



ปีที่ 50 ฉบับที่ 39: 11 ตุลาคม 2562

Volume 50 Number 39: October 11, 2019

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



การสอบสวนโรคชิคุนกุนยา และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชน หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ 8 กุมภาพันธ์-28 มีนาคม 2562
(Investigation of chikungunya outbreak and self-care behaviors of the villagers in Village No. 10, Nong Teng Subdistrict, Krasang District, Buriram Province, 8 February-28 March 2019)

✉ drpichet@gmail.com

พิเศษ พิศุทธิ์¹ พุฒิธร มาลาทอง²¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ²โรงพยาบาลละหานทราย**บทคัดย่อ**

บทนำ: วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 จังหวัดบุรีรัมย์พบรายงานผู้ป่วยโรคชิคุนกุนยา (Index case) 1 ราย เป็นเพศหญิง อายุ 32 ปี ซึ่งไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยในพื้นที่นี้มาก่อน การศึกษาครั้งนี้เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ยืนยันการระบาด ค้นหาแหล่งโรค ลักษณะการระบาดของโรคชิคุนกุนยา พร้อมทั้งศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมป้องกันโรคต่อไป

วิธีการศึกษา: เป็นการสอบสวนด้วยวิธีการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วย ทบทวนบันทึกทางการแพทย์ และค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พร้อมทั้งสำรวจสภาพแวดล้อมและดัชนีลูกน้ำ

ผลการศึกษา: พบพื้นที่บ้านชำแระ หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากรทั้งหมด 230 คน ในหมู่บ้านมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นจำนวนมาก จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม พบผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามจำนวน 44 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย (Real-Time PCR) และผู้ป่วยสงสัย 42 ราย อัตราป่วยร้อยละ 19.13 อายุเฉลี่ย 32.04 ปี อายุต่ำสุด 4 ปี สูงสุด 78 ปี ผลการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมพบค่า HI = 31.91, CI = 12.5 ผลการศึกษาความรู้

และพฤติกรรมต่อโรคชิคุนกุนยา จากการสัมภาษณ์ประชาชนในพื้นที่จำนวน 140 คน พบว่าร้อยละ 83.57 ไม่รู้จักโรคชิคุนกุนยามาก่อน และร้อยละ 82.6 ยังละเลยการปิดฝาภาชนะให้มิดชิด ขัดล้างภาชนะใส่น้ำและถ่ายน้ำไม่ให้ยุงลายใช้เป็นประจำทุก 7 วัน หลังจากให้ความรู้ในรูปแบบประชุมชาวบ้าน พบว่าประชาชนมีความรู้ และพฤติกรรมต่อการป้องกันตนเองจากโรคชิคุนกุนยาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ หลังดำเนินการ พบค่า HI = 0, CI = 0 และไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอีกภายใน 28 วัน

ข้อเสนอแนะ: ควรสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบเฝ้าระวังโรค โดยแจ้งเตือนให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องรายงานผู้ป่วยที่ต้องสงสัยทันทีโดยไม่ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการพัฒนาการควบคุมป้องกันโรค โดยการสื่อสารความเสี่ยง แจ้งเตือนประชาชนครอบคลุมทุกพื้นที่ กระตุ้นเตือนให้กำจัดลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกสัปดาห์ และควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการสื่อสารระหว่างจังหวัดต่อไป

คำสำคัญ: การสอบสวนการระบาด, โรคชิคุนกุนยา, ตำบลหนองเต็ง, อำเภอกะสัง, จังหวัดบุรีรัมย์



- | | |
|--|-----|
| ◆ การสอบสวนโรคชิคุนกุนยา และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชน หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ | 581 |
| ◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 39 ระหว่างวันที่ 29 กันยายน-5 ตุลาคม 2562 | 591 |
| ◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 39 ระหว่างวันที่ 29 กันยายน-5 ตุลาคม 2562 | 590 |

ความเป็นมา

โรคชิกุนกูยาเกิดจากเชื้อไวรัสชิกุนกูยา (Chikungunya virus) มีอยู่หลายบ้านและอยู่หลายสวนเป็นพาหะนำโรค การดำเนินโรคทำให้ผู้ป่วยมีไข้สูง มีผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูกหรือข้อ ปวดกระบอกตา และมีเลือดออกตามผิวหนัง ร่วมกับการตรวจพบข้อใดข้อหนึ่งได้แก่ ตรวจพบแอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ด้วยวิธี Haemagglutination inhibition > 4 เท่า หรือถ้า น้ำเหลืองเดียวกันนั้นต้องพบภูมิคุ้มกัน > 1:1,280 หรือตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM โดยวิธี Elisa หรือ ตรวจพบเชื้อได้จากเลือด โดยวิธี PCR หรือแยกเชื้อ Culture ⁽¹⁾ โดยทั่วไปมีระยะฟักตัว 1–12 วัน แต่ที่พบบ่อยประมาณ 2–3 วัน ⁽²⁾

จากรายงานระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) ประเทศไทย ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–2 เมษายน 2562 พบผู้ป่วยสะสม 2,932 ราย อัตราป่วย 4.36 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาถึง 119 เท่า เป็นเพศหญิง 1,839 ราย เพศชาย 1,093 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.68 พบได้ทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในภาคใต้ (ทั้ง 14 จังหวัด) อัตราป่วย 30.29 ต่อประชากรแสนคน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (พบ 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดหนองคาย สุรินทร์ และบุรีรัมย์) อัตราป่วย 0.12 ต่อประชากรแสนคน ⁽³⁾

วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 14.00 น. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ได้รับรายงานพบผู้ป่วยสงสัยโรคชิกุนกูยา จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เป็นเพศหญิง อายุ 32 ปี อาชีพแม่ค้าขายของอยู่ตลาดเย็นบ้านสวาย จังหวัดสุรินทร์ ที่อยู่บ้านชำแระ หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ เนื่องจากเป็นการรายงานผู้ป่วยชิกุนกูยา รายแรก ไม่เคยพบรายงานการระบาดในพื้นที่มาก่อน ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ SRRT อำเภอกระสัง ร่วมกับสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้ดำเนินการสอบสวนโรค ระหว่างวันที่ 8 กุมภาพันธ์–28 มีนาคม 2562

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และยืนยันการระบาด
2. เพื่อศึกษาแหล่งรังโรค ลักษณะทางระบาดวิทยา
3. เพื่อหาแนวทางการควบคุมและป้องกันการระบาด

วิธีการศึกษา

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลผู้ป่วย

จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและข้อมูลผู้ป่วยในจาก

บันทึกทางการแพทย์จากการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สวาย อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ และโรงพยาบาลสุรินทร์ ประวัติ อาการ อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การเดินทางของผู้ป่วย

1.2 ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม (Active Case Finding) ในพื้นที่ระบาด คือ หมู่บ้านชำแระ หมู่ที่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบสอบสวนโรคชิกุนกูยา ของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ⁽⁴⁾ โดยการกำหนดนิยามการค้นหาผู้ป่วยระยะเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัวของโรคชิกุนกูยา ระหว่างวันที่ 19 มกราคม–28 มีนาคม 2562 ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected Case) คือ ประชาชนผู้ที่อาศัยและมาพักอยู่ในพื้นที่ระบาด ที่มีอาการไข้ ปวดกระดูกหรือข้อต่อ ร่วมกับอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังนี้ ผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา

ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable Case) คือ ผู้ป่วยสงสัย ที่มีความสัมพันธ์ทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยยืนยัน

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed Case) คือ ผู้ป่วยสงสัย ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ ด้วยเทคนิควิธี Real-Time PCR พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Virus Chikungunya

1.3 ทบทวนสถานการณ์โรคชิกุนกูยา จากรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.506) เปรียบเทียบคำมัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557–2561 ในตำบลกระสัง และอำเภอกระสัง เพื่อยืนยันการระบาดของโรคชิกุนกูยาในพื้นที่

2. การศึกษาสภาพแวดล้อม

2.1 สสำรวจสภาพแวดล้อม ภูมิประเทศ ภูมิอากาศ บริเวณบ้านผู้ป่วย บริเวณชุมชน ศึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรค แหล่งโรค และแนวโน้มของการเกิดโรค

2.2 สสำรวจข้อมูลดัชนีลูกน้ำ ได้แก่ ค่า House Index (HI) และ Container Index (CI) ในชุมชน ในช่วงเวลาที่ดำเนินการสอบสวนโรคและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์–28 มีนาคม 2562 เปรียบเทียบกับผลของค่า HI และ CI ก่อนการระบาดเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงและประเมินประสิทธิภาพของการควบคุมโรค

3. การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

เก็บตัวอย่างส่งตรวจด้วยวิธี Real-Time PCR เพื่อหาสารพันธุกรรมของเชื้อ Virus Chikungunya ทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ และอ้างอิงด้านโรคติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร

4. การศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยุงลาย จากโรคชิคุนกุนยา

ใช้ชุดคำถามทดสอบความรู้ของประชาชนในพื้นที่ ในด้านความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยุงลาย จากโรคชิคุนกุนยา มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ด้วยคำถามด้านความรู้เรื่องโรคจำนวน 5 ข้อ (คำถามเชิงบวก จำนวน 3 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ) และด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค จำนวน 5 ข้อ ก่อนและหลังการดำเนินการให้ความรู้ในรูปแบบประชุมชมหมู่บ้าน โดยดำเนินการ 2 ครั้ง ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 2 ชั่วโมง โดยประเมินก่อนการประชุมครั้งแรกและหลังการประชุมครั้งที่สอง ระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์

ผลการสอบสวนโรค

1. การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

ประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยรายแรกที่รับรายงาน (Index case)

เป็นเพศหญิง อายุ 32 ปี อาชีพแม่ค้า ขายสินค้าที่ตลาดเย็นบ้านสวาย จังหวัดสุรินทร์ ที่อยู่ขณะป่วย หมู่ที่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ อาศัยอยู่ร่วมกัน 4 คน ได้แก่ ยายของสามี สามี ผู้ป่วย และลูกชาย (โดยลูกชายผู้ป่วยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก รักษาที่โรงพยาบาลกระสัง ประมาณวันที่ 13-15 กุมภาพันธ์ 2562)

