

รายงานการสอบสวนการระบาดของโรคมือเท้าปาก ศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน บ้านโนนสมบูรณ์

ต.บ้านค้อ อ.คำชะอี จ.มุกดาหาร วันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2550

(Investigation of Hand foot and Mouth Disease at Mukdahan province, September 21, 2007)

อนุวัตร แก้วเชียงหวาง

Anuwat Kaewchiangwang

โรงพยาบาลคำชะอี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

mukdahan Health Office

✉ anuwatk@hotmail.com

บทนำ (Introduction)

เมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2550 ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) อำเภอคำชะอี ได้รับแจ้งจากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ บ้านห้วยตาเปาะ ว่ามีเด็กป่วยด้วยอาการไข้ มีตุ่มที่ฝ่ามือ และฝ่าเท้า ในศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนบ้านโนนสมบูรณ์ ตำบลบ้านค้อ อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารร่วมกับ SRRT ของอำเภอคำชะอี ออกดำเนินการสอบสวนโรคในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค การระบาดของศึกษาทางระบาดวิทยาเชิงพรรณนาของโรค ค้นหาสาเหตุและการแพร่กระจายของโรค เพื่อวางแผนทางในการควบคุมโรคและป้องกันโรคในครั้งนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา (Methods)

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

- 1.1 ศึกษาข้อมูลการระบาดของโรค มือเท้าปากจากสำนักระบาดวิทยา
- 1.2 รวบรวมข้อมูลโรคมือเท้าปาก จากรายงาน 506 ของจังหวัดมุกดาหาร ปี พ.ศ.2550
- 1.3 ตรวจสอบร่างกายเด็กและสัมภาษณ์ผู้ปกครองที่นำเด็กมาศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนบ้านโนนสมบูรณ์วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2550

นิยามในการสอบสวนโรค

ประเภทผู้ป่วย (Case Classification)

- 1. ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกดังต่อไปนี้ มีแผลเปื่อยในปากและมีอาการเจ็บ หรือ มีตุ่มพองขนาดเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วเท้า ฝ่าเท้า ส้นเท้า ก้น หรือร่วมกับอาการไข้ ตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน ถึงวันที่ 22 กันยายน 2550
- 2. ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและมีข้อมูลทางระบาดวิทยา เชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ยืนยัน
- 3. ผู้ป่วยที่ยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยที่อาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับผลการตรวจอุจจาระพบเชื้อ Enterovirus 71

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Investigation)

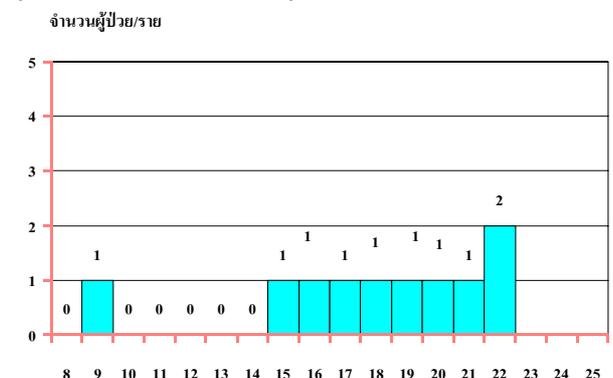
เก็บอุจจาระส่งตรวจเพื่อแยกเชื้อในเซลล์เพาะเลี้ยง พิสูจน์เชื้อ

โดยเก็บ ปริมาณ 8 กรัม เก็บเร็วที่สุดภายใน 14 วัน นับตั้งแต่เริ่มป่วยใส่ในหลอดหรือกล่องพลาสติกที่สะอาดหรือปราศจากเชื้อปิดฝาให้แน่น ปิดฉลากระบุชื่อผู้ป่วย ชนิดตัวอย่าง และวันที่เก็บตัวอย่าง แช่เย็นในอุณหภูมิ 4 – 8 องศาเซลเซียส และระหว่างส่งตัวอย่างไปห้องปฏิบัติการต้องมีการแช่น้ำแข็งในปริมาณที่มากพอที่จะป้องกันไม่ให้ น้ำแข็งละลายหมดก่อนถึงห้องปฏิบัติการ

