



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 : 15 มกราคม 2553

Volume 41 Number 1 : January 15, 2010

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



ผลการเฝ้าระวังผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552
ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2552 (Acute Flaccid Paralysis Surveillance, Thailand, 2009)

✉ stungcharoensilp@yahoo.com

สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์ และ คารินทร์ อารีโชคชัย

กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคติดต่อ สำนักโรคระบาดวิทยา Communicable Disease Epidemiology Section, Bureau of Epidemiology

ความสำคัญ

โรคโปลิโอ เกิดจากเชื้อ Polio virus ซึ่งมี 3 serotypes: 1, 2 และ 3 เชื้อไวรัสชนิดนี้มีอยู่ในลำไส้คนเท่านั้น ไม่มีแหล่งโรคอื่นๆ โดยเชื้อจะเพิ่มจำนวนในลำไส้ของคนที่ไม่ภูมิคุ้มกัน และถูกขับออกมาภายนอกทำให้เกิดการแพร่กระจายได้ โดยทาง fecal-oral route คนที่ติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการจะเป็นแหล่งโรคโดยถ่ายเชื้อออกมาถึงอุจจาระได้นาน 1 - 2 เดือน ดังนั้น การพบผู้ป่วยโปลิโอที่มีอาการอัมพาตเพียง 1 ราย อาจจะมีผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการอีก 100 - 200 ราย อยู่ในชุมชน พร้อมทั้งจะแพร่กระจายเชื้อต่อไป ส่วนในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงจะมีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อซึ่งมักจะคงอยู่ภายหลัง 60 วันหลังมีอาการป่วย และอาจคงอยู่ตลอดไป

ประเทศไทยไม่พบผู้ป่วยจาก Wild polio virus มาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เนื่องจากมีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอสูง ซึ่งวัคซีนที่ประเทศไทยใช้ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ ชนิดหยอดทางปาก (Oral polio vaccine: OPV) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการสร้างภูมิคุ้มกันทั้งในลำไส้และในกระแสเลือด สามารถป้องกันได้ทั้งการเจ็บป่วยและการแพร่กระจายเชื้อ อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายจะกวาดล้างโปลิโอ

ให้หมดไปจากโลกนี้ภายในปี พ.ศ. 2543 โดยมีมาตรการหลักในการดำเนินงานดังนี้

1. มีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอครบ 3 ครั้งในเด็กอายุ 1 ปี มากกว่าร้อยละ 90
2. มีการเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute flaccid paralysis: AFP) ให้อัตราการรายงานไม่น้อยกว่า 2 ต่อประชากรแสนคนที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี
3. มีการสอบสวนโรคได้ภายใน 48 ชั่วโมงและควบคุมโรคได้ภายใน 72 ชั่วโมงหลังพบผู้ป่วย
4. มีการณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอแก่เด็กพร้อมกันทั่วประเทศปีละ 2 รอบ

ประเทศไทยได้รับเป้าหมายการกวาดล้างโปลิโอไว้ตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) จนถึงปัจจุบัน แม้ว่าประเทศไทยจะไม่พบผู้ป่วยโปลิโอมาเป็นเวลานาน แต่เนื่องจากในระยะหลัง มีการระบาดของโรคโปลิโอขึ้นใหม่ในหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย เช่น ปี พ.ศ. 2551 ยังคงพบผู้ป่วยโรคโปลิโอใน 4 ประเทศ ได้แก่ ในจีเรีย อัฟกานิสถาน ปากีสถาน และ อินเดีย ดังนั้น ประเทศไทย จึงยังถูกจัดเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการนำเข้าเชื้อ Wild polio virus จากผู้ป่วยที่อาจเดินทางมาจากประเทศใกล้เคียง



สารบัญ

◆ ผลการเฝ้าระวังผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552 ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม 2552	1
◆ สถานการณ์การเฝ้าระวังเชื้อใช้หัดใหญ่ ในสถานพยาบาลเฉพาะพื้นที่	4
◆ สรุปการตรวจข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 3-9 มกราคม 2553	7
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 1 ระหว่างวันที่ 3 - 9 มกราคม 2553	8
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากบัตรรายงาน 506 ประจำเดือน ธันวาคม 2552	13

