



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 40 ฉบับที่ 27 : 17 กรกฎาคม 2552

Volume 40 Number 27 : July 17, 2009

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

สถานการณ์โรค/ภัยที่สำคัญ

สถานการณ์ แนวนุ่มและข้อเสนอแนะ

เพื่อการควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ของประเทศไทย

Situation, Analysis and Recommendation for Controlling Influenza A (H1N1)

✉ loah12@hotmail.com

สำนักโรคระบาดวิทยา

เรียบเรียงโดย วรรณภา หาญเชาว์วรกุล Wanna Hanshaoworakul

จุดกำเนิดและการค้นพบ

เม็กซิโกเป็นประเทศแรกที่สังเกตเห็นความผิดปกติของการระบาดของไข้หวัดใหญ่ คือ ในอดีตไข้หวัดใหญ่ในเม็กซิโกจะเริ่มลดน้อยลงในเดือนธันวาคมแต่ในปี 2552 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ ก็ยังพบผู้ป่วยจำนวนมากและในเดือนมีนาคมมีผู้เสียชีวิตจากปอดบวมมากผิดปกติ สหรัฐอเมริกาเริ่มสังเกตเห็นความผิดปกติ ในช่วงกลางเดือนเมษายน 2552 การตรวจพิสูจน์ทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันว่าเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่ก่อการระบาดในประเทศไทยเม็กซิโกและสหรัฐ เป็นเชื้อสายพันธุ์ใหม่ที่มีสารพันธุกรรมบางส่วนจากสุกร บางส่วนจากสัตว์ปีกและบางส่วนจากคนสำเร็จในวันที่ 23 เมษายน 2552 และได้มีการประกาศอย่างเป็นทางการ สหรัฐอเมริกาได้บทวนข้อมูลการระบาดพบว่า ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 รายแรกน่าจะเริ่มป่วยตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม 2552¹ จะเห็นได้ว่าการแจ้งเดือนเกิดขึ้นราว 1 เดือนให้หลังการป่วยของผู้ป่วยรายแรก และน่าจะเป็นสาเหตุอันหนึ่งที่ทำให้ประเทศต่างๆ ไม่สามารถดำเนินการควบคุมโรคได้ทันเวลา

สถานการณ์ทั่วโลก

องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยยืนยันที่

ตรวจพบ ตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน 2552 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และขยายขอบเขตในหลายประเทศ ในที่สุดองค์การอนามัยโลกได้ประกาศการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (Pandemic influenza) ในวันที่ 11 มิถุนายน 2552 การระบาดที่ขยายตัวกว้างขวางทำให้อัตราป่วยตายลดลง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบมีอาการไม่รุนแรงและหายเองโดยไม่ได้รับยาด้านไวรัส จำนวนผู้ป่วยสะสม ทั่วโลกและอัตราป่วยตายที่องค์การอนามัยโลกรายงานดังแสดงในรูปที่ 1

ประเทศที่มีอัตราป่วยตายสูงสุด คือ อาร์เจนตินา ร้อยละ 2.4 รองลงมา ได้แก่ อูรุกวัย สาธารณรัฐโดมินิกัน โคลัมเบีย และเม็กซิโก ร้อยละ 2.0, 1.8, 1.7 และ 1.6 ตามลำดับ ประเทศที่มีการระบาดตั้งแต่ในระยะแรก เช่น สหรัฐอเมริกาและแคนาดาอัตราป่วยตายอยู่ที่ ร้อยละ 0.5 และ 0.3 ตามลำดับส่วน ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 1,000 รายแต่ยังไม่มีผู้เสียชีวิตได้แก่ ประเทศจีน ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ อัตราป่วยตายที่แตกต่างกันในประเทศต่างๆ ขึ้นกับเกณฑ์การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อในผู้ป่วยสงสัยที่อาการไม่รุนแรง และการตรวจหาเชื้อในผู้สงสัยที่เสียชีวิต การให้ยาด้านไวรัสในผู้ป่วยสงสัย และความกว้างขวางของการระบาดในพื้นที่