เริ่มป่วยตั้งแต่วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2562 มีอาการไข้สูง ปวดกระดูกและข้อบริเวณข้อเท้า ข้อมือ ทั้ง 2 ข้าง จึงไปรับการรักษาที่ รพ.สต. สวาย อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ได้ยาลดไข้ อีก 4 วันต่อมา (20 กุมภาพันธ์ 2562) มีผื่นลักษณะเป็นปื้นแดงขึ้นทั้งลำตัวและใบหน้า ไม่คัน และมีอาการปวดกระดูกและข้อ บริเวณข้อเท้าและข้อมือทั้ง 2 ข้างมากขึ้น โดยจะปวดมากในช่วงเช้าหลังจากตื่นนอน แต่เมื่อเดินหรือใช้มือจะมีอาการปวดลดลง ในวันที่ 5 ของการเจ็บป่วย (21 กุมภาพันธ์ 2562 เวลา 15.38 น.) ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ หอผู้ป่วยอายุรกรรม มีไข้ ปวดกระดูกและข้อบริเวณข้อเท้าและข้อมือทั้ง 2 ข้าง มีผื่นลักษณะเป็นปื้นแดงขึ้นทั้งลำตัวและใบหน้า ไม่คัน

แรกรับวัดอุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/60 mmHg CBC: Plt 178×10^3 cell/uL Hb 12.1 g/dL Hct 35.8% WBC 4.2×10^3 cell/uL Neu 67.9% Lym 30.1% Mono 7.2% EO 0.2% Ba 0.6% ส่งตรวจ Dengue IgG, IgM และ PCR for Chikungunya Fever และในวันที่ 6 ของการเจ็บป่วย (22 กุมภาพันธ์ 2562) ไข้ลดลง เวียนศีรษะเล็กน้อย กินข้าวได้ ผื่นจางลง

และยังมีอาการปวดกระดูกและข้อ บริเวณข้อเท้าและข้อมือทั้งสองข้าง ให้ผลลบต่อการตรวจหาแอนติบอดีต่อ Dengue ชนิด IgG และ IgM แพทย์วินิจฉัยโรค Chikungunya with Dengue fever

มีประวัติการเดินทางโดยวันที่ 1-12 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้ป่วยและสามีเดินทางไปร่วมงานศพพ่อแม่เลี้ยงที่หมู่บ้านสุขสันต์ ชุมชนบ้านคนที ตำบลราไวย์ อำเภอฉลอง จังหวัดภูเก็ต ในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2562 ยายของสามีที่อาศัยที่หมู่บ้านชำแระ หมู่ที่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ป่วยด้วยไข้ ปวดขา ทั้งนี้ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด ทานยาลดไข้และทายานวด และวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2562 สามีมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วย ไม่ได้ไปรับการรักษา ณ สถานพยาบาลแห่งใด

จากข้อมูล รง.506 ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช ปี 2562 ชุมชนบ้านคนที ตำบลราไวย์ อำเภอฉลอง จังหวัดภูเก็ต มีผู้ป่วยโรค Chikungunya 13 ราย เริ่มป่วยในระหว่างวันที่ 1 มกราคม-12 กุมภาพันธ์ 2562

ผู้ป่วยรายแรกในพื้นที่ (First Case)

จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่หมู่บ้านชำแระ หมู่ที่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์พบผู้ป่วยสงสัยโรค Chikungunya ที่มีอาการเริ่มป่วยรายแรกของหมู่บ้าน แต่เป็นช่วงเวลาก่อนกลุ่มนิยามของโรค เป็นเพศชาย อายุ 55 ปี ทำงานที่จังหวัดปทุมธานี ตลอดระยะเวลา 2 ปีโดยพักอาศัยที่หมู่ 7 ตำบลคลองสอง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยจากรายงานสถานการณ์โรค Chikungunya สัปดาห์ที่ 6 ของสำนักโรคติดต่อ นำโดยแมลง จังหวัดปทุมธานีมีผู้ป่วยสงสัยทั้งหมด 20 ราย ผู้ป่วยรายแรกวันที่ 30 มกราคม 2562 รายสุดท้ายเดือนกุมภาพันธ์ 2562

วันที่ 26-30 ธันวาคม 2561 ได้เดินทางกลับมาบ้านชำแระ หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ 29 ธันวาคม 2561 เริ่มมีอาการป่วยด้วยอาการ ไข้ ปวดข้อ โดยเฉพาะบริเวณข้อเท้า เข่า และข้อศอก วันที่ 30 ธันวาคม 2561 เดินทางกลับไปทำงานที่จังหวัดปทุมธานี อีก 2-3 วันต่อมา มีผื่นขึ้นตามตัว ได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลคลองสอง ต่อมาพบว่าภรรยา น้องเขย ลูกสาว ญาติและเพื่อนบ้านละแวกใกล้เคียงกัน ตั้งแต่หมู่ 7-9 มีอาการป่วยคล้ายกันจำนวนหลายราย สำหรับผู้ป่วยรายนี้ (First Case) มีบ้านอยู่ในละแวกใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่เป็น Index case ของเหตุการณ์ครั้งนี้

ผลการสอบสวนโรคและค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ SRRT อำเภอกระสัง และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ 22-28 กุมภาพันธ์ 2562 พบว่าประชากรทั้งหมด 230 คน พบว่า

มีผู้ป่วยเพิ่มเติมที่เข้าได้กับนิยาม ทั้งหมด 44 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วย ยืนยัน 2 ราย ผู้ป่วยเข้าข่าย 42 ราย อัตราป่วย (Attack Rate) ร้อยละ 19.13 จำแนกเป็นเพศหญิง 23 ราย (ร้อยละ 52.27) เพศ ชาย 21 ราย (ร้อยละ 47.73) อัตราตายต่อหญิง 1:1 อายุเฉลี่ย 32.04 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.79 อายุต่ำสุด 4 ปี อายุสูงสุด 78 ปี พักอาศัยอยู่หมู่ 10 บ้านชำแระ 44 ราย (ร้อยละ 100)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยชิคุนกุนยาทั้ง 44 ราย ในพื้นที่ศึกษา พบว่า อาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ ไข้และปวดข้อ ร้อยละ 100.00 และอาการอื่น ๆ รองลงมา คือ มีผื่น ร้อยละ 63.63 ปวดศีรษะ ร้อยละ 43.18 ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 31.81 และ ปวด กระบอกตา ร้อยละ 6.81 ตามลำดับ