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยา

ผลการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้ป่วยรายแรกเป็นเพศหญิงอายุ 1 ปี 11 เดือน อาการมีแผลที่กระพุ้งแก้ม ตุ่มพองขนาดเล็กที่ฝ่ามือ ฝ่าเท้า เกิดขึ้นหลังจากเดินทางกลับมาจากไปเยี่ยมญาติที่จังหวัดสกลนครในวันที่ 9 กันยายน 2550 และยังไม่พบผู้พัฒนาเด็กเล็กตามปกติ หลังจากพบผู้ป่วยรายแรก พบผู้ป่วยรายที่ 2 ห่างกัน 6 วัน และพบผู้ป่วยมากที่สุดในระยะห่าง 13 วัน หลังพบผู้ป่วยรายแรก หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น ลักษณะการกระจายของโรคพบว่า เป็นผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) ทั้งหมด 10 ราย คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 31.25 เพศหญิง 3 ราย เพศชาย 7 ราย คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 2.33 อัตราป่วยจำแนกเพศ (sex-specific attack rate) เพศชาย เท่ากับ 38.89% เพศหญิงเท่ากับ ร้อยละ 21.43 มีอายุระหว่าง 1 - 4 ปี อายุเฉลี่ย 2.9 ปี เด็กที่ป่วยอยู่ในห้องที่ 1 จำนวน 6 ราย เป็นเพศหญิง 2 ราย เพศชาย 4 ราย อยู่ในห้องที่ 2 จำนวน 4 ราย เป็นเพศหญิง 1 ราย เพศชาย 3 ราย อัตราป่วยจำแนกห้อง (Room-specific attack rate) ของห้องที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 33.33 ห้องที่ 2 เท่ากับ ร้อยละ 28.57

แผนภูมิที่ 1 แสดงการกระจายของผู้ป่วย โรคมือเท้าปาก จำแนกตามวันที่ป่วย ศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนบ้านโนนสมบูรณ์ ระหว่างวันที่ 9-22 กันยายน 2550



ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของผู้ป่วย มือ เท้า ปาก จำแนกตามอาการ

และอาการแสดง		
อาการและอาการแสดง	จำนวน	ร้อยละ
1. ไข้	10	100
2. ผื่นหรือแผลที่ลิ้น/เพดาน/ กระพุ้งแก้ม/เหงือก	9	90
3. ผื่นหรือแผลที่ฝ่าเท้า	8	80
4. ผื่นหรือแผลที่ฝ่ามือ	8	80
5. น้ำมูก	4	40
6. กลืนไส้/อาเจียน	4	40
7. ผื่นหรือแผลที่ก้น	2	20

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ส่งอุจจาระตรวจ จำนวน 4 ราย ผลการตรวจอุจจาระทางห้องปฏิบัติการเพื่อหา Enterovirus 71 ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่พบเชื้อ Enterovirus 71

ผลจากการศึกษาสภาพแวดล้อมพบว่า สภาพห้องเรียนค่อนข้างแออัดโดยเฉพาะห้องเรียนที่ 1 มีการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน เช่น ของเล่น และไม่มีมาตรการทำความสะอาด ขาดที่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร สภาพห้องน้ำยังไม่ถูกสุขลักษณะ

ผลจากมาตรการในการควบคุมโรคทำให้การระบาดยุติลง จากข้อมูลพบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นเพียง 2 รายหลังมีมาตรการปิดศูนย์เด็ก ตั้งแต่วันที่ 22 กันยายน 2550 ถึงวันที่ 5 ตุลาคม 2550 เป็นเวลา 14 วัน รวมเสรีอาทิพย์

