



กรมควบคุมโรค

คู่มือสอบสวน

# โรคเรื้อน

สถาบันราชประชาสมาสัย

LEPROSY

สถาบันราชประชาสมาสัย  
กรมควบคุมโรค



คู่มือสอบสวน

# โรคเรื้อน

สถาบันราชประชาสมาสัย  
พ.ศ.2567

สถาบันราชประชาสมาสัย  
กรมควบคุมโรค

# คณะผู้จัดทำคู่มือสอบสวนโรคเรื้อรัง

สถาบันราชประชาสมาสัย

## ที่ปรึกษา

นายแพทย์ธงชัย	กิริติหัตถยากร	อธิบดีกรมควบคุมโรค
นายแพทย์อภิชาติ	วชิรพันธ์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงสุลีพร	จิระพงษา	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
นายแพทย์เอนก	มั่งอ้อมกลาง	ผู้อำนวยการสถาบันราชประชาสมาสัย

## คณะผู้จัดทำ

แพทย์หญิงสรานุจิต	วิมลชาติ	รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทางการแพทย์ สถาบันราชประชาสมาสัย
แพทย์หญิงชฎานิจ	มหาสิงห์	นายแพทย์ชำนาญการ กองระบาดวิทยา
นางสาวพจนา	ฉัญญกิตติกุล	รองผู้อำนวยการภารกิจด้านกำจัดโรคเรื้อรังและเครือข่าย สถาบันราชประชาสมาสัย
นางสาวศิริมาศ	รอดจันทร์	หัวหน้ากลุ่มกำจัดโรคเรื้อรังและเครือข่าย สถาบันราชประชาสมาสัย
นางสาวชุตีวัลย์	พลเดช	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันราชประชาสมาสัย
นายธีระศักดิ์	หันชัยภูมิ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันราชประชาสมาสัย
นางสาวสุพิชชา	เจียมเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันราชประชาสมาสัย

จัดทำโดย : สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค  
เลขที่ 15 หมู่ 7 ถนนปู่เจ้าสมิงพราย ตำบลบางหญ้าแพรก  
อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ 10130  
โทรศัพท์ 02 385 9135 - 7

พิมพ์ครั้งที่ : 1  
จำนวน : 2,500 เล่ม  
พิมพ์ที่ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

ประเทศไทยมีเป้าหมายการกำจัดโรคเรื้อน เพื่อมุ่งสู่การปลอดโรคเรื้อน (Zero Leprosy) ในปี 2570 คือ ต้องเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว

“ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ มักมีประวัติเคยเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก่อน หากเราวางระบบติดตามผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน จะช่วยให้ตรวจพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ได้ถึง 20% นับเป็นกลไกสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ประเทศไทยปลอดผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก ภายในปี 2570”

นายแพทย์ธงชัย กิริติหัตถยากร  
อธิบดีกรมควบคุมโรค

การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ต้องอาศัยการสอบสวนโรคที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อค้นหาแหล่งแพร่เชื้อและสามารถตรวจจับผู้ป่วยรายใหม่ได้อย่างรวดเร็ว ทันท่วงที ควบคู่ไปกับการให้การรักษาที่ได้มาตรฐานและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายประเทศไทยปลอดโรคเรื้อน

**นายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์**  
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

# คำนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) มีนโยบายกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไป (Zero leprosy) ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) โดยประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคเรื้อนระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566 - 2570) ที่สอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

การเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เชิงรุกเพื่อมุ่งสู่การกำจัดโรคเรื้อนอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องดำเนินการสอบสวนโรคเรื้อนเพื่อค้นหาข้อเท็จจริงที่นำไปสู่ความเข้าใจในลักษณะการระบาดของโรคเรื้อนในพื้นที่ และนำไปสู่มาตรการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนอย่างเหมาะสม การสอบสวนโรคจะทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ และสามารถตัดวงจรการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเรื้อนได้จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และติดตามคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่ ผู้สัมผัสโรคในบ้าน (House hold contact) ผู้สัมผัสโรคเพื่อนบ้าน (Neighboring contact) และผู้สัมผัสโรคทางสังคม (Social contact) โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคในบ้านซึ่งมีโอกาสสูงที่จะได้รับเชื้อโรคเรื้อน จึงต้องตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในผู้สัมผัสโรคในบ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 10 ปี อีกทั้งยังสามารถนำผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยที่พบจากการคัดกรองเข้าสู่การรักษาที่ได้มาตรฐานเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อต่อไป

การสอบสวนโรคยังเป็นการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเรื้อน ทั้งระยะฟักตัว (Incubation period) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการของโรคเรื้อน จนเข้ารับการรักษา (Since of onset) สาเหตุในการรักษาที่ล่าช้า (Delay presentation) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. ความล่าช้าจากตัวผู้ป่วยเอง (Patient Delay) 2. สถานบริการสาธารณสุขล่าช้า (Health service delay) นำไปสู่หลักฐานทางวิชาการเพื่อใช้ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง

ประเทศไทยมีนโยบายการกำจัดโรคเรื้อน เพื่อมุ่งสู่การปลอดโรคเรื้อน (Zero Leprosy) ในปี 2570 ทั้งนี้ตามกรอบการกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้มีการตรวจสอบยืนยันข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยต้องยืนยันแหล่งที่มาของการติดเชื้อว่ามาจากในประเทศหรือภายนอกประเทศ และยืนยันความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยก่อนหน้า เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาจำแนกพื้นที่ตามลักษณะของการระบาดในระยะต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการติดตามและกำหนดมาตรการในการกำจัดโรคเรื้อนในระดับพื้นที่ต่อไป

การดำเนินงานสอบสวนโรคจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากหลายภาคส่วนในทุกระดับทั้งจากส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล

สถาบันราชประชาสมาสัย จึงหวังว่าคู่มือสอบสวนโรคเรื้อนฉบับนี้จะช่วยให้ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในทุกระดับสามารถใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี และหากท่านมีข้อคิดเห็นในการปรับปรุง ขอให้โปรดแจ้งให้สถาบันฯ ทราบต่อไปด้วย

**สถาบันราชประชาสมาสัย**  
กรมควบคุมโรค

# สารบัญ

<b>บทที่ 1</b>	<b>สถานการณ์และความสำคัญของการสอบสวนโรคเรื้อน</b>	<b>1</b>
	• สถานการณ์โรคเรื้อน	1
	• ความสำคัญของการสอบสวนโรคเรื้อน	13
<b>บทที่ 2</b>	<b>นิยามศัพท์ที่ใช้ในการสอบสวนโรคเรื้อน</b>	<b>16</b>
	• นิยามศัพท์ที่ใช้ในการสอบสวนโรค	17
<b>บทที่ 3</b>	<b>ความรู้เรื่องโรคเรื้อนที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค</b>	<b>22</b>
	• ธรรมชาติของโรค และการจำแนกชนิดโรคเรื้อน	23
	• การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	30
	• การวินิจฉัย และการรักษาโรคเรื้อน	33
	• การแบ่งระดับความพิการ	41
<b>บทที่ 4</b>	<b>เกณฑ์การสอบสวนโรคและบทบาทหน้าที่ของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค</b>	<b>43</b>
	• เกณฑ์การสอบสวนโรค	44
	• หน่วยงานที่รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่	45
<b>บทที่ 5</b>	<b>การเตรียมการก่อนออกสอบสวนโรค</b>	<b>49</b>
	• เตรียมองค์ประกอบของทีม	50
	• กิจกรรมที่ต้องเตรียมการก่อนออกสอบสวนโรคในพื้นที่	51

# สารบัญ

<b>บทที่ 6</b>	<b>การสอบสวนโรคเรื้อนกรณีพบผู้ป่วยรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ</b>	55
	• วัตถุประสงค์ของการสอบสวนโรคเรื้อน	56
	• นิยามผู้ป่วยโรคเรื้อน	56
	• การสอบสวนโรคเรื้อน	57
	• นิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดโรคเรื้อน	61
<b>บทที่ 7</b>	<b>การตีตราจากการสอบสวนโรคเรื้อน</b>	73
	• ข้อควรระวังและการลดการตีตราจากการสอบสวนโรคเรื้อน	74
<b>บทที่ 8</b>	<b>การรายงานโรคเรื้อน</b>	81
	• แนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่	83
<b>ภาคผนวก :</b>	<b>แบบฟอร์มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง</b>	88
	• แบบฟอร์มที่ 1 : แบบสอบสวนโรคเรื้อน	89
	• แบบฟอร์มที่ 2 : แบบรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบใหม่และเพิ่มเข้ามาในทะเบียนรักษา	92
	• แบบฟอร์มที่ 3 : แบบรายงานทะเบียนการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคเรื้อนร่วมบ้าน	93
	• แบบฟอร์มที่ 4 : แบบคัดกรองโรคเรื้อน	94
	• แบบฟอร์มที่ 5 : บัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3)	95

บทที่ 1

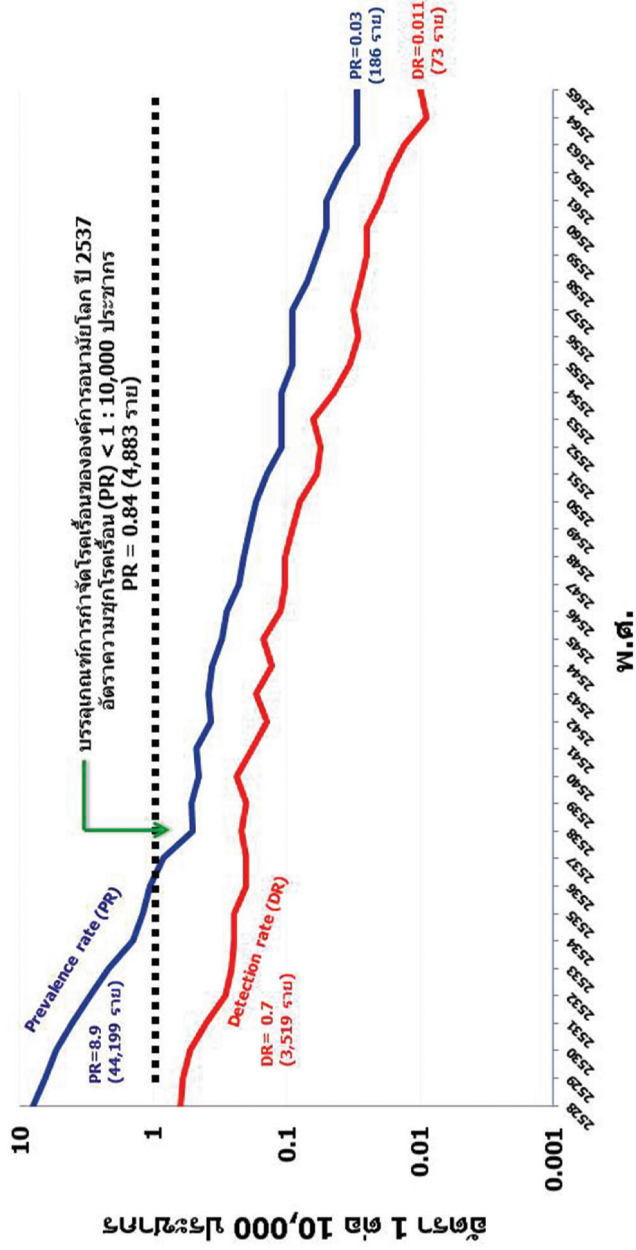
# สถานการณ์และความสำคัญ ของการสอบสวนโรคเรื้อน



# อัตราความชุกและอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

## พ.ศ. 2528 - 2565

ปี 2527 เริ่มใช้สูตรยา Multidrug therapy (MDT) รักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนทั่วประเทศ



## สถานการณ์โรคเรื้อน

### อัตราความชุก (Prevalence rate; PR)

เป็นการวัดภาระงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในขณะนั้น ในอดีต ประชากรไทยมีอัตราความชุกโรคเรื้อนสูง เนื่องจากในขณะนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต แต่เมื่อประเทศไทยมีมาตรการรักษาผู้ป่วยด้วยยาสูตรผสม (Multidrug Therapy; MDT) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ทำให้อัตราความชุกลดลงอย่างรวดเร็ว จนสามารถบรรลุเกณฑ์การกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก ทำให้โรคเรื้อนไม่ใช่อุปสรรคทางสาธารณสุข คือ มีอัตราความชุกโรคเรื้อนต่ำกว่า 1 ต่อ 10,000 ประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 หลังจากนั้นอัตราความชุกของโรคเรื้อนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อนในทะเบียนรักษาจำนวน 345 334 269 222 200 และ 186 ราย ตามลำดับ หรือ คิดเป็นอัตราความชุกโรคเรื้อน 0.05 0.05 0.04 0.03 0.03 และ 0.03 ต่อ 10,000 ประชากรตามลำดับ

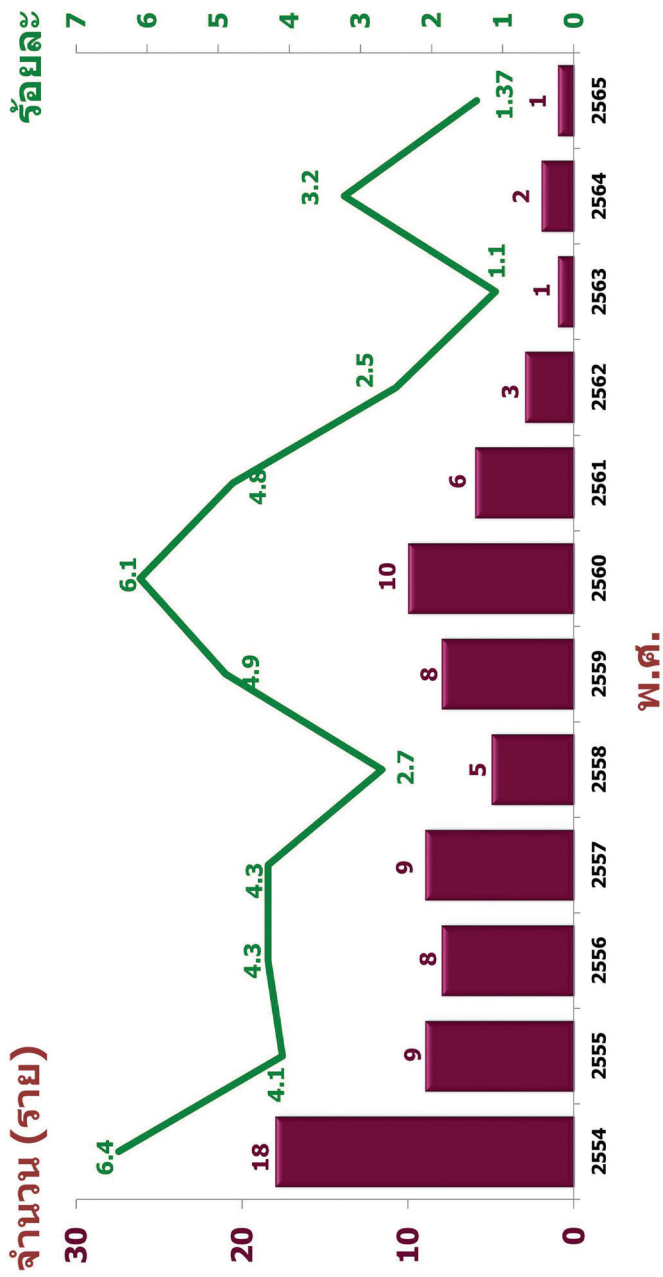
## จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ (New cases detection) พ.ศ. 2538 - 2565



## อัตราอุบัติการณ์ (Incident rate)

เป็นตัวชี้วัดการแพร่เชื้อโรคเรื้อรังที่ดีที่สุด แต่ไม่สามารถหาได้โดยตรง เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่มีอาการเรื้อรังผู้ป่วยที่เริ่มรักษาโรคเรื้อรังมีตั้งแต่พบอาการทางผิวหนังเพียงเล็กน้อย จนกระทั่งบางรายมีอาการโรคเรื้อรังผ่านไปแล้วหลายปีจนมีความพิการจึงได้รับการค้นพบ ดังนั้นการอธิบายการเกิดโรคเรื้อรังในประชากรจึงแทนด้วยอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ (Detection rate; DR) โดยจะเป็นตัวแทนที่ดีที่สุดเมื่อไม่มีผู้ป่วยพิการ และ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงได้รับการวินิจฉัย (Since of onset : SOS) น้อยกว่า 1 ปี จากการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ของประเทศไทยจะพบว่าในบางปีมีอัตราการค้นพบที่สูงขึ้นเนื่องจากเป็นปีที่มีการณรงค์ค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ผู้ป่วยรายใหม่ที่ค้นพบในแต่ละปีจะเพิ่มขึ้นตามกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้ดำเนินงานในปีนั้น ต่อมาเมื่อมีการดำเนินกิจกรรมการค้นหาอย่างต่อเนื่องแนวโน้มอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่โดยรวมจึงลดลง จนสามารถบรรลุเป้าหมายโดยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ต่ำกว่า 100 รายในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ที่ค้นพบน้อยลงอาจเกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนมีความตระหนักลดลงได้ด้วย โดยในระหว่างปี 2560 - 2565 ประเทศไทยค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่จำนวน 164 125 119 89 62 และ 73 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ 0.25 0.20 0.17 0.13 0.09 และ 0.11 ต่อ 100,000 ประชากรตามลำดับ

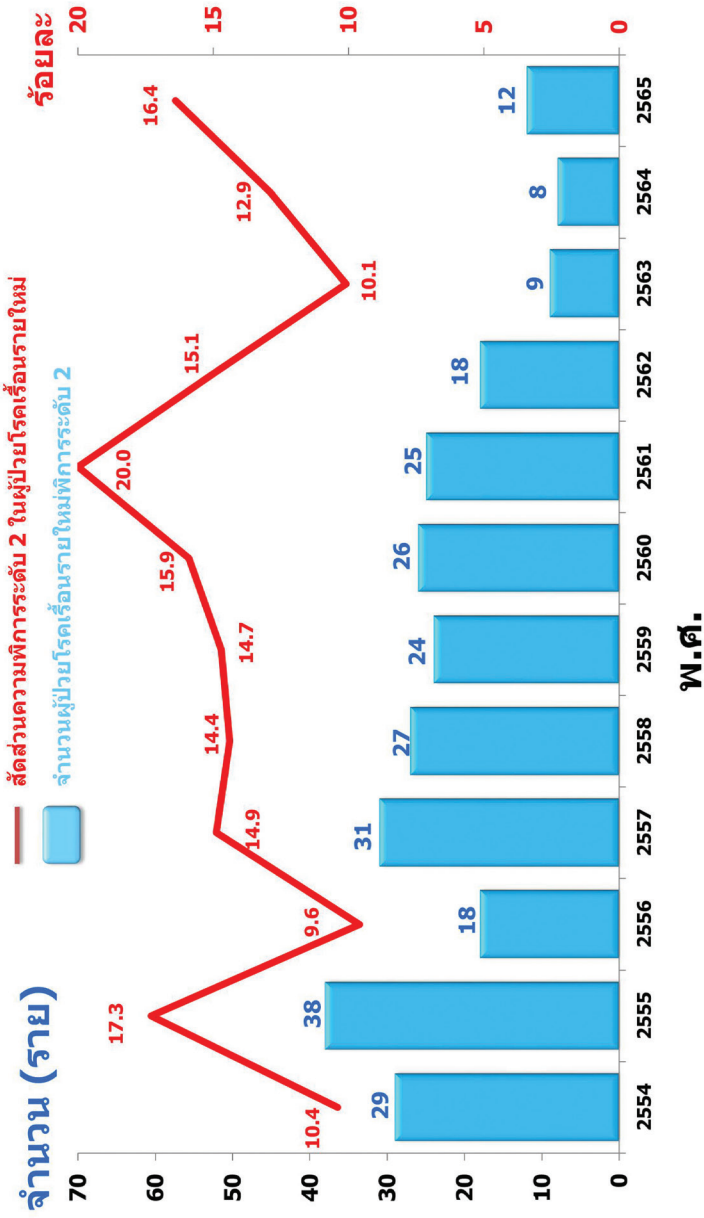
# จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เป็นเด็ก พ.ศ. 2554 - 2565



**การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก**ในพื้นที่เป็นข้อบ่งชี้ว่ายังคงมีการแพร่เชื้อโรคอยู่ในพื้นที่และเกิดขึ้นในเวลาไม่นานมานี้ (Recent active transmission) เนื่องจากเด็กเป็นผู้มีอายุน้อยกว่า 15 ปี การรับเชื้อจึงจำกัดอยู่ในช่วงอายุของเด็กเท่านั้น และเนื่องจากวิถีชีวิตเด็กมักไม่มีการเคลื่อนย้ายมากนัก ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ที่บ้านและโรงเรียนเป็นหลัก ดังนั้นจึงมีโอกาที่จะค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ โดยเฉพาะผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy : MB) ซึ่งเป็นผู้แพร่เชื้อโรคเรื้อนมาสู่เด็ก จึงควรรีบดำเนินการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในชุมชนโดยเร็วที่สุดเพื่อหยุดวงจรการแพร่เชื้อในชุมชน สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็กของไทย 10 ปีย้อนหลังอยู่ในช่วงร้อยละ 1.1 - 6.1 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (ไม่เกินร้อยละ 10) อย่างไรก็ตามแนวโน้มสัดส่วนของผู้ป่วยเด็กยังขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่คงที่ และยังคงพบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นเด็กในทุกปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่ายังคงมีการแพร่เชื้อโรคเรื้อนอยู่อย่างต่อเนื่องในประเทศไทย

ความพิการระดับ 2 เป็นความพิการที่มองเห็นได้ด้วยสายตา ความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเกิดจากใยเส้นประสาทส่วนปลายของผู้ป่วยถูกทำลายจนสูญเสียหน้าที่รับความรู้สึกสัมผัส ความรู้สึกเจ็บ และความรู้สึกร้อน เย็น นำไปสู่อาการชาและการเกิดแผลตามมาได้ กรณีเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงใบหน้า ตา มือ และเท้าถูกทำลาย จะทำให้ผิวหนังมีลักษณะแห้ง แดกเป็นแผล และอาจเกิดการหดรั้งของกล้ามเนื้อทำให้อวัยวะนั้นมีลักษณะผิดรูปได้ การค้นพบผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกและนำเข้าสู่กระบวนการรักษาที่เป็นมาตรฐานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะลดปัญหาความพิการจากโรคเรื้อน ปัจจุบันสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ในประชากรไทยยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 14.3 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (ไม่เกินร้อยละ 10) ดังนั้นการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในประเทศไทยยังนับว่ามี

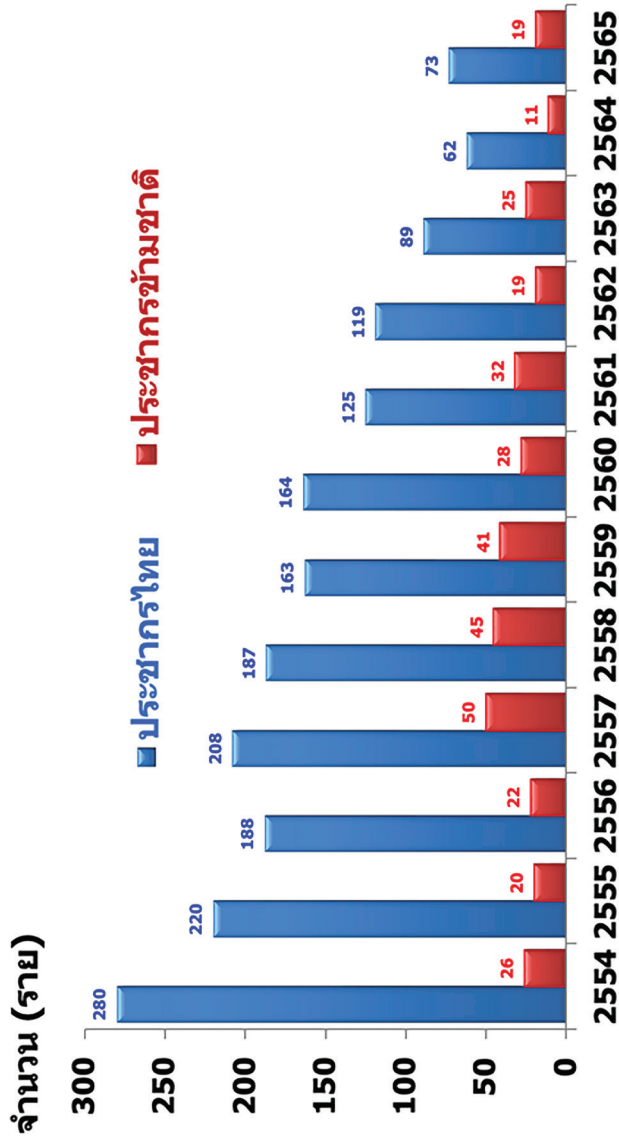
# จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ที่มีความพิการระดับ 2 พ.ศ. 2554 - 2565



ความล่าช้า ซึ่งสัมพันธ์กับข้อมูล SOS ในการประเมินปี 2565 พบว่ามีความล่าช้าในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยเฉลี่ย 32 เดือน (เป้าหมาย SOS ≤ 12 เดือน) ซึ่งสาเหตุของความล่าช้าแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความล่าช้าที่เกิดจากสถานบริการสาธารณสุข ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนน้อยลง พื้นที่ขาดกิจกรรมการค้นหาผู้ป่วยและควบคุมโรคเรื้อนที่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นผลจากบุคลากรสาธารณสุขขาดความรู้และทักษะในการวินิจฉัยโรค ในขณะเดียวกันยังมีสาเหตุของความล่าช้าที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองอีกด้วย นั่นคือการขาดความรู้และความตระหนักในเรื่องโรคเรื้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อนเอง ทำให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาล่าช้า ก่อให้เกิดความพิการและนำไปสู่การตีตราผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยและครอบครัวตามมา

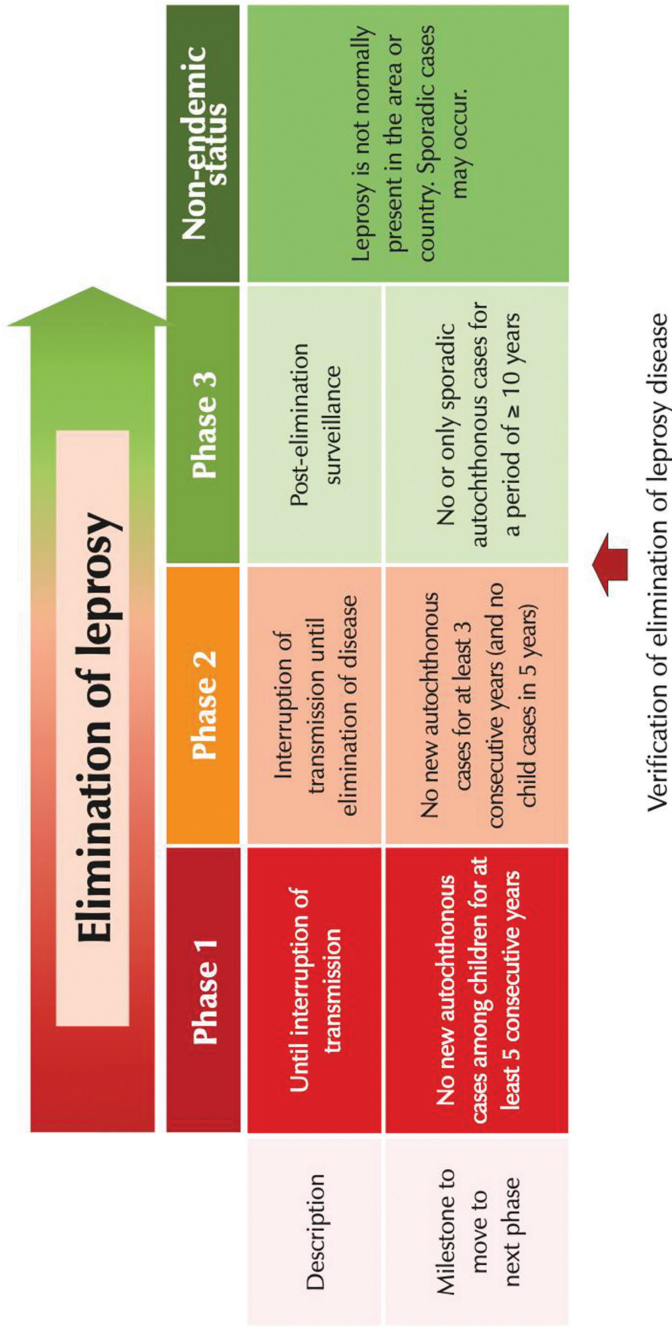
นอกจากปัญหาโรคเรื้อนในประชากรไทยแล้ว ยังมีรายงานการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นประชากรข้ามชาติในประเทศไทยต่อเนื่องทุกปี โดย 10 ปีย้อนหลังอยู่ในช่วงจำนวน 11 - 50 รายต่อปี และพบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นประชากรไทย สัญชาติที่พบมากที่สุด ได้แก่ สัญชาติพม่า อย่างไรก็ตามยังไม่พบหลักฐานยืนยันว่าเป็นการติดต่อภายในประเทศไทย และ ยังไม่พบหลักฐานการแพร่เชื้อจากประชากรข้ามชาติมายังประชากรไทย ทั้งนี้อาจต้องอาศัยการสอบสวนโรคที่เข้มข้นเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในอนาคต เนื่องจากผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นประชากรข้ามชาตินั้นมีโอกาสที่จะแพร่เชื้อโรคเรื้อนสู่ประชากรไทย จึงต้องมีการติดตามเฝ้าระวังและตรวจผู้สัมผัสโรคอย่างครบถ้วน เพื่อไม่ให้โรคเรื้อนกลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคตได้

จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่  
ประชากรไทยและประชากรข้ามชาติที่ทะเบียนรักษาในประเทศไทย  
พ.ศ. 2554 - 2565



พ.ศ.

**องค์การอนามัยโลก (WHO)** มีนโยบายกำจัดโรคเรื้อนให้หมดไป (Zero leprosy) ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) โดยในปี พ.ศ. 2566 ได้เผยแพร่เครื่องมือสำหรับติดตามการกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy Elimination Monitoring Tool : LEMT) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการให้คำจำกัดความเพื่อจำแนกพื้นที่ตามการระบาดของโรคเรื้อน และสร้างตัวชี้วัดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระดับของพื้นที่ และนำไปสู่พื้นที่ที่สามารถกำจัดโรคเรื้อนได้ในที่สุด เครื่องมือนี้ช่วยให้แต่ละประเทศ หรือพื้นที่ที่สามารถตรวจสอบความก้าวหน้าของการกำจัดโรคเรื้อนในระยะต่าง ๆ โดยแบ่งระยะของการกำจัดโรคเรื้อนตามกรอบการกำจัดโรคเรื้อน (Leprosy Elimination Framework) เป็น 4 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1** ระยะก่อนหยุดการแพร่กระจายเชื้อ (Until interruption of transmission) โดยจะเปลี่ยนไปสู่ระยะที่ 2 เมื่อไม่พบผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเชื้อในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปี **ระยะที่ 2** ระยะหยุดการแพร่กระจายเชื้อจนถึงระยะกำจัดโรคเรื้อน (Interruption of transmission until elimination of disease) โดยจะเปลี่ยนไปสู่ระยะที่ 3 เมื่อไม่พบผู้ป่วยเด็กติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป และไม่พบผู้ป่วยผู้ใหญ่ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป **ระยะที่ 3** ระยะเฝ้าระวังหลังการกำจัดโรคเรื้อน (Post-elimination surveillance) โดยจะเปลี่ยนไปสู่**ระยะที่ 4** สถานะไม่ใช่โรคประจำถิ่น (Non-endemic status) เมื่อคงระยะที่ 3 ระยะเฝ้าระวังหลังการกำจัดโรคเรื้อนได้มากกว่า หรือ เท่ากับ 10 ปีขึ้นไป โดยหลังการกำจัดโรคเรื้อน อาจยังพบผู้ป่วยรายใหม่แบบประปราย (Sporadic case) ได้ทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยประปราย (Sporadic case) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ไม่พบความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับผู้ป่วยรายก่อนหน้าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยน้อยกว่า 3 รายต่อปี ในช่วง 3 ปีติดต่อกัน



เมื่อจำแนกจังหวัดในประเทศไทยตามกรอบการกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลกและข้อมูลการเฝ้าระวังโรคเรื้อนในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2566 พบว่าประเทศไทยยังมีจังหวัดที่อยู่ในระยะที่ 1 (ระยะก่อนหยุดการแพร่กระจายเชื้อ) จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ ตาก ชัยภูมิ มหาสารคาม สุรินทร์ อุบลราชธานี พัทลุง ปัตตานี และนราธิวาส จึงต้องดำเนินการป้องกันควบคุมโรคอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การหยุดการแพร่กระจายเชื้อและเข้าสู่ระยะการกำจัดโรคเรื้อนต่อไป ปัจจุบันประเทศไทยวางแผนการป้องกันควบคุมโรคเรื้อนเพื่อให้ทุกพื้นที่ผ่านเกณฑ์ในระยะที่ 1 ทั้งหมด มีเป้าหมายคือไม่มีผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็กติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปี ภายในปี พ.ศ. 2570

## ความสำคัญของการสอบสวนโรคเรื้อน

การสอบสวนโรคเรื้อนเป็นการค้นหาข้อเท็จจริง โดยการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ โดยมีวัตถุประสงค์ 1.) เพื่อทราบรายละเอียดการวินิจฉัย การรักษา ขนาดของปัญหา และความรุนแรงของผู้ป่วย 2.) เพื่อประเมินความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรคและความร่วมมือในการรักษา 3.) เพื่อค้นหาแหล่งที่มาของโรคเรื้อน และคัดกรองการป่วยเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัส และ 4.) เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ล่าช้า การสอบสวนโรคจะนำไปสู่ความเข้าใจในลักษณะการระบาดของโรคเรื้อนในพื้นที่ และนำไปสู่มาตรการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อนอย่างเหมาะสม การสอบสวนโรคจะทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ และสามารถตัดวงจรการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเรื้อนได้จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และติดตามคัดกรองโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่ ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (House hold

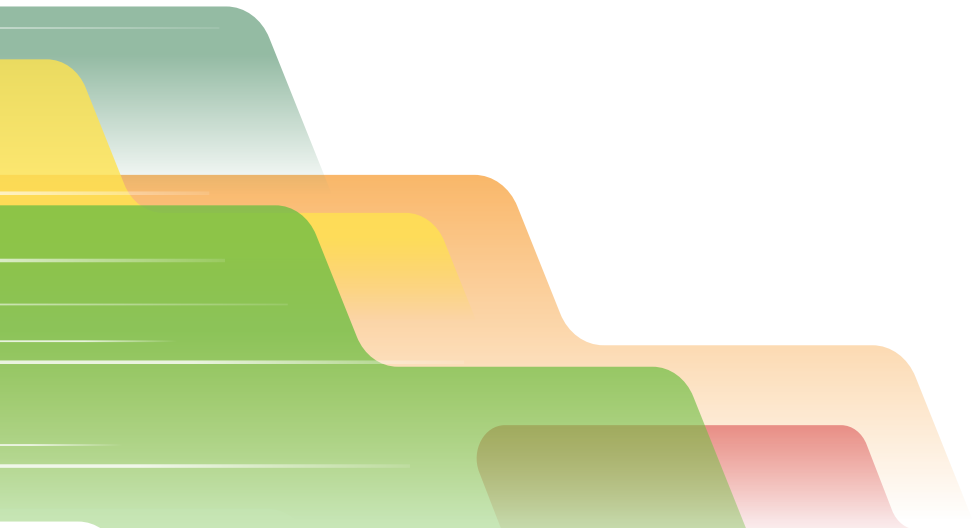
contact) ผู้สัมผัสโรคเพื่อนบ้าน (Neighboring contact) และผู้สัมผัสโรคทางสังคม (Social contact) โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะได้รับเชื้อโรคเรื้อน จึงต้องตรวจคัดกรองโรคเรื้อนในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 10 ปี อีกทั้งยังสามารถนำผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยที่พบจากการคัดกรองเข้าสู่การรักษาที่ได้มาตรฐาน เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อต่อไป การสอบสวนโรคยังเป็นการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเรื้อนทั้ง ระยะฟักตัว (Incubation period) ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการของโรคเรื้อนจนเข้ารับการรักษา (Since of onset) สาเหตุในการรักษาที่ล่าช้า (Delay presentation) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. ล่าช้าจากตัวผู้ป่วยเอง (Patient Delay) 2. สถานบริการสาธารณสุขล่าช้า (Health service delay) นำไปสู่หลักฐานทางวิชาการเพื่อใช้ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่ได้อย่างถูกต้อง ประเทศไทยมีนโยบายการกำจัดโรคเรื้อน เพื่อมุ่งสู่การปลอดโรคเรื้อน (Zero Leprosy) ในปี 2570 ทั้งนี้ตามกรอบการกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้มีการตรวจสอบยืนยันข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยต้องยืนยันแหล่งที่มาของการติดเชื้อว่ามาจากในประเทศหรือภายนอกประเทศ และยืนยันความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยก่อนหน้า เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาจำแนกพื้นที่ตามลักษณะของการระบาดในระยะต่าง ๆ เป็นประโยชน์ในการติดตามและกำหนดมาตรการในการกำจัดโรคเรื้อนในระดับพื้นที่ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย. สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [Internet]. 2566. Available from: [http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/documents/leprosy/Leprosy\\_65new.pdf](http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/documents/leprosy/Leprosy_65new.pdf)
2. International Federation of Anti-Leprosy Associations. THE INTERPRETATION OF EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS IN LEPROSY [Internet]. leprosy information service. 2544 [cited 2566 Dec 8]. Available from: <https://www.leprosy-information.org/resource/ilep-technical-guide-interpretation-epidemiological-indicators-leprosy>
3. [WHO] World Health Organization. Interruption of transmission and elimination of leprosy disease [Internet]. 2566 [cited 2566 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210467>

# บทที่ 2

## นิยามศัพท์ที่ใช้ในการ สอบสวนโรคเรื้อน



การกำจัดโรคเรื้อนตามกรอบการกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก (WHO Leprosy Elimination Framework) ได้แบ่งพื้นที่ออกเป็น 4 ระยะ การแบ่งระยะนี้จำเป็นต้องจำแนกแหล่งที่มาของการติดเชื้อ และ ความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยก่อนหน้า เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาจำแนกพื้นที่ตามลักษณะของการระบาดในระยะต่างๆ โดยมีนิยามศัพท์ที่สำคัญ ดังนี้

- **ได้รับเชื้อจากในพื้นที่ (Autochthonous case)** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่คาดว่าได้รับเชื้อมาจากการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ (locally acquired case) เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่คาดว่าได้รับเชื้อมาจากการแพร่กระจายในจังหวัดเดียวกัน โดยอาจเคยสัมผัสโรคเรื้อนจากคนในบ้านหรือเพื่อนบ้าน หรือ ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเรื้อนนาน 6 เดือนขึ้นไป ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา หรือ ไม่เคยมีประวัติย้ายถิ่นฐาน
- **ได้รับเชือกนอพื้นที่ (Non-autochthonous case)** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่คาดว่าได้รับเชื้อมาจากการแพร่กระจายเชือกนอพื้นที่ (imported case) เช่น
  - **ได้รับเชื้อจากต่างประเทศ** ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่คาดว่าได้รับเชื้อมาจากต่างประเทศ โดยพิจารณาจาก
    - ผู้ป่วยอพยพมาจากประเทศที่ยังคงมีการระบาดของโรคเรื้อน (กรณีย้ายมาประเทศไทยเกิน 15 ปี ให้สงสัยการได้รับเชื้อภายในประเทศ) หรือ

- ผู้ป่วยเคยไปอาศัยอยู่ประเทศที่ยังคงมีการระบาดของโรคเรื้อน นาน 6 เดือนขึ้นไป ในช่วงเวลา 15 ปีที่ผ่านมา
- ได้รับเชื้อจากภายนอกจังหวัด ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่คาดว่าได้รับเชื้อมาจากนอกรัฐที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เช่น ปัจจุบันอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร แต่เคยสัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนสมัยอาศัยอยู่ที่ภูมิลำเนา เป็นต้น
- **ผู้ป่วยประปราย (sporadic case)** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ไม่พบความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับผู้ป่วยรายก่อนหน้า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และ จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยน้อยกว่า 3 รายต่อปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน
- **การอุบัติซ้ำของโรคเรื้อน (re-emergence of leprosy)** หมายถึง
  - พบผู้ป่วยประปรายที่เป็นเด็กมีจำนวนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 รายต่อปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีติดต่อกันในพื้นที่ที่อยู่ในระยะที่ 2 ตาม WHO Elimination Framework หรือ
  - พบผู้ป่วยประปรายทุกช่วงอายุมีจำนวนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 รายต่อปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีติดต่อกันในพื้นที่ที่อยู่ในระยะที่ 3 ขึ้นไปตาม WHO Elimination Framework

