

โรคเอดส์

(Acquired immunodeficiency syndrome : AIDS)

ในปี พ.ศ. 2557 สำนักกระบาดวิทยา ได้รับรายงาน ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เริ่มมีอาการป่วย จากสถานบริการสาธารณสุข ใน 23 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ บุรีรัมย์ ยโสธร สุโขทัย อุบลราชธานี ชัยนาท สระบุรี จันทบุรี ศรีสะเกษ อุดรธานี เลย หนองคาย ร้อยเอ็ด มุกดาหาร พะเยา พิจิตร สมุทรสาคร สมุทรสงคราม พังงา ภูเก็ต ตรัง และปัตตานี รวม 1,274 ราย เป็นเพศชาย 837 ราย และเพศหญิง 437 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 1.9 เสียชีวิตแล้ว 114 ราย เป็นเพศชาย 89 ราย และเพศหญิง 25 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 8.9 อัตราป่วย พ.ศ. 2557 เท่ากับ 1.9 ต่อประชากรแสนคน และ อัตราตาย 0.17 ต่อประชากรแสนคน

จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมที่มีสัญชาติไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2557 รวม 390,339 ราย เป็นเพศชาย 261,258 ราย เพศหญิง 125,081 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1 : 2.1 เสียชีวิต 100,864 ราย เพศชาย 71,734 ราย และเพศหญิง 29,130 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 26.0 (เพศชาย ป่วยตาย ร้อยละ 27.5 และเพศหญิง ป่วยตาย ร้อยละ 23.3)

ผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมมากที่สุด ในกลุ่มอายุ 30 - 34 ปี ร้อยละ 24.8 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25 - 29 ปี (21.5%), 35 - 39 ปี (18.3%) อาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ รับจ้าง/กรรมกร/ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 47.7 รองลงมา คือ เกษตรกรรม (19.1%) ค้าขาย (4.6%) แม่บ้าน (4.3%) เด็กต่ำกว่าวัยเรียน (2.6%) วางงาน (6.1%) และอาชีพอื่น ๆ (15.5%)

ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 84.2 รองลงมา คือ การติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (4.3%) และการคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (3.5 %)

กลุ่มโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรืออาการซึบภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมที่พบมาก 5 อันดับแรก และมีแนวโน้มสูงมาตลอด คือ *Mycobacterium tuberculosis* ร้อยละ 29.6 รองลงมา ได้แก่ โรคปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* (19.1%) Cryptococcosis (12.3%) Candidiasis ของหลอดอาหารและหลอดลม (4.7%) และ Recurrent bacterial pneumonia (3.4%)^(1,2)

ในการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2557 สำนักกระบาดวิทยา ได้รับข้อมูลจากพื้นที่เฝ้าระวังทั้งสิ้นจำนวน 64 จังหวัด และมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์เป็นภาพรวมระดับประเทศ ดังนี้⁽³⁾

1. กลุ่มพนักงานบริการตรงได้รับข้อมูลจาก 37 จังหวัด รวม 3,317 ตัวอย่าง จังหวัดที่มีจำนวนเท่ากับและมากกว่า 20 ตัวอย่างมี 31 จังหวัด

2. กลุ่มพนักงานบริการแฝงได้รับข้อมูลจาก 38 จังหวัด รวม 6,360 ตัวอย่าง ไม่มีจังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างน้อยกว่า 20 ตัวอย่าง

3. กลุ่มชายที่มาตรวจจากโรคได้รับข้อมูลจาก 16 จังหวัด รวม 1,267 ตัวอย่าง จังหวัดที่มีจำนวนเท่ากับและมากกว่า 20 ตัวอย่าง รวม 13 จังหวัด

4. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับข้อมูลจาก 63 จังหวัด รวม 55,870 ตัวอย่าง ไม่มีจังหวัดใดมีตัวอย่างน้อยกว่า 20 ตัวอย่าง

5. กลุ่มโลหิตบริจาคได้รับข้อมูลจาก 45 จังหวัด รวม 63,583 ตัวอย่าง ไม่มีจังหวัดใดมีตัวอย่างน้อยกว่า 20 ตัวอย่าง ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2557 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการตรง (direct sex workers) เท่ากับ ร้อยละ 1.83 และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการแฝง (indirect sex workers) เท่ากับ ร้อยละ 1.56 (รูปที่ 1)

กลุ่มชายที่มาตรวจจากโรค (male STD) ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงจากร้อยละ 4.42 เมื่อ ปี พ.ศ. 2556 เหลือร้อยละ 4.0 ในปี พ.ศ. 2557 (รูปที่ 1)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ ร้อยละ 0.58 เป็น ร้อยละ 0.63 ในปี พ.ศ. 2557 (รูปที่ 2)

การนำข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยเอดส์มาใช้ อาจมีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ ประการที่หนึ่ง ข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ อาจเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากลักษณะของโรคที่มีความเรื้อรัง มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเข้าสู่ระบบรายงาน 1 - 2 ปี หลังการเริ่มป่วย ดังนั้น รายงานผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปีที่เริ่มป่วยในแต่ละปี อาจจะปรับเปลี่ยนเมื่อเวลาผ่านไปและข้อจำกัดประการที่สอง ความครบถ้วนของการรายงานต่ำมาก โดยในปี พ.ศ. 2557 ได้รับรายงานมาจาก 23 จังหวัดเท่านั้น

มาตรการในการยุติปัญหาโรคเอดส์⁽⁴⁾

1. ขยายความครอบคลุมการ ดำเนินงานป้องกันโรค โดยเชื่อมโยงผสมผสานงานเชิงรุก คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริการให้การปรึกษาและ ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่มชายรักร่วมเพศ ครอบคลุมร้อยละ 90

2. รักษาผู้ติดเชื้อทุกคนด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยไม่คำนึงถึงระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4) รวมถึงการตรวจวินิจฉัยทารกที่คลอดจากแม่ติดเชื้อภายในอายุ 2 เดือน เพื่อเริ่มรักษาด้วย ยาต้านไวรัสทุกรายโดยเร็วที่สุด ซึ่งการให้ยาต้านไวรัส แต่เนิ่น ๆ นอกจากเป็นการรักษาแล้ว ยังมีผลในการป้องกันโรคด้วย

3. สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อฯ กินยาสม่ำเสมอตลอดชีวิต และคงอยู่ในระบบบริการต่อเนื่อง มากกว่า ร้อยละ 90

4. พัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ บริการ สุขภาพ ระบบชุมชน โดยผสมผสานบูรณาการระหว่างงานการ ป้องกันและรักษา ใช้หลักแนวคิด เข้าถึง ตรวจ รักษา คงอยู่ โดย ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด เข้าถึงระบบบริการ

5. รมรณรงค์สร้างความเข้าใจ ประชาชน ให้เรื่องเอชไอวีและ การตรวจหาเชื้อเอชไอวี เป็นเรื่องธรรมดา ทุกคนควรรู้สถานะ การติดเชื้อ และตรวจเป็นประจำ หรือเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่ ป้องกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมป้องกันโรคสูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. นิยามผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5. ตุลาคม : 2546.

2. สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดทำรหัสผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในการเฝ้าระวังผู้ป่วย เอดส์ (รายงาน 506/1 507/1)ครั้งที่ 4. เมษายน : 2546.

3. สุนา สันต์ถาง, นิรมล ปัญสุวรรณ, อรพรรณ แสงวรรณ ลอย. สถานการณ์โรคการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ.2557.

4. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. การยุติ ปัญหาในประเทศไทย. (เอกสารอัสสำเนา)

ผู้เรียบเรียง

สุปิยา จันทรมณี

บรรณาธิการวิชาการ

พญ.จรัสดาว บุญยิ, นพ.ภาสกร อัครเสวี

