

ระบาดวิทยาโรคเรื้อนของประเทศไทย
ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ปี พ.ศ. 2550 - 2554
Epidemiology of Leprosy in Thailand in
the Tenth National Public Health Development Plan from 2007 - 2011

วิจิตรา ธารีสุวรรณ วท.ม. (สุขศึกษา)
สถาบันราชประชาสมาสัย
กรมควบคุมโรค

Vijitra Thareesuwan, M.Sc. (Health Education)
Raj Pracha Samasai Institute
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

ผู้วิจัยได้ศึกษาการประเมินผลระบาดวิทยาย้อนหลัง (retrospective epidemiological study) ของโรคเรื้อนในประเทศไทยในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ปี พ.ศ. 2550 - 2554 โดยการวิเคราะห์สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายของตัวชี้วัดสำคัญของการดำเนินงานโครงการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยในภาพรวมสรุปได้ว่า โครงการฯ มีสัมฤทธิ์ผลที่น่าพอใจตามเกณฑ์เป้าหมายของตัวชี้วัด โดยสามารถลดความชุกได้ร้อยละ 35.29 ใน 5 ปี หรือเฉลี่ยลดลงปีละ ร้อยละ 7.01 และมีเพียงผู้ป่วยลงทะเบียนรักษา 678 รายด้วย อัตรา 0.11 ต่อประชากรหนึ่งหมื่น ในปี 2554 และลดอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ลงได้ ร้อยละ 21.25 หรือเฉลี่ยลดลงปีละ ร้อยละ 4.25 และมีเพียงผู้ป่วยใหม่ 280 รายด้วย อัตราการค้นพบ 0.44 ต่อประชากรหนึ่งแสน ในปี 2554 และพบว่ามีความก้าวหน้าในสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กเพิ่มขึ้น และสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรตสองเฉลี่ยใน 5 ปี เท่ากับร้อยละ 4.14 และ 12.67 ตามลำดับ ซึ่งต่ำใกล้เคียงเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด นอกจากนี้ยังพบพื้นที่ที่ปลอดโรคเรื้อนซึ่งไม่มีทั้งผู้ป่วยลงทะเบียนและผู้ป่วยค้นพบใหม่ใน 8 จังหวัด (ร้อยละ 10.39) และ 581 อำเภอ (ร้อยละ 60.71) เมื่อสิ้นปี 2554 รวมทั้งสามารถค้นพบผู้ป่วยใหม่จากบุคคลต่างตัว รวม 137 ราย ใน 5 ปี คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7.02 ของผู้ป่วยใหม่ รวม 1,950 รายทั่วประเทศ ผู้วิจัยได้อภิปรายถึงปัจจัยเกี่ยวข้องและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานโครงการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ในปี 2555 - 2559 ให้ประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

Abstract

The author has conducted the retrospective epidemiological study of leprosy in Thailand in the Tenth National Public Health Development Plan from 2007 - 2011, based on epidemiological and operational indicators of the national programme on sustainable elimination of leprosy. Overall results revealed satisfactory achievement of such programme according to established target of each indicator, particularly being able to reduce 35.29 percent of prevalence with average annual reduction of 7.01 percent while reduction of 21.25 percent of detection rate on new case with average annual reduction of 4.25 percent was found. The remaining number of 678 registered cases (prevalence rate of 0.11 per 10,000 population) and 280 newly

detected cases (detection rate of 0.44 per 100,000 population) were also found at the end of 2011. In addition, it was found that the programme was able to achieve leprosy free area in 8 provinces (10.39 percent) and 581 districts (60.71 percent) at the end of 2011. Furthermore, total 137 new cases were detected among foreign immigrants which was 7.02 percent of total 1950 new cases found during these five years. The author has made discussion on related factors and recommendation for better improvement and achievement of the programme on sustainable elimination of leprosy for the next eleventh national public health development plan from 2013 - 2016.

ประเด็นสำคัญ

ระบาดวิทยาโรคเรื้อน ประเทศไทย
แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10
พ.ศ. 2550 - 2554

Keywords

Epidemiology of leprosy, Thailand,
Tenth national public health development plan,
Year 2007 - 2011

บทนำ

โครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำริ ได้เริ่มขยายโครงการฯ ในปี 2500 ในรูปแบบของ โครงการชำนาญพิเศษ (specialized/vertical leprosy control project) และได้ครอบคลุมทุกจังหวัดได้ ในปี 2519 โดยเริ่มบูรณาการโอนมอบให้ระบบบริการ สุขภาพ ของทุกจังหวัด (integration of leprosy control into provincial health system) ระหว่างปี 2514-2519 ด้วยการอบรมปฐมนิเทศแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข จังหวัด ร่นละ 30-50 คน รวม 8,634 คน ก่อนโอน มอบงาน และใช้การรักษาด้วยระบบยาเคมีบำบัด คือยา แด๊ปโซนชนิดเดี่ยว (dapsone monotherapy)⁽¹⁻⁴⁾ ทำให้ ต่อมาเกิดปัญหาเชื้อโรคเรื้อนดื้อต่อยาแด๊ปโซน⁽⁵⁻⁶⁾ จึงได้เริ่มเปลี่ยนการรักษาเป็นระบบยาเคมีบำบัดผสมตาม ข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO Recommended Multidrug Therapy : MDT) นับแต่ปี 2528 เป็นต้นมา⁽⁷⁻⁹⁾ ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น สามารถจำหน่ายผู้ป่วยให้หายจากโรคได้ในเวลาที่รวดเร็ว ยิ่งขึ้น ส่งผลให้ลดอัตราความชุก(prevalence rate) ลงได้ อย่างรวดเร็ว⁽¹⁰⁻¹²⁾ ทำให้อัตรา 50 ต่อประชากร 1 หมื่น เมื่อเริ่มโครงการฯ ลดต่ำลงเหลือเพียง 0.8 ต่อประชากร 1 หมื่น ในปี 2537 ซึ่งอัตราความชุกที่ต่ำกว่า 1 ต่อหมื่น เป็นหลักเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกยอมรับว่าสามารถ

กำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จ ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป (elimination of leprosy as a public health problem) สมดังพระราชปณิธาน⁽¹³⁻¹⁵⁾

โครงการควบคุมโรคเรื้อนในสภาวะความชุก โรคต่ำมาก จึงได้รับการปรับเป็นโครงการกำจัดโรคเรื้อน โดยบูรณาการในระบบบริการสุขภาพของทุกจังหวัด ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการ กำกับดูแลและสนับสนุนของสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ของกรมควบคุมโรค รวมทั้งการสนับสนุนจากมูลนิธิราชประชาสมาสัยใน พระบรมราชูปถัมภ์⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

สถานการณ์ระบาดวิทยาโรคเรื้อนหลังกำจัด ได้สำเร็จในปี 2537 (post elimination) พบมีอัตรา ความชุกและอัตราการตรวจพบผู้ป่วยใหม่ลดลงอย่าง ชั่ว ๆ และระยะแรกยังมีจังหวัดและอำเภอที่ยังมีความชุก สูงเกินอัตรา 1 ต่อหมื่น กระจุกตัวในบางจังหวัดและ อำเภอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ จนสู่ระดับที่ไม่พบมีจังหวัดใดที่มีอัตราความชุกมากกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่น และมีหลายจังหวัด และอำเภอ ที่ปลอดจากโรคเรื้อน (leprosy free areas) คือ ไม่พบทั้งผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาและผู้ป่วยใหม่⁽⁹⁻¹⁰⁾ โดยสถานการณ์จนถึงปลายปี 2554 พบมีผู้ป่วยลง