จากเส้นโค้งการระบาด (Epidemic Curve) ในช่วงเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัวก่อนป่วย เริ่มพบผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม 2562 โดยผู้ป่วยที่ได้รับรายงาน (Index Case) มีอาการป่วยตั้งแต่วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2562 Epidemic Curve มีลักษณะเป็น Propagated Source โดย Index Case ที่พบไม่น่าอธิบายแหล่ง โรค เนื่องจากช่วงเวลาของ Exposure Period เป็นช่วงต้นเดือน กุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นช่วงที่ Index Case ไม่อยู่ในพื้นที่ (1-12 กุมภาพันธ์ 2562) จึงได้มีการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมที่ยาวกว่า ระยะเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัว พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับ

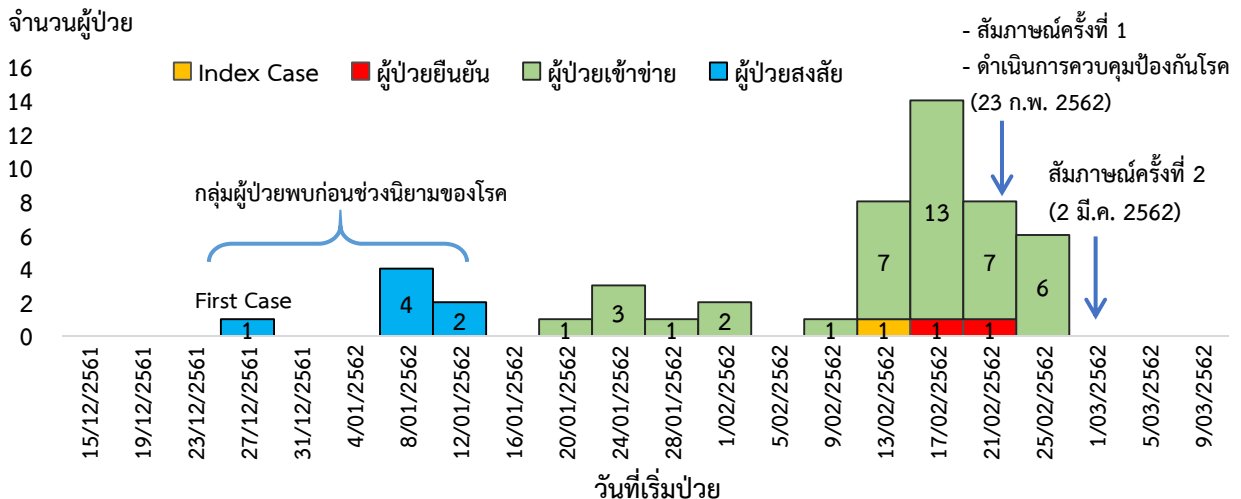
โรคชิคุนกุนยาเริ่มตั้งแต่วันที่ 29 ธันวาคม 2561 และอีก 6 ราย ต่อมาในช่วงต้นเดือนมกราคม 2562 ซึ่งได้แสดงในรูปที่ 1

2. ผลการศึกษาสภาพแวดล้อม

บ้านชำแระ หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัด บุรีรัมย์ มีจำนวน 52 หลังคาเรือน ห่างจากตัวจังหวัดบุรีรัมย์ ระยะทาง 40 กิโลเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบมีความลาดเทจาก ทิศตะวันออกไปทางทิศตะวันตก เมื่อถึงฤดูฝนน้ำจะไหลท่วมไร่นา ของชาวบ้าน เนื่องจากติดเขตลำน้าชี้ มีอาชีพหลัก คือ ทำนา อาชีพรอง คือ ทำสวนผัก ไร่จ้าง ลักษณะบ้านเรือนเป็นหลังติดกัน ไม่มีรั้วรอบขอบชิด มีพื้นที่สวนกร้าง พบมีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ ยุงลายจำนวนมาก เช่น กระบอง ถังน้ำ และเศษวัสดุต่าง ๆ ที่ ประชาชนเก็บมาจากแหล่งทิ้งขยะนำมาสะสมไว้รอการขาย การ สืบราคาดัชนีลูกน้ำยุงลายครั้งแรกก่อนดำเนินการในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2562 พบว่ามีค่า HI = 31.91, CI = 12.5 ซึ่งมีค่า Larva index เสี่ยงต่อการระบาดของโรค

3. ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

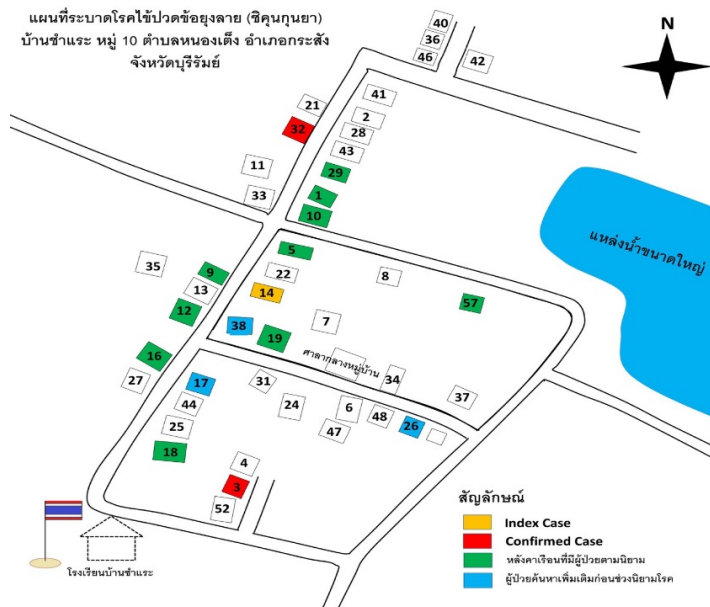
ได้เก็บตัวอย่างส่งตรวจหาด้วยวิธี Real-Time PCR ของ เชื้อ Virus จากสถาบันบำราศนราดูร ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2562 พบว่าจากการส่ง 3 ตัวอย่าง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ สารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส Chikungunya จำนวน 2 ตัวอย่าง



รูปที่ 1 Epidemic Curve ของโรคชิคุนกุนยา บ้านชำแระ หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ และประวัติเชื่อมโยงการติดต่อของโรค เดือนธันวาคม 2561-มีนาคม 2562 (n=51)

ตารางที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี Real Time PCR เพื่อหาสารพันธุกรรมของเชื้อโรคชิคุนกุนยา

Case	เริ่มป่วย	วันที่เก็บ	ผลตรวจ
Index case	16 ก.พ. 2562	23 ก.พ. 2562	ไม่พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส Chikungunya
ผู้ป่วยสงสัยเพิ่มเติม 1	19 ก.พ. 2562	23 ก.พ. 2562	พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส Chikungunya
ผู้ป่วยสงสัยเพิ่มเติม 2	20 ก.พ. 2562	23 ก.พ. 2562	พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส Chikungunya



รูปที่ 2 พื้นที่บริเวณที่ตั้งของบ้านชำระ หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์

4. ผลสำรวจความรู้เรื่องโรคซิคุนญา และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากลุง

จากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามด้านความรู้เรื่องโรค จำนวน 5 ข้อ (คำถามเชิงบวก จำนวน 3 ข้อ คำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ) และด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรค จำนวน 5 ข้อ มีผู้ถูกสัมภาษณ์จำนวน 140 ราย จากทั้งหมด 230 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.45 อายุเฉลี่ยของผู้ถูกสัมภาษณ์ 46 ปี (อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 77 ปี) เป็นเพศชาย 62 ราย (ร้อยละ 44.29) เพศหญิง 78 ราย (ร้อยละ 55.71) พบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์ 'ไม่รู้จักหรือเคยได้ยินชื่อโรคซิคุนญา' มากที่สุด ร้อยละ 83.57 และข้อคำถามเชิงลบ ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ยังคิดว่า 'ธรรมชาติของลุงยากหาหินช่วงกลางคืน' มากที่สุด ร้อยละ 63.57 ส่วนด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองจากลุง ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ยังละเลยในการปิดฝาทะน้ำให้มิดชิด ขัดล้างภาชนะใส่และถ่ายน้ำไม่ให้ลุงวางไข่ เป็นประจำทุก 7 วัน มากที่สุด โดยดำเนินการถูกต้องเพียงร้อยละ 17.14 จึงนำไปสู่การให้ความรู้และวางมาตรการควบคุมป้องกันโรคซิคุนญาต่อไป

หลังประชุมครั้งแรกนำไปสู่การดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคซิคุนญา จากนั้นได้มีการประชุมครั้งที่สองและประเมินด้วยการสัมภาษณ์เดิมอีกครั้ง โดยมีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 147 ราย พบว่าผู้ถูกสัมภาษณ์รู้จักโรคซิคุนญา มากขึ้นเป็นร้อยละ 100 และเข้าใจธรรมชาติของลุงยากหาหินช่วงกลางคืน ลดลงเป็นร้อยละ 30.71 และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากลุง ผู้ถูกสัมภาษณ์ ได้ปิดฝาทะน้ำให้มิดชิด ขัดล้างภาชนะใส่และถ่ายน้ำไม่ให้ลุงวางไข่ เป็นประจำทุก 7 วัน มากขึ้นเป็นร้อยละ 70

ผลการวิเคราะห์กลุ่มประชาชนในพื้นที่เสี่ยง มีความรู้ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคซิคุนญา ด้วยรูปแบบการประชุมหมู่บ้าน และการสื่อสาร ให้ความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น แผ่นพับโดยแจกทุกหลังคาเรือน และเสียงตามสายทางหอกระจายข่าวโดยผู้ใหญ่บ้านทุกวันตอนเช้า มีการประเมิน

ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันตนเองก่อนการประชุม และหลังการประชุมครั้งที่สอง ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ ใช้เวลาแต่ละครั้งประมาณ 1.5-2 ชั่วโมง พบว่าก่อนดำเนินการระดับคะแนนเฉลี่ย 3.95 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.388 หลังดำเนินการมีระดับคะแนนเฉลี่ย 8.55 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.976 เมื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่าหลังดำเนินการมีระดับความรู้ และพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคซิคุนญาสูงขึ้น และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.001$

