



รายงาน

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา WESR Weekly Epidemiological Surveillance Report

ประจำสัปดาห์

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 ๙ : ๗ มีนาคม ๒๕๕๑ Volume 39 Number 9 : March 7, 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	๕๘	๖๗	๖๘	๖๖	๖๗	๗๐	๖๗	๗๒																		

สัปดาห์ที่ ๙ ระหว่างวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ - ๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑

จังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา ๗๒ จังหวัด ร้อยละ ๙๔.๖๓

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2550

สถานการณ์โรค/ภัยที่สำคัญ

(Situation of Hand, Foot and Mouth Disease in Bangkok, 2007)

วรรณนา จินตฤทธิ์ Watthana Jintarith

ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง สำนักงานมัช กรุงเทพมหานคร Public Health Center 53 Tungsoyonghong, Health Department, BMA

✉ watjinjj@hotmail.com

บทนำ

โรคมือ เท้า ปาก (Hand foot and mouth disease : HFMD) เป็นกลุ่มอาการจากการติดเชื้อไวรัสใน Genus *Enterovirus* ซึ่งสามารถเจริญเติบโตได้ในลำไส้ของคนที่ติดเชื้อไวรัสหลายชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ ไวรัสคอกซากิ เอ 16 (Coxsackievirus group A type 16 : Cox A16) ไวรัสคอกซากิ เอ สายพันธุ์อื่น ๆ ไวรัสเอนเทอโร 71 (Enterovirus 71 : EV 71) และไวรัสเอกโค เป็นต้น กลุ่มเสี่ยงของโรคนี้คือ เด็กทารกและเด็กเล็ก ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ร่วมกับผื่น ตุ่มหรือแผลที่บริเวณลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม ฝ่ามือ นิ้วมือ และฝ่าเท้า โรคนี้พบได้ตลอดปี ในเขตร้อนชื้นมักพบมากขึ้นในช่วงฤดูฝน และช่วงที่อากาศเย็นและชื้น

รอบทศวรรษที่ผ่านมา มีการระบาดใหญ่ของโรคมือ เท้า ปาก หลายครั้งในหลายประเทศแถบเอเชีย เช่น มาเลเซีย ใต้หวัน และสิงคโปร์ ซึ่งการระบาดแต่ละครั้งพบผู้ป่วยจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่ง พบผู้ป่วยกลุ่มเด็กเล็กมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตภายในเวลาอันรวดเร็ว จากอาการทางระบบประสาท และปอดบวมน้ำเย็บพลัน

รุนแรง โดยพบว่า เชื้อสาเหตุหลักที่สำคัญคือ EV 71¹ ซึ่งสามารถก่อโรคได้หลายลักษณะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย แต่รายที่มีอาการรุนแรงมีโอกาสเสียชีวิตได้ และเชื่อนี้สามารถทำให้มีอาการที่ผิวหนังหรือเยื่อเมือกแบบโรคมือ เท้า ปาก หรือไม่มีอาการก็ได้

ในประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังโรคจากการติดเชื้อ EV 71 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และสำนักโรคติดต่อได้เพิ่มโรคมือ เท้า ปาก เข้าสู่ระบบรายงานผู้ป่วยโรคเฝ้าระวัง (รายงาน 506) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2546 ห้องปฏิบัติการไวรัสวิทยาของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตรวจยืนยันเชื้อ EV 71 ในผู้ป่วยโรคมือเท้าปากได้ ในสัดส่วนร้อยละ 8.0 - 47.2 โดยมีสัดส่วนสูงสุดในปี พ.ศ. 2546 คือ ร้อยละ 47.2 และในปี พ.ศ. 2543 - 2544 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำนวน 603 ราย ยืนยันเชื้อ EV 71 ได้จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.1 ของตัวอย่างที่ส่งตรวจ



สารบัญ

◆ สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2550	145
◆ การระบาดของโรคอาหารเป็นพิษ ในโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่ง ในอำเภอบางมูลนาก เดือนตุลาคม 2550	148
◆ สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 9 ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2551	151
◆ สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังไข้หวัดนกประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 9 ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2551	152
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 9 ระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2551	153