การควบคุมและป้องกันโรค

จากการออกไปสอบสวนทางระบาดวิทยาได้มีการควบคุมและป้องกันโรค โดยการทำความสะอาดศูนย์เด็กด้วยการใช้คลอรีนผสมน้ำ และทำความสะอาดเครื่องใช้ อุปกรณ์ของเล่น สื่อการสอนต่างๆ นำมาล้างแดด พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ครูผู้ดูแลเด็ก จากนั้นได้ทำหนังสือแจ้งองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านค้อ ซึ่งเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบให้ทำการปิดทำการศูนย์เด็กเป็นเวลา 14 วัน ตั้งแต่วันที่ 22 กันยายน 2550 ถึงวันที่ 5 ตุลาคม 2550 และจัดทำบัญชีผู้สัมผัสทั้งหมดพร้อมประชุม อสม.เพื่อทำการเยี่ยมบ้านเฝ้าระวังค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ พร้อมทั้งแจ้งผู้นำชุมชนในการประชาสัมพันธ์ความรู้การป้องกันโรคผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

มาตรการป้องกันโรคของชุมชน

1. ลดการสัมผัส คนสู่คน โดย

1.1 ให้คำแนะนำไม่ควรนำเด็กเล็กไปในที่ชุมชน สาธารณะที่มีคนอยู่เป็นจำนวนมากๆ ควรอยู่ในที่ที่มีการระบายถ่ายเทอากาศได้ดี

1.2 หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยและระมัดระวังการไอจามรดกันให้ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก

1.3 ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังเตรียมอาหาร และรับประทานอาหารและภายหลังการขับถ่าย

1.4 ใช้ช้อนกลางและหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำหรือหลอดดูดน้ำร่วมกัน

2. มาตรการการเฝ้าระวังโรค

2.1 ทำทะเบียนเฝ้าระวังติดตามผู้สัมผัสร่วม

2.2 ครูผู้ดูแลเด็ก/เจ้าหน้าที่สอ. ตรวจร่างกายเด็กนักเรียนทุก ๆ เช้าก่อนเข้าชั้นเรียน

อภิปราย

โรคมือ เท้า ปาก(HFMD) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enterovirus ระยะฟักตัว 3 - 5 วัน ที่พบในเฉพาะในคนซึ่งมีหลายสายพันธุ์มักพบการติดเชื้อในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการป่วยหรืออาจพบอาการป่วยเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ กลืนไส้ ปวดเมื่อย จนถึงอาการไข้สูง เจ็บปาก กลืนน้ำลายไม่ได้ ไม่กินอาหาร พบตุ่มแผลในปาก เพดานอ่อน กระพุ้งแก้ม ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ด้านข้างของนิ้ว ก้น และสามารถจะหายได้เองภายในหนึ่งสัปดาห์ จากข้อมูลระบาดวิทยาปี พ.ศ. 2549 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานผู้ป่วย 3,961 ราย อัตราป่วย 6.33 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 7 ราย เริ่มมีการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก ปี พ.ศ.2544 พบผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2548 (7.47 ต่อประชากรแสนคน) อัตราป่วยลดลงในปี พ.ศ. 2549

ผู้ป่วยเพศหญิง 1,538 ราย เพศชาย 2,423 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 1.6 พบผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี อัตราป่วย 85.90 ต่อประชากรแสนคน (พบมากในเด็กอายุ 1 - 2 ปี ร้อยละ 33.48 รองลงมา เด็กอายุ 2 - 3 ปี ร้อยละ 23.63 อายุ 3 - 4 ปี ร้อยละ 13.58) รองลงมา กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี มีอัตราป่วย 6.67 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุอื่น ๆ พบได้น้อย

ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นในช่วงฤดูร้อนต่อกับต้นฤดูฝน (พฤษภาคม - มิถุนายน) ในปี พ.ศ. 2549 เริ่มพบผู้ป่วยมากในเดือนพฤษภาคม และเพิ่มสูงสุดเดือนกันยายน (ซึ่งพบมีการระบาดหลายพื้นที่) หลังจากนั้นลดลง

