

ในปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคคางทูม จำนวน 15,885 ราย อัตราป่วย 24.94 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต

แนวโน้มการเกิดโรคตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 – 2553 (ค.ศ. 2001 – 2010) พบว่าอัตราป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2545 – 2546 เท่ากับ 17.35 – 17.59 ต่อประชากรแสนคน และแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2550 – 2552 อัตราป่วย 14.78 – 32.12 ต่อประชากรแสนคน แล้วลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 24.94 ต่อประชากรแสนคน (รูปที่ 1)

พบผู้ป่วยตลอดปี แต่ลักษณะเกิดโรคตามฤดูกาล ซึ่งมี 2 ช่วง คือช่วงฤดูหนาวต่อฤดูร้อน ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม และช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม จำนวนผู้ป่วยทุกเดือนของปี พ.ศ. 2552 – 2553 สูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี (รูปที่ 2) ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2553 สำนักระบาดวิทยา ได้รับรายงานการระบาด ในปี พ.ศ. 2553 รวม 16 เหตุการณ์ ซึ่งเกิดขึ้นที่ Mukdahan 3 เหตุการณ์ สุโขทัยและนนทบุรี 2 เหตุการณ์ กรุงเทพมหานคร ระยอง น่านบุรีรัมย์ กำแพงเพชร พิษณุโลก พระนครศรีอยุธยา ศรีสะเกษ และหนองบัวลำภู จังหวัดละ 1 เหตุการณ์ มีผู้ป่วยรวม 274 ราย ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่อยู่รวมกันเป็นกลุ่มใหญ่ ดังนี้ โรงเรียน 6 เหตุการณ์ ผู้ป่วย 89 ราย ครอบครัวและชุมชน 5 เหตุการณ์ (77) สถานสงเคราะห์ และศูนย์เด็กเล็ก อย่างละ 2 เหตุการณ์ (50,27) และโรงงาน 1 เหตุการณ์ (12) การระบาดส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่างเดือนมกราคม – พฤษภาคม พบ 13 เหตุการณ์ ที่เหลือ 3 เหตุการณ์เกิดในเดือนสิงหาคม (2) และพฤศจิกายน (1) จากรายงานการสอบสวนโรคทั้งหมดมีเพียง 3 เหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมี 1 เหตุการณ์ คือการระบาดในโรงงานจังหวัดระยอง พบว่ามีการติดเชื้อไวรัสคางทูม Genotype J

จากข้อมูลรายภาคย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2549 – 2553 (ค.ศ. 2006 – 2010) พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยสูงกว่าภาคเดียวกันในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (2549 – 2551) ส่วนในปี พ.ศ. 2553 ทุกภาคมี อัตราป่วยลดลง ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด 36.56 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (31.48) ภาคใต้ (21.86) และภาคกลางมีอัตราป่วยต่ำสุด (13.30) (รูปที่ 3)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 108.55 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา

คือบุรีรัมย์ (92.82) Mukdahan (86.77) ตาก (72.70) และน่าน (72.27) (รูปที่ 4)

ผู้ป่วยกระจายในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล 11,495 ราย ร้อยละ 72.36 และเขตเทศบาล 4,004 ราย ร้อยละ 27.64 เพศชายมากกว่าเพศหญิง เพศชาย 8,078 ราย เพศหญิง 7,807 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1 ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มอายุ 5 – 9 ปี อัตราป่วยสูงสุด 115.61 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ 0 – 4 ปี (87.53) 10 – 14 ปี (51.11) 15 – 24 ปี (18.05) และ 25 – 34 ปี (14.43) (รูปที่ 5)

ในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทย เริ่มให้บริการวัคซีนป้องกันโรคคางทูม ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 (อายุ 7 ปี) ในรูปของวัคซีนรวมหัด – คางทูม – หัดเยอรมัน (MMR) ดังนั้น ผู้ที่มีอายุระหว่าง 7 – 20 ปี ควรจะได้รับวัคซีนป้องกันโรคคางทูมแล้ว จึงพบว่ากลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีนซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคนี้

นักเรียนมีจำนวนป่วยสูงสุด ร้อยละ 36.39 รองลงมา คือ ในปกครอง (34.98) เกษตรกรรม (10.67) รับจ้าง (10.00) บุคลากรสาธารณสุข พบป่วยเพียง ร้อยละ 0.37 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน 7,763 ราย ร้อยละ 48.87 รองลงมา คือ สถานีอนามัย 5,794 ราย (36.47) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 1,903 ราย (11.98) คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน 266 ราย (1.67) คลินิกราชการ 97 ราย (0.61) โรงพยาบาล ในเขตกรุงเทพมหานคร 53 ราย (0.33) และไม่ระบุ 9 ราย

