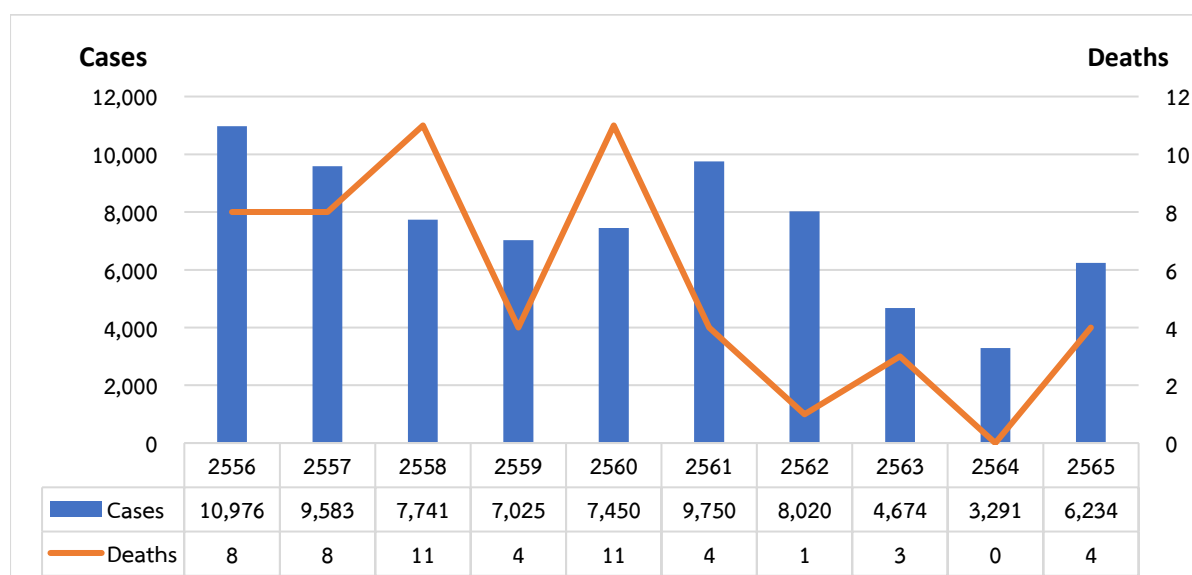
บทที่ 4

ผลการศึกษา

4.1 ผลการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study)

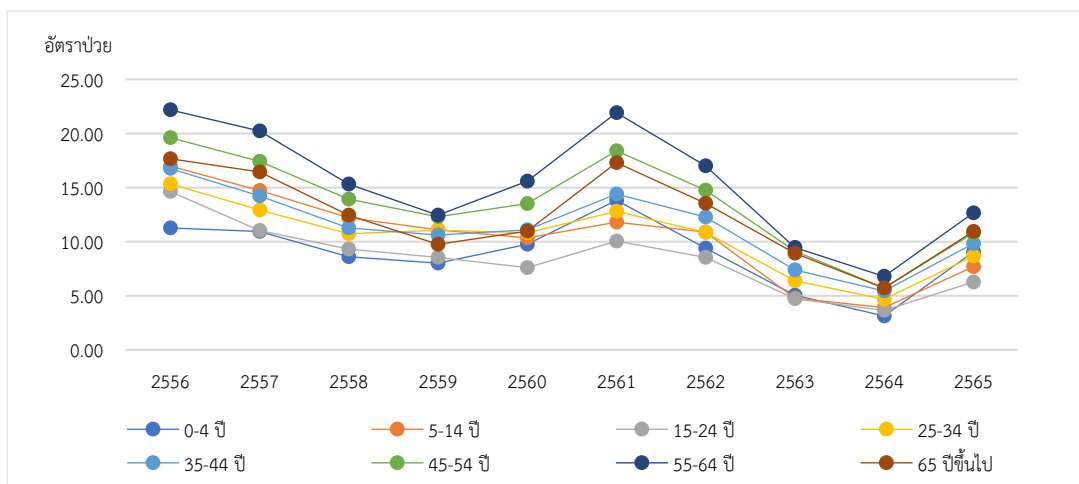
4.1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย

แนวโน้มการเกิดโรคสครับไทฟัสในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2565 จากฐานข้อมูลระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 74,744 ราย เสียชีวิต 54 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 0.07) และพบว่ามี การเกิดโรคอย่างต่อเนื่องได้ตลอดทุกฤดูกาลในทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2556 มีการระบาดสูงสุดโดยพบผู้ป่วย 10,976 ราย (อัตราป่วย 16.99 ต่อประชากรแสนคน) และปีที่มีผู้เสียชีวิตสูงสุดคือปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2560 ที่มีผู้เสียชีวิตถึงปีละ 11 ราย ถึงแม้แนวโน้มภาพรวมการระบาดจะลดลง แต่ในปี พ.ศ. 2565 กลับพบผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น และมากกว่าปีที่ผ่านมา คือปี พ.ศ. 2564 ถึง 1.9 เท่า อาจเป็นสัญญาณแจ้งเตือนว่าการระบาดของโรคสครับไทฟัสมีแนวโน้มที่จะมีกลับมาระบาดสูงขึ้นในปีต่อ ๆ ไป และอาจจะระบาดสูงเป็นหลักหมื่นเหมือนกับที่เคยระบาดมาแล้วในปี 2556 (รูปที่ 3)

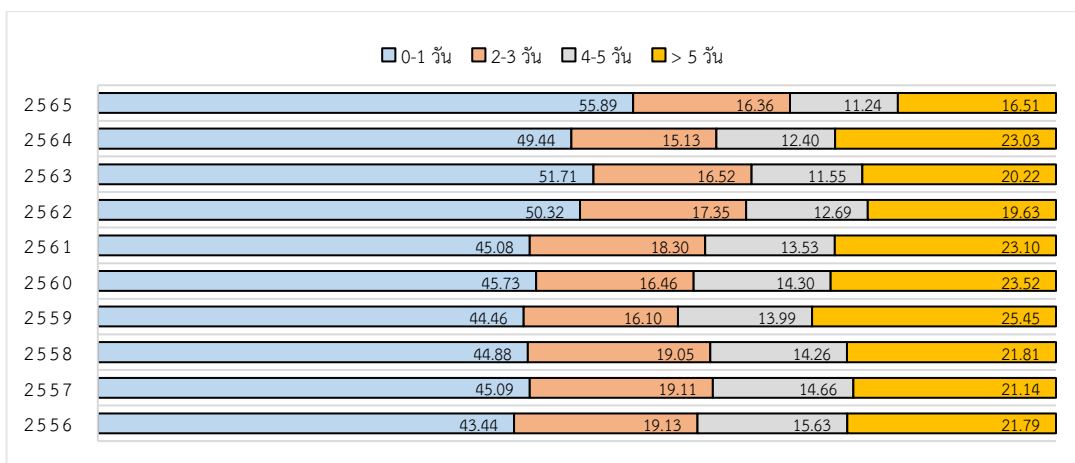


รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัสจำแนกรายปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2565

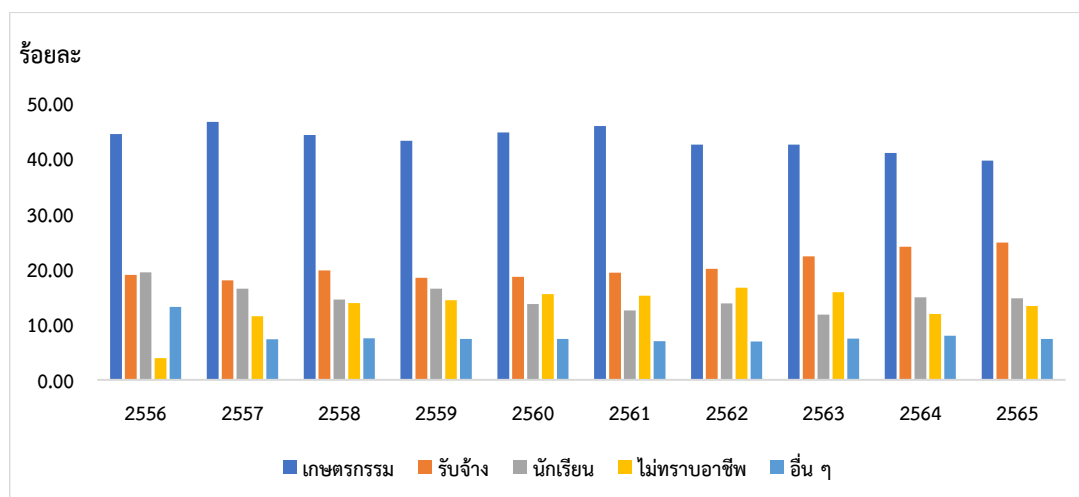
ผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.3 : 1 พบผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ 55-64 ปี (สูงต่อเนื่อง 10 ปี) อัตราป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 15.36 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อายุ 45-54 ปี (13.56) และ 65 ปีขึ้นไป (12.37) (รูปที่ 4) ส่วนวันเริ่มป่วยจนถึงวันรับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เมื่อมีอาการจะมารับการรักษาที่สถานพยาบาล ไม่เกิน 1 วัน, มากกว่า 5 วัน และ ภายใน 2-3 วัน ตามลำดับ (รูปที่ 5) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รองลงมาคือรับจ้าง และนักเรียนหรือไม่ทราบอาชีพจะสลับปรับเปลี่ยนกันไปในปี (รูปที่ 6) อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล มากกว่าในเขตเทศบาล โรคนี้สามารถพบได้ตลอดทั้งปีโดยเฉพาะฤดูฝนถึงต้นฤดูหนาว (ช่วงเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน)