## กรอบการกำจัดโรคเรื้อนขององค์การอนามัยโลก (WHO Elimination Framework)

	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4
<b>ชื่อระยะ</b>	ระงับก่อนหยุดการแพร่กระจายเชื้อ (Until interruption of transmission)	ระงับหยุดการแพร่กระจายเชื้อจนถึงระยะกำจัดโรคเรื้อน (Interruption of transmission until elimination of disease)	ระยะเฝ้าระวังหลังการกำจัดโรคเรื้อน (Post-elimination surveillance)	สถานะไม่ใช้โรคประจำถิ่น (Non-endemic status)
<b>ความหมาย</b>	ยังพบผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเชื้อจากในพื้นที่ (new autochthonous child cases)	ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับเชื้อจากในพื้นที่ (new autochthonous adult cases) ยังสามารถพบผู้ป่วยเด็กประปรายได้	ไม่พบผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเชื้อจากในพื้นที่ ติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป และไม่พบผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับเชื้อจากในพื้นที่ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป แต่ยังสามารถพบผู้ป่วยประปรายได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่	ไม่พบผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเชื้อจากในพื้นที่ ติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป และไม่พบผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับเชื้อจากในพื้นที่ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป แต่ยังสามารถพบผู้ป่วย sporadic cases ได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่
<b>การอุบัติซ้ำ (re-emergence)</b>	ยังคงมีการระบาดถึงไม่พบการณาการอุบัติซ้ำในระยะนี้	พบผู้ป่วยประปรายที่เป็นเด็กมีจำนวนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 รายต่อปีในช่วงระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน	พบผู้ป่วยประปรายทุกช่วงอายุ มีจำนวนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 รายต่อปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน	พบผู้ป่วยประปรายทุกช่วงอายุ มีจำนวนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 รายต่อปี ในช่วงระยะเวลา 3 ปีติดต่อกัน

## กรอบการกำจัดโรคเรื้อนของการอนามัยโลก (WHO Elimination Framework)

	ระยะที่ 1	ระยะที่ 2	ระยะที่ 3	ระยะที่ 4
เป้าหมายในการ เลื่อนระยะ	ไม่พบผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเชื้อจาก ในพื้นที่ ติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป (zero new autochthonous child cases in the last five years)	ไม่พบผู้ป่วยเด็กที่ได้รับเชื้อจาก ในพื้นที่ ติดต่อกันอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป และไม่พบผู้ป่วย ผู้ใหญ่ที่ได้รับเชื้อจากในพื้นที่ ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป (Zero new autochthonous cases for at least 3 consecutive years and no child cases in 5 years)	อยู่ในระยะระยะที่ 3 (Post-elimination surveillance phase) มากกว่า หรือ เท่ากับ 10 ปีขึ้นไป	

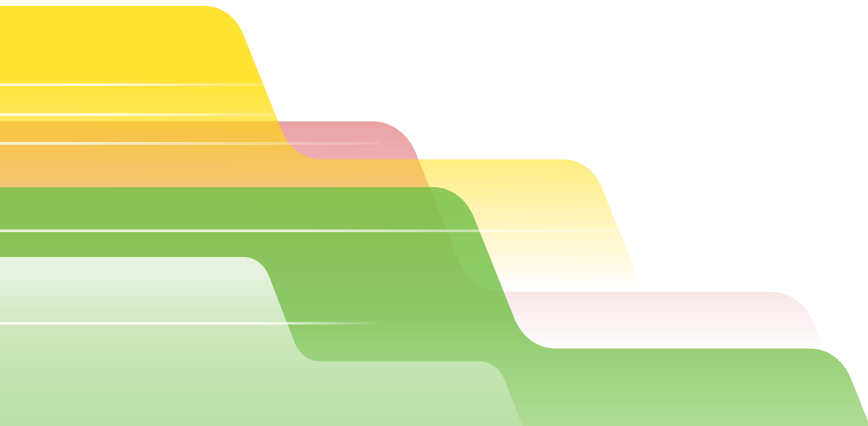
หมายเหตุ: ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อจากนอกพื้นที่ (Non-autochthonous case) หรือ ผู้ป่วยนำเข้า สามารถพบได้ในทุกระยะ

## เอกสารอ้างอิง

1. [WHO] World Health Organization. Interruption of transmission and elimination of leprosy disease [Internet]. 2566 [cited 2566 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210467>
2. [WHO] World Health Organization. Leprosy Elimination Monitoring Tool. 2566.
3. [WHO] World Health Organization. Leprosy Programme and Transmission Assessment [Internet]. 2566 [cited 2566 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210481#>

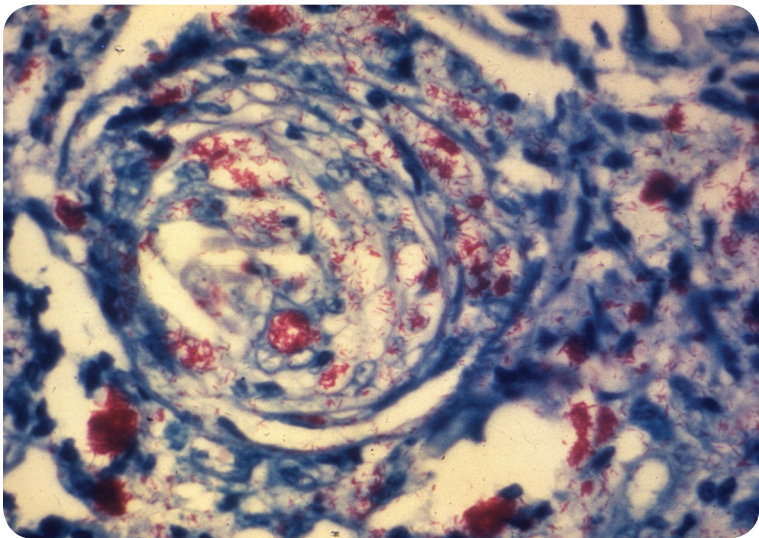
# บทที่ 3

## ความรู้เรื่องโรคเรื้อน ที่จำเป็นต่อการสอบสวนโรค



## ธรรมชาติของโรค และการจำแนกชนิดโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเกิดจากการติดเชื้อ *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) เชื้อโรคนี้ถูกพบครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2416 โดย นายแพทย์ชาวนอร์เวย์ชื่อ Dr. G.H. Armauer Hansen เชื้อนี้มีรูปร่างเป็นแท่ง ย้อมติดสีทนกรด (Acid fast staining) อาศัยและเจริญเติบโตอยู่ภายในเซลล์โดยเฉพาะในเซลล์ประสาท (Schwann cells) และ เซลล์ในระบบ reticuloendothelial system เชื้อโรคเรื้อนเจริญและแบ่งตัวช้ามาก ปัจจุบันยังไม่สามารถเพาะเลี้ยงโดยใช้อาหารเลี้ยงเชื้อ แต่สามารถเพาะเลี้ยงได้ในอุ้งเท้าหนู (mouse foot pad) และ ตัวนัมเก้าลาย (nine-banded armadillo)



ภาพตัวอย่างเนื้อเยื่อผิวหนังจากผู้ป่วยโรคเรื้อน เชื้อแบคทีเรีย *M. leprae* จำนวนมาก แทรกอยู่ในเนื้อเยื่อเส้นประสาทบริเวณผิวหนัง (ติดสีแดงจาก Acid fast staining)

## กลไกการเกิดโรค

ในผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อ *M. leprae* มีประมาณร้อยละ 3 เท่านั้นที่จะเกิดอาการของโรคเรื้อน ประชากรส่วนใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ *M. leprae* ปกติและสามารถทำลายเชื้อได้สำเร็จจึงไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อน ในทางกลับกันเมื่อผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ *M. leprae* ผิดปกติได้รับเชื้อจะไม่สามารถทำลายเชื้อได้ เชื้อ *M. leprae* ที่เข้าสู่ร่างกายจะแบ่งตัวในร่างกายของผู้รับเชื้อเมื่อเชื้อแบ่งตัวมากเกินไปพอจะทำให้เกิดอาการทางผิวหนัง และ/หรือ อาการทางเส้นประสาทส่วนปลายกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเกิดอาการของโรคเรื้อนขึ้นแล้ว อนึ่ง ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันผิดปกติต่อเชื้อ *M. leprae* เหล่านี้ จะผิดปกติเฉพาะการต่อต้านเชื้อ *M. leprae* เท่านั้น คุณสมบัติในการต่อต้านเชื้อโรคอื่น ๆ ยังคงปกติ

## การจำแนกชนิดของโรคเรื้อน

ภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่แตกต่างกันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อนแสดงอาการแตกต่างกัน ในทางปฏิบัติเพื่อให้การจำแนกชนิดจากลักษณะอาการทางคลินิกง่ายขึ้นและใช้ประโยชน์ในการวางแผนการรักษา และการดำเนินงานควบคุมโรค จึงจำแนกผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- **โรคเรื้อนประเภทเชืื่อน้อย (Paucibacillary leprosy: PB):**

หมายถึง โรคเรื้อนชนิด

- Polar tuberculoid leprosy (TT)
- Borderline tuberculoid leprosy (BT) ที่ตรวจไม่พบเชื้อ และมีรอยโรค 1-5 แห่ง

ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ *M. leprae* ปานกลาง ภูมิคุ้มกันไม่มากเท่ากับคนปกติที่รับเชื้อแล้วแต่ไม่เกิดอาการโรคเรื้อน ภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเหล่านี้แม้จะไม่สามารถหยุดการแบ่งตัวของเชื้อ *M. leprae* ได้ แต่ยังสามารถ

สกัดกันมิให้เชื้อ *M. leprae* แบ่งตัวมากเกินไปจนกระทั่งกระจายทั่วร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีอาการและอาการแสดง แต่เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเท่านั้น

- **โรคเรื้อนประเภทเชื้อ้มาก (Multibacillary leprosy : MB):**

หมายถึง โรคเรื้อนชนิด

- Borderline tuberculoid leprosy (BT) ที่ตรวจพบเชื้อ หรือตรวจไม่พบเชื้อแต่มีรอยโรคจำนวนมากกว่า 5 แห่ง และกระจายอยู่สองข้างของร่างกาย
- Mid-borderline leprosy (BB)
- Borderline lepromatous leprosy (BL)
- Polar lepromatous leprosy (LL)

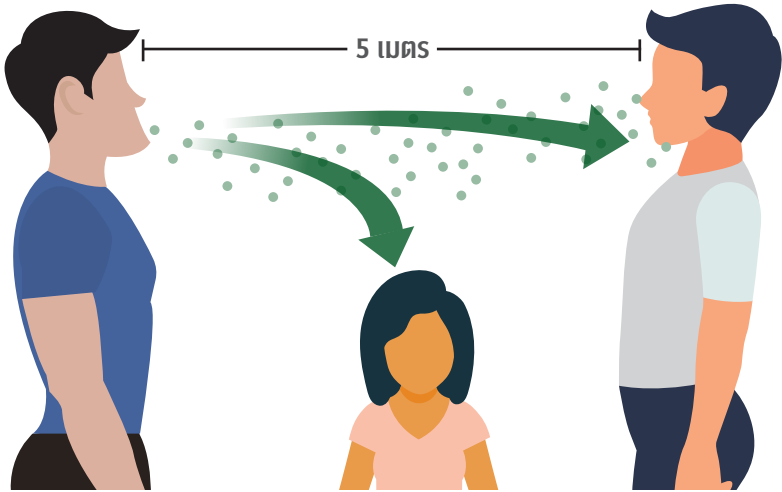
ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ *M. leprae* น้อยมากหรือไม่มีเลย เชื้อ *M. leprae* สามารถแบ่งตัวได้อย่างอิสระในร่างกายจึงมักพบเชื้อ *M. leprae* มากมายในผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย โดยเฉพาะ lepromatous leprosy (LL) ซึ่งสามารถพบเชื้อ *M. leprae* ในส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ตับ ม้าม ต่อมน้ำเหลือง และม่านตา ในผู้ป่วยชนิดนี้การตรวจ Slit Skin Smear (SSS) จะพบเชื้อ *M. leprae* มากมายในผิวหนัง

**โรคเรื้อนที่หายเอง (self-healing leprosy)** ผู้ป่วย tuberculoid leprosy บางคนแม้ว่าจะมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าปกติ แต่บางครั้งยังสามารถทำลายเชื้อ *M. leprae* ได้สำเร็จ อาการของโรคเรื้อนจึงหายเองได้โดยไม่ได้รับการรักษา อย่างไรก็ตามไม่มีใครทราบว่าผู้ป่วยรายใดจะหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา หากปล่อยให้โรคหายเองก็อาจเกิดความพิการถาวรขึ้นก่อนเสียแล้ว ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อนทุกรายจึงควรได้รับการรักษาที่เหมาะสม

**แหล่งแพร่เชื้อ** คนเป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญ ผู้ที่สามารถแพร่เชื้อได้คือผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดติดต่อซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy: MB) อย่างไรก็ตามพบว่ายาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อนปัจจุบันคือ Rifampicin มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว (ผลการศึกษพบว่าทำให้ยา Rifampicin ขนาด 600-1,500 มก. เพียงครั้งเดียวสามารถฆ่าเชื้อโรคเรื้อนได้ถึง 99.9% ภายในเวลา 3-7 วัน) ดังนั้นผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษามีโอกาสในการแพร่เชื้อต่อน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าตัวนิมเก้ายาลาย (nine-banded armadillo) อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้ออีกทางหนึ่งซึ่งสัตว์ชนิดนี้ไม่มีในประเทศไทย

**การแพร่เชื้อ** เชื้อโรคเรื้อนนอกจากในร่างกายผู้ป่วยได้ 2 ทาง คือทางเยื่อบุจมูกและทางผิวหนังที่แตกเป็นแผล (lepromatous ulcer) แต่เชื้อโรคเรื้อนที่ออกจากเยื่อบุจมูก จะมีความสำคัญในทางระบาดวิทยา วิธีการแพร่เชื้อที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ แพร่จากฝอยละออง (droplet transmission) จากทางเดินหายใจส่วนบน ปัจจุบันเชื่อว่าเชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกายทางระบบทางเดินหายใจ ส่วนทางอื่น ๆ เช่น ทางบาดแผลที่ผิวหนังยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด ในทางระบาดวิทยาถือว่ามนุษย์เป็นแหล่งแพร่เชื้อที่สำคัญเพียงแหล่งเดียวสามารถพบเชื้อ *M. leprae* ที่ยังมีชีวิตจำนวนมากในโพรงจมูกของผู้ป่วย lepromatous leprosy ที่ยังไม่ได้รับการรักษา เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ไอหรือจาม เชื้อที่มีชีวิตเหล่านี้จะแพร่กระจายสู่บรรยากาศได้ถึง 10 ล้านตัวต่อวัน เชื้อ *M. leprae* สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมได้ถึง 9 วัน และเชื้อ *M. leprae* ที่ยังมีชีวิตเท่านั้นที่จะสามารถแพร่สู่ผู้อื่นได้

ละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 1 มม.  
สามารถกระจายได้ในบรรยากาศ  
ละอองที่มีขนาดใหญ่กว่า 1 มม. จะตกลงสู่พื้น



การแพร่เชื้อโรคเรื้อน

**ผู้รับเชื้อ** ประชากรส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบริเวณที่โรคเรื้อนเป็นโรคประจำถิ่น (endemic area) มักจะรับเชื้อไปแล้วตั้งแต่วัยเด็ก โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมากมีโอกาสได้รับเชื้อมากที่สุด แต่ผู้ที่ติดเชื้อแล้วเหล่านี้จะไม่แสดงอาการของโรคเรื้อนทุกราย เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม ได้ข้อสรุปดังนี้

- **ประวัติการสัมผัสโรค** ผู้มีประวัติการสัมผัสโรคมีโอกาสป่วยเป็นโรคเพิ่มขึ้น ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจะสูงขึ้นถ้าเป็นผู้สัมผัสโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก โดยอาจเพิ่มสูงขึ้น 4-10 เท่า ความเสี่ยงนี้จะยิ่งสูงขึ้นอีกถ้าการสัมผัสดังกล่าวเป็นไปอย่างใกล้ชิดและเป็นเวลานานหลายเดือน
- **อายุ** โรคเรื้อนพบได้ทุกกลุ่มอายุในพื้นที่ที่มีความชุกสูง (high endemic area) และจะพบสูงสุดในช่วงอายุ 10-14 ปี และ

30-60 ปี แต่จะพบน้อยมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การพบโรคเรื้อรังในเด็กแสดงว่าในพื้นที่นั้นยังมีการระบาดอย่างรุนแรง การพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นเด็กมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยใหม่แสดงว่ายังมีการระบาดในพื้นที่นั้น (recent active transmission)

- **เพศ** ในผู้ใหญ่จะพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ในเด็กไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ
- **เชื้อชาติ** ประชากรคอเคเชีย (Caucasian) เป็นโรคเรื้อรังได้ง่ายที่สุด รองลงมาเป็นคนผิวเหลือง (mongoloid) อินเดีย และชนชาติที่มีเชื้อสายจากทวีปแอฟริกา ตามลำดับ
- **ประวัติการติดเชื้อ mycobacteria อื่น ๆ** การติดเชื้อ mycobacteria ชนิดอื่นรวมทั้งเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) มีบทบาทต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โดยอาจมี antigenic overlap ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้พบว่าการฉีดวัคซีน บีซีจี มีผลต่อการป้องกันโรคเรื้อรังได้บางส่วน จากรายงานการศึกษาวิจัยพบว่าผลการป้องกันโรคเรื้อรังโดยวัคซีนบีซีจีมีความผันแปรแตกต่างกันมากในพื้นที่ภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน
- **พันธุกรรม** การแสดงออกของยีนบางตัวมีผลต่อความไวในการเกิดโรคเรื้อรัง เนื่องจากยีนเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ (host parasite interaction) การเกิด mutation ในบริเวณ HLA-DR2 และ HLA-DR3 ทำให้ชนชาติเอเชียและอินเดียไวต่อการเกิดโรคเรื้อรังชนิด tuberculoid และพบว่าการเกิด mutation ใน HLA-DO1 เกี่ยวข้องกับความไวต่อการเกิดโรคเรื้อรังชนิด lepromatous

## ระยะฟักตัวของโรค (incubation period)

เชื้อแบคทีเรียโดยทั่วไปใช้เวลาในการแบ่งตัวเป็นชั่วโมง เช่น *Staphylococcus aureus* ใช้เวลาแบ่งตัว 1-2 ชั่วโมง *Mycobacterium tuberculosis* ใช้เวลาแบ่งตัว 10-12 ชั่วโมง แต่เชื้อ *M. leprae* ใช้เวลาแบ่งตัว 11-14 วัน ในปัจจุบันถือว่าเชื้อ *M. leprae* เป็นเชื้อที่แบ่งตัวช้าที่สุด ส่งผลให้ระยะฟักตัวของโรค (incubation period) นานมาก โดยเฉลี่ยประมาณ 5-7 ปี จากการศึกษาของ Fine PE พบว่าระยะฟักตัวอาจนานกว่านั้น กล่าวคือ 2-5 ปี ในโรคเรื้อนชนิด tuberculoid และ 8-12 ปี ในชนิด lepromatous เมื่อผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการของโรคเรื้อน เชื้อ *M. leprae* ยังคงแบ่งตัวต่อไปอย่างช้า ๆ จนกว่าจะได้รับการรักษา ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ได้รับการรักษาจะค่อย ๆ เกิดความพิการซึ่งอาจจะใช้เวลาเป็นปี ดังนั้นหากค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนก่อน 1 ปี จะมีโอกาสป้องกันความพิการได้ จึงกล่าวได้ว่าโรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง แต่ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และทันเวลา โรคจะหายขาดได้

## คำจำกัดความการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อน

- **ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาด้วยยารักษาโรคเรื้อน (Multi Drug Therapy: MDT) ตามมาตรฐานการรักษาโรคเรื้อน
- **ผู้ป่วย relapse** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เคยได้รับการรักษาโรคเรื้อนครบถ้วนตามเกณฑ์ และหยุดการรักษาไปแล้ว ในเวลาต่อมามีอาการแสดงของโรคเรื้อนระยะกำเริบ (active) ขึ้นใหม่ (มีผื่นแดงขยาย และชามากขึ้น) อาจเกิดในระยะเฝ้าระวังหรือภายหลังจำหน่ายจากการรักษาแล้ว การวินิจฉัยจะต้องยืนยันว่า