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการของโรคคางทูม ในปี พ.ศ. 2553 ดำเนินการโดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยวิธีการตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันจากผู้ป่วย จำนวน 43 ตัวอย่าง พบระดับภูมิคุ้มกันต่อไวรัสคางทูม 28 ตัวอย่าง ร้อยละ 65.11 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยโรค จำนวน 131 ตัวอย่าง ให้ผลบวก 71 ตัวอย่าง (54.2)

โรคคางทูมแม้จะเป็นโรคที่ยังไม่พบผู้เสียชีวิต มีอัตราป่วย ต่ำกว่า 50 ต่อประชากรแสนคน มักเกิดในเด็กทุกกลุ่มอายุ แต่ถ้าเกิดในผู้ใหญ่จะมีอาการรุนแรง พบผู้ป่วยมากในช่วงฤดูหนาว เนื่องจากเชื้อคางทูมสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้นานในช่วงนั้น ทำให้มีโอกาสนับแพร่กระจายเชื้อได้นานกว่าและมากกว่าช่วงฤดูอื่น ๆ การติดต่อส่วนใหญ่ติดต่อทางน้ำลาย หรือการปนเปื้อนเชื้อจากน้ำลาย น้ำมูก (สารคัดหลั่งในช่องปากและจมูก) และทางการหายใจ มีระยะฟักตัว 15 – 18 วัน การระบาดมักจะเกิดขึ้นเมื่อมีการอยู่รวมกันเป็นกลุ่มใหญ่ การจัดให้มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรม เช่น ในสถานศึกษา สถานสงเคราะห์ มีการใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกัน ดังนั้น การป้องกันโรคที่เหมาะสมคือการปรับวัคซีนตามอายุที่กำหนด ดูแลรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล และหากป่วยควรอยู่บ้าน ไม่ไปโรงเรียน ไม่ทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่ไปคลุกคลีกับคนทั่วไป หรือไม่เข้าไปในที่ชุมชน ที่มีประชาชนอยู่หนาแน่น เมื่อเข้ารับการรักษาสถานพยาบาล ไม่ใช่ของใช้ร่วมกับ

ผู้อื่น จะช่วยลดการแพร่กระจายของโรคแล้วยังลดการใช้
ทรัพยากรที่มีจำกัดด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. James Chin, editor. *Control of Communicable Diseases Manual. Seventeenth Edition. Washington,DC : United Book Press , 2000 : 353 – 5.*
2. รายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ การด้านไวรัส ประจำปี 2553 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ 1 – 14, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจความครอบคลุมของการได้วัคซีนขั้นพื้นฐาน และวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 25551. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552

ผู้เรียบเรียง

กมลชนก เทพลีธา

Fig. 1 Reported Cases of Mumps per 100,000 Population and Case fatality Rate, by Year, Thailand, 2001 - 2010

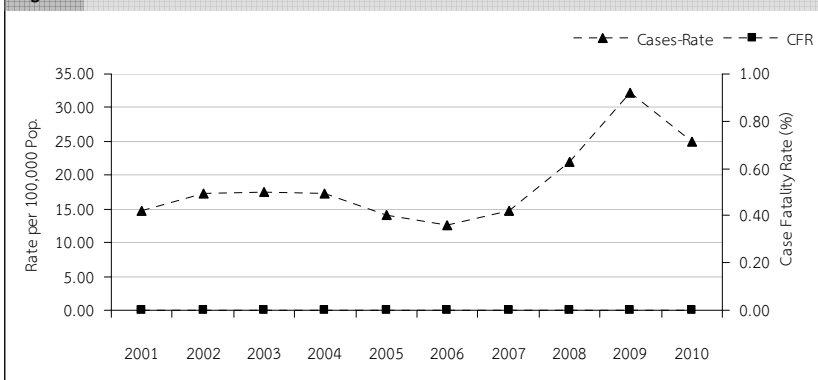


Fig. 2 Reported Cases of Mumps by Month, 2009 - 2010 and Median 2005 - 2009, Thailand

