

# ระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรชาวต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรค ของประเทศไทย ปี 2566

## Epidemiological characteristics of mpox cases among foreign nationals reported in Thailand's disease surveillance system, 2023

รุ่งโรจน์ ใจยงค์<sup>1\*</sup>ธีรศักดิ์ ชักนำ<sup>2</sup><sup>1</sup>กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค<sup>2</sup>กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคRungrot Jaiyong<sup>1\*</sup>Teerasak Chuxnum<sup>2</sup><sup>1</sup>Division of Epidemiology,

Department of Disease Control

<sup>2</sup>Division of Communicable Diseases,

Department of Disease Control

\*Corresponding author e-mail: 6501201010@nmu.ac.th

DOI: 10.14456/taj.2024.14

Received: October 7, 2024 Revised: December 2, 2024 Accepted: December 4, 2024

### บทคัดย่อ

โรคฝีดาษวานร (mpox) กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากการระบาดแพร่จากทวีปแอฟริกาไปยังยุโรปและอเมริกาเหนือ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคนี้นี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2565 เพื่อยกระดับการควบคุมโรคและปกป้องกลุ่มเปราะบาง การศึกษานี้มุ่งเน้นการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและการเสนอแนวทางเฝ้าระวังโรค ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 มีการรายงานทั้งสิ้น 79 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย ค่ามัธยฐานอายุ 36 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีรสนิยมทางเพศรักเพศเดียวกัน ประเทศที่รายงานเหตุการณ์เข้ามามากที่สุดคือประเทศจีน ส่วนข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สัญชาติจีนและเมียนมาร์ อาศัยและทำงานในประเทศไทย รสนิยมทางเพศเป็นรักเพศเดียวกัน โดยใช้ถุงยางอนามัย ระยะฟักตัวเฉลี่ยอยู่ที่ 7 วัน จังหวัดที่มีผู้ป่วยรายงานสูงสุดคือกรุงเทพมหานคร แนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่สำคัญคือ จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศควรดำเนินการตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคฝีดาษวานรที่เกิดขึ้นในประเทศไทย รวมถึงพัฒนากลไกด้านการประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศในการรายงาน ติดตาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยที่มีการรายงานกลับมายังประเทศไทย การเพิ่มความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก การติดต่อ วิธีการรักษา และสร้างความตระหนักรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง แพทย์และคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างเชี่ยวชาญ เพื่อให้การวินิจฉัยและการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่ระบาด และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ

### Abstract

Monkeypox (mpox) has emerged as a global public health issue, with outbreaks spreading from Africa to Europe and North America. On July 23, 2022, the World Health Organization declared it a

Public Health Emergency of International Concern to enhance disease control and protect vulnerable groups. This study examines epidemiological characteristics and proposes guidelines for surveillance. In 2023, Thailand Disease Surveillance System recorded 79 cases, all in males with a median age of 36, primarily in the 30–39 age group, and predominantly homosexual. China reported the highest number of cases. According to Thailand's Department of Disease Control, most patients were Chinese and Myanmar nationals living and working in Thailand, who reported using condoms. The average incubation period was 7 days, with Bangkok recording the highest number of cases. Key surveillance and control measures include adhering to the International Health Regulations for prevention and control, establishing mechanisms for international cooperation in reporting and tracking cases, and sharing patient data. Increasing knowledge about clinical symptoms, transmission, and treatment is essential, as is reducing raise awareness to reduce risky behaviors. Physicians and STI clinics should receive adequated training for rapid diagnosis and treatment to minimize transmission and improve access to healthcare services.

### คำสำคัญ

โรคฝีดาษวานร, ระบาดวิทยา, ระบบเฝ้าระวังโรค, กฎอนามัยระหว่างประเทศ

### Keywords

*mpxv, epidemiology, disease surveillance system, International Health Regulations*

## บทนำ

โรคฝีดาษวานร (mpox) เป็นโรคที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดมีการขยายวงกว้าง ไม่เฉพาะในประเทศแถบทวีปแอฟริกาตะวันตกและแอฟริกา<sup>(1)</sup> เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา ได้พบการรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรทั้งในประเทศที่ไม่ได้เป็นโรคประจำถิ่น และในหลายประเทศที่เป็นโรคประจำถิ่น โดยผู้ป่วยยืนยันส่วนใหญ่มีประวัติการเดินทางไปยังประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือที่ไม่ใช่ประเทศที่เป็นโรคประจำถิ่น เป็นครั้งแรกที่พบการรายงานการระบาดของโรคฝีดาษวานรจำนวนมากพร้อมกันในประเทศที่ไม่ได้เป็นโรคประจำถิ่น และในวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคฝีดาษวานรเป็นภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) เพื่อยกระดับการประสานงานความร่วมมือ รวมทั้งการเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ และช่วยหยุดยั้งการแพร่ระบาด จัดการกับผู้ป่วย และปกป้องประชากรกลุ่มเปราะบางอย่างเหมาะสม<sup>(2)</sup>