ทะเบียนรักษาทั้งประเทศเพียง 678 คน ด้วยอัตราความชุกต่ำเพียง 0.11 ต่อประชากร 1 หมื่น และมีผู้ป่วยค้นพบใหม่เพียง 280 คน ด้วยอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ 0.44 ต่อประชากร 1 แสน โดยไม่มีจังหวัดใดที่มีความชุกสูง 1 ต่อประชากร 1 หมื่น และมี 3 จังหวัดที่ปลอดจาก โรคเรื้อน (ไม่มีทั้งผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาและผู้ป่วยค้นพบใหม่) ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ปี 2550 - 2554 ทุกปี คือ สิงห์บุรี ตราด และอ่างทอง และมีเพียง 8 อำเภอทั้งประเทศใน 5 จังหวัดที่ยังมีอัตราความชุก 1 ต่อประชากร 1 หมื่นขึ้นไป คือ ชัยภูมิ บุรีรัมย์ ขอนแก่น ปัตตานี และนราธิวาส⁽¹⁸⁾

จากความเป็นมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะทำการศึกษาระบาดวิทยาโรคเรื้อนในประเทศไทย ในปีแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 ระหว่างปี 2550 - 2554 เพื่อศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระบาดวิทยา หลังการกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จในช่วงแผนพัฒนาฯ ดังกล่าว รวมทั้งศึกษาถึงพื้นที่จังหวัดและอำเภอที่ยังเป็นปัญหาด้านการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อน ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลการศึกษาไปขยายผลในการศึกษาเชิงลึกเฉพาะด้าน และนำผลการศึกษาไปปรับปรุงพัฒนาการวางแผนให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และประสบความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน สมดังพระราชปณิธาน และเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ใช้วิธีศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณาย้อนหลัง (retrospectively descriptive epidemiological research) โดยรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากระเบียนและรายงานที่เกี่ยวข้อง และแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลในรอบปี 2550-2554 เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยา และการปฏิบัติการกำจัดโรคเรื้อนของประเทศไทย ในปี 2550 - 2554 ในขอบเขตแยกทั้งในระดับมหภาค (macro levels) ระดับภาค / จังหวัด และจุลภาค (micro levels) ในระดับอำเภอทั่วประเทศ จากพื้นที่ทั้งหมด

ของ กทม. และ 4 ภาค คือ 1) กทม., 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) ภาคใต้ 4) ภาคกลาง และ 5) ภาคเหนือ ซึ่งประกอบด้วย 77 จังหวัด และ 957 อำเภอทั่วประเทศ โดยใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดทางระบาดวิทยา และการปฏิบัติการที่สำคัญตามหลักเกณฑ์องค์การอนามัยโลก และสถาบันราชประชาสมาสัย คือ^(19 - 20)

1. จำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (number of registered cases)
2. อัตราความชุกโรคเรื้อนต่อประชากร 1 หมื่นคน (prevalence rate per 10,000 population)
3. จำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ (number of newly detected cases of leprosy)
4. อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน (detection rate of new cases per 100,000 population)
5. จำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก คิดเป็นร้อยละ (number and proportion of children among newly detected cases)
6. จำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่มีพิการเกรด 2 คิดเป็นร้อยละ (number and proportion of grade 2 deformity among newly detected cases)
7. จำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นชนิดเชื้อมากคิดเป็นร้อยละ (number and proportion of multibacillary cases : MB among newly detected cases)
8. อัตราการได้รับยาเคมีบำบัดผสมครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (MDT completion rate) ของผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษานิดเชื้อมน้อย (paucibacillary cases : PB) และชนิดเชื้อมาก (multibacillary cases)
9. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา MDT ครบ และได้รับการจำหน่ายจากการรักษาตามเกณฑ์ (number of registered bases released from treatment)
10. จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนต่างชาติที่ได้รับการค้นพบและรักษาด้วยยา MDT ในแต่ละปี ตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวพระราชทานในปี 2540

ผลการศึกษา

1. ระบาดวิทยาในระดับมหภาค (macro - levels) (ภาคและจังหวัด)

ระบาดวิทยา และการปฏิบัติการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรัง ในภาพรวมตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ในปี 2550 - 2554 ได้สรุปดังตารางที่ 1 ภาพที่ 1 และภาพที่ 2

1.1 แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 1 แนวโน้มของผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดที่สำคัญของการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อรัง ของประเทศไทย ในปี 2550 - 2554

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัดที่สำคัญ	ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย					อัตราการ ลดลง(ร้อยละ) ใน 5 ปี
		ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	
1	จำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาด้วยยา MDT	1,054	887	671	674	678	35.67
2	อัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น	0.17	0.14	0.11	0.11	0.11	35.29
3	จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบ	506	401	358	405	280	44.66
4	อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน	0.80	0.63	0.56	0.63	0.44	21.25
5	จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก	17	12	9	26	18	-
6	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก	3.4	3.0	2.51	6.42	6.43	เพิ่ม 89.12
7	จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เกิดการเกรด 2	58	49	52	60	29	-
8	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยใหม่ที่เกิดการเกรด 2	11.46	12.22	14.53	14.81	10.36	9.60
9	จำนวนผู้ป่วยใหม่ชนิดเชื้อมาก (MB)	322	275	257	267	193	-
10	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยใหม่ชนิดเชื้อมาก	63.60	68.58	71.79	65.93	68.98	เพิ่ม 8.38
11	อัตรา (ร้อยละ) การได้รับยา MDT ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน - ผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (PB) - ผู้ป่วยชนิดเชื้อมาก (MB)	85.44	86.71	87.23	83.50	93.79	-
12	จำนวนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากทะเบียนรักษาหลังรับยาครบตามเกณฑ์	636	598	433	NR*	279	-
13	จำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นชาวต่างชาติที่ได้รับการค้นพบ	25	33	16	40	23	-

* NR = Non Report

จากตารางที่ 1 สรุปสาระสำคัญการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์โรคเรื้อรังในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี 2550 - 2554) ได้คือ

1.1.1 จำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษา และอัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น ลดลงร้อยละ 35.67 และ 35.29 ตามลำดับ หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ย การลดต่ำลงต่อปี ร้อยละ 7.13 และร้อยละ 7.06 ตามลำดับ

1.1.2 จำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ และอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน ลดลงร้อยละ 44.66 และ 21.25 ตามลำดับ หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ย การลดต่ำลงต่อปี ร้อยละ 8.93 และ 4.25 ตามลำดับ

1.1.3 อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กเฉลี่ยใน 5 ปีเท่ากับร้อยละ 4.14 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 89.12 ใน 5 ปี หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.82 ต่อปี

1.1.4 อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ที่เกิดการเกรด 2 โดยเฉลี่ย 5 ปีเท่ากับร้อยละ 12.67 และมี