รูปที่ 4 อัตราป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสในแต่ละปี จำแนกตามกลุ่มอายุ



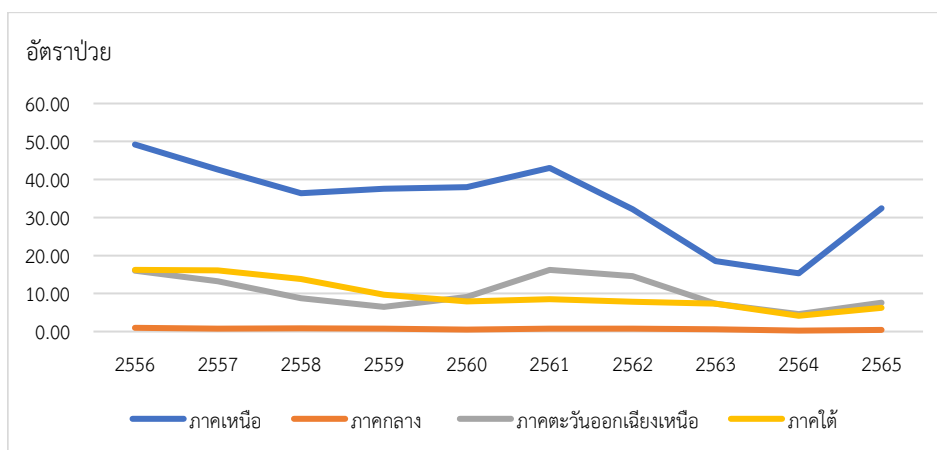
รูปที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสในแต่ละปี จำแนกตามวันเริ่มป่วยจนถึงวันรับการรักษา



รูปที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสในแต่ละปี จำแนกตามกลุ่มอาชีพ

หมายเหตุ : อาชีพอื่น ๆ เช่น ข้าราชการ ค้าขาย งานบ้าน ทหาร ตำรวจ นักบวช บุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในภาพรวมจะพบว่าพื้นที่การระบาดส่วนใหญ่จะเป็นพื้นที่เดิมซึ่งมีลักษณะเป็นโรคประจำถิ่น โดยภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดตลอดระยะเวลา 10 ปี รองลงมาคือภาคใต้ แต่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มของอัตราป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสที่เริ่มเพิ่มสูงขึ้น และสูงกว่าภาคใต้จนถึงปี พ.ศ. 2565 (รูปที่ 7) และเมื่อพิจารณาข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง (ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 – 2565) 10 จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน พบว่ามีอยู่ 7 จังหวัดที่มีอัตราป่วยติด 10 อันดับแรกทุกปี คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ตาก น่าน เชียงราย เชียงใหม่ ศรีสะเกษ และร้อยเอ็ด จะเห็นได้ว่าจังหวัดแม่ฮ่องสอน ติดอันดับ 1 ในทุก ๆ ปีอย่างต่อเนื่อง และยังมีจังหวัดเชียงรายที่ติด 5 อันดับแรกอย่างต่อเนื่อง 5 ปีเช่นกัน (ตารางที่ 2)



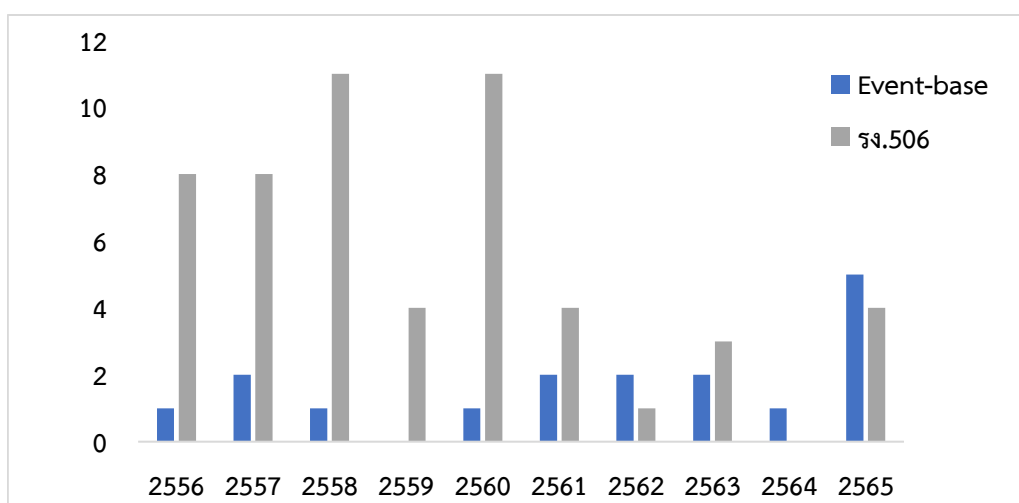
รูปที่ 7 อัตราป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสในแต่ละปี จำแนกตามรายภาค

No.	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	แม่ฮ่องสอน (250.69)	แม่ฮ่องสอน (214.93)	แม่ฮ่องสอน (177.6)	แม่ฮ่องสอน (135.52)	แม่ฮ่องสอน (463.13)
2	ตาก (146.27)	น่าน (114.71)	เชียงราย (43.80)	เชียงใหม่ (33.98)	เชียงราย (43.80)
3	น่าน (146.01)	เชียงราย (95.89)	พังงา (39.1)	เชียงราย (33.74)	ระนอง (53.99)
4	เชียงราย (104.27)	ตาก (63.77)	เชียงใหม่ (35.08)	ระนอง (28.55)	เชียงใหม่ (46.67)
5	เชียงใหม่ (63.01)	ชัยภูมิ (58.78)	น่าน (34.98)	น่าน (27.16)	น่าน (41.15)
6	ศรีสะเกษ (43.53)	เชียงใหม่ (44.03)	ตาก (28.0)	พังงา (24.95)	ร้อยเอ็ด (24.28)
7	ร้อยเอ็ด (37.24)	พังงา (42.08)	สุราษฎร์ธานี (27.34)	ศรีสะเกษ (16.16)	ศรีสะเกษ (22.98)
8	พังงา (33.6)	ศรีสะเกษ (39.51)	ศรีสะเกษ (25.38)	ร้อยเอ็ด (14.7)	พังงา (22.38)
9	ชัยภูมิ (31.08)	สุราษฎร์ธานี (27.68)	ระนอง (24.24)	ตาก (13.94)	ยโสธร (20.98)
10	เลย (27.25)	ร้อยเอ็ด (25.65)	ร้อยเอ็ด (14.13)	สุราษฎร์ธานี (11.92)	ตาก (20.34)

ตารางที่ 2 จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 10 อันดับ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561- 2565

4.1.2 การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัส

จากฐานข้อมูลโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance) กองระบาดวิทยา ระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2565 มีการรายงานข้อมูล 27 เหตุการณ์ พบการรายงานข้อมูลผู้เสียชีวิต จำนวน 17 เหตุการณ์ ดังนี้ ปี พ.ศ. 2556, 2558, 2560 และ 2564 เสียชีวิตจำนวน ปีละ 1 ราย ปี พ.ศ. 2557, 2561, 2562 และ 2563 เสียชีวิตจำนวน ปีละ 2 ราย และปี พ.ศ. 2565 เสียชีวิตจำนวน 5 ราย จากการทบทวน ข้อมูลผู้เสียชีวิตในโปรแกรมดังกล่าว ทำให้พบปัญหาการรายงานข้อมูลที่ไม่สัมพันธ์กับการรายงานข้อมูล ในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ที่มีข้อมูลผู้เสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2565 จำนวน 54 ราย ซึ่งในแต่ละปีมีการรายงานข้อมูลผู้เสียชีวิต จำนวน 8, 8, 11, 4, 11, 4, 1, 3, 0 และ 4 ราย ตามลำดับ (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 จำนวนผู้เสียชีวิตของโรคสครับไทฟัส ประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2556 – 2565 จำแนกตามฐานข้อมูลที่รายงาน

การวิเคราะห์ผู้เสียชีวิต จาก Event-based

ผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัส จากฐานข้อมูลโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด มีทั้งหมด 17 ราย

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

เป็นเพศชาย 6 ราย เพศหญิง 11 ราย ค่ามัธยฐาน (Median) อายุ 40 ปี (Min= 3 เดือน, Max = 73 ปี) และมีโรคประจำตัว จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.53 ไม่มีหรือไม่ระบุโรคประจำตัว จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.47 โดยโรคประจำตัวในผู้เสียชีวิต ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคเกาต์ โรคไทรอยด์ มีผู้เสียชีวิตจำนวน 4 ราย ให้ประวัติว่าดื่มสุราเป็นประจำและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ดังนั้นจึงมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เพราะพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ ทำงานในพื้นที่เสี่ยง เนื่องจากผู้ป่วยเข้าไปทำสวนทำไร่ ซึ่งเป็นบริเวณที่ร่อนอาศัยอยู่ (ตารางที่ 3 และ 4)