สถานการณ์ทั่วโลก ตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 พบผู้ติดเชื้อยืนยันจำนวน 92,783 ราย เสียชีวิตจำนวน 171 ราย ใน 116 ประเทศทั่วโลก ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา โดยประเทศที่รายงานผู้ป่วยมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา จำนวน 31,070 ราย บราซิล จำนวน 10,967 ราย สเปน จำนวน 7,684 ราย ฝรั่งเศส จำนวน 4,164 ราย และโคลัมเบีย จำนวน 4,090 ราย<sup>(3)</sup> ในประเทศไทย (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 – 15 มีนาคม 2567) พบผู้ติดเชื้อยืนยันรวม 750 ราย ผู้เสียชีวิต 10 ราย เป็นสัญชาติไทย 675 ราย ชาวต่างชาติ 71 ราย โดยมีแนวโน้มการระบาดที่เพิ่มขึ้น ในระยะแรกพบผู้ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ก่อนที่จะแพร่กระจายไปยังจังหวัดอื่น ๆ<sup>(4)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขได้ยกระดับการเฝ้าระวังจากศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคเป็นศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเสริมการประสานงานและความร่วมมือในการเตรียมและตอบสนองต่อสถานการณ์ทั้งในด้านการเฝ้าระวังโรค การป้องกัน และการดูแล

รักษา<sup>(5)</sup> การดำเนินงานนี้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations 2005, IHR 2005) ซึ่งกำหนดให้แต่ละประเทศต้องแต่งตั้งจุดประสานงานกฎอนามัยระดับประเทศเพื่อทำหน้าที่ติดต่อกับจุดประสานงานกฎอนามัยขององค์การอนามัยโลกในนามของประเทศ และรายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปยังภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กองระบาดวิทยา โดยกรมควบคุมโรค ดำเนินงานนี้พร้อมทั้งได้แต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อเป็นกลไกในการประสานงานร่วมกัน เพื่อปฏิบัติตามภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน

กรมควบคุมโรค มีระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ใน 2 ช่องทาง โดยผ่านโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค และผ่านจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ การศึกษานี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาและปัจจัยเสี่ยงของโรคเอดส์ และเสนอแนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เพื่อให้ข้อมูลมีประโยชน์ต่อหน่วยงานในการวางแผนกำหนดมาตรการการดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในประชาชนและนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## วัสดุและวิธีการศึกษา

### 1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย จำนวน 2 ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด และฐานข้อมูลจากจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ กรมควบคุมโรค

### 2. ประชากรที่ทำการศึกษา

ประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์

ต่างชาติ ที่ได้รับรายงานจากระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

สร้างตารางการเก็บรวบรวมข้อมูล (template) โดยบันทึกข้อมูลด้านประชากร (demographic data) ได้แก่ เพศ อายุ รสนิยมทางเพศ สัญชาติ อาชีพ จังหวัด ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาการทางคลินิก การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี การใช้ยางอนามัย เหตุผลที่อยู่ในประเทศไทย และระยะเวลาพักตัวเฉลี่ย หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแต่ละตัวแปร

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ อัตราส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์

### 5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ฐานข้อมูลทุติยภูมิซึ่งไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้องได้ ในการจำแนกผู้ป่วยตามสถานะการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้ข้อมูลรายละเอียดโรคประจำตัวในฐานข้อมูลทุติยภูมิที่มีการรายงานเท่านั้น มิได้ใช้ข้อมูลในเอกสารการรายงานผลการตรวจเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการซึ่งมีการระบุตัวตนของผู้ป่วย ผู้ศึกษาดำเนินการภายใต้สิทธิ์ในการรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย โดยปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล และนำเสนอเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์การป้องกัน เฝ้าระวังและควบคุมโรคเท่านั้น

## ผลการศึกษา

การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเอดส์ต่างชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 วิเคราะห์ข้อมูลจาก 2 ฐาน ได้แก่ ข้อมูลรายงานผู้ป่วยจากจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ และข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์จากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (event-based surveillance) กรมควบคุมโรค ผลการศึกษานำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายรายต่างชาติดังกล่าวในรายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย

ข้อมูลรายงานในปี 2566 มีการรายงานทั้งสิ้น 79 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี มีรสนิยมทางเพศรักเพศเดียวกัน 68 ราย (ร้อยละ 86.08) ผู้ป่วยมีผลการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี 27 ราย (ร้อยละ 34.18) โดยประเทศที่รายงานเหตุการณ์เข้ามามากที่สุด คือ ประเทศจีน 31 ราย (ร้อยละ 39.24) ดังตารางที่ 1

2. ข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายรายในนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่เดินทางกลับจากประเทศไทย และรายงานจากจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ

ข้อมูลรายงานพบผู้ป่วยเพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 100) เป็นสัญชาติเกาหลีสูงสุด 6 ราย (ร้อยละ 35.29) รองลงมา คือ สิงคโปร์และจีน สัญชาติละ 4 ราย (ร้อยละ 22.22) ค่ามัธยฐานอายุ 36 ปี (อายุน้อยที่สุด 29 ปี อายุสูงสุด 59 ปี) ผู้ป่วยมีรสนิยมทางเพศเป็นรักเพศเดียวกัน 11 ราย (ร้อยละ 64.71) และพบการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี 6 ราย (ร้อยละ 33.33) ดังตารางที่ 1

การรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์รายรายผ่านจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ ปี 2566 พบว่าประเทศที่มีการรายงานสูงสุด คือ สาธารณรัฐเกาหลี (เกาหลีใต้) 6 ราย (ร้อยละ 35.29) รองลงมา คือ สิงคโปร์ 4 ราย (ร้อยละ 29.41) และไต้หวัน 3 ราย (ร้อยละ 17.65) โดยในการรายงานข้อมูล ภูมิภาคจะต้องแจ้งเหตุผ่านทางจุดประสานงานกฏอนามัยระดับชาติ ภายใน 24 ชั่วโมง นับจากวันที่ยืนยันพบเชื้อจนถึงวันรายงานกลับมายังจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศ ซึ่งจากข้อมูลความล่าช้าของการรายงานผู้ป่วยพบว่า ช่วงที่มีการรายงานล่าช้าคือ 1-3 วัน (ร้อยละ 55.56) โดยมีค่ามัธยฐาน 5 วัน (ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 วัน ระยะเวลายาวสุด 17 วัน)

3. ข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายรายจากระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (event-based surveillance) กรมควบคุมโรค

ข้อมูลรายงานพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย 62 ราย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี (ค่ามัธยฐานอายุ 33 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 64 ปี) เป็นสัญชาติจีนและเมียนมาร์ สัญชาติละ 13 ราย ดังตาราง 1 ส่วนใหญ่อาศัยในประเทศไทยเนื่องจากทำงานในประเทศ 30 ราย (ร้อยละ 50) มีรสนิยมทางเพศเป็นรักเพศเดียวกัน 57 ราย (ร้อยละ 91.94) จากการรายงานพบว่า ระยะเวลาพักตัวเฉลี่ยของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐาน 8 วัน (ระยะเวลาสั้นที่สุด 1 วัน ระยะเวลายาวสุด 12 วัน) ดังตารางที่ 2

เมื่อจำแนกตามประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และแหล่งรังโรค พบว่า จังหวัดขณะป่วยที่ได้รับรายงานมากที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 40 ราย (ร้อยละ 64.52) รองลงมา คือ จังหวัดภูเก็ต 7 ราย (ร้อยละ 11.29) และจังหวัดชลบุรี 5 ราย (ร้อยละ 8.06) ตามลำดับ ดังภาพที่ 1 และพบว่าในช่วงระยะเวลา 21 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ประวัติมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 91.90) ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ 30 ราย (ร้อยละ 50) ดังตารางที่ 2 และมีการให้ประวัติการเดินทางไปต่างประเทศใน 21 วันก่อนป่วย 9 ราย (ร้อยละ 14.5) โดยมาจากประเทศมาเลเซีย 2 ราย (ร้อยละ 3.21) ประเทศจีนและประเทศอิตาลี ประเทศละ 1 ราย (ร้อยละ 1.61)

