



รายงาน

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

WESR

ประจำสัปดาห์

Weekly Epidemiological Surveillance Report

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ISSN 0859-547X http://epid.moph.go.th/weekly/w_2551/menu_wesr51.html

ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๑ : ๑๑ มกราคม ๒๕๕๑

Volume 39 Number 1 : 11 January, 2008

สัปดาห์ที่	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	๖๐																									

สัปดาห์ที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๓๐ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑

จำนวนจังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา

ส่งทันเวลา ๖๐ จังหวัด ร้อยละ ๙๘.๕๔



ปัจจัยที่มีผลต่อโรคมือ เท้า และปาก อําเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

การสอบสวนทางระบาดวิทยา

พฤษภาคม – กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2548

(Factors associated with Hand Foot and Mouth Disease Outbreak in Kongkraisail District, Sukhothai Province, May – July ,2005)

โรม บัวทอง^{1,3} Rome Buathong^{1,3} วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล² W. Tangkanakul² สุรจิตน์ กิจอรุณ² S. Kit-Arun² อริศรา สังคค³ A. Sangkot³ มยุรี อินทธานนท์⁴ M. Inthuyanon⁴ ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ^{3,4} P. Panket^{3,4} โสภณ เอี่ยมศิริถาวร¹ S. Iamsirithaworn¹

¹สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ²Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

³สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ⁴Bureau of General Communicable Diseases, Department of Disease Control

³โรงพยาบาลกงไกรลาศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ³Kongkraisail Hospital, Sukhothai Provincial Health Office, Sukhothai Province

⁴สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุโขทัย ⁴Sukhothai Provincial Health Office, Sukhothai Province

✉ romebua@hotmail.com

บทนำ (Introduction)

โรคมือ เท้า และปาก (Hand Foot and Mouth Disease : HFMD) เกิดจากเชื้อกลุ่มไวรัสเอนเทอโร (Enterovirus) เชื้อที่พบว่าเป็นสาเหตุมาก ได้แก่ Coxsackie viruses A & B, Enterovirus 71 และ Echovirus ไวรัสเหล่านี้จัดอยู่ในจีนัสเดียวกับไวรัสโพลิโอ การติดต่อของเชื้อนี้เกิดจากการปนเปื้อนอุจจาระที่มีเชื้อเข้าสู่ปาก (faeco-oral route) เป็นส่วนใหญ่ บางส่วนเกิดจากการแพร่ทางอนุภาค aerosol droplet และจากมารดาสู่ทารก อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก ประกอบด้วยอาการไข้ ปากเป็นแผล (oral ulcer) หรือ จุดน้ำใส (vesicle) ที่มีมือและเท้า อาจจะมีตุ่มน้ำใส (Blister) เป็นคุ่มคล้ายหนอง (pustule) เป็นแผล (ulcer) หรือเป็นผื่นแดง (maculopapular rash)¹ เป็นผื่นที่ไม่มีอาการคัน ซึ่งโดยทั่วไปโรคมือ เท้า และปาก เป็นโรคที่หายได้เอง แต่มีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เสียชีวิต หรือเกิดความพิการได้ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ Encephalitis, Aseptic meningitis, Myopericarditis, Pulmonary edema or hemorrhage และ Acute flaccid paralysis²



สารบัญ

▶ ปัจจัยที่มีผลต่อโรค มือ เท้า และปาก อําเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พฤษภาคม – กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2548	1
▶ พืชจากถั่วแดงหลวง	7
▶ สรุปการตรวจสอบสวนข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 30 ธันวาคม 2550 – 5 มกราคม 2551	8
▶ สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังให้ทันคนกประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 30 ธันวาคม 2550 - 5 มกราคม 2551	9
▶ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 30 ธันวาคม 2550 – 5 มกราคม 2551	10
▶ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากบัตรรายงาน 506 ประจำเดือนธันวาคม 2550	17

มีรายงานการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ครั้งแรกที่ประเทศบัลแกเรีย เมื่อปี พ.ศ. 2518 พบผู้เสียชีวิตมากกว่า 20 ราย ต่อมาพบที่ประเทศฮังการี ในปี พ.ศ. 2521 ประเทศมาเลเซีย ในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไต้หวันในปี พ.ศ. 2541² และประเทศสิงคโปร์ ในปี พ.ศ. 2544³ การระบาดของโรคที่เกาะซาราวัก ประเทศมาเลเซีย ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2540 พบผู้ป่วย โรคมือ เท้า และ ปาก ที่เป็นเด็ก เสียชีวิตด้วยเชื้อ Enterovirus 71 จำนวน 29 ราย การระบาดในครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหลังรับไว้ใน โรงพยาบาลเฉลี่ย 9 ชั่วโมง ด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดิซเซื่อที่เชื้อหุ้มสมองและเนื้อสมอง รวมทั้งมีอาการขาตองข้างอ่อนแรง เทียบพลันด้วย⁴ ต่อมาหลังจากนั้นหนึ่งปี พบการระบาดของโรคที่ใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไต้หวันระหว่างช่วงเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2541 พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก จำนวน 129,106 ราย ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจากการรายงานของแพทย์ที่ เข้าร่วมรายงานทั้งประเทศ หากคำนวณหาตัวเลขจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมดทั่วประเทศ จะมีผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก มากกว่าหนึ่ง ล้านคน โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตในการระบาดครั้งนี้ จำนวน 71 ราย เชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ Enterovirus 71 ร้อยละ 48.7 และเมื่อปี พ.ศ. 2543 เกิดการระบาดที่ประเทศสิงคโปร์ ช่วงเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พบผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 7 ราย จากเชื้อ Enterovirus 71 เช่นกัน⁵

ในประเทศไทย ยังไม่พบการระบาดของโรค มือ เท้า และปาก จนกระทั่ง เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2548 พบผู้ป่วย สูงมากผิดปกติ เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2545 - 2547 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน จากการรายงานของสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 16 กรกฎาคม 2548 จำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมือ เท้า และปาก จำนวน 2,270 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.6 ต่อประชากรแสนคน เมื่อ เปรียบเทียบในช่วง 7 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2547 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิม 2.3 เท่า ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ยังมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 2 ราย ในปี พ.ศ. 2548⁶ ในส่วนของอำเภอคลองไกรลาส เริ่มพบผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก ประปราย โดยพบ ผู้ป่วยสองรายแรกในเดือนมีนาคม ซึ่งเป็นพี่น้องในครอบครัวเดียวกัน หลังจากนั้นเริ่มเพิ่มสูงขึ้นมากผิดปกติ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2548 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2547 ในช่วงเวลา 7 เดือนแรก อัตราป่วยเพิ่มขึ้น 11 เท่า (รูปที่ 1) สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย สำนักโรคติดต่อวิทยา และสำนักโรคติดต่อทั่วไป จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า โดยมิวัฏประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ การระบาดของโรคมือ เท้า และปาก และดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรค

วิธีการศึกษา (Methods)

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

เก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นสัมภาษณ์ผู้ปกครองผู้ป่วยที่บ้าน หรือ โรงพยาบาล และให้คำจำกัดความของ ผู้ป่วย ดังนี้

ผู้ป่วยสงสัย (Suspected Case) หมายถึง เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่มีไข้และมีผื่นขึ้นตามร่างกาย และอาศัยอยู่ในอำเภอ คลองไกรลาส จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2548

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed Case) หมายถึง เด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่มีไข้ และมีรอยโรคภายในช่องปากดังต่อไปนี้อย่างน้อย หนึ่งอย่าง คือ ตุ่มน้ำใส (Vesicle or Blister) และรอยแผลก้นตุ่ม (Ulcer) รวมทั้งมีรอยโรคที่มือ และเท้า อย่างน้อยหนึ่งอย่าง ดังนี้ ตุ่มน้ำใส (Vesicle) ตุ่มคล้ายหนอง (Pustule) รอยแผลก้นตุ่ม (Ulcer) และ ผื่นแดง (Maculopapular Rash) และอาศัยอยู่ในอำเภอ คลองไกรลาส จังหวัดสุโขทัย ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2548

การศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ (Analytic Study)

ทำการศึกษา Matched Case - Control Study โดยกลุ่มควบคุมมี เพศ อายุ และที่อยู่อาศัย เช่นเดียวกับหรือใกล้เคียงกับผู้ป่วย อัตราส่วนกลุ่มผู้ป่วยต่อกลุ่มควบคุมเป็น 1 : 4