สารบัญ

◆ สถานการณ์ แนวนุ่มและข้อเสนอแนะ เพื่อการควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ของประเทศไทย	449
◆ สถานการณ์ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1)	454
◆ สรุปการตรวจข่าวของโรคริรอบสัปดาห์ที่ 27 ระหว่างวันที่ 5-11 กรกฎาคม 2552	455
◆ สถานการณ์โรคซิณุนกุนยา ประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 10 กรกฎาคม 2552	456
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 27 ระหว่างวันที่ 5-11 กรกฎาคม 2552	459

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน	นายแพทย์ประยูร กุณาศล
นายแพทย์รัชวัช จายนีโยธิน	นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข	ว่าที่ ร.ต. สิริชัย วงศ์วัฒนโฆบูลย์

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

ผู้ช่วยหัวหน้ากองบรรณาธิการ

พงษ์ศิริ วัฒนาศูรศักดิ์	บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์
สุเทพ อุทัยฉาย	อภิชาญ ทองใบ
สิริลักษณ์ รังมีวงศ์	

กองบรรณาธิการวิชาการหลัก นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

กองบรรณาธิการดำเนินงาน

ฝ่ายข้อมูล	ลัดดา ลิขิตยั้งวรา	สมาน สุขุมภูจินันท์
	น.สพ.ธีรศักดิ์ ชักนำ	สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์
	อัญชญา วากัส	ประเวศน์ เข้มชื่น
ฝ่ายจัดการ	วรรณศิริ พรหมโชติชัย	นงลักษณ์ อยู่ดี
	กฤตติกานต์ มาท้วม	พูนทรัพย์ เปี่ยมฉนิ
	สมหมาย ยิ้มขลิบ	เชิดชัย ดาราแจ้ง

ฝ่ายศิลป์ ประมวล ทุมพงษ์ ณัฐนี เดียวต่อสกุล

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ ฅมยา พุกกะนันทน์

สถานการณ์ในประเทศไทย

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นที่ตระหนักรู้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เริ่มมีการระบาดของไข้หวัดนกในสัตว์ปีกและคน การเฝ้าระวังสอบสวนไข้หวัดนกทำให้สำนักระบาดวิทยาทราบข้อมูลไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลมากยิ่งขึ้น จากฐานข้อมูลการเฝ้าระวังไข้หวัดนกพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตที่ตรวจพบว่าติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล อยู่ระหว่าง 3-14 ราย จำแนกเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลข้างต้นบ่งชี้ว่าความเข้าใจเดิมของบุคลากรทางการแพทย์ว่าไข้หวัดใหญ่ไม่น่าจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจึงไม่น่าจะถูกต้อง แต่ข้อมูลชุดนี้ไม่สามารถใช้คำนวณอัตราป่วยตายที่น่าเชื่อถือเนื่องจากผู้ป่วยที่จะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการเฝ้าระวังไข้หวัดนกมักจะมีอาการรุนแรงซึ่งทำให้อัตราป่วยตายที่คำนวณจากตัวเลขดังกล่าวจะสูงเกินจริง

การตรวจคัดกรองที่สถานบริการทางการแพทย์และจุดเข้า-ออกประเทศเพื่อค้นหาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในประเทศไทยเริ่มดำเนินการในวันที่ 1 พฤษภาคม 2552 จากนั้นวันที่ 4 พฤษภาคม 2552 ได้ตรวจพบผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดซึ่งต่อมาพบว่าติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ต้นเดือนมิถุนายน ได้มีการแจ้งจากได้หัวหน้าว่ามีนักท่องเที่ยวติดเชื้อขณะมาเที่ยวประเทศไทยและมีการตรวจพบว่าเด็กนักเรียนในโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานครติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ผลการสอบสวนคาดว่าการระบาดในพื้นที่จังหวัดชลบุรีอาจเกิดขึ้นตั้งแต่ 24 พฤษภาคม 2552 ส่วนการระบาดในโรงเรียนพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 28 พฤษภาคม 2552

