

จรรยา อุปมัย, วรรณมา สามารถ, ปัทมพร ประดิษฐ์เขียน, วรรณวิภา เทเวจินตนาพันธ์, หนึ่งฤทัย ศรีสง, ภาวิณี มนตรี, พงษ์สุธีร์ ทองเกลี้ยง, เพ็ญพิศุทธิ์ สุวรรณฤกษ์, สุชาดา เจียมศิริ

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 27 ระหว่างวันที่ 3-9 กรกฎาคม 2565 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคติดเชื้อดื้อยา (*Enterococcus faecium*: VRE)

จังหวัดเพชรบูรณ์ พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อดื้อยา (*Enterococcus faecium*: VRE) เพศหญิง อายุ 83 ปี เริ่มป่วยวันที่ 1 มิถุนายน 2565 เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล 7 มิถุนายน 2565 ด้วยอาการ เหนื่อย อ่อนเพลีย ก่อนมา 1 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัย Pneumonia UTI sepsis (ฟอกไต 2 ครั้งต่อสัปดาห์ คือ วันอังคาร และวันศุกร์) วันที่ 29 มิถุนายน 2565 เก็บตัวอย่างตรวจด้วยวิธี Hemoculture และวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ให้ผลตรวจพบเชื้อดื้อยาที่มีความสำคัญ *Enterococcus faecium* (VRE) และผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้านแล้ว การดำเนินการ กองระบาดวิทยา ติดตามข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. สงสัยโรคเลปโตสไปโรซิสเสียชีวิต จังหวัดสงขลา

พบผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย อายุ 38 ปี อยู่ตำบลคอกหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา อาชีพทำสวนยางพารา เริ่มป่วยวันที่ 29 มิถุนายน 2565 อาการมีไข้ 38 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณน่อง มีอาการปวดท้อง วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยอาการไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อน่อง ปวดท้อง และมีเสมหะปนเลือด มีประวัติถ่ายเป็นสีดำ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นของเลือดร้อยละ 22.1 เกล็ดเลือด 54000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เม็ดเลือดขาว 7960 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ระดับโปรตีนในปัสสาวะ 2+ ระดับเลือดในปัสสาวะ 3+ ตรวจ Rapid Lepto/Dengue ผลเป็นลบ และเพาะเชื้อแบคทีเรีย No Growth แพทย์วินิจฉัย Septic Shock และ Leptospirosis ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตวันที่ 4 กรกฎาคม 2565

การดำเนินการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม และสอบสวนโรคในพื้นที่ กรมควบคุมโรคติดตามข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย การรับรักษา ผลตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ และผลการสอบสวนโรคเบื้องต้น เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค

3. สงสัยโรคไทรน จังหวัดสมุทรปราการ

พบผู้ป่วยเพศหญิงสัญชาติพม่า จำนวน 2 ราย รายแรกอายุ 19 วัน (บุตร) และรายที่สองอายุ 38 ปี (มารดา) ขณะป่วยอยู่ตำบลบางโลรง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ครอบครัวพักอาศัยอยู่รวมกันทั้งหมด 3 คน รวมบิดาอายุ 38 ปี ผู้ป่วยรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 3 กรกฎาคม 2565 ด้วยอาการไข้ ไอ คัดจมูก มีน้ำมูก มารดาจึงพาไปหาหมอที่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์ให้ติดตามอาการวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 แพทย์วินิจฉัย Pneumonia URI ต่อมาวันที่ 6 กรกฎาคม 2565 ส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลี แพทย์ให้การรักษาด้วยยา Azithromycin 250 มิลลิกรัม และ Cefotaxime 1 กรัม ตรวจ ATK (COVID-19) ให้ผลลบ ปฏิเสธการแพ้ยาและยังไม่ได้รับวัคซีน DTP (เนื่องจากยังไม่เข้าเกณฑ์การได้รับวัคซีน) ประวัติการสัมผัสโรคในช่วง 21 วันที่ผ่านมา ผู้ป่วยอยู่กับมารดา (ผู้ป่วยรายที่สอง) เนื่องจากมารดามีอาการไอตั้งแต่ วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 แพทย์สงสัยโรคไทรน จึงประสานแจ้งงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลบางพลี ดำเนินการสอบสวนโรค และเก็บตัวอย่าง NPS จากผู้ป่วยรายแรกเพศหญิง อายุ 19 วัน ส่งตรวจหาเชื้อก่อโรคไทรน ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี ในวันที่ 7 กรกฎาคม 2565 ทั้งนี้ไม่ได้เก็บตัวอย่างมารดาเนื่องจากแพทย์ขอผลบุตรก่อน อยู่ระหว่างรอผลประมาณ 1-2 สัปดาห์ รายละเอียดประวัติการเจ็บป่วยและการได้รับวัคซีนของมารดาอยู่ระหว่างการสอบสวนเพิ่มเติม