อาการแสดงทางคลินิกที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผื่น 57 ราย (ร้อยละ 91.94) รองลงมา คือ ไข้ 45 ราย (ร้อยละ 72.58) และต่อมน้ำเหลืองโต 39 ราย (ร้อยละ 62.90) ตามลำดับ ดังภาพที่ 2 ตำแหน่งที่ผื่นขึ้นส่วนใหญ่อยู่บริเวณแขน 36 ราย (ร้อยละ 22.32) โดยลักษณะผื่น/ตุ่มที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผื่น/ตุ่มนูนแดง 33 ราย (ร้อยละ 20.46) รองลงมา คือ ตุ่มหนอง 30 ราย (ร้อยละ 18.60) และตุ่มน้ำใส 19 ราย (ร้อยละ 11.78) ตามลำดับ โดยตำแหน่งต่อมน้ำเหลืองโตที่พบมากที่สุดเกิดขึ้นบริเวณขาหนีบ 24 ราย (ร้อยละ 14.88)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคเอดส์ตามประชากรต่างชาติของจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่าง ประเทศ และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ ปี 2566  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จุดประสานงานกฏอนามัย ระหว่างประเทศ (n=17)	ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (n=62)	รวม (n=79)
<b>เพศ</b>			
ชาย	17 (100.00)	62 (100.00)	79 (100.00)
<b>อายุ (ปี)</b>			
20-29	3 (35.48)	22 (35.48)	25 (31.65)
30-39	10 (40.32)	25 (40.32)	35 (44.30)
40-49	2 (14.52)	9 (14.52)	11 (13.92)
50-59	2 (6.45)	4 (6.45)	6 (7.59)
60 ปีขึ้นไป	-	2 (3.23)	2 (2.53)
	ค่ามัธยฐานอายุ 36 ปี อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด 59 ปี	ค่ามัธยฐาน 33 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 64 ปี	ค่ามัธยฐาน 34 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 64 ปี
<b>รสนิยมทางเพศ</b>			
รักเพศเดียวกัน (Homosexual)	11 (64.71)	57 (91.94)	68 (86.08)
รักต่างเพศ (Heterosexual)	2 (11.76)	5 (8.06)	7 (8.86)
ไม่ระบุ	4 (23.53)	-	4 (5.06)
<b>การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี</b>			
ติดเชื้อเอชไอวี	5 (35.29)	22 (35.48)	27 (34.18)
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	0 (0.0)	21 (33.87)	21 (26.58)
ไม่ระบุ	12 (64.71)	19 (30.65)	31 (39.24)
<b>สัญชาติ</b>			
จีน	4 (23.53)	13 (20.97)	31 (39.24)
เมียนมาร์	-	13 (20.97)	13 (16.46)
ลาว	1 (5.88)	7 (11.23)	8 (10.13)
ออสเตรเลีย	-	4 (6.45)	4 (5.06)
อเมริกา	-	4 (6.45)	4 (5.06)
สิงคโปร์	4 (23.53)	-	4 (5.06)
ฟิลิปปินส์	1 (5.88)	3 (4.84)	4 (5.06)
อิตาลี	-	2 (3.23)	2 (2.53)
ญี่ปุ่น	-	2 (3.23)	2 (2.53)
กัมพูชา	-	2 (3.23)	2 (2.53)
รัสเซีย	-	2 (3.23)	2 (2.53)
บราซิล	-	2 (3.23)	2 (2.53)
มาเลเซีย	1 (5.88)	-	1 (1.27)
สวีเซอร์แลนด์	-	1 (1.61)	1 (1.27)
ซาอุดีอาระเบีย	-	1 (1.61)	1 (1.27)
ฟินแลนด์	-	1 (1.61)	1 (1.27)
อินโดนีเซีย	-	1 (1.61)	1 (1.27)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติของจุดประสานงานกฏอนามัยระหว่าง ประเทศ และระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ ปี 2566  
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

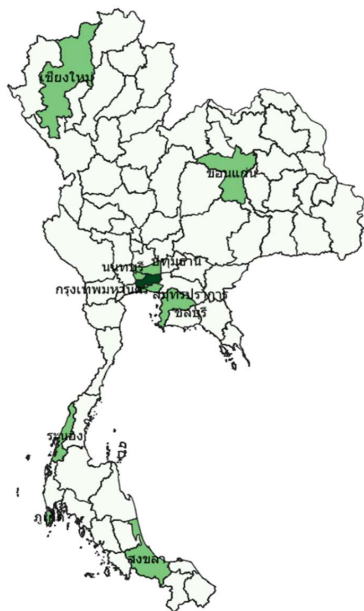
ตัวแปร	จุดประสานงานกฏอนามัย ระหว่างประเทศ(n=17)	ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (n=62)	รวม (n=79)
สเปน	-	1 (1.61)	1 (1.27)
เวียดนาม	-	1 (1.61)	1 (1.27)
สหรัฐอเมริกา	-	1 (1.61)	1 (1.27)
เกาหลีใต้	6 (35.29)	1 (1.61)	7 (8.86)