จากการทบทวนข้อมูลในระบบเฝ้าระวังที่รายงานด้วยบัตรรายงาน 506 พบว่า ในปี 2552 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานว่าเป็นไข้หวัดใหญ่สูงกว่าปี 2550-2551 ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 16 (วันที่ 19-25 เมษายน) ดังรูป ทำให้เชื่อได้ว่า ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ น่าจะแพร่เข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่ปลายเดือนเมษายน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่องค์การอนามัยโลกได้เริ่มแจ้งเตือนประเทศสมาชิก

ผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ เอช1 เอ็น1 ประเทศไทย ณ วันที่ 9 กรกฎาคม 2552

ตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน ถึง 9 กรกฎาคม 2552 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทางห้องปฏิบัติการมาที่สำนักระบาดวิทยาทั้งสิ้น 3071 ราย เสียชีวิต 14 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่ได้รับรายงานเริ่มป่วยเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 4 มิถุนายน 2552 ผู้เสียชีวิตรายแรกเริ่มป่วยวันที่ 8 มิถุนายน จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ปอดอักเสบ ปอดอักเสบรุนแรง และเสียชีวิตดังแสดงในรูปที่ 3

ประชาสัมพันธ์



เรียน สมาชิก wesr ทุกท่าน

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ ASEAN Plus Three Countries ในการเผยแพร่ข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของ ASEAN+3 (www.aseanplus3-aid.info) เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านโรคอุบัติใหม่ การระบาดของประเทศไทย

จึงขอเชิญสมาชิกทุกท่าน หากมีผลงานต้องการเผยแพร่ เช่น การสอบสวนโรคระบาด เป็น Abstract / ไฟล์ฉบับสมบูรณ์ (**ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด**) ในรายงานมีแผนภูมิ/กราฟ/รูปภาพได้ (แนบไฟล์ต้นฉบับภาษาไทยมาด้วยได้)

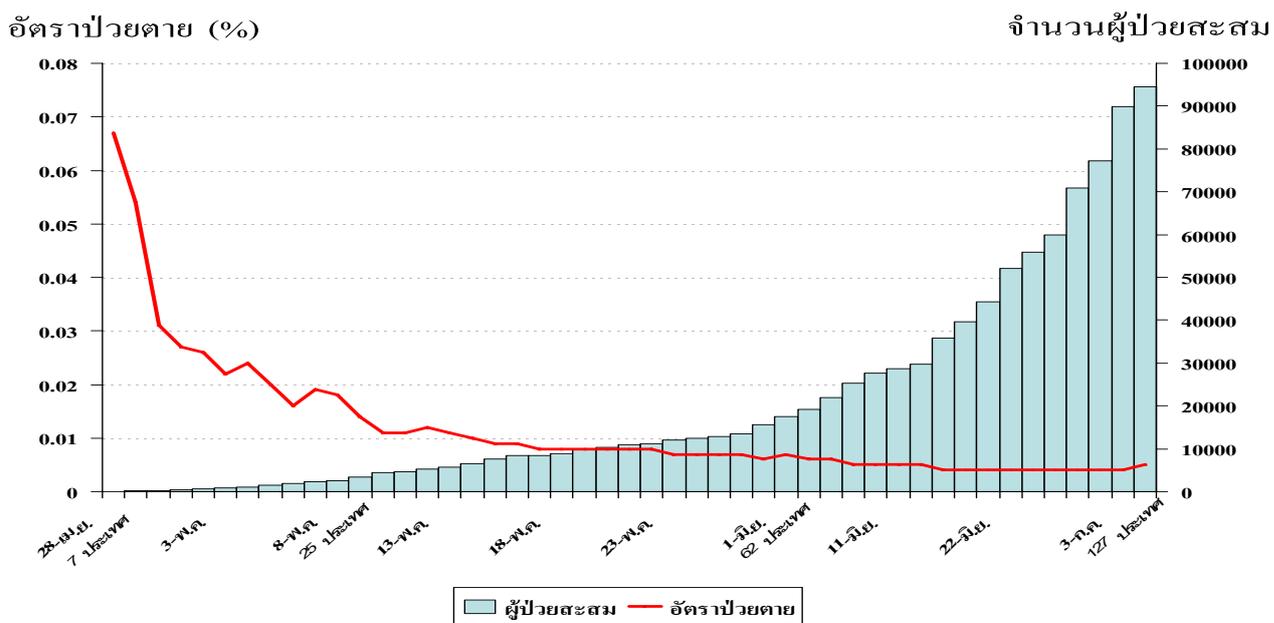
****กรุณาส่งไปที่อีเมล borworn67@yahoo.com ****