สำหรับจังหวัดมุกดาหาร พบการรายงานผู้ป่วยในปี 2549 จำนวน 23 ราย ปี 2550 จำนวน 89 ราย ในปี 2550 อำเภอคำชะอี พบผู้ป่วย 57 ราย อยู่ในเขตตำบลบ้านค้อ 42 ราย และอยู่ในเขตบ้านโนนสมบูรณ์ 20 ราย

จากการสอบสวนโรคครั้งนี้ พบว่ามีเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสมบูรณ์ป่วยทั้งหมด 10 ราย ป่วยมีอาการเข้าได้กับผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำนวน 10 ราย คิดเป็นอัตราป่วย ร้อยละ 31.25 ลักษณะทางระบาดวิทยาคล้ายคลึงกับข้อมูลระดับประเทศ

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคที่มีการแพร่เชื้อทางการกินเชื้อเข้าปาก โดยตรงจากมือที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย และอุจจาระผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ (ซึ่งอาจจะยังไม่แสดงอาการ) หรือมีตุ่มพอง หรือแผลของผู้ป่วย และโดยการหายใจเอาเชื้อที่แพร่กระจายจากละอองฝอยของการไอ จามของผู้ป่วย หรือผู้ติดเชื้อ การแพร่เชื้อมักเกิดได้ง่ายในช่วงสัปดาห์แรกของการป่วยซึ่งมีเชื้อออกมามาก เชื้อจะอยู่ในลำคอประมาณ 2-3 สัปดาห์ ไวรัสเข้าสู่ร่างกายทางเยื่อของคอกอหอยและลำไส้ เพิ่มจำนวนที่ทอลซิลและเนื้อเยื่อของระบบน้ำเหลืองบริเวณลำไส้ และเชื้อจะออกมากับอุจจาระ

ดังนั้นการแพร่เชื้อในครั้งนี้น่าจะเกิดจากเด็กสัมผัสเชื้อโดยตรงที่ปนเปื้อนกับของเล่น หรือหายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่กระจายขณะไอจาม การดื่มน้ำโดยแก้วน้ำร่วมกัน และไม่มีอ่างล้างมือ โดยผู้ป่วยรายแรกที่เริ่มป่วยคือวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2550 โดยคาดว่าน่าจะได้รับเชื้อจากการไปเยี่ยมบ้านญาติที่จังหวัดสกลนครมีอาการ เป็นๆหายๆ แต่ก็ยังมาเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านโนนสมบูรณ์ตามปกติ และพบผู้ป่วยรายที่สอง วันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2550 และพบผู้ป่วยรายสุดท้าย วันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2550 นับว่ามาตรการในการควบคุมโรคสามารถทำให้โรคสงบลงได้ แม้ว่าการรายงานโรคจะทำได้ล่าช้า หากสามารถ

วินิจฉัยและแจ้งทีม SRRT ได้เร็วจะทำให้สามารถควบคุมโรคได้เร็วขึ้น ผลการตรวจอุจจาระทางห้องปฏิบัติการเพื่อหา Enterovirus 71 ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่พบเชื้อ Enterovirus 71 อาจเกิดจากการเก็บส่งตรวจไม่ถูกต้อง หรือกระบวนการนำส่งไม่ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ

- 1.นายแพทย์ค่านวน อึ้งชูศักดิ์
- 2.นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร
2. ทีม SRRT สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร
3. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านค้อ

เอกสารอ้างอิง

- 1.สุริยะ กุหะรัตน์ .คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา.กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.2542.
- 2.การสอบสวนการระบาดของโรคติดเชื้อประเทศไทย กองระบาดวิทยา 2543.
3. นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. 2544
- 4.คู่มือพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว .สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี. 2548.