การดำเนินการ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมของผู้ป่วย สงสัยทั้งสองราย เนื่องจากมารดาผู้ป่วยไม่มีประวัติการเจ็บป่วย และประวัติการรักษาและประวัติวัคซีน แนะนำให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจเชื้อไทรน และวัณโรค

4. โรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จังหวัดชลบุรี พบผู้เสียชีวิต

1 ราย เพศหญิง อายุ 33 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาน้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร อาชีพพนักงานบริษัทแห่งหนึ่งในเขตงานที่สาขานิคมอมตะระยอง ลักษณะงานคือ ทำงานในสำนักงานแผนกแอดมิน ขณะป่วยอยู่ต่าบลบึง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี จากการสอบถามข้อมูลประวัติการป่วยและการรักษาจากญาติ พบวันที่ 28 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุทางถนนขณะขับรถจักรยานยนต์ไปทำงาน ทำให้เกิดแผลถลอกบริเวณศอกขวาและขาขวาส่วนล่าง วันที่ 29-30 มิถุนายน 2565 พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมลง และรับประทานอาหารได้น้อยลง วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง ซึม อ่อนเพลีย และรับประทานอาหารได้น้อยลง ซ้อมยาพาราเซตามอลมากินเอง วันที่ 2 กรกฎาคม 2565 อาการไม่ดีขึ้น ยังคงอาเจียน ทานอาหารได้น้อยลง ช่วงเช้าเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในอำเภอลวกแดง จังหวัดระยอง แพทย์พิจารณาให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยขอกลับไปทำงานก่อน ได้รับยาพาราเซตามอลมารับประทาน เวลาประมาณ 11.00 น. ของวันเดียวกัน ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง จึงเดินทางไปโรงพยาบาลอีกครั้ง แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 ได้รับรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ ผลตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ความเข้มข้นของเลือด ร้อยละ 44.2 เม็ดเลือดขาว 8,340 เซลล์ต่อลูกบาศก์เมตร เกล็ดเลือด 70,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์เมตร จากการตรวจ Dengue-IgM Weakly Positive, Dengue-IgG Negative, DengueNS1Ag Negative วันที่ 4 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยเสียชีวิต เวลา 13.30 น. แพทย์ระบุสาเหตุการเสียชีวิต โรคไข้เลือดออกเด็งกีช็อก

การดำเนินการ

ทีมตระหนักภูมูสถานการณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง แจ้งข้อมูลไปยัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อดำเนินการสอบสวนและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ดังนี้

1) การสำรวจสภาพแวดล้อม พื้นที่บ้านผู้ป่วยเป็นบ้านเดี่ยว ตั้งอยู่ในหมู่บ้านจัดสรรแห่งหนึ่ง การสำรวจบ้านผู้ป่วย พบ CI เท่ากับ 50.00 จำนวนภาชนะนอกบ้านผู้ป่วยที่สำรวจ 2 ภาชนะ พบลูกน้ำยุงลาย 1 ภาชนะ และได้ทำการสำรวจรอบนอกบ้านผู้ป่วยระยะ 100 เมตร จำนวน 39 หลัง พบลูกน้ำ 1 หลัง ค่า HI เท่ากับ 2.56 จำนวนภาชนะที่สำรวจ 6 ภาชนะ พบลูกน้ำ 1 ภาชนะ ค่า CI เท่ากับ 16.67 โดยมีภาชนะที่เสี่ยงต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ คือ ถังน้ำใช้