No.	เพศ	อายุ (ปี)	อาชีพ	โรคประจำตัว		พฤติกรรมเสี่ยง		
				มี	ไม่มี	อาศัยในพื้นที่เสี่ยง	ทำงานในพื้นที่เสี่ยง	ดื่มสุราเป็นประจำ
1	หญิง	45	ทำงานโรงงาน		✓	✓		
2	ชาย	50	ไม่ได้ประกอบอาชีพ		✓			✓
3	หญิง	35	ทำสวน		✓		✓	
4	หญิง	32	ทำสวน	✓		✓	✓	✓
5	หญิง	36	ทำสวน		✓		✓	
6	ชาย	40	ทำนา	✓			✓	
7	หญิง	50	รับจ้างทั่วไป		✓			
8	ชาย	56	ทำนา		✓		✓	
9	หญิง	24	ทำสวน		✓		✓	
10	หญิง	73	ปลูกผักสวนครัวขาย	✓				
11	ชาย	42	เลี้ยงวัว		✓		✓	✓
12	หญิง	3 เดือน	ไม่ได้ประกอบอาชีพ		✓	✓		
13	หญิง	64	ทำสวน, หาเห็ด		✓		✓	
14	หญิง	68	ทำสวน	✓		✓	✓	
15	หญิง	16	นักเรียน		✓	✓		
16	ชาย	33	ทำสวนยางพารา		✓		✓	
17	ชาย	21	พลทหาร		✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมเสี่ยงของโรคสครับไทฟัส

พื้นที่เสี่ยง คือ เป็นพื้นที่ที่เป็นแหล่งอาศัยของไรอ่อน เช่น ป่าละเมาะ พื้นที่เกษตรใกล้ป่า ทุ่งหญ้า พุ่มไม้เตี้ย ๆ ไร่นา สวนยาง สวนผลไม้ เป็นต้น

อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง คือ พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมรอบบ้านเป็นพื้นที่เสี่ยง เช่น รอบบ้านเป็นป่า หนักรกทึบ มีพุ่มไม้ หรือพักอาศัยอยู่ในสวน ไร่ เป็นต้น

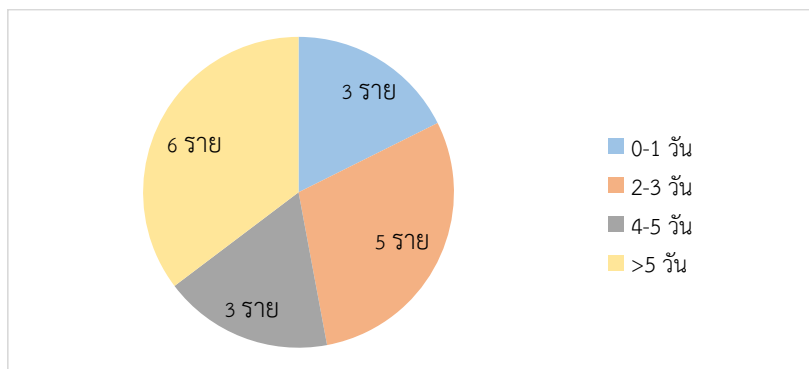
ทำงานในพื้นที่เสี่ยง คือ ทำงานในพื้นที่ที่เป็นแหล่งอาศัยของไรอ่อน

กลุ่มอายุ	จำนวน (ราย)	ไม่มี/ไม่ระบุโรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว	หมายเหตุ
0-4 ปี	1	1	0	
5-14 ปี	0	0	0	
15-24 ปี	3	3	0	
25-34 ปี	2	1	1	โรคเบาหวาน, โรคไต, โรคเกาต์
35-44 ปี	4	3	1	โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมันในเลือดสูง
45-54 ปี	3	3	0	
55-64 ปี	2	2	0	
65 ปีขึ้นไป	2	0	2	โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไขมันในเลือดสูง, โรคไทรอยด์
รวม	17	13	4	

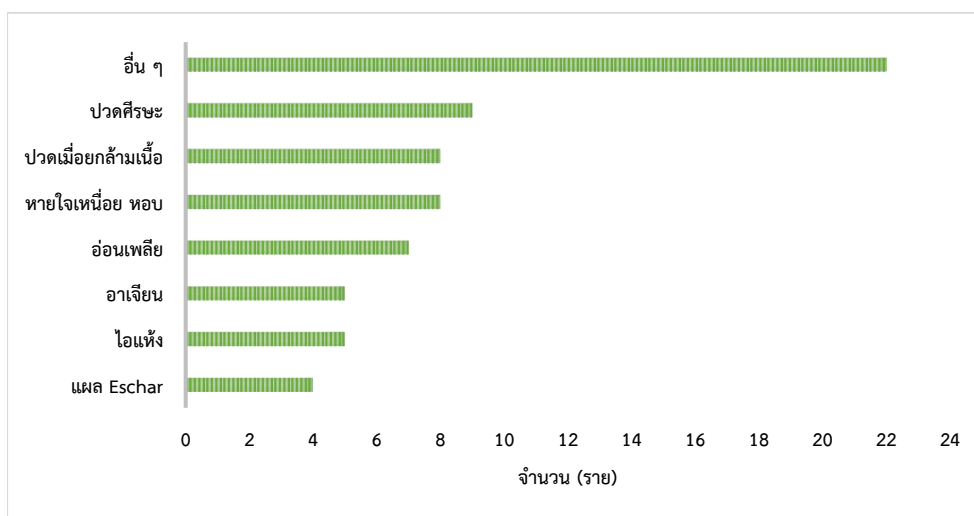
ตารางที่ 4 รายละเอียดของกลุ่มอายุและโรคประจำตัว

2. ปัจจัยด้านการรักษา

ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการป่วยแล้ว มากกว่า 5 วัน (รูปที่ 9) และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 8 ราย ที่มีประวัติซื้อยาทานเองหรือไปคลินิกก่อนที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยอาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้เสียชีวิต พบว่าทุกรายมาด้วยอาการไข้ โดยมีอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 37.5 - 41.7 องศาเซลเซียส และมีอาการร่วมอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย อาเจียน ไอแห้ง ตามลำดับ (รูปที่ 10) มีประวัติหรือระบุว่าพบแผลพุพอง (Eschar) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.53



รูปที่ 9 จำนวนวันเริ่มป่วยจนถึงวันรับการรักษาของผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส



รูปที่ 10 อาการร่วมอื่น ๆ ของโรคสครับไทฟัส

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดก่อนการเสียชีวิต เช่น ภาวะตับอักเสบหรือบกพร่อง, ภาวะช็อก และภาวะไตวายเฉียบพลัน ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ภาวะตับอักเสบหรือบกพร่อง	7	41.18
ภาวะช็อก	6	35.29
Acute renal failure	4	23.53
ภาวะชักหรือกล้ามเนื้อเกร็ง	4	23.53
ภาวะปอดอักเสบหรือระบบหายใจล้มเหลว	4	23.53
เลือดออกในทางเดินอาหาร	2	11.16
Congestive heart failure	1	5.88
Disseminated Intravascular Coagulopathy	1	5.88

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนของโรคสครับไทฟัส

ผลการวินิจฉัยแรกรับของแพทย์พบว่า การวินิจฉัยเป็นโรคสครับไทฟัส จำนวน 7 ราย อีก 10 ราย วินิจฉัยเป็นโรคอื่น ได้แก่ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เป็นต้น (ตารางที่ 6)

การวินิจฉัยโรคแรกรับ (DX.)	ความหมาย	จำนวน (ราย)
Scrub typhus	โรคสครับไทฟัส	7
Fever of Unknown Origin; FUO	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	2
Acute Febrile illness; AFI	ไข้เฉียบพลัน	1
Status Epilepticus with Acute kidney injury	ภาวะชักต่อเนื่องร่วมกับไตวายเฉียบพลัน	1
Dengue Fever; DF	โรคไข้เลือดออก	1
Upper respiratory tract infection; URI	โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	1
Anorexia, Myositis	โรคอะนอเร็กเซียและกล้ามเนื้ออักเสบ	1
R/O Sepsis with Disseminated Intravascular Coagulopathy from UTI	ติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติจากการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	1
urinary tract infection; UTI	การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ	1
upper gastrointestinal bleeding; UGIB	ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน	1

ตารางที่ 6 ผลการวินิจฉัยแรกรับของแพทย์ กรณีเสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัส

ผลตรวจเพื่อยืนยันโรคสครับไทฟัส

มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัสจำนวน 17 ราย ได้รับการตรวจเบื้องต้นด้วย Rapid – test จำนวน 16 ราย พบ IgG = positive, IgM = positive จำนวน 14 ราย และได้รับการตรวจยืนยันผลด้วยวิธี Indirect immunofluorescent assay (IFA) จำนวน 6 ราย พบผล Positive จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 (ตารางที่ 7)