แนวโน้มลดลงร้อยละ 9.60 หรือคิดเป็นอัตราเฉลี่ยลดลงร้อยละ 4.60 ต่อปี

1.1.5 อัตราการพบผู้ป่วยใหม่ชนิดเชื้อมาก โดยเฉลี่ย 5 ปีเท่ากับร้อยละ 74.10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.38 หรือเพิ่มเฉลี่ยในอัตราร้อยละ 0.92 ต่อปี

1.1.6 อัตราการได้รับยา MDT ครบถ้วนเฉลี่ย 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 87.3 (ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 85.00)

1.1.7 ผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติได้รับการค้นพบ รวม 137 คน โดยเฉลี่ย 5 ปี ค้นพบได้ปีละ 27 คน และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยใหม่ทั้งหมดที่ค้นพบใน 5 ปี รวม 1,950 คน คิดเป็นสัดส่วนสูงร้อยละ 7.02

1.2 แนวโน้มจำนวนจังหวัดที่ปลอดจากโรคเรื้อน (leprosy free provinces) โดยไม่พบทั้งผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษา และผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ ในปี 2550 - 2554

1.2.1 หลังจากกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข ในปี 2537 (อัตราความชุก < 1 ต่อประชากร 1 หมื่น) จนเข้าสู่ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี 2550 - 2554) ประเทศไทยเริ่มสามารถพบจังหวัดที่ปลอดจากโรคเรื้อนได้เป็นครั้งแรก โดยใน 5 ปี (2550 - 2554) ในที่ 2 ตารางที่ 2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงการกระจายผู้ป่วยที่ลงทะเบียน และอัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น ในจังหวัดในภาคต่าง ๆ

ของประเทศไทย ในปี 2550 - 2554

ภาค	จำนวน จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาและอัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น															อัตราความ ชุกลดลง (ร้อยละ) ใน 5 ปี
		ปี 2550			ปี 2551			ปี 2552			ปี 2553			ปี 2554			
		จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	
กทม. ตะวันออก เฉียงเหนือ ใต้ กลาง เหนือ รวม	1	80	7.59	0.14	58	8.54	0.10	24	3.57	0.04	24	3.46	0.04	20	2.95	0.04	71.43
	19	468	44.40	0.25	426	48.08	0.20	320	47.89	0.15	345	49.71	0.16	353	52.06	0.16	36.00
	16	187	17.74	0.20	167	18.83	0.08	153	22.80	0.17	157	22.62	0.05	144	21.24	0.16	20.00
	23	158	14.49	0.15	106	11.95	0.11	65	9.68	0.04	74	10.66	0.05	71	10.47	0.04	73.33
	18	161	15.27	0.13	130	14.65	0.11	109	18.24	0.09	94	13.54	0.08	90	13.27	0.08	38.46
รวม	77	1054	100	0.17	887	100	0.14	671	100	0.11	694	100	0.11	678	100	0.11	35.29

หมายเหตุ : สัดส่วน (ร้อยละ) ในแต่ละปีของผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาในแต่ละภาคเทียบกับจำนวนทั้งหมดทั่วประเทศ

77 จังหวัด ทั้งหมดพบจังหวัดที่ปลอดจากโรคเรื้อนรวมถึง 12 จังหวัด (ร้อยละ 15.58) คือ ภาคกลาง 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดตราด สิงห์บุรี อ่างทอง ราชบุรี สมุทรสงคราม และฉะเชิงเทรา และภาคที่เหลือนั้น ภาคละ 2 จังหวัด คือ ภาคเหนือ (จังหวัดพะเยา จังหวัดแพร่) ภาคใต้ (จังหวัดพัทลุง จังหวัดชุมพร) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดหนองคาย)

1.2.2 จังหวัดที่ปลอดโรคเรื้อนติดต่อกันอย่างต่อเนื่องใน 5 ปี (2550 - 2554) มี 2 จังหวัด คือ ตราด และสิงห์บุรี และที่ปลอดต่อเนื่อง 4 ปี คือ อ่างทอง

1.2.3 จังหวัดที่ปลอดโรคเรื้อนในปี 2554 มี 8 จังหวัดคือ

ภาคกลาง 4 จังหวัด (สิงห์บุรี อ่างทอง ตราด ฉะเชิงเทรา)

ภาคใต้ 2 จังหวัด (ชุมพร พัทลุง)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 จังหวัด (หนองคาย)

ภาคเหนือ 1 จังหวัด (แพร่)

1.3 จำนวนและการกระจายผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาและอัตราความชุกแยกรายภาคได้สรุปดังตารางที่ 2

จากตารางที่ 2 สรุปสาระสำคัญได้คือ

1.3.1 พื้นที่ กทม. และ 4 ภาค มีอัตราความชุกลดลงตามลำดับ คือ (1) ภาคกลาง ลดลงร้อยละ 73.33 (ลดปีละ 14.66%) (2) กทม. ลดลงร้อยละ 71.43 (ลดปีละ 14.28%) (3) ภาคเหนือลดลงร้อยละ 38.46 (ลดปีละ 7.96%) (4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงร้อยละ 36.00 (ลดปีละ 7.20%) และ (5) ภาคใต้ลดลงร้อยละ 20 (ลดปีละ 4.00%)

1.3.2 แนวโน้มพื้นที่ภาคที่มีจำนวนผู้ป่วยลงทะเบียนรักษา ในปี 2550 - 2554 มากที่สุด ตามลำดับ ยังคงได้แก่ (1) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2) ภาคใต้ (3) ภาคเหนือ (4) ภาคกลาง และ (5) กทม.

1.4 ความชุกโรคเรื้อรังใน 77 จังหวัด จนถึงสิ้นปี 2554 สรุปสาระสำคัญได้คือ

1.4.1 ไม่พบมีจังหวัดที่มีความชุกมากกว่า

1 ต่อ ประชากร 1 หมื่น และในปี 2550 - 2554 และ ไม่พบจังหวัดที่มีความชุกเพิ่มขึ้นใน 5 ปี

1.4.2 ผู้ป่วยลงทะเบียน 678 คน ในปี 2554 กระจายใน กทม. ร้อยละ 2.95, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 52.06 ภาคใต้ ร้อยละ 21.24 ภาคกลาง ร้อยละ 10.47 และภาคเหนือ ร้อยละ 13.23

1.4.3 ในปี 2554 มี 9 จังหวัดที่ปลอดโรคเรื้อรัง ที่ไม่พบมีผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาและผู้ป่วยใหม่ คือ สิงห์บุรี อ่างทอง ตราด ฉะเชิงเทรา แพร่ มุกดาหาร หนองคาย ชุมพร พัทลุง

1.5 แนวโน้มการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 ปี 2550-2554 ดังสรุปในตาราง 3-4

1.5.1 จำนวนและอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน แยกรายภาค ในปี 2550 - 2554

ตารางที่ 3 แนวโน้มการค้นพบผู้ป่วยใหม่ และอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ต่อประชากร 1 แสน ในปี 2550 - 2554

