

เสาวลักษณ์ กมล, วัชรภรณ์ คำไทย, สามารณ พันธุ์เพชร, บุษราคม สีนาคม, วิจิตรา สีสวรรณ์, อรพิรุทธิ์ ยุธชัย

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 29 ระหว่างวันที่ 17-23 กรกฎาคม 2565 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. สงสัยโรคอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อนในงานศพ จังหวัดลำปาง ตั้งแต่วันที่ 17-19 กรกฎาคม 2565 พบผู้ป่วยสงสัยโรคอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อนในงานศพ ในพื้นที่ตำบลร่องเคาะ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 276 ราย วันที่ 17 กรกฎาคม 2565 พบผู้ป่วยรายแรก เป็นเพศหญิง อายุ 67 ปี อาชีพแม่ครัว มีประวัติรับประทานข้าวหมูแดง เวลา 08.00 น. และพบผู้ป่วยเริ่มมีอาการป่วย เวลา 12.30 น. ต่อมาเริ่มมีผู้ป่วยทยอยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 150 ราย ส่วนใหญ่มีอาการอาเจียน ถ่ายเหลว ปวดบิดท้อง โดยผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังเหนือและได้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแจ้ห่ม จำนวน 20 ราย ระยะฟักตัวของเชื้อ 2-3 ชั่วโมง ต่อมาในเวลา 21.00 น. พบผู้ป่วยอาหารเป็นพิษเพิ่มเติม จำนวน 101 ราย จากเหตุการณ์เดียวกัน ทั้งหมดจำนวน 251 ราย เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 214 ราย ผู้ป่วยใน จำนวน 10 ราย และส่งต่อรักษาโรงพยาบาลข้างเคียง รวม จำนวน 27 ราย (โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 1 ราย โรงพยาบาลแจ้ห่ม จำนวน 11 ราย โรงพยาบาลเมืองปาน จำนวน 10 ราย และโรงพยาบาลเกาะคา จำนวน 5 ราย) วันที่ 18-19 กรกฎาคม 2565 จากการสอบสวนโรคเบื้องต้นในพื้นที่ พบปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค คือ ผู้ป่วยทุกรายรับประทานอาหารร่วมกัน ประกอบด้วย ข้าวหมูแดงกับไข่ต้ม ไส้กรอก ในช่วงเวลา 10.30-11.00 น. ซึ่งอาหารภายในงานถูกประกอบขึ้นโดยญาติของเจ้าภาพงานศพ มีผู้เข้าร่วมงานศพประมาณ 400 คน จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้มีประวัติรับประทานอาหารจากงานศพ จำนวน 310 ราย ปัจจุบันพบผู้ป่วยสงสัยอาการเข้าเกณฑ์ จำนวน 276 ราย

ปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบจากการสอบสวนโรคเพิ่มเติม ได้แก่ การปรุงอาหารให้สุกแล้วพักไว้ค้างคืน ไม่มีการสวมอุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันระหว่างการประกอบอาหาร ใช้ตู้แช่น้ำแข็งในการเก็บวัตถุดิบ มีดหั่นของดิบและของสุกมีลักษณะคล้ายกัน ภาชนะบางส่วน

วางระดับต่ำกว่า 60 เซนติเมตร จากพื้น และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มปรุงอาหารถึงรับประทานใช้เวลาอย่างน้อย 15 ชั่วโมง ผลการเก็บตัวอย่าง Rectal swab ของผู้ป่วย 2 ตัวอย่าง และผู้ประกอบอาหาร 1 ตัวอย่าง โดยส่งตรวจที่โรงพยาบาลลำปาง วันที่ 20 กรกฎาคม 2565 ไม่พบเชื้อ *Salmonella* spp., *Shigella* spp. และ *Vibrio* spp.

การดำเนินการ ทีมสอบสวนโรคได้แนะนำให้เฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง เบื้องต้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลวังเหนือและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และให้ความรู้ผู้ประกอบการที่ทำอาหารจัดเลี้ยง และสุ่มตรวจการปฏิบัติงาน

2. โรคไข้มาลาเรีย จังหวัดนนทบุรีและปทุมธานี

จังหวัดนนทบุรี มีการรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยรายแรก เป็นเพศชาย อายุ 35 ปี ชาวเมียนมา อาชีพรับจ้าง เริ่มป่วยวันที่ 8 มิถุนายน 2565 มีอาการไข้ 40.7 องศาเซลเซียส ไอ อาเจียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ *Plasmodium vivax* และเชื้อ SARS-CoV-2 ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเพศชาย อายุ 46 ปี ชาวพม่า อาชีพรับจ้าง เริ่มป่วยวันที่ 9 มิถุนายน 2565 มีอาการไข้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ *Plasmodium vivax* ผู้ป่วยทั้งสองรายได้เข้าพักที่แคมป์คนงานก่อสร้าง ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี และในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยเดินทางข้ามแดนมาทำงานที่ประเทศไทยจากประเทศเมียนมา ผ่านทางตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่สามารถพูดภาษาไทยได้ และไม่สามารถติดต่อกับญาติได้ จากการสอบสวนโรคเบื้องต้นพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่แพร่เชื้อโรคมาลาเรีย B2