ผู้ป่วยพบรอยโรคใหม่ มีการทำลายเส้นประสาทเส้นใหม่ โดยมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Slit Skin Smear : SSS) ให้ผลบวก (BI positive) ในผู้ป่วยเชื่อน้อย (PB) และค่า BI เพิ่มขึ้นจากเดิม 2+ โดยตรวจ 2 ครั้งห่างกัน 1 เดือน เพื่อยืนยันความถูกต้องในผู้ป่วยเชื่อน้อย ( MB)

- **ผู้ป่วย re-instate** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับยารักษา MDT (ซึ่งผู้ป่วยที่เคยรับยา Monotherapy (DDS) ก็จัดเป็น Reinstatement ของ MDT เช่นกัน) ครบถ้วนตามเกณฑ์ หรือหยุดการรักษาไประหว่างกินยาจนพ้นระยะเวลาของการรักษา และมีอาการแสดงเป็นรอยโรคกำเริบ (active) ทางผิวหนัง

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

เชื้อโรคเรื้อรัง (*Mycobacterium leprae*) เป็นแบคทีเรียมีลักษณะเป็นแท่ง (rod shape) ตรงหรือโค้งเล็กน้อยขนาด 0.3 x 3-8 ไมครอน เมื่อย้อมสีทึบตามวิธี Ziehl-Neelsen staining จะติดสีแดง เชื้อโรคเรื้อรังที่ตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จะมีลักษณะต่าง ๆ คือ

- solid form ลักษณะเป็นแท่งปลายมน ติดสีสม่ำเสมอ
- fragmented form ติดสีไม่สม่ำเสมอหรือแตกเป็นท่อนสั้น ๆ
- granular form เป็นชิ้นเล็ก ๆ หรือป่นเป็นผง

การอ่านผลและการรายงาน จะอ่านผลการตรวจเป็นปริมาณเชื้อที่พบในแต่ละตำแหน่งที่ตรวจตาม Ridley's logarithmic scale ตั้งแต่ 0 ถึง 6+ เรียกว่า bacteriological index (BI) ส่วนการรายงานผลจะเป็นค่าเฉลี่ยของผลการตรวจ BI ทุกตำแหน่งรวมกัน เรียกว่า ค่า BI เฉลี่ย (average bacteriological index)

การตรวจเชื้อโรคเรื้อนทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในงานควบคุมโรคเรื้อนมีดังนี้

1. การตรวจทางจุลชีววิทยาโดยวิธีกรีดผิวหนัง (Slit Skin Smear : SSS) ทำในผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อนทุกรายเพื่อแบ่งกลุ่มการรักษา ตลอดจนผู้ป่วยที่อยู่ในทะเบียนรักษาเพื่อติดตามผลการรักษา
2. การตรวจทางพยาธิวิทยา การตัดชิ้นเนื้อจากรอยโรค (Skin biopsy) และส่งให้พยาธิแพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ในทางปฏิบัติไม่จำเป็นต้องทำทุกราย จะตรวจในกรณีที่อาการทางคลินิกไม่ชัดเจนเพื่อวินิจฉัยแยกโรคผิวหนังอื่นๆ และเพื่อยืนยันการวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำ (relapse)

## การเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจหาเชื้อโรคเรื้อน

การเลือกตำแหน่งเพื่อทำการตรวจเชื้อโรคเรื้อนควรเลือกตำแหน่งที่จะมีโอกาสพบเชื้อได้มากที่สุด โดยเลือกรอยโรคระยะกำเริบที่สุด ได้แก่ บริเวณขอบรอยโรคที่นูนแดง และที่ตั้งหู ตำแหน่งและจำนวนที่จะตรวจมีข้อเสนอแนะดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีรอยโรคจำนวน 1 รอยโรค ตรวจ 4 ตำแหน่ง คือที่ตั้งหู 2 ข้าง และขอบรอยโรคข้างซ้ายและข้างขวา
- ผู้ป่วยที่มีรอยโรคมกกว่า 1 รอยโรค ตรวจ 4 ตำแหน่ง คือที่ตั้งหู 2 ข้าง และรอยโรคที่มีลักษณะกำเริบมากที่สุดอีก 2 ตำแหน่ง

การตรวจเชื้อโรคเรื้อนจะต้องยึดถือหลักเกณฑ์ universal precaution อย่างเคร่งครัดเสมอ ร่วมกับให้ผู้ป่วยนั่งในท่าสบาย และ ตรวจในที่มีแสงสว่างเพียงพอที่จะได้เห็นรอยโรคชัดเจน

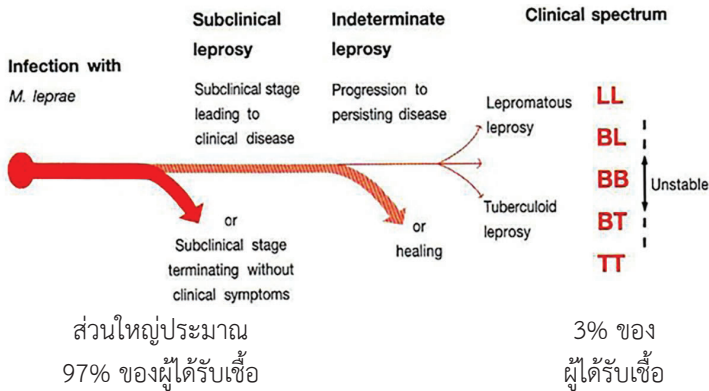


ระยะเวลาและความถี่ในการตรวจ ผู้ป่วยที่พบใหม่ทุกราย ต้องได้รับการตรวจเลือดก่อนเริ่มให้การรักษา และตรวจซ้ำ ดังนี้

- ผู้ป่วยประเภทเชือน้อย ตรวจซ้ำอีก 1 ครั้งก่อนหยุดการรักษา
- ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก ตรวจปีละ 1 ครั้งในระหว่างการรักษา และเมื่อรักษาครบตามหลักเกณฑ์ 2 ปี
- กรณีสงสัยว่าอาการกลับกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ ให้ตรวจเลือดเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยด้วยทุกครั้ง

## การวินิจฉัย และการรักษาโรคเรื้อน

โรคเรื้อนเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้หลากหลาย รอยโรคที่ผิวหนังอาจเป็นเพียงวงต่างขนาดเล็กซึ่งหายได้เอง จนถึงตุ่มและผื่นกระจายทั่วร่างกาย อาการและอาการแสดงของโรคเกี่ยวข้องกับ การตอบสนองของภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell-mediated immunity) ที่จำเพาะต่อเชื้อโรคเรื้อน เมื่อเชื้อโรคเรื้อนเข้าสู่ร่างกาย ถ้าภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อนของผู้ได้รับเชื้อปกติจะสามารถทำลายเชื้อได้และไม่เกิดอาการโรคเรื้อน แต่ถ้าภูมิคุ้มกันต่อโรคเรื้อนผิดปกติ เชื้อจะเจริญเติบโตและแบ่งตัวทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมจะพัฒนาจนกระทั่งเกิดความพิการตามมา อาการแสดงและการดำเนินของโรคของโรคเรื้อน สรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



**หมายเหตุ :** TT: polar tuberculoid, BT: borderline tuberculoid, BB: mid-borderline, BL: borderline lepromatous, LL: polar lepromatous

การวินิจฉัยโรคเรื้อนอาศัยการแสดงทางคลินิกร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กล่าวคือ การตรวจลักษณะรอยโรค ร่วมกับ การทดสอบอาการชา ซึ่งจะพบได้ในกรณีที่เป็นโรคเรื้อนประเภทเข็มน้อย หรือ การตรวจพบเชื้อจากฝืน หรือ ตุ่ม ซึ่งจะพบได้ในกรณีที่เป็นโรคเรื้อนประเภทเข็มมาก

**อาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs)** ที่ใช้วินิจฉัยโรคเรื้อน คือ

1. ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน
2. ตรวจพบอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 2.1 ชาที่รอยโรคผิวหนัง
  - 2.2 ชาที่ผิวหนังบริเวณที่รับความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน
3. ตรวจพบเส้นประสาทโต
4. ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (slit skin smear)

เกณฑ์การวินิจฉัย ได้แก่ อาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก (ข้อ 1. ถึง 3.) หรือ ข้อ 4. เพียงข้อเดียวจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

## ตัวอย่างรูปภาพแสดงชนิดของโรคเรื้อน



### **Polar Tuberculoid (TT)**

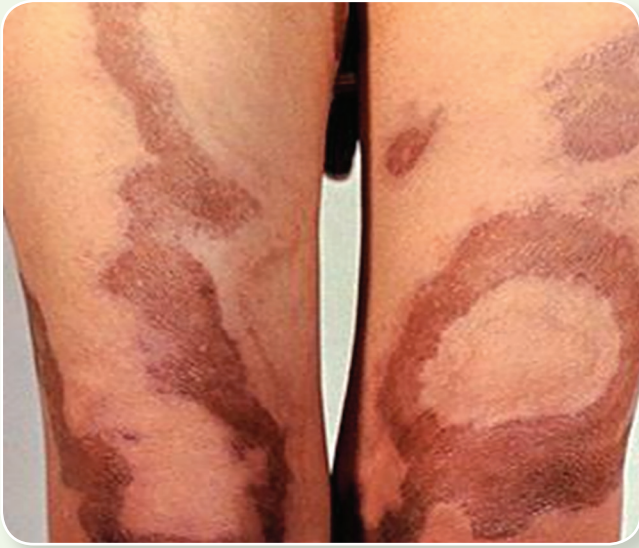
วงด่างสีจาง ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก มีอาการชา

## ตัวอย่างรูปภาพแสดงชนิดของโรคเรื้อน



**Borderline Tuberculoid (BT)**  
ผื่นนูนแดง ขอบไม่เรียบ มีอาการชา

## ตัวอย่างรูปภาพแสดงชนิดของโรคเรื้อน



### Mid Borderline (BB)

ผื่นวงแหวนขอบแดงนูนหนา ขอบนอกลาดเทและไม่ชัดเจน

## ตัวอย่างรูปภาพแสดงชนิดของโรคเรื้อน



### **Borderline Lepromatous (BL)**

ผื่นวงแหวน ตุ่มและผื่นนูน กระจายสองข้างของร่างกาย

## ตัวอย่างรูปภาพแสดงชนิดของโรคเรื้อน



### **Polar Lepromatous (LL)**

ผื่นนูนหนาและตุ่มแดงจำนวนมาก ผิวอัมม้จำเป็นมันที่หน้าและใบหู

## การรักษาโรคเรื้อน

ระยะเวลาการรักษาโรคเรื้อนกำหนดให้ใช้ระยะเวลาที่แน่นอนในการรักษา (fixed duration of treatment) คือเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด ให้หยุดยาและจำหน่ายจากทะเบียนการรักษาทุกรายโดยไม่ต้องรออนอาการทางคลินิกไม่กำเริบ และ/หรือตรวจไม่พบเชื้อ

### สูตรยารักษาโรคเรื้อน (Multidrug therapy: MDT)

1. ผู้ป่วยประเภทเชืื่อน้อย (paucibacillary leprosy : PB)

ระยะเวลา 6 เดือน

ยากินเดือนละครึ่ง : Rifampicin (RFP) 600 มก.

ยากินทุกวัน : Dapsone (DDS) 100 มก./วัน

2. ผู้ป่วยประเภทเชื้อมาก (multibacillary leprosy : MB)

ระยะเวลา 24 เดือน หรือ 2 ปี

ยากินเดือนละครึ่ง : Rifampicin (RFP) 600 มก. และ Clofazimine (CLO) 300 มก.

ยากินทุกวัน : Dapsone (DDS) 100 มก./วัน และ Clofazimine 50 มก./วัน หรือ 100 มก./วันเว้นวัน

## การแบ่งระดับความพิการ

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับความพิการในผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็น 3 ระดับ กรณีที่มีความพิการที่มองเห็นได้ กำหนดให้เป็นระดับ 2 การพิจารณาให้แยกความพิการของแต่ละอวัยวะ ได้แก่ ตา มือ และเท้า และให้ใช้ความพิการสูงสุดที่ตรวจพบเป็นระดับความพิการโดยรวมของผู้ป่วยรายนั้น

### ตารางการแบ่งระดับความพิการ

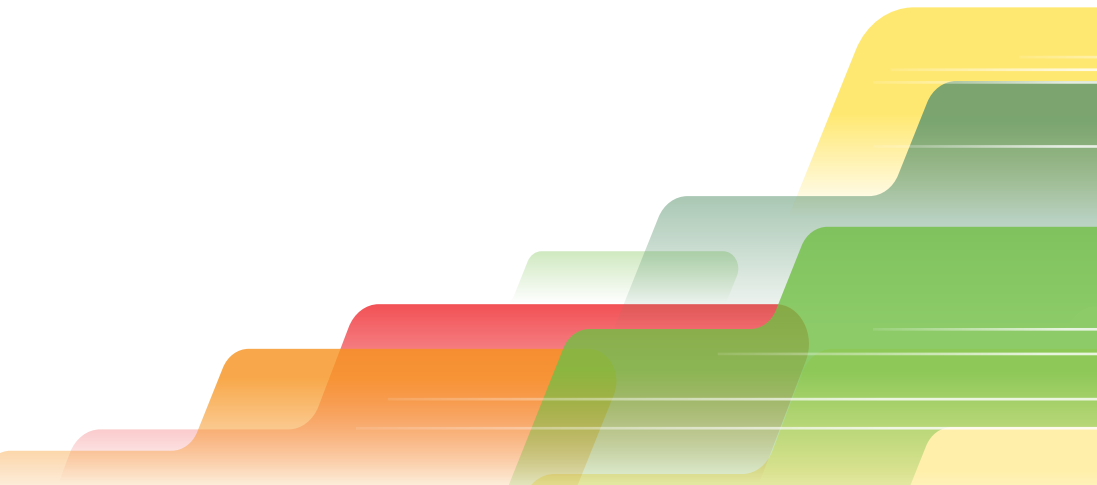
ระดับความพิการ	ตา	มือ	เท้า
ระดับ 0	หนังตา/ตาดปกติ สายตานิ่ว	รูปร่างปกติ และฝ่ามือไม่ชา	รูปร่างปกติ และฝ่าเท้าไม่ชา
ระดับ 1	กระจกตาสายตานิ่วไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ได้ถูกต้อง วัดสายตาได้ 6/60 หรือดีกว่า)	รูปร่างปกติ และฝ่ามือชา	รูปร่างปกติ และฝ่าเท้าชา
ระดับ 2	ตาหลับไม่สนิท ม่านตาอักเสบ กระจกตาเป็นฝ้า ขุ่น สายตานิ่วมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรไม่ได้ วัดสายตา ได้น้อยกว่า 6/60)	รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหลุด มีแผล ข้อมือตก	รูปร่างผิดปกติ นิ้วงอ ข้อติดแข็ง กระดูกหลุด มีแผล เดินเท้าตก

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย. แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เกิดสภาวะแทรกซ้อน [Internet]. 2557. 36p. Available from: <http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/documents/BOOK/PinkBook.pdf>
2. [WHO] World Health Organization. Interruption of transmission and elimination of leprosy disease [Internet]. 2566 [cited 2566 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210467>
3. Division of High-Consequence Pathogens and Pathology. Hansen's Disease (Leprosy) Laboratory Diagnostics [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2560 [cited 2024 Dec 8]. Available from: <https://www.cdc.gov/nceid/dhcpp/index.html>

# บทที่ 4

## เกณฑ์การสอบสวนโรค บทบาทหน้าที่ ของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค



# 1. เกณฑ์การสอบสวนโรค

ที่มปฏิบัติการสอบสวนโรคเรื้อนมีบทบาทสำคัญในการรวบรวมข้อมูลสอบสวนหาสาเหตุและความเชื่อมโยงของโรค และ ประสานงานเพื่อสนับสนุนการตรวจวินิจฉัยและการรักษา รวมไปถึงการประเมินความเสี่ยงของการระบาดและการให้ข้อเสนอแนะเพื่อควบคุมโรคที่เหมาะสม ดังนั้น การสอบสวนโรคเรื้อนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วนขึ้นกับลักษณะความรุนแรงและความเสี่ยงของการแพร่กระจายของโรคเรื้อนในแต่ละพื้นที่ โดยการออกปฏิบัติการสอบสวนโรคควรพิจารณาตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

## ตารางที่ 4.1 เกณฑ์การสอบสวนโรคจำแนกตามระดับของปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค

อำเภอ	จังหวัด/กทม.	เขต	สถาบันราชประชาสมาสัย
ผู้ป่วยยืนยัน ทุกราย	ผู้ป่วยยืนยัน ทุกราย	ผู้ป่วยยืนยัน ทุกราย	ผู้ป่วยยืนยันที่เป็นเด็ก ทุกราย หรือ ผู้ป่วยยืนยัน ที่เป็นผู้สัมผัสโรคเรื้อนและ มีความพิการระดับ 2*

\*หมายเหตุ: ความพิการระดับ 2 คือความพิการที่มองเห็นได้

ระยะเวลาในการออกสอบสวนโรค ควรสอบสวนโรคเรื้อน  
ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 เดือน หลังจากได้รับแจ้งว่าพบ  
ผู้ป่วยโรคเรื้อนยืนยันรายใหม่

## 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่

การดำเนินงานสอบสวนโรคจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน โดยบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ โดยอาจพิจารณา ดังนี้

### 2.1 สถาบันราชประชาสมาสัย

- จัดทีมสอบสวนโรคร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่ กรณีพบผู้ป่วยยืนยันที่เป็นเด็กทุกราย หรือ ผู้ป่วยยืนยันที่เป็นผู้สัมผัสโรคเรื้อนและมีความพิการระดับ 2
- ให้คำปรึกษาด้านการตรวจวินิจฉัยโรคเรื้อนผ่านระบบ telemedicine และรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยรักษา ณ สถาบันราชประชาสมาสัย
- สนับสนุนทางวิชาการแก่หน่วยงาน และเครือข่าย จัดอบรมเรื่องการตรวจ วินิจฉัย รักษา ฟันฟู และสอบสวนโรคเรื้อนให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- จัดทำแนวทางการสอบสวนโรค และระบบการรายงานโรคเรื้อน
- กำกับติดตามผลการสอบสวนโรคในภาพรวมของประเทศ และจัดทำแผนพื้นที่เฝ้าระวังโรคเรื้อนเพื่อการควบคุมโรคที่เข้มข้นกรณีจังหวัดที่พบการระบาดของโรคเรื้อน
- รายงานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาให้กับผู้บริหารระดับสูงของกรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## 2.2 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 1-12/สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.)