ภาค	จำนวน จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษาและอัตราความชุกต่อประชากร 1 หมื่น															การลดลง (ร้อยละ)ของ อัตราการค้น พบผู้ป่วยใหม่ ใน 5 ปี
		ปี 2550			ปี 2551			ปี 2552			ปี 2553			ปี 2554			
		จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	จำ นวน	สัดส่วน (ร้อยละ)	ความ ชุก	
กทม. ตะวันออก เฉียงเหนือ ใต้	1	34	6.72	0.59	20	49.87	0.35	21	5.86	0.37	11	8.72	0.19	11	39.28	0.19	67.78
	19	216	42.68	0.93	209	52.12	0.88	164	45.81	0.65	217	53.58	0.85	105	37.50	0.63	32.26
	16	87	17.19	0.59	74	18.45	0.72	81	22.62	0.73	91	22.47	0.83	107	38.21	0.59	เพิ่ม 40.68 ใน 4 ปี
กลาง	23	67	13.24	0.38	65	16.21	0.49	70	19.55	0.48	59	14.56	0.52	43	15.36	0.45	เพิ่ม 18.42 ใน 5 ปี
เหนือ	18	102	20.16	0.45	33	8.23	0.19	22	6.14	0.18	27	66.66	0.24	14	5.00	0.11	75.55
รวม	77	506	100	0.80	401	100	0.63	358	100	0.56	405	100	0.63	280	100	0.44	45.00

จากตารางที่ 3 สรุปสาระสำคัญได้คือ

1) อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ทั่วประเทศลดลง ร้อยละ 45 ใน 5 ปี (เฉลี่ยลดลงปีละ ร้อยละ 9.0)

2) อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ ใน 5 ปี เพิ่มขึ้นในภาคใต้ ร้อยละ 40.68 ใน 4 ปีแรก (เฉลี่ยเพิ่มปีละ ร้อยละ 10.57) และเพิ่มขึ้นในภาคกลาง ร้อยละ 18.42

(เฉลี่ยเพิ่มปีละ ร้อยละ 3.68)

3) อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ใน 5 ปี
- ลดลงใน กทม. ร้อยละ 67.78 (เฉลี่ยลดลงปีละ ร้อยละ 13.55)
- ลดลงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 32.26 (เฉลี่ยลดลงปีละ ร้อยละ 6.45)

1.5.2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจำนวน และที่เป็นชนิดเชื้อมาก ในปี 2550 - 2554 แยกรายภาค และสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กที่พิการระดับ 2

ตารางที่ 4 สรุปการเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก ที่พิการเกรด 2 และที่เป็นชนิดเชื้อมาก (MB) ในแต่ละภาค ในปี 2550 - 2554

ข้อเปรียบเทียบ	กทม.	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ภาคกลาง	ภาคเหนือ
แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนผู้ป่วยใหม่					
1. สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก					
- สัดส่วนต่ำสุด/สูงสุด(ร้อยละ)	- 0 - 2.94	- 1.22 - 7.87	- 6.17 - 8.79	- 0 - 14.28	- 2.32 - 9.09
- สัดส่วนเฉลี่ย 5 ปี (ร้อยละ)	- 0.58	- 4.15	- 6.84	- 4.73	- 4.24
- แนวโน้ม 5 ปี (ร้อยละ)	- พบสัดส่วน ร้อยละ 2.94 ในปี 2550 และ ไม่พบอีกเลยใน 4 ปีหลัง	- พบแนวโน้มลดลงใน 3 ปีแรก และเพิ่มขึ้นใน 2 ปีหลัง - โดยพบสูงเกินค่าเฉลี่ย ในปี 2550, 2553, 2554	- พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน 4 ปีแรก และลดลงในปี 2554 - โดยพบสูงเกินค่าเฉลี่ย ในปี 52, 53	- พบแนวโน้มลดลงใน 3 ปีแรก และเพิ่มขึ้นใน 2 ปีหลัง - โดยพบสูงเกินค่าเฉลี่ย ในปี 53, 54	- พบแนวโน้มลดลงใน 3 ปีแรก และเพิ่มขึ้นในปีที่ 4 และลดลงในปีที่ 5 - โดยพบสูงเกินค่าเฉลี่ย ในปี 50, และ 53
2. สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พิการระดับ 2					
- สัดส่วนต่ำสุด/สูงสุด(ร้อยละ)	- 5.88 - 27.27	- 7.87 - 13.41	- 6.54 - 16.09	- 11.11-31.82	- 8.82 - 25.42
- สัดส่วนเฉลี่ย 5 ปี (ร้อยละ)	- 18.21	- 11.15	- 11.64	- 18.98	- 13.67
- แนวโน้ม 5 ปี	- แนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่สม่ำเสมอ แต่ค่อนข้างสูงขึ้นใน 4 ปีแรก และลดลงในปีสุดท้าย - สูงเกินค่าเฉลี่ย ในปี 51, 52, 53	- แนวโน้มสูงขึ้นโดยตลอดใน 3 ปีแรก และคงเดิมใน 2 ปีหลัง - สูงเกินค่าเฉลี่ย ในปี 52, 53, 54	- แนวโน้มลดลง ใน 3 ปีแรก และเพิ่มขึ้น ปี 53 และลดลง ปี 54 - สูงเกินค่าเฉลี่ย ในปี 50, 51, 53	- แนวโน้มเพิ่มขึ้น ใน 3 ปีแรก ลดลงปี 53 และเพิ่มขึ้น ปี 54 - สูงเกินค่าเฉลี่ย ในปี 50, 52	- แนวโน้มเพิ่มขึ้น ใน 4 ปีแรก และลดลง ในปี 54
3. สัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นชนิดเชื้อมาก (MB)					
- สัดส่วนต่ำสุด/สูงสุด(ร้อยละ)	- 67.65-90.91	- 64.36-96.10	- 40.18-96.13	- 35.82 - 92.86	- 67.69 - 93.02
- สัดส่วนเฉลี่ย 5 ปี (ร้อยละ)	- 79.13	- 86.20	- 68.19	- 71.14	- 75.83
- แนวโน้ม 5 ปี	- แนวโน้มสูงขึ้นตลอด 4 ปีแรก และคงเดิม ปี 53 และ 54	- แนวโน้มสูงขึ้นตลอด 4 ปีแรก และลดลงในปี 54	- แนวโน้มลดลงใน 2 ปีแรก และเพิ่มขึ้นในปีที่ 4 และลดลงในปี 54	- แนวโน้มเพิ่มขึ้นใน 5 ปี เว้นปีที่ 3	- แนวโน้มขึ้น ๆ ลง ๆ ใน 5 ปี ไม่สม่ำเสมอ

1.5.3 การค้นพบผู้ป่วยใหม่ใน 77 จังหวัด จนถึงสิ้นปี 2554

1) จังหวัดที่ไม่พบผู้ป่วยใหม่ในปี 2554 มี 21 จังหวัด คือ

ภาคกลาง 13 จังหวัด (สิงห์บุรี อ่างทอง ตรานนท์ ลพบุรี ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ฉะเชิงเทรา สระแก้ว นครนายก ราชบุรี นครปฐม สมุทรสงคราม)

ภาคใต้ 4 จังหวัด (ประจวบคีรีขันธ์ ระนอง ชุมพร พัทลุง)

ภาคเหนือ 3 จังหวัด (พิจิตร สุโขทัยแพร่)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 จังหวัด (หนองคาย)

