

รายงานประเมินความเสี่ยงโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ประเทศไทย ณ วันที่ 25 มีนาคม 2560



(Risk assessment report of middle east respiratory syndrome
in Thailand, 25th March 2017)

✉ potjamansiri@gmail.com

พจมาน ศิริอารยาภรณ์

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ในต่างประเทศ

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2555 ถึงวันที่ 24 มีนาคม 2560 พบผู้ป่วยยืนยันโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (เมอร์ส) 1,917 ราย เสียชีวิต 684 ราย จาก 27 ประเทศ โดยประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยมากที่สุด คือ ซาอุดีอาระเบีย จำนวน 1,580 ราย เสียชีวิต 659 ราย

ในปี พ.ศ. 2560 มีรายงานผู้ป่วย 56 ราย จาก 2 ประเทศ ได้แก่ ซาอุดีอาระเบีย 55 ราย และกาตาร์ 1 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ในประเทศซาอุดีอาระเบีย มีประวัติสัมผัสสัตว์ในช่วง 14 วันก่อนป่วย (22 ราย) รองลงมาเป็นกลุ่มที่น่าจะรับเชื้อจากโรงพยาบาล (9 ราย) และผู้สัมผัสในครอบครัวของผู้ป่วย (3 ราย) ส่วนอีก 21 รายยังอยู่ระหว่างสอบสวนโรค

ทั้งนี้ สถานการณ์ในปีนี้อันตรายขึ้นที่จับตา เนื่องจากในประเทศซาอุดีอาระเบียพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในช่วงสองเดือนแรก (ผู้ป่วยที่เป็น primary cases จำนวน 18 ราย) เมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2559 (ผู้ป่วยที่เป็น primary cases จำนวน 13 ราย) โดยจากการพบผู้ป่วยในตะวันออกกลางมีลักษณะคล้ายมีการระบาดตามฤดูกาล กล่าวคือ มักพบผู้ป่วยมาก

ขึ้นประมาณเมษายนถึงมิถุนายนของแต่ละปี โดยการระบาดในปีที่ผ่านมา มักเริ่มจากการพบ ผู้ป่วยแบบประปราย จากนั้นตามด้วยการระบาดในโรงพยาบาล และบางครั้งมีการแพร่ต่อไปยังโรงพยาบาลอีกหลายแห่ง แต่ไม่พบการแพร่อย่างกว้างขวางในชุมชน

สถานการณ์ในประเทศไทย

ผู้ป่วยเข้านิยามเฝ้าระวัง

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2558-21 มีนาคม 2560 สำนักโรคระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยเข้านิยามเฝ้าระวังโรคเมอร์ส รวมทั้งสิ้น 681 ราย เป็นผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 26 ราย เป็นชาวต่างชาติ 13 รายและชาวไทย 13 ราย โดยชาวต่างชาติมาจากประเทศโอมาน 5 ราย กาตาร์ 2 ราย เลบานอน คูเวต สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ และจีน ประเทศละ 1 ราย และไม่ทราบสัญชาติ 2 ราย ส่วนชาวไทยมาจากจังหวัดนนทบุรี 5 ราย กรุงเทพมหานคร 3 ราย อุดรธานี 2 ราย นราธิวาส ภูเก็ต และสมุทรปราการ จังหวัดละ 1 ราย ทุกรายมีประวัติเดินทางไปหรือมาจากประเทศในแถบตะวันออกกลางในช่วง 14 วันก่อนเริ่มป่วย สำหรับผู้ป่วยชาวไทย ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย



◆ รายงานประเมินความเสี่ยงโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ประเทศไทย ณ วันที่ 25 มีนาคม 2560	193
◆ รายงานประเมินความเสี่ยงโรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย ณ วันที่ 20 มีนาคม 2560	198
◆ สรุปรายการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 13 ระหว่างวันที่ 1-7 เมษายน 2561	200
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 13 ระหว่างวันที่ 1-7 เมษายน 2561	203

วัตถุประสงค์ในการจัดทำ

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้องครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองานศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน นายแพทย์ประยูร ภูนาค
นายแพทย์ธวัช จายน้อยอิน นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ดำรงฉวี อึ้งชูศักดิ์ นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
องอาจ เจริญสุข

