

ฉันทชนก อินทร์ศรี, ศิณิชา กุลวาศ, นนทรี วังวิจารณ์, บัณฑิต ทองเปี่ยม, เขมรัตน์ พรหมพิทักษ์, ธนวรรณ เอี่ยมรอด,
วิภา เจนพรมราช, รัชชญาภัช สำเนา, อีร์ศักดิ์ ชักนำ

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

✉ outbreak@health.moph.go.th

สถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญประจำสัปดาห์ที่ 31 ระหว่างวันที่ 4-10 สิงหาคม 2562 ทีมตระหนักรู้สถานการณ์
กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานและตรวจสอบข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบโรคและเหตุการณ์ที่น่าสนใจ ดังนี้

สถานการณ์ภายในประเทศ

1. โรคไข้เลือดออกเสียชีวิต 5 เหตุการณ์

กรุงเทพมหานคร พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง อายุ 25 ปี อาชีพพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน อาศัยอยู่ที่เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร เริ่มป่วยวันที่ 23 กรกฎาคม 2562 ด้วยอาการไข้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง วันที่ 24 กรกฎาคม 2562 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Dengue Ns1 Ag ให้ผลบวก แพทย์ให้เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในแต่ผู้ป่วยปฏิเสธ นัดติดตามอาการในวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ความเข้มข้นของเลือดมีค่าเพิ่มสูงขึ้น แต่ปริมาณเกล็ดเลือดลดลงเล็กน้อย แพทย์รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน ระหว่างการรักษาวันที่ 26-28 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยไข้สูงลอย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ วันที่ 29 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยมีไข้สูง จุกแน่นหน้าอก และหมดสติหงายหลังบนเตียง ไม่รู้สึกตัว คลำชีพจรไม่ได้ ย้ายผู้ป่วยไปที่แผนกผู้ป่วยหนัก โดยได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ 10 นาที แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์ประเมินอาการและอัลตราซาวด์หัวใจ พบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและความดันโลหิตลดลงเรื่อยๆ จึงได้ให้สารน้ำทางเส้นเลือด และยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี RT-CPR พบสารพันธุกรรมไวรัสเด็งกี ซีโรไทป์ 1 ประวัติการเดินทางในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนป่วย ผู้เสียชีวิตเดินทางไปเที่ยวอำเภอหัวหิน 3 วัน

จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 12 ปี น้ำหนัก 73 กิโลกรัม มีภาวะอ้วน อาศัยอยู่ที่ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี เริ่มป่วยเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2562 ด้วยอาการไข้ อาเจียน ถ่ายเหลว และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเดชอุดม ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 27 กรกฎาคม 2562 ผลตรวจความสมบูรณ์ของเลือด พบเกล็ดเลือด 235,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์-

มิลลิเมตร ฮีมาโตคริต ร้อยละ 34 เม็ดเลือดขาว 11,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ลิมโฟไซต์ ร้อยละ 5.5 วันที่ 28 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยมีภาวะ ARDS และใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยเสียชีวิตในวันที่ 1 สิงหาคม 2562 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Dengue NS1 Ag ให้ผลบวก และพบสารพันธุกรรมไวรัสเด็งกี ซีโรไทป์ 1

จังหวัดระยอง พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง อายุ 34 ปี ชาวกัมพูชา อยู่ที่ตำบลแม่ น้ำคู้ อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง เริ่มป่วยวันที่ 27 กรกฎาคม 2562 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปลวกแดง วันที่ 1 สิงหาคม 2562 ด้วยอาการปวดท้อง อาเจียน เป็นเลือด แรกรับอุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 129/97 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจค่าความสมบูรณ์ของเลือด พบเกล็ดเลือด 10,510 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ฮีมาโตคริต ร้อยละ 54 เม็ดเลือดขาว 5,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผลตรวจ Dengue IgG, IgM และ Dengue NS1 Ag ให้ผลบวก แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออก วันที่ 2 สิงหาคม 2562 ผู้ป่วยชัก ไม่รู้สึกตัว ความดันโลหิตตก แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ให้เลือด และส่งต่อเข้ารับการักษาที่โรงพยาบาลระยอง ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตวันที่ 5 สิงหาคม 2562 เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหา Dengue serotype อยู่ระหว่างการตรวจ