โดยใส่ Subject อีเมลลว่า: For ASEAN publishing เพื่อผู้รับผิดชอบจะได้คัดผลงานของท่านไปเผยแพร่ในหมู่ประเทศอาเซียนต่อไป

ส่งบทความ ขอคิดเห็น หรือพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูล กรุณาแจ้งมาที่

กลุ่มงานเผยแพร่ ศูนย์ข้อมูลกระบาดวิทยา สำนักกระบาดวิทยา
E-mail: wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com

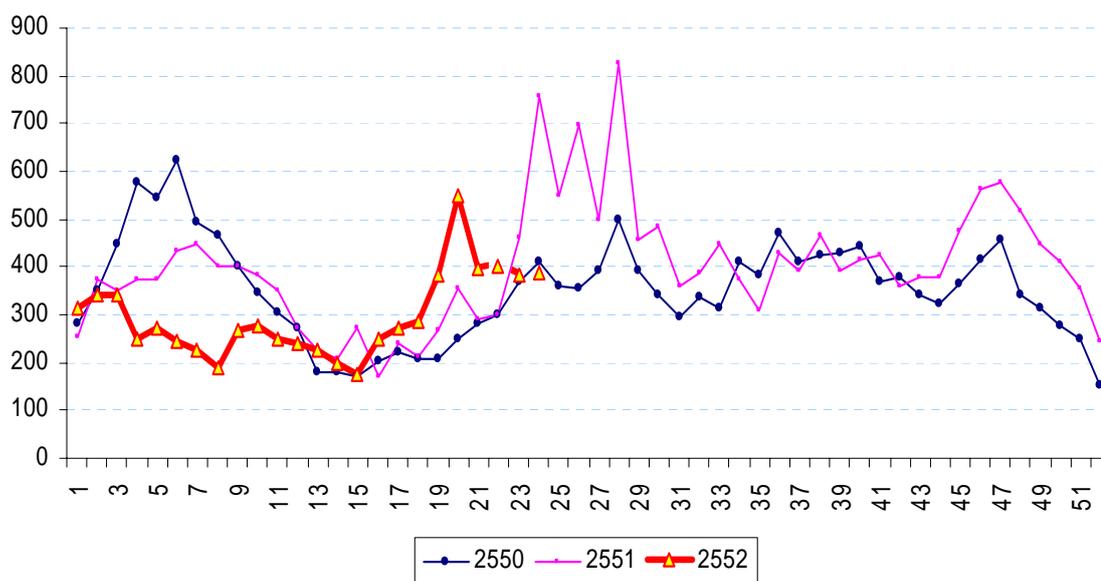
รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยสะสม อัตราป่วยตาย ที่รายงานโดยองค์การอนามัยโลก