2) ในปี 2554 ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก 18 ราย (ไม่พบใน กทม.) คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 8 คน ใน 7 จังหวัด คือ ชัยภูมิ (1), บุรีรัมย์ (1) ขอนแก่น (1) อุตรดิตถ์ (1) อำนาจเจริญ (1) ยโสธร (1) มหาสารคาม (2)

ภาคใต้ มี 7 คน ใน 3 จังหวัด คือ พังงา (1) ปัตตานี (3) นราธิวาส (3)

ภาคกลาง มี 2 คน ใน 2 จังหวัด คือ สมุทรปราการ (1) ปราจีนบุรี (1)

ภาคเหนือ มี 1 คน ใน 1 จังหวัด คือ แม่ฮ่องสอน (1)

3) ในปี 2554 มีผู้ป่วยรายใหม่ พิจารณาระดับ 2 รวม 29 คน ในภาคต่าง ๆ คือ

กทม. 1 คน, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 14 คน คือ นครราชสีมา (2) ชัยภูมิ (1) บุรีรัมย์ (3) ขอนแก่น (1) มหาสารคาม (3) บึงกาฬ (1) อุบลราชธานี (3) ภาคใต้ 7 คน คือ พังงา (1) ภูเก็ต (1) สตูล (2) ตรัง (1) ปัตตานี (2) ภาคกลาง 3 คน คือ สมุทรปราการ (1) กาญจนบุรี (1) เพชรบุรี (1) และ ภาคเหนือ 4 คน คือ กำแพงเพชร (1) เชียงใหม่ (1) เชียงราย (1) ลำพูน (1)

1.6 แนวโน้มการเฝ้าระวังการค้นพบผู้ป่วยใหม่ในบุคคล/แรงงานต่างด้าว ในปี 2550 - 2554

1.6.1 ในปี 2550 - 2554 พบผู้ป่วยใหม่ในแรงงานต่างด้าว รวม 137 คน คิดเป็นร้อยละ 7.02 ของผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบใน 5 ปี ทั้งหมด 1,950 คน

1.6.2 แนวโน้มจำนวนที่พบในแต่ละปี ตามลำดับ ระหว่างปี 2550 - 2554 คือ 20, 33, 16, 40, 23 คน

1.6.3 ผู้ป่วยที่พบจากแรงงานต่างด้าว ในปี 2554 รวม 23 คน เป็นพม่า 21 คน (ร้อยละ 91 - 30) และกัมพูชา 2 คน (ร้อยละ 8.70) และเป็นชนิด เชื้อมาก 17 คน (ร้อยละ 73.91)

1.6.4 จังหวัดที่ค้นพบ รวม 10 จังหวัด ได้แก่

ภาคเหนือ 17 คน ได้แก่ เชียงใหม่ (12) เชียงราย (2) แม่ฮ่องสอน (1) ลำพูน (1) ตาก (1) กทม. 2 คน

ภาคกลาง 2 คน คือ นนทบุรี (1) และ สมุทรปราการ (1)

ภาคใต้ 2 คน คือ สุราษฎร์ธานี (1) ปัตตานี (1)

2. ระบาดวิทยาในระดับจุลภาคใน 957 อำเภอทั่วประเทศ (micro - levels)

2.1 อัตราความชุกใน 957 อำเภอทั่วประเทศ ในปี 2550 - 2554

2.1.1 จนถึงสิ้นปี 2554 มีเพียง 8 อำเภอ ใน 5 จังหวัดที่ยังมีความชุกมากกว่า 1 ต่อ ประชากร 1 หมื่น คือ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 4 อำเภอ ใน 3 จังหวัด คือ 1) บุรีรัมย์ อำเภอสตึก (1.09/หมื่น) 2) ขอนแก่น อำเภอเปือยน้อย (1.51/หมื่น) 3) ชัยภูมิ อำเภอดอนสวรรค์ (1.11/หมื่น) อำเภอชัยใหญ่ (1.39/หมื่น)

ภาคใต้ มี 4 อำเภอ ใน 2 จังหวัด คือ 1) ปัตตานี อำเภอมายอ (1.07/หมื่น) อำเภอกะพ้อ 1.19/หมื่น 2) นราธิวาส อำเภอระแงะ (2.74/หมื่น) อำเภอเจาะไอร้อง (2.12/หมื่น)

2.1.2 ในปี 2554 มีเพียง 367 อำเภอ (ร้อยละ 38.34) ที่ยังมีผู้ป่วยลงทะเบียนรักษา (ร้อยละ 38.35) โดยมีจำนวนและสัดส่วนอำเภอที่ยังพบผู้ป่วยลงทะเบียนใน กทม. 32 อำเภอ (ร้อยละ 36.00) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 134 อำเภอ (ร้อยละ 58.39) ภาคใต้ร้อยละ 27.13 ภาคกลาง ร้อยละ 23.32 และภาคเหนือ ร้อยละ 31.86

2.1.3 แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยลงทะเบียนในแต่ละปี ในปี 2550 - 2554 พบว่ามีจำนวนตามลำดับ คือ ปี 2550 มี 499 อำเภอ (ร้อยละ 52.14) ปี 2551 มี 551 อำเภอ (ร้อยละ 57.57) ปี 2552 มี 603 อำเภอ (ร้อยละ 63.01) ปี 2553 มี 603 อำเภอ (ร้อยละ 63.01) และ ปี 2554 มี 59 อำเภอ (ร้อยละ 61.66) โดยทั้งใน กทม. และทุกภาค มีแนวโน้มจำนวนอำเภอที่ไม่มีผู้ป่วยลงทะเบียนสูงในสัดส่วนสูงมากขึ้นตามลำดับ ในปี 2550 - 2554 และเฉลี่ยใน 5 ปี มี 569 อำเภอที่ไม่มีผู้ป่วยลงทะเบียน

2.2 การค้นพบผู้ป่วยใหม่ใน 957 อำเภอทั่วประเทศ ใน 5 ปี

แนวโน้มและจำนวนสัดส่วนอำเภอที่ยังพบมีผู้ป่วยใหม่ในปี 2550 - 2554 พบเท่ากับ 505, 401, 358, 405 และ 280 อำเภอ ตามลำดับ หรือเฉลี่ยต่อ 1 ปี เท่ากับ 386 อำเภอ

2.2.1 ปี 2554 คงมีเพียง 187 อำเภอ (ร้อยละ 19.12) เท่านั้นที่ยังพบมีผู้ป่วยค้นพบใหม่โดยอยู่ในภาคต่าง ๆ ในสัดส่วนของอำเภอทั้งหมด ในภาค นั้น ๆ คือ 1) กทม. 11 อำเภอ (ร้อยละ 22.00), 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 94 อำเภอ (ร้อยละ 29.19) 3) ภาคใต้ 30 อำเภอ (ร้อยละ 20.98) 4) ภาคกลาง 5 อำเภอ (ร้อยละ 7.18) และ 5) ภาคเหนือ 37 อำเภอ (ร้อยละ 18.88)

2.2.2 ในปี 2550 - 2554 มีแนวโน้มจำนวนอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยใหม่เลย ตามลำดับ คือ ปี 2550 รวม 718 อำเภอ (ร้อยละ 75.03) ปี 2551 รวม 718 อำเภอ (ร้อยละ 75.02) ปี 2552 รวม 738