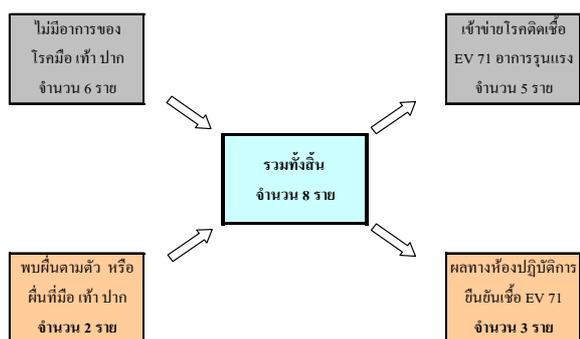
ทั้งนี้แนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ที่ได้รับรายงานเพิ่มขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งพบผู้ป่วย จำนวน 4,646 ราย แต่ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต และในปี พ.ศ. 2549 พบว่า ความรุนแรงของโรคมักมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 7 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันพบเชื้อ EV 71 จำนวน 1 ราย¹ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตโรคมือ เท้า ปาก ประเทศไทย พ.ศ. 2544 - 2549

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วย (ราย)	ผู้เสียชีวิต (ราย)	หมายเหตุ
2544	1,434	3	
2545	1,279	1	
2546	1,218	1	
2547	769	0	
2548	4,646	0	
2549	3,961	7 *	* ยืนยันเชื้อ EV 71 จำนวน 1 ราย

นอกจากนี้ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2549 เป็นต้นมา สำนักระบาดวิทยาได้เพิ่มการกำหนดนิยามและเร่งรัดดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อ EV 71 อาการรุนแรงในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่มีอาการไข้และปอดบวมน้ำเฉียบพลัน (Fever with Acute Pulmonary Edema) ไม่ว่าจะมีอาการคันของโรคมือ เท้า ปาก หรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้มีรายงานในปี พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ EV 71 และเสียชีวิต จำนวน 8 ราย ในจำนวนนี้มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเชื้อ EV 71 จำนวน 3 ราย และในจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดพบผู้มีผื่นตามตัวหรือผื่นที่มือ เท้า และปาก เพียงจำนวน 2 ราย^{1,2} (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 ผู้ป่วยเสียชีวิตสงสัยติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร 71 ประเทศไทย เดือนพฤษภาคม-กันยายน 2549

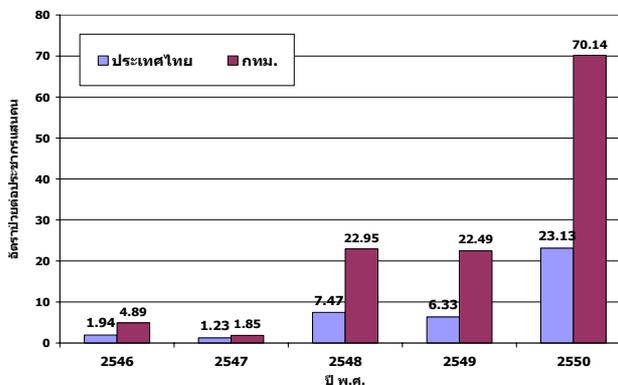


สถานการณ์โรค

จากรายงานที่สำนักระบาดวิทยาได้รับพบว่า สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มการระบาดเพิ่มสูงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดยมีอัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ.2550 เท่ากับ 70.14 ต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับที่ 4 ของจังหวัดในประเทศไทยรองจากจังหวัดลำพูน ลำปาง และน่าน ซึ่งมีอัตราป่วย 103.31, 78.07 และ 74.53 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³