- จัดทีมสอบสวนโรคร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่
- ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยและรักษา (กรณีโรงพยาบาลจังหวัดไม่สามารถตรวจวินิจฉัยได้)
- สนับสนุนทางวิชาการแก่หน่วยงาน และ เครือข่าย
- กำกับติดตามผลการสอบสวนโรคในภาพรวมของเขต
- กำกับติดตามการตรวจคัดกรองประจำปีของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในเขตจนครบ 10 ปี
- ประสานและส่งต่อข้อมูลระหว่างจังหวัด และสถาบันราชประชาสมาสัย
- รายงานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาให้กับผู้บริหารระดับเขต

## 2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- จัดทีมสอบสวนโรคระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่
- ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจวินิจฉัยและรักษา
- กำกับติดตามผลการสอบสวนโรคในภาพรวมของจังหวัด
- กำกับติดตามการตรวจคัดกรองประจำปีของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในจังหวัดจนครบ 10 ปี
- ประสานและส่งต่อข้อมูลระหว่างอำเภอ โรงพยาบาลที่ตรวจวินิจฉัยรักษา และ สคร.
- รายงานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาให้กับผู้บริหารระดับจังหวัด

## 2.4 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

- จัดทีมสอบสวนโรคระดับอำเภอร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่
- ประสานหน่วยงานในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะกรณีที่ปัญหาส่งผลกระทบต่อภาพรวมของอำเภอ
- เสริมสร้างความรู้ในการเฝ้าระวังโรคเรื้อนในระดับอำเภอ กรณีเป็นอำเภอที่พบการระบาดของโรคเรื้อน หรือพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา
- กำกับติดตามการตรวจคัดกรองประจำปีของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในอำเภอจนครบ 10 ปี
- รายงานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาให้กับผู้บริหารระดับอำเภอ

## 2.5 โรงพยาบาล

- จัดทีมสอบสวนโรคของโรงพยาบาลร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่
- ส่งต่อ และรับส่งต่อกรณีผู้ป่วยสงสัยต้องการตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันโรคเรื้อน
- คลินิกโรคเรื้อน/ คลินิกโรคผิวหนังติดตามการกินยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจนครบการรักษา และตรวจประเมินความพิการ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ
- เฝ้าระวังโรคเรื้อนในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลตามแนวทางคัดกรองโรคเรื้อน
- เวชกรรมสังคมแจ้งหน่วยปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคระดับอำเภอ และระดับจังหวัดให้ดำเนินการสอบสวนโรคเมื่อมีการวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่
- รายงานความก้าวหน้าต่อผู้บริหารโรงพยาบาล

## 2.6 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

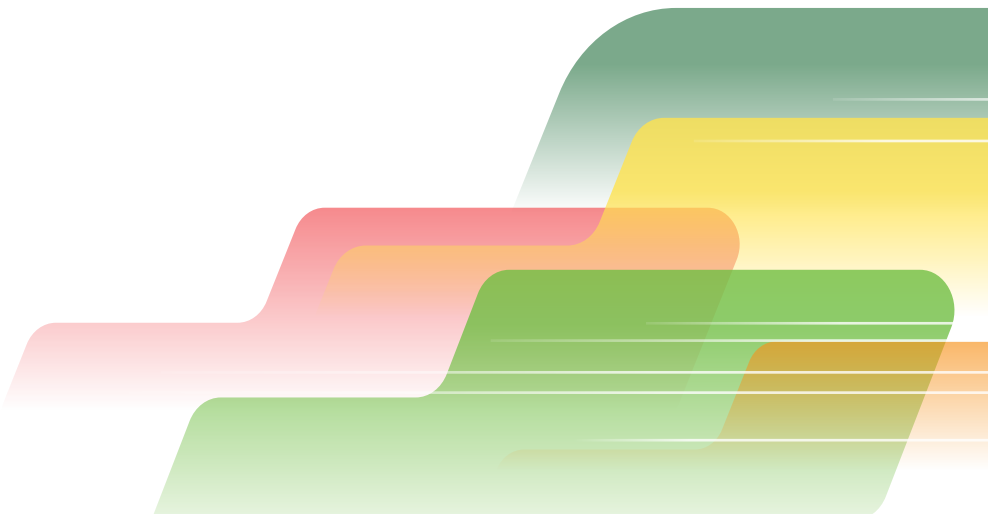
- จัดทีมสอบสวนโรคของรพ.สต. ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่
- ตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในพื้นที่ปีละ 1 ครั้งจนครบ 10 ปี
- จัดทำทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ จัดให้มีผู้รับผิดชอบติดตามจนครบกำหนด 10 ปี
- เฝ้าระวัง และรายงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกรณีพบผู้ป่วยสงสัยจากการตรวจคัดกรอง

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน [Internet]. 1-13 p. Available from: <http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/documents/BOOK/OrageBookNew.pdf>
2. กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย [Internet]. 2020. 170 p. Available from: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/113>

# บทที่ 5

## การเตรียมการ ก่อนออกสอบสวนโรค



# 1. เตรียมองค์ประกอบของทีม

องค์ประกอบของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคควรประกอบไปด้วยบุคคล และหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- **หัวหน้าทีม (Supervisor)** มีหน้าที่ให้คำปรึกษาด้านวิชาการแก่ทีมสอบสวนโรค และร่วมวางแผนการสอบสวนโรค
- **ผู้สอบสวนหลัก (Principal Investigator:PI)** มีหน้าที่ในการวางแผน และดำเนินการสอบสวนโรคหลัก โดยเป็นผู้ประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และตรวจผู้สัมผัส รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ สรุปข้อมูลที่ได้จากการสอบสวนโรค ให้ข้อเสนอแนะในการควบคุมโรค และจัดทำรายงานเพื่อนำเสนอผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- **ผู้ช่วยผู้สอบสวนหลัก (Co-PI)** มีหน้าที่ร่วมดำเนินการสอบสวนโรค อาจได้รับมอบหมายจาก PI ให้ช่วยในการสัมภาษณ์ การตรวจผู้สัมผัส การจัดทำทะเบียนผู้สัมผัส หรือรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- **ผู้จัดการ (Administrative officer)** มีหน้าที่จัดการด้านการเงิน และการเดินทาง ดูแลความเรียบร้อยของอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจร่างกาย หรือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บตัวอย่าง Slit skin smear (SSS) กรณีมีการเก็บตัวอย่างในพื้นที่ ผู้จัดการจะมีหน้าที่ในการประสานงานห้องปฏิบัติการเพื่อส่งตัวอย่างรวมถึงติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- **อื่น ๆ** เช่น ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนในพื้นที่นั้น ๆ นักวิชาการสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด ที่ปรึกษาด้านวิชาการ

## 2. กิจกรรมที่ต้องเตรียมการก่อนออกสอบสวนโรคในพื้นที่

### 2.1 ทบทวนขนาดปัญหาของโรคเรื้อนในพื้นที่ (situation review)

การทบทวนขนาดปัญหาของโรคเรื้อนในพื้นที่ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบเหตุการณ์การระบาด โดยนิยามของการระบาด หมายถึง การเกิดขึ้นของผู้ป่วยใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ในจำนวนที่มากเกินไปกว่าค่าคาดหวังอย่างชัดเจน โดยอาจพิจารณาจาก

- มีจำนวนผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำมากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง หรือ
- พบผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ 2 รายขึ้นไป ที่มีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา หรือ
- พบการอุบัติซ้ำ (re-emergence) ของผู้ป่วยในพื้นที่

หากพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำที่เข้าได้กับนิยามของการระบาดดังกล่าว ให้สงสัยว่าเกิดการระบาดของโรคเรื้อนในพื้นที่นั้น ๆ

ขั้นตอนการทบทวนขนาดปัญหาในพื้นที่

- 1) ทบทวนสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่และกลับเป็นซ้ำย้อนหลังอย่างน้อย 5 ปี โดยฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถทบทวนได้จาก
  - a. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนรวบรวมไว้
  - b. ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
  - c. ทบทวน ICD-10 ที่วินิจฉัยโรคเรื้อนในโรงพยาบาล ได้แก่ ICD-10 A30.0–A30.5, A30.8–A30.9
  - d. ทบทวนฐานข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Slit Skin Smear ของโรงพยาบาลในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา
  - e. ฐานข้อมูลการจ่ายยารักษาโรคเรื้อนของ สคร.

- 2) ตัดข้อมูลผู้ป่วยที่ซ้ำออก
- 3) ประสานผู้เก็บข้อมูลแต่ละฐานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน โดยเฉพาะชื่อ ที่อยู่ขณะป่วย และประวัติการได้รับการรักษา
- 4) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ย้อนหลังอย่างน้อย 5 ปี เรียงตามวันเดือนปีที่ขึ้นทะเบียน
- 5) วิเคราะห์สถานการณ์โรคเรื้อนในพื้นที่ย้อนหลังอย่างน้อย 5 ปี โดยประกอบด้วย จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับพื้นที่ เช่น ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ หรือ ระดับตำบล เพื่อประเมินแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ อธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่ เช่น เพศ กลุ่มอายุ (เด็กน้อยกว่า 15 ปี หรือ ผู้ใหญ่ 15 ปี ขึ้นไป) สัญชาติ (ไทย หรือ ต่างชาติ) ชนิดของโรคเรื้อน ผลการรักษาของผู้ป่วย และความครอบคลุมและต่อเนื่องของการติดตามผู้สัมผัส เป็นต้น

## 2.2 กบทวนรายละเอียดของผู้ป่วย (case review)

การทบทวนรายละเอียดของผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคเรื้อน ยืนยันว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาที่เหมาะสม และเพื่อให้ทราบขนาดความรุนแรงของโรค เช่น ชนิดของโรคเรื้อนที่ได้รับการวินิจฉัย หรือระดับความพิการขณะที่ได้รับการวินิจฉัย โดยสามารถทบทวนได้จากบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) และ/หรือ เวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่วินิจฉัยและรักษา

## 2.3 ประชุมทีมสอบสวนโรคเพื่อประเมินขนาดของปัญหา

กำหนดวัตถุประสงค์ของการสอบสวนโรคครั้งนั้น กำหนดหน้าที่และมอบหมายหน้าที่ให้แก่ผู้ร่วมทีมสอบสวนโรคทุกคน

## 2.4 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานในพื้นที่

เพื่อรับทราบและอนุญาตให้ดำเนินการสอบสวนโรค พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลาสถานที่ เตรียมการเรื่องการนัดหมายผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิดที่จะมา ตรวจคัดกรอง

## 2.5 เตรียมเครื่องมือต่างๆ

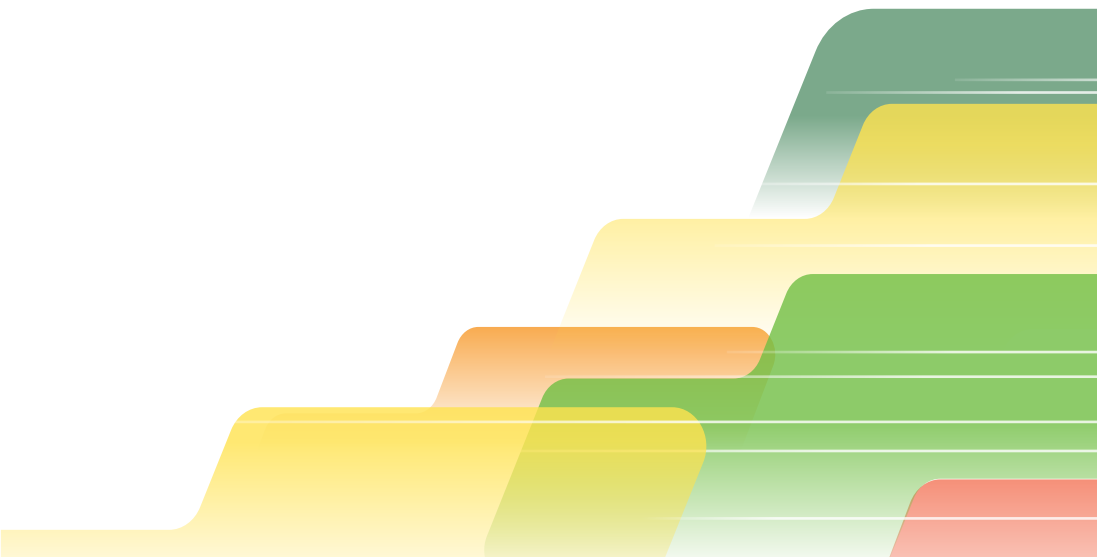
เช่น แบบสอบสวนโรค อุปกรณ์เก็บตัวอย่าง SSS กรณีพบผู้ป่วยสงสัย หรือ ต้องการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยซ้ำ (ด้ามมีดเบอร์ 3 ใบมีดเบอร์ 15 สำลีแอลกอฮอล์ และ กระจกสไลด์ขนาดมาตรฐาน) เตรียมปากกา กรณีต้องการทดสอบอาการ ปลายมือ ปลายเท้า ให้ใช้ปลายปากกา (ball point pen) ตรวจปลายมือ ปลายเท้า หากต้องการตรวจอาการขาในรอยโรคผิวหนัง ให้เตรียมปลายสำลี ปลายกระดาษ หรือขนนก

## เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย [Internet]. 2020. 170 p. Available from: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/113>
2. การสอบสวนการระบาดของโรค (Outbreak Investigation) [Internet]. [cited 2566 Dec 8]. Available from: [https://www.rama.mahidol.ac.th/commed/sites/default/files/public/4.Outbreak Investigation.pdf](https://www.rama.mahidol.ac.th/commed/sites/default/files/public/4.Outbreak%20Investigation.pdf)
3. กรมควบคุมโรค. ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค [Internet]. Available from: [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/02e74f10e0327ad868d138f2b4fdd6f0/files/ics2\\_10.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/02e74f10e0327ad868d138f2b4fdd6f0/files/ics2_10.pdf)

# บทที่ 6

## การสอบสวนกรณีพบผู้ป่วย โรคเรื้อนรายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำ



## วัตถุประสงค์ของการสอบสวนโรคเรื้อน

1. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยา และ ความรุนแรงของผู้ป่วย
2. เพื่อประเมินความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรค และความร่วมมือในการรักษา
3. เพื่อค้นหาแหล่งที่มาของโรคเรื้อน และคัดกรองการป่วยเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัส
4. เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ล่าช้า

## นิยามผู้ป่วยโรคเรื้อน

**ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case)** หมายถึง ผู้ที่มีอาการ และอาการแสดงที่สงสัยโรคเรื้อน ดังนี้

- อาการโรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นนานกว่า 3 เดือน ไม่คันรักษาด้วยยากิน หรือยาทาไม่หาย
- ผื่นหรือวงต่างขาว หรือ เข้ม บริเวณดังกล่าวมีลักษณะแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง
- ผื่นนูนแดง ตุ่ม ผิวอิมมัจฉาเป็นมันเลื่อม ไม่คัน หูหนา
- ตุ่มแดงกดเจ็บตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
- มีอาการบวมที่หน้า มือ เท้า
- ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
- เจ็บหรือกดเจ็บบริเวณเส้นประสาทที่ข้อศอก ข้อพับขา
- กล้ามเนื้อตา มือ เท้าอ่อนแรง ลีบ นิ้วงอ กุด ข้อมือ/ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท
- แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า

**ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case)** หมายถึง ผู้ที่มีอาการ และอาการแสดงสงสัยโรคเรื้อน ร่วมกับ มีประวัติทางระบาดวิทยาเชื่อมโยงกับผู้ป่วยยืนยัน

**ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)** หมายถึง ผู้ที่มีอาการแสดงสำคัญ (Cardinal signs) ที่ใช้วินิจฉัยโรคเรื้อนครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย ได้แก่ อาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ จาก 3 ข้อแรก (ข้อ 1. ถึง 3.) หรือ ข้อ 4. เพียงข้อเดียว และให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน

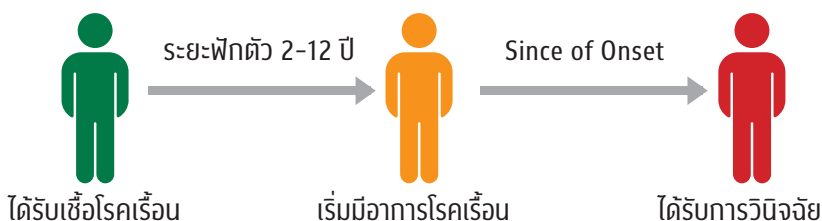
- 1) ตรวจพบรอยโรคผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน ได้แก่
  - ผื่นหรือวงด่างสีขาวหรือเข้ม บริเวณผิวหนังดังกล่าวมีลักษณะแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง
  - ผื่นนูนแดง ตุ่ม ผิวอิมมูน่าเป็นมันเลื่อม ไม่คัน หูหนา
- 2) ตรวจพบอาการชาข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้
  - ชาที่รอยโรคผิวหนังโดยจะใช้ควบคู่กับการตรวจพบรอยโรคที่ผิวหนังที่มีลักษณะเฉพาะของโรคเรื้อน
  - ชาบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลายที่ถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อน ซึ่งจะต้องใช้ควบคู่กับการตรวจพบเส้นประสาทโต
- 3) ตรวจพบเส้นประสาทโตจากการคลำบริเวณเส้นประสาทที่อยู่ตื้น ๆ เช่น บริเวณข่างคอ ข้อศอก ข้อมือ ข้อเท้าหรือข้อเท้า เป็นต้น
- 4) ตรวจพบเชื้อรูปแท่งติดสีทนกรด (Acid fast bacilli) จากการกรีดผิวหนัง (Slit skin smear)

## การสอบสวนโรคเรื้อน

**วัตถุประสงค์ที่ 1 :** เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยา และความรุนแรงของผู้ป่วย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและรวบรวมข้อมูลตามแนวทางของแบบสอบสวนโรคเรื้อน ดังนี้

- ข้อมูลทั่วไป :** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้ในการระบุตัวตนและวิเคราะห์ลักษณะการกระจายทางระบาดวิทยา ได้แก่ ชื่อ-นามสกุล, เลขบัตรประจำตัวประชาชน (กรณีต่างตัวให้ใส่เลขพาสปอร์ต, อายุ, ณ วันที่วินิจฉัย และ วัน-เดือน-ปีเกิด, เพศ, อาชีพ, สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา, ศาสนา, สัญชาติ, หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้, ที่อยู่ขณะป่วย/ที่อยู่ปัจจุบัน, ภูมิลำเนา, กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้ใส่ชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ปกครอง
- ประวัติการย้ายที่อยู่อาศัย :** เนื่องจากระยะฟักตัวของโรคเรื้อนยาวนานตั้งแต่ 2 ถึง 12 ปี ร่วมกับการดำเนินโรคที่ค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมักได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า การสัมภาษณ์ที่อยู่อาศัยจึงต้องซักประวัติย้อนหลังเป็นระยะเวลาานาน เพื่อให้ได้สมมติฐานว่าผู้ป่วยได้รับเชื้อมาจากแหล่งใด โดยผู้ป่วยอาจมีประวัติย้ายมาจากพื้นที่ หรืออำเภอที่มีการระบาดของผู้ป่วยโรคเรื้อน หรือมาจากประเทศที่ยังคงพบการระบาดของผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นประวัติที่อยู่อาศัยยังทำให้ทราบขอบเขตการแพร่กระจายเชื้อหลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการ เพื่อประเมินว่ามีผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ต้องเฝ้าระวังกระจายไปแต่ละพื้นที่มากน้อยเพียงใด
- อาการและอาการแสดง :** ข้อมูลอาการ อาการแสดง และระดับความพิการบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคเรื้อนในผู้ป่วยแต่ละราย และบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วยอีกด้วย
- ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับการวินิจฉัย (Since of onset) :** ข้อมูลนี้สามารถบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการค้นหาและเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ได้เช่นกัน กรณี Since of onset มากกว่า 1 ปี แสดงถึงประสิทธิภาพการค้นหาและการเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่

ที่ยังล่าช้า Since of onset ยังใช้ในการสืบหาแหล่งแพร่เชื้อ (source case) โดยเมื่อคาดประมาณว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการช่วงเวลาใด ให้คาดว่าผู้ป่วยน่าจะได้รับเชื้อก่อนเริ่มมีอาการประมาณ 2-12 ปี ตามระยะฟักตัว (หรือเฉลี่ย 5-7 ปี) และ พิจารณาประวัติในช่วงเวลาดังกล่าวว่าอาศัยอยู่ที่ใด และ อยู่ร่วมกับบุคคลใดที่มีโอกาสแพร่เชื้อให้ผู้ป่วย



การซักประวัติ Since of onset อาจมีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากผู้ป่วยมักจำไม่ได้ว่าตนเองเริ่มมีอาการมานานเท่าใด กรณีผู้ป่วยจำไม่ได้ หรือไม่มั่นใจ ให้พยายามซักประวัติโดยเทียบเคียงกับช่วงเวลาสำคัญของชีวิตผู้ป่วย หรือเหตุการณ์สำคัญ เช่น ตอนแต่งงานเห็นรอยโรคหรือยัง ขณะที่ลูกคนแรกเกิดเห็นรอยโรคหรือยัง หรือ ขณะที่ย้ายมาอยู่ที่หมู่บ้านนี้เห็นรอยโรคหรือยัง เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคาดประมาณระยะเวลาที่เริ่มมีอาการได้ หากผู้ป่วยไม่ได้สังเกตตนเองเลยอาจสอบถามญาติใกล้ชิดว่าสังเกตเห็นรอยโรคของผู้ป่วยหรือไม่และรอยโรคนี้นี้เริ่มมีมาตั้งแต่เมื่อใด หรือ ค้นหาประวัติจากเวชระเบียนสถานพยาบาล เช่น อนามัย หรือ รพ.สต. กรณีผู้ป่วยเคยมารักษาด้วยอาการโรคเรื้อนมาก่อน ในผู้ป่วยที่มีความพิการร่วมด้วย เช่น ฝ่ามือ/ฝ่าเท้าชา หรือ ความพิการที่มองเห็นได้ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการมานานกว่า 1 ปี

**วัตถุประสงค์ 2 :** เพื่อประเมินความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรค และ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยการประเมินความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรค ควรคำนึงถึงชนิดของโรคเรื้อน และความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

- **ประเมินชนิดของโรคเรื้อน :** ผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด lepromatous จะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้มากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด tuberculoid เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด lepromatous มีภูมิคุ้มกันของร่างกายในการต่อต้านเชื้อโรคเรื้อนได้น้อยกว่า ส่งผลให้จำนวนเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้มีมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิด tuberculoid
- **ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย :** เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่ต้องกินยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 2 ปี ความร่วมมือในการกินยาอย่างต่อเนื่องเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่จะหยุดการแพร่กระจายเชื้อและทำให้หายขาด โดยควรประเมินว่าผู้ป่วยมีการตีตราทั้งจากตนเองและจากสังคมหรือไม่ ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเองหรือไม่ ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและยินยอมให้ตรวจคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดหรือไม่ นอกจากนั้นควรประเมินผลข้างเคียงจากการกินยาโรคเรื้อนเพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อนนั้น มีความสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาที่ต่อเนื่องจนครบกำหนด และหากผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตรวจผู้สัมผัสใกล้ชิดของตนก็จะสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อจากการตรวจคัดกรองผู้สัมผัส นำผู้สัมผัสที่ป่วยเข้ารับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว

**วัตถุประสงค์ 3 :** เพื่อค้นหาแหล่งที่มาของโรคเรื้อน และคัดกรองการป่วยเป็นโรคเรื้อนในกลุ่มผู้สัมผัส เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อที่มีระยะฟักตัวนาน ทำให้การสืบหาว่าผู้ป่วยได้รับเชื้อมาจากบุคคลใดทำได้ยาก อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยจะติดเชื่อโรคเรื้อนได้นั้น มักมีประวัติสัมผัสโรคอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ไม่ได้รับการรักษามาก่อนและสัมผัสเป็นเวลานานหลายเดือน ดังนั้นการสืบหาแหล่งที่มาของเชื้อโรคเรื้อนรวมถึงการค้นหาการแพร่กระจายเชื้อจะมุ่งเน้นในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สัมผัสโรคในบ้าน กลุ่มเพื่อนบ้าน และกลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน โดยมีนิยามดังนี้

## นิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดโรคเรื้อน

- **กลุ่มผู้สัมผัสโรคในบ้าน (Household contact):** ผู้ที่พักอาศัย หรือเคยพักอาศัยในบ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา
- **กลุ่มเพื่อนบ้าน (Neighboring contact):** ผู้ที่พักอาศัยในบ้านรอบ ๆ บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อนในรัศมี 20 เมตร เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา
- **กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact) :** ผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลา 3 วัน ต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

- การค้นหาผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ (source case investigation)**  
 โรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดต่อผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากทางเดินหายใจส่วนบน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ได้รับเชื้อมาจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อเป็นเวลานาน โรคเรื้อนมีระยะฟักตัวนาน 2-12 ปี (เฉลี่ย 5-7 ปี) ดังนั้นการซักประวัติหาผู้ป่วยที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ ควรซักประวัติย้อนไปนานอย่างน้อย 5-7 ปี ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ โดยซักประวัติว่าผู้ป่วยได้สัมผัสใกล้ชิดกับคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือ บุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อนหรือไม่ กรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อนมาก่อน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าบุคคลใกล้ชิดเคยเป็นโรคเรื้อนเนื่องจากอาการไม่ชัดเจนหรือบุคคลนั้นไม่ต้องการเปิดเผยประวัติของตนเอง ดังนั้นการซักประวัติอาจทำได้โดยการถามว่า เคยมีบุคคลใกล้ชิดป่วยด้วยโรคผิวหนังเรื้อรังรักษาไม่หาย หรือ โรคผิวหนังเรื้อรังที่มีความพิการร่วมด้วย หรือ เคยเป็นโรคผิวหนังที่รักษาด้วยการกินยานานประมาณสองปีหรือไม่

หากพบผู้ที่มีอาการเข้าได้กับลักษณะดังกล่าวอาจเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อนและเป็นแหล่งแพร่เชื้อได้ โดยการตั้งสมมติฐานถึงแหล่งแพร่เชื้อควรพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของปัจจัย ได้แก่

- **ชนิดของโรคเรื้อน** โดยผู้ป่วยที่สามารถแพร่เชื้อได้คือผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดติดต่อซึ่งหมายถึงผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้อรามาก (MB) โดยเฉพาะชนิด LL
- **ระยะฟักตัว** สัมผัสใกล้ชิดในช่วง 2-12 ปี ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ

- ลักษณะของความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด เช่น อยู่ร่วมบ้าน เพื่อนบ้าน มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันบ่อย ๆ
- ระยะเวลาของการอยู่ร่วมกัน (อย่างน้อย 6 เดือน)
- ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อนหรืออาการที่เข้าได้กับโรคเรื้อนของบุคคลที่สงสัยว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อ โดยเมื่อพิจารณาาร่วมกันแล้วพบว่ามีความเชื่อมโยงดังกล่าวให้สงสัยว่าอาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเรื้อน

**ข้อสังเกต** กรณีที่พบผู้ป่วยมากกว่า 1 ราย ในอำเภอเดียวกันให้ทำการสอบสวนถึงความเกี่ยวข้องของผู้ป่วยดังกล่าวเนื่องจากมีโอกาสที่จะมีความเชื่อมโยงของการติดเชื้อระหว่างกัน

กรณีที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยแล้วพบว่ามีความเชื่อมโยง” ทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายก่อนหน้า หรือ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อ (source case) แล้ว ให้ระบุว่าผู้ป่วยใหม่ และ ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันอย่างไร ได้แก่ เป็นบุคคลที่อาศัยร่วมบ้าน เป็นกลุ่มเพื่อนบ้าน หรือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมร่วมกันทางสังคมอย่างต่อเนื่อง จากนั้นให้ซักประวัติว่าผู้ป่วยใหม่นี้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยรายก่อนหน้าครั้งสุดท้ายผ่านมาแล้วกี่ปี ระยะเวลาดังกล่าวจะนำไปสู่การพิจารณาว่าพื้นที่นี้ยังมีการระบาดของโรคเรื้อนต่อเนื่องหรือไม่ หากพบว่าผู้ป่วยใหม่ และผู้ป่วยรายก่อนหน้ามีความเชื่อมโยงกันในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ให้สงสัยว่าพื้นที่ยังมีการแพร่กระจายของโรคเรื้อนที่ต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อได้รับการรักษาแล้ว ให้ถือว่าวันที่ผู้ป่วยใหม่ได้สัมผัสกับแหล่งแพร่เชื้อดังกล่าวครั้งสุดท้าย คือวันที่ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อเริ่มยา Multidrug Therapy (MDT)

กรณีที่สัมภาษณ์แล้วพบว่าผู้ป่วย “ไม่มีความเชื่อมโยง” กับผู้ป่วยรายก่อนหน้า หรือไม่พบผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นแหล่งแพร่เชื้อ รวมถึงสามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยไม่ได้ติดตามจากแหล่งแพร่เชื้อเดียวกัน หรือไม่ได้อยู่ในกลุ่มก้อนเดียวกันกับผู้ป่วยรายอื่น และ ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการอุบัติซ้ำของโรคเรื้อนให้ถือว่าผู้ป่วยรายใหม่เป็นผู้ป่วยที่พบแบบประปราย (sporadic case) ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ทุกรายรวมถึง sporadic case ควรได้รับการสอบสวนโรคเพื่อพิจารณาว่าได้รับเชื้อมาจากการแพร่กระจายในพื้นที่ (autochthonous case) หรือนำเข้าเชื้อจากพื้นที่อื่น (non-autochthonous case) ในกรณีผู้ป่วยเป็นแรงงานข้ามชาติ หรือมีประวัติย้ายถิ่นฐานมาจากต่างประเทศให้พิจารณาดังนี้

**คาดว่าได้รับเชื้อจากต่างประเทศ** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่คาดว่าได้รับเชื้อมาจากต่างประเทศ โดยพิจารณาจาก

- อพยพมาจากประเทศที่ยังคงมีการระบาดของโรคเรื้อน (กรณีย้ายมาประเทศไทยเกิน 15 ปี ให้คาดว่าได้รับเชื้อภายในประเทศ) หรือ
- เคยไปอาศัยอยู่ประเทศที่ยังคงมีการระบาดของโรคเรื้อนนาน 6 เดือนขึ้นไป ในช่วงเวลา 15 ปีที่ผ่านมา

ในส่วนของผู้ป่วยที่คาดว่าได้รับเชื้อภายในประเทศ ให้พิจารณาว่าเป็นการแพร่เชื้อภายใน หรือภายนอกจังหวัด โดยพิจารณาจาก

**คาดว่าได้รับเชื้อภายในจังหวัด** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่คาดว่าได้รับเชื้อมาจากการแพร่กระจายในจังหวัดเดียวกัน เช่น เคยสัมผัสโรคเรื้อนจากคนในบ้าน หรือ เพื่อนบ้าน หรือ ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคเรื้อนนาน 6 เดือนขึ้นไป ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา หรือ ไม่เคยมีประวัติย้ายถิ่นฐาน

**คาดว่าได้รับเชื้อจากภายนอกจังหวัด** หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ที่คาดว่าได้รับเชื้อมาจากนอกจังหวัดที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เช่น ปัจจุบันอาศัยอยู่ใน กรุงเทพมหานคร แต่เคยสัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนสมัยอาศัยอยู่ที่ ภูมิลำเนาเดิม เป็นต้น

### แนวทางการค้นหาและตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรค (contact investigation)

การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมจะค้นหาในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่ กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน กลุ่มเพื่อนบ้าน และกลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน กรณีที่ผู้ป่วยยินยอมให้มีการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดได้ ทีมสอบสวนโรค จะจัดทำทะเบียนผู้สัมผัสใกล้ชิดตามนิยามของผู้สัมผัสใกล้ชิดข้างต้น จากนั้น ทำการซักประวัติตามแบบคัดกรองโรคเรื้อน และตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคเรื้อน โดยจะทำการคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดแต่ละกลุ่มดังนี้

- **กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน** ทำการตรวจร่างกายคัดกรองโรคเรื้อน ทุกคน โดยเร็วที่สุด
- **กลุ่มเพื่อนบ้าน และ กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคม** ทำการตรวจร่างกายคัดกรองโรคเรื้อนทุกคนอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยติดตาม ตรวจภายใน 3 เดือน หลังจากผู้ป่วย ขึ้นทะเบียนรักษา

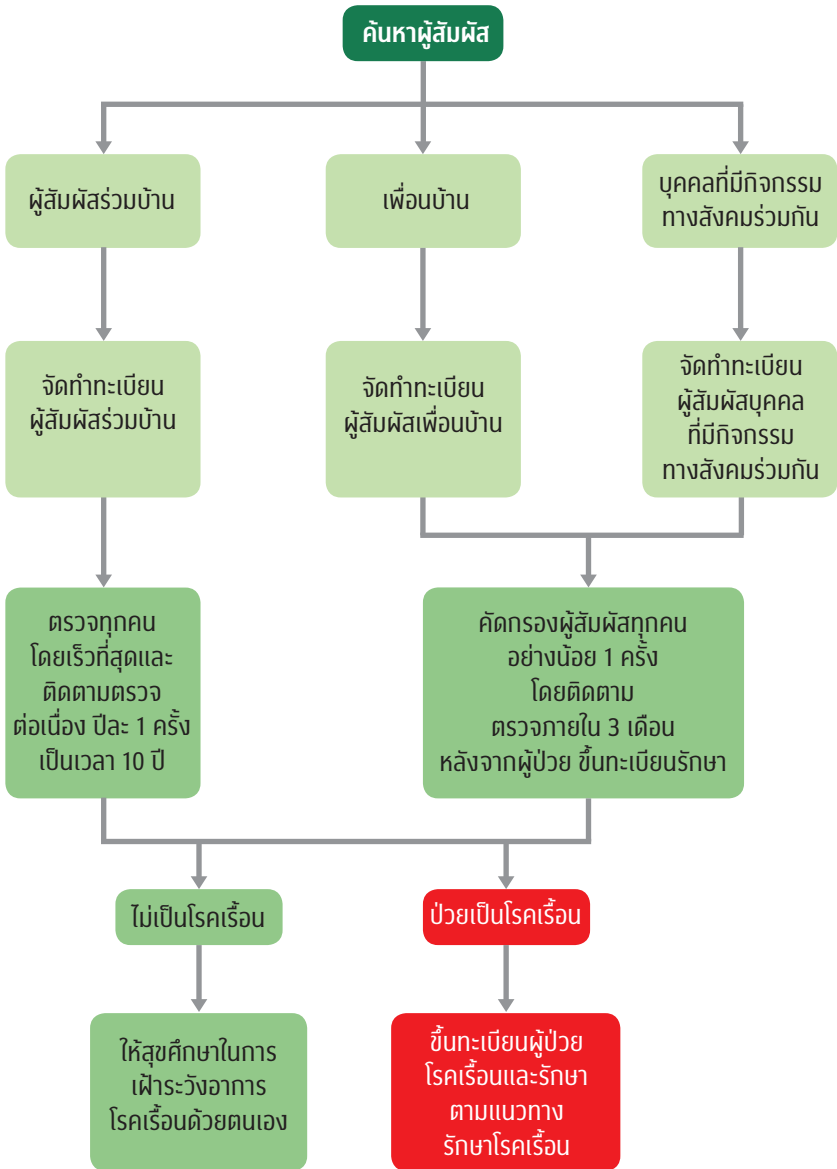
กรณีคัดกรองตามแนวทางของแบบคัดกรองโรคเรื้อนแล้วพบผู้ที่มีอาการสงสัยโรคเรื้อน ให้ส่งตรวจเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล เพื่อพบแพทย์ผิวหนัง และส่งตรวจ Slit Skin Smear เพื่อยืนยันการวินิจฉัย เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคเรื้อนแล้วผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาโรคเรื้อนต่อไป

กรณีตรวจร่างกายแล้วไม่พบอาการสงสัยโรคเรื้อน สำหรับกลุ่มเพื่อนบ้าน และ กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมให้แนะนำการศึกษาเรื่องโรคเรื้อน เพื่อให้ผู้สัมผัสได้เฝ้าระวังอาการตนเอง และ มาตรวจที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการสงสัยโรคเรื้อน ในส่วนของกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน นอกจากให้คำแนะนำเรื่องการศึกษาในการเฝ้าระวังตนเองแล้ว ควรจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองอาการสงสัยโรคเรื้อนต่อเนื่องทุกปี ปีละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 10 ปี โดยใช้แบบรายงานทะเบียนผู้สัมผัสโรคเรื้อนในการติดตาม

**วัตถุประสงค์ 4 :** เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ล่าช้า

ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับการวินิจฉัย (Since of onset) มากกว่า 1 ปี ควรมีการค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสมในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเรื้อนในพื้นที่ต่อไป โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมาจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น เข้าใจว่าเป็นโรคผิวหนังชนิดอื่น เช่น เป็นกลากเกลื้อนหรือผื่นแพ้จึงไม่ได้ไปรักษาไปซื้อยาที่ร้านขายยา ไปหาหมอที่บ้าน หรือรักษาด้วยวิธีอื่นๆ หรือไม่ได้สังเกตตนเองเลยว่ามีรอยโรคเกิดขึ้น โดยกรณีนี้อาจพบได้ในผู้ที่รอยโรคเริ่มแรกขึ้นบริเวณที่มองเห็นได้ยาก เช่น หลัง หรือในร่มผ้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่แต่งตัวมิดชิด ใส่เสื้อผ้าแขนยาวขายาวอยู่เสมอทำให้สังเกตเห็นรอยโรคได้ยาก หรือบางครั้งผู้ป่วยอาจสงสัยว่าตนเองเป็นโรคเรื้อนแต่ไม่อยากถูกวินิจฉัยหรือถูกตีตราจากผู้คนรอบข้างจึงไม่ได้ไปรพ. หรือผู้ป่วยมาที่สถานบริการสาธารณสุขแล้วแต่แพทย์ไม่นึกถึงโรคเรื้อนจึงทำให้การวินิจฉัยล่าช้าออกไปได้เช่นกัน

# แนวทางการค้นหาและตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรค









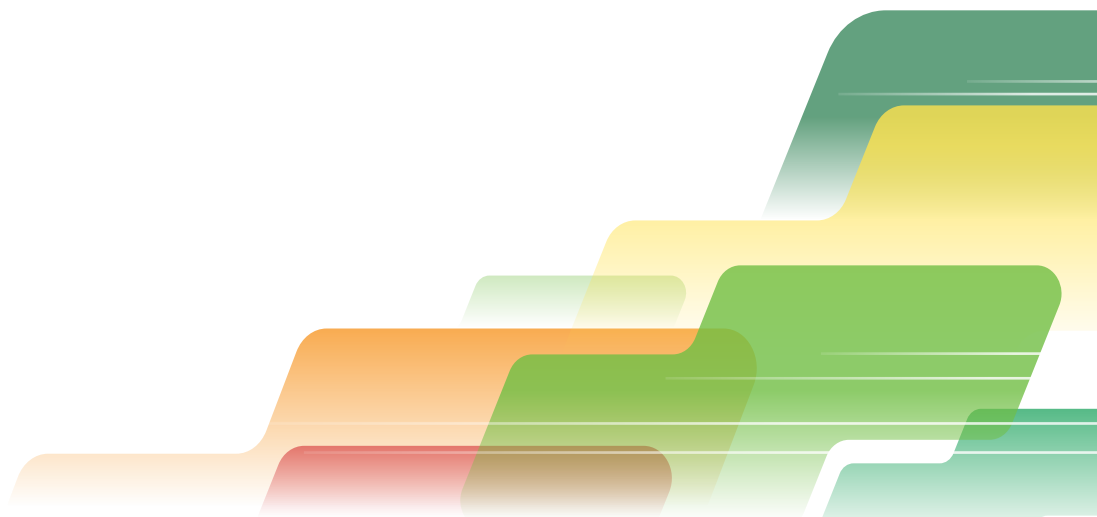


## เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตราย และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย [Internet]. 2020. 170 p. Available from: <http://klb.ddc.moph.go.th/dataentry/handbook/form/113>
2. [WHO] World Health Organization. Interruption of transmission and elimination of leprosy disease [Internet]. 2566 [cited 2566 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290210467>
3. [WHO] World Health Organization. Leprosy Elimination Monitoring Tool. 2566.
4. การสอบสวนการระบาดของโรค (Outbreak Investigation) [Internet]. [cited 2566 Dec 8]. Available from: [https://www.rama.mahidol.ac.th/commed/sites/default/files/public/4.Outbreak Investigation.pdf](https://www.rama.mahidol.ac.th/commed/sites/default/files/public/4.Outbreak%20Investigation.pdf)
5. Gupta. JBMABARV. Leprosy [Internet]. StatPearls [Internet]. 2566 [cited 2566 Dec 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559307/>
6. Cleveland Clinic. Leprosy (Hansen's Disease) [Internet]. 2565 [cited 2566 Dec 8]. Available from: <https://my.cleveland-clinic.org/health/diseases/23043-leprosy-hansens-disease>

# บทที่ 7

## การติดตามการสอบสวน โรคเรื้อน



## ข้อควรระวังและการลดการตีตรา จากการสอบสวนโรคเรื้อน

ผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถเกิดการรับรู้หรือการรู้สึกถึงความรังเกียจ (Perceived or felt stigma) ได้จากบุคคลรอบข้างและอาจเกิดการตีตราขึ้นภายในจิตใจของตนเองได้ (Internalized stigma) เมื่อได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อน ซึ่งการตีตราทางสังคมเป็นเหมือนการประทับตราให้กับบุคคลด้วยลักษณะต่าง ๆ ซึ่งทำให้บุคคลมีลักษณะไม่เป็นที่ต้องการหรือมีภาพตายตัวที่สังคมรังเกียจ

การสอบสวนโรคอาจทำให้เกิดการตีตราหรือการรังเกียจได้ทั้งกับตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือชุมชน การทำกิจกรรมต่าง ๆ เจ้าหน้าที่พึงระลึกไว้เสมอว่าอาจก่อให้เกิดการตีตราขึ้นได้ ดังนั้นในเบื้องต้นสิ่งที่พึงระวังคือการรักษาความลับเรื่องการเป็นโรคเรื้อนของผู้ป่วย หากเจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานยังไม่มีข้อมูลใด ๆ เกี่ยวกับการตีตราของผู้ป่วยรายนั้น ๆ พึงระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยมีการตีตราตนเอง และไม่ต้องการให้ใครทราบว่าตนเองเป็นโรคเรื้อน

ในทางปฏิบัติควรสอบถามและขอความยินยอมจากผู้ป่วย ว่าได้ปกปิดการเป็นโรคเรื้อนต่อสมาชิกครอบครัว หรือชุมชนของตนหรือไม่ ก่อนที่เจ้าหน้าที่จะกระทำการใด ๆ ต่อ หากไม่รู้จะเริ่มต้นจากสิ่งไหน ควรทำการคัดกรองการตีตราตนเองในผู้ป่วยตั้งแต่อู่ที่สถานบริการ หากพบว่าผู้ป่วยมีการตีตราตนเอง มีความเป็นไปได้ที่อาจจะมีการตีตราจากครอบครัวหรือชุมชน

ควรอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ ถึงขั้นตอนการลงสอบสวนโรคเรื้อนในชุมชนว่าเจ้าหน้าที่จะเข้าไปดำเนินการอย่างไร กับใครบ้าง และมีส่วนใดที่ผู้ป่วยต้องการให้ระวังเป็นพิเศษเพื่อให้การสอบสวนโรคในชุมชนปลอดภัยหรือลดการตีตราที่อาจเกิดขึ้นได้

## ข้อควรระวังและข้อปฏิบัติเพื่อลดการตีตราจากการสอบสวนโรค มีดังนี้

ข้อควรระวัง	ข้อปฏิบัติ
1. การรักษาความลับการเป็นโรคเรื้อนของผู้ป่วย	1. ขอความยินยอมต่อผู้ป่วยในการลงสอบสวนโรคในชุมชน โดยยึดหลักการรักษาความลับเป็นสำคัญ
2. หากผู้ป่วยปกปิดการเป็นโรคกับบุคคลในครอบครัวและหรือชุมชน ควรเลือกใช้คำอื่นแทนการกล่าวถึงโรคเรื้อน	2. ทำการคัดกรองการตีตราตนเองของผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยปกปิดการเป็นโรค ในการสอบสวนโรคที่ต้องพูดถึงโรคเรื้อน อาจใช้คำว่า ผิวหนึ่งเนื้อขา หรือ โรคแฮนเซน หรือ คำเรียกอาการทางผิวหนังที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย เพื่อค้นหาบุคคลใกล้ชิดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแทน หรือทำการสอบสวนโรคไปกับกิจกรรมอื่นๆ
3. การใช้ภาษาพูดสื่อสารกับผู้ป่วย	3. การใช้ภาษาสื่อสารกับผู้ป่วย โดยเฉพาะกับผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความพิการ ไม่ควรใช้ภาษาที่จะไปเพิ่มหรือตอกย้ำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อจิตใจของผู้ป่วยจากการมีภาพลักษณ์ที่แตกต่างไปจากคนอื่นๆ เนื่องจากการตีตราหรือความรังเกียจของโรคเรื้อนนั้นมักพบว่ามีความสัมพันธ์กับความพิการ

ข้อควรระวัง	ข้อปฏิบัติ
4. การใช้ภาษากาย	4. การตีตราหรือการรังเกียจ นอกจากสื่อสารออกมาทางภาษาพูดแล้ว ยังสามารถแสดงออกทางภาษาท่าทาง เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การไม่เข้าใกล้ การไม่สัมผัส เป็นต้น ในการดำเนินการสอบสวนโรคกับผู้ป่วยในทางปฏิบัติแล้ว เจ้าหน้าที่ไม่ได้สัมผัสคลุกคลีกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน และประชากรส่วนใหญ่จะมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคเรื้อนปกติ แม้ว่าจะได้รับเชื้อแต่โอกาสในการก่อโรคนั้นต่ำ เจ้าหน้าที่จึงไม่ควรแสดงท่าที่รังเกียจ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจต่อผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ เช่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ และไม่อยากพูดคุยด้วย
5. การแต่งกายของเจ้าหน้าที่	5. หลีกเลี่ยงการแต่งกายที่มีตราสัญลักษณ์หรือรูปแบบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการลงไปสอบสวนโรคเรื้อนในชุมชน เนื่องจากอาจสร้างความรังเกียจหรือก่อให้เกิดการตีตราต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้
6. พาหนะ/รถยนต์	6. หลีกเลี่ยงการใช้รถที่มีตราสัญลักษณ์ที่จะสร้างความตื่นตระหนกให้กับสมาชิกในชุมชน เช่น ตรารถกรมควบคุมโรค

ข้อควรระวัง	ข้อปฏิบัติ
7. จำนวนเจ้าหน้าที่	7. ไม่ควรนำเจ้าหน้าที่ที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่มีหน้าที่ใด ๆ ลงไปในพื้นที่โดยไม่จำเป็น เนื่องจากเจ้าหน้าที่จำนวนมากอาจสร้างความกังวลให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้
8. เอกสาร/แบบฟอร์มต่าง ๆ	8. ควรเก็บรักษาอย่างมิดชิด ไม่ลืมหือหรือทิ้งไว้ในชุมชน
9. สถานที่ที่ใช้ในการลงสอบสวนโรค	9. ควรสอบถามจากผู้ป่วยว่าสะดวกให้เจ้าหน้าที่ลงสอบสวนที่บ้าน หรือ รพ.สต.ใกล้บ้าน หรือ สถานที่ใด ๆ ที่ผู้ป่วยสะดวก
10. การไม่พูดอ้างอิงถึงผู้ป่วยอื่น ๆ ในชุมชน	10. ในการสอบสวนโรค นอกจากไม่ควรเปิดเผยความลับการเป็นโรคเรื้อนของผู้ป่วย index case แล้ว เจ้าหน้าที่ที่ลงสอบสวนโรคไม่ควรกล่าวอ้างอิงถึงผู้ป่วยก่อนหน้า (ผู้ป่วยต้นตอ) หรือคนอื่น ๆ ที่อาจที่เกี่ยวข้อง เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง
11. หากพบว่ามีกรณีการตีตรา/การรังเกียจเกิดขึ้น	11. ให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรคเรื้อนต่อครอบครัว/ชุมชนเพื่อลดการตีตรา



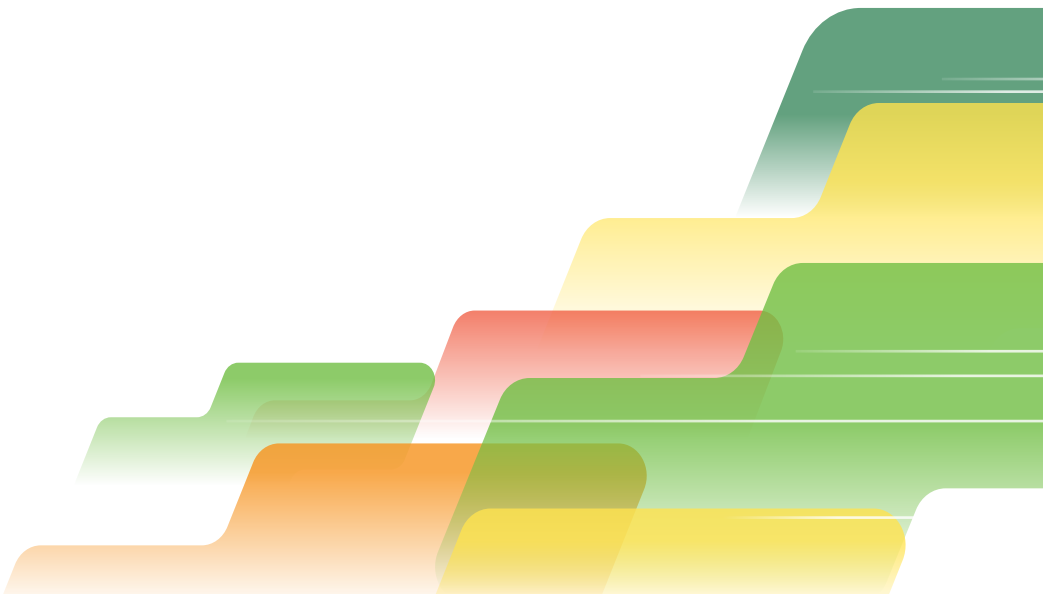
## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย. แนวทางการดำเนินงานและแบบคัดกรอง เพื่อเฝ้าระวังการตีตราในโรคเรื้อน.นนทบุรี:สถาบันราชประชาสมาสัย; 2566. (อึดสำเนา)
2. Dadun, Van Brakel WH, Peters RMH, Lusli M, Miranda-Galarza B, Zweekhorst MBM, et al. Assessing social distance as stigma predictor: exploring silent stigma towards people affected by leprosy from a community perspective in Indonesia. Proceedings of the 18th International Leprosy Congress; 2013 Sep 16 - 19; Brussels, Belgium.Brussels: World Health Organization; 2013.
3. Van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 5]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22826694>
4. ศีลธรรม เสริมฤทธิ์จรงค์และคณะ.การตีตราและระยะทางสังคมของประชาชน ต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน.วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2562; 13(-): 1 - 12

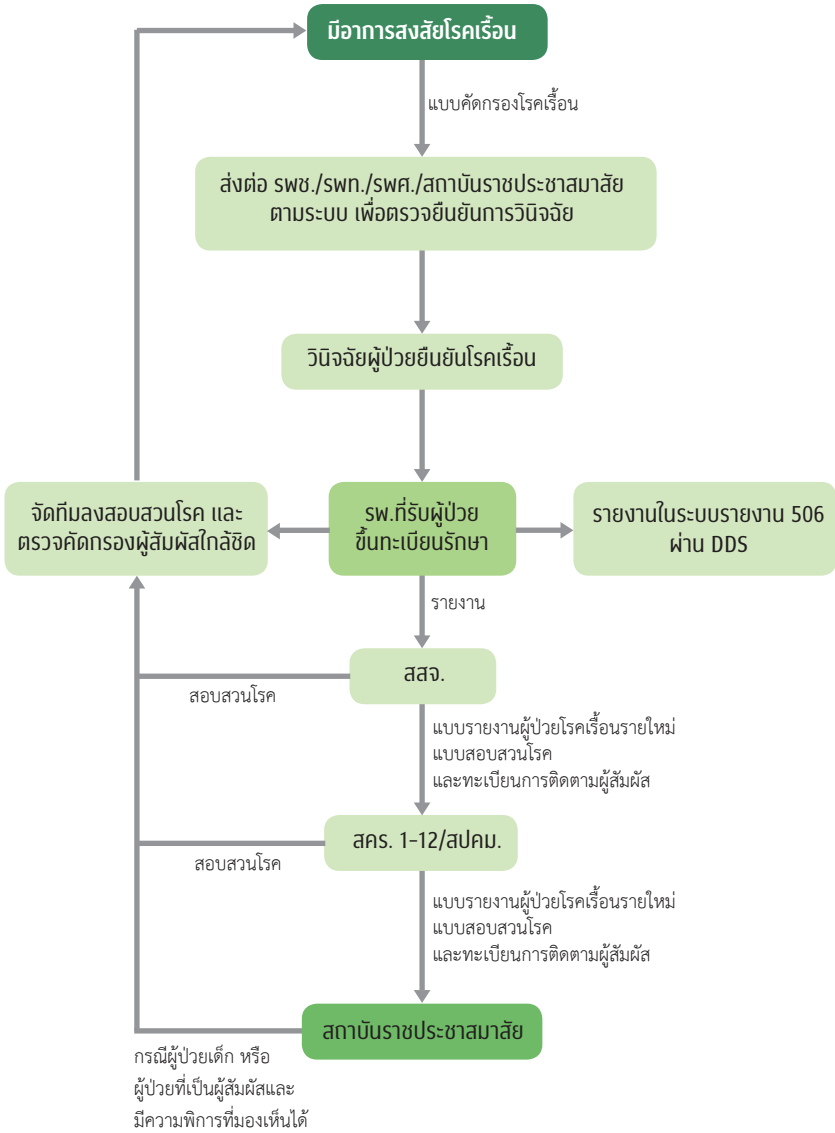
5. Human Rights Council. Draft set of principles and guidelines for the elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members\* [Internet]. 2553 [cited 2566 Dec 8]. Available from: [https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/15session/A.HRC.15.30\\_en.pdf](https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/15session/A.HRC.15.30_en.pdf)
6. Van Brakel WH. Measuring health-related stigma—A literature review. Psychol Health Med [Internet]. 2006 Aug;11(3):307–34. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548500600595160>

บทที่ 8

# การรายงานโรคเรื้อน



# แนวทางการรายงานโรคเรื้อนตั้งแต่ระดับโรงพยาบาล จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ



## แนวทางการรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่

เมื่อพบผู้ป่วยยืนยันโรคเรื้อนที่ผ่านการพิจารณากับผู้เชี่ยวชาญแล้ว ให้โรงพยาบาลรายงานเข้าระบบรายงาน 506 ผ่านทางแพลตฟอร์มเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล (DDS: Digital Disease Surveillance) เช่นเดียวกับโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอื่นๆ และ รายงานมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอีกทางหนึ่ง จากนั้นผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งข้อมูลให้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12/ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง โดยใช้แบบฟอร์ม “แบบรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบใหม่” เพื่อรายงานให้แก่สถาบันราชประชาสมาสัยเพื่อดำเนินการตรวจสอบข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัย ทำการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และจัดสรรยาให้แก่ผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป

ปัจจุบันการรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ประกอบด้วยแบบรายงาน ดังนี้

1. แบบรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบใหม่และเพิ่มเข้ามาในทะเบียนรักษา
2. แบบสอบสวนโรคเรื้อน
3. แบบรายงานทะเบียนการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคเรื้อน

**แบบฟอร์มรายงานผู้ป่วยโรคเรื้อนที่พบใหม่และเพิ่มเข้ามาในทะเบียนรักษา** มีข้อมูลดังนี้

- **จุดบำบัด** หมายถึง สถานบริการให้การวินิจฉัย และรักษาโรคเรื้อน
- **ชื่อ-สกุล** หมายถึง ชื่อและนามสกุลผู้ป่วยตามบัตรประชาชน พร้อมเลขที่บัตรประชาชน
- **ที่อยู่ ปัจจุบัน** จำเป็นต้องมี เลขที่บ้าน/หมู่ที่/ถนน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด
- **เริ่มมีอาการมานาน** ให้ใช้หน่วยเป็นเดือน หมายถึง การรับรู้ถึงความผิดปกติ (รอยโรคผิวหนัง) ในครั้งแรก ซึ่งอาจจะได้ข้อมูลค่อนข้างยาก

เนื่องจากโรคเรื้อนเป็นโรคที่ติดเชื้อแล้วไม่ทำให้เจ็บปวด ไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้ซักถามควรตีกรอบระยะเวลาให้ชัดเจน เช่น การตั้งเหตุการณ์สำคัญ ๆ มาช่วยในการระลึกความจำ ยกตัวอย่าง อาทิเช่น “ตอนบุตรสาวคนเล็กเกิด (ปัจจุบัน อายุ 3 ปี) มีรอยโรคนี้ หรือยัง” หรือ “ตอนเทศกาลลอยกระทงที่ผ่านมา (ผ่านมาเกือบ 1 ปี) เห็นรอยโรคนี้หรือยัง” หรืออาจจะซักถามจากคนรอบตัว หากรอยโรค ผิดหนังเป็นที่หลัง หรือในร่มผ้า

- **สถานภาพของผู้ป่วยเมื่อขึ้นทะเบียน** ณ จุดบำบัดแห่งนี้ ในแบบฟอร์ม จะมีความหมายของแต่ละสถานภาพ ดังนี้

ระบุ 0 เป็นผู้ป่วยใหม่ที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน และไม่ใช่ผู้สัมผัส

ระบุ 1 Relapse after Monotherapy (DDS: Dapsone) เป็นผู้ป่วย กลับเป็นซ้ำ ในสูตรยาเก่า คือ DDS

ระบุ 2 Relapse after Multidrug Therapy (MDT) เป็นผู้ป่วยกลับ เป็นซ้ำ ในสูตรยาผสมระยะสั้น MDT

การซักประวัติ Relapse ควรแยก DDS ออกจาก MDT โดยตั้งคำถาม ว่า “ตอนที่เคยรับประทานยารักษาโรคเรื้อนเดิมนั้น มีผิวนองสีดำน้า ขึ้นกว่าเดิม หรือไม่ และรับประทานเป็นเวลานานเท่าใด” ซึ่งสามารถ ตรวจสอบกับฐานข้อมูลโรคเรื้อนของสถาบันราชประชาสมาสัยได้อีกทาง หนึ่งด้วย

ระบุ 3 Re-instate เป็นผู้ป่วยที่รับประทานยา MDT ไม่ครบตาม หลักเกณฑ์ และถูกจำหน่ายออกจากทะเบียนการรับประทานยา เนื่องจากหมดระยะเวลาการรักษาในช่วงเวลานั้นๆ

ระบุ 4 ย้ายเข้า หมายถึงผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนสถานบริการ เพื่อรับยา รักษาโรคเรื้อน ควรระบุชื่อหน่วยงานที่ส่งมาด้วย

ระบุ 5 หมายถึง ผู้ป่วยใหม่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียน และเป็นผู้สัมผัส

### • ค้นพบโดยวิธี

ระบุ 1 ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาเอง (walk in)

ระบุ 2 ผู้ป่วยใหม่ที่ถูกค้นพบจากการตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

ระบุ 3 ผู้ป่วยใหม่ที่ถูกค้นพบจากการตรวจร่างกายนักเรียน

ระบุ 4 ผู้ป่วยใหม่ที่ถูกค้นพบจากการสำรวจหมู่บ้าน

ระบุ 5 ผู้ป่วยใหม่ที่ถูกค้นพบจากการส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยโรคเรื้อน

ระบุ 6 ผู้ป่วยใหม่ที่ถูกค้นพบจากกิจกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้

### • ผู้ค้นพบ

ระบุ 1 ค้นพบโดยผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนทุกระดับ ในกรมควบคุมโรค

ระบุ 2 ค้นพบโดย จนท.สาธารณสุขจังหวัด รพศ./รพท./รพช./กทม.

ระบุ 3 ค้นพบโดย อาสาสมัครสาธารณสุข

### • จำนวนรอยโรค

ให้ระบุจำนวนรอยโรคว่ามีกี่แห่ง

ในกรณีที่มีรอยโรคมากกว่า 10 แห่ง ให้ระบุว่า “ทั่วร่างกาย”

ในกรณีที่ไม่มีรอยโรค ให้ระบุว่า “ไม่มีรอยโรค”

### • ผลเชื้อ

ไม่ได้ตรวจเชื้อ (Slit Skin Smear) ระบุ “ไม่ได้ทำ”

ตรวจแต่รอผล ระบุ “รอผล”

ผลตรวจเป็นลบ ระบุ “ลบ”

ตรวจพบเชื้อ ระบุ “ค่า BI เฉลี่ย”

ระบุ “ค่า BI สูงสุด”

(กรณีจำหน่ายออกจากทะเบียนรักษา)

## หมายเหตุ

การตรวจ Slit Skin Smear เป็นการกรีดผิวหนัง เพื่อหาเชื้อโรคเรื้อน ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อนของประเทศไทย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาเชื้อโรคเรื้อนยังคงใช้การตรวจ Slit Skin Smear ซึ่งเป็นการกรีดผิวหนัง เนื่องจากเป็นวิธีการที่ง่าย และมีต้นทุนต่ำสุด บริเวณที่ทำการกรีด คือ ตีงหู 2 แห่ง (ซ้าย และ ขวา) และรอยโรคที่เข้าได้กับโรคเรื้อน อีก 2 แห่ง หากมีเพียงรอยโรคเดียว ให้เลือกเจาะข้างซ้ายและข้างขวาของรอยโรค รวมตรวจ ทั้งหมด 4 แห่ง ผลเชื่อจะมีการรายงานตั้งแต่ +1 จนถึง + 6 และจะมีการรายงาน แบบ Bacteriocidal Index (BI)

ค่า BI เฉลี่ย คือ ผลรวมของ BI แต่ละจุด หารด้วยจำนวนแห่งของการตรวจเชื้อ และจะมีการรายงานผล แบบดรรชนีรูปร่าง (Morphological Index) โดยหน่วยเป็นร้อยละ คือ 1. Solid form ซึ่งเป็นเชื้อมีชีวิต (แห้ง) ติดสีเข้มสม่ำเสมอ 2. Fragmented form เชื้อถูกฆ่าตาย และเริ่มสลายตัว ติดสีไม่สม่ำเสมอ (ท่อน) 3. Granulated form เป็นเชื้อที่มีการแตกทำลายต่อจาก fragmented จนกลายเป็นก้อนเล็ก ๆ คล้ายเม็ดทราย (ปน)

## ความพิการจากโรคเรื้อนสูงสุด

ผู้ป่วยโรคเรื้อน สามารถเกิดความพิการได้ ใน 3 อวัยวะ คือ ตา มือ เท้า ดังนั้น เมื่อรายงาน จึงเอาความพิการสูงสุด มาเทียบกันทั้ง ซ้ายและขวา

ไม่พิการ	ระบุ 0
พิการระดับ 1	ระบุ 1
พิการระดับ 2	ระบุ 2
ไม่ทราบ	ระบุ 9
ไม่ได้ตรวจ	ระบุ ไม่ตรวจ

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันราชประชาสมาสัย. แบบรายงานผู้สัมผัสโรคเรื้อน [Internet]. [cited 2023 Nov 11]. Available from: <http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/download.html>
2. กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 [Internet]. 2558. Available from: <http://odpc9.ddc.moph.go.th/DPC5/2.1.pdf>

# တာဝန်ပေး



## แบบสอบถามโรคเรื้อน (Leprosy)

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล (นาย/ นาง/ น.ส./ ด.ช./ ด.ญ.) .....

