



ปีที่ 50 ฉบับที่ 30: 9 สิงหาคม 2562

Volume 50 Number 30: August 9, 2019

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ (Outbreak Verification Summary)

ศัญญา พันธุ์คุณ, ณัฐกุล ไชยสงคราม, วรางคณา จันทรสข, พิมพ์ขวัญ เกตุแก้ว, เกณิกา สงวนสัตย์, พรชนก วีระเดช, อลิสา แซ่จิว, สุวิมล กาญจนภาค, ธิดาพร เทพรัตน์, ฉันทชนก อินทร์ศรี, พัชรินทร์ ตันตวิวิทย์

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 30 ระหว่างวันที่ 28 กรกฎาคม–3 สิงหาคม 2562 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคไข้เลือดออกเสียชีวิต จังหวัดระยอง พบผู้ป่วยโรค

ไข้เลือดออกเสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 22 ปี ชาวกัมพูชา อาชีพรับจ้างที่สวนผลไม้ ที่อยู่ขณะป่วยหมู่ที่ 7 ตำบลตะพง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง เริ่มป่วยวันที่ 14 กรกฎาคม 2562 ด้วยอาการไข้ เจ็บคอ ถ่ายเหลว วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 นายจ้างซื้อยามาให้รับประทาน เมื่อรับประทานยาแล้วอาการดีขึ้น วันที่ 16 กรกฎาคม 2562 ตอนกลางคืนกลับไปนอนที่บ้านแม่ ที่หมู่ 6 บ้านเตาคุ ตำบลเพ อำเภอเมือง วันที่ 17 กรกฎาคม 2562 เริ่มมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ ถ่ายเหลว ปวดตามร่างกาย วันที่ 18 กรกฎาคม 2562 มีผื่นขึ้นทั่วร่างกาย หายใจขัด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระยอง สาขาศัลยกรรม ด้วยอาการถ่ายเหลว 2 วัน ประมาณ 10 ครั้ง/วัน ปวดท้อง ดัชนีมวลกาย 21.30 kg/m^2 ความดันโลหิต 116/84 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ นัด

ฉีดยา Ceftriaxone 7 วัน ผู้ป่วยได้รับ Ceftriaxone เข็มที่ 1 ในวันเดียวกันแล้วกลับบ้าน วันที่ 19 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยมารับยา Ceftriaxone ตามนัด มีอาการปากแห้ง มีสะเก็ดสีน้ำตาลที่ริมฝีปาก อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ อาเจียน ส่งเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลระยอง แพทย์วินิจฉัย สงสัยกลุ่มอาการสตีเวนส์จอห์นสัน และไข้เด็งกี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ตึกอายุรกรรมชาย แพทย์วินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือด วันที่ 21 กรกฎาคม 2562 ย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมระยะวิกฤต วันที่ 22 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยรู้สึกตัว ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่มีผื่นขึ้น ผลการตรวจค่าความสมบูรณ์เลือด พบเม็ดเลือดขาว $13,450$ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ลิมโฟไซต์ ร้อยละ 5 ความเข้มข้นของเลือด ร้อยละ 26.2 เกล็ดเลือด $74,000$ เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผลการตรวจ Dengue NS1 Ag, IgM Ab และ IgG Ab ให้ผลเป็นบวก Leptospiral IgG/IgM ให้ผลเป็นลบ แพทย์วินิจฉัยได้วายเฉียบพลัน



◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 30 ระหว่างวันที่ 28 กรกฎาคม–3 สิงหาคม 2562	445
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 30 ระหว่างวันที่ 28 กรกฎาคม–3 สิงหาคม 2562	448
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากบัตรรายงาน 506 ประจำเดือนกรกฎาคม 2562	453

วันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ส ไม่ตื่น ไม่ตอบสนอง
วันที่ 28 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยเสียชีวิต ผลการตรวจทาง
ห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของไวรัสเด็งกี ซีโรทัยป็นชนิดที่ 1
แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกช็อกเสียชีวิต