อำเภอ (ร้อยละ 77.12) ปี 2553 รวม 722 อำเภอ (ร้อยละ 75.44) และ ปี 2554 รวม 774 อำเภอ (ร้อยละ 80.88)

2.2.3 ในปี 2550 - 2554 มีแนวโน้มจำนวนอำเภอที่ยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก ตามลำดับ คือ ปี 2550 รวม 18 อำเภอ (ร้อยละ 1.88) ของ 957 อำเภอทั่วประเทศ ปี 2551 รวม 10 อำเภอ (ร้อยละ 1.04) ปี 2552 รวม 8 อำเภอ (ร้อยละ 0.84) ปี 2553 รวม 22 อำเภอ (ร้อยละ 2.30) และ ปี 2554 รวม 16 อำเภอ (ร้อยละ 1.67)

2.2.4 ในปี 2550 - 2554 มีแนวโน้มจำนวนอำเภอที่ยังพบผู้ป่วยใหม่พิการเกรด 2 ตามลำดับ คือ ปี 2550 รวม 50 อำเภอ (ร้อยละ 5.22) ของ 957 อำเภอทั่วประเทศ ปี 2551 รวม 48 อำเภอ (ร้อยละ 5.02) ปี 2552 รวม 50 อำเภอ (ร้อยละ 5.22) ปี 2553 รวม 52 อำเภอ (ร้อยละ 5.43) และปี 2554 รวม 27 อำเภอ (ร้อยละ 2.82)

2.3 อำเภอที่ปลอดโรคเรื้อน โดยไม่พบทั้งผู้ป่วยลงทะเบียนรักษา และผู้ป่วยค้นพบใหม่ ในปี 2550 - 2554

2.3.1 แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนของอำเภอที่ปลอดโรคเรื้อนทั่วประเทศ ในปี 2550 - 2554 พบตามลำดับ คือ ปี 2550 รวม 465 อำเภอ (ร้อยละ 48.59) ปี 2551 รวม 517 อำเภอ (ร้อยละ 54.02) ปี 2552 รวม 566 อำเภอ (ร้อยละ 59.14) ปี 2553 รวม 565 อำเภอ (ร้อยละ 59.04) และ ปี 2554 รวม 581 อำเภอ (ร้อยละ 60.71)

2.3.2 ใน 581 อำเภอทั่วประเทศ ที่ปลอดโรคเรื้อน ในปี 2554 พบในภาคต่าง ๆ คือ 1) กทม. 35 อำเภอ (ร้อยละ 70.00 ของอำเภอทั้งหมดใน กทม.) 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 152 อำเภอ (ร้อยละ 47.29) 3) ภาคใต้ 107 อำเภอ (ร้อยละ 56.91) 4) ภาคกลาง 148 อำเภอ (ร้อยละ 76.68) และ 5) ภาคเหนือ 139 อำเภอ (ร้อยละ 68.14)

วิจารณ์

1. ผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมตามตัวชี้วัดที่สำคัญของการควบคุมและกำจัดโรคเรื้อนของประเทศไทย ตามตารางที่ 1 ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ในปี 2550 - 2554 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานตามโครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำริที่ประสบความสำเร็จกำจัดโรคเรื้อนได้ไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข ในปี 2537^(13 - 15) และปรับเปลี่ยนโครงการเป็นโครงการกำจัดโรคเรื้อนในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ในปี 2540 - 2544 แผนพัฒนา ฉบับที่ 9 ในปี 2545 - 2549 และปรับสู่โครงการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน (Sustainable Elimination of Leprosy) ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 10 ในปี 2550 - 2554 ตามหลักเกณฑ์และข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลกตลอดมา⁽²⁰⁾ โครงการดำเนินงานในรูปการบูรณาการงานกำจัดโรคเรื้อนในระบบบริการสาธารณสุขของทุกจังหวัด ภายใต้ระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ และการสนับสนุน/กำกับดูแล/การประเมินผล โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคต่าง ๆ และสถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ^(16 - 17, 21) โดยเฉพาะ จะเห็นได้จากอัตราการได้รับยาเคมีบำบัดผสมครบถ้วน

2. แนวโน้มการลดต่ำลงของอัตราความชุกใน 5 ปี (ปี 2550 - 2554) ในอัตราร้อยละ 35.29 จากอัตราความชุก 0.17 ต่อประชากร 1 หมื่น ในปี 2550 เหลือเพียงอัตราความชุก 0.11 ต่อประชากร 1 หมื่น ในปี 2554 หรือเฉลี่ยลดลงในอัตราปีละ ร้อยละ 7.06 ซึ่งเป็นอัตราที่ใกล้เคียงกับอัตราการลดต่ำลงของความชุกในช่วงก่อนกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จ ในปี 2537 (ลดปีละ ร้อยละ 10)⁽¹⁰⁻¹²⁾ และหลังกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จ (ลดเฉลี่ย ปีละ ร้อยละ 7)^(22 - 23) สะท้อนให้เห็นว่าหลังกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จ และมีความชุกต่ำกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่นมาก อัตราความชุกจะลดลงในอัตราที่ช้ามากขึ้น จากมีผู้ป่วยลงทะเบียนน้อยลง เหลือเพียง 678 คน ในปี 2554 เฉลี่ยใน 5 ปี (ปี 2550 - 2554) พบสูง ร้อยละ 87.3 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ

85 ที่กำหนด โดยใน 15 ปี ไม่มีจังหวัดใดที่มีความชุกมากกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่น และในปี 2554 พบมี 9 จังหวัด ที่ไม่มีผู้ป่วยลงทะเบียนเลย และมี 12 จังหวัดที่ปลอดโรคเรื้อน (ไม่พบทั้งผู้ป่วยลงทะเบียนรักษา และผู้ป่วยใหม่ ในระหว่าง 5 ปี โดยมี 3 จังหวัดที่ปลอดโรคเรื้อนตลอดทุกปี ใน 4 - 5 ปี (สิงห์บุรี อ่างทอง และตราด)

3. แนวโน้มการลดต่ำลงของอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ใน 5 ปี (ปี 2550 - 2554) ในอัตราร้อยละ 21.25 จากอัตรา 0.08 ต่อประชากร 1 แสน ในปี 2550 เป็น 0.44 ต่อประชากร 1 แสน ในปี 2554 หรือเฉลี่ยลดลงในอัตราปีละ ร้อยละ 4.26 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าอัตราการลดลงที่พบในช่วงก่อนกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จ ในปี 2537 (เฉลี่ยลดปีละ ร้อยละ 7) และในช่วงหลังกำจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จ (เฉลี่ยลดปีละ ร้อยละ 5) สะท้อนการค้นพบผู้ป่วยใหม่ที่ทำได้ยากลำบากมากขึ้น โดยระบบบริการสุขภาพในสภาวะที่ความชุกโรคต่ำมาก แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่เคยได้รับการอบรมพัฒนาประสบการณ์และทักษะด้านโรคเรื้อนต่ำลงจนอาจหมดไปหลังจากไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนมาตรวจรักษา ดังจะเห็นจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ใน 957 อำเภอทั่วประเทศ มีผู้ป่วยลงทะเบียนรักษาในปี 2554 เพียง 367 อำเภอ (ร้อยละ 38.35) โดยแต่ละอำเภอมีย่อยลงทะเบียนเพียง 1 - 2 คน นอกจาก 8 อำเภอที่ยังมีความชุกสูงมากกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่น ซึ่งมีผู้ป่วยลงทะเบียนรักษา 2 - 24 คน และพบอำเภอที่ยังค้นพบผู้ป่วยใหม่เพียง 183 อำเภอ (ร้อยละ 19.12)