เลขที่บัตรประชาชน ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐๐-๐๐-๐ อายุ ..... ปี เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

เพศ  ชาย  หญิง อาชีพ .....

สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา.....

ศาสนา..... สัญชาติ..... หมายเลขโทรศัพท์ .....

ที่อยู่ขณะป่วย บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ชื่อหมู่บ้าน/ชุมชน .....

ซอย ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี) .....

เกี่ยวข้องกับ..... หมายเลขโทรศัพท์.....

### 2. ประวัติการอยู่อาศัย

ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ใดบ้าง

ไม่มีการย้ายที่อยู่อาศัย และ อาศัยอยู่ ณ ที่อยู่ขณะป่วยตลอด 15 ปีที่ผ่านมา

มีการย้ายที่อยู่อาศัย โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

- ปี พ.ศ. .... ถึง พ.ศ. .... อาศัยอยู่ที่ อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....

- ปี พ.ศ. .... ถึง พ.ศ. .... อาศัยอยู่ที่ อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....

- ปี พ.ศ. .... ถึง พ.ศ. .... อาศัยอยู่ที่ อำเภอ.....จังหวัด.....ประเทศ.....

### 3. อาการและอาการแสดง

3.1. วันที่มารับการรักษา .....

3.2. อาการสำคัญของโรคเรื้อนที่ตรวจพบ

1.) รอยโรคที่พบ  วงสีขาว  ผื่นสีเข้ม  วงแหวน  ผื่นแดง  แผ่นนูนแดงหนา  ตุ่ม

2.) ลักษณะของผิวหนังบริเวณรอยโรค  ไม่คัน  แห้งเหี่ยวไม่ออก  ขนร่วง

คัน  อุ่มอ่ำเป็นมันเลื่อม  อื่นๆระบุ.....

3.) แผลเรื้อรัง  ไม่มี  มี ระบุตำแหน่ง .....

4.) อาการที่ตรวจพบจากการทดสอบอาการชา

บริเวณรอยโรค  ชา  ไม่ชา

ฝ่ามือ  ชา  ไม่ชา

ฝ่าเท้า  ชา  ไม่ชา

5.) อาการเส้นประสาทโต  ไม่มี  มี ระบุตำแหน่ง .....

6.) อาการที่บ่งชี้ความพิการ

มือ  รูปร่างปกติ

รูปร่างผิดปกติ ได้แก่  นิ้วงอ  ข้อติดแข็ง  กระดูกหลุด  มีแผล  ข้อมือตก

เท้า  รูปร่างปกติ

รูปร่างผิดปกติ ได้แก่  นิ้วงอ  ข้อติดแข็ง  กระดูกหลุด  มีแผล  เดินเท้าตก

ตา  มองตา/ตาปกติ  มองตามผิดปกติ/ตาหลับไม่สนิท

สายตามัวมัว

สายตามัวไม่มาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตรได้ถูกต้อง)

สายตามัวมาก (นับนิ้วมือที่ระยะ 6 เมตร ไม่ได้)

3.3. วันที่เริ่มมีอาการแสดงของโรคเรื้อน (Onset) วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....  
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับการวินิจฉัย (Since of onset) : เริ่มมีอาการมานาน ..... เดือน/ปี

4. ปัจจัยเสี่ยงของการได้รับการวินิจฉัยรักษาล่าช้า (เลือกได้หลายข้อ)

- เข้าใจว่าเป็นโรคผิวหนังชนิดอื่น
- ไปสถานพยาบาลแล้วแต่แพทย์ไม่สงสัยโรคเรื้อน
- ไม่ได้สังเกตรอยโรคตนเอง
- ไปหาหมอที่บ้าน
- กังวลว่าจะถูกรังเกียจ
- กินยาสมุนไพร
- ไม่อยากยอมรับว่าเป็นโรคเรื้อน
- ไปซื้อยาที่ร้านขายยา
- อื่นๆ ระบุ.....

5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- วิธี Slit skin smear  ไม่ได้ตรวจ  รอมผล  ผลลบ  พบเชื้อ ระบุค่า BI เฉลี่ย.....
- วิธี Biopsy  ไม่ได้ตรวจ  รอมผล  ตรวจ ระบุผล biopsy .....
- วิธี PCR  ไม่ได้ตรวจ  รอมผล  ผลลบ  พบเชื้อ

6. การรักษา

วันที่เริ่มยา วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. ....

- ประเภทเชื้อมาก (Paucibacillary leprosy: PB) ระยะเวลา 6 เดือน  
Rifampicin (RFP) 600 มก. 1 ครั้ง/เดือน ร่วมกับ Dapsone (DDS) 100 มก./วัน
- ประเภทเชื้อมาก (Multibacillary leprosy: MB) ระยะเวลา 24 เดือน  
Rifampicin (RFP) 600 มก. และ Clofazimine (CLO) 300 มก. 1 ครั้ง/เดือน ร่วมกับ Dapsone (DDS) 100 มก./วัน  
และ Clofazimine (CLO) 50 มก./วัน หรือ 100 มก. วันเว้นวัน

7. การค้นหาแหล่งแพร่เชื้อและตรวจคัดกรองผู้สัมผัสโรค

7.1 ผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสโรคเรื้อนมาก่อนหรือไม่

- มีประวัติสัมผัสกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายก่อนหน้า ได้แก่ ..... ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น
    - ผู้อยู่อาศัยร่วมบ้าน
    - ผู้มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน
    - เพื่อนบ้าน
    - อื่นๆ ระบุ.....
- ผู้ป่วยรายก่อนหน้า เริ่มมีอาการเมื่อ วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. ....  
ได้รับการรักษา วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. ....  
โรงพยาบาลที่รับการรักษา.....

- ปฏิเสธประวัติสัมผัสโรคเรื้อน หรือ ไม่พบความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยโรคเรื้อนรายก่อนหน้า

7.2 ผู้ป่วยได้รับการแพร่กระจายเชื้อมาจากแหล่งใด

- สงสัยการได้รับเชื้อจากต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศ.....
- สงสัยการได้รับเชื้อจากภายในประเทศ โดย
  - สงสัยการได้รับเชื้อภายในจังหวัดที่ได้รับการวินิจฉัย
  - สงสัยการได้รับเชื้อจากนอกจังหวัดที่ได้รับการวินิจฉัย ได้แก่ จังหวัด.....

## 8. การค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิด

### นิยามผู้สัมผัสใกล้ชิดโรคเรื้อน

- กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน (Household contact): ผู้ที่พักอาศัย หรือเคยพักอาศัยในบ้านหลังเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา
- กลุ่มเพื่อนบ้าน (Neighboring contact): ผู้ที่พักอาศัยในบ้านรอบ ๆ บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อนในรัศมี 20 เมตร เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา
- กลุ่มบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน (Social contact): ผู้ที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ต้องติดต่อกัน เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยโรคเรื้อนจะได้รับการรักษา

No	ชนิดของผู้สัมผัส (✓)			ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ที่อยู่	ผลการคัดกรองโรคเรื้อน (✓)		ผลยืนยันวินิจฉัยโรคเรื้อน (✓)	
	ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	เพื่อนบ้าน	บุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน					สงสัย	ไม่สงสัย	ใช่โรคเรื้อน	ไม่ใช่โรคเรื้อน
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

ชื่อผู้สอบสวน..... ตำแหน่ง .....

สถานที่ทำงาน..... วันที่สอบสวน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....



## ทะเบียนการติดตามตรวจสอบผู้สัมผัสโรคเรื้อรัง

กลุ่มกักตัวโรคเรื้อรังและเครือข่าย สถาบันราชประชาสมาสัย  
<http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/download.html>

### สำหรับจุดบำบัดรักษา

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย..... อายุ .....ปี ว.ค.ป.ที่ขึ้นทะเบียนรักษา..... ชนิดโรค ..... ประเภทการรักษา .....  
 ที่อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ .....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

### ทะเบียนผู้สัมผัสโรคเรื้อรัง (Household contact) (เบอร์โทรศัพท์ของผู้สัมผัสโรคอย่างน้อย 1 คน ลำดับที่.....เบอร์โทรศัพท์.....)\*

ลำดับที่	ชื่อ-สกุลผู้สัมผัสโรค ที่อยู่บ้านเดียวกับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์ กับ ผู้ป่วย	ระยะเวลาที่ สัมผัส โรค (..เดือน)	ผลการตรวจร่างกาย (ปี พ.ศ.)										อาการที่สงสัย และระยะเวลาที่ เริ่มเป็น	รับฉีดยา โรคเรื้อรัง ชนิด/ ว.ค.ป.	เหตุที่ จำหน่าย จาก ผู้สัมผัสโรค /ว.ค.ป.
					บิตที่ 1	บิตที่ 2	บิตที่ 3	บิตที่ 4	บิตที่ 5	บิตที่ 6	บิตที่ 7	บิตที่ 8	บิตที่ 9	บิตที่ 10			
				25...	25...	25...	25...	25...	25...	25...	25...	25...	25...	25...	25...		

#### หมายเหตุ:

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร (ชายหรือหญิง) ที่ หลาน ปู่ ย่า ตา ยาย ผู้อาศัย หรือ อื่น ๆ
- ในระยะ ระยะเวลาที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแสดงอาการของโรค ในตอนแรกเป็นต้นมาจากผู้ป่วยจริง ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษา
- ให้ระบุ ปกติ หรือ สงสัย พร้อมวันที่/เดือน/กักับ
- ให้ระบุสาเหตุของการจำหน่ายผู้สัมผัส เนื่องจากไม่อยู่ร่วมกันผู้ป่วยอีกต่อไป เป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป เช่น ดาย ย้ายที่อยู่ หรือเป็นโรคเรื้อรังพร้อมทั้งระบุ วคป. ที่จำหน่าย

- แหล่งข้อมูล: 1. บัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (บท 3)  
 2. กิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ในผู้สัมผัสโรค

## แบบคัดกรองโรคเรื้อน

HN.....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

โปรดกรอกข้อความ หรือ ทำเครื่องหมาย ✓ ใน □ ให้ชัดเจน

### 1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล ..... อายุ.....ปี เพศ □ ชาย □ หญิง

ที่อยู่ปัจจุบัน..... หมู่..... ตำบล..... อำเภอ.....

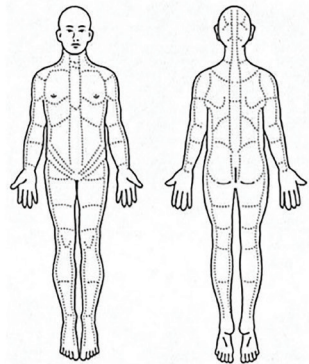
จังหวัด..... โทร. ....

### 2. ปัจจัยเสี่ยง

- เคยมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อน
- เคยมีญาติป่วยเป็นโรคเรื้อน
- เคยมีเพื่อนบ้านใกล้เคียง/คนในหมู่บ้านป่วยเป็นโรคเรื้อน

### 3. อาการสงสัยโรคเรื้อน

- โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน รักษาด้วยยากินหรือยาทาไม่หาย
- ผื่นหรือวงต่างชา บริเวณผิวหนังดังกล่าวแห้ง เหนือไม่ออก ขนร่วง
- ผื่นนูนแดง หรือตุ่ม ผิวย่นฉ่ำ เป็นมันเลื่อม หูหนา
- ตุ่มแดง กดเจ็บ ตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
- มีอาการบวมที่หน้า มือ เท้า
- ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
- เจ็บ หรือกดเจ็บบริเวณ เส้นประสาทที่ข้อศอก ข้อพับขา
- กล้ามเนื้อตา มือ เท้า อ่อนแรง ลีบ นิ่งงอ กุด ข้อมือ/ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท
- มีแผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า



(ให้ทำเครื่องหมาย ○ บริเวณตำแหน่งที่มีรอยโรค)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจคัดกรอง/สัมภาษณ์

ตำแหน่ง .....

หน่วยงาน .....โทร. ....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

การนัด : สถานที่ตรวจ .....วันที่.....เวลา.....

บัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน su.1a.10 (น.ย.3)

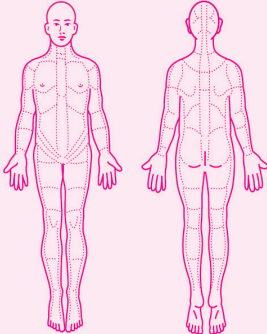
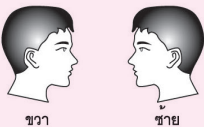
บัตรเลขที่ ..... HN.....  
 ชื่อสถานที่รักษา..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....  
 ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย..... เพศ ชาย หญิง เกิด พ.ศ..... อายุ.....ปี คู่ โสด หม้าย หย่า/แยก  
 ชื่อบิดา..... ชื่อมารดา..... เลขประจำตัวบัตรประชาชน ---  
 เกิดที่จังหวัด..... ที่อยู่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ระบุจังหวัดตามลำดับก่อน-หลัง)  
 ที่อยู่ปัจจุบัน ชื่อบ้าน..... เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... การศึกษา..... อาชีพ.....  
 โรงพยาบาล/สถานอนามัยที่ตั้งกต..... ระยะทางห่างจากสถานที่รักษา.....กม. ชื่อผู้ดูแลบ้าน.....  
 ชื่อบุคคลที่ติดต่อได้..... ที่อยู่..... โทรศัพท์..... โทรศัพท์.....  
 เชื้อยบ้าน  ยีนย้อม  ไม่ยีนย้อม

ประวัติการป่วยเป็นโรคเรื้อน

- เริ่มมีอาการมานาน.....ปี .....เดือน
- อาการที่เริ่มเป็นครั้งแรก.....ที่บริเวณ.....เมื่ออายุ.....ปี และได้ไปขอรับการตรวจรักษาหรือไม่  
ไม่เคย เคย จากสถานบริการใดบ้าง  
 1 .....เมื่อ พ.ศ.....  
 2 .....เมื่อ พ.ศ.....  
 3 .....เมื่อ พ.ศ.....
- เคยรับยารักษาโรคเรื้อนหรือไม่ ไม่เคย  
เคย เมื่อ พ.ศ..... เป็นเวลา.....ปี จากที่ไหน.....
- เคยมีญาติเป็นโรคเรื้อนหรือไม่ ไม่เคย  
เคย ระบุความสัมพันธ์.....
- มีคนในหมู่บ้าน/เพื่อนบ้านเป็นโรคเรื้อนหรือไม่  
มี ไม่มี

สถานภาพของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษา ค้นพบจากวิธี  
มาตรวจเองโดยไม่ได้สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน  
มาตรวจเองโดยสงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน โดยทราบจาก สื่อ(ระบุ).....  
ญาติและเพื่อนบ้านที่ไม่เคยเป็นโรคเรื้อนแนะนำ อาสาสมัคร แนะนำ  
ญาติและเพื่อนบ้านที่เคยเป็นโรคเรื้อนแนะนำ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ  
มาตรวจเองและอยู่ร่วมกับผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคเรื้อน  
ตรวจผู้สัมผัสโรค ตรวจนักเรียน สำรวจหมู่บ้าน ส่งต่อ
- ผู้ป่วยรับย้ายจาก.....
- ผู้ป่วยกลับเป็นโรคใหม่ (Relapse)  
ภายหลังการรักษาด้วย MDT ภายหลังการรักษาด้วย DDS monotherapy
- ผู้ป่วยกลับมารักษาใหม่หลังจากขาดการรักษาเกิน 1 ปี (Re- instote)
- ลงทะเบียนเพื่อให้การรักษาป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพ



วัน เดือน ปี ที่บันทึกครั้งแรก.....

วัน/เดือน/ปี ที่วินิจฉัย	ชนิดของโรค (ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องชนิดของโรค)					
	I	TT	BT	BB	BL	LL

บันทึก อาการแสดงที่พบเมื่อลงทะเบียน

อาการแสดงทางผิวหนัง

- รอยโรคที่พบ วงสีขาว ผื่นสีเข้ม วงแหวน ผื่นแดง  
แผ่นนูนแดงหนา ตุ่ม
- ขอบ ชัด ไม่ชัด
- สี จางกว่าผิวหนังปกติ เข้มกว่าผิวหนังปกติ
- ลักษณะของผิวหนังบริเวณรอยโรค ปกติ แห้งหรือไม่ออก  
ขนร่วง มีน้ำเป็นมันเลื่อม
- อาการชาที่ตรวจพบ  
 5.1 บริเวณรอยโรค ขา ไม่ขา  
 5.2 ฝ่ามือ และ/หรือฝ่าเท้า ขา ไม่ขา
- ขนาดเล็กที่สุด กว้างยาว.....ซม. ขนาดใหญ่ที่สุด กว้างยาว.....ซม.
- จำนวนรอยโรคทั้งหมด.....แห่ง
- การกระจาย ข้างเดียวของร่างกาย สองข้างของร่างกาย
- ภาวะโรคเท้า ไม่มี มี ระบุ ชนิดผื่นแดง (RR) ชนิดตุ่ม (ENL)

(1/2549 จำนวน 5,000 เล่ม)

หมายเหตุ : บัตรบันทึกผู้ป่วย น.ย.3 มีทั้งหมด 16 หน้า สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่  
<http://rajpracha.dcc.moph.go.th/site/documents/download/LB1T10.pdf>

## รอยโรคที่ผิวหนัง skin lesions

### ผื่นโรคเรื้อน



## รอยโรคที่ผิวหนัง skin lesions

### ผื่นโรคเรื้อน



## รอยโรคที่ผิวหนัง skin lesions

### ผื่นโรคเรื้อน



## รอยโรคที่ผิวหนัง skin lesions

### ผื่นโรคเรื้อน



## รอยโรคที่ผิวหนัง skin lesions

### ผื่นใกล้เคียงโรคเรื้อน



กลาก



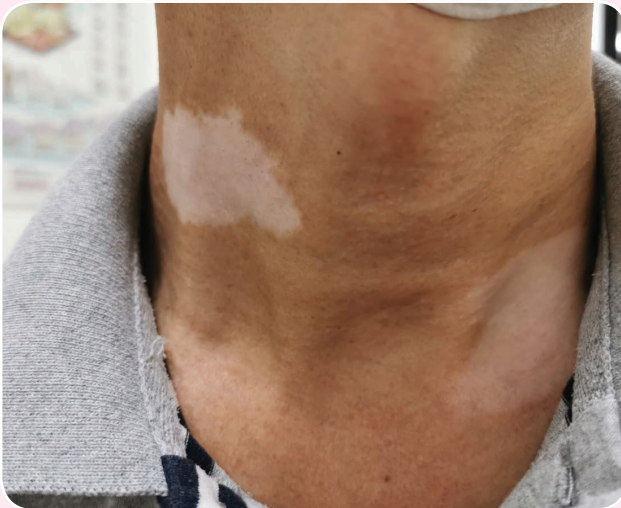
เกาฬ

## รอยโรคที่ผิวหนัง skin lesions

### ผื่นใกล้เคียงโรคเรื้อน



สะเก็ดเงิน



ต่างขาว

## รอยโรคที่ผิวหนัง skin lesions

### ผื่นใกล้เคียงโรคเรื้อน



ลมพิษ

## อาการและอาการแสดงที่สงสัยว่าเป็นโรคเรื้อน?

- 1 โรคผิวหนังเรื้อรังที่เป็นมานานกว่า 3 เดือน  
ไม่คัน รักษาด้วยยากินหรือยาทาไม่ดีขึ้น
- 2 วงแบนราบสีจางหรือเข้มกว่าผิวหนังปกติ  
วงขอบนูนแดง มีอาการชา ผิวแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วงไม่คัน
- 3 ผื่นนูนแดง ตุ่ม ผิวอุ่มจ้ำ เป็นมันเลื่อม ไม่คัน หูหนา
- 4 ตุ่มแดง กดเจ็บตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว
- 5 มีอาการบวมที่หน้า มือ เท้า
- 6 ฝ่ามือ ฝ่าเท้าชา
- 7 เจ็บหรือกดเจ็บบริเวณเส้นประสาทที่ข้อศอก ข้อพับขา
- 8 กล้ามเนื้อตา มือ เท้า อ่อนแรง สิบ นิ้วงอ กุด  
ข้อมือ/ข้อเท้าตก หลับตาไม่สนิท
- 9 แผลเรื้อรังที่ฝ่าเท้า



กรมควบคุมโรค

**สถาบันราชประชาสมาสัย  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข**

ที่อยู่ : เลขที่ 15 หมู่ 7 ถนนปู่เจ้าสมิงพราย ต.บางหญ้าแพรก  
อ.พระประแดง จ.สมุทรปราการ 10130

โทรศัพท์ 02 385 9135 - 7