จังหวัดร้อยเอ็ด พบผู้เสียชีวิต 1 ราย เพศหญิง อายุ 27 ปี ดัชนิวมวลกายอยู่ในระดับอ้วน อาชีพขายอาหาร อาศัยอยู่ที่ตำบลโนนรัง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เริ่มป่วยวันที่ 27 กรกฎาคม 2562 ด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามร่างกาย วันที่ 28 กรกฎาคม 2562 ไปรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยโรคไข้หวัดใหญ่ ได้รับยาฉีดและยามารับประทาน วันที่ 29 กรกฎาคม 2562 อาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย และเลือดกำเดาไหล วันที่ 30 กรกฎาคม 2562 เข้ารับการรักษาที่ศูนย์การแพทย์แห่งหนึ่ง อุณหภูมิร่างกาย

37.7 องศาเซลเซียส ทำ Tourniquet test ให้ผลบวก แพทย์วินิจฉัยสงสัยโรคไข้เลือดออก ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด วันที่ 31 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว มีภาวะช็อก น้ำท่วมปอด ไตวายฉับพลัน และมีภาวะเลือดออก แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และทำอัลตราซาวด์ พบมีภาวะก้อนเลือดในช่องท้องและทางเดินอาหาร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้วยชุดทดสอบ Dengue NS1 Antigen ให้ผลบวก มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน แพทย์ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ ต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์วินิจฉัย 1. Dengue Hemorrhagic Fever 2. Metabolic acidosis 3. Massive Bleeding และ 4. Hypovolemic Shock ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมไวรัสเด็งกี ซีโรไทป์ 2

จังหวัดชัยภูมิ พบผู้ป่วยสงสัยโรคไข้เลือดออกช็อกเสียชีวิต 1 ราย เพศชาย อายุ 12 ปี เป็นนักเรียน อาศัยอยู่ที่ตำบลบ้านกอก อำเภोजัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ เริ่มป่วยวันที่ 20 กรกฎาคม 2562 ด้วยอาการไข้ ปวดศีรษะ หน้ามืด ชงเวียนซื้อยาจากร้านขายยามารับประทานแต่ไม่ทราบชนิดของยา วันที่ 22 กรกฎาคม 2562 ยังคงมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ถ่ายเป็นน้ำ มีผื่นจุดแดงขึ้นที่หลังมือ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจัตุรัส วันที่ 24 กรกฎาคม 2562 มีอาการปวดจุกแน่นท้อง และอาเจียนมีเลือดสีดำแดงปน 3 ครั้ง ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 7 ครั้ง จึงไปรักษาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ด้วยอาการเหงื่อออก ตัวเย็น แพทย์ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจัตุรัส เก็บตัวอย่างเลือดและส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล ผลตรวจค่าความสมบูรณ์ของเลือด พบเกล็ดเลือด 12,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ความเข้มข้นเลือด ร้อยละ 45 เม็ดเลือดขาว 4,900 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชัยภูมิ แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกช็อกและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ที่หออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต และวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม โรคไข้เลือดออก grade 3, ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น, ตับอักเสบร่วมกับมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ สงสัยภาวะการทำงานของตับล้มเหลว วันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันถามตอบรู้เรื่อง หายใจหอบ มีเลือดกำเดาออกเป็นเลือดสด และอาเจียนเป็นเลือด จำนวน 1 ครั้ง ปริมาณ 30 มิลลิตร อุจจาระเป็นสีเขียว ปวดท้อง และท้องตึง ค่าตับขึ้นสูง ตับโต เม็ดเลือดขาวต่ำ แพทย์ให้การรักษาโดยให้เลือด 8 ยูนิต เวลา 21.00 น. ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้ป่วยเสียชีวิตวันที่ 6 สิงหาคม 2562 แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออก ประวัติการเดินทางก่อนป่วย 14 วัน ผู้ป่วยเดินทางไปเรียนที่โรงเรียนทุกวัน