4. ในสภาวะความชุกโรคเรื้อนต่ำมาก พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างแนวโน้มของการลดต่ำลงของอัตราความชุก และอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่^(20 - 23) โดยจะลดต่ำไปด้วยกัน จากมีความสัมพันธ์และผลกระทบโดยตรง ระหว่างแหล่งแพร่โรค คือผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรักษา และผู้ป่วยใหม่ที่ค้นพบอันเกิดจากการแพร่ติดต่อโรค และอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ (detection rate of new case) ที่มีค่าใกล้เคียงกับอัตราความชุก (prevalence rate)

จึงอนุมูลได้ว่าเป็นอุบัติการณ์การเกิดโรคใหม่ได้ (incidence)^(24, 26) ดังนั้นการลดต่ำลงของอัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่ จึงสะท้อนถึงการลดต่ำลงของการแพร่ติดต่อและติดเชื้อในชุมชน อันเป็นผลจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน ทั้งการค้นหาและการรักษา ฯลฯ ซึ่งผลการศึกษารังนี้ได้พิสูจน์ถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

5. สมรรถิผลตามตัวชี้วัดที่สำคัญต่อมาคือการพบและมีการลดต่ำของจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก ซึ่งสะท้อนถึงภาวะการระบาดหรือแพร่ติดต่อของโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอนั้น ๆ ยังอยู่ในระยะที่รุนแรงและเกิดขึ้นมาไม่นาน (active and recent transmission)⁽¹⁹⁻²⁰⁾ ซึ่งในการศึกษารังนี้ ในภาพรวมยังพบว่ามีแนวโน้มสูงมากขึ้น ในปี 2553 และ 2554 โดยพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก 17, 12, 9, 26 และ 18 ราย ตามลำดับ ในปี 2550 - 2554 ด้วยสัดส่วน (ร้อยละ) ต่อจำนวนผู้ป่วยที่ค้นพบใหม่ในแต่ละปี คือ ร้อยละ 3.4, 3.0, 2.51, 6.40 และ 6.43 ตามลำดับ ใน 5 ปี ดังกล่าว ด้วยอัตราที่เพิ่มขึ้นใน 5 ปี ร้อยละ 89.12 หรือเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 17.82 ต่อปี และพบว่าใน 957 อำเภอทั่วประเทศ ยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็ก ในปี 2554 รวม 16 อำเภอ (ร้อยละ 1.67) และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กมากขึ้นในอำเภอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคเหนือ ดังนั้นการเร่งรัดรณรงค์ตามโครงการเร่งรัดกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy Elimination Campaign : LEC) และตามโครงการรณรงค์ (Special Action for Elimination of Leprosy : SAPEL)⁽²⁵⁾ รวมทั้งกลยุทธ์ต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ และข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก⁽²⁶⁻²⁷⁾ ทุกมาตรการทั้งการรณรงค์ให้ความรู้แก่สังคม การให้สุขศึกษาการพัฒนาการบูรณาการงานกำจัดโรคเรื้อนในระบบบริการสุขภาพทั้งระดับส่วนปลาย และระดับการส่งต่อ⁽²⁰⁾ การฝึกอบรม การสำรวจหมู่บ้านที่เข้าเกณฑ์แบบเร็ว (rapid village survey : RVS) การเพิ่มมาตรการติดตาม

กำกับประเมินผล และการใช้ทีมเคลื่อนที่พิเศษสนับสนุนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสถาบันราชประชาสมาสัย รวมทั้งโครงการรณรงค์พิเศษอื่น ๆ เช่น โครงการประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อน ถวายเป็นพระราชกุศล (ปรร.) ฯลฯ จึงสมควรเร่งรัดดำเนินการในอำเภอที่ยังมีความชุกสูงมากกว่า 1 ต่อประชากร 1 หมื่น ทั้ง 8 อำเภอ ใน 5 จังหวัด และ 16 อำเภอ ที่ยังพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กดังกล่าว สมรรถิผลตัวชี้วัดที่สำคัญอีกตัวหนึ่ง คือ จำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ซึ่งสะท้อนถึงการได้รับการค้นพบ ที่ล่าช้าจนเกิดความพิการ และการค้นพบที่ล่าช้าของผู้ป่วยใหม่ที่เป็นชนิดเชื้อมาก (multibacillary leprosy : MB) (ซึ่งในการศึกษารังนี้ และทั่วไปพบว่ามีส่วนและแนวโน้มสูงมากขึ้น ตามลำดับทุกปีใน 5 ปี) จึงเพิ่มโอกาสการแพร่ติดต่อโรคมากขึ้นได้ในระยะเวลาก่อนจะได้รับการค้นพบและรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผสม (MDT) ผลการศึกษารังนี้พบว่าในปี 2554 ยังพบผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 รวม 27 คน (ร้อยละ 2.82) และระหว่างปี 2550 - 2554 มีแนวโน้มพบจำนวนและสัดส่วนที่ไม่ลดลง คือ 50 ราย (ร้อยละ 5.22) ในปี 2550 และ 48 ราย (ร้อยละ 10.03) ในปี 2551 และ 50 ราย (ร้อยละ 5.22) 52 ราย (ร้อยละ 5.43) และ 27 ราย (ร้อยละ 2.82) ตามลำดับในปี 2552 - 2554 โดยพบว่าสัดส่วนใหญ่ของแต่ละปีที่ต่ำกว่าร้อยละ 10 ตามเกณฑ์เป้าหมาย (มีเพียงปี 2551 ที่สูงสูดร้อยละ 10.03) สะท้อนผลที่ติมากขึ้นของความพยายามของสถาบันราชประชาสมาสัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ในกลวิธีการเร่งรัดโครงการป้องกันความพิการให้แก่ แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของระบบบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อน⁽²⁸⁾ ที่ส่งผลให้ตัวชี้วัดสัดส่วนผู้ป่วยใหม่ที่พิการเกรด 2 ลดลงได้ต่ำกว่า ร้อยละ 10 ได้ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 10 (ปี 2550 - 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการป้องกันความพิการ ที่บูรณาการในระบบบริการสุขภาพในอินเดียเช่นเดียวกัน⁽²⁹⁾ จึงควรรักษาคุณภาพ และการสนับสนุนโครงการดังกล่าวให้ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณฉนวนย เสริมกิจ กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย ในความร่วมมือให้ใช้ฐานข้อมูล ขอขอบคุณนายแพทย์รัชต์ วงศ์ตรึงพันธ์ ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย ที่อนุญาตให้ศึกษาวิจัยเรื่องนี้ และขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ รามสูต ที่ปรึกษากรมควบคุมโรค ที่กรุณาให้คำปรึกษาที่มีคุณค่า

