

ณัฐธินิชา อะนันเตา, เกตนันสิริ จิตอารี, นพวรรณ อัครวัฒน์, กัญญณัช กุลจิรากุล, เจษฎา ธนกิจเจริญกุล
ทีมสรุปสถานการณ์โรคและภัยประจำสัปดาห์ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
✉ outbreak@health.moph.go.th

ทีมตระหนักสถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากเครือข่ายงาน
สาธารณสุขทั่วประเทศ พบโรค ภัยสุขภาพ และเหตุการณ์ที่สำคัญในสัปดาห์ที่ 26 ระหว่างวันที่ 25 มิถุนายน-1 กรกฎาคม 2566 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคฝีดาษวานร ในกรุงเทพมหานคร จังหวัด

สมุทรปราการ และจังหวัดปทุมธานี พบผู้ป่วยยืนยัน 19 ราย พบ
ป่วยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 17 ราย สมุทรปราการ และ
ปทุมธานี จังหวัดละ 1 ราย ผู้ป่วยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 23-46 ปี
(ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 36 ปี) เป็นเพศชายทั้งหมด และเป็นกลุ่ม
เพศทางเลือก 13 ราย (ร้อยละ 68) สัญชาติไทย 16 ราย สัญชาติ
จีน 1 ราย สัญชาติเวียดนาม 1 ราย ไม่ระบุสัญชาติ 1 ราย ประวัติ
โรคประจำตัวมีผลพบเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) จำนวน 5 ราย (ร้อย
ละ 26) เริ่มป่วยอยู่ระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน-29 มิถุนายน 2566
ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไข้ ผื่น คัน มีตุ่มน้ำใสบริเวณใบหน้า ลำตัว
อวัยวะเพศ และต่อมน้ำเหลืองโต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก
รายพบสารพันธุกรรมฝีดาษวานร ประวัติการได้รับวัคซีน ไม่เคย
ได้รับวัคซีนฝีดาษ จำนวน 10 ราย รองลงมาไม่ทราบประวัติการ
ได้รับวัคซีนฝีดาษ จำนวน 8 ราย ปฏิเสธการให้ข้อมูล 1 ราย
ประวัติเสี่ยงเบื้องต้น มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน จำนวน 6 ราย มี
ประวัติไปใช้บริการชานา 2 ราย เป็นพนักงานบริการพูดคุยกับคน
แปลกหน้า 2 ราย ไม่ทราบประวัติเสี่ยง 8 ราย ปฏิเสธการให้ข้อมูล
1 ราย

การดำเนินการ

เฝ้าระวังผู้สัมผัสใกล้ชิดติดตามนิยามการเฝ้าระวังโรค
สอบสวนโรคเพิ่มเติมในรายละเอียดประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
สื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคฝีดาษวานร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่
เดินทางมาจากต่างประเทศ ที่มีการระบาดของโรค หรือมีอาชีพที่
ต้องสัมผัสคลุกคลีกับผู้เดินทางจากต่างประเทศ รวมถึงกลุ่มบุคคลที่
มีความเสี่ยงสัมผัสกับผู้ที่มีผื่นเป็นลักษณะตุ่มน้ำใส เป็นหนอง ตก
สะเก็ด ให้เฝ้าระวังอาการ หากมีอาการให้พบแพทย์และแจ้งประวัติ
เสี่ยงให้แพทย์รับทราบ

2. การระบาดของโรคทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อนใน

โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดยโสธร พบผู้ป่วยสงสัยโรคทางเดินหายใจ
เป็นกลุ่มก้อนในโรงเรียนแห่งหนึ่ง สังกัดเทศบาลเมืองยโสธร เปิด
สอนตั้งแต่ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึงมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 มี
นักเรียนทั้งหมด 1,380 คน ครูและบุคลากรทั้งหมด 70 คน จาก
การสอบสวนโรคพบผู้ป่วยสงสัยใช้หวัดใหญ่ในนักเรียนทั้งหมด 30
คน เป็นเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 จำนวน 29 ราย ครู
1 ราย รายแรกเริ่มป่วยวันที่ 22 มิถุนายน 2566 ด้วยอาการไข้ ไอ
เจ็บคอ มีน้ำมูก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลยโสธร รักษาแบบ
ผู้ป่วยนอก 1 ราย อีก 29 ราย กลับมารักษาเองที่บ้านหยุดเรียน
ตั้งแต่วันที่ 22-26 มิถุนายน 2566 ยังไม่มีนักเรียนชั้นเรียนอื่น ๆ
ป่วยเพิ่มเติม

การดำเนินการ

1. เก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab ส่งตรวจสาย
พันธุ์ใช้หวัดใหญ่ที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
จำนวน 3 ตัวอย่าง อยู่ระหว่างการตรวจ