2. การประเมินความเสี่ยงของโรคไข้ปวดข้อยุลงลาย

จากสถานการณ์โรคไข้ปวดข้อยุลงลายเกิดการระบาดตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2561 และต่อเนื่องมาถึงปี พ.ศ. 2562 ซึ่งมีแนวโน้มว่าในช่วงฤดูฝนจะระบาดอย่างต่อเนื่องในทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย โดยพบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังในช่วงเวลาเดียวกันของทุกเดือนที่ผ่านมาและยังมีรายงานผู้ป่วยนอกพื้นที่เสี่ยงสูง 30 จังหวัด กระจายในพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลาง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การเคลื่อนย้ายของประชากร ค่าดัชนีลูกน้ำยุลงลายสูงเกินค่ามาตรฐาน และผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิก ซื่อ ยารับประทานเองและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ทำให้ไม่ถูกรายงานเข้าระบบเฝ้าระวังโรค เกิดการระบาดเป็นวงกว้างและควบคุมโรคไม่ทันการณ์ ส่วนพื้นที่ภาคใต้มีแนวโน้มผู้ป่วยชะลอลง แต่หลายจังหวัดยังคงมีรายงานผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุลงลายเพิ่มขึ้นจากสัปดาห์ที่ผ่านมา 339 ราย จาก 24 จังหวัด ข้อมูลจากโปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาดระหว่างวันที่ 1-6 สิงหาคม 2562 มีเหตุการณ์ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด 6 เหตุการณ์ จาก 6 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี นนทบุรี แพร่ นครราชสีมา เพชรบุรี อุตรดิตถ์ และแม่ฮ่องสอน เมื่อพิจารณาอัตราป่วยตามพื้นที่ที่พบผู้ป่วย พบว่าภาคเหนือมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงสุด อัตราป่วย 7.26 ต่อประชากรแสนคน และภาคกลาง อัตราป่วย 0.58 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่ภาคใต้ที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดแต่มีแนวโน้มผู้ป่วยเริ่มชะลอลง โดยกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มวัยเรียน สูงสุดในกลุ่มอายุ 5-14 ปี อัตราป่วย 12.34 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มวัยทำงาน 15-34 ปี (11.78) และ 35-59 ปี (8.42) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.44 รองลงมา คือ นักเรียน (24.48%) และงานบ้าน (8.82%) ตามลำดับ

กองโรคติดต่อฯ โดยแมลงกลางคืนการระบาดของโรคไข้ปวดข้อยุลงลายปี 2562 ในช่วงฤดูฝน มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุลงลาย จำนวนผู้ป่วยในทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะจังหวัดนอกพื้นที่ภาคใต้ การดำเนินการของหน่วยงานในพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลางควรเตรียมพร้อมรับการระบาดในพื้นที่และควบคุมโรคทันทีเมื่อพบผู้ป่วย ค้นหาผู้ที่อาจติดเชื้อในชุมชนในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนผู้ป่วยแสดงอาการ รวมทั้งค้นหาผู้ป่วยที่ไม่ได้รายงานหรือไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค และสื่อสารให้ประชาชนที่มีอาการสงสัยให้รีบไปพบแพทย์ ป้องกันผู้ป่วยจากการถูกยุงกัดโดยให้นอนในมุ้ง หรือห้องที่กันด้วยมุ้งลวด อาจใช้มุ้งชุบสารเคมี หรือฉีดพ่นสารเคมีที่มีฤทธิ์ตกค้าง หรือมีฤทธิ์ฆ่ายุงตัวเต็มวัย เพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่โรค

ในผู้ป่วยระยะที่มีเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (viremia) มีการสื่อสารให้ประชาชนกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยตนเอง และสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยเฉพาะชุมชน

3. สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่

ตั้งแต่ 1 มกราคม-6 สิงหาคม 2562 มีรายงานผู้ป่วย 217,161 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 327.54 ต่อประชากรแสนคน ผู้เสียชีวิต 17 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.01 ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 22 จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าปีที่แล้วประมาณ 2 เท่า (รูปที่ 3,4)

อัตราป่วยสูงสุดในเด็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี เท่ากับ 94.48 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5-14 ปี (77.00) และ 15-24 ปี (23.61) ตามลำดับ

จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10 อันดับแรก ได้แก่ ภูเก็ต (87.66) จันทบุรี (70.78) ประจวบคีรีขันธ์ (67.35) อุบลราชธานี (67.25) ระยอง (57.44) นครสวรรค์ (56.45) กรุงเทพมหานคร (54.86) นครพนม (52.89) นครปฐม (52.28) และเพชรบุรี (45.72)

ผลการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) และกลุ่มอาการปอดบวมจากโรงพยาบาลเครือข่ายของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และกรมควบคุมโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-6 สิงหาคม 2562 มีรายงานผู้เสียชีวิต 17 ราย จากจังหวัดนครราชสีมา 6 ราย เชียงใหม่ หนองบัวลำภู กรุงเทพมหานคร จังหวัดละ 2 ราย เชียงราย สุราษฎร์ธานี หนองคาย สมุทรปราการ และอุบลราชธานี จังหวัดละ 1 ราย สาเหตุจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A 13 ราย ในจำนวนนี้จำแนกเป็นชนิด A/H1N1 (2009) 8 ราย A/H3N2 2 ราย และ Flu A 4 ราย เป็นชนิด B 1 ราย ไม่ได้ส่งตรวจ 2 ราย

จากการเฝ้าระวังเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ พบว่าเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด B ยังคงมีสัดส่วนสูงสุดและเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H3N2) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการเฝ้าระวังเหตุการณ์ มีรายงานเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อน มีรายงานการระบาดในเรือนจำ 2 เหตุการณ์ที่จังหวัดนครพนมและอุทัยธานี และค่ายทหาร 1 เหตุการณ์ที่จังหวัดปัตตานี

สถานการณ์ต่างประเทศ

1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า สาธารณรัฐ

ประชาธิปไตยคองโก (DRC) องค์การอนามัยโลก รายงานว่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ไม่มีการรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเพิ่มเติมในช่วงสุดสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยรายใหม่ 39 ราย ที่มีการรายงานล่าสุดนั้น ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยจากเหตุการณ์การระบาดทั้งสิ้น 2,763 ราย เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2562 มีการรายงานพบผู้ป่วยเพิ่มอีก 17 ราย และวันที่ 3 สิงหาคม 2562 มีรายงานผู้ป่วยเพิ่ม 12 ราย และอยู่ระหว่างดำเนินการสอบสวนโรค 397 ราย ข้อมูลจาก dashboard online พบผู้เสียชีวิตทั้งหมด 1,843 ราย ซึ่งมีผู้เสียชีวิตสูงกว่าข้อมูลที่รายงานโดยกระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก อยู่ 20 ราย

ในวันที่ 2 สิงหาคม 2562 กระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก รายงานพบผู้ป่วยซึ่งเป็นน้องสาวของผู้ป่วยรายที่ 2 ถูกตรวจพบที่เมือง Goma และได้หลบหนีไปอยู่ที่จังหวัด South Kivu โดยมีผู้สัมผัสของผู้ป่วยรายนี้ 40 ราย ทุกรายได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคแล้ว ซึ่งในจำนวนนี้ 9 ราย ถูกระบุเป็นผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยยืนยัน เพศชาย อายุ 25 ปี ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านจากเมือง Mabalako ซึ่งได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในวันที่ 20 กรกฎาคม 2562 และผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการรักษาในช่วงวันที่ 24-29 กรกฎาคม 2562 โดยมีอาการค่อย ๆ แย่ลง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการยืนยันการติดเชื้อจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2562 และถูกส่งตัวไปรับการรักษาที่ศูนย์บำบัดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า โดยผู้ป่วยรายนี้มีผู้สัมผัสทั้งหมด 22 ราย ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสอีโบล่า จากเมือง Lubero ซึ่งหนีไปอาศัยอยู่ในชุมชนในเมือง Masereka ถูกค้นพบและส่งตัวไปรับการรักษาที่ศูนย์บำบัดโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า

2. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเมอร์ส ประเทศซาอุดีอาระเบีย

ช่วงสุดสัปดาห์ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขซาอุดีอาระเบีย รายงานพบผู้ป่วยโรคเมอร์สสายแรก ของเดือนสิงหาคม 2562 เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 71 ปี จากเมือง Buraidah มีประวัติสัมผัสอูฐ โดยผู้ป่วยรายนี้ถูกระบุเป็นผู้ป่วยแบบ primary ซึ่งหมายถึง ไม่น่าจะติดเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยรายอื่น ประเทศซาอุดีอาระเบียรายงานผู้ป่วยโรคเมอร์ส 6 ราย ในเดือนกรกฎาคม 2562

(แหล่งที่มา: เว็บไซต์ CIDRAP วันที่ 5 สิงหาคม 2562)