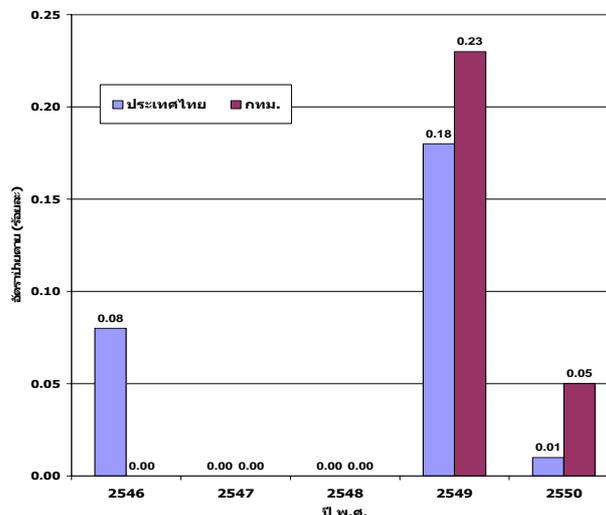
ทั้งนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา กรุงเทพมหานครมีอัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก สูงกว่าอัตราป่วยในภาพรวมของทั้งประเทศทุกปี⁴ และสูงมากกว่า 3 เท่า ของอัตราป่วยของประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2550³ (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก กรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับประเทศไทย พ.ศ. 2546-2550



เมื่อพิจารณาความรุนแรงของการระบาดจากอัตราป่วยตายโรคมือ เท้า ปาก พบว่ากรุงเทพมหานครมีความรุนแรงสูงมาก และสูงกว่าภาพรวมของทั้งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 - 2550 โดยในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งมีความรุนแรงสูงที่สุด พบผู้ป่วยของกรุงเทพมหานครเสียชีวิต จำนวน 3 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.05 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.23 จากผู้เสียชีวิตทั้งหมดของประเทศไทย จำนวน 7 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราตาย 0.01 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.18 และในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีความรุนแรงถดถลงมา ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก เสียชีวิต จำนวน 2 ราย โดยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งคิดเป็นอัตราตาย 0.04 ราย ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.05³ (รูปที่ 3) นอกจากนี้ผู้ป่วยเสียชีวิตสงสัยติดเชื้อ EV 71 จำนวน 8 ราย ซึ่งรายงานในปี พ.ศ. 2549 ตามรูปที่ 1 เป็นผู้ป่วยของกรุงเทพมหานครอีกจำนวน 3 ราย¹ คิดเป็นร้อยละ 37.5 ของจำนวนที่รายงาน

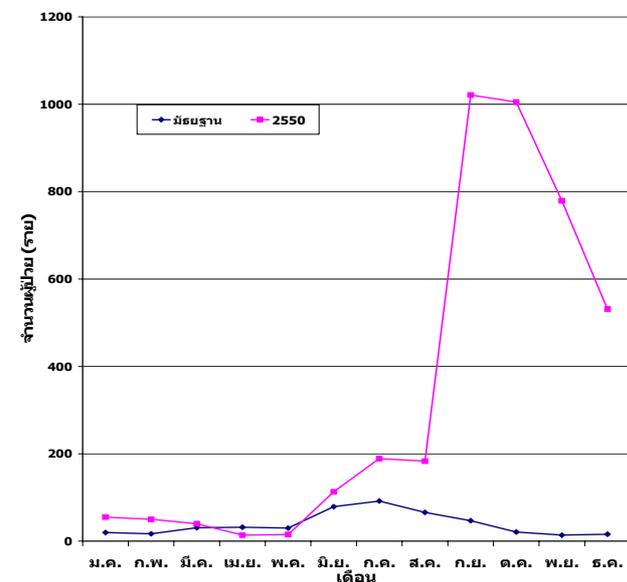
รูปที่ 3 อัตราป่วยตายโรคมือ เท้า ปาก กรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับประเทศไทย พ.ศ. 2546 - 2550



เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ปี พ.ศ.2550 ตามกลุ่มอายุ พบว่าในกรุงเทพมหานคร กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี มีผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 3,523 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.19 ของผู้ป่วยทั้งหมดซึ่งมีจำนวน 3,995 ราย โดยคิดเป็นอัตราป่วย 1,146.93 ต่อประชากรแสนคน ในกลุ่มอายุนี้ เช่นเดียวกับข้อมูลของทั้งประเทศไทยซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี มีจำนวน 13,233 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.07 ของผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 14,530 ราย และการระบาดในผู้ป่วยกลุ่มอายุนี้ มักเกิดในสถานรับเลี้ยงดูแลเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก หรือ โรงเรียนอนุบาล ซึ่งมีเด็กมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก⁴ โดยในปี พ.ศ. 2550 มีรายงานการระบาดในสถานที่เหล่านี้ในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า 50 ครั้ง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปากในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2550 ประกอบด้วยเพศชายจำนวนมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้สัดส่วนเพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1.5 : 1⁵

การกระจายตามเวลาของผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ.2550 พบมีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2547 - 2549) ทุกเดือน ยกเว้นเดือนเมษายนและพฤษภาคม โดยมีจำนวนผู้ป่วยสูงมากในเดือนกันยายนถึงธันวาคม ซึ่งพบผู้ป่วยรวม 3,336 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.50 ของผู้ป่วยทั้งปี ซึ่งมีจำนวน 3,995 ราย ทั้งนี้เดือนที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ เดือนกันยายน มีผู้ป่วยจำนวน 1,021 ราย เดือนที่น้อยที่สุดคือ เดือนเมษายน มีผู้ป่วยจำนวน 14 ราย³ (รูปที่ 4)

รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก กรุงเทพมหานคร จำแนกรายเดือน ปี พ.ศ. 2550* เปรียบเทียบค่ามัธยฐานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2547 - 2549)



* ข้อมูล ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2551

สรุป

จากสถานการณ์ของโรคมือ เท้า ปาก ในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีการะบาดของเพิ่มขึ้นจากปีก่อน ๆ อย่างชัดเจน เมื่อ

พิจารณาจากอัตราป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นแม้ว่าอัตราป่วยตายจะไม่ได้เพิ่มขึ้นสาเหตุหนึ่งของการระบาดน่าจะเกิดจากความแออัดของสภาพแวดล้อมในสังคมเมือง ร่วมกับการที่บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง มีภาระในการประกอบอาชีพ ทำให้ต้องนำบุตรหลานซึ่งเป็นเด็กเล็กไปฝากเลี้ยงตามสถานรับเลี้ยงดูแลเด็ก ส่งผลให้เด็กมีโอกาสสัมผัสสัณฐานใกล้ชิดกันอยู่ภายในห้องซึ่งมักมีการใช้เครื่องปรับอากาศทำให้เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ทั้งนี้โรคมือ เท้า ปาก นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำให้ทำทายนุเคราะห์ทางการแพทย์และสาธารณสุขควรดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างเข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อสร้างความตระหนักถึงความสำคัญในการให้ความร่วมมือของผู้ปกครอง สถานรับเลี้ยงดูแลเด็ก รวมทั้งชุมชนสาธารณะต่าง ๆ เช่น ห้างสรรพสินค้า และสระว่ายน้ำ เป็นต้น อันจะส่งผลให้การดำเนินงานเพื่อการควบคุมป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำ และว่าที่ร้อยตรีประดิษฐ์ มณีโชติ กองควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ได้เอื้อเฟื้อข้อมูลสถานการณ์โรค ทำให้การศึกษานี้บรรลุวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติงานโรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 สำหรับบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2550. 8-43.
2. โรม บัวทอง. สถานการณ์การระบาดของเชื้อ Enterovirus 71 ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549. รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำสัปดาห์ สำนักโรคระบาดวิทยา 2549; ปีที่ 37 ฉบับที่ 4S: S64-66.
3. Bureau of Epidemiology, DDC, MPH. Hand, foot and mouth disease [Online]. Available from: <http://203.157.15.4/surdata/disease.php?dcontent=situation&ds=71> [2008 Feb 6].
4. นฤมล รัชตโกมุท. สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในกรุงเทพมหานคร. วารสารรายงานการเฝ้าระวังโรค กรุงเทพมหานคร 2550; ปีที่ 16 ฉบับที่ 10: 4-8.
5. ฝ่ายระบาดวิทยา กองควบคุมโรค สำนักอนามัย. ข้อมูลสถานการณ์โรค HFMD ที่ได้รับรายงานจากสถานพยาบาลต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร ปี 2550 (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2551). กรุงเทพฯ: สำนักอนามัย; 2551.