กลุ่มผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed Case) ตามนิยามการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา

กลุ่มควบคุม หมายถึง เด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ไม่มีไข้ และ ไม่มีผื่น ที่ช่องปาก มือ และเท้า ภายใน 1 เดือน โดยอายุของ ผู้ป่วยต้องห่างกับผู้ป่วยไม่เกิน 3 ปี มีเพศเดียวกันกับผู้ป่วย อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และผู้ปกครองให้คำยินยอมให้ สัมภาษณ์ด้วยวาจา

การเลือกกลุ่มควบคุม (Selection of Control)

เลือกรายชื่อเด็กที่ไม่ป่วยจากข้อมูลเด็กที่รับวัคซีนภายในหมู่บ้านเดียวกันจากสถานีนานามัย โดยเลือกเด็กที่ไม่ป่วย จำนวน 4 คน หากมีมากกว่าหนึ่งรายให้เลือกเด็กที่มีอายุใกล้เคียงกับผู้ป่วยมากที่สุด ในกรณีที่เด็กที่ไม่ป่วยมีน้อยกว่า 4 คน ในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วย ให้เลือกเด็กเพศเดียวกันที่มีอายุใกล้เคียงกันกับผู้ป่วยที่สุดจากหมู่บ้านใกล้เคียง

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Investigation)

เก็บอุจจาระผู้ป่วยภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีอาการเพื่อแยกหาเชื้อ Enterovirus (Viral Isolation) และตรวจภูมิคุ้มกัน (Viral Serology) โดยวิธี Microneutralization test เพื่อตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันของ IgG ต่อ Enterovirus 71 ตรวจห่างกันสองครั้งอย่างน้อย 14 วัน โดยถือว่าเป็นผลบวก เมื่อไตเตอร์เพิ่มสูงขึ้น 4 เท่า

การวิเคราะห์ข้อมูล

จัดทำฐานข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi Info version 2002 หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และมัธยฐาน (Median) และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคด้วย Odds ratio (OR) 95% Confidence Interval (95% CI) และควบคุมปัจจัยตัวกวน (confounding factors) โดยใช้ Conditional multiple logistic regression

ผลการศึกษา (Results)

ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 กรกฎาคม 2548 พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในเขตอำเภอทองไทรลพบุรี ทั้งสิ้น 28 ราย อัตราส่วนผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิง 1.8 : 1 อายุเฉลี่ย 30.0 เดือน ค่าแปรปรวน (SD) 18.69 เดือน อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุม 29 ปี (SD 15.4 เดือน) อัตราส่วนของเด็กที่เข้าโรงเรียนต่อไม่เข้าโรงเรียน ในกลุ่มผู้ป่วยเป็น 4.6 : 1 ในกลุ่มควบคุม 2.6 : 1 ด้านการเลี้ยงดูพบว่า ผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยในเวลากลางวันส่วนใหญ่เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 60.7) รองลงมา ปู่ย่าตายาย (ร้อยละ 39.3) อายุเฉลี่ยของผู้เลี้ยงดูในกลุ่มผู้ป่วย 38.0 ปี (SD 14.1 ปี) ในกลุ่มควบคุม 38.2 ปี (SD 13.3 ปี) การศึกษาของผู้เลี้ยงดูในกลุ่มผู้ป่วย ระดับประถมศึกษา (ป.4 - ป.6) ร้อยละ 75.0 ระดับมัธยมศึกษา (ม.3 - ม.6) ร้อยละ 14.3 และระดับอุดมศึกษา (อนุปริญญา - ปริญญา) ร้อยละ 10.7 การศึกษาของผู้เลี้ยงดูในกลุ่มควบคุม ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา เป็นร้อยละ 75.9, 17.9, และ 4.5 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุม มีเด็กที่ป่วยในหมู่บ้าน ร้อยละ 14.3 และ 10.7 ไม่พบความเกี่ยวข้องของกลุ่มควบคุม ที่สัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วย รวมทั้งไม่พบผู้ป่วยรายอื่นในครอบครัวของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา (ตารางที่ 1)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีอาการไข้ มีรอยโรคที่ปาก มือ และเท้า เมื่อแยกลักษณะของรอยโรคที่พบในปาก พบเป็นแผล (ulcers) มากที่สุด ร้อยละ 85.7 รองลงมาเป็นตุ่มน้ำใส (vesicles) ร้อยละ 10.7 ส่วนรอยโรคที่พบบริเวณมือ และเท้า ที่พบมาก ได้แก่ ตุ่มน้ำใส (vesicles) และ ตุ่มคล้ายหนอง (pustules) ร้อยละ 57.1 อาการอื่น ๆ ที่พบมาก ได้แก่ กลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ น้ำมูกไหล ไอ เจ็บคอ ร้อยละ 53.6 รองลงมาคือ กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ปวดท้อง อาเจียน และท้องเสีย ร้อยละ 21.4 ผลการนับเม็ดเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก จำนวน 5 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น 4 ราย ค่ามัธยฐาน 14,610 cells/cc³ พิสัย 7,970 - 22,170 cells/cc³ และพบเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น ค่ามัธยฐาน 428,000 cell/cc³ พิสัย 281,000 - 493,000 cells/cc³ ผลการตรวจอุจจาระเพื่อแยกหาเชื้อไวรัส เอนเทอโร จำนวน 8 ราย ไม่พบเชื้อ Enterovirus 71 และผลการตรวจซีรัม (Paired Serum) ในผู้ป่วย 2 ราย ไม่พบแอนติบอดีต่อเชื้อไวรัส-เอนเทอโร 71

