

อัญชลี ลิทธิชัยรัตน์, สุชาติ โตพงษ์, กิตติภัทร วงษ์นิยม, พณิศา ครุฑนาท, ณัฐนันท์ จำรูญสวัสดิ์, สุรพัศ ศิวาวุธ, ภัณฑิลา ทวีวิทยาการ
ทีมสรุปสถานการณ์โรคและภัยประจำสัปดาห์ (WATCH Team) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

ทีมตระหนักสถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากเครือข่ายงาน
สาธารณสุขทั่วประเทศ พบโรค ภัยสุขภาพ และเหตุการณ์ที่สำคัญในสัปดาห์ที่ 30 ระหว่างวันที่ 23-29 กรกฎาคม 2566 ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (สงสัยขาดวิตามิน B1) ระบาด
เป็นกลุ่มก้อน จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนแรง จำนวน
76 ราย เป็นผู้ต้องขังเรือนจำศรีสะเกษ เป็นผู้ป่วยใน 7 ราย และพบ
ผู้ป่วยจากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม 69 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต ไม่พบ
ผู้มีอาการหัวใจล้มเหลว เริ่มพบผู้ป่วยช่วงกลางเดือนกรกฎาคม
2566 อาการที่พบ ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง และขาบริเวณปลายมือ
ปลายเท้าหลังได้รับการรักษาด้วยวิตามิน B1 ชนิดฉีด ผู้ป่วยใน
ทุกรายมีอาการขาที่มีตื้อขึ้น แพทย์ผู้ให้การรักษาสันนิษฐานว่า
อาการขาเข้าได้กับโรคเหน็บชาที่เกิดจากภาวะขาดวิตามิน B1
ทีมสอบสวนโรคได้ส่งตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาระดับวิตามิน B1
ในกระแสเลือดที่ห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์อยู่ระหว่าง
การตรวจ ก่อนหน้าเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงและขา
ประมาณ 2 สัปดาห์ เรือนจำแห่งนี้พบการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่
ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้มีอาการของภาวะขาดวิตามินบี B1
พร้อม ๆ กันเป็นกลุ่มก้อนตามมา

ทีมสอบสวนโรคและแพทย์ผู้รักษาได้ให้การรักษาผู้ป่วย
ด้วยวิตามิน B1 ชนิดฉีดและรับประทาน อย่างไรก็ตามได้ประสาน
กรมราชทัณฑ์เพื่อการปรับปรุงสารอาหารให้แก่ผู้ต้องขังต่อไป

2. โรคคอตีบระบาด แขวงคำม่วน สาธารณรัฐ
ประชาธิปไตยประชาชนลาว พบผู้ป่วยโรคคอตีบในพื้นที่เมือง
หินบูน แขวงคำม่วน ตรงข้ามกับพื้นที่ อำเภอท่าอุเทน อำเภอบ้าน
แพง จังหวัดนครพนม โดยจากระบบเฝ้าระวังโรคของสาธารณสุข
ประชาธิปไตยประชาชนลาวตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 จนถึง
ปัจจุบัน พบผู้ป่วยเข้าข่ายโรคคอตีบ 158 ราย ผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย
เสียชีวิต 2 ราย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้ส่ง
หนังสือเพื่อแจ้งเตือนหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ให้ดำเนินการ
1) ตรวจสอบการข้อมูลการให้บริการวัคซีนคอตีบบาดทะยัก (dT)
เข็มกระตุ้นทุกกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม ร้อยละ 90 2) เฝ้าระวัง
โรคคอตีบในโรงพยาบาลทุกแห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลพื้นที่ติดชายแดน และ 3) เฝ้าระวังโรคคอตีบ ณ จุดผ่อนปรน
โดยดำเนินการตรวจสอบและซักประวัติผู้มีอาการเข้าข่ายสงสัยที่
ข้ามมารับบริการในพื้นที่จังหวัดนครพนม

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคคอตีบ

การประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคคอตีบระบาดใน
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 จากการระบาดของโรคคอตีบในแขวง
คำม่วน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ซึ่งเป็นพื้นที่
ชายแดนติดต่อกับจังหวัดนครพนม ตั้งแต่มกราคม 2566 ถึง
ปัจจุบัน มีโอกาสที่จะเกิดการระบาดจากการเดินทางระหว่าง
ประเทศของประชาชนทั้งสองประเทศ ความครอบคลุมของวัคซีน
DTP1, 3, 4, 5 ในจังหวัดนครพนม เท่ากับร้อยละ 92, 91, 87 และ
86 ตามลำดับ ซึ่ง DTP4, 5 ยังได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่าง
น้อยร้อยละ 90

สำหรับข้อมูลภาพประเทศและภาพเขต ณ 1 สิงหาคม
2566 พบว่า DTP5 ทั่วประเทศ ครอบคลุมร้อยละ 78.5 (เขต 8
ร้อยละ 86.4) DTP4 ทั่วประเทศ ร้อยละ 82.5 (เขต 8 ร้อยละ
88.2) DTP3 ทั่วประเทศร้อยละ 86.9 (เขต 8 ร้อยละ 90.9) ซึ่ง
พบว่าในระดับประเทศ DTP3-5 ยังต่ำกว่าเป้าหมายแต่ในเขต 8
พบว่า DTP3 ได้ตามเป้าหมาย ในขณะที่ DTP4-5 ต่ำกว่าเป้าหมาย
เล็กน้อย อย่างไรก็ตาม สำหรับเด็กโตและผู้ใหญ่ความครอบคลุมวัคซีน
dT ทั่วประเทศในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 31.7
และในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดบุตร ร้อยละ 11 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย
ตามแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในผู้ใหญ่ ปี พ.ศ.
2566 (ร้อยละ 90)