2. ประสานโรงเรียน ให้ปิดเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
ประมาณ 5 วัน ให้สุขศึกษาผู้ป่วย เน้นมาตรการ DMHTT
ห้องเรียนที่พบผู้ป่วย งดใช้เครื่องปรับอากาศ ล้างแอร์ ทำความ
สะอาดห้อง โต๊ะ เก้าอี้ ห้องคอมพิวเตอร์ และห้องวิทยาศาสตร์
รวมทั้งอุปกรณ์กีฬา รมรงค์ Big Cleaning Day ในโรงเรียน
ทั้งหมด แนะนำการเช็ดทำความสะอาดจุดเสี่ยง ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้
ลูกบิดประตู ห้องน้ำ ราวบันได จุดตู้น้ำดื่ม ให้มีการดำเนินการคัด
กรองนักเรียนทุกเช้า ก่อนเข้าเรียน โดยครูประจำชั้นทุกห้อง และ
แจ้งครูอนามัยโรงเรียน ให้รายงานเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
เมื่อยศ เวลา 11.30 น. ของทุกวัน เพื่อประเมินสถานการณ์
แนวโน้มการระบาดของโรค

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคไข้หวัดใหญ่

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่น

จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–27 มิถุนายน 2566 พบว่ามีผู้ป่วยสะสม 59,470 ราย เพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 0.97 พบมากในกลุ่มอายุ 0–4 ปี (ร้อยละ 22.58) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุ 7–9 ปี (ร้อยละ 14.22) และกลุ่มอายุ 10–14 ปี โดยจำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 7 จนถึงปัจจุบัน มีค่ามากกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังประมาณ 3–4 เท่า ซึ่งหมายความว่าน่าจะมีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในชุมชน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการผ่อนคลายมาตรการในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ในเดือนมิถุนายน พบว่ามีเหตุการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในสถานที่ที่มีผู้คนอยู่กันอย่างหนาแน่น รวม 5 เหตุการณ์ เป็นการระบาดภายในโรงเรียน 4 เหตุการณ์ และในเรือนจำ 1 เหตุการณ์ พบผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 30–200 รายต่อเหตุการณ์ ซึ่งสาเหตุของการแพร่ระบาดอาจมาจากการระบาดในชุมชนก่อน แล้วจึงมีผู้พื่อนำเชื้อไประบาดในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่นดังกล่าว อย่างไรก็ตามยังไม่พบผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์การระบาดที่เกิดขึ้น

ดังนั้นความเสี่ยงของการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่นอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการระบาดในชุมชนยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเข้าใกล้ช่วงฤดูการระบาดของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลจึงอาจส่งผลให้พบเหตุการณ์การระบาดในสถานที่ เช่น โรงเรียน เรือนจำ ได้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะยังไม่พบผู้เสียชีวิต แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภัยพิบัติหรือรุนแรงมากขึ้นหากมีการแพร่กระจายอย่างต่อเนื่อง จึงควรดำเนินการมาลดความเสี่ยงในสถานที่ที่มีผู้คนอยู่อย่างหนาแน่น เช่น การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่เพื่อทำให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันตนเอง และกระบวนการ คัดกรองผู้ป่วยเพื่อเพิ่มการตรวจจับและแยกผู้ป่วยออกจากคนอื่นได้อย่างรวดเร็ว

สถานการณ์ต่างประเทศ

รายงานผู้ป่วยรายใหม่ของโรคไข้เลือดออกโครเมียนครองโกในประเทศอัฟกานิสถาน

วันที่ 17 มิถุนายน 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่โรคไข้เลือดออกโครเมียนครองโก (Crimean Congo Hemorrhagic Fever: CCHF) ในอัฟกานิสถาน จำนวน 35 ราย (ตรวจด้วยวิธี RT-PCR และวิธี ELISA พบผลบวก) และไม่พบผู้เสียชีวิต ตามรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 มีรายงานผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 359 ราย จาก 27 จังหวัด จำนวนผู้เสียชีวิต 11 ราย (CFR ร้อยละ 3.1) มีผู้ป่วยหนักนานกว่า 2 เดือน อยู่ที่ภาคใต้ (จังหวัด Kandahar และ Helmand) ภาคเหนือ (จังหวัด Balkh) และภาคกลาง (จังหวัด Kabul) รายงานมีผู้ป่วยไข้เลือดออกโครเมียนครองโกทั่วโลก 15,000 รายต่อปี การติดเชื้อนี้มีความรุนแรงสูง โดยผู้ที่ติดเชื้อร้อยละ 10–40 จะเสียชีวิต

ไข้เลือดออกโครเมียนครองโก จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่รู้จักกันคือโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นกลุ่มของอาการโรคที่มีความรุนแรงต่ออวัยวะในร่างกายหลายระบบ การติดเชื้อจะมีเลือดออกอย่างรุนแรงในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เชื้อไวรัสชนิดที่พบในกลุ่มโรคนี้เช่นกัน ได้แก่ Ebola, Marburg, dengue และ Rift Valley fever virus ไข้เลือดออกโครเมียนครองโก มีพาหะนำโรคคือ เห็บ เชื้อไวรัสชนิดนี้ถูกพบครั้งแรกในคาบสมุทรโครเมีย ในปี ค.ศ. 1944 และต่อมาเกิดการระบาดในประเทศคองโก ในปี ค.ศ. 1956 จึงเป็นที่มาของชื่อโรคและหลีกเลี่ยงการติดราจึงมีการเชื่อมโยงเชื้อโรคกับสถานที่เกิดการระบาดครั้งแรก อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงจากอุบัติเหตุการใช้เข็มหรือสัมผัสกับเลือดที่มีเชื้อชนิดนี้อยู่