เส้นโค้งของการระบาด (Epidemic Curve) แสดงลักษณะของการติดเชื้อจากคนสู่คน (propagated source) เมื่อศึกษาการกระจายของผู้ป่วยตามตำบลพบว่า ในช่วงเดือนมิถุนายน พบการเกิดโรคมือ เท้า และปาก จำนวนมากในเขตตำบลไทรนอกแต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการก่อนและผู้ป่วยที่มีอาการภายหลัง ระยะต่อมา การเกิดโรคได้กระจายไปตามตำบลต่าง ๆ อย่างประปราย โดยพบผู้ป่วยสูงที่สุด จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 28.6) ที่ตำบลไทรนอก รองลงมา ตำบลป่าแฝก จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 17.9) ตำบลบ้านกร่าง และตำบลกกแรต ตำบลละ 4 ราย (ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคมือ เท้า และปาก ในครั้งนี้พบว่า ลักษณะด้านประชากรของผู้เลี้ยงดูไม่มีผลต่อการเกิดโรค แต่ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การล้างภาชนะที่ใช้รับประทานอาหารด้วยน้ำคลองมีความเสี่ยงต่อ

การเกิดโรคมามากกว่าครอบครัวที่ไม่ล้าง ถึง 4.79 เท่า (95% CI 1.08 - 21.13) ครอบครัวที่มีส้วมที่ไม่สะอาดหรืออุดตัน มีความเสี่ยงกว่าครอบครัวที่มีส้วมที่สะอาด ไม่อุดตัน 8.33 เท่า (95% CI 1.47-50.00) การกำจัดอุจจาระของเด็กมีส่วนสำคัญ กล่าวคือ หากครอบครัวที่กำจัดอุจจาระเด็กโดยการทิ้งตามข้างบ้าน หรือทิ้งป่าข้างบ้าน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าครอบครัวที่ทิ้งอุจจาระเด็กลงในถังขยะหรือในส้วม 5.88 เท่า (95% CI 1.39 - 25.00) และ ครอบครัวที่บริเวณบ้านไม่มีการระบายน้ำเสียจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าบ้านที่มีการระบายน้ำเสีย 3.57 เท่า (95% CI 1.18 - 10.00) ส่วนปัจจัยทางด้านลักษณะนิสัยเด็กพบว่า เด็กที่ชอบนำของเล่นใส่ปากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าเด็กที่ไม่เคยนำของเล่นเข้าปาก 2.95 เท่า (95% CI 1.06 - 8.17)