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวต่างชาติในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ ปี 2566

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</b>		
โรคซิฟิลิส	4	6.45
โรคเอดส์	22	35.48
ไม่ระบุ	36	58.06
<b>ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ใน 21 วัน</b>		
มีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย	57	91.90
มีเพศสัมพันธ์กับเพศหญิง	5	8.10
<b>การใช้ถุงยางอนามัย</b>		
ใช้	31	50.00
ไม่ใช้	23	37.10
ไม่ระบุ	8	12.90
<b>เหตุผลที่อยู่ในประเทศไทย</b>		
ทำงาน	31	50.00
ท่องเที่ยว/พักผ่อน	11	17.74
ศึกษาต่อ	1	1.61
ไม่ระบุ	19	30.65
<b>ระยะเวลาฟกตัวเฉลี่ย<sup>1</sup></b>		
ค่ามัธยฐาน 8 วัน		
ระยะเวลาสั้นสุด 1 วัน ระยะเวลายาวสุด 12 วัน		

<sup>1</sup>ระยะเวลาฟกตัวเฉลี่ยคำนวณจากผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนเดียว ในระยะเวลา 21 วันก่อนเริ่มมีอาการ

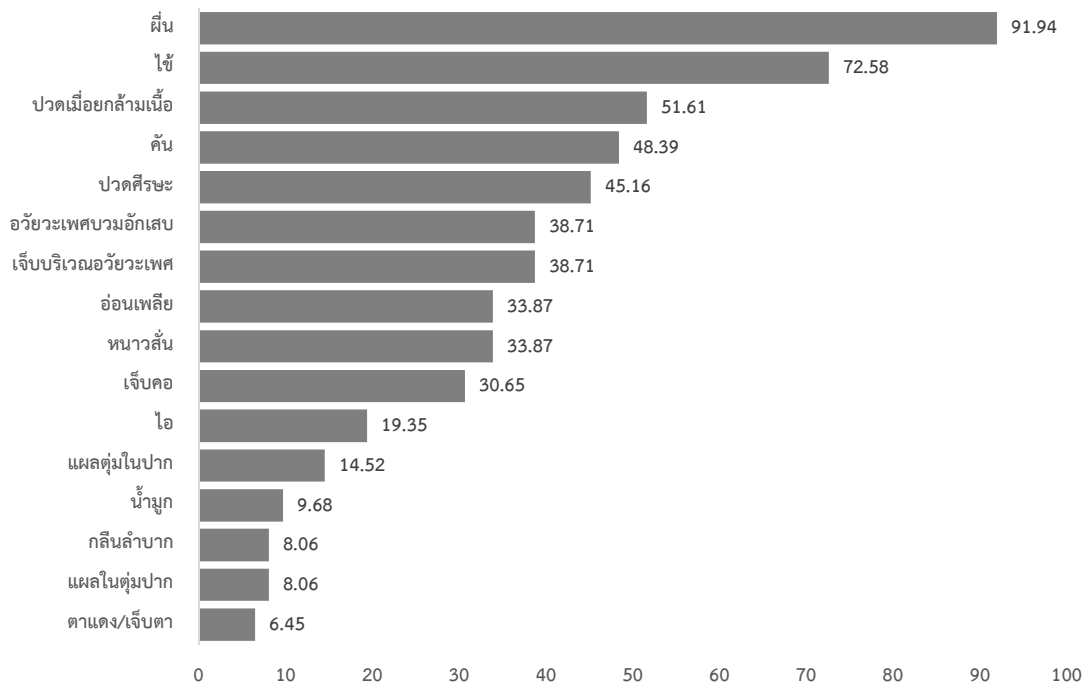
ภาพที่ 1 การกระจายของผู้ป่วย จำแนกตามจังหวัดขณะป่วย



จังหวัดขณะป่วย	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร	40	64.52
ภูเก็ต	7	11.29
ชลบุรี	5	8.06
เชียงใหม่	3	4.84
นนทบุรี	2	3.23
ระนอง	1	1.61
สมุทรปราการ	1	1.61
สงขลา	1	1.61
ปทุมธานี	1	1.61
ขอนแก่น	1	1.61