เนื่องจากมีโอกาสที่จะพบผู้ป่วยโรคคอตีบได้ต่อเนื่องใน
แขวงคำม่วนรวมถึงเมืองใกล้เคียง ดังนั้นอาจมีความเสี่ยงในการ
ระบาดเข้าประเทศไทยในพื้นที่จังหวัดชายแดนไทย-ลาวอื่น ๆ แม้
ความครอบคลุมวัคซีนในเด็กค่อนข้างสูงแต่พบว่าข้อมูลความ
ครอบคลุมวัคซีน DTP ในผู้ใหญ่ยังต่ำ ดังนั้นจึงควรมีการเฝ้าระวัง
สถานการณ์ในลาวอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ ควรเพิ่มความครอบคลุมของ

การให้วัคซีนในเด็กและผู้ใหญ่ให้ได้ตามเป้าหมายโดยเฉพาะพื้นที่ชายแดน และประชาสัมพันธ์สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ให้เฝ้าระวังโรคคอตีบทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เพื่อการตรวจจับผู้ป่วย และควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว

สถานการณ์ต่างประเทศ

สถานการณ์โรคคอตีบในประเทศไนจีเรีย อินโดนีเซีย เบลเยียม

ประเทศไนจีเรีย พบผู้ติดเชื้อ 798 ราย และเสียชีวิต 80 ราย โดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งไนจีเรีย (NCDC) รายงานว่าการระบาดนั้นเกิดขึ้น ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565 และมีการรายงานการระบาดของโรคคอตีบอย่างต่อเนื่องและหลายครั้งในรัฐต่าง ๆ ทั่วประเทศ ในวันที่ 30 มิถุนายน 2566 ประเทศไนจีเรียพบว่ามีผู้ป่วยโรคคอตีบที่ได้รับการยืนยันแล้ว 798 ราย ใน 8 รัฐ ใน 33 เขตการปกครองท้องถิ่นของประเทศ และมีรายงานผู้ป่วยสงสัยทั้งหมด 253 ราย โดยร้อยละ 71.7 ของผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยัน 798 ราย เกิดขึ้นในเด็กอายุ 2-14 ปี จนถึงขณะนี้มีการบันทึกผู้เสียชีวิตทั้งหมด 80 ราย จากกรณีที่ได้รับการยืนยันทั้งหมดและมีที่คาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้น

โรคคอตีบเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากทางเดินหายใจ ติดเชื้อแบคทีเรียชนิด *Corynebacterium diphtheriae* และเป็นโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนซึ่งครอบคลุมโดยหนึ่งในวัคซีนที่ให้เป็น

ประจำตามตารางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในวัยเด็กของไนจีเรีย แม้จะมีวัคซีนที่ปลอดภัยและคุ้มค่าในประเทศแต่ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยยืนยัน (ร้อยละ 82) ในการระบาดต่อเนื่องนี้ไม่ได้รับวัคซีน

ประเทศอินโดนีเซีย พบผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบ 11 รายงานสำนักงานสาธารณสุขเขตบลิตาร์ (ชาวตะวันออก) รายงานว่าในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2566 พบผู้ป่วยที่ต้องสงสัยว่าเป็นโรคคอตีบ 11 ราย โดยที่ผลตรวจออกมาเป็นลบ 7 ราย อีก 4 รายอยู่ระหว่างการตรวจ ทุกรายได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ประเทศเบลเยียม การระบาดของโรคคอตีบ 4 ราย (เสียชีวิต 1 ราย) จากรายงานพบผู้ป่วยโรคคอตีบเสียชีวิต 1 ราย และผู้ป่วยเข้าข่าย 3 ราย ในค่ายลี้ภัยเมืองนอร์มู ประเทศเบลเยียม โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตเป็นเด็กหญิงชาวอิหร่าน อายุ 16 ปี ไม่มีประวัติการฉีดวัคซีน เริ่มป่วยวันที่ 17 มิถุนายน 2566 มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจวาย ไตวาย และอวัยวะหลายระบบล้มเหลว ยืนยันเชื้อจากวิธีการตรวจ PCR พบ *Corynebacterium diphtheriae* สายพันธุ์ที่สร้าง toxin และผู้ป่วยเข้าข่าย 3 ราย ได้แก่ พี่น้องของผู้เสียชีวิต 2 ราย และ พยาบาลในค่ายผู้ลี้ภัย อายุ 25 ปี 1 ราย ในจำนวนนี้ พยาบาล และผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับวัคซีนครบ แล้ว (สำหรับพยาบาลนั้นได้รับวัคซีนครั้งล่าสุด 11 ปีก่อน) ทางหน่วยงานสภาภาษาได้นำผู้ป่วยทั้ง 3 ราย เข้าสู่การรักษาที่โรงพยาบาลในเมืองนอร์มู ประเทศเบลเยียมแล้ว