ปัจจัยที่มีผลป้องกันการเกิดโรค ได้แก่ การล้างมือก่อนรับประทานอาหาร (Matched OR 0.29 95% CI 0.09 - 0.95) โดยเฉพาะกลุ่มที่ล้างมือด้วยสบู่จะช่วยลดการเกิดโรคได้เพิ่มขึ้น (Matched OR 0.07 95% CI 0.02 - 0.26) ส่วนปัจจัยป้องกันการเกิดโรคจากลักษณะนิสัยของเด็กพบว่า การล้างทำความสะอาดของเล่นเด็กลดการเกิดโรค (Matched OR 0.18 95% CI 0.07 - 0.46) และครอบครัวที่ล้างของเล่นทุกวันจะช่วยลดความเสี่ยง เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ล้างของเล่นนาน ๆ ครั้ง (Matched OR 0.28 95% CI 0.11 - 0.70) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยโดยใช้วิธี Multivariate Analysis เพื่อควบคุมตัวกวน ได้เลือกปัจจัยทั้งที่มีและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสำคัญทางด้านชีวภาพ และสาธารณสุข มาวิเคราะห์พร้อมกัน (Model) พบว่า การล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคที่สำคัญ (Adj. OR = 0.06, 95% CI 0.06 - 0.55) (ตารางที่ 2)

สรุปและวิจารณ์

การติดเชื้อของโรคมือ เท้า และปาก ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อจากคนสู่คน อาจติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือจากคนที่เป็นแหล่งกักเก็บโรค ผลการศึกษาการระบาดของโรคมือ เท้า และปาก ที่ประเทศไต้หวัน⁷ ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2544 ถึง สิงหาคม 2545 พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก จะสามารถเพาะแยกเชื้อ Enterovirus 71 จากสมาชิกในครอบครัวที่ไม่แสดงอาการป่วยอย่างน้อยหนึ่งคนได้มากถึง ร้อยละ 52 แต่การระบาดในอำเภอหงไถครั้งนี้ ไม่พบลักษณะการติดเชื้อระหว่างผู้ที่เป็นและผู้ที่มีประวัติป่วยมาก่อน การศึกษานี้บ่งชี้ว่า การเกิด โรคอาจเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อไวรัสจากสิ่งแวดล้อม (environmental contamination) และบุคคลในครัวเรือน โดยเฉพาะเด็กซึ่งอาจเป็นรังโรค (reservoirs) เนื่องจากการกำจัดอุจจาระที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น การทิ้งตามป่า และบริเวณบ้าน ส่งผลให้เชื้อไวรัสเอนเทอโรกระจายอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั่ว ๆ ไป ประกอบกับเด็กมีปัจจัยเสี่ยงที่สามารถนำเชื้อไวรัสเข้าร่างกายได้จากของเล่นที่ปนเปื้อน การไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหาร ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเพิ่มโอกาสให้เชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย

การป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า และปาก จึงต้องป้องกันและกำจัดเชื้อไวรัสเอนเทอโรที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการทำมาสะอาดบ้านตามหลักสุขาภิบาลพื้นฐานทั่วไป รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคลแก่ผู้เลี้ยงดูเด็กให้ระมัดระวังเด็กเล็กซึ่งมักจะหยิบจับสิ่งของเข้าปาก ซึ่งทำได้ยาก ดังนั้น การป้องกันควบคุมการระบาดครั้งนี้ จึงเน้นการจัดการสุขาภิบาลภายในบ้าน และอาณาบริเวณไม่ให้สกปรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำจัดอุจจาระ โดยทิ้งในที่ที่เหมาะสม ลดโอกาสปนเปื้อนเชื้อไวรัสจากอุจจาระสู่สิ่งแวดล้อม และยังป้องกันการติดเชื้อจากคนในครอบครัว โดยลดโอกาสไม่ให้เชื้อเข้าปากเด็ก จากการสร้างสุขลักษณะการล้างมือในครัวเรือน โดยเฉพาะในครอบครัวผู้ป่วยที่มีเด็กอื่น ๆ อาศัยอยู่ร่วมกัน หน่วยบริการสาธารณสุขได้สนับสนุน โดยให้ความรู้ และแจกน้ำยาล้างมือ (Hibiscrub) แก่ทุกครัวเรือนที่มีผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก สำหรับล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังจากเข้าห้องน้ำทุกครั้ง ซึ่งมีโอกาสนำเชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ และทำความสะอาดของใช้ ของเล่น และบริเวณที่เด็กใช้ร่วมกันด้วย ผงปูนคลอรีน หรือฟอร์มาลดีไฮด์ หรือน้ำยาฟอกขาว ในอัตราส่วน 1 ส่วนต่อน้ำ 50 ส่วน สำหรับการปนเปื้อนเสมหะ หรืออุจจาระของเด็กป่วย ให้ล้างทำความสะอาดด้วยผงปูนคลอรีน 1 ส่วนต่อน้ำ 5 ส่วน แล้วล้างน้ำสะอาด จากนั้นนำไปผึ่งแดดให้แห้ง หลังจากได้เริ่มใช้แนวทางการควบคุม และป้องกันดังกล่าวข้างต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ได้เฝ้าระวังการติดเชื้อในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่งเดือน แต่ไม่พบผู้ป่วยรายใหม่ ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกองไกรลาส จังหวัดสุโขทัย ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย และขอขอบพระคุณ ดร.เขาวภา พงษ์สุวรรณ ที่อนุเคราะห์การตรวจหาไวรัสเอนเทอโร จากตัวอย่างอุจจาระ นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณ โครงการอบรมระดับวิทยากรระดับสูง มูลนิธิสุขภาพใจ เจตนเสน ที่สนับสนุนงบประมาณในการสอบสวน และให้คำแนะนำเชิงวิชาการในการป้องกัน ควบคุมโรค