2) การค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่ ละแวกบ้านผู้ป่วยในรัศมี 100 เมตร เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2565 พบผู้ป่วย DF เพศชาย อายุ 13 ปี อาชีพนักเรียน เริ่มป่วยวันที่ 4 มิถุนายน 2565 รับการรักษาวันที่ 5 มิถุนายน 2565 ได้รับรายงาน วันที่ 6 มิถุนายน 2565 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแหลมฉบัง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Dengue-IgM Negative, DengueNS1Ag Positive, Dengue-IgG Negative ได้มีการดำเนินการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องในวันที่ 3, 7, 14 และ 28 นับจากวันที่พบผู้ป่วย มาตรการที่ดำเนินการที่จะดำเนินการต่อไป

3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เพื่อให้มีการดำเนินการ dead case conference ประสานติดตามผลการควบคุมโรค และการเก็บตัวอย่างตรวจ Dengue serotype วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี ร่วมดำเนินการกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรีราชา ในการสอบสวนโรคเพื่อป้องกันและควบคุมโรค

5. การประเมินความเสี่ยงของโรคเลปโตสไปโรสิส

ในสัปดาห์ที่ 27 กรมควบคุมโรคได้รับรายงานเหตุการณ์พบผู้ป่วยสงสัยโรคเลปโตสไปโรสิสเสียชีวิต จำนวน 1 ราย และจากข้อมูลการเฝ้าระวัง กองระบาดวิทยา ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 3 กรกฎาคม 2565) พบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา ซึ่งปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยมีค่าเกินมัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เช่นเดียวกับอัตราป่วยก็มีแนวโน้มลดลง ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากเหตุการณ์การระบาดของโควิด ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงลดลง การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลดลง รวมถึงการรายงานโรคลดลงด้วย

สำหรับข้อมูลเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2565 (1 มกราคม-3 กรกฎาคม 2565) พบผู้ป่วย 617 ราย จาก 47 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.93 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 0 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 0.29 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด เรียงตามลำดับคือ 45-54 ปี (ร้อยละ 18.48) 35-44 ปี (ร้อยละ 17.67) 55-64 ปี (ร้อยละ 14.75) อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรร้อยละ 35.5 รับจ้างร้อยละ 29.2 นักเรียนร้อยละ 15.9 ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดเป็นกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 25-65 ปี ได้แก่ เกษตรกรที่ทำนาทำสวน (สวนผลไม้ สวนยางพารา สวนปาล์ม) หาบปลาในแหล่งน้ำธรรมชาติที่มีเชื้อปนเปื้อน คนเลี้ยงสัตว์ ผู้ที่ประสบอุทกภัย หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่น้ำท่วมขัง นักท่องเที่ยวที่เดินลุย วัยน้ำในจุดเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

1. ติดตามสถานการณ์และแจ้งเตือนประชาชนในพื้นที่เสี่ยงให้รู้จักป้องกันตนเองและรีบไปพบแพทย์เมื่อมีอาการสงสัย โดยเฉพาะพื้นที่ที่เกิดผ่นตหนักหรือมีพายุมรสุม
2. แจ้งเตือนการดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. ให้อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานพยาบาล เฝ้าระวังจำนวนผู้ป่วยและการระบาดเป็นกลุ่มก้อน
4. ส่งเสริมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีการคัดกรองวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างถูกต้อง (ผ่านโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์)
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดเสี่ยงเพิ่มความเข้มข้นของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค (วิเคราะห์สถานการณ์และชี้เป้าเตือนภัย ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งสื่อสารความเสี่ยงแก่ประชาชน หากพบอาการสงสัยให้รีบไปพบแพทย์)
6. แจ้งประชาสัมพันธ์คลินิกและร้านขายยาในพื้นที่ ให้คำนึงถึงโรคเลปโตสไปโรสิสมากขึ้นโดยเฉพาะภาคใต้