5. ประสิทธิภาพการควบคุมโรคและการเกิดโรค

การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำุงลายครั้งแรกในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2562 พบว่ามีค่า HI = 31.91, CI = 12.5 การสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำุงลายสองครั้ง หลังการให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง การควบคุมป้องกันโรค การเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของอำเภอกะสัง ดำเนินการการอย่างเข้มข้น 3 เก็บ 3 โรค มาตรการควบคุมโรค 0, 1, 3, 5, 7, 14, 21, 28 พบว่า ในวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562 มีการสุ่มดูทั้งหมด 52 หลังคาเรือน และโรงเรียนบ้านชำระ มีค่า HI = 11.9, CI = 0 ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 มีค่า HI = 4.44, CI = 0 และวันที่ 28 มีนาคม 2562 HI = 0, CI = 0 ซึ่งลดลงจากก่อนดำเนินการ ผู้ป่วยใหม่รายสุดท้ายพบในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 และจากการเฝ้าระวังต่ออีกเป็นเวลา 28 วัน ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอีกจนถึงวันที่ 28 มีนาคม 2562 ซึ่งถือว่าสิ้นสุดการระบาด

สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

พบผู้ป่วยยืนยัน 2 ราย ถือว่ามีการระบาดเกิดขึ้นในพื้นที่ซึ่งไม่เคยมีรายงานมาก่อน และพบผู้ป่วยสงสัยอีก 42 ราย รวมทั้งหมด 44 ราย พบอาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ ไข้ ปวดกระดูกหรือข้อต่อ ปวดศีรษะ ออกผื่น ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระบอกตา สอดคล้องตามนิยามผู้ป่วยโรคซิคุนญาของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ⁽¹⁾

ตารางที่ 2 ร้อยละของ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคชิคุนกุนยาที่ถูกต้อง ก่อนและหลังการให้ความรู้ในรูปแบบ
ประชาคมหมู่บ้าน

ข้อ	เรื่อง	ร้อยละ (ก่อน n=140)	ร้อยละ (หลัง n=147)
1	ท่านรู้จักหรือเคยได้ยินชื่อโรคชิคุนกุนยา (ไข้ปวดข้อยุงลาย) หรือไม่	16.43	100.00
2	ยุงลายบ้าน และยุงลายสวนคือพาหะของโรคชิคุนกุนยา (ไข้ปวดข้อยุงลาย)	32.86	87.86
3	ธรรมชาติของยุงลายมักหากินช่วงกลางคืน	36.43	69.29
4	อาการไข้สูง ปวดข้อ ออกผื่น เป็นอาการของโรคชิคุนกุนยา (ไข้ปวดข้อยุงลาย)	62.14	100
5	ปัจจุบันโรคชิคุนกุนยา (ไข้ปวดข้อยุงลาย) มีการพบการระบาดมากที่สุดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย	51.43	95.71
6	ถ้าท่านหรือคนในบ้านของท่านมีอาการไข้สูง ปวดข้อ ออกผื่น ท่านจะไปพบแพทย์ หรือสถานพยาบาลลำดับแรกใช้หรือไม่	68.57	94.29
7	ปกติท่านมีวิธีการป้องกันยุงลายได้ด้วยวิธีเหล่านี้หรือไม่ นอนกางมุ้ง ทายากันยุง ใช้ยาจุดกันยุง อื่นระบุ	37.86	65.71
8	ปกติท่านได้มีการ ทำความสะอาดบ้านให้ปลอดโปร่ง รวมทั้งการกำจัด วัชพืชนอกบ้าน ไม่เป็นแหล่งเกาะพักของยุงลายเป็นประจำหรือไม่	42.86	88.57
9	ปกติท่านได้มีการ จัดเก็บขยะทั้งในและนอกบ้าน ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ ของยุงลาย เป็นประจำหรือไม่	30.00	84.29
10	ปกติท่านได้มีการ ปิดฝาภาชนะใส่น้ำให้มิดชิด ขัดล้างภาชนะใส่น้ำ และ ถ่ายน้ำไม่ให้ยุงลายวางไข่ เป็นประจำทุก 7 วันหรือไม่	17.14	70.00
Mean		3.96	8.56
Sd		1.39	0.98

จากเส้นโค้งการระบาด มีลักษณะการระบาดแบบแหล่งโรค แพร่ขยาย (Propagated Source) พบว่าระยะเวลาที่สัมผัส (Exposure Period) อยู่ในช่วงเวลาต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ซึ่ง ไม่อธิบายการติดเชื้อจาก Index Case ชัดเจนนัก เพราะในช่วง ระยะเวลาวันที่ 1-12 กุมภาพันธ์ 2562 ดังกล่าว Index Case เดินทางไปหมู่บ้านสุขสันต์ ชุมชนบ้านคนที ตำบลราไวย์ อำเภอ ฉลอง จังหวัดภูเก็ต

จากการสอบสวนเพิ่มเติมที่ระยะเวลามากกว่า 2 เท่าของ ระยะฟักตัว คือ ก่อนวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2562 นั้น พบว่ามีผู้ป่วย สงสัยโรคชิคุนกุนยา เป็นเพศชาย อายุ 55 ปี (First Case) มี ประวัติไปทำงานที่จังหวัดปทุมธานีตลอดระยะ 2 ปี และได้เดินทาง