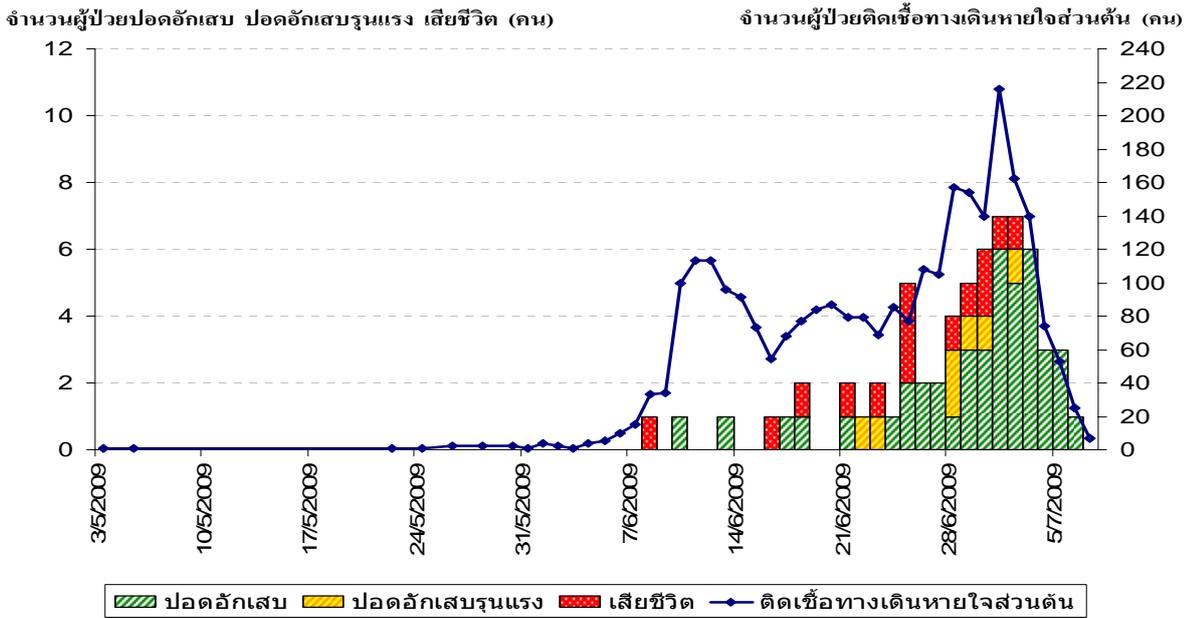
ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตติดเชื้อไขหวัดใหญ่ที่ตรวจพบในผู้ป่วยในชายเฟ้ระวังไขหวัดนก

	2547		2548		2549		2550		2551		2552		Total	
	Case	Death	Case	Death										
A/H1	103	2	30	0	981	5	27	1	52	3	50	0	1246	11
A/H3	110	1	261	5	108	2	585	12	84	0	118	0	1266	20
Flu B	69	1	225	3	158	3	91	1	84	0	10	0	637	8
New H1N1	NA	NA	3071	14	3071	14								

รูปที่ 2 จำนวนรายงานผู้ป่วยไขหวัดใหญ่ในระบบเฟ้ระวังที่รายงานด้วยบัตรรายงาน 506 ประเทศไทย



รูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ปอดอักเสบ ปอดอักเสบรุนแรง และเสียชีวิต จำแนกตามวันเริ่มป่วย



(ณ วันที่ 9 กรกฎาคม 2552)

ตั้งแต่วันที่ 21 มิถุนายน 2552 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ขอบเขตการระบาดก็ได้ขยายวงกว้างมากขึ้นจากในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และจังหวัดชลบุรี ไปยังจังหวัดที่มีผู้คนสัญจรเข้าออกจำนวนมาก ในรูปที่ 3 จำนวนผู้ป่วยลดลงหลังวันที่ 3 กรกฎาคม 2552 เนื่องจากผู้ที่เริ่มป่วยใหม่ยังไม่ได้รับการรักษาและรายงานเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง

ข้อมูลทั้งหมดคงชี้ว่าการระบาดยังไม่ชะลอตัว และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น ด้วยอัตราการเพิ่มแบบทวีคูณ การควบคุมการระบาดจึงมีความสำคัญในการลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วย ให้เพิ่มขึ้นได้ในลักษณะเส้นตรงที่มีความชันคงที่ เพื่อให้กิจกรรมต่างๆของสังคมสามารถดำเนินการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานบริการทางสาธารณสุขจะต้องสามารถให้บริการได้ตามความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น

ผู้เสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยง

ผู้เสียชีวิต 14 ราย เป็นชาย 8 ราย หญิง 6 ราย ในกรุงเทพมหานคร 7 ราย ชลบุรี 3 ราย จังหวัดภูเก็ต มหาสารคาม ราชบุรี เพชรบุรี จังหวัดละ 1 ราย ผู้เสียชีวิตที่จังหวัดราชบุรี เพชรบุรี ภูเก็ต ไม่มีประวัติเดินทางจึงน่าจะเป็นการติดเชื้อภายในจังหวัดเอง ส่วนที่จังหวัดมหาสารคามคาดว่าติดเชื้อเนื่องจากมาชมการแสดงดนตรี ในกรุงเทพมหานคร

อายุเฉลี่ย 33.5 จำแนกเป็นกลุ่มอายุ 8-21 ปี จำนวน 6 ราย (43 %) อายุ 22-58 ปีจำนวน 8 ราย (57 %) ผู้เสียชีวิตมีน้ำหนักมากผิดปกติ 2 ราย มีโรคประจำตัว 7 ราย ตั้งครรภ์ 1 ราย สูบบุหรี่จัด 1 ราย ไม่มีโรคประจำตัว 3 ราย

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงวันที่ปอดอักเสบรุนแรง ทำให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลวและต้องใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 5 วัน (1-11 วัน) โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยจนถึงภาวะการหายใจล้มเหลวสั้นที่สุดเพียง 1 วัน มีสองราย เป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 8 และ 15 ปี ทั้งสองรายมีโรคประจำตัวที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ ได้แก่ โรคไขกระดูกฝ่อ (Aplastic anemia) และโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Acute lymphoblastic leukemia) ระยะเวลาดังแต่เริ่มป่วยจนเสียชีวิตเฉลี่ย 8.5 วัน (4-14 วัน) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตเร็วที่สุดเพียง 4 วันหลังเริ่มป่วย เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลำช้า มีภาวะ Acute respiratory distress syndrome (ARDS) ตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และเสียชีวิตในวันเดียวกัน

สรุป

เชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ น่าจะแพร่เข้าสู่ประเทศไทย ตั้งแต่กลางเดือนเมษายน การสกัดกั้นที่ด่านเข้าออกระหว่างประเทศที่เริ่มดำเนินการในปลายเมษายน แม้จะดำเนินการได้สมบูรณ์แบบก็อาจจะยังมีการแพร่ของเชื้อเข้ามาในประเทศเพราะทั่วโลกได้รับทราบข่าวช้าเกินไป เนื่องจากผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อได้ตั้งแต่ก่อนเริ่มป่วย การแยกผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีอาการจึงเป็นการลดการแพร่เชื้อแต่ไม่สามารถหยุดยั้งการระบาดได้ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตส่วนหนึ่งเกิดจากการมีโรคประจำตัว ภาวะอ้วน การตั้งครรภ์ แต่ก็ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่เสียชีวิตทั้งที่มีสุขภาพแข็งแรงดีโดยกลไกการเสียชีวิตยังไม่ชัดเจน แต่อาจเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ ดังเช่นที่เกิดเมื่อมีการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ปีค.ศ. 1918' ดังนั้น



จึงคาดการณ์ได้ว่าการระบาดของเชื้อในประเทศไทยจะยังเกิดขึ้นต่อเนื่อง หากผู้ป่วยและประชาชนไม่ตระหนักในความสำคัญของการป้องกันการแพร่เชื้อและติดเชื้อจะทำให้จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หากประชาชนร่วมมือในการป้องกันการแพร่เชื้อจะสามารถชะลอการเพิ่มขึ้นและลดจำนวนผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตลงได้