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์นคร เปรมศรี

บรรณาธิการประจำฉบับ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

บรรณาธิการวิชาการ : นายแพทย์นคร เปรมศรี

กองบรรณาธิการ

บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รั้งผ่องค์

ฝ่ายข้อมูล

สมาน สมบุญรัตน์ ศศิธรณ์ มาแอดิยน

พัชรี ศรีหมอก สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์

ฝ่ายจัดส่ง : พิรยา ดล้ายพ้อแดง สวัสดิ์ สว่างชม

ฝ่ายศิลป์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาต ตักดีศิริสัมพันธ์ พิรยา ดล้ายพ้อแดง

หากต้องการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน

รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์

รวมถึง ข้อคิดเห็น

หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

กรุณาแจ้งมายังกลุ่มเผยแพร่วิชาการ

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

เบอร์โทรศัพท์ 02-590-1723 หรือ

E-mail: panda_tid@hotmail.com หรือ

weekly.wesr@gmail.com

ผู้ป่วยยืนยัน

ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคเมอร์สจำนวน 3 ราย รายแรกพบเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2558 เป็นผู้ป่วยชายชาวโอมาน อายุ 75 ปี และรายที่สอง พบวันที่ 23 มกราคม 2559 เป็นผู้ป่วยชายชาวโอมาน อายุ 71 ปี และรายที่สามพบวันที่ 28 กรกฎาคม 2559 เป็นผู้ป่วยชายชาวคูเวต อายุ 18 ปี ทั้งสามรายเป็นผู้ที่เดินทางมาประเทศไทยเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนโดยเป็นผู้ป่วยที่เดินทางมาเอง (walked in) ไม่ได้ผ่านระบบส่งต่อผู้ป่วยจากประเทศต้นทาง

รายแรกเดินทางมาเพื่อรักษาอาการโรคหัวใจ แต่แพทย์ตรวจพบว่ามียอดบวมร่วมด้วยจึงนึกถึงโรคเมอร์ส รายที่สองเดินทางมาด้วยอาการปอดบวม ทั้งสองรายนี้มีอาการตั้งแต่อยู่ในประเทศตัวเอง แต่ตรวจไม่พบใช้ขณะผ่านสนามบิน รายที่สามมาเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร โดยเริ่มมีอาการเล็กน้อยขณะอยู่บนเครื่องบิน และเริ่มมีไข้ ไอหลังจากเข้ามาแล้ว 1 วัน ไปโรงพยาบาลเอกชนสองแห่ง โดยที่แห่งแรกไม่ได้นึกถึงโรคเมอร์ส และให้นอนสังเกตอาการที่ตึกผู้ป่วยใน เพื่อรอผลตรวจไข้หวัดใหญ่ เมื่อพบว่าให้ผลลบจึงให้กลับโรงแรม จากนั้นจึงไปโรงพยาบาลแห่งที่สองในวันถัดมา และแพทย์เริ่มสงสัยโรคเมอร์ส จึงได้เก็บตัวอย่างในห้องแยกโรคติดเชื้อความดันลบที่ห้องฉุกเฉินและให้ผลบวกในเวลาต่อมา ในทั้งสามเหตุการณ์เมื่อย้อนดูข้อมูลจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคเมอร์สในเมืองที่ผู้ป่วยเหล่านี้อาศัยอยู่ ก่อนหน้าที่จะพบผู้ป่วยเหล่านี้ในประเทศไทย

ประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่มีโอกาสรับเชื้อและนำเข้าสู่ประเทศไทย

- ผู้ป่วยจากตะวันออกกลางซึ่งเดินทางเข้าประเทศไทย เพื่อมารับบริการทางการแพทย์ กลุ่มนี้น่าจะเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ที่จะเป็นผู้ป่วยเมอร์สที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย โดยพบผู้ป่วยยืนยันโรคเมอร์สในประเทศไทยทั้งสามรายจากกลุ่มนี้ทั้งสิ้น ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชนที่รับผู้ป่วยจากตะวันออกกลาง ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครขนาดกลางถึงขนาดใหญ่หลายแห่ง รวมถึงผู้ให้บริการในโรงแรมซึ่งเป็นที่พักของผู้ป่วยเหล่านี้

- ชาวไทยที่เป็นผู้แสวงบุญชาวมุสลิม ซึ่งน่าจะเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ไปประกอบพิธีฮัจญ์ซึ่งจะมีประมาณปีละ 13,000 คน เดินทางไปในช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคมของแต่ละปี และผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีอุมเราะห์ ซึ่งสามารถไปได้ตลอดปี มีจำนวนไม่แน่นอนในแต่ละเดือน แต่รวมทั้งปีอาจประมาณ 5,000-6,000 คน แต่

ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ประเทศซาอุดีอาระเบียได้ลดจำนวนผู้ไปร่วมพิธีฮัจญ์ลงประมาณ 20% สืบเนื่องจากปัญหาการระบาดของโรคเมอร์สในซาอุดีอาระเบีย ทำให้มีการเปลี่ยนมาเป็นการเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ระยะที่มากขึ้น ประชากรกลุ่มนี้ถึงแม้ส่วนใหญ่จะอยู่ใน 4 จังหวัดภาคใต้ (ประมาณร้อยละ 70) แต่ก็มีกระจายในอีกหลายจังหวัด เช่น ด้านตะวันออกของกรุงเทพมหานคร อาทิเช่น อำเภอนองจอก มินบุรี ประเวศ ราชดำเนิน และจังหวัดอื่น ๆ เช่น พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี ชลบุรี เชียงใหม่ เชียงราย จังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้ เป็นต้น

- ชาวไทยกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ นักท่องเที่ยว และนักธุรกิจที่เดินทางไปตะวันออกกลาง แรงงานไทยที่เดินทางไปทำงานในตะวันออกกลาง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งกลุ่มนี้ไม่ได้กลับมาบ่อย และเยาวชนมุสลิมที่เดินทางไปเรียนศาสนาที่ตะวันออกกลาง จะกลับมาในช่วงปิดเทอม ซึ่งช่วงเวลาของการปิดเทอมจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ อย่างไรก็ตามการกระจายของประชากรกลุ่มนี้ก็ยังคงอยู่ในจังหวัดที่มีมุสลิมมากเป็นหลัก

- นักท่องเที่ยวและผู้เดินทางด้วยเหตุผลอื่น ๆ จากประเทศในตะวันออกกลางมาประเทศไทย ทั้งนี้นักท่องเที่ยวนิยมไปจังหวัดใหญ่ ๆ ทางภาคเหนือ เช่น เชียงใหม่

การตรวจจับการระบาดของโรคเมอร์สในประเทศไทย

- การคัดกรองที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศในกลุ่มผู้เดินทางทั่วไป ไม่มีระบบคัดกรองพิเศษ มีเพียงหากพบผู้เดินทางมีอาการป่วยมาที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง จะมีการซักประวัติว่าเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือไม่ แต่ในช่วงประมาณ 1 ปีที่ผ่านมาเริ่มมีการจัดให้สายการบินที่มาจากบางประเทศในตะวันออกกลางมาจอดที่หลุมจอดพิเศษซึ่งได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขมาคัดกรอง โดยมีการวัดไข้ด้วยเครื่อง Thermoscan

- ผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ มีการลงทะเบียนรายชื่อผู้เดินทาง ซึ่งผู้ที่มาลงทะเบียนนี้จะได้รับการยกเลิกลำธรรมเนียบการฉีดวัคซีนที่กำหนดไว้สำหรับผู้ที่จะเดินทางไปแสวงบุญฯ ดังนั้นหากมีสถานการณ์การระบาดในตะวันออกกลางสูงกว่าผิดปกติและมีการสั่งการจากผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบข้อมูลดังกล่าวสามารถส่งรายชื่อผู้ที่ลงทะเบียนนี้กลับไปให้พื้นที่ได้ ระบบนี้เพิ่งเริ่มดำเนินการในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา และยังไม่ครอบคลุม ผู้เดินทางทั้งหมดของกลุ่มที่ไปฮัจญ์

- ผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นกลุ่มที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ตั้งแต่การ

เตรียมตัวก่อนเดินทาง การติดตามข้อมูลระหว่างเดินทาง และระบบคัดกรองและเฝ้าระวังหลังกลับจากเดินทาง โดยมีข้อมูลทั้งรายชื่อผู้แสวงบุญ วันเดินทางไป-กลับ ข้อมูลสายการบินและเที่ยวบิน เมื่อมาถึงประเทศไทยผู้แสวงบุญจะได้รับการวัดอุณหภูมิทุกราย และในรายที่พบว่ามิใช่มากกว่า 38 องศาเซลเซียสรวมกับมีอาการของระบบทางเดินหายใจจะถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลเพื่อเก็บตัวอย่างส่งตรวจเชื้อ MERS-CoV ที่ผ่านมาในประเทศไทยยังไม่พบการรายงานผู้ป่วยโรคเมอร์สจากการกลับมาจากการประกอบพิธีฮัจญ์เลย หรือแม้แต่ในประเทศอื่น ๆ ก็แทบไม่พบผู้ที่ติดเชื้อจากการประกอบพิธีฮัจญ์ ในขณะที่มีผู้ติดเชื้อช่วงเข้าร่วมพิธีฮัจญ์อยู่บ้าง