2. โรคคางทูมเป็นกลุ่มก้อนในค่ายทหาร จังหวัดพิษณุโลก

พบผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย เข้ามาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลค่าย
นเรศวรมหาราช เป็นเพศชายทั้งหมด รายแรก อายุ 21 ปี เริ่มป่วย
23 กรกฎาคม 2562 ด้วยอาการไข้ ต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรบวม
โต กดเจ็บ อัมพาตอัมพาต เข้ารับการรักษาในวันที่ 24 กรกฎาคม
2562 รายที่สอง อายุ 21 ปี เริ่มป่วยวันที่ 28 กรกฎาคม 2562
ด้วยอาการต่อมน้ำลายใต้ขากรรไกรบวม เข้ารับการรักษาในวันที่
30 กรกฎาคม 2562 และรายที่สาม อายุ 20 ปี เริ่มป่วย 26
กรกฎาคม 2562 ด้วยอาการต่อมน้ำลายบริเวณกกหูบวม อัมพาต
อัมพาต เข้ารับการรักษาในวันที่ 31 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยทั้ง 3
ราย ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ทราบประวัติการได้รับวัคซีน และผลการ
ตรวจหา IgM/IgG โรคคางทูม ให้ผลบวก สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ
และเวชกรรมป้องกัน โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช
จึงได้ดำเนินการสอบสวนโรค ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม โดยพบผู้ป่วย
สงสัย (ที่มีอาการตามเกณฑ์คลินิก) จำนวน 18 ราย โดยได้ทำการ
เก็บตัวอย่างเลือด ตรวจ IgM/IgG โรคคางทูม เพื่อยืนยันการเกิด
โรค อยู่ระหว่างการตรวจ และพบปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่กระจาย
ของโรค คือ มีการทำกิจกรรมร่วมกันในการฝึก การรับประทานอาหาร
และใช้ภาชนะ (แก้วน้ำ) ร่วมกันในห้องทหาร และเรือนนอน
มาตรการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคคางทูมแก่
กำลังพล โดยเน้นนายสิบและนายสิบเสนารักษ์เป็นแกนหลักในการ
ช่วยประชาสัมพันธ์และกระจายข่าวสาร ให้คำแนะนำในการทำ
ความสะอาดเรือนนอน อาคารสถานที่ หน่วยฝึก โดยเฉพาะบริเวณที่
ผู้ป่วยสงสัยสัมผัส ทำความสะอาดได้โดยใช้น้ำยาทำความสะอาด
ดำเนินการเฝ้าระวังโรคเชิงรุก คัดกรองกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง เพิ่มเติม
โดยค้นหาบุคคลที่เคยสัมผัสแหล่งรังโรค และเฝ้าระวังเชิงรับใน
สถานพยาบาล เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันเวลาที่
เฝ้าระวังโรคในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 30 วัน

3. การประเมินความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก

สถานการณ์แนวโน้มการเสียชีวิตโดยพิจารณาจากอัตรา
ป่วยตายของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เสียชีวิต 5 ปีย้อนหลังของ
ประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มการเสียชีวิตสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.
2557 มีอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.05 หลังจากนั้นได้เพิ่มขึ้นมา
โดยตลอดจนถึงปี พ.ศ. 2561 ซึ่งมีอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ
0.19 โดยเมื่อพิจารณาสถานการณ์ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2562 ซึ่ง

อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของปี 2562 นั้นพบว่ามีอัตราป่วยตาย
เท่ากับร้อยละ 0.13

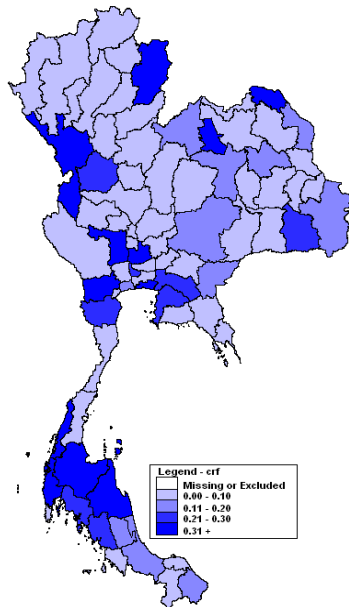
วิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยา

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิตของ
ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-31 กรกฎาคม
2562 จากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด กรมควบคุมโรค พบ
ผลการวินิจฉัยสุดท้ายส่วนมาก คือ ไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก
(Dengue shock syndrome) ร้อยละ 52 รองลงมา คือ ไข้เลือดออก
เด็กที่มีความรุนแรง (Dengue Haemorrhagic Fever) ร้อยละ 21
ของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เสียชีวิตตามลำดับ และอีกส่วน
หนึ่งร้อยละ 24 มิได้ระบุผลการวินิจฉัยสุดท้าย