จังหวัดที่ไม่พบผู้ป่วย  
 ผู้ป่วยจำนวน 1 - 10 ราย  
 ผู้ป่วยจำนวน 10 รายขึ้นไป

ภาพที่ 2 อาการของผู้ป่วย



## วิจารณ์

การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 ไม่มีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา และมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีประวัติการเดินทางระหว่างประเทศในช่วงหนึ่งเดือน และเกิดการแพร่ระบาดกระจายไปหลายจังหวัดในประเทศไทยอย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย

ผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรชาติที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย ปี 2566 มีการรายงานทั้งสิ้น 79 ราย ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 40.32) มีรสนิยมทางเพศรักเพศเดียวกัน ร้อยละ 86.08 ซึ่งคล้ายกับการระบาดในต่างประเทศ เช่น จีน<sup>(5)</sup> เนเธอร์แลนด์<sup>(6)</sup> อิตาลี<sup>(7)</sup> และสเปน<sup>(8)</sup> โดยประเทศที่รายงานเหตุการณ์เข้ามามากที่สุด คือ ประเทศจีน ร้อยละ 39.24 และพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 34.18 มีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งโดยปกติสัดส่วนนี้จะอยู่ในช่วงร้อยละ 21 ถึง 47 ในประเทศที่มีการระบาดของโรค<sup>(6-9)</sup> แต่ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีจะทำให้บุคคลมีความเสี่ยงในการติดโรคฝีดาษวานรหรือไม่<sup>(10)</sup> อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรที่มีการติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิตมากกว่า<sup>(11,12)</sup>

การมีเพศสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดเป็นช่องทางหลักของการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคฝีดาษวานรในปี 2565<sup>(8,13,14)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับผลของการศึกษานี้ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทย มีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับเพศชายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 21 วันก่อนเกิดโรค และบริเวณที่มีผื่นขึ้นมากที่สุด คือ บริเวณแขน บริเวณอวัยวะเพศ/รอบทวารหนัก ที่สำคัญกว่านั้น ผู้ป่วยที่มีการตรวจพบและเข้ารับการรักษา รวมถึงการติดตามผู้สัมผัสอย่างใกล้ชิด เป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยระยะฟักตัวเฉลี่ยอยู่ที่ 8 วัน โดยทั่วไปคือ 7-10 วัน ในช่วงการระบาด

ของโรคในปี 2565<sup>(8-11)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในทวีปยุโรป ที่แสดงให้เห็นว่าระยะฟักตัวเฉลี่ยในการแพร่ระบาดของโรคปี 2565 อยู่ระหว่าง 8 ถึง 9 วัน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการป่วยภายใน 4-11 วัน หลังจากสัมผัสโรค<sup>(11)</sup> โดยระยะฟักตัวมีระยะเวลาที่สั้นกว่าก่อนมีการแพร่ระบาดในปี 2565 ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสโดยตรงผ่านการติดต่อทางเพศสัมพันธ์<sup>(10)</sup> จากรายงานแนวโน้มการระบาดทั่วโลกของโรคฝีดาษวานร วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 มีรายงานผู้ป่วยเป็นผู้หญิงทั้งหมด 3,057 ราย และสภาพแวดล้อมที่สัมผัสเชื้อบ่งชี้ที่สุด คือการอยู่ร่วมบ้าน (ร้อยละ 45) และวิธีการแพร่เชื้อที่พบบ่อยที่สุดสำหรับผู้ป่วยหญิง คือการมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 51)<sup>(18)</sup> ผู้ป่วยจากการระบาดทั่วโลกส่วนใหญ่มักเกิดผื่นขึ้นบริเวณรอบปากและทวารหนักและอวัยวะเพศมากกว่าที่จะเกิดที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย<sup>(8,19)</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ นอกจากนี้ยังมีความยากที่จะระบุและติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งไม่สามารถระบุตัวตนของผู้สัมผัสที่ชัดเจนได้ เนื่องจากผู้ป่วยไปสัมผัสกับบุคคลที่ไม่เคยรู้จักมาก่อนโดยไม่ระบุตัวตน ซึ่งทำให้เกิดการกระจายและการแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างมากขึ้นและรวดเร็ว การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การติดตามอาการอย่างใกล้ชิดตามแนวทางปฏิบัติการวินิจฉัย การดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อกรณีโรคฝีดาษวานร ทำให้ลดโอกาสการแพร่กระจายโรค และลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

ผลของการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคฝีดาษวานรในประเทศไทย ประการแรก จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศควรดำเนินการตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคฝีดาษวานรที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และพัฒนากลไกด้านการประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศในการรายงาน ติดตาม และแลกเปลี่ยนข้อมูล ผู้ป่วยที่มีการรายงานกลับมายังประเทศไทย เนื่องจากประเทศที่รายงานข้อมูลส่วนใหญ่มีความล่าช้าในการรายงานทำให้มีโอกาสในการแพร่กระจายโรค ประการ