No.	เพศ	วิธีการตรวจ	
		Rapid - test	IFA for Rickettsia infection
1	หญิง	IgG = positive, IgM = positive	Negative
2	ชาย	IgG = positive, IgM = positive	-
3	หญิง	IgG = Negative, IgM = positive	-
4	หญิง	IgG = Negative, IgM = positive	-
5	หญิง	IgG = positive, IgM = positive	-
6	ชาย	IgG = positive, IgM = positive	-
7	หญิง	-	Positive
8	ชาย	IgG = positive, IgM = positive	-
9	หญิง	IgG = positive, IgM = positive	Positive
10	หญิง	IgG = positive, IgM = positive	Negative
11	ชาย	IgG = positive, IgM = positive	-
12	หญิง	IgG = positive, IgM = positive	-
13	หญิง	IgG = positive, IgM = positive	-
14	หญิง	IgG = positive, IgM = positive	Positive
15	หญิง	IgG = positive, IgM = positive	
16	ชาย	IgG = positive, IgM = positive	
17	ชาย	IgG = positive, IgM = positive	Positive

ตารางที่ 7 วิธีการตรวจโรคสครับไทฟัสของผู้เสียชีวิต จำนวน 17 ราย

4.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงต่อเนื่องติดต่อกันหลายปี และติดอันดับ 5 จังหวัดแรกที่มีอัตราป่วยสูงสุด และในปี พ.ศ. 2565 จังหวัดเชียงราย มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคสครับไทฟัส 1,161 ราย อัตราป่วย 8.53 ต่อประชากรแสนคน โดยอำเภอแม่ฟ้าหลวงเพียงอำเภอเดียวก็มีจำนวนผู้ป่วยสูงถึง 709 ราย ถึงอย่างนั้นก็ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต จึงเป็นพื้นที่ที่มีความน่าสนใจว่า ทำไมในพื้นที่ถึงมีจำนวนผู้ป่วยสูง และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ทางพื้นที่มีการดำเนินการอย่างไรเกี่ยวกับโรคสครับไทฟัส

จึงได้ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ ตำบลแม่สลองใน และตำบลเทอดไทย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เนื่องจากมีผู้ป่วยและอัตราป่วยสูง 3 ปี ต่อเนื่องกัน และในปี พ.ศ. 2565 ตำบลแม่สลองใน มีจำนวนผู้ป่วย 355 ราย อัตราป่วย 16.08 ต่อพันประชากร และ ตำบลเทอดไทย มีผู้ป่วยจำนวน 256 ราย อัตราป่วย 11.86 ต่อพันประชากร ซึ่งเป็นตำบลที่มีการระบาดสูงเมื่อเปรียบเทียบกับตำบลทั้งหมดในอำเภอแม่ฟ้าหลวง

และเมื่อพิจารณาถึงลงไปในระดับหมู่บ้าน พบว่าหมู่ที่ 2 บ้านห้วยผึ้ง ตำบลแม่สลองใน และหมู่ที่ 10 บ้านห้วยอื่น ตำบลเทอดไทย ยังเป็นหมู่บ้านที่มีการระบาดสูงเช่นกัน

4.2.1 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ระบาดสูง

เจ้าหน้าที่ผู้ร่วม Focus Group เป็นเจ้าหน้าที่จากกองโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 1.3 เชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ โดยผู้ร่วมดำเนินการประกอบด้วย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 13 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข จำนวน 3 คน นักกัญญาวิทยา จำนวน 2 คน พนักงานปฏิบัติการชันสูตรโรค จำนวน 2 คน และนักจัดการทั่วไปจำนวน 1 คน รวม 25 คน โดยมีแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค สครับไทฟัส ดังนี้

1. การเฝ้าระวังโรค มีการเฝ้าระวังพาหะโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ โดยดำเนินการสำรวจพื้นที่เสี่ยง และวางวงดักหนู เพื่อเก็บตัวอย่างเชื้อก่อโรคสครับไทฟัสและพาหะนำโรค (ไรอ่อน) จากหนู ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
2. การตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร่วมกับประวัติเข้าป่าหรือไปทำไร่สวน และมาจากหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่เสี่ยง (เนื่องจากเป็นโรคประจำถิ่น) จะมีการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วย Rapid test โรคสครับไทฟัสและโรคเลปโตสไปโรซิส และด้านการรักษา สถานพยาบาลจะให้ยา Chloramphenicol แก่ผู้ป่วยเป็นลำดับแรก (ยาหลัก) และ ยาDoxycycline, Ceftriaxone เป็นตัวยาที่พิจารณาให้รองลงมา มีการส่งตรวจยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการทุกราย ด้วยวิธี PCR และ IFA ณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ดำเนินการในช่วงวันที่ 4 ตุลาคม 2565 – วันที่ 31 ธันวาคม 2566)
3. การป้องกัน ควบคุมโรค การป้องกัน ควบคุมโรคในพื้นที่ดำเนินการได้น้อยมาก มีเพียงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ดำเนินการสื่อสารแนะนำประชาชน เกี่ยวกับอาการไข้ ว่าหากมีไข้สูง 2-3 วัน ให้รีบไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

4.2.2 ความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัสของประชาชนในพื้นที่ระบาดสูง

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่การศึกษาคือ หมู่ที่ 2 บ้านห้วยผึ้ง ตำบลแม่สลองใน มีจำนวนประชากรทั้งหมด 3,854 คน และ หมู่ที่ 10 บ้านห้วยอื่น ตำบลเทอดไทย มีจำนวนประชากรทั้งหมด 2,004 คน ทำการสุ่มโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) โดยให้ผู้นำในชุมชนและเจ้าหน้าที่รพ.สต. เชิญประชาชนเพื่อสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview)

ผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 34 คน เป็นเพศชาย 14 คน เพศหญิง จำนวน 20 คน ค่ามัธยฐาน (Median) อายุ 38 ปี (Min= 9 ปี, Max = 65 ปี) ส่วนใหญ่เป็นชาติดิสันต์ เชื่อชาติอาข่าและให้ประวัติว่าไม่มีโรคประจำตัว มีบางส่วนให้ประวัติว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ สภาพแวดล้อมรอบบ้านของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นป่า ตัดภูเขา มีลำธารไหลผ่าน และสถานที่ทำงานมักจะเป็นพื้นที่เกษตรกรรมใกล้ป่า ดังนั้นส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพ เกษตรกรรม เช่น ทำไร่ชา ไร่ข้าวโพด ไร่ข้าว สวนยาง เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 64.71 อาชีพนักเรียน (23.53) อาชีพรับจ้างทั่วไป (5.88) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (5.88)

ผู้ให้สัมภาษณ์มีประวัติเคยป่วยด้วยโรคสครับไทฟัส จำนวน 18 คน จากผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 52.94 (มีคนที่ป่วยซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67)

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค

พบว่า ส่วนใหญ่ไม่รู้จักรัสโรคสครับไทฟัสแต่เรียกโรคที่เป็นว่า “โรคไข้ป่า” จากการที่แพทย์แจ้งเมื่อเข้าไปรักษาอาการป่วยที่โรงพยาบาล และบางรายยังแยกไม่ออกระหว่างโรคไข้ฉี่หนู โรคไข้มาลาเรีย และโรคไข้ป่า นอกจากนี้ยังไม่เข้าใจว่าโรคสครับไทฟัสติดต่ออย่างไร (ไม่ทราบว่าไรอ่อนคือพาหะนำโรคและหนูเป็นแหล่งรังโรคสครับไทฟัส)

2. ด้านพฤติกรรม

ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเข้าป่าเพื่อประกอบอาชีพ คือ ทำไร่ ทำสวน หาของป่า เมื่อกลับจากการประกอบอาชีพมักจะทำกิจกรรมอื่นก่อน เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ก่อนที่จะไปอาบน้ำชำระล้างร่างกาย ส่วนใหญ่ไม่ซักเสื้อผ้าที่ใส่ไปทำงานเพียงแค่ตากผึ่งลมไว้เท่านั้น และมีบางรายใส่เสื้อผ้าการทำงานซ้ำหลายวัน สำหรับกลุ่มเด็กมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการไปเล่นบริเวณลำธารในหมู่บ้าน และไม่มีพฤติกรรมป้องกันตนเอง ทั้งนี้เมื่อมีอาการป่วยส่วนใหญ่จะซื้อยาลดไข้กิน 2-3 วันแรก หากอาการไม่ดีขึ้นจะรีบไปพบแพทย์

3. ด้านการสื่อสารความเสี่ยง

พบว่า มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารระหว่างคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ใช้ภาษาถิ่น (ลาหู่ อาข่า ไทใหญ่ จีน ว้า) ในการติดต่อสื่อสาร อีกทั้งที่ผ่านมายังขาดการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ป้องกันตนเองจากโรคสครับไทฟัส แต่มุ่งเน้นการสื่อสารเกี่ยวกับโรคที่มีประเด็นสำคัญหรือโรคที่คนในชุมชนให้ความสนใจ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