เอกสารอ้างอิง

1. Behrman RE , Kliegman RM and Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics : Non-poliovirus* . 17th ed. Saunders : 2004.
2. Monto Ho, Eng-Rin Chen, Kwo-Hsiung Hsu, et al . An epidemic of enterovirus infection in Taiwan . *N Engl J Med* 1999;341:936-42.
3. Shah VA , Chong CY , Chan KP , Ng W , and Ling AE. Clinical characteristics of an outbreak of hand, foot and mouth disease in Singapore . *Ann Acad Med Singapore* . 2003; 32(2) : 381-7.
4. Chan LG, Parashar UD, Lye MS, et al . Deaths of children during an outbreak of hand, foot and mouth disease in Sarawak , Malaysia : Clinical and pathological characteristics of the disease , For the Outbreak Study Group . *Clin Infect Dis* 2000;31(3):678-83.
5. Chong CY, Chan KP, Shah VA, et al . Hand, foot and mouth disease in Singapore : A comparison of fatal and non-fatal cases. *Acta Paediatr* 2003;920(10):1163-9.
6. Bureau of Epidemiology , Department of Disease Control , Ministry of Public Health , Thailand . *Weekly Epidemiological Surveillance Report* 2005;36(2):485-7.
7. Chang LY , Tsao KC, Hsia SH , et al . Transmission and clinical features of enterovirus 71 infections in household contacts in Taiwan . *JAMA* 2004;291(2):222-7.

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรของผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก และกลุ่มควบคุม อ.ก.ง.ไกรลาส จ.สุโขทัย เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2548

ลักษณะประชากร	กลุ่มผู้ป่วย	กลุ่มควบคุม	P-value
	(28 ราย)	(112 ราย)	
อายุ (เดือน) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\pm SD)	30 (\pm 19)	29 (\pm 15)	0.8
เพศ (ชาย:หญิง)	18:10	74:38	0.2
การศึกษา(เรียน:ไม่ได้เรียน)	23:5	84:28	0.4
ผู้ดูแล (บิดามารดา:ญาติ)	17:11	67:45	0.9
การศึกษาของบิดามารดา (ประถม:มัธยมขึ้นไป)	21:7	86:26	0.8