ที่สอง การศึกษาทางระบาดวิทยาของโรคฝีดาษวานรรวมถึงมาตรการที่สำคัญสำหรับกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการเพิ่มองค์ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการทางคลินิก วิธีการติดต่อของโรค วิธีการรักษา สร้างความตระหนักรู้เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคฝีดาษวานรประการที่สาม เนื่องจากผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี การมีคลินิกให้คำปรึกษา และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี รวมถึงคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพและเฝ้าระวังเป็นกรณีพิเศษสำหรับกลุ่มประชากรนี้โดยแพทย์ผู้วินิจฉัยจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคฝีดาษวานร เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยการรักษาโรคในระยะเริ่มต้น<sup>(5)</sup>

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ได้แก่ ลักษณะการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่ไม่สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรคได้ และการขาดข้อมูลในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเพียงเล็กน้อย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนอาจมีการขาดการรายงานโรคเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง ส่งผลให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่งในขณะนี้การระบาดของโรคฝีดาษวานรในประเทศไทยอาจจะสงบลง แต่สถานการณ์โลกยังคงดำเนินการต่อ ทำให้กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย เฝ้าระวังสถานการณ์โรคฝีดาษวานรในทวีปแอฟริกาภายหลังที่องค์การอนามัยโลกเตรียมพิจารณาประกาศยกระดับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เพื่อประโยชน์การวางแผน กำหนดมาตรการ การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค และการแพร่กระจายของโรคฝีดาษวานร ในประชาชนและนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป<sup>(20)</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มประชากรเสี่ยงเป็นเรื่องที่จำเป็น ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความ

สำคัญในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค โดยดำเนินการที่มีประสิทธิภาพและมีความครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งในพื้นที่ที่เคยพบการระบาดและยังไม่เคยพบการระบาด เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและมีประสิทธิผล ดังนี้

1. รายงานข้อมูลโรคระหว่างจุดประสานงาน ภูมิภาคมายระหว่างประเทศ รวมถึงการประสานขอข้อมูลเพิ่มเติมกับประเทศต้นทางทันทีภายหลังจากการตรวจพบเชื้อ เพื่อจำกัดวงจรของการแพร่ระบาดและกระจายเชื้อในผู้ป่วย

2. ส่งเสริมให้ความรู้กับสถานพยาบาลที่มีชาวต่างชาติเข้ามารับบริการ ให้มีการจัดทำสื่อสองภาษา เช่น ภาษาไทย-ภาษาจีน ภาษาไทย-ภาษาอังกฤษ เป็นต้น สำหรับประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำที่สามารถสื่อสารกับชาวต่างชาติได้อย่างเข้าใจ

3. ติดตามข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้มีความครอบคลุมในการรายงาน และเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังโรคในสถานพยาบาล

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ฐิติพงษ์ ยิ่งยง ที่อนุเคราะห์การใช้ข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้ และนายสัตวแพทย์ธีรศักดิ์ ชักนำ และนางสาวกิริติกานต์ กัลลสวัสดิ์ ในการให้คำแนะนำและคำปรึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค เจ้าหน้าที่ทีมเครือข่ายสุขภาพ เจ้าหน้าที่ทีมสอบสวนโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรคทุกท่าน ที่ได้ดำเนินการเฝ้าระวังควบคุมโรค และรายงานเหตุการณ์อย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ศึกษามีข้อมูลสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการวิเคราะห์คุณลักษณะทางระบาดวิทยาในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO recommends new name for monkeypox disease [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited

- 2023 May 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-11-2022-who-recommends-new-name-for-monkeypox-disease>
2. World Health Organization. WHO Director-General declares the ongoing monkeypox outbreak a public health emergency of international concern [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>
  3. World Health Organization. Multi-country outbreak of mpox, external situation report#31-22 December 2023 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report-31---22-december-2023>
  4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of smallpox infectious disease (mpox) 2024 [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 30]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/monkeypox/dashboard.php> (in Thai)
  5. Zong Y, Yang Y, Kong D, Xu J, Liang Z, Shi F, et al. Epidemiology and characteristics of identified early mpox cases in Guangdong Province. *Biosaf Health*. 2023;5(6):321-5.
  6. van Ewijk CE, Miura F, van Rijckevorsel G, de Vries HJ, Welkers MR, van den Berg OE, et al. Mpox outbreak in the Netherlands, 2022: public health response, characteristics of the first 1,000 cases and protection of the first-generation smallpox vaccine. *Euro Surveill*. [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 28];28(12):2200772. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.12.2200772>
  7. Candela C, Raccagni AR, Bruzzesi E, Bertoni C, Rizzo A, Gagliardi G, et al. Human monkeypox experience in a tertiary level hospital in Milan, Italy, between May and October 2022: epidemiological features and clinical characteristics. *Viruses* [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 25];15(3):667. Available from: <https://www.mdpi.com/1999-4915/15/3/667>
  8. Tarin-Vicente EJ, Alemany A, Agud-Dios M, Ubals M, Suner C, Anton A, et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study. *Lancet* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 28];400(10353):661-9. Available from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01436-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01436-2/fulltext)
  9. Philpott D, Hughes CM, Alroy KA, Kerins JL, Pavlick J, Asbel L, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of monkeypox cases—United States, May 17–July 22, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 12];71(32):1018-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7132e3>
  10. Mitja O, Ogoina D, Titanji BK, Galvan C, Muyembe JJ, Marks M, et al. Monkeypox. *Lancet* [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 13];401(10370):60-74. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02075-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02075-X/fulltext)
  11. Mitja O, Alemany A, Marks M, Lezama Mora JI, Rodriguez-Aldama JC, Torres Silva MS, et al. Mpox in people with advanced HIV infection: a global case series. *Lancet* [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 14];401(10380):939-49. Available

- from: [https://www.thelancet.com/journals/lan-cet/article/PIIS0140-6736\(23\)00273-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lan-cet/article/PIIS0140-6736(23)00273-8/fulltext)
12. Triana-Gonzalez S, Roman-Lopez C, Mauss S, Cano-Diaz AL, Mata-Marin JA, Perez-Barragan E, et al. Risk factors for mortality and clinical presentation of monkeypox. *AIDS* [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 30];37(13):1979-85. Available from: [https://journals.lww.com/aidsonline/abstract/2023/11010/risk\\_factors\\_for\\_mortality\\_and\\_clinical.8.aspx](https://journals.lww.com/aidsonline/abstract/2023/11010/risk_factors_for_mortality_and_clinical.8.aspx)
13. Liang C, Qian J, Liu L. Biological characteristics, biosafety prevention and control strategies for the 2022 multi-country outbreak of monkeypox. *Biosaf Health* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 13];4(6):376-85. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bsheat.2022.11.001>
14. Wang Y, Leng P, Zhou H. Global transmission of monkeypox virus—a potential threat under the COVID-19 pandemic. *Front Immunol* [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 10];5(14):1174223. Available from: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2023.1174223>
15. Suarez Rodriguez B, Guzman Herrador BR, Diaz Franco A, Sanchez-Seco Farinas MP, Del Amo Valero J, Aginagalde Llorente AH, et al. Epidemiologic features and control measures during monkeypox outbreak, Spain, June 2022. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 15];28(9):1847-51. Available from: [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/28/9/22-1051\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/28/9/22-1051_article)
16. Miura F, van Ewijk CE, Backer JA, Xiridou M, Franz E, Op de Coul E, et al. Estimated incubation period for monkeypox cases confirmed in the Netherlands. *Euro Surveill* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 30];27(24):2200448. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.24.2200448>
17. McFarland SE, Marcus U, Hemmers L, Miura F, Inigo Martinez J, Martínez FM, et al. Estimated incubation period distributions of mpox using cases from two international European festivals and outbreaks in a club in Berlin, May to June 2022. *Euro Surveill*. [Internet]. 2022 [cited 2023 May 5];28(27):2200806. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.27.2200806>
18. World Health Organization. 2022-24 Mpox (monkeypox) outbreak: global trends [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Jul 20]. Available from: [https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpox\\_global/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpox_global/)
19. Catala A, Clavo-Escribano P, Riera-Monroig J, Martin-Ezquerria G, Fernandez-Gonzalez P, Revelles-Penas L, et al. Monkeypox outbreak in Spain: clinical and epidemiological findings in a prospective cross-sectional study of 185 cases. *Br J Dermatol* [Internet]. 2022 [cited 2023 May 8];187(5):765-72. Available from: <https://doi.org/10.1111/bjd.21790>
20. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Ministry of Public Health is closely monitoring the monkeypox situation in Africa as the WHO prepares to consider declaring an international public health emergency [Internet]. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Aug 9]. Available from: <https://pr.moph.go.th/online/index/news/301573online/index/event> (in Thai)