5.1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคสครับไทฟัสในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2556 – 2565) พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 3,000 ราย และถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. 2564 เพียงปีเดียวที่ไม่มีการรายงานข้อมูลผู้เสียชีวิตในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 แต่มีการรายงานข้อมูลผู้เสียชีวิตในโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance) จึงเป็นข้อค้นพบว่าการเสียชีวิตของโรคสครับไทฟัสนั้นเกิดขึ้นทุกปี แนวโน้มการระบาดในแต่ละปีคล้ายกัน มักเริ่มพบผู้ป่วยจำนวนมากช่วงต้นฤดูฝน โดยจากนั้นเริ่มลดลงในฤดูหนาว การระบาดเป็นแบบ seasonal variation และการระบาดของโรคมักจะเป็นการระบาดในพื้นที่เดิม ๆ (โรคประจำถิ่น) โดยเฉพาะภาคเหนือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมากกว่าในเขตเทศบาล ซึ่งสอดคล้องกับอรรถพรณ กัญยะมี (14) ที่ได้สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2561 และ นิสา สิริสุขการ และคณะ (15) ที่ได้อธิบายถึงลักษณะและการระบาดของโรคสครับไทฟัส

5.1.2 การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของผู้เสียชีวิตโรคสครับไทฟัส

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้เสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัสในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2556 – 2565) จากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based surveillance) มีการรายงานข้อมูล 27 เหตุการณ์ พบการรายงานข้อมูลผู้เสียชีวิต จำนวน 17 เหตุการณ์ (17 ราย) มีเพียง 4 ราย ที่ระบุโรคประจำตัวและอีก 13 ราย ไม่มีหรือไม่ระบุโรคประจำตัวในโปรแกรมดังกล่าว ทำให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์อาจมีความไม่ครบถ้วน มีข้อมูลเพียงส่วนน้อยที่ระบุว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตมีโรคประจำตัว ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคเกาต์ โรคไทรอยด์ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ดังนั้นจึงมีความสอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เพราะพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ ทำงานในพื้นที่เสี่ยง เนื่องจากผู้ป่วยเข้าป่าไปทำสวนทำไร่ ซึ่งเป็นบริเวณที่ไร่อ่อนอาศัยอยู่ (1), (13)

การรักษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการป่วยแล้วมากกว่า 5 วัน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.06 ซ้ำเข้ารับประทานเองหรือไปคลินิกก่อนที่จะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยอาการของผู้เสียชีวิตพบว่าทุกรายมาด้วยอาการไข้ และตามด้วยอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้น มีประวัติหรือระบุว่าพบแผลพุพอง (Eschar) เพียง 4 ราย ซึ่งแผล Eschar เป็นแผลที่เป็นลักษณะเฉพาะของโรคสครับไทฟัส แต่พบได้น้อยบางรายอาจไม่พบแผลในลักษณะดังกล่าวเลย ดังนั้นจึงควรพิจารณาอาการทางคลินิกอื่น และผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้นหรือผลตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดก่อนการเสียชีวิต คือ ภาวะตับอักเสบหรือบกพร่อง, ภาวะช็อก และ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ตามลำดับ การวินิจฉัยของแพทย์แรกพบผู้ป่วย วินิจฉัยเป็นโรคสครับไทฟัส จำนวน 7 ราย อีก 10 รายวินิจฉัยเป็นโรคอื่น

ได้แก่ ไข้ไม่ทราบสาเหตุ โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เป็นต้น เพราะเนื่องจากโรคสครับไทฟัส มีอาการเข้าได้และคล้ายคลึงกับโรคอื่น แพทย์จึงอาจให้การวินิจฉัยที่เกิดความคลาดเคลื่อนได้ หากไม่คุ้นเคยกับโรคนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rama Chaudhry และคณะ (7) และ John Antony Jude Prakash (8) การตรวจยืนยันการติดเชื้อโรคสครับไทฟัสพบว่าส่วนใหญ่ ได้รับการตรวจเบื้องต้นด้วย Rapid – test (IgG และ IgM) และมีเพียง 6 ราย ที่ได้ได้รับการตรวจยืนยันผลด้วยวิธี Indirect immunofluorescent assay (IFA) คาดว่าในสถานพยาบาลแต่ละพื้นที่อาจมีข้อจำกัดในการส่งตรวจด้วยวิธี IFA และ PCR ที่เป็นการตรวจที่ได้มาตรฐานและมีความแม่นยำสูง ซึ่งต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญและห้องปฏิบัติการที่มีความจำเพาะ การแปลผลที่ใช้เวลาค่อนข้างนานเป็นชั่วโมง อีกทั้งการตรวจด้วยวิธี PCR นั้นยังมีราคาสูง ดังนั้นทางเลือกและวิธีที่เหมาะสม สะดวก รวดเร็ว ที่ใช้ในพื้นที่จึงเป็นวิธีการตรวจด้วย Rapid test ในการตรวจเป็นลำดับแรก ๆ (6)

5.1.3 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ระบาดสูง

จากนิยามพื้นที่ระบาดสูงที่ใช้ในการศึกษา จึงได้เลือกศึกษาในพื้นที่ตำบลแม่สลองใน และตำบลเทอดไทย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกลุ่มย่อย (Focus Group) กับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรคสครับไทฟัส จำนวน 25 คน ได้ข้อสรุปดังนี้

1. การเฝ้าระวังโรค โดยการวางกรงดักหนู เพื่อเก็บตัวอย่างเชื้อก่อโรคสครับไทฟัสและพาหะนำโรค (ไรอ่อน) จากหนู ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการดำเนินงานของศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ซึ่งได้หนูเพียง 5 ตัว ที่ใช้ในการศึกษา และได้ส่งตรวจยืนยันการติดเชื้อโรคสครับไทฟัส พบผล Positive จำนวน 2 ตัวอย่าง จากการดำเนินการดังกล่าวพบข้อจำกัดคือ จำนวนตัวอย่างที่ใช้ อาจไม่เพียงพอที่จะวิเคราะห์เชื้อก่อโรคในพื้นที่ เป็นไปได้ว่าการวางกรงดักหนูอาจจะวางในบริเวณที่ไม่ใช่แหล่งที่อยู่อาศัยของหนู ควรพิจารณาจากรายงานการสอบสวนโรคของผู้ป่วยในพื้นที่ร่วมด้วย ว่าก่อนป่วยผู้ป่วยได้ไปพื้นที่เสี่ยงหรือทำกิจกรรมในสถานที่ใดบ้าง เพื่อเป็นประโยชน์ในการระบุแหล่งรังโรคที่จะสามารถวางกรงดักหนูและอาจพบหนูที่มีเชื้อมากยิ่งขึ้น จะทำให้การดำเนินการควบคุมโรคดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกหนึ่งข้อค้นพบคือหน่วยงานในพื้นที่ขาดการนำข้อมูลสถานการณ์โรคมาวิเคราะห์เพื่อเฝ้าระวังโรคและแจ้งเตือนไปยังพื้นที่เสี่ยง

2. การรักษาผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับโรคสครับไทฟัส และมาจากพื้นที่เสี่ยง แพทย์ในสถานพยาบาลมีการตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วย Rapid test โรคสครับไทฟัส และมีการจ่ายยาปฏิชีวนะให้กับผู้ป่วย (Chloramphenicol, Doxycycline, Ceftriaxone) จึงเป็นเหตุผลที่ในพื้นที่ไม่มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัส ถึงแม้จะมีจำนวนผู้ป่วยสูงอย่างต่อเนื่องก็ตาม อาจเป็นเพราะการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็วของสถานพยาบาลในพื้นที่

3. การป้องกัน ควบคุมโรค พบว่าในพื้นที่ยังมีไรอ่อน (พาหะนำโรค) และหนู (สัตว์รังโรค) อยู่เป็นจำนวนมาก เนื่องจากสภาพแวดล้อมในชุมชนเหมาะสมต่อการแพร่พันธุ์ของหนูและไรอ่อน และไรอ่อนสามารถถ่ายทอดเชื้อให้กับไร่นกหลานได้ทางไข่ (Transovarian transmission) อีกทั้งมาตรการในการควบคุมหรือกำจัดพาหะและสัตว์รังโรคทำได้ค่อนข้างยาก จึงทำให้ไม่สามารถลดจำนวนของเชื้อก่อโรคในพื้นที่ได้

และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่มีภาระงานและภารกิจที่ต้องดำเนินการตามนโยบายหรือตัวชี้วัดที่สำคัญ ทำให้การดำเนินงานของโรคสครับไทฟัสในพื้นที่อาจไม่เข้มข้นและถูกละเลย

5.1.4 ความรู้และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัสของประชาชนในพื้นที่ระดับสูง

จากการใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) ประชาชนที่อาศัยประจำอยู่ในพื้นที่ระดับสูง อายุ 9 ปีขึ้นไป จำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นชาติพันธุ์ เชื้อชาติอาข่า สภาพแวดล้อมรอบบ้านของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นป่า ดิบภูเขา มีลำธารไหลผ่าน และสถานที่ทำงานมักจะเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ใกล้ป่าได้ข้อสรุปดังนี้