สถานการณ์ต่างประเทศ

โปลิโอไวรัสชนิดที่ 1 (WPV1) ในประเทศโมซัมบิก ทวีปแอฟริกาตะวันออก เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2565 Global polio lab network (GPLN) ได้รายงานผู้ป่วยยืนยันกรณีของไวรัสโปลิโอชนิดที่ 1 (WPV 1) ในประเทศโมซัมบิก เป็นหญิงอายุ 12 ปีป่วยเป็นอัมพาตเฉียบพลัน (AFP) โดยเริ่มมีอาการอัมพาตเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565 จากเขตซางการา จังหวัดเตเต ซึ่งมีพรมแดนติดกับซิมบับเวและมาลาวี เก็บตัวอย่างอุจจาระจำนวน 2 ตัวอย่าง ในวันที่ 1 เมษายน และ 2 เมษายน 2565 เพื่อส่งตรวจ ในเมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการยืนยันว่าเป็น WPV1 โดยสถาบันโรคติดต่อแห่งชาติ (NICD) ในแอฟริกาใต้ ก่อนหน้านี้นี้ เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดกิน (bOPV) จำนวน 3 โดส แต่ไม่ได้รับวัคซีนโปลิโอไวรัสชนิดฉีด (IPV) จากผลการวิเคราะห์การจัดลำดับจีโนม ระบุว่าผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันนี้มีความเชื่อมโยงกับสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดในปากีสถานในปี พ.ศ. 2562 คล้ายกับกรณีของ WPV1 ที่รายงานในมาลาวีในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 (กรณีโรคโปลิโอป่าพื้นเมืองครั้งสุดท้ายในโมซัมบิกได้รับรายงานในปี พ.ศ. 2536 โมซัมบิกยังได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโปลิโอที่ได้รับวัคซีนชนิดที่ 2 (cVDPV2) พร้อมกัน โดยมีรายงาน

ผู้ป่วยในประเทศ 7 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2565)

ตามการประเมินความครอบคลุมการสร้างภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติขององค์การอนามัยโลก ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดกิน โดสที่สาม (OPV3) และวัคซีนโปลิโอชนิดฉีดโดสแรก (IPV1) ครอบคลุมถึงร้อยละ 73 และ 78 ตามลำดับ ในประเทศโมซัมบิกในปี พ.ศ. 2563 ความเสี่ยงของการแพร่กระจายระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ของแอฟริกายังคงสูง เนื่องจากการคงอยู่ของภูมิคุ้มกันและช่องว่างการเฝ้าระวังที่ต่ำกว่าปกติ และการเคลื่อนไหวของประชากรในวงกว้าง

ระบาดวิทยาของโปลิโอ

โปลิโอ เป็นโรคไวรัสที่มีการติดเชื้อสูง ซึ่งส่วนใหญ่ส่งผลกระทบต่อเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไวรัสติดจากคนสู่คน และแพร่กระจายโดยส่วนใหญ่ผ่านทางอุจจาระสู่ปาก หรือปนเปื้อนผ่านน้ำ หรืออาหารที่รับประทาน จากนั้นเชื้อจะขยายพันธุ์ในลำไส้ ซึ่งไวรัสสามารถบุกรุกระบบประสาท และทำให้เกิดอัมพาต ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเด็ก เชื้อที่อาศัยอยู่ในลำไส้และถูกขับถ่ายออกมากับอุจจาระของผู้ป่วย ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีสุขอนามัยและระบบสุขาภิบาลไม่ดี ระยะฟักตัวปกติ 7-10 วัน แต่สามารถอยู่ได้นานในช่วง 4-35 วัน ผู้ติดเชื้อมากถึงร้อยละ 90 ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง และโรคนี้มักไม่เป็นที่รู้จัก ในกรณีที่มียาอาการเพียงเล็กน้อย อาการเบื้องต้น ได้แก่ มีไข้ เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ อาเจียน คอแข็ง และปวดแขนขา อาการเหล่านี้มักอยู่ได้นาน 2-10 วัน และการพักฟื้นตัวส่วนใหญ่ร่างกายจะกลับมาปกติเกือบทุกกรณี อย่างไรก็ตามในอีกร้อยละ 10 ไวรัสนี้ทำให้เกิดอัมพาตที่ขา เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะถาวรไม่สามารถกลับมาเดินได้ ในรายที่เป็นอัมพาต ร้อยละ 5-10 เสียชีวิตได้ ไวรัสโปลิโอสองในสามชนิดได้ถูกกำจัดให้หมด (WPV2 และ WPV3) ด้วยความร่วมมือระดับโลกอย่างต่อเนื่องในการกำจัด WPV1 ปัจจุบันไวรัสโปลิโอในธรรมชาติ ยังพบเป็นเชื้อเฉพาะถิ่นในสองประเทศ คือ ปากีสถานและอัฟกานิสถาน แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงอย่างต่อเนื่องของการแพร่กระจายของโรคระหว่างประเทศได้ และไม่มีวิธีรักษาโรคโปลิโอ สามารถป้องกันได้โดยการสร้างภูมิคุ้มกันเท่านั้น