ผู้เสียชีวิตทั้งหมด พบเพศชายร้อยละ 52 โดยเป็นสัญชาติ
ไทยร้อยละ 93 พบเป็นผู้ป่วยเสียชีวิตสัญชาติอื่นบ้างเล็กน้อย ได้แก่
สัญชาติกัมพูชา พม่า และลาว อยู่ในกลุ่มอายุ 5-14 ปีมากที่สุด
ร้อยละ 39 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 15-34 ปี กลุ่มอายุ 35-59 ปี
และ 60 ปีขึ้นไป และ 0-4 ปี ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากอาชีพ
พบว่าอยู่ในกลุ่มนักเรียนมากที่สุด ร้อยละ 41 รองลงมา ได้แก่
กลุ่มไม่ทราบอาชีพ กลุ่มอาชีพรับจ้าง พนักงานหน่วยงานรัฐหรือ
เอกชนและค้าขาย และเกษตรกร ตามลำดับ (มีข้อมูลส่วนมากใน
ฐานข้อมูลไม่ได้ระบุอาชีพ) พบในผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่มีโรคประจำตัว
มากกว่าผู้ป่วยเสียชีวิตที่ไม่มีโรคประจำตัว โดยส่วนมากมีโรค
ประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases)
ร้อยละ 62 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มโรคพันธุกรรม เช่น โรคทาลัสซีเมีย
โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ และโรคอื่น ๆ คิดเป็น
ร้อยละ 19 และ 10 ตามลำดับ ของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่
เสียชีวิต เมื่อพิจารณาอัตราป่วยตายในภาพของพื้นที่ พบว่าพื้นที่ที่
มีอัตราป่วยตายจะมีลักษณะตามแผนที่แสดงอัตราป่วยตาย (Area
map) ดังนี้

จากการพิจารณาแผนที่แสดงอัตราป่วยตาย (Area map)
ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เสียชีวิตในภาพของพื้นที่ในประเทศไทย
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-31 กรกฎาคม 2562 พบว่าพื้นที่ที่มี
อัตราป่วยตายมากกว่าร้อยละ 0.31 ส่วนมากอยู่ในบริเวณภาคใต้
และภาคกลาง รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ
ส่วนมากเริ่มป่วยในช่วงเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน เมื่อพิจารณา
ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เสียชีวิต โดย
พิจารณาจาก 3 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ เชื้อก่อโรค (Agents) ซึ่งได้
พิจารณาผลการตรวจซีโรไทป์ของโรค พบว่าส่วนมากเป็นซีโรไทป์ 2
ร้อยละ 36 รองลงมา ได้แก่ ซีโรไทป์ 1 และซีโรไทป์ 4 ร้อยละ 10.67
และ 6.67 ตามลำดับ ซึ่งส่วนที่ส่งตรวจแต่ไม่พบสารพันธุกรรม พบ

ร้อยละ 17.33 และร้อยละ 14.67 ของจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เสียชีวิตไม่ทราบข้อมูลผลการตรวจซีโรไทป์ ส่วนที่มีการวินิจฉัยโรคแต่ไม่ได้ส่งตรวจเฉพาะ พบร้อยละ 4 ดังนั้นโดยสรุปจึงพบว่าในจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เสียชีวิตทั้งหมดเป็นผู้ป่วยยืนยันร้อยละ 42 เป็นผู้ป่วยเข้าข่ายร้อยละ 20 และเป็นผู้ป่วยสงสัยร้อยละ 13



รูปที่ 1 อัตราผู้ป่วยตาย (Area map) ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เสียชีวิตในภาพของพื้นที่ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-31 กรกฎาคม 2562

ในส่วนของปัจจัยด้านบุคคล (Host) ซึ่งได้พิจารณาจากพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยและเสียชีวิต โดยจากผลการพิจารณาพบว่า ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เสียชีวิต ส่วนหนึ่งมีพฤติกรรมซื้อยารับประทานเองหรือไปพบแพทย์ที่คลินิกในระยะเริ่มป่วย ไม่อยู่เพื่อรอตรวจอาการในโรงพยาบาลหรือยินยอมรับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการเดินทางในช่วง 14 วัน ก่อนเริ่มป่วย เป็นต้น และในส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้เลือดออกเมื่อพิจารณาจากค่า HI, CI และ BI รวมถึงการไปทำงาน ประกอบอาชีพที่มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการได้รับเชื้อก่อโรค เป็นต้น เมื่อพิจารณาระยะเวลาตั้งแต่วันที่เริ่มป่วย วันที่รับการรักษาจากสถานบริการสาธารณสุข จนถึงวันเสียชีวิต ได้ข้อมูลดังนี้

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าระยะเวลาเริ่มป่วยตลอดมาจนถึงวันรับการรักษาพบว่า ระยะเวลาสูงสุด มีระยะเวลามากที่สุด 14 วัน น้อยที่สุด 1 วัน และโดยพิจารณาจากค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 วัน และจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเสียชีวิต

ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนถึงวันเสียชีวิต ใช้เวลารักษามากที่สุด 17 วัน น้อยที่สุด 1 วัน และพิจารณาจากค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 วัน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเร็วแต่อาจเป็นเพราะปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่พบข้างต้นหรือความรุนแรงของโรคหรือกระบวนการรักษาของสถานพยาบาลอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น

ข้อค้นพบที่เสนอเพื่อปรับปรุงระบบ

1. การไม่แก้ไขข้อมูลในระบบรายงาน เช่น ผลการวินิจฉัยสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งสำคัญต่อการสืบและวิเคราะห์ความเสี่ยง
2. การรายงานข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน เช่น อาชีพผู้ป่วย
3. การรายงานผู้ป่วยที่คลุมเครือหรือไม่ชัดเจนในบางราย คือ ไม่ระบุชัดว่าเป็นผู้ป่วยสงสัย เข้าข่าย และยืนยัน