กลับมาหมู่บ้านชำระหมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง ระหว่างวันที่ 26-30 ธันวาคม 2561 โดยวันที่ 29 ธันวาคม 2561 เริ่มป่วยด้วยอาการไข้ ปวดข้อ โดยอีก 6 วันถัดมา เริ่มมีผื่นขึ้นตามตัว และในวันที่ 7-14 มกราคม 2562 พบผู้ป่วยไข้ปวดข้ออีกจำนวน 5 ราย ซึ่งเป็น ญาติและเพื่อนบ้านในบ้านชำระ หมู่ 10 โดยวันที่ 8 มกราคม 2562 มีกิจกรรมงานศพใกล้บ้าน Index Case ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยก่อนนี้ สันนิษฐานว่าน่าจะแหล่งโรคร่วมของ Index Case และต่อมาเกิด การระบาดในช่วงกลางเดือนกุมภาพันธ์ 2562

การระบาดของโรคชิคุนกุนยาในประเทศไทยครั้งนี้ ได้มีการ ระบาดอย่างมาก มีค่าเกินค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ปลายเดือนพฤศจิกายน 2561 เป็นต้นมา และต่อเนื่องเรื่อยมาตามรายงานของสำนักโรค-

ติดต่อนำโดยแมลง ที่ไ้รายงานสถานการณ์ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม– 2 เมษายน 2562 ⁽³⁾ การระบาดครั้งนี้เป็นครั้งแรกใน อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งไม่เคยมีการรายงานการระบาดมาก่อน แต่จากการศึกษาของภูวเดช สุระโคตรและคณะ ⁽⁵⁾ ได้รายงานยืนยันการระบาดของโรคชิคุนกุนยา ที่อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อปี พ.ศ. 2552 ซึ่งพื้นที่นี้อยู่ไม่ห่างจากอำเภอกะสัง โดยทั่วไป โรคชิคุนกุนยาจะเกิดเป็นวัฏจักรตามฤดูกาลในพื้นที่ที่เคยระบาด ทุก 4–8 ปี หรือบางครั้งอาจนานถึง 20 ปี ⁽⁶⁾ จึงมีความสนใจศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ซึ่งผลการประเมินความรู้ก่อนและหลังดำเนินการพบว่า ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้ ทำให้มีความเสี่ยงสูงอย่างมากที่เกิดการระบาดซ้ำ ๆ อีกอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง สอดคล้องกับการสอบสวนโรคชิคุนกุนยาในชุมชนมุสลิม จังหวัดระยอง ของชัยวัฒน์ จัตตพร และคณะ ⁽⁷⁾ จากการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชนพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากประมาณ 5 เท่าจากผู้ป่วยที่ไปโรงพยาบาล ดังนั้นในพื้นที่เสี่ยงเมื่อพบผู้ป่วยเพียงหนึ่งราย ต้องคำนึงถึงการระบาดในชุมชนด้วย และควรลงสอบสวนควบคุมโรคโดยเร็ว เพื่อป้องกันการระบาดที่รุนแรง

การดำเนินการเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข EOC มีแนวทางการควบคุมป้องกันโรคอย่างเข้มข้นมีมาตรการ 3 เก็บ 3 โรค ตามมาตรการ 0, 1, 3, 5, 7, 14, 21, 28 ซึ่งได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นอย่างดี ทำให้การเฝ้าระวังโรคเป็นเวลา 28 วัน นาน 2 เท่าของระยะฟักตัวของโรค ซึ่งผลลัพธ์พบว่าค่า HI, CI ในเวลาต่อมาเป็นศูนย์ แสดงถึงการมีประสิทธิภาพการควบคุมโรคที่ดี และไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นอีก

ข้อจำกัดในการสอบสวน (Limitations)

ระบบการแจ้งข้อมูลโรคติดต่อระหว่างจังหวัดล่าช้า ทำให้การลงสอบสวนเพื่อป้องกันและควบคุมทำได้ไม่เต็มที่ เกิดความล่าช้า

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกะสัง ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้มีมาตรการควบคุมป้องกันโรคดังนี้

1. เปิดศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอำเภอกะสัง (EOC) วางมาตรการในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ร่วมทำกิจกรรม Big cleaning day จัดการสิ่งแวดล้อมภายในหมู่บ้าน

2. ประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ่นเครื่องละออง-

ฝอย ULV และพ่นหมอกควันเพื่อกำจัดยุงลายทุกหลังคาเรือน โดยดำเนินการ 2 ครั้ง ห่างกัน 7 วัน

3. เฝ้าระวัง สอบสวน และควบคุมโรค ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่ จ่ายโลชั่นทาทั้งตัวให้บุคคลในครอบครัวผู้ป่วย และดำเนินการสำรวจคัดชันลูกน้ำยุงลายร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยให้ HI, CI เป็นศูนย์ภายใน 7 วัน

4. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการเคาะประตูบ้าน เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ดำเนินการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ เช่น หยดทรายกำจัดลูกน้ำ การปิดภาชนะเก็บน้ำให้มิดชิด การหมั่นเปลี่ยนถ่ายน้ำ (เช่น ทุก 7 วัน) การใส่ปลากินลูกน้ำ การใส่สารเคมีฆ่าลูกน้ำตามมาตรการ 0, 1, 3, 5, 7, 14, 21, 28 และให้ประชาชนดำเนินการตามมาตรการ 3 เก็บ 3 โรค