- การคัดกรองที่โรงพยาบาล ในช่วงปีแรก ๆ ของการระบาดในต่างประเทศ มีเฉพาะโรงพยาบาลในเขต 4 จังหวัดภาคใต้ และโรงพยาบาลเฉพาะทางบางแห่ง เช่น สถาบันบำราศนราดูร ที่มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีประวัติเดินทางจากตะวันออกกลางแบบสม่ำเสมอ แต่ในปี พ.ศ. 2558 หลังจากการมีการระบาดหนักของโรคเมอร์สในประเทศเกาหลี ตามด้วยการพบผู้ป่วยเมอร์สสายแรกในประเทศไทย ทำให้เกิดความตื่นตัวเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยเมอร์สเพิ่มขึ้น ร่วมกับการที่กรมควบคุมโรคมีการปรับนิยามผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (patient under investigation: PUI) ให้มีความไวสูงขึ้น คือ รวมผู้ที่มีอาการทางเดินหายใจส่วนบนที่อาจมีไข้ไม่ถึง 38 องศาเซลเซียส แต่มีประวัติเสี่ยงได้แก่ สัมผัสหรือดื่มนมอูฐ หรือมีประวัติเคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลขณะที่อยู่ในตะวันออกกลาง อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอยู่หลายจุด ตั้งแต่การที่ผู้ป่วยมีการส่งต่อข้อมูลที่อยู่ในแบบคัดกรองของโรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้นไปสู่ผู้ป่วยใหม่รายอื่น ๆ ทำให้ส่วนใหญ่ไม่ยอมบอกประวัติเสี่ยงหรือไม่บอกอาการที่แท้จริงจนทำให้ประวัติที่จุดคัดกรอง รวมทั้งในรายที่อาการชัดเจนเข้าได้กับนิยาม PUI แต่ไม่ยอมให้เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และไม่ยอมนอนโรงพยาบาลในระหว่างที่รอผลตรวจดังกล่าวซึ่งใช้เวลาประมาณ 8 ชั่วโมง ถึงแม้ว่าโรคเมอร์สจะถูกเพิ่มเป็นหนึ่งในโรคติดต่ออันตรายในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ตั้งแต่ฉบับเดิม (พ.ศ. 2523) ซึ่งผู้ที่ปฏิเสธการตรวจหรือการอยู่ห้องแยกสามารถถูกตำรวจจับกุมได้ แต่ในทางปฏิบัติค่อนข้างทำได้ยาก นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลบางแห่งไม่ได้ใช้แบบคัดกรองโรคเมอร์ส หรือไม่ได้คิดถึงโรคนี้ เมื่อพบผู้ป่วยที่มาจากตะวันออกกลาง อย่างเช่นโรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกที่ผู้ป่วยรายที่สามเข้ารับบริการ นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งมีจุดลงทะเบียนผู้ป่วยหลายจุด เพื่อเพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าถึง

แผนกผู้ป่วยนอกแต่ละแห่งได้โดยตรง โดยไม่ต้องผ่านจุดลงทะเบียนกลาง ทำให้การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพอาจทำได้ยาก

การประเมินความเสี่ยง

จากตัวอย่างสถานการณ์การระบาดที่ประเทศเกาหลีใต้ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเริ่มจากผู้ป่วยเพียงรายเดียวที่เดินทางกลับจากการไปเจรจาธุรกิจที่ประเทศในตะวันออกกลาง และทำให้เกิดการระบาดไปหลายพื้นที่ มีผู้ป่วยทั้งหมด 186 ราย และเสียชีวิตถึง 36 ราย นับเป็นโรคติดต่อที่ผู้ป่วยรายแรกของไทยพบหลังจากเริ่มการระบาดในประเทศเกาหลีในเวลาไม่ถึงเดือน ทำให้โรงพยาบาลเอกชนในช่วงที่มีความตื่นตัวสูงในการเฝ้าระวังโรคนี้ จึงคิดถึงโรคเมอร์สตั้งแต่ช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และให้การรักษาผู้ป่วยในห้องแยกที่เป็นระบบ negative pressure ตั้งแต่แรกๆ โดยที่ภายหลังจากการพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทยส่งผลให้เกิดความตื่นตัวอย่างมากเกี่ยวกับโรคเมอร์สในบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศในช่วงนั้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ และปริมณฑล อย่างไรก็ตาม ความเข้มงวดในการคัดกรองโรคเมอร์สในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีแนวโน้มลดลงเมื่อข่าวการพบผู้ป่วยห่างไปเป็นเวลานาน