ข้อเสนอ

1. การเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์

- การตรวจหาเชื้อในผู้ป่วยไข้หวัดทุกรายไม่มีความจำเป็นในขณะนี้
- การเฝ้าระวังสถานการณ์ควรใช้จำนวนผู้มารับบริการด้วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน ผู้ป่วยปอดอักเสบ และผู้เสียชีวิตจากปอดอักเสบ
- การสุ่มเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยอาการหนักอย่างเป็นระบบ เพื่อคัดส่วนการตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่จะทำให้ทราบความชุกและแนวโน้มสถานการณ์การระบาด

2. การควบคุมโรค เนื่องจากการระบาดเกิดขึ้นกว้างขวาง การป้องกันตนเองจึงเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคน

- ผู้ที่ปกติ ควรล้างมือให้เป็นนิสัย รักษาสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้ป่วยเป็นหวัด
- ผู้ป่วยอาการทางเดินหายใจทุกคน ไม่ว่าจะมียาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือไม่ต้องหลีกเลี่ยงการเข้าชุมชน และใส่หน้ากากอนามัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.CDC. Update: Infections With a Swine-Origin Influenza A(H1N1) Virus --- United States and Other Countries, April 28, 2009. MMWR May 1, 2009 / 58(16);431-433.
- 2.Tumpey TM, Garcia-Sastre A, Taubenberger JK, Palese P, et al. Pathogenicity of influenza viruses with genes from the 1918 pandemic virus: functional roles of alveolar macrophages and neutrophils in limiting virus replication and mortality in mice. Journal of virology 2005, 79(23):14933-44.

หลักเกณฑ์การส่งบทความวิชาการ

คณะกรรมการฯ ได้เปิดเวทีให้ผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรค เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในรายงานเฝ้าระวังภาวะระบาดวิทยา ประจำปีสัปดาห์ และฉบับผนวก (Supplement) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์ การส่งบทความวิชาการ/ผลการศึกษาวิจัยดังนี้

ลักษณะรูปแบบเรื่องทางวิชาการที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 1 - 3 หน้า กระดาษ เอ 4 ประกอบด้วย
 - บทนำ ซึ่งอาจมีวัตถุประสงค์ก็ได้
 - เนื้อหา
 - สรุป
 - เอกสารอ้างอิง (ถ้ามี)
2. การสอบสวนโรค เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 5 - 6 หน้า กระดาษ เอ 4 และ รูปจำนวน 1 หน้ากระดาษ เอ 4
3. การศึกษาวิจัย เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 5 - 6 หน้า กระดาษ เอ 4 และ รูปจำนวน 1 หน้ากระดาษ เอ 4
4. แนวทาง/ผลการวิเคราะห์การเฝ้าระวังโรค เนื้อความตัวอักษร จำนวนไม่เกิน 3 - 5 หน้า กระดาษ เอ 4
5. งานแปล ประกอบด้วย หนังสือ/เอกสารที่แปล, ชื่อผู้แปล, เนื้อหาที่แปล จำนวนไม่เกิน 3 หน้า กระดาษ เอ 4

การส่งต้นฉบับ

ส่งแผ่นดิสก์พร้อมกับต้นฉบับจริง จำนวน 1 ชุด หรือ ส่ง E-mail พร้อมแนบไฟล์บทความที่จะลงตีพิมพ์ พร้อมทั้งแจ้งสถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของเจ้าของเรื่อง เพื่อที่คณะกรรมการฯจะติดต่อได้ และส่งมาที่ กลุ่มงานเผยแพร่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โทรศัพท์ 0-2590-1723 โทรสาร 0-2590-1784 E-mail : wesr@health2.moph.go.th หรือ wesr@windowslive.com