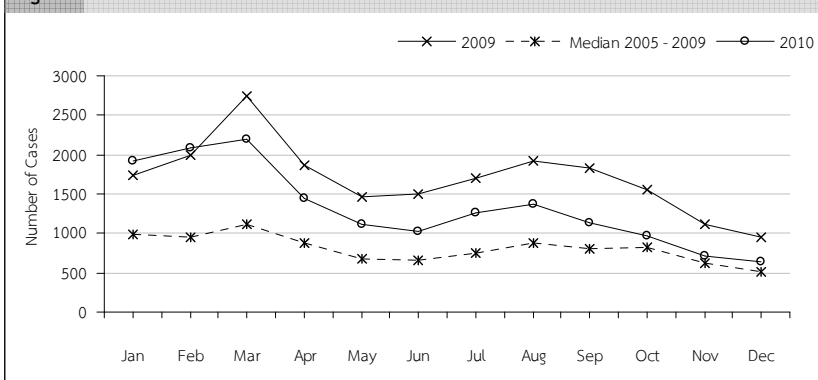


Fig. 3 Reported Cases of Mumps per 100,000 Population, by Region, Thailand, 2006 - 2010

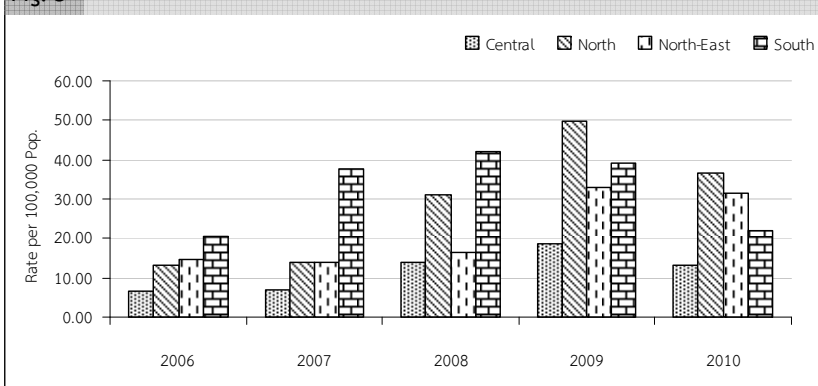


Fig. 5 Reported Cases of Mumps per 100,000 Population, by Age-group, Thailand, 2006 - 2010

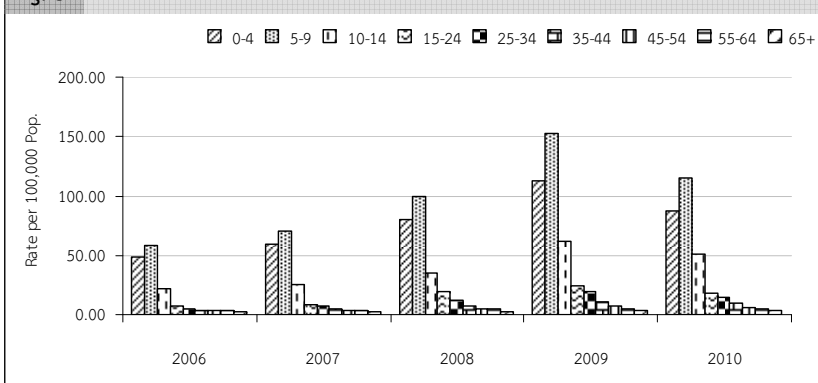
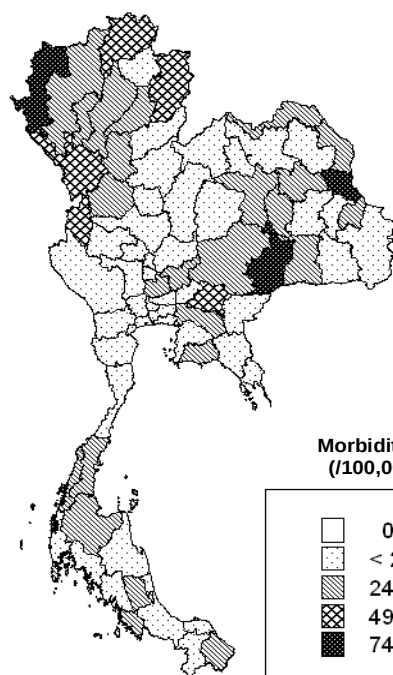


Fig. 4 Reported Cases of Mumps per 100,000 Population, by Province, Thailand, 2010



Morbidity rate (/100,000) **Number of provinces**

0	(0)
< 24.94	(44)
24.94 - 49.88	(25)
49.89 - 74.82	(4)
74.83+	(3)

Top Ten Leading Rate

1	Mae Hong Son	108.55
2	Buri Ram	92.82
3	Mukdahan	86.77
4	Tak	72.7
5	Nan	72.27
6	Chiang Rai	69.7
7	Prachin Buri	55.58
8	Amnat Charoen	48.73
9	Nong Khai	46.15
10	Lampang	45.73