นอกจากนี้ ประสบการณ์จากการสอบสวนโรคในผู้ป่วยยืนยันทั้งสามรายของไทยพบว่า ผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ หลายรายไม่ได้สวมอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมตามแนวทางที่มีการวางไว้ในโรงพยาบาลนั้น ๆ แม้กระทั่งผู้ที่เข้าไปตรวจหรือเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยในห้องแยกโรคติดเชื้อความดันลบ (Negative pressure isolation room) ส่วนใหญ่ก็ยังสวมอุปกรณ์ป้องกันไม่ครบถ้วน ทำให้ต้องมีการกักกันเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หลายรายในแต่ละครั้งที่มีการพบผู้ป่วยยืนยันโรคเมอร์ส ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของบริการในโรงพยาบาล ทำให้หลังการพบผู้ป่วยรายแรกแนวทางการกักกันผู้สัมผัสเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ลดความเข้มงวดในกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง กล่าวคือผู้สัมผัสเหล่านั้นยังคงมาทำงานตามปกติ แต่อยู่ภายใต้การติดตามอาการของทีมเฝ้าระวัง ร่วมกับพยายามลดการเดินทางไปในที่ชุมชนหรือการเดินทางออกนอกพื้นที่ ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ที่อาจมีการป่วยในกลุ่มนี้โดยที่ระบบติดตามไม่สามารถตรวจจับได้ และทำให้เกิดการแพร่ต่อไปยังคนอื่น ๆ นอกจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ยังมีผู้ป่วยโรคอื่น ๆ และกลุ่มญาติของผู้ป่วยเหล่านั้นที่อาจรับเชื้อจากผู้ป่วยเมอร์สในช่วงที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งในทางปฏิบัติ การติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มนี้ค่อนข้างทำได้ยาก โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลเอกชน

สถานการณ์การระบาดในตะวันออกกลาง โดยเฉพาะประเทศ

ซาอุดีอาระเบียยังมีรายงานผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ชาวไทยยังเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์และพิธีฮัจญ์ที่ซาอุดีอาระเบียทุกปี ซึ่งมีหลายรายที่มีประวัติไปเที่ยวฟาร์มอูฐและตีมนมอูฐ เนื่องจากเป็นที่นิยมในการจัดทัวร์ ถึงแม้ว่าในปีที่สถานการณ์การระบาดในประเทศซาอุดีอาระเบียค่อนข้างรุนแรง กรมควบคุมโรคเคยขอให้บริษัททัวร์งดเว้นกิจกรรมนี้ แต่ในภายหลังก็มีการจัดเที่ยวฟาร์มอูฐเช่นเดิม ซึ่งหากเกิดการป่วยในประชากรกลุ่มนี้การตรวจ จับการระบาดน่าจะทำได้ยากกว่าในกลุ่มชาวตะวันออกกลางที่เข้ามาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยที่ได้กล่าวไปในข้างต้น เนื่องจากกลุ่มนี้กระจายอยู่ในหลายจังหวัด และสามารถเข้ารับบริการทั้งโรงพยาบาลในภาครัฐและเอกชน ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ได้ถามประวัติการเดินทางไปตะวันออกกลางในผู้ป่วยชาวไทยที่มารับการรักษาด้วยอาการของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ยกเว้นในช่วงพิธีฮัจญ์ที่จะมีระบบคัดกรองและเฝ้าระวังที่เข้มข้นกว่าปกติ แต่ก็ยังมีช่องว่างในทางปฏิบัติอีกหลายจุด