5. แนะนำประชาชนป้องกันตนเองไม่ให้ยุงกัด และต้องให้ผู้ป่วยนอนในมุ้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ยุงลายไปกัดและแพร่เชื้อได้ ประเมินผลการดำเนินการโดย สสจ. สคร. 9 โดยกำหนดวันที่ 7, 14, 21, 28 ของการระบาด

ข้อเสนอแนะ

การสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบเฝ้าระวังโรค

1. แจ้งเตือนให้แพทย์และผู้เกี่ยวข้องรายงานผู้ป่วยที่ต้องสงสัยทันที โดยไม่ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และพัฒนาการควบคุมและป้องกันโรค

2. การพัฒนาการควบคุมและป้องกันโรค โดยการสื่อสารความเสี่ยง แจ้งเตือนประชาชนครอบคลุมทุกพื้นที่ กระตุ้นเตือนประชาชนให้กำจัดลูกน้ำยุงลายและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกสัปดาห์ เพื่อการควบคุมคัดชันลูกน้ำยุงลาย HI, CI ไม่ให้เกินเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อไม่ให้เกิดการระบาดอีก

3. ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังและสื่อสารระหว่างจังหวัดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงสุลิพร จิระพงษา อาจารย์ที่ปรึกษาจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกะสัง, สาธารณสุขอำเภอกะสัง กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว SRRT อำเภอกะสัง เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกะสัง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกะสัง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยทุกคน ที่ให้ช่วยเหลือในการสอบสวนโรคในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. แนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2563] เข้าถึงได้จาก: http://odpc8.ddc.moph.go.th/upload_epi_article/dWoQeKhEGHvLqR1IfCYF.pdf
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคไข้วัดข้อมูลลาย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://www.boe.moph.go.th/fact/Chikungunya.htm>
3. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้วัดข้อมูลลายประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Chikun/2562/chikun_wk%2012.pdf
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546. หน้า 21-2, 187-9.
5. ภูวเดช สุระโคตร, บุญเชิด อินพลทัน. การสอบสวนการระบาดของโรคไข้วัดข้อมูลลาย บ้านโคกว่าน หมู่ที่ 11 ตำบลตางจ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2552; 40: 309-13.
6. Regional Office for South-East Asia, World Health Organization. Guidelines for Prevention and Control of Chikungunya Fever [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/guidelines-for-prevention-and-control-of-chikungunya-fever>
7. ชัยวัฒน์ จิตตบุตร, พิภพ เมืองศิริ, อารังศักดิ์ ธรรมเจริญ, อรรพรรณ พานิชย์, วราพร วิริยะอลงกรณ์, โรม บัณฑอง. การสอบสวนโรคชิคุนกุนยาในชุมชนมุสลิม หมู่ที่ 4 ตำบลพลองตาเยี่ยม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ 12 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2554; 42: S1-9.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

พิเชษฐ พืดขุนทด, พุฒิธร มาลาทอง. การสอบสวนโรคชิคุนกุนยาและพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชน หมู่ 10 ตำบลหนองเต็ง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ วันที่ 8 กุมภาพันธ์-28 มีนาคม 2562. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2562; 50: 581-9.

Suggested Citation for this Article

Puedkuntod P, Malatong P. Investigation of chikungunya outbreak and self-care behaviors of the villagers in Village No. 10, Nong Teng Subdistrict, Krasang District, Buriram Province, Thailand, 8 February-28 March 2019. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2019; 50: 581-9.

Investigation of chikungunya outbreak and self-care behaviors of the villagers in Village No. 10, Nong Teng Subdistrict, Krasang District, Buriram Province, Thailand, 8 February–28 March 2019

Author: Pichet Puedkuntod¹ Puttitorn Malatong²

¹ Buriram Provincial Health Office

² Lahansai Hospital, Buriram Province

Abstract

Background: On February 22, 2019 Buri Ram Province found a case report of Chikungunya disease (Index case), a 32 years old female patient, from an area that had never reported a Chikungunya case. This study aimed to confirm the diagnosis and the outbreak, search for disease source, characteristics of chikungunya outbreak along with studying knowledge and the self-care behaviour leading to disease control and prevention.

Methods: The investigation is a descriptive epidemiological study by interviewing patients, reviewing medical records and active case finding. Survey of the environment and larval indices were also conducted.

Results: Ban Chamrae, Village No. 10, Nong Teng Subdistrict, Krasang District, Buri Ram Province had total population of 230 people. There were numerous water containers. From an active case finding, we found 44 cases, among them 2 were confirmed by Real-Time PCR. Morbidity rate was 19.13 percent. Their average age was 32.04 years with range of 4-78 years. An environmental study found the value of HI = 31.91, CI = 12.5.

From the survey of knowledge and treatment of Chikungunya disease among 140 people. We found that around 84 percent did not know what disease was, and 83 percent were not yet aware of the closure of containers or cleaning water containers every 7 days. After a section of village meeting, knowledge and protective behaviours regarding Chikungunya disease was significantly higher (p-value < 0.001). After the investigation, it was found that HI = 0, CI = 0 and no new case was found until 28 days.

Recommendation: The disease surveillance system should be strengthened by notifying physicians and related parties to immediately report suspected patients without having to wait for the laboratory results. The disease prevention and control should develop effective risk communication to alert people in all areas to eliminate mosquito larvae and destroy breeding sites continuously on a weekly basis. Lastly the surveillance and communication systems between provinces should be developed.

Keywords: Outbreak Investigation, Chikungunya, Nong Teng Subdistrict, Krasang District, Buriram Province