จังหวัดปทุมธานี พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 1 ราย เป็นเพศชาย อายุ 24 ปี ชาวเมียนมา อาชีพรับจ้าง ขณะป่วยอยู่แคมป์คนงานก่อสร้าง ตำบลคลองสาม อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี วันที่ 31 พฤษภาคม 2565 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปทุมธานี และช่วงเดือนเมษายน 2565 ผู้ป่วยเดินทาง

จากประเทศเมียนมาเพื่อมาทำงานที่ประเทศไทย ผ่านทางอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ *Plasmodium vivax* ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และนัดครั้งถัดไป วันที่ 14 มิถุนายน 2565 เพื่อติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดและไม่มีการติดต่อ จึงไม่สามารถติดต่อได้ หลังการตรวจสอบพบว่าผู้ป่วยได้ย้ายแคมป์ไปแล้ว จากการสอบสวนโรคเบื้องต้น พื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่แพร่เชื้อโรคมาลาเรีย B2

การดำเนินการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดนครพนม ประสาน PM กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง เพื่อแจ้งสถานการณ์โรค และประสานพื้นที่เพื่อค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมและควบคุมโรคต่อไป ผลการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ไม่พบผู้ป่วยรายอื่นในพื้นที่แพร่เชื่อดังกล่าว

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อนจากกิจกรรมการรวมตัวกันของผู้คน

จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-18 กรกฎาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษในรง. 506 จำนวน 31,768 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ 15-24 ปี (ร้อยละ 14.61) 25-34 ปี (ร้อยละ 14.41) และมากกว่า 65 ปี (ร้อยละ 12.47) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ คิดเป็น 70.20, 64.99, 28.59 และ 21.36 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนการรายงานผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า แนวโน้มของจำนวนการรายงานผู้ป่วยรายเดือนมีความใกล้เคียงกันระหว่างปี พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 แต่ยังมีจำนวนผู้ป่วยต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จำกัดกิจกรรมการรวมกลุ่มกัน แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วงสัปดาห์ระบาดที่ 29 ระหว่างวันที่ 18-25 กรกฎาคม 2565 พบรายงานผู้ป่วยอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อนจำนวน 2 เหตุการณ์ ซึ่งทั้ง 2 เหตุการณ์เกี่ยวข้องกับการรวมกลุ่มทำกิจกรรม เหตุการณ์ที่ 1 เป็นงานศพ ที่มีจำนวนผู้เข้าร่วมงานประมาณ 400 คน และมีผู้ป่วยมากกว่า 270 ราย และเหตุการณ์ที่ 2 เป็นงานมหกรรม มีผู้เข้าร่วมงานประมาณ 200 คน และมีผู้ป่วยประมาณ 40 ราย ดังนั้นจากการผ่อนคลายทางมาตรการภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจพบการจัดกิจกรรมรวมกลุ่ม รวมถึงงานเลี้ยง งานสังสรรค์ เพิ่มขึ้น ส่งผลให้พบรายงานผู้ป่วยอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อนได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดผู้ป่วยอาหารเป็นพิษเป็นกลุ่มก้อน จึงควรเร่งการสื่อสารในสองกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่

กลุ่มคนที่รับประทานอาหาร เพื่อการประเมินถึงความเสี่ยงต่อการป่วยอันเนื่องมาจากการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงให้รับทราบชนิดของอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอาหารเป็นพิษ เพื่อการป้องกันตนเอง และกลุ่มผู้ประกอบการอาหาร ให้มีการปรุงอาหารให้ถูกสุขลักษณะ การเก็บอาหารที่เหมาะสมก่อนที่จะส่งไปถึงผู้บริโภค รวมถึงกำกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการกำกับ และติดตามการปรุงอาหารเมื่อต้องมีการจัดมหกรรม

สถานการณ์ต่างประเทศ

โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์กในประเทศกานา

ประเทศกานาได้ประกาศเหตุการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก (Marburg virus disease) เป็นครั้งแรกของประเทศ หลังจากห้องปฏิบัติการศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก (WHO) ยืนยันผลก่อนหน้านี้ สถาบันปาสเตอร์ (Institute Pasteur) ในกรุงดาการ์ ประเทศเซเนกัล ได้รับตัวอย่างส่งตรวจจากผู้ป่วย 2 ราย จากทางตอนใต้ของประเทศกานา ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เกี่ยวข้องกันที่มีอาการแสดง เช่น ท้องร่วง มีไข้ คลื่นไส้ และอาเจียน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจาก Noguchi Memorial Institute for Medical Research ได้ยืนยันการติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก โดยผู้ป่วยรายแรก เพศชาย อายุ 26 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2565 และเสียชีวิตวันที่ 27 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยรายที่สอง เพศชาย อายุ 51 ปี เป็นผู้ป่วยที่ถูกรายงานในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2565 และเสียชีวิตในวันที่ 28 มิถุนายน 2565 ซึ่งทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเดียวกันภายในไม่กี่วัน นอกจากนี้ มีการระบุและติดตามผู้สัมผัสโรค ทั้งในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชน จำนวนมากกว่า 90 ราย

องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนทีมสอบสวนโรคและหน่วยงานด้านสุขภาพของกานา ได้แก่ การจัดหาผู้เชี่ยวชาญ จัดหาอุปกรณ์ป้องกันโรค ส่งเสริมการเฝ้าระวังโรค การตรวจหาการติดเชื้อ ติดตามผู้สัมผัสโรค และทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อแจ้งเตือนประชาชนและให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายจากโรค ตลอดจนให้ความร่วมมือกับทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ จะมีการส่งทีมผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก เพื่อประเมินความเสี่ยงและมาตรการควบคุมป้องกันการติดเชื้อดังกล่าว

โรคติดเชื้อไวรัสมาร์บวร์ก เป็นโรคไข้เลือดออกที่แพร่ระบาดอย่างมากเป็นตระกูลเดียวกับไวรัสอีโบลา ซึ่งนับเป็นครั้งที่สองที่ตรวจพบโรคจากสัตว์สู่คนในแอฟริกาตะวันตก ประเทศกานาได้ประกาศยืนยันพบผู้ป่วย 1 ราย เมื่อวันที่ 16 กันยายน 2564

หลังจากตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อห้าสัปดาห์ที่ผ่านมา นอกจากนี้ มีรายงานการระบาดและรายงานผู้ป่วยก่อนหน้านี้ในทวีปแอฟริกา เป็นระยะ ๆ เช่น แองโกลา สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก เคนยา แอฟริกาใต้ และยูกันดา เป็นต้น นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้ ประสานไปยังประเทศใกล้เคียงที่มีความเสี่ยงสูงให้มีการตื่นตัวและ เตรียมความพร้อมหากมีการระบาด

โรคติดเชื้อไวรัสมาลาเรียที่หายากเกิดจากสัตว์สู่คน ผ่าน ค้างคาวผลไม้ และแพร่กระจายโรคผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งผู้ติดเชื้อ ฟันผิวสัมผัส และวัสดุอุปกรณ์ อาการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นอย่าง

กะทันหันโดยมีไข้สูง ปวดหัวอย่างรุนแรง และไม่สบายตัว ผู้ป่วย จำนวนมากมีอาการเลือดออกรุนแรงภายในเจ็ดวัน อัตราป่วยตาย ของโรคจากการระบาดครั้งก่อนหน้านี้ อยู่ระหว่างร้อยละ 24-88 ขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของไวรัสและคุณภาพของการจัดการผู้ป่วย ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนหรือยาต้านไวรัสที่ได้รับการอนุมัติให้รักษา ไวรัสชนิดนี้ การดูแลรักษาใช้วิธีแบบประคับประคองอาการ โดย แพทย์ระบุว่าการดื่มน้ำปริมาณมาก และการรักษาอาการเฉพาะจะ ช่วยเพิ่มโอกาสในการอยู่รอดของผู้ป่วยได้



รายงานโรค
ที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 29 Reported cases of diseases under surveillance 506, 29th week

✉ sget506@yahoo.com

กลุ่มสารสนเทศทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา

Epidemiological informatics unit, Division of Epidemiology

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 สัปดาห์ที่ 29

Table 1 Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 29th week 2022

Disease	2022				Case* (Current 4 week)	Mean** (2017-2021)	Cumulative	
	Week 26	Week 27	Week 28	Week 29			2022	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	0	0	0
Influenza	367	510	578	317	1772	12528	5797	0
Meningococcal Meningitis	0	0	0	0	0	2	2	0
Measles	8	4	2	2	16	193	82	0
Diphtheria	0	0	0	0	0	1	0	0
Pertussis	0	0	0	0	0	6	3	0
Pneumonia (Admitted)	3138	3218	2416	1659	10431	16607	99889	113
Leptospirosis	48	56	58	33	195	214	848	1
Hand, foot and mouth disease	1320	1852	2018	1357	6547	6815	10294	0
Total D.H.F.	1527	1428	1051	557	4563	10148	13228	8

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานอนามัย 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 สัปดาห์ก่อนหน้านี้, 4 สัปดาห์เดียวกันกับปีปัจจุบัน และ 4 สัปดาห์หลัง ของข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง 15 ช่วง (60 สัปดาห์)