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก เว็บไซต์ CIDRAP รายงานวันที่ 30 กรกฎาคม 2562 สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา รายที่ 2 ในเมือง Goma เป็นเพศชาย อายุ 46 ปี มีประวัติเดินทางมาจากชุมชนเขต Mongbwalu ซึ่งตั้งอยู่ใกล้เมือง Bunia จังหวัด Ituri (เมือง Bunia มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา) เขต Mongbwalu ผู้ป่วยเดินทางมาถึงเมือง Goma วันที่ 14 กรกฎาคม 2562 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจพบผู้ป่วย ทำการแยกกักและเข้ารับการรักษาที่ศูนย์รักษาโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา เมือง Goma จากการสอบสวนโรคพบว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่มีความเชื่อมโยงกับผู้ป่วยรายแรกของเมือง Goma ในช่วงกลางเดือนกรกฎาคม 2562 ซึ่งผู้ป่วยรายแรกเป็นพระภิกษุที่เดินทางมายังเมือง Goma หลังจากเริ่มมีอาการที่เมือง Butembo ทีมตอบโต้การระบาดได้ติดตามผู้สัมผัสของผู้ป่วยรายนี้ระยะเวลา 21 วัน สำหรับผู้ป่วยรายล่าสุดมีประวัติเชื่อมโยงกับการเดินทางซึ่งบ่งชี้ถึงความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อจากพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลายิ่งพื้นที่ที่ไม่เคยมีการแพร่ระบาดมาก่อน โดยเฉพาะเมือง Goma เป็นพื้นที่ที่น่าเป็นห่วงอย่างมากเนื่องจากเป็นเมืองหลวงของจังหวัด North Kivu ซึ่งมีประชากรสูงถึง 2 ล้านคน และมีชายแดนติดกับสาธารณรัฐรวันดา

องค์การอนามัยโลกรายงานเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2562 ว่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลารายใหม่ 16 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนถึงขณะนี้ยอดผู้ป่วยสะสม 2,687 ราย ในจำนวนนี้

เสียชีวิต 1,798 ราย ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 16 ราย จากเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 และมีผู้ป่วยอยู่ระหว่างการสอบสวนโรค 321 ราย

2. การระบาดของโรคไข้เหลือง สาธารณรัฐโกตดิวัวร์

เว็บไซต์ CIDRAP รายงานวันที่ 31 กรกฎาคม 2562 ว่า สาธารณรัฐโกตดิวัวร์รายงานการระบาดของโรคไข้เหลือง พบผู้ป่วย 89 ราย ในจำนวนนี้พบเสียชีวิต 1 ราย การระบาดเกิดขึ้นในเมือง Abidjan ซึ่งเป็นเมืองหลวงเก่าของสาธารณรัฐโกตดิวัวร์ โดย

กระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐโกตดิวัวร์รายงานว่า การระบาดของโรคไข้เหลืองนี้เกิดขึ้นพร้อมกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งโรคไข้เหลืองและโรคไข้เลือดออกมีการแพร่กระจายของเชื้อโดยมียุงเป็นพาหะ ซึ่งสามารถควบคุมโรคได้โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและการพ่นเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัย สำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้เหลืองจะฉีดให้กับผู้ที่อาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคไข้เหลืองเพื่อหยุดห่วงโซการแพร่เชื้อ



รายงานโรค
ที่ต้องเฝ้าระวัง

ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 30 Reported cases of diseases under surveillance 506, 30th week

✉ sget506@yahoo.com

กลุ่มสารสนเทศทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา

Epidemiological informatics unit, Division of Epidemiology

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ๆ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 สัปดาห์ที่ 30

Table 1 Reported cases of priority diseases under surveillance by compared to previous year in Thailand, 30th week 2019

Disease	2019				Case* (Current 4 week)	Mean** (2014-2018)	Cumulative	
	Week 27	Week 28	Week 29	Week 30			2019	
	Cases	Cases	Cases	Cases			Cases	Deaths
Cholera	0	0	0	0	0	1	9	1
Influenza	6808	5705	4065	1834	18412	11896	217161	16
Meningococcal Meningitis	1	1	0	0	2	2	11	1
Measles	118	99	87	33	337	162	4047	11
Diphtheria	0	2	0	1	3	0	10	1
Pertussis	1	1	6	1	9	0	79	1
Pneumonia (Admitted)	3865	3593	2984	1460	11902	18417	139082	101
Leptospirosis	46	46	32	11	135	254	1125	14
Hand, foot and mouth disease	3975	3100	2195	1101	10371	10696	35148	0
Total D.H.F.	4328	4857	3743	1031	13959	9536	64159	72

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)