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค

ประชาชนในพื้นที่ไม่รู้จักโรคสครับไทฟัส (พาหะนำโรค สัตว์รังโรค รวมถึงวิธีการติดต่อ และการป้องกัน) อาจเป็นเพราะชื่อโรคที่คนในพื้นที่ไม่คุ้นเคยและเรียกได้ยาก แต่มักจะเรียกโรคนี้ว่า “โรคไข้ป่า” เพราะมีอาการไข้หลังจากกลับมาจากการเข้าป่าเพื่อประกอบกิจกรรมในการเลี้ยงชีพ และอาจเกิดความสับสนระหว่างโรคไข้ฉี่หนู โรคไข้มาลาเรีย เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้มักจะมาด้วยอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ และมีลักษณะอาการของโรคที่คล้ายคลึงกัน เมื่อไม่รู้จักโรคสครับไทฟัสทำให้การป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยทำได้ยาก ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยในชุมชนเป็นจำนวนมาก

2. ด้านพฤติกรรม

ประชาชนในพื้นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสเนื่องจากเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงอาศัยของพาหะนำโรคและสัตว์รังโรคสครับไทฟัส โดยการเข้าไปทำงาน ไปหาของป่า และมักจะไม่มีการป้องกันตนเองหรือการดูแลความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าหลังจากกลับมาจากที่ทำงาน ที่จะช่วยป้องกันตนเองจากการป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสทำให้พบจำนวนป่วยสูงกว่าพื้นที่อื่น ๆ ดังที่ได้พบจากการศึกษาของ Chang-Jin Ma (16) ที่ศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคสครับไทฟัสของเกษตรกร ในประเทศเกาหลี และประเทศญี่ปุ่น อย่างไรก็ตามถึงแม้ประชาชนจะมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ป่วยด้วยโรคสครับไทฟัสแต่ก็ไม่พบการรายงานผู้เสียชีวิตในพื้นที่แม้เพียงรายเดียว อาจเป็นเพราะคนในพื้นที่ตระหนักถึงอาการ ความรุนแรงของโรค ประกอบกับความสับสนและความกังวลว่าอาจจะป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียหรือโรคไข้ฉี่หนูที่เป็นที่รู้จักกันดีในชุมชน เพราะในชุมชนเป็นที่ระดับเดิมของ ทั้ง 2 โรค ดังกล่าว (โรคประจำถิ่น) ที่จะทำให้เกิดเสียชีวิต ดังนั้นเมื่อมีอาการป่วยและทานยาลดไข้ 2-3 วันแรก อาการไม่ดีขึ้นจะรีบไปพบแพทย์ทันที เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hua-Lei Xin และคณะ (17) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมาพบแพทย์เร็วทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของโรคสครับไทฟัส

3. ด้านการสื่อสารความเสี่ยง

การเข้าถึงและการรับรู้สื่อของประชาชนในพื้นที่มีข้อจำกัด เนื่องจากมีความหลากหลายทางด้านภาษา (ใช้ภาษาถิ่น) เชื้อชาติ และมีประชาชนบางส่วนในพื้นที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ อีกทั้งที่ผ่านมายังขาดการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคสครับไทฟัสในชุมชน การสื่อสารยังมุ่งเน้นสื่อสารเกี่ยวกับโรคที่มีประเด็นสำคัญ หรือโรคที่คนในชุมชนให้ความสนใจ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคโควิด - 19 และฝุ่น PM2.5 เป็นต้น

5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

5.2.1 การรายงานข้อมูลในโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (EBS) หรือ รายงาน 506 มีข้อมูลการสอบสวนผู้ป่วยไม่ครบถ้วน และในบางปีข้อมูลของทั้ง 2 ระบบดังกล่าวไม่สอดคล้องกัน จึงทำให้ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์อาจเกิดความคลาดเคลื่อน

5.2.2 การลงพื้นที่ในชุมชนต้องมีผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้ประสานและนำทางเข้าบ้านเพื่อสัมภาษณ์ อีกทั้งการสื่อสารกับคนในชุมชนไปไปค่อนข้างยากต้องใช้ล่ามในการสื่อสาร

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ควรมีการทบทวนและตรวจสอบการรายงานข้อมูลโรคสครับไทฟัสในโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (EBS) หรือ รายงาน 506 ให้มีความสอดคล้องกัน อาจจะเป็นการสื่อสารและการบูรณาการข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานในระดับพื้นที่

5.3.2 หน่วยงานในพื้นที่ควรนำข้อมูลผู้ป่วยโรคสครับไทฟัสมาวิเคราะห์เชิงลึก อาจจะทบทวนจากรายงานหรือทะเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หรือรายงานการสอบสวนโรค เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและประเมินว่าพื้นที่ไหนเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดมากที่สุด เพื่อหาแนวทางและมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคได้จำเพาะต่อพื้นที่มากยิ่งขึ้น

5.3.3 บูรณาการการจัดการปัญหาด้านพาหะและสัตว์รังโรค โดยอาศัยความร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ศตม. อปท. เป็นต้น

5.3.4 ควรมีการสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคสครับไทฟัสในชุมชนมากยิ่งขึ้น โดยอาจพัฒนาสื่อบุคคล เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน หรือใช้ผู้มีอิทธิพลทางความคิดในการสื่อสารและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. อัญญา ประศาสน์วิทย์, นิสา สิริสุขการ, มาลี สัมหลกุล, บุญเรือน มีสกุล. สดรับไทฟัส. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2546
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจและการจำแนกชนิดไร่ออน (Chigger mite) ในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท สแกนด์-มีเดีย คอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2565
3. วินัย อินทร์, บุญรวม จิตต์สามารถ. โรคสดรับไทฟัส Scrub typhus [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://data.ptho.moph.go.th/cdc/files/news/f01_2013013110571
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สดรับไทฟัส (Scrub Typhus, Mite-borne typhus fever) (Scrub Typhus, Mite-borne typhus fever) [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=89
5. Sagar Aryal. Scrub Typhus- Etiology, Epidemiology, Symptoms, Pathogenesis, Diagnosis and Treatment [Internet]. 2022 [cited 2023 June 18]. Available from: <https://microbiologyinfo.com/scrub-typhus-etiology-epidemiology-symptoms-pathogenesis-diagnosis-and-treatment/>
6. Gavin C. K. W. Koh, Richard J. Maude, Daniel H. Paris, Paul N. Newton, Stuart D. Blacksell. Diagnosis of Scrub Typhus [Internet]. 2010 [cited 2023 June 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2829893/>
7. Rama Chaudhry, et al. Mortality due to scrub typhus – report of five cases [Internet]. 2019 [cited 2023 June 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6755786/>
8. John Antony Jude Prakash. Scrub typhus: risks, diagnostic issues, and management challenges [Internet]. 2017 [cited 2023 June 18]. Available from: <https://www.dovepress.com/scrub-typhus-risks-diagnostic-issues-and-management-challenges-peer-reviewed-fulltext-article-RRTM>
9. คณพศ ทองขาว และคณะ. การศึกษาชนิดไร่ออน ชนิดหนู และอัตราการพบเชื้อก่อโรคสดรับไทฟัสในหนูจากพื้นที่แหล่งท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์และแหล่งท่องเที่ยวเชิงเกษตรในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย. 2564
10. วารสารงานวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคสดรับไทฟัส ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ. 2559
11. Tri Wangrangsamakul, et al. The estimated burden of scrub typhus in Thailand from national surveillance data (2003-2018) [Internet]. 2020 [cited 2023 June 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182275/>

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

12. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. หจก.แคนนา กราฟฟิค; 2563
13. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. โรคสครับไทฟัส (Scrub Typhus) ภัยเงียบจากป่า. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565
14. อรพรรณ กันยามี. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2561.2561
15. นิสา สิริสุขการ และคณะ. โรคสครับไทฟัส (Scrub Typhus) แนวทางป้องกันควบคุมโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551
16. Chang-Jin Ma, et al. Differences in agricultural activities related to incidence of scrub typhus between Korea and Japan [Internet]. 2017 [cited 2023 July 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5790984/>
17. Hua-Lei Xin et al. Evaluation of scrub typhus diagnosis in China: analysis of nationwide surveillance data from 2006 to 2016 [Internet]. 2019 [cited 2023 July 20]. Available from: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-019-0566-0>

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

หนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ และขอความอนุเคราะห์บุคลากรให้ข้อมูล
เพื่อติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัส
ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

	กรมควบคุมโรค เลขรับ ๗๕๗ วันที่ ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๖.๒๕	บันทึกข้อความ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง เลขที่ ๘๐๒ วันที่ 16 ก.พ. 2566 10:32
	ส่วนราชการ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๕๑ ที่ สธ ๐๔๑๑.๘/ ๓๕๕ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	

ส่วนราชการ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๕๑

ที่ สธ ๐๔๑๑.๘/ ๓๕๕ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ และขอความอนุเคราะห์บุคลากรให้ข้อมูลเพื่อติดตามวิทยาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัสในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