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมเพื่อกวาดล้างโปลิโออย่างเข้มแข็ง โดยกำหนดตัวชี้วัดในปีงบประมาณ 2553 ด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ในระดับจังหวัดให้อัตราการรายงานไม่น้อยกว่า 2 ต่อประชากรแสนคน ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีรวมทั้งมีการเก็บอุจจาระผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจหาเชื้อโปลิโอให้ได้ 2 ตัวอย่าง ภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีอาการอัมพาต อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วย และมีการติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วันหลังเริ่มมีอาการอัมพาต อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วย เพื่อประกันความมั่นใจกับนานาประเทศทั่วโลกว่า ประเทศไทยมีการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มแข็งและมีความสามารถที่จะตรวจจับผู้ป่วยโปลิโอและป้องกันควบคุมโรคให้ได้อย่างรวดเร็ว

- วัตถุประสงค์ในการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์**
1. เพื่อให้หน่วยงานเจ้าของข้อมูลรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ได้ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
 2. เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์โรคที่เป็นปัจจุบัน ทั้งใน และต่างประเทศ
 3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลการสอบสวนโรค หรืองาน ศึกษาวิจัยที่สำคัญและเป็นปัจจุบัน
 4. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนแนวทางการดำเนินงานทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน	นายแพทย์ประยูร กุณาผล
นายแพทย์รัชช ชาญโยธิน	นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายของอาจ เจริญสุข	

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการประจำฉบับ : นายแพทย์ฐิติพงษ์ ยิ่งยง

บรรณาธิการวิชาการ : แพทย์หญิงคารินทร์ อารีชัยคชชัย

กองบรรณาธิการ

บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ สิริลักษณ์ รังษิวังศ์ พงษ์ศิริ วัฒนาสุรกิจต์
 วรรณิกักร์ หมอนพั้งเทียม อรพรรณ สุภาพ

ฝ่ายข้อมูล

ลัดดา ลิขิตขึงวรา	น.สพ.ธีรศักดิ์ ชักนำ
สมาน สมุณภูจินันท์	สมเจดน์ ตั้งเจริญศิลป์
กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์	ประเวศน์ แยมชื่น

ฝ่ายจัดส่ง : พูนทรัพย์ เปี่ยมฉวี เชิดชัย ดาราแจ้ง

ฝ่ายศิลป์ : ประมวล ทุมพงษ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ : บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์ ฌมยา พุกกะนันทน์

การรายงานผู้ป่วย AFP พ.ศ. 2552

ในปี พ.ศ. 2552 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รับรายงานผู้ป่วย AFP (ตามนิยามของการเฝ้าระวัง คือ ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่มีอาการอ่อนแรงของขา หรือ แขน หรือ ทั้งขาและแขน ซึ่งอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (Acute onset) โดยไม่คำนึงถึงการวินิจฉัยของแพทย์ ยกเว้น ผู้ป่วยที่มีอาการจากการบาดเจ็บรุนแรง (trauma) ซึ่งนำไปสู่อาการอัมพาตหรืออ่อนแรง จำนวนทั้งสิ้น 205 ราย คิดเป็นอัตราการรายงาน 1.56 ต่อประชากรแสนคน ของผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นชาวไทยทั้งหมด อายุระหว่าง 3 เดือน – 14 ปี (มีฐานอายุ 7 ปี) จังหวัดที่มีจำนวนรายงานผู้ป่วย AFP มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ สกลนคร 14 ราย อุตรธานี 11 ราย อุบลราชธานี 10 ราย กาฬสินธุ์ และขอนแก่น จังหวัดละ 8 ราย แยกเป็นอัตราการรายงานผู้ป่วย AFP รายจังหวัด ได้ดังรูปที่ 1

จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วย AFP เกิน 2 ต่อประชากรแสนคนที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ในปี พ.ศ. 2552 (ผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก) มีจำนวน 26 จังหวัด (ร้อยละ 34.2) ได้แก่ สมุทรสงคราม สกลนคร โยธธร กาฬสินธุ์ อุตรธานี พระนครศรีอยุธยา สุพรรณบุรี ลำพูน ชัยภูมิ กระบี่ สิงห์บุรี นครพนม อำนาจเจริญ อุบลราชธานี นครปฐม สระบุรี ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ระยอง น่าน ฉะเชิงเทรา ตรานครศรีธรรมราช ตาก ปทุมธานี และบุรีรัมย์