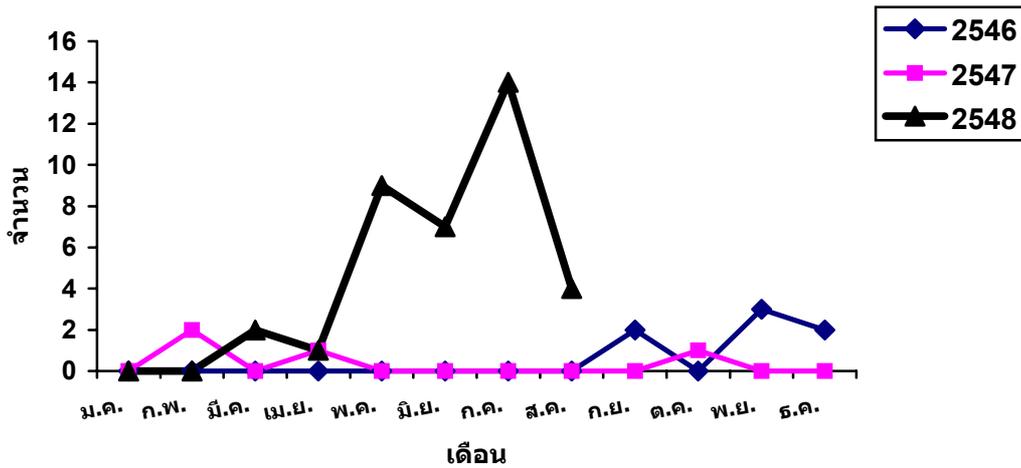
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกลุ่มปัจจัยทั้งหมด โดย Conditional Multiple Logistic Regression

Variables	Matched OR (95% CI)	Adjust OR (95% CI)
การกำจัดอุจจาระเด็กไม่ถูกวิธี (ทิ้งป่า บริเวณบ้าน)	5.88 (1.39 , 25.00) *	5.76 (0.83 , 39.94)
การล้างมือก่อนรับประทานอาหารด้วยสบู่	0.07 (0.02 , 0.26) *	0.06 (0.01 , 0.55) *
การล้างมือหลังทำความสะอาดกันเด็ก	0.70 (0.24 , 2.04)	0.78 (0.15 , 408.93)
เด็กหยิบของเล่นเข้าปาก	2.95 (1.06 , 8.17) *	3.09 (0.54 , 29.00)
การทำความสะอาดของเด็กเล่น	0.18 (0.07 , 0.46) *	0.30 (0.06 , 1.46)

* = P < 0.05

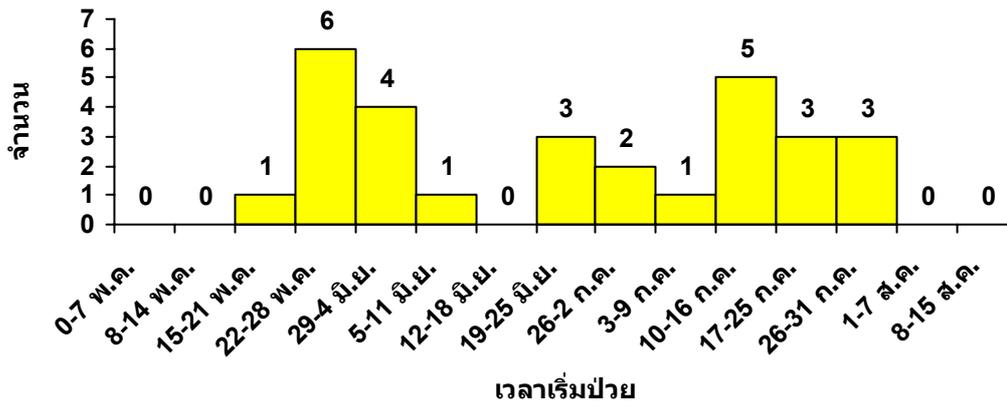
รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้าปาก จำแนกตามรายเดือน พ.ศ. 2548 (ณ วันที่ 29 สิงหาคม)

เปรียบเทียบกับปี 2546 และ 2547 อ.กองโรคสาส จ.สุโขทัย



รูปที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า และปาก ตามวันเริ่มป่วย อ.กองโรคสาส จ.สุโขทัย

เดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม พ.ศ. 2548



ขอเชิญผู้สนใจงานระบาดวิทยาเข้าร่วม การสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 19
 “เหตุการณ์เด่นทางด้านระบาดวิทยาของโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อในไทยและทั่วโลก 2007”

ใน

การสัมมนาวิชาการ กรมควบคุมโรค ประจำปี 2551 “หยุดโลกร้อน...ระงับโรคร้ายและภัยสุขภาพ”

วันที่ 11 -13 กุมภาพันธ์ 2551 ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุม ไบเทค บางนา กทม.

ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข