

โรคอหิวาตกโรค (Cholera)

ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2556 (ค.ศ. 2004 – 2013) อัตราป่วยด้วยโรคอหิวาตกโรคในภาพรวมของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง จาก 3.41 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2547 เหลือเพียง 0.02 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 1 – 14 ราย ยกเว้นปี พ.ศ. 2548, 2549 และ 2555 ที่ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคนไทย อาชีพรับจ้าง รองลงมา ได้แก่ กลุ่มแรงงานต่างด้าว ชาวพม่าและกัมพูชา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคณงานในไร่เกษตร ลูกเรือประมงหรือทำงานในภาคอุตสาหกรรมอาหารทะเล มักอาศัยอยู่อย่างแออัด มีการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหาร และสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ไม่ดี กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี มีอัตราป่วยสูงที่สุดทุกปี ยกเว้นปี พ.ศ. 2547 และ 2556 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน เชื้อในกลุ่ม serotype Ogawa เป็นเชื้อหลักที่ก่อให้เกิดการระบาดในแต่ละปี ยกเว้นในปี พ.ศ. 2548 และ 2551 ที่พบเชื้อกลุ่ม serotype Inaba มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 67 และ 60 ตามลำดับ ไม่พบการกระจายของผู้ป่วยแบบมีฤดูกาล (seasonal variation) มีผู้ป่วยแบบประปรายตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุแหล่งโรคและชนิดของอาหารที่เป็นสาเหตุได้อย่างชัดเจน อาหารที่สงสัยหรือน่าจะเป็นสาเหตุของการป่วยส่วนใหญ่ เป็นอาหารทะเล อาหารดิบ หรืออาหารที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ โดยเฉพาะอาหารประเภทส้มตำ ยำ หรือลาบ ในบางปี พบการระบาดแบบมีแหล่งโรคร่วม มีผู้ป่วย 2 – 17 รายต่อเหตุการณ์เกิดในช่วงสั้น ๆ ไม่กี่วัน โดยจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเกิดในครอบครัวหรือในกลุ่มผู้มาร่วมรับประทานอาหารในงานบุญ สงสัยข้าวมันไก่ ลาบวัวดิบ ลาบหมูหนึ่ง อาหารทะเลลวก นึ่ง ย่าง ยำรวมมิตรขาไก่ เป็นสาเหตุของการป่วย กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในห้องเช่า/ชุมชนเดียวกันอย่างแออัด มีการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ไม่สามารถระบุแหล่งโรคและสาเหตุของการระบาดได้อย่างชัดเจน ส่วนการระบาดอย่างต่อเนื่องและยาวนานเป็นเวลา 3 เดือน – 2 ปี พบในช่วงปี พ.ศ. 2547 – 2554 ที่จังหวัดปัตตานี ตาก ระนอง ระยอง ชอนแก่น นครราชสีมา มหาสารคาม โดยพบการระบาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2547 (ค.ศ. 2004) 2550 (ค.ศ. 2007) และปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) (รูปที่ 1)

ในปี พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2014) สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคอหิวาตกโรค จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายระบาดวิทยาทั่วประเทศ รวม 12 ราย อัตราป่วย 0.02 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต อัตราส่วนเพศหญิงต่อชาย เท่ากับ 1 : 1 อายุ 1 – 53 ปี (มัธยฐาน 24.5 ปี) กลุ่มอายุ 0 – 4 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด (0.05 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 25 – 34 ปี (0.04), 15 – 24 ปี (0.04), 45 – 54 ปี (0.01) และ 35 – 44 ปี (0.01) ผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้าง 5 ราย ในปกครอง 3 ราย นักเรียน/นักศึกษา 3 ราย และนักบวช 1 ราย เป็นคนไทย 11 ราย ร้อยละ 91.7 และพม่า 1 ราย

เริ่มป่วยในเดือนมกราคม กุมภาพันธ์ และกันยายน เดือนละ 1 ราย มิถุนายน 2 ราย กรกฎาคม และธันวาคม เดือนละ 2 ราย สิงหาคม 3 ราย ราย เป็นผู้ป่วยจากจังหวัดขอนแก่น 4 ราย (อัตราป่วย 0.22 ต่อประชากรแสนคน) กรุงเทพมหานคร 3 ราย (0.05) ฉะเชิงเทรา ราชบุรี นครปฐม เชียงใหม่ และนครราชสีมา จังหวัดละ 1 ราย อยู่ในเขตเทศบาล 8 ราย องค์การบริหารส่วนตำบล 4 ราย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 5 ราย โรงพยาบาลชุมชน 2 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย และคลินิกเอกชน 3 ราย เป็นผู้ป่วยใน 9 ราย ผู้ป่วยนอก 3 ราย

ตรวจพบเชื้อ *Vibrio cholerae* serogroup O1, El Tor, Ogawa 7 ราย เชื้อ *Vibrio cholerae* serogroup O1, El Tor, Inaba 4 ราย และเชื้อ *Vibrio cholerae* serogroup O1, El Tor, Hikojima 1 ราย (ตารางที่ 1)

จากการสอบสวนโรคในผู้ป่วยแต่ละราย ไม่พบการระบาดแบบเป็นกลุ่มก้อนหรือแบบมีแหล่งโรคร่วม ไม่สามารถระบุแหล่งโรคและชนิดของอาหารที่เป็นสาเหตุได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จำประวัติการรับประทานอาหารได้ไม่ครบ 5 วัน ผู้ที่รับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วย ไม่มีใครป่วย รวมทั้งตรวจไม่พบเชื้ออหิวาตกโรคในตัวอย่างที่เก็บด้วยวิธี rectal swab จากผู้สัมผัสดังกล่าว

สรุป

ปี พ.ศ. 2557 มีรายงานจำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคอหิวาตกโรคใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2556 และเป็นปีที่มีจำนวนผู้ป่วยต่ำอีกปีหนึ่ง เมื่อเทียบกับปีอื่น ๆ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ไม่พบการระบาดแบบเป็นกลุ่มก้อน ทั้งในกลุ่มคนไทยและกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยจังหวัดที่พบผู้ป่วยในปีนี้ทั้งหมดเป็นจังหวัดใหญ่ หรือพื้นที่ที่ไม่ไกลจากกรุงเทพและมีแรงงานย้ายถิ่นจำนวนมาก โดยเฉพาะจังหวัดที่พบเชื้อ serotype Inaba เป็นที่น่าสังเกตว่าล้วนแต่เป็นจังหวัดใหญ่ ๆ ที่เป็นศูนย์กลางคมนาคมและเขตเศรษฐกิจที่สำคัญของแต่ละภาค ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับการที่แรงงานย้ายถิ่น โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าว มักมีสภาพความเป็นอยู่ที่แออัด และไม่ค่อยถูกหลักสุขาภิบาล ทำให้มีการรับและแพร่เชื้อได้ง่าย ร่วมกับการที่จังหวัดใหญ่ ๆ มักมีการนำเข้าอาหารจากต่างพื้นที่จำนวนมากรวมทั้งอาหารทะเล ทำให้มีการตรวจพบเชื้ออหิวาต์ได้ตลอด แม้ในปีที่ไม่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนดังเช่นปีนี้

ผู้เรียบเรียง

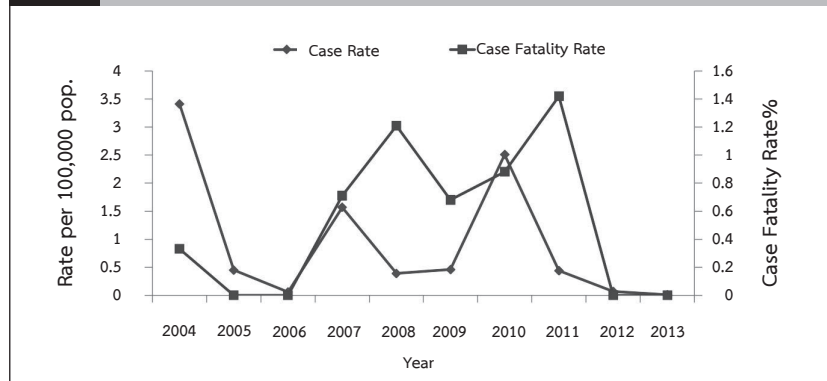
สุชาติ จันทสิริยากร

บรรณาธิการวิชาการ

ดร.พญ.พจมาน ศิริอารยาภรณ์, นายวันชัย อาจเขียน

Fig.1

Reported Cases of Cholera per 100,000 Population and Case Fatality Rate by Year Thailand, 2004 - 2013



ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอหิวาตกโรค จำแนกรายจังหวัดและชนิดของเชื้อก่อโรค

จังหวัด	Ogawa	Inaba	Hikojima	รวม
กรุงเทพมหานคร	2	1	-	3
นครปฐม	1	-	-	1
ราชบุรี	1	-	-	1
ฉะเชิงเทรา	1	-	-	1
ขอนแก่น	2	1	1	4
นครราชสีมา	-	1	-	1
เชียงใหม่	-	1	-	1
รวม	7	4	1	12