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ รามสูต. โรคเรื้อนในระยะบุกเบิก. ใน: มุลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์ บรรณาธิการ. ราชประชาสมาสัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช; 2528. น. 45 - 53.
2. ประชุมพร โอชานนท์. งานควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทย. ใน: มุลนิธิราชประชาสมาสัย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ราชประชาสมาสัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช; 2528. น. 82 - 9.
3. จุฑา ปิระวารภรณ์. วิวัฒนาการงานควบคุมโรคเรื้อน. ใน: บรรณาธิการ. รายงานครบรอบ 15 ปี กรมควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก; 2533. น. 306 - 11.
4. ธีระ รามสูต, เอก ตาดทอง, สันติ วัฒนภูติ, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, และกาญจนา คงสืบชาติ. การประเมินผลการอบรมปฐมนิเทศ ก่อนโอนมอบงานควบคุมโรคเรื้อนระยะถาวรให้แก่ 67 จังหวัด. วารสารกรม การแพทย์ และอนามัย 2516; 1(1): 196 - 218.
5. Ramasoota T, Rungruang S, Sampatavanich S. et al. Preliminary study on dapsone resistance in leprosy in Thailand. Journal of Public Health 1988; 2: 115 - 7.
6. ธีระ รามสูต. แนวคิดการเกิดเชื้อดื้อยาแต่ปโซนของเชื้อโรคเรื้อนและวิธีป้องกันแก้ไข. วารสารโรคติดต่อ. 2522; 3: 256 - 71.
7. World Health Organization. Chemotherapy of leprosy for control programme. Geneva : WHO. WHO technical report series No. 675: 1952.
8. ธีระ รามสูต. ความก้าวหน้าและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเคมีบำบัดผสม แบบใหม่ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก. แพทยสภาสาร 2530; 10: 5 - 13.
9. ธีระ รามสูต. ตำราโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : นิเวศรรดาการพิมพ์, 2535.
10. ศรีบุญชัย เทพศรี. การศึกษาผลกระทบทางระบาดวิทยาของ การใช้ยาเคมีบำบัดผสมแบบใหม่ในการควบคุมโรคเรื้อนจังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2535; 2: 40 - 50.
11. ทศนีย์ อินทราทิตย์. ผลกระทบของการใช้ยาเคมีบำบัดผสมในระยะเวลา 5 ปีแรก ต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะโรคเรื้อนในประเทศไทย. วารสารโรคติดต่อ 2537; 20: 21 - 30.
12. ศรีสุนทร วิริยะวิภาต, รัชนี มาตย์ภูธร, และจิรพรรณ ศรีพงษ์สร. ผลกระทบของยาเคมีบำบัดผสมต่อการลดต่ำของอัตราความชุกและการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนในจังหวัดขอนแก่น. วารสารโรคติดต่อ 2538; 2: 98 - 106.
13. ธีระ รามสูต. 40 ปีของการบุกเบิกพัฒนาสู่ความสำเร็จของการกำจัดโรคเรื้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์, 2541.
14. ธีระ รามสูต. สมชาย รุ่งตระกูลชัย, รัชต์ วงศ์ตรึงพันธ์ และกฤษฎา มโหทาน. 54 ปี แห่งการสืบสานโครงการควบคุมโรคเรื้อนตามแนวพระราชดำริสู่ความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน สมดังพระราชปณิธาน. ใน: ธีระ รามสูต บรรณาธิการ. 50 ปี ราชประชาสมาสัยแห่งการสนองพระราชปณิธาน. กรุงเทพฯ: บริษัท มาสเตอร์คีย์จำกัด; 2533. น. 177 - 208.
15. ธีระ รามสูต. 50 ปี แห่งการสืบสานโครงการควบคุมโรค เรื้อนตามแนวพระราชดำริสู่ความสำเร็จการกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืนสมดังพระราชปณิธาน. ใน: ธีระ รามสูต บรรณาธิการ. 50 ปี

- ราชประชาสมาสัยแห่งการสนองพระราชปณิธาน. กรุงเทพฯ: บริษัทมาสเตอร์คีย์จำกัด; 2553. น. 323 - 59.
16. อีระ รามสูต. การพัฒนาทวิวิธีการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนภายใต้สภาวะความชุกโรคลดลง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2539; 5 (2): 278 - 95.
 17. อีระ รามสูต. วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อนอย่างยั่งยืน. บรรยายในการสัมมนา เรื่อง "การพัฒนางานควบคุมโรคเรื้อน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย ณ โรงแรมอมารีแอร์พอร์ต กรุงเทพฯ วันที่ 28 ตุลาคม 2546. ใน. สถาบันราชประชาสมาสัย รายงานการสัมมนางานควบคุมโรคเรื้อน ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2546; หน้า 7 - 15.
 18. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย ปี 2534.
 19. ILEP. The interpretation of epidemiological indicators in leprosy. London : The ILEP medico-social commission. 2001.
 20. World Health Organization. Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011- 2015). WHO : Regional office for south - east asia. SEA-GLP- 2009.4, 2009.
 21. สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค. คู่มือแนวทางการตรวจรับรองคุณภาพการกำจัดโรคเรื้อนของจังหวัด. กรุงเทพฯ: องค์การขนส่งสินค้าและครุภัณฑ์ (ร.ส.พ.) 2547.
 22. ฉลุย เสรีกิจ. การเปลี่ยนแปลงกระสวนทางระบาดวิทยาของการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ ในประเทศไทย: สถานการณ์หลังกำจัดโรคเรื้อน ปี พ.ศ. 2544 - 2547. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย 2549; 4 (1): 31 - 43.
 23. อีระ รามสูต, สมชาย รุ่งตระกูลชัย และฉลุย เสรีกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มของอัตราความชุก และอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนใหม่ที่เป็นจริงในประเทศไทย ในระยะเวลา 14 ปี หลังกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จ (ปี 2537 - 2550). วารสารควบคุมโรค. 2552; 35 (2): 124 - 37.
 24. World Health Organization. Expert committee on leprosy. seventh report (technical report) Series No. 874. WHO: Geneva, 1998.
 25. World Health Organization. WHO action program for the elimination of leprosy elimination campaigns (LEC) and special action projects for the elimination of leprosy (SAPEL). question and answers. WHO: Geneva. WHO/LEP/973. 1947.
 26. World Health Organization. The final push towards elimination of leprosy : strategic plan 2000 - 2005. WHO: Geneva, 2000.
 27. World Health Organization. The global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (Plan period 2006 - 2010). WHO : Geneva, 2005.
 28. อีระ รามสูต. กลยุทธ์การลดอัตราความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ให้ต่ำกว่าสัดส่วนร้อยละ 10 ในปี 2547. บรรยายในการสัมมนา เรื่อง "แนวทางการแก้ปัญหาความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคเรื้อน. จัดโดยสถาบันราชประชาสมาสัย ณ โรงแรมอิมพีเรียล แมปิง เชียงใหม่ วันที่ 22 ธันวาคม 2546 (เอกสารอัดสำเนา 10 หน้า)
 29. Madhavan K, Vijayakumaran P, Ramachandran L. et al. Sustainable leprosy related disability care within integrated health services : findings from Salem district, India. Lepr Rev 2007; 75 (4): 353 - 61.