การตอบสนองด้านสาธารณสุข

ประเทศโมซัมบิกมีส่วนร่วมในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคฉุกเฉินในหลายประเทศที่ดำเนินการทั่วทั้งภูมิภาคแอฟริกา

ตะวันออกเฉียงใต้เพื่อตอบสนองต่อกรณีของ WPV1 ที่รายงานในประเทศไทยมาไว้ในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 ควบคู่ไปกับแทนซาเนีย แคมเบีย และซิมบับเว เพื่อเข้าถึงเด็กกว่า 23 ล้านคนทั่วภูมิภาค การฉีดวัคซีน OPV แบบใบวาเลนไทน์สองรอบได้ดำเนินการไปแล้ว โดยครั้งสุดท้ายเมื่อปลายเดือนเมษายน โดยมีเด็กมากกว่า 4.5 ล้านคนที่ได้รับวัคซีนในประเทศโมซัมบิก ในขณะเดียวกัน การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อในวัคซีน OPV ที่มีการกลายพันธุ์จนสามารถแพร่กระจายจากคนสู่กันได้เหมือนสายพันธุ์ธรรมชาติ (cVDPV2) ในประเทศก็ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

หน่วยงานระดับชาติและระดับภูมิภาคยังคงได้รับการสนับสนุนจากพันธมิตรของ Global Polio Eradication Initiative (GPEI) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้เชี่ยวชาญของ African Rapid Response Team, GPLN, UNICEF และองค์กรท้องถิ่น การเฝ้าระวังทั่วทั้งภูมิภาคอยู่ยังคงเข้มข้น ปัจจุบันเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคในภาวะฉุกเฉิน ประเทศขนาดใหญ่หลายประเทศ ควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว และสอดคล้องกับเอกสารคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโปลิโอระหว่างประเทศ



ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 27 Reported cases of diseases under surveillance 506, 27th week

✉ sget506@yahoo.com

กลุ่มสารสนเทศทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา
Epidemiological informatics unit, Division of Epidemiology

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 สัปดาห์ที่ 27

Table 1 Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 27th week 2022

Disease	2022				Case* (Current 4 week)	Mean** (2017-2021)	Cumulative	
	Week 24	Week 25	Week 26	Week 27			2022	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza	287	311	250	104	952	10516	3510	0
Meningococcal Meningitis	1	0	0	0	1	2	2	0
Measles	3	3	6	0	12	186	71	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	0	0
Pertussis	0	1	0	0	1	6	3	0
Pneumonia (Admitted)	2915	2838	2333	1053	9139	15429	87652	95
Leptospirosis	44	39	24	7	114	202	659	1
Hand, foot and mouth disease	580	926	983	639	3128	6213	5192	0
Total D.H.F.	1245	1308	955	291	3799	9569	9473	8

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร และ กองระบาดวิทยา รวบรวมข้อมูลในภาพรวมระดับประเทศ

ข้อมูลในตารางจะถูกปรับปรุงทุกสัปดาห์ วัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันควบคุมโรค/ภัย เป็นหลัก มิใช่เป็นรายงานสถิติของโรคนั้น ๆ

ส่วนใหญ่เป็นการรายงาน "ผู้ป่วยที่สงสัย (suspect)" ไม่ใช่ "ผู้ป่วยที่ยืนยันว่าเป็นโรคนั้น ๆ (confirm)"

ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงย้อนหลังได้ทุกสัปดาห์ จึงไม่ควรนำข้อมูลสัปดาห์ปัจจุบันไปอ้างอิงในเอกสารวิชาการ

* จำนวนผู้ป่วย 4 สัปดาห์ล่าสุด (4 สัปดาห์ คิดเป็น 1 ช่วง)

** จำนวนผู้ป่วยในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนหน้า, 4 สัปดาห์เดียวกันกับปีปัจจุบัน และ 4 สัปดาห์หลัง ของข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง (60 สัปดาห์)