การคัดกรองผู้เดินทางที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศค่อนข้างมีข้อจำกัด เนื่องจากองค์การอนามัยโลกไม่ได้ประกาศให้โรคเมอร์ส เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมถึงการที่ตะวันออกกลางไม่ได้เป็นพื้นที่เฝ้าระวังโรคไข้เหลือง ทำให้การตั้งด่านคัดกรองสำหรับโรคนี้มีความไม่สะดวกในหลายด้าน ถึงแม้ว่าในช่วงปีที่ผ่านมา มีการปรับให้มีการคัดกรองพิเศษในสายการบินที่เดินทางมาจากบางประเทศ ดังนั้น สำหรับประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพึ่งคลินิกและโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเดินทางเข้ารับการรักษาเป็นจุดหลักในการคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งมีปัญหาทั้งในด้านของผู้ให้บริการที่ส่วนหนึ่งยังมีความตระหนักถึงโรคนี้ค่อนข้างต่ำ และด้านผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้ป่วยชาวตะวันออกกลางที่มักไม่ให้ข้อมูลประวัติเสี่ยงหรือแม้แต่ข้อมูลการป่วยตามที่เป็นจริงในขณะคัดกรองตามที่ได้กล่าวไปแล้ว

ในภาพรวม ประเทศไทยยังมีความเสี่ยงที่จะพบผู้ป่วยเมอร์สอยู่เป็นระยะ และด้วยระบบคัดกรองและควบคุมโรคในปัจจุบัน ยังมีความเป็นไปได้ที่อาจพบผู้ป่วยที่แพร่เชื้อไปแล้วหลายระลอกก่อนที่จะสามารถตรวจจับและควบคุมโรคได้

ข้อเสนอเชิงนโยบาย/มาตรการป้องกันควบคุมโรค/ภัยสุขภาพ

- ควรเพิ่มความสำคัญในการลดโอกาสเสี่ยงของผู้ที่เดินทางไปแสวงบุญในประเทศซาอุดีอาระเบียที่จะรับเชื้อจากการเยี่ยมฟาร์มอูฐหรือตีมนมอูฐ ทั้งโดยการประสานงานกับบริษัททัวร์ และมีการสุ่มติดตามผลเป็นระยะโดยการสัมภาษณ์ผู้เดินทาง และทั้งจากการสร้างความรู้ความเข้าใจในกลุ่มประชากรมุสลิม โดยเฉพาะ

ในจังหวัดภาคใต้ ควรให้มีการสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการไม่สัมผัส และดื่มมอฐ

- สร้างที่มินิกะที่ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่มีภารกิจเกี่ยวกับการตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำแก่โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ความคิดเห็นในการลดโอกาสเสี่ยงในจุดต่าง ๆ

- พัฒนาวิธีการใช้กฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2528 ให้สามารถจัดการกับผู้ป่วยที่แบบมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากขึ้น ในรายที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคแต่ไม่ให้ความร่วมมือในการขอเก็บตัวอย่างส่งตรวจหรือการ isolate ในระหว่างรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เพิ่มการให้ความรู้เรื่องโรคเมอร์สและระบบเฝ้าระวังโรคนี้อในการปฐมพยาบาลและพยาบาลจบใหม่ในจังหวัดหรืออำเภอที่มีประชากรมุสลิมจำนวนมาก และมีการทบทวนระบบหรือซ่อมแผนเป็นระยะ โดยเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์โรคที่ส่งสัญญาณน่าเป็นห่วงในภูมิภาคตะวันออกเฉียง

- โรงพยาบาลในจังหวัดหรืออำเภอที่มีประชากรมุสลิมจำนวนมากควรมีป้ายแนะนำให้ผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจและเดินทางกลับจากตะวันออกกลางให้แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทันที เพื่อจะได้แยกผู้ป่วยไปทำการตรวจรักษาในพื้นที่เฉพาะ

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

พจมาน ศิริอารยาภรณ์. รายงานประเมินความเสี่ยงโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ประเทศไทย วันที่ 25 มีนาคม 2560. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2561; 49: 193-7.

Suggested Citation for this Article

Potjaman Siriarayapon. Risk Assessment Report of Middle East Respiratory Syndrome in Thailand, 25 March 2017. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2018; 49: 193-7.

เคล็ด(ไม่)ลับ ช่วยนอนหลับได้ดี

หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมื้อหนัก อาหารแปด หรืออาหารหวาน เป็นระยะเวลา 4 ชั่วโมงก่อนนอน ขอมว่างเบาๆ สามารถรับประทานก่อนนอนได้

สายด่วนสุขภาพจิต 1323
ปรึกษาออนไลน์
f #WESR1323

สุขภาพจิตดี...เริ่มต้นที่ตัวเรา

f LINE t You Tube i
กรมสุขภาพจิต