เรียน อธิบดีกรมควบคุมโรค

ตามที่กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง ได้เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคสครับไทฟัสประเทศไทยจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ๕๐๖ (รง.๕๐๖) ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ พบรายงานผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส จำนวน ๖,๒๓๔ ราย มีผู้เสียชีวิต ๔ ราย โดยภูมิภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ และจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ จังหวัดแรก ได้แก่ แม่ฮ่องสอน (๔๖๓.๑๓) เชียงราย (๘๙.๕๓) ระนอง (๕๓.๙๙) เชียงใหม่ (๔๖.๖๗) และ น่าน (๔๑.๑๕) และหากพิจารณาในระดับอำเภอพบว่า อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุดถึง ๗๐๙ ราย จึงเห็นควรลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ นั้น

กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง ขอเสนอหนังสือขออนุญาตเข้าพื้นที่ และหนังสือขอความอนุเคราะห์บุคลากรให้ข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัสในพื้นที่จังหวัดเชียงรายเกี่ยวกับการดำเนินงานดังกล่าว ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ณ อำเภอเมืองเชียงราย และอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาลงนามในหนังสือที่แนบมาพร้อมนี้ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลายเซ็น)

(นางสาวฉันทนา ผดุงทศ)

ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อฯ โดยแมลง

ลงนามแล้ว

(ลายเซ็น)

(นายโสภณ เอี่ยมศิริถาวร)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

๑๕ ก.พ. ๒๕๖๖

ที่ สธ ๐๔๑๑.๘/๑๐๓๖



กรมควบคุมโรค

ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัสในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการลงพื้นที่

จำนวน ๒ แผ่น

๒. รายชื่อผู้เข้าร่วมลงพื้นที่

จำนวน ๑ แผ่น

ตามที่กรมควบคุมโรค โดยกองโรคติดต่อฯ นำโดยแมลง ได้เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคสครับไทฟัสประเทศไทย จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา ๕๐๖ (รง.๕๐๖) ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ พบรายงานผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส จำนวน ๖,๒๓๔ ราย มีผู้เสียชีวิต ๔ ราย โดยภูมิภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคเหนือ และจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด ๕ จังหวัดแรก ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน (๔๖๓.๑๓) จังหวัดเชียงราย (๘๙.๕๓) จังหวัดระนอง (๕๓.๙๙) จังหวัดเชียงใหม่ (๔๖.๖๗) และ จังหวัดน่าน (๔๑.๑๕) และหากพิจารณาในระดับอำเภอยังพบว่า อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย เป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุดถึง ๗๐๙ ราย นั้น

กรมควบคุมโรค ขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัสในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ณ อำเภอเมืองเชียงราย และอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ทั้งนี้ มอบหมายให้นางสาวกฤษณา ชันใจ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. ๐๘ ๔๘๙๓ ๖๓๔๖ เป็นผู้ประสานงาน รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้เข้าพื้นที่เพื่อติดตามการดำเนินงานดังกล่าวต่อไปด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายโสภณ เอี่ยมศิริถาวร)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อฯ นำโดยแมลง

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๕๑

โทรสาร ๐ ๒๕๕๑ ๘๔๒๒

ภาคผนวก 2

รายงานผลการประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัส
ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 21 – 24 กุมภาพันธ์ 2566



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๕๑

ที่ สธ ๐๔๑๑.๘/ ๗๕

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง โปรดลงนามในหนังสือ

เรียน ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อ นำโดยแมลง

ตามที่กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง ร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ ๑.๓ เชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ได้ลงพื้นที่เพื่อประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัส ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ นั้น

กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ขอส่งสรุปรายงานผลการประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัส ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดลงนามในหนังสือที่แนบมาพร้อมนี้ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

④ - ทพ/ฉันทา ☺
- วนะนเร

ฉันทา
๒๓ มี.ค. ๖๖

นางสาว วนะนเร
(นางสาวกฤษฎา ชันใจ)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(นางสาวฉันทา ผดุงทศ)
ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อ นำโดยแมลง

- ทพ

- นอ. เนติพร สุพรรณ

① ทพ. เนติพร สุพรรณ
กลุ่มระบาดวิทยา

- กลุ่มระบาดวิทยา
- สอ ๑ / สอ

ในเมื่อก่อน มีกลุ่มระบาดวิทยา
ในเมื่อก่อน มีกลุ่มระบาดวิทยา
เช่น ที่ protocol / flow chart
แนวไหน อันนี้ หรือคิดให้โรคติดต่อ

② กลุ่มระบาดวิทยา
แนวไหน อันนี้ หรือคิดให้โรคติดต่อ
ให้ไว้ (เนติพร) ๒๖ มี.ค. ๖๖

ฉันทา ๒๖ มี.ค. ๖๖

(นางสาวฉันทา ผดุงทศ)
ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อ นำโดยแมลง

③ เรียน นอ (เนติพร สุพรรณ)
ตามที่ นอ. ได้ไปสรุปเพิ่มเติม
กลุ่มระบาดวิทยาได้ดำเนินการสรุปเพิ่มเติม
ในส่วนของการดำเนินการร่วมกันระหว่างกลุ่มระบาดวิทยา
และกลุ่มระบาดวิทยาของเขตภาคเหนือตอนบน
และในส่วนของการเฝ้าระวัง ป้องกัน
ควบคุมโรคสครับไทฟัสในพื้นที่ กลุ่มระบาดวิทยา
ได้จัดทำ รวบรวมข้อมูลแล้ว อยู่ระหว่าง
พิจารณาจากฝ่ายวิชาการ และปรับแก้ไข

นางสาว วนะนเร
๒๐ มี.ค. ๖๖
๒๑ มี.ค. ๖๖



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๑๕๑

ที่ สธ ๐๔๑๑.๘/ ๗๗๓

วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รายงานผลการประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัส ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่

ตามที่กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง ร่วมกับ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ ๑.๓ เชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ได้ลงพื้นที่ เพื่อประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัส ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ นั้น

กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง ขอส่งรายงานผลการประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัส ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ฯ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

นิพนธ์ เกตุพล

(นางสาวฉันทนา ผดุงทศ)

ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อฯ โดยแมลง

สำเนาส่ง หัวหน้าศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ ๑.๓ เชียงราย

ความเป็นมา

สถานการณ์โรคสครับไทฟัส จากกระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา 506 กองระบาดวิทยา ข้อมูล 10 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2556 – 2565) พบว่ามีการระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2556 มีการระบาด จำนวนผู้ป่วยสูงถึง 10,952 ราย และในปีพ.ศ. 2558 และ 2560 เป็นปีที่มีผู้เสียชีวิตสูงที่สุดถึง 11 ราย ถึงแม้แนวโน้มภาพรวมการระบาดของโรคจะลดลง แต่ในปี พ.ศ. 2565 กลับพบผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น และมากกว่าปีที่ผ่านมา 1.9 เท่า โดยมีผู้ป่วยจำนวน 6,234 ราย อัตราป่วย 9.42 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 4 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.06 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มวัยทำงาน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 39.7) รับจ้าง (ร้อยละ 24.8) และนักเรียน (ร้อยละ 14.7) และเมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาค การระบาดมักจะเป็นพื้นที่เดิม โดยเฉพาะพื้นที่ภาคเหนือที่มีการระบาดสูงสุด รองลงมาคือภาคอีสาน และภาคใต้ โดย 5 จังหวัดแรก ที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงที่สุด คือ แม่ฮ่องสอน (463.13) เชียงราย (89.53) ระนอง (53.99) เชียงใหม่ (46.67) และ น่าน (41.15) ถึงแม้ว่าจังหวัดแม่ฮ่องสอนจะเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรสูงที่สุด แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลระดับอำเภอ พบว่าอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย มีผู้ป่วยสูงถึง 709 ราย ซึ่งสูงกว่าอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยที่สูงที่สุดในจังหวัดแม่ฮ่องสอนเกือบ 2 เท่า และเมื่อพิจารณาข้อมูลอำเภอแม่ฟ้าหลวง ในระดับตำบลก็พบว่าตำบลเทิดไทยและแม่สลองในเป็น 2 ตำบล ที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังไม่มีแนวทางการป้องกัน ควบคุมโรคที่ชัดเจน

กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง ร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 1.3 เชียงราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวง โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ดำเนินการลงพื้นที่อำเภอที่พบผู้ป่วยสูงที่สุดของประเทศไทย เพื่อประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสำรวจสิ่งแวดล้อม สัมภาษณ์ผู้ป่วยและประชาชน สำหรับนำเสนอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนักถึงปัญหาและร่วมหาแนวทางในการวางแผนการควบคุมโรค พบว่าจากผลการดำเนินงานไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคสครับไทฟัส แม้จะเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยมากที่สุดของประเทศไทย เพราะระบบการตรวจวินิจฉัยที่ใช้ Rapid diagnostic test (RDT) ในการคัดกรองร่วมกับอาการสำคัญของโรค และการจ่ายยารักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่เนื่องจากโรคสครับไทฟัสไม่ติดต่อจากคนสู่คน การรักษาในคนจึงให้ผลเพียงแค่ลดระยะเวลาการป่วยและป้องกันการเสียชีวิต แต่เชื้อที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมในไร่อ้นและหนู ที่ยังปนเปื้อนในพื้นที่และมีความเป็นไปได้ที่อัตราการติดเชื้อจะมีแนวโน้มสูงขึ้น เพราะหนูเป็นสัตว์รังโรคมีอัตราการเจริญพันธุ์ที่สูง และหนูที่ติดเชื้อไม่ป่วยตาย ประกอบกับไร่อ้น (Chigger Mite) ที่สามารถแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก (Transovarian transmission) และไรตัวเต็มวัยที่เป็นพาหะนำโรคมีอายุได้ราว 15 เดือน วางไข่ทุก 3 เดือน คราวละประมาณ 300 – 400 ฟอง ช่วยแพร่กระจายเชื้อสู่สิ่งแวดล้อม จึงทำให้เกิดการแพร่เชื้อในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

จากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 17 คน พบว่ามีคนที่ป่วยซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 17.67 บริบทการติดเชื้อของผู้ป่วยมักจะมี ความคล้ายกัน ในอาชีพและกิจกรรมเสี่ยง ซึ่งการสอบสวนผู้ป่วยหากสามารถระบุพื้นที่ที่ติดเชื้อโดยพิจารณาจากการอนุมานจากระยะพักตัวของโรคและกิจกรรมเสี่ยงให้ชัดเจน สามารถช่วยนำมาใช้เป็นพิกัดในการวางแผนสำรวจแหล่งแพร่เชื้อจากหนูและไร่อ้นในพื้นที่ (Mite island) เพื่อวางแผนการควบคุมโรคได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และยังพบว่าประชาชนในพื้นที่เสี่ยง ประกอบด้วย 5 ชนเผ่า ที่ส่วนใหญ่สื่อสารภาษาไทยได้น้อย จึงจำเป็นต้องพัฒนาหาวิธีที่เหมาะสมในการสื่อสาร ซึ่งแต่เดิมได้สื่อสารให้ชาวบ้านและผู้ป่วยเข้าใจว่าโรคสครับไทฟัส นับรวมเข้ากับโรคไข้มาลาเรีย และโรคไข้ฉี่หนู เนื่องจากมีลักษณะอาการเด่นคือเป็นไข้ ได้รับการรักษาซ้ำอาจเสียชีวิต

ทำให้ชาวบ้านที่ป่วยเป็นไข้ 1-3 วัน กระตือรือร้นมารักษาที่โรงพยาบาล เพื่อทำการตรวจหาสาเหตุและกินยารักษาจนครบ แต่ปัจจุบันจังหวัดเชียงรายได้รับการรับรองว่าเป็นจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรีย ผู้ป่วยโรคสครับไทฟัสในพื้นที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและยังคิดว่าป่วยเป็นโรคไข้มาลาเรีย จะทำให้คิดว่าการป้องกันยุ่งยากก็จะสามารถป้องกันโรคนี้ได้ ชาวบ้านจึงขาดความตระหนักและอันตรายของโรคสครับไทฟัสที่เป็นโรคติดต่อจากไร่อ่อน

ในที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันดังนี้

1. การป้องกัน ควบคุมโรคสครับไทฟัส จำเป็นต้องดำเนินการทั้งในคน สัตว์รังโรค และพาหะนำโรค
2. สครับไทฟัส RDT และอาการแสดงสำคัญของโรค เหมาะสมในการนำมาใช้เพื่อการตรวจวินิจฉัยรักษา (เพราะการตรวจด้วยวิธีมาตรฐานใช้เวลานานและมีความไม่สะดวก) รวมทั้งในรายงานการสอบสวนโรคควรระบุกิจกรรมและพื้นที่เสี่ยงให้ชัดเจน
3. ศตม. ที่ดูแลพื้นที่ ควรช่วยในการหาพิกัดที่ชัดเจนโดยการศึกษาทางภูมิวิทยาและวางแผนการบูรณาการควบคุมโรคร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ เช่น รพช. อบต. เป็นต้น

การดำเนินงานของส่วนกลาง

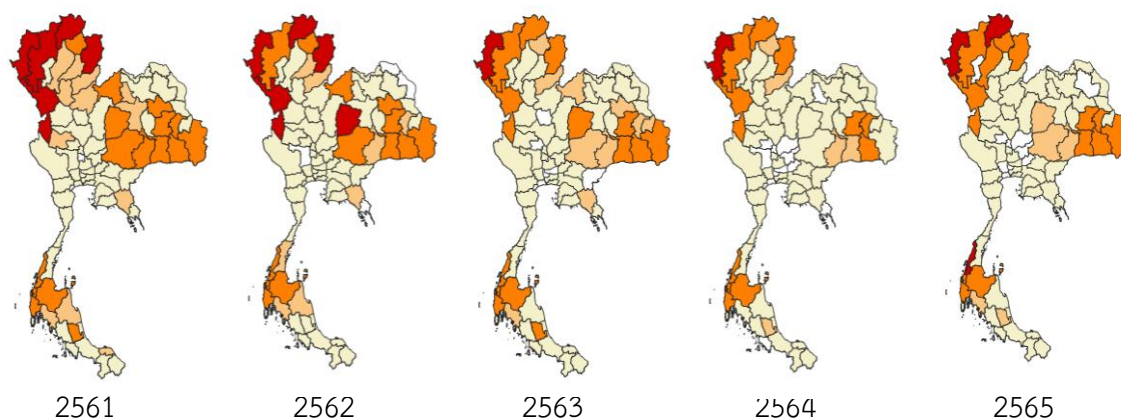
1. กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง ดำเนินการติดตาม ตรวจสอบ และรวบรวมข้อมูลโรคสครับไทฟัสจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา 506 (รง.506) จากกองระบาดวิทยา และโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด (Event-based)

2. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน นำข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดทำรายงานสถานการณ์โรครายสัปดาห์ เพื่อชี้เป้าพื้นที่ระบาดและพื้นที่เสี่ยง และเพื่อให้หน่วยงานเครือข่ายและประชาชนที่สนใจสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้ ผ่านทางเว็บไซต์กองโรคติดต่อ นำโดยแมลง ในรูปแบบ Data Studio

3. กลุ่มโรคติดต่อ นำโดยยุคลายและแมลงอื่น ๆ หาหรือแนวทางและมาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคร่วมกับกลุ่มระบาด ฯ และยังได้ให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำในการดำเนินงานเมื่อพื้นที่ประสานขอสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ

ขณะนี้กลุ่มโรคติดต่อ นำโดยยุคลายและแมลงอื่น ๆ ได้จัดทำร่างแนวทางการดำเนินงาน มาตรการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงอื่น ๆ : สครับไทฟัส และเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม อยู่ระหว่างปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ เมื่อดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ขั้นตอนถัดไปเสนอร่างต่อคณะทำงาน “คณะทำงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคเขตร้อน นำโดยแมลงที่ถูกละเลย กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2570” และจัดทำหนังสือแจ้งเวียนขอความอนุเคราะห์ข้อเสนอแนะในแนวทางดังกล่าวไปยังหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ภาพที่ 1 แผนที่แสดงอัตราป่วยโรคสครับไทฟัส ในแต่ละพื้นที่ 5 ปี ย้อนหลัง (2561 – 2565)



ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยแยกรายอำเภอในจังหวัดแม่ฮ่องสอนและจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2565

จังหวัดแม่ฮ่องสอน		จังหวัดเชียงราย			
อำเภอ	ผู้ป่วย (ราย)	อำเภอ	ผู้ป่วย (ราย)	อำเภอ	ผู้ป่วย (ราย)
เมืองแม่ฮ่องสอน	198	เมืองเชียงราย	74	แม่สาย	8
ขุนยวม	61	เวียงชัย	3	แม่สรวย	158
ปาย	115	เชียงของ	1	เวียงป่าเป้า	54
แม่สะเรียง	171	เทิง	8	พญาเม็งราย	2
แม่ลาน้อย	419	พาน	7	เวียงแก่น	11
สบเมย	232	ป่าแดด	5	ขุนตาล	4
ปางมะผ้า	107	แม่ฟ้าหลวง	709	แม่ลาว	6
		แม่จัน	73	เวียงเชียงรุ้ง	5
		เชียงแสน	24	ดอยหลวง	3

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยแยกรายตำบลในอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2563 – 2565

อำเภอ	ตำบล	จำนวนผู้ป่วย 2563	จำนวนผู้ป่วย 2564	จำนวนผู้ป่วย 2565
แม่ฟ้าหลวง	เทอดไทย	106	78	256
	แม่สลองใน	141	116	355
	แม่สลองนอก	26	28	77
	แม่ฟ้าหลวง	12	16	21
รวม		285	238	709

ภาคผนวก 3

รูปกิจกรรมลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัส
ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 21 – 24 กุมภาพันธ์ 2566

รูปกิจกรรมลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันโรคสครับไทฟัส
ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 21 – 24 กุมภาพันธ์ 2566