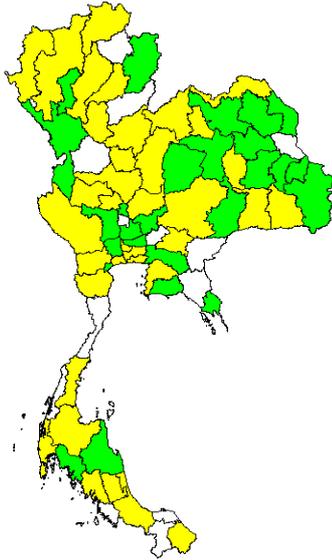
จังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วย AFP ในปี พ.ศ. 2552 แม้เพียงรายเดียว จำนวน 13 จังหวัด (ร้อยละ 17.1) ได้แก่ อ่างทอง นครนายก สระแก้ว ประจวบคีรีขันธ์ จันทบุรี ระนอง ปัตตานี สตูล ยะลา มุกดาหาร พะเยา อุดรดิษฐ์ และกำแพงเพชร

การเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อตรวจหาเชื้อโปลิโอ

ในผู้ป่วย AFP ที่ได้รับรายงาน 205 ราย มีการเก็บอุจจาระได้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ เก็บอุจจาระได้ 2 ตัวอย่างห่างกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และเก็บภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีอาการอัมพาตเพียง 153 ราย (ร้อยละ 74.6) เก็บอุจจาระได้ 2 ตัวอย่าง แต่เกินกว่า 14 วัน จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 20.5) เก็บอุจจาระได้ไม่ครบ 2 ตัวอย่าง จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 2.9) และอยู่ระหว่างการติดตาม 4 ราย (ร้อยละ 2) สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ไม่สามารถเก็บอุจจาระได้ตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้าหรือผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง แต่ไม่มีการประสานเพื่อเก็บอุจจาระส่งตรวจ ตัวอย่างอุจจาระไม่ได้คุณภาพ และผู้ป่วยเสียชีวิต เก็บอุจจาระได้ยากเนื่องจากอาการอัมพาตที่กระทบต่อระบบการขับถ่าย ไม่สามารถติดตามเก็บอุจจาระผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลภายใน 14 วันหลังเริ่มมีอาการอัมพาต ยังมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 17.5 ที่เก็บอุจจาระได้ล่าช้ากว่าเกณฑ์ และอีกร้อยละ 4.4 เก็บอุจจาระไม่ได้เลย ดังตารางที่ 1



รูปที่ 1 อัตราการรายงานผู้ป่วย AFP รายจังหวัด พ.ศ. 2552



- ไม่มีรายงานผู้ป่วย
- มีรายงานผู้ป่วย แต่มีน้อยกว่า 2 ต่อแสนประชากรที่อายุต่ำกว่า 15 ปี
- มีรายงานผู้ป่วยเกินกว่า 2 ต่อแสนประชากรที่อายุต่ำกว่า 15 ปี

การติดตามอาการอัมพาตของผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วันหลังเริ่มมีอาการ

ปี พ.ศ. 2552 มีรายงานผู้ป่วย AFP ที่มีวันเริ่มป่วยตั้งแต่เดือนมกราคม – ตุลาคม 2552 จำนวน 184 ราย (ตัดผู้ป่วยที่มีวันเริ่มป่วยในเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม ออกเนื่องจากยังไม่ครบ 60 วันหลังป่วย) ในจำนวนนี้มี การติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วัน ได้ 160 ราย (ร้อยละ 87) ส่วนผู้ป่วยที่ติดตามไม่ได้เมื่อครบ 60 วัน เป็นผู้ป่วยชาวไทยทั้งหมด 24 ราย ทั้งนี้ ยังเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเก็บอุจจาระได้ตามเกณฑ์อีกด้วยจำนวน 2 ราย

อภิปราย

การเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ของประเทศไทยในปัจจุบัน ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ ยังมีอัตราการรายงานผู้ป่วยไม่ถึง 2 ต่อประชากรแสนคน ที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และมีความอ่อนแออย่างเห็นได้ชัด เมื่อเทียบกับอัตราการรายงานในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา คือ ปี พ.ศ. 2548 – 2552 อัตราการรายงานเป็น 2.25, 2.20, 1.67, 1.97 และ 1.56 ตามลำดับ ในขณะที่มีการพบผู้ป่วยโปลิโอมากขึ้น

ในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศในภูมิภาคเอเชีย เช่น อินเดีย และอินโดนีเซีย ทำให้ประเทศไทยมีความเสี่ยงอย่างยิ่งที่จะเกิดการระบาดของโปลิโอขึ้นอีกครั้ง จากการได้รับเชื้อจากผู้ติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศ และตรวจจับไม่ได้เนื่องจากการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ที่ไม่เข้มแข็งเพียงพอ จังหวัดที่ต้องกระสุนการรายงานผู้ป่วย AFP โดยเร่งด่วน ได้แก่ จังหวัดที่ไม่มีรายงานผู้ป่วยแม้เพียงรายเดียวในปี พ.ศ. 2552 และจังหวัดที่มีรายงานต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และอยู่ติดชายแดน หรือมีชาวต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก เช่น กรุงเทพมหานคร อ่างทอง นครนายก ประจวบคีรีขันธ์ จันทบุรี สระแก้ว ระนอง ปัตตานี สตูล ยะลา มุกดาหาร อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ กำแพงเพชร เชียงราย นราธิวาส และเพชรบูรณ์

การเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อตรวจหาเชื้อโปลิโอ ในผู้ป่วย AFP ภาพรวมของประเทศไทย ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน คือสามารถเก็บตัวอย่างอุจจาระ 2 ตัวอย่างได้ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2552 จะเห็นได้ว่า สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้ากว่า 14 วันหลังเริ่มป่วย อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มาโรงพยาบาลภายใน 14 วันหลังเริ่มป่วย แต่ก็ยังไม่สามารถเก็บตัวอย่างอุจจาระได้ครบ 2 ตัวอย่าง ซึ่งทันทีที่พบผู้ป่วย AFP รับไว้ในโรงพยาบาล ควรทำความเข้าใจกับแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ให้เอาใจใส่ดูแลการเก็บตัวอย่างอุจจาระของผู้ป่วยให้ได้ในขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และต้องติดตามไปยังที่อยู่ปัจจุบัน เพื่อเก็บตัวอย่างอุจจาระให้ครบทั้งสองตัวอย่างหากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปก่อน ทั้งนี้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้มีเชื้อโปลิโออยู่ในลำไส้ ที่จะแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็วในชุมชนหากตรวจจับไม่ได้ ส่วนการติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วัน แม้จะผ่านเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก แต่เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายเป็นเด็กไทย ควรจะสามารถติดตามที่อยู่ปัจจุบันได้ทั้งหมด เพื่อตรวจดูอาการอัมพาตว่ายังคงเหลืออยู่หรือไม่เมื่อครบ 60 วัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่สามารถเก็บอุจจาระได้ตามเกณฑ์ เพื่อประกันความมั่นใจของประเทศไทยว่า ไม่พบผู้ติดเชื้อโปลิโออย่างแน่นอนจากการดำเนินงานเฝ้าระวังที่เข้มแข็งได้ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

ตารางที่ 1 การเก็บตัวอย่างอุจจาระตามเกณฑ์ จำแนกตามวันรับรักษาและวันนอนโรงพยาบาล

วันเริ่มป่วย – วันที่มาโรงพยาบาล	เก็บอุจจาระ 2 ตัวอย่าง ภายใน 14 วันหลังเริ่มมีอาการ จำนวน (ร้อยละ)	เก็บอุจจาระ 2 ตัวอย่าง เกินกว่า 14 วัน หลังเริ่มมีอาการ จำนวน (ร้อยละ)	เก็บอุจจาระไม่ครบ 2 ตัวอย่าง จำนวน (ร้อยละ)
ภายใน 14 วัน (n=183)	143 (78.1)	32 (17.5)	8 (4.4)
มากกว่า 14 วัน (n=11)	0 (0)	9 (81.1)	2 (18.2)
ข้อมูลไม่เพียงพอ (n=11)	10 (90.9)	1 (9.1)	0(0)
รวม	153 (74.6)	